

ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ-ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ-
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΩΣ
ΕΝΤΕΡΟΥ»**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΧΑΝΤΕ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ

2000

*Στους γονείς μου
με σεβασμό
και αγάπη*

*Σε όσους με υποστήριξαν
και με καθοδήγησαν για την
διεκπεραίωση αυτής της
εργασίας.*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	7
ΚΕΦ. Α	7
1. Επιδημιολογικά - Στατιστικά στοιχεία Ca παχέος εντέρου	7
2α. Ανατομία του πεπτικού συστήματος	8
2β. Ανατομία του παχέος εντέρου	9
3α. Αγγείωση του παχέος εντέρου	15
3β. Νεύρωση του παχέος εντέρου	17
ΚΕΦ. Β	18
1. Φυσιολογία του παχέος εντέρου	18
2. Κινητικότητα του παχέος εντέρου	19
3. Μικροβιολογία του παχέος εντέρου	20
ΚΕΦ. Γ	21
1. Παθολογική ανασκόπηση του παχέος εντέρου	21
2. Κλινική εικόνα - Επιπλοκές	22
ΚΕΦ. Δ	25
1. Αιτιοπαθογένεια - Προδιαθεσικοί παράγοντες της νόσου	25
2. Επέκταση της νόσου	26
3. Σταδιοποίηση της νόσου	28
ΚΕΦ. Ε	32
1. Διάγνωση της νόσου	32
2. Διαφοροδιάγνωση της νόσου	38
ΚΕΦ. ΣΤ	40
1. Θεραπεία της νόσου	40
Αναφορά στις χειρουργικές τεχνικές που εφαρμόζονται σε καρκίνους του κόλπου και του ορθού	44
2. Πρόγνωση της νόσου	46

3. Πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου και διαιτητικές προφυλάξεις	47
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	50
ΚΕΦ. Ζ.	50
Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου.	50
Α. Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας-τή στις Διαγνωστικές εξετάσεις.	51
Β. Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας στην αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενούς.	56
Γ. Βοήθεια, πριν, κατά και μετά την εφαρμογή της θεραπείας	57
Ι. Χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου:	58
II. Ακτινοθεραπεία και νοσηλευτική παρέμβαση	73
III. Χημειοθεραπεία και νοσηλευτική παρέμβαση	75
ΚΕΦ. Η ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ - ΠΑΡΑΦΥΣΙΝ ΕΛΡΑ.	78
1. Ορισμός και είδη κολοστομίας	78
2. Συσκευές κολοστομίου	81
3. Φροντίδα κολοστομίας	82
Διαστολή κολοστομίου	92
4. Νοσηλευτική παρέμβαση στις επιπλοκές της κολοστομίας	93
5. Προετοιμασία του αρρώστου για την έξοδό του από το νοσοκομείο	95
6. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας - τη Stoma Therapist	105
ΚΕΦ. Θ	111
Εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική παρέμβαση σε αρρώστους με εφαρμογή μεθόδου της νοσηλευτικής διεργασίας	111
1 ^η Περίπτωση νοσηλευτικής διεργασίας	111
2 ^η περίπτωση Νοσηλευτικής Διεργασίας	129
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	145
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	147

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το θέμα της πτυχιακής εργασίας μου είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου και πως ο νοσηλευτής μπορεί να φροντίσει τους πάσχοντες στα διάφορα στάδια της φροντίδας που τους παρέχεται μέχρι την αποκατάσταση.

Η εργασία απευθύνεται στους τελειόφοιτους σπουδαστές της Νοσηλευτικής και στους πρωτοδιοριζόμενους νοσηλευτές, με σκοπό την ενημέρωση όσον αφορά στα γενικά χαρακτηριστικά του καρκίνου του παχέος εντέρου, τις μεθόδους διάγνωσης και θεραπείας, την ψυχολογική και συναισθηματική προσέγγιση των πασχόντων, τους τρόπους αποκατάστασης και πλήρους επανένταξης στο κοινωνικό σύνολο. Γιατί μόνο οι ενημερωμένοι νοσηλευτές που παρακολουθούν τις εξελίξεις και τα νέα δεδομένα της επιστήμης είναι οι κατάλληλοι για την εκπαίδευση του κοινού και την επιτυχία του σκοπού για πρόληψη και καταπολέμηση, έγκαιρα, αυτής της ασθένειας.

Αυτό που με άγγιξε περισσότερο ήταν η αλλαγή του σωματικού ειδώλου (όπως στην τραχειοτομή ή στην μαστεκτομή) αλλά σε μεγαλύτερο βαθμό, λόγω των χαρακτηριστικών της, όπως η αλλαγή της οδού αφόδευσης, η κακοσμία, οι διαρροές, τα αέρια, οι θόρυβοι και τα

δυσάρεστα συναισθήματα των ανθρώπων που φροντίζουν αυτούς τους πάσχοντες (π.χ. κατά την αλλαγή του σάκου κολοστομίας, ή την περιποίηση του περιστομιακού δέρματος).

Η νόσος αυτή έχει περιγραφεί και σε νεαρό νεογέννητο, ιστολογικά όμως, αποδεδειγμένος καρκίνος παχέος εντέρου περιγράφεται το 1958 σε θήλυ 9 μηνών.¹

Ο ρόλος των προσλαμβανομένων τροφών εξακολουθεί να βρίσκεται στην κορυφή του επιδημιολογικού ενδιαφέροντος.²

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦ. Α

1. Επιδημιολογικά - Στατιστικά στοιχεία Ca παχέος εντέρου

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου έρχεται δεύτερος σε συχνότητα, μετά τον καρκίνο του πνεύμονος στους άνδρες και τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες. Είναι η κύρια αιτία θανάτου από όγκους της κοιλίας και για τα δύο φύλα.

Είναι σπάνιος όγκος σε ηλικίες κάτω των 40 ετών. Μετά τα 40 η συχνότητα αυξάνει φθάνοντας στη μεγαλύτερη συχνότητα μεταξύ 70 και 80 ετών.^{3,4} Σε ποσοστό 8% 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.⁵

Το 95% των κακοηθών όγκων του παχέος εντέρου είναι αδενοκαρκινώματα. Ακολουθούν τα λεμφοσαρκώματα, μελανώματα και κλοακογενή καρκινώματα.

Η κατανομή της εντοπίσεως του καρκίνου από το ορθό έως το τυφλό βαίνει φθίνουσα, έτσι ώστε τα 50-60% των καρκίνων να εντοπίζονται στο ορθοσιγμοειδές. Τις τελευταίες, όμως, δεκαετίες έχει παρατηρηθεί μια μετακίνηση της εντοπίσεως του καρκίνου από το αριστερό στο δεξιό παχύ έντερο. Μείωση, δηλ. των καρκίνων του ορθού - ανιόντος. Φαίνεται ότι η αλλαγή στον τρόπο ζωής και το είδος της διατροφής (τροφές συντηρημένες - κονσέρβες) παίζουν ρόλο στην αλλαγή αυτή της εντοπίσεως.^{3,4}

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι σήμερα ο πιο συχνός σπλαχνικός καρκίνος τόσο στις ΗΠΑ όσο και στην Μεγάλη Βρετανία. Στη Β. Αμερική, Δ. Ευρώπη, Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι συχνότερος από όσο στην Ιαπωνία, Ν. Αμερική και Αφρική.

Ένα άτομο με αδένωμα παχέος εντέρου αντιμετωπίζει 3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ν' αναπτύξει Ca. Στο γενικό πληθυσμό, ο κίνδυνος ανάπτυξης Ca παχέος εντέρου είναι 6% (ο ένας στους 20 Αμερικανούς).⁶

Οι γυναίκες σε σχέση με τους άντρες προσβάλλονται από καρκίνο του κόλου, ιδιαίτερα του δεξιού, σε αναλογία 1,2:1 αντίθετα στον καρκίνο του ορθού η σχέση ανδρών προς γυναικών είναι 1,1:1.⁷

2α. Ανατομία του πεπτικού συστήματος

Το πεπτικό σύστημα είναι σωλήνας μήκους 7 μέτρων και 25 εκατ. Του μέτρου περίπου και αποτελείται από τη στοματική κοιλότητα, το

φάρυγγα, τον οισοφάγο, το στόμαχο, το δωδεκαδάκτυλο, τη νήστιδα, τον ειλεό και το παχύ έντερο, αποτελούμενο από το τυφλό με τη σκωληκοειδή απόφυση, το κόλο (ανιόν, εγκάρσιο, κατιόν και σιγμοειδές) και το ορθό.⁸

Τα όργανα του πεπτικού συστήματος βρίσκονται εν μέρει στην κεφαλή και τον τράχηλο και εν μέρει σε κοιλότητες του κορμού. Το ανώτερο τμήμα του πεπτικού συστήματος αποτελείται: α. από τη στοματική κοιλότητα, με πολυάριθμους μικρούς αδένες και τρία ζεύγη μεγάλων σιελογόνων αδένων, και β. από την μέση και κάτω μοίρα του φάρυγγα μέχρι την αρχή του οισοφάγου.

Το τμήμα του πεπτικού συστήματος που βρίσκεται μέσα στο κορμό αποτελείται από το γαστρεντερικό σωλήνα, αρχίζοντας από την αρχή του οισοφάγου μέχρι το πέρας του παχέος εντέρου (πρωκτός). Εδώ υπάρχουν πολυάριθμοι μικροί και δύο μεγάλοι προσαρτημένοι στο γαστρεντερικό σωλήνα αδένες, το ήπαρ (συκώτι) και το πάγκρεας, που παράγουν πεπτικά υγρά, τα οποία διοχετεύονται στο λεπτό έντερο (δωδεκαδάκτυλος).⁹

2β. Ανατομία του παχέος εντέρου

Το παχύ έντερο (μήκος περίπου 1.50μ.) εκτείνεται από την ειλεοκολική βαλβίδα μέχρι τον πρωκτό και εμφανίζει τρεις μοίρες: α. το τυφλό με τη σκωληκοειδή απόφυση, β. το κόλο (ανιόν, εγκάρσιο, κατιόν, σιγμοειδές) και γ. το ορθό.

Εξωτερικά γνωρίσματα:

Στην εξωτερική επιφάνεια του παχέος εντέρου υπάρχουν:

- οι κολικές ταινίες: αυτές είναι τρεις και σχηματίζονται από πάχυνση της επιμήκους μυϊκής στιβάδας. Αρχίζουν από τη βάση της σκωληκοειδούς απόφυσης. Στο σιγμοειδές ελαττώνονται σε δύο και στο ορθό εξαφανίζονται.
- Τα εκκολπώματα: χωρίζονται το ένα από το άλλο με κυκλωτερείς περισφίξεις
- Οι επιπλοϊκές αποφύσεις: είναι λιπώδεις προσεκβολές του περιτοναίου που φέρονται κατά μήκος των κολικών ταινιών.

Εσωτερικά γνωρίσματα

Στην εσωτερική επιφάνεια του παχέος εντέρου διαγράφονται οι κολικές ταινίες. Στα εξωτερικά εκκολπώματα αντιστοιχούν οι κολικές κυψέλες ενώ στις εξωτερικές περισφίξεις αντιστοιχούν οι μηνοειδείς πτυχές. Στο παχύ έντερο δεν υπάρχουν λάχνες.

Υφή του παχέος εντέρου:

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

α. Ορογόνας χιτώνας, που προέρχεται από το περισπλάχνιο πέταλο του περιτοναίου.

β. Μυϊκός χιτώνας, που αποτελείται από δύο στοιβάδες, λείων μυϊκών ινών, την έξω επιμήκη και την έσω κοκλωτερή. Με την ενέργεια του μυϊκού χιτώνα γίνονται οι περισταλτικές και οι αντί-περισταλτικές κινήσεις του παχέος εντέρου.

γ. Υποβλενογόσιος χιτώνας, που αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό.

δ. Βλεννογόσιος, ο οποίος εμφανίζει επιθήλιο μονόστιβο κυλινδρικό, με άφθονα καλυκοειδή κύτταρα, χόριο με μονήρη λεμφοζίδια, αδένες που μοιάζουν με τους αδένες του Lieberkuhn και βλεννογόσιο μυϊκή στιβάδα.⁹

1. Τυφλό και σκωληκοειδής απόφυση

Το τυφλό έντερο είναι η πρώτη μοίρα του παχέος εντέρου. Προς τα πάνω το τυφλό συνεχίζεται στο ανιόν κόλο. Στην εσωτερική του επιφάνεια διαφαίνεται η εκβολή της ειλεοκολικής βαλβίδας (εσωτερικό όριο ανάμεσα στο τυφλό και το τελικό ειλεό).

Το μήκος του τυφλού είναι περίπου 6 εκατ. και το πλάτος είναι 7,5 εκατ. Η χωρητικότητά του είναι στα 100-150gr.

Θέση: Το τυφλό βρίσκεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Προς τα εμπρός έρχεται σε επαφή με το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα και προς τα πίσω με τις περιτονίες του λαγονίου και μείζονα ψοϊτή μυ.

Στήριξη: Το κύριο στήριγμα του τυφλού είναι το περιτόναιο, που το περιβάλλει από παντού. Έτσι, το τυφλό γίνεται ευκίνητο και κρέμεται

από πτυχή του περιτοναίου, το μεσότυφλο. Σπάνια (5%) το περιτόναιο καλύπτει το τυφλό μόνο από εμπρός και το ακινητοποιεί στο δεξιό λαγόνιο βόθρο.

Στην εξωτερική επιφάνεια του τυφλού θα παρατηρήσουμε: α. τα εκκολπώματα, β. οι τρεις κολικές ταινίες (πρόσθια, οπίσθια - έσω, οπίσθια - έξω), γ. την έκφυση της σκωληκοειδούς απόφυσης και δ. την έμφυση του ειλεού. Επιπλοϊκές αποφύσεις δεν υπάρχουν στο τυφλό. Στην εσωτερική επιφάνεια του τυφλού θα παρατηρήσουμε: α. τις κολικές κυψέλες, β. τις μηνοειδείς πτυχές, γ. το στόμιο της σκωληκοειδούς απόφυσης και δ. την ειλεοκολική βαλβίδα.

Η ειλεοκολική βαλβίδα (Bauchin) σχηματίζεται από την έμφυση του πέρατος του ειλεού στο παχύ έντερο, στη θέση που το τυφλό μεταπίπτει στο ανιόν κόλο. Έχει δύο μηνοειδή χείλη, που το καθένα αποτελείται από δύο πέταλα, από τα οποία το εσωτερικό φέρει στην ελεύθερη επιφάνειά του λάχνες (αυτό σημαίνει ότι προέρχεται από τον ειλεό) και το εξωτερικό δεν έχει λάχνες (προέρχεται, δηλ. από το παχύ έντερο). Η ειλεοκολική βαλβίδα, επιτρέπει τη δίοδο του περιεχομένου του λεπτού εντέρου προς το παχύ, παρεμποδίζει όμως την παλινδρόμηση του περιεχομένου του παχέος προς το λεπτό.

Η σκωληκοειδής απόφυση βρίσκεται δύο περίπου εκατ. κάτω από την έμφυση του ειλεού και περιβάλλεται πλήρως από περιτόναιο, είναι ευκίνητη και κρέμεται από περιτοναϊκή πτυχή, το μεσεντερίδιο. Το

μήκος της κυμαίνεται, συνήθως από 7-9 εκατ. Ποικίλλει η θέση της (συνηθέστερη θέση η λαγονοπυελική, οπισθοτυφλική). Είναι χρήσιμο, εξειδικευμένο λεμφοκυλογόνο όργανο για την άμυνα του οργανισμού.

2. Το κόλον

Είναι η 2^η μοίρα του παχέος εντέρου και διακρίνεται στο ανιόν, εγκάρσιο, κατιόν και στο σιγμοειδές κόλον.

Το ανιόν κόλον (μήκος περίπου 15cm) αρχίζει από το τυφλό και φέρεται προς τα πάνω, μέχρι κάτω από το δεξί λοβό του ήπατος, όπου κάμπτεται προς τα αριστερά (δεξιά κολική καμπή) και μεταπίπτει στο εγκάρσιο κόλον. Καλύπτεται από περιτόναιο μόνο από εμπρός και από τα πλάγια. Εμφανίζει τρεις κολικές ταινίες (πρόσθια, οπίσθια - έσω και οπίσθια - έξω) και δύο στοίχους επιπλοϊκών αποφύσεων.

Η δεξιά κολική καμπή. Βρίσκεται κάτω από το δεξιό λοβό του ήπατος. Εξωτερικά αντιστοιχεί στο 10ο πλευρικό χόνδρο και παρουσιάζει αστάθεια.

Το εγκάρσιο κόλον (μήκος περίπου 50cm) αρχίζει από τη δεξιά κολική καμπή, φέρεται προς τα αριστερά και πάνω και φθάνει μέχρι το κάτω άκρο του σπληνός (αριστερή κολική καμπή), όπου μεταπίπτει στο κατιόν κόλον. Περιβάλλεται από παντού από περιτόναιο και κρέμεται από το οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα με μία πλατιά πτυχή του περιτοναίου, το εγκάρσιο μεσόκολο. Εμφανίζει τη συνέχεια των τριών κολικών ταινιών

(μεσοκολική, επιπλοϊκή, ελευθέρα) και ένα στοίχο επιπλοϊκών αποφύσεων.

Η αριστερή κολική καμπή βρίσκεται μεταξύ του κάτω άκρου του σπληνός και του αριστερού νεφρού. Εξωτερικά αντιστοιχεί στον 8^ο αριστερό πλευρικό χόνδρο και είναι σταθερή, διότι συγκρατείται από μια πτυχή του περιτοναίου, τον φρενοκολπικό σύνδεσμο.

Το κατιόν κόλος (μήκος περίπου 25cm) αρχίζει από την αριστερή κολική καμπή και φέρεται προς τα κάτω. Στην αρχή πορεύεται στο οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα, ύστερα φέρεται μέσα στον αριστερό λαγόνιο βόθρο μέχρι το άνω στόμιο της ελάσσονος πυέλου, όπου μεταπίπτει στο σιγμοειδές κόλον. Καλύπτεται από περιτόναιο μόνο από εμπρός και από τα πλάγια. Οι κολικές ταινίες και οι επιπλοϊκές αποφύσεις είναι όπως και στο ανιόν κόλον.

Το σιγμοειδές κόλον (μήκος περίπου 40cm) αρχίζει από το άνω στόμιο της ελάσσονος πυέλου αριστερά και φθάνει μέχρι μπροστά από τον 3^ο ιερό σπόνδυλο, όπου μεταπίπτει στο απευθυσμένο. Περιβάλλεται από παντού από περιτόναιο και κρέμεται από το μεσοσιγμοειδές, γι' αυτό και είναι εξαιρετικά ευκίνητο.

3. Το ορθό

Το απευθυσμένο ή ευθύ ή ορθό έντερο είναι η συνέχεια του σιγμοειδούς κόλου και η τελευταία μοίρα του παχέος εντέρου. Αρχίζει από τον 3^ο ιερό σπόνδυλο και φθάνει ως τον αιμορροϊδικό δακτύλιο.

Εμφανίζει δύο μοίρες: την ενδοπυελική και την περινεϊκή. Το κύριο στήριγμα του απευθυσμένου είναι το περίνεο. Συμβάλλουν επίσης, το περιτόναιο και η περιτονία και τα αγγεία του απευθυσμένου. Το περιτόναιο καλύπτει τα δύο άνω τριτημόρια του απευθυσμένου από εμπρός και τα πλάγια.

Εσωτερικά στην ενδοπυελική μοίρα του απευθυσμένου διακρίνουμε τη κοπροδόχο λήκυθο, όπου εκεί μαζεύονται τα κόπρανα και τα αέρια πριν την απόδευση. Εμφανίζει τρεις εγκάρσιες, μόνιμες πτυχές του βλεννογόνου (την άνω, μέση και την κάτω). Στην περινεϊκή μοίρα μπορούμε να παρατηρήσουμε τους πρωκτικούς στύλους (είναι 8-10 επιμήκεις πτυχές του Βλεννογόνου) που καταλήγουν στην αιμορροϊδικό δακτύλιο. Ανάμεσα στους πρωκτικούς στύλους σχηματίζονται αύλακες, οι οποίες κοντά στον αιμορροϊδικό δακτύλιο μεταπίπτουν στους πρωκτικούς κόλπους (Morgagni). Στο πέρας της περινεϊκής μοίρας θα παρατηρήσουμε ένα κυκλωτερές έπαρμα του βλεννογόνου, τον αιμορροϊδικό δακτύλιο.

Εξωτερικά, το ορθό δεν έχει εκκολπώματα καθώς και κολικές ταινίες.^{9,10}

3α. Αγγείωση του παχέος εντέρου

Εφόσον αναφέρθηκα πιο πάνω στα μέρη του παχέος εντέρου, είναι σκόπιμο να αναφερθώ και στην αγγείωση του κάθε τμήματός του.

Η αιμάτωση του παχέος εντέρου από την ειλεοτυφλική συμβολή μέχρι περίπου τη μεσότητα του εγκαρσίου κόλου γίνεται από: την ειλεοκολική, τη δεξιά κολική και τη μέση κολική αρτηρία, οι οποίες είναι κλάδοι της άνω μεσεντερίου αρτηρίας. Το υπόλοιπο τμήμα του παχέος εντέρου μέχρι το ορθό αιματώνεται από: την αριστερή κολική και τις συγμοειδικές αρτηρίες, οι οποίες είναι κλάδοι της κάτω μεσεντερίου αρτηρίας. Το ορθό αιματώνεται από: την άνω, μέση και κάτω αιμορροϊδική αρτηρία.

Οι φλέβες, του παχέος εντέρου συνοδεύουν τις αντίστοιχες αρτηρίες. Έτσι, η κάτω μεσεντέριος φλέβα, που αθροίζει αίμα από την άνω μοίρα του ορθού μέχρι την αριστερή κολική καμπή, εκβάλλει, συνήθως, στην σπληνική και σπανιότερα στην άνω μεσεντέριο φλέβα. Η άνω μεσεντέριος φλέβα αθροίζει το αίμα του υπολοίπου τμήματος του παχέος εντέρου (καθώς και του λεπτού εντέρου, του παγκρέατος και τμήματος του στομάχου) και σχηματίζει με τη σπληνική τη πυλαία φλέβα.

Το αίμα από το κατώτερο τμήμα του ορθού αποχετεύεται μέσω της έσω λαγονίου στην κάτω κοίλη φλέβα.

Η λέμφος του παχέος εντέρου συγκεντρώνεται σε δίκτυα λεμφαγγείων από τα οποία διαμέσου μεγαλύτερων λεμφαγγείων (που συνοδεύουν τις αρτηρίες και τις φλέβες) αποχετεύονται τελικά στην χυλοφόρο δεξαμενή.^{4,9,10}

3β. Νεύρωση του παχέος εντέρου

Το παχύ έντερο νευρώνεται από συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες, οι οποίες εκπορεύονται από το άνω και κάτω μεσεντέριο πλέγμα. Αυτές απολήγουν στο μυεντερικό (Auerbach) και το υποβλεννογόνιο (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.¹¹

Η ακεραιότητα των δύο πλεγμάτων είναι απαραίτητη για την εκτέλεση των κινήσεων του γαστρεντερικού σωλήνα.^{12,13}

ΚΕΦ. Β

1. Φυσιολογία του παχέος εντέρου

Στο παχύ έντερο απορροφώνται κυρίως νερό και ηλεκτρολύτες συμπυκνώνοντας προοδευτικά το περιεχόμενο μέχρι τον τελικό σχηματισμό των κοπράνων.

Σε φυσιολογικές καταστάσεις η απορρόφηση υδατανθράκων, λιπών, αμινοξέων, βιταμινών είναι ασήμαντη. Επί παθήσεων όμως του λεπτού εντέρου, η απορρόφηση, υδατανθράκων και βιταμινών γίνεται από το παχύ έντερο.

Περίπου 1000-20000 ml περιεχομένου του ειλεού εισέρχεται στο τυφλό ημερησίως. Αυτό αποτελείται κατά 90% από νερό, το οποίο απορροφάται σταδιακά, κυρίως στο δεξί κόλον, έτσι ώστε στις κενώσεις αποβάλλονται μόνο 100 - 200 ml ύδατος.⁴

2. Κινητικότητα του παχέος εντέρου

Η κινητικότητα του παχέος εντέρου εκδηλώνεται με τρεις μορφές: α. Ανάστροφη περίσταλη: Είναι δακτυλιοειδείς συσπάσεις, κινούμενες κεντρομόλως. Συμβαίνουν στο δεξί κόλον και κυρίως στο τυφλό και στο ανιόν. Έτσι αναμιγνύεται το περιεχόμενο του τυφλού και γίνεται απορρόφηση υγρών και ηλεκτρολυτών, β. Τμηματικές συσπάσεις: Αυτές είναι δακτυλιοειδείς συσπάσεις που διαιρούν τον αυλό σε χωριστά

τμήματα προωθώντας το περιεχόμενο συγχρόνως κεντρικά και περιφερικά. Συμβαίνουν κυρίως στο εγκάρσιο και κατιόν κόλον, γ. Μαζική περισταλση: Είναι δυνατή περισταλτική κίνηση, οδεύουσα περιφερικά και συμβαίνει στο εγκάρσιο και κατιόν κόλον.

Οι παραπάνω κινήσεις είναι αποτέλεσμα πολύπλοκων νευροχημικών ερεθισμάτων με μηχανισμούς δράσεως ακόμη άγνωστους στη φυσιολογία. Γνωστές είναι μόνο καταστάσεις που επηρεάζουν τη κινητικότητα του παχέος εντέρου όπως: α. Γαστροκολικό αντανακλαστικό: με το φαγητό δημιουργούνται μεταβολές στη μυοηλεκτρική και κινητική δραστηριότητα του παχέος εντέρου, με συνέπεια την τάση για αφόδευση. Η ένταση της έπειξης για αφόδευση εξαρτάται από το είδος του φαγητού και τη περιεκτικότητα σε θερμίδες και λίπος, β. Το βάδισμα, η γυμναστική είναι σημαντικά ερεθίσματα προωθήσεως του εντερικού περιεχομένου ενώ η κατάκλιση προκαλεί το αντίθετο, γ. Η δίοδος δια του εντέρου επιταχύνεται με την ύπαρξη άπεπτων και αδιάλυτων φυτικών ινών (προϊόντα λαχανικών ή σιτηρών), δ. Ψυχικό stress επηρεάζει την κινητικότητα του παχέος εντέρου.

Υπό φυσιολογικές συνθήκες τα υπολείμματα ενός γεύματος φθάνουν στον ειλεό μέσα σε 4 ώρες και στο ορθό μετά από 24 ώρες. Πλήρης αποβολή των υπολειμμάτων ενός γεύματος γίνεται σταδιακά μέσα σε 3-4 ημέρες.⁴

3. Μικροβιολογία του παχέος εντέρου

Το παχύ έντερο των νεογνών είναι στείρο μικροβίων. Αποικίζεται, όμως, αμέσως μετά τον τοκετό από ένα μεγάλο αριθμό μικροβίων.

Η χλωρίδα του παχέος εντέρου είναι μικτή - αερόβιος και αναερόβιος. Υπερτερούν τα αναερόβια μικρόβια με κύριο εκπρόσωπο το *Bacteroides Fragilis*. Ακολουθούν τα κλωστηρίδια και αναερόβιοι κόκκοι. Κύριοι εκπρόσωποι των αερόβιων είναι τα κολοβακτηρίδια και οι εντερόκοκκοι, με κύριους εκπρόσωπους την *Escherichia coli* και το *Streptococcus Gaecalis*.

Τα μικρόβια συμμετέχουν στις εξής φυσιολογικές λειτουργίες: α. Διασπών τις χολοχρωστικές, δίνοντας και ανάλογο χρώμα στα κόπρανα, β. Διασπών τα αμινοξέα και από τις παραγόμενες αμίνες (ινδόλη και σκατόλη) εξαρτάται και η οσμή των κοπράνων, γ. Αποσυνδέουν τα χολικά οξέα και σχηματίζουν ελεύθερα χολικά οξέα, τα οποία επιδρούν επί του τοιχώματος του εντέρου και επηρεάζουν την κινητικότητα, δ. Παράγουν αέρια, επηρεάζουν την απορρόφηση και παράγουν βιταμίνη κ, ε. Μαζί με άλλες ουσίες συντελούν στην παθογένεση του καρκίνου του παχέος εντέρου.⁴

ΚΕΦ. Γ

1. Παθολογική ανασκόπηση του παχέος εντέρου

Οι όγκοι του παχέος εντέρου είναι καλοήθεις και κακοήθεις. Οι συνήθεις κακοήθεις όγκοι είναι οι πολύποδες. Η εξαλλαγή των πολυπόδων σε καρκίνο δεν είναι σπάνια (10-20% των περιπτώσεων). Η θεραπεία είναι χειρουργική.

Από τα κακοήθη νεοπλάσματα το σπουδαιότερο είναι το καρκίνωμα. Τα καρκινώματα του δεξιού ημιμορείου του παχέος εντέρου είναι αδενοκαρκινώματα, γιατί ξεκινούν από τα κυλινδρικά κύτταρα, των αδένων του βλεννογόνου. Το κύριο παθολογοανατομικό γνώρισμα τους είναι η ανάπτυξη φλεγμονώδους διογκώσεως.

Τα καρκινώματα του αριστερού ημιμορείου του παχέος εντέρου είναι και αυτά αδενοκαρκινώματα. Ιστολογικά χαρακτηρίζονται σαν σκίροι καρκίνοι, που διηθούν δακτυλιοειδώς το τοίχωμα του εντέρου και προκαλούν τη στένωση του εντερικού αυλού.

Το καρκίνωμα του απευθυσμένου είναι αδενοκαρκίνωμα που αναπτύσσεται αρκετά συχνά με τις τρεις γνωστές παθολογοανατομικές μορφές: τη διηθητική, την εξελκωτική και την κραιμβοειδή (συχνότερη μορφή). Ανάλογα με τη θέση: α. μπροστά: διηθείται η ουροδόχος κύστη,

η μήτρα, το πίσω τοίχωμα του κόλπου, β. πίσω: διηθείται το ιερό οστό και οι ρίζες των νεύρων, γ. πλάγια: διηθούνται τα οστά της λεκάνης.⁸

2. Κλινική εικόνα - Επιπλοκές

Τα συμπτώματα ποικίλλουν ανάλογα με την εντόπιση του όγκου (δεξί - αριστερό κόλον - ορθό) και το μέγεθος αυτού.

1. Συμπτώματα από το δεξιό κόλον: οι όγκοι εντοπίζονται κυρίως στο τυφλό και ανιόν και είναι εξωφυτικού τύπου (ανθοκραμβοειδείς). Υφίστανται την επίδραση των υγρών του ειλεού και των χολικών οξέων. Τα συμπτώματα, κατά σειρά συχνότητας, είναι:

α. Αναιμία - Απώλεια δυνάμεων, β. Δυσπεπτικά ενοχλήματα του τύπου της χολοκυστοπάθειας ή ελκοπάθειας, γ. Διαταραχή των κενώσεων, με κύριο στοιχείο τις διάρροιες με στοιχεία αίματος., δ. Πυρετός λόγω απορροφούμενων και μη εξουδετερομένων στο ήπαρ τοξικών ουσιών, ε. Ψηλαφητή μάζα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο.

2. Συμπτώματα από το αριστερό κόλον: Εδώ το καρκίνωμα είναι κυρίως διηθητικού τύπου, επιμήκως και κυκλωτερώς, με συνέπεια την προοδευτική απόφραξη του αυλού του εντέρου. Τα συμπτώματα είναι κυρίως αποφρακτικού τύπου:

α. Κωλικοειδή άλγη - φουσκώματα - δυσφορία στην αριστερή πλαγία κοιλία, β. Διαταραχή των κενώσεων: δυσκοιλιότητα με κατά περιόδους

μικρές, πολλές κενώσεις, γ. Αίμα στις κενώσεις: γραμμώσεις κόκκινου αίματος, πάνω και μεταξύ των κοπράνων, δ. αναιμία: είναι σπάνια, ε. ψηλαφητή μάζα: σπανιότατο εύρημα.

Ο καρκίνος παχέος εντέρου έχει βραδεία εξέλιξη και μπορεί να περάσουν 3-5 χρόνια, ώσπου να δώσει συμπτώματα. Για λόγους ανεξήγητους σ' ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών (10-25%) ο καρκίνος του παχέος εντέρου εκδηλώνεται απότομα με μία από τις επιπλοκές: α. Αιμορραγία, β. Διάρρηση, γ. Απόφραξη χωρίς προηγούμενη συμπτωματολογία.⁴

Οι κυριότερες επιπλοκές του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι η εντερική στένωση, η φλεγμονή του όγκου, η διάρρηση του εντέρου, η υδρονέφρωση του δεξιού νεφρού, ο αποφρακτικός ίκτερος.

Η βαθμιαία στένωση του εντερικού αυλού εκδηλώνεται με φαινόμενα χρόνιας εντερικής αποφράξεως. Ο ασθενής παρουσιάζει επίμονη δυσκοιλιότητα, κοιλιακούς πόνους, μετεωρισμό κοιλίας, δυσπεπτικά ενοχλήματα, ναυτία, ανορεξία βάρος στο επιγάστριο, απώλεια σωματικού βάρους, κενώσεις σαν τον κόπρο της αίγας κ.α. Τα συμπτώματα αυτά επιδεινώνονται με την πάροδο του χρόνου και προκαλούν στον ασθενή πραγματική κρίση αερίων και κοπράνων, από τα οποία ανακουφίζεται μετά από θορυβώδη και άφθονη κένωση.

Τελική κατάληξη της κλινικής εικόνας είναι η αιφνίδια εμφάνιση οξείας εντερικής αποφράξεως, δηλ. πόνος έντονος, έμετοι, μετεωρισμός.⁸

Μια διάτρηση εντέρου μπορεί να οδηγήσει σε γενικευμένη περιτονίτιδα ή σε μαζική αιμορραγία. Επίσης, συχνά εμφανίζονται και συρίγγια (σιγμοειδό - κυστικά, σιγμοειδό - ουρητηρικά, εντερό-εντερίκα, έντερο - κολπικά, εντερο - τοιχωματικά).⁴

ΚΕΦ. Δ

1. Αιτιοπαθογένεια - Προδιαθεσικοί παράγοντες της νόσου

α. Η γενετική προδιάθεση έχει διαπιστωθεί μόνο στην οικογενή πολυποδιάση, Γενικά, όμως ο κίνδυνος αναπτύξεως καρκίνου στους άμεσους συγγενείς ασθενούς με Ca παχέος εντέρου είναι μικρός.

β. Είναι γνωστό ότι εκτός της οικογενούς πολυποδιάσεως, οι απλοί πολύποδες, η ελκώδης κολίτιδα και η κοκκιωματώδης κολίτιδα προδιαθέτουν στην ανάπτυξη Ca παχέος εντέρου.

Η οικογενής πολυποδιάση είναι σπάνια και χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη εκατοντάδων πολυπόδων καθ' όλο το μήκος του παχέος εντέρου.

Η ελκώδης κολίτιδα προδιαθέτει στην ανάπτυξη Ca παχέος εντέρου, ο οποίος αρχίζει να εμφανίζεται 8-10 χρόνια μετά την εμφάνιση της ελκώδους κολίτιδας. Παράγοντες που τοποθετούν τον ασθενή με ελκώδη κολίτιδα στην ομάδα υψηλού κινδύνου ν' αναπτύξει καρκίνο είναι:

α. Η εμφάνιση κολίτιδας σε νεαρά άτομα, β. Η σοβαρή πρώτη προσβολή, γ. Συνεχή συμπτώματα, δ. Πανκολίτιδα.

Η κοκκιωματώδης κολίτιδα (Νόσος του (rohn): Η εξαλλαγή σε αδenoκαρκίνωμα είναι σπάνια. Άτομα, όμως, με νόσο Crohn έχουν πολύ

περισσότερες πιθανότητες, να αναπτύξουν καρκίνωμα παχέος εντέρου από ότι ο φυσιολογικός πληθυσμός.

Τα αμαρτώματα σπανίως εξαλλάσσονται σε αδено-Ca που υπάρχουν επιστήμονες που υποστηρίζουν ότι όλα τα αδено-Ca ξεκίνησαν ως αδενώματα. Η πιθανότητα εξαλλαγής ενός αδενώματος σε αδено-Ca εξαρτάται από: α. το μέγεθος, β. τον ιστολογικό τύπο, γ. το βαθμό της κυτταρικής ατυπίας. Οι πολύποδες με ευρεία βάση έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες εξαλλαγής από ότι οι μισχωτοί πολύποδες. Ο χρόνος που απαιτείται για ένα αδένωμα να εξαλλαγεί σε αδено-Ca κυμαίνεται από 5-15 χρόνια.⁴

γ. Αν και τα βιβλιογραφικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι το αλκοόλ αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την ανάπτυξη Ca παχέος εντέρου δεν υπάρχει σαφής ένδειξη ότι ασκεί καρκινογόνο δράση.¹⁴

δ. Η ανεξέλεγκτη διατροφή θεωρείται ο κυριότερος παράγοντας καρκινογένεσης. Για τον καρκίνο παχέος εντέρου έχουν ενοχοποιηθεί οι καπνιστές τροφές.¹⁵ Γενικά, όμως, έχει ενοχοποιηθεί ως αιτιολογικός παράγοντας η δίαιτα πλούσια σε ζωϊκά λευκώματα και λίπη και φτωχή σε φυτικές τροφές.⁴

2. Επέκταση της νόσου

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου επεκτείνεται με τους παρακάτω τρόπους:

α. Κατά συνέχειαν ιστού: Το αδeno-Ca με το χρόνο διηθεί όλους τους χιτώνες του εντέρου προς όλες τις κατευθύνσεις. Επεκτείνεται επιμήκως και κυκλοτερώς, και αναφέρεται ότι χρειάζεται περίπου 1 χρόνο για να διηθήσει τα 3/4 του αυλού. Επεκτείνεται και εκτός του αυλού διηθώντας τους πέριξ ιστούς.

β. Αιματογενής διασπορά: Ο καρκίνος μπορεί να έχει διηθήσει αιμοφόρα αγγεία της περιοχής και δια των φλεβών καρκινωματώδη κύτταρα μεταφέρονται δια της πυλαίας στο ήπαρ. Το ήπαρ είναι το πρώτο σε συχνότητα όργανο που εμφανίζονται μεταστάσεις.

γ. Λεμφική διασπορά: Είναι η πιο συχνή οδός διασποράς του καρκίνου. Η μετάσταση στα λεμφογάγγλια εξαρτάται από το πόσο αδιαφοροποίητα είναι τα καρκινωματώδη κύτταρα.

δ. Διασπορά δι' εμφυτεύσεως κυττάρων: Όταν η καρκινωματώδης εστία διηθήσει και τον ορογόνο χιτώνα, καρκινωματώδη κύτταρα αποφολιδώνονται και πέφτουν μέσα στη περιτοναϊκή κοιλότητα. Η πιο συχνή εντόπιση των μεταστάσεων είναι στο δουγλάσειο χώρο (ορθομητρική πτυχή, κυστεομητρική, ορθοκυστική πτυχή) και έχει κακή προγνωστική σημασία.

ε. Διασπορά πέριξ των νεύρων: Η διήθηση του περινευρικού χώρου από τα Ca έχει ιδιαίτερος κακή προγνωστική σημασία.

στ. Ενδαυλική εμφύτευση κυττάρων: κύτταρα από την επιφάνεια του όγκου, που συνεχώς αποπίπτουν, ακολουθώντας το ρεύμα των κοπράνων

μπορούν να προσκολληθούν επί του βλεννογόνου κεντρικά ή περιφερικά και ν' αναπτύξουν μια μεταστατική εστία. ⁴

3. Σταδιοποίηση της νόσου

Με τη σταδιοποίηση της νόσου γίνεται: α. Ταξινόμηση των περιπτώσεων, β. Προσδιορίζονται οι προγνωστικοί παράγοντες, γ. επιτρέπονται οι συγκρίσεις των αποτελεσμάτων μεταξύ των ερευνητών.

Το 1932 ο C. Dukes παθολοανατόμος, πρότεινε την ταξινόμηση που έκτοτε φέρει το όνομά του:

Ταξινόμηση κατά Dukes και πρόγνωση

Στάδιο	Παθολοανατομικά ευρήματα	5ετής επιβίωση
A. 15% των περιπτώσεων	Ο όγκος εντοπίζεται στο τοίχωμα του εντέρου - Λεμφαδένες (-)	80-90%
B. 35% των περιπτώσεων	Ο όγκος επεκτείνεται και στο περικολικό λίπος - Λεμφαδένες (-)	60-70%
C. 50% των περιπτώσεων	Ο όγκος έχει λεμφαδενικές μεταστάσεις: C1: μεταστάσεις στα επιχώρια C2: μεταστάσεις στα ριζικά λεμφογάγγλια.	C1: 30% C2:20%

Η αξία αυτής της ταξινόμησης βρίσκεται στην απλότητα της.^{16,17,18} Επειδή, όμως ήταν ατελής το 1954 οι Astler & Coller τροποποίησαν την ταξινόμηση κατά Dukes.

Ταξινόμηση κατά Astler - Coller:

Στάδιο	Παθολογοανατομικά ευρήματα	5ετής επιβίωση
A	Ο όγκος εντοπίζεται στο βλεννογόνο και υποβλεννογόνο	90%
B1	Ο όγκος διηθεί τον μυϊκό έως τον ορογόνο χιτώνα Λεμφαδένες (-)	80%
B2	Ο όγκος διηθεί όλο το τοίχωμα, τον ορογόνο και επεκτείνεται στο περικολικό λίπος, Λεμφαδένες (-)	60%
C1	Όπως το B1 αλλά με διήθηση των επιχωρίων λεμφαδένων	50%
C2	Όπως το B2 αλλά με διήθηση των λεμφαδένων	30%

Οι ανωτέρω σταδιοποιήσεις, παρ' όλο που είναι οι πιο διαδεδομένες έχουν το μειονέκτημα ότι γίνονται με παθολογοανατομικές παραμέτρους

και όχι κλινικά ή εγχειρητικά ευρήματα, δηλ. διήθηση παρακείμενων οργάνων ή μεταστάσεων στο ήπαρ.

Έτσι υπάρχει και Τρίτη ταξινόμηση, με το σύστημα TNM, η οποία, όμως, δεν έχει ευρέως διαδοθεί, λόγω της πολυπλοκότητάς της. Στην απλοποιημένη της μορφή η σταδιοποίηση αυτή είναι η εξής:

Ταξινόμηση καρκίνου του παχέος εντέρου με το σύστημα TNM:

Στάδιο	Μέγεθος - Επέκταση του όγκου (T)	Διήθηση Λεμφαδένων (N)	Μεταστάσεις (M) απομεμακρυσμένες
O	In situ	(-)	(-)
I	Εντόπιση στο μυϊκό τοίχωμα	(-)	(-)
II	Εντόπιση στο τοίχωμα - περικολικό λίπος και ιστούς	(-)	(-)
III	Οποιαδήποτε εντόπιση	(+)	(-)
IV	Οποιαδήποτε εντόπιση	(±)	(+)

Τέλος, στην ταξινόμηση και πρόγνωση σοβαρό ρόλο παίζει η διαφοροποίηση των κυττάρων κατά Broder, όπως:

I: Υψηλή διαφοροποίηση, II: Μέση διαφοροποίηση και III: Χαμηλή διαφοροποίηση ή αδιαφοροποίητα κύτταρα. ^{4,6}

ΚΕΦ. Ε

1. Διάγνωση της νόσου

Η διάγνωση της νόσου περιλαμβάνει κατ' αρχήν λήψη ατομικού και οικογενειακού ιστορικού και πλήρης κλινική - φυσική εξέταση.

Α. Στην κλινική εξέταση της κοιλιάς (επισκόπηση - ακρόαση - επίκρουση - ψηλάφηση) θα πρέπει να παρατηρούνται και να σημειώνονται τα παρακάτω:

α. Κατά την επισκόπηση:

1. Παρατηρείται το δέρμα για ουλές, ραβδώσεις, διατεταμένες φλέβες και άλλες δερματικές μεταβολές.
2. Ο ομφαλός για μορφολογία, σημεία φλεγμονής κλπ
3. Γενικά η κοιλιά για μορφολογία όπως στρογγυλή, επίπεδη, τοπικά προεξέχουσα, ασύμμετρη, ύπαρξη μαζών κλπ.
4. Οι περισταλτικές κινήσεις (πιο εύκολα στα λεπτά άτομα)
5. Οι σφύξεις. Οι φυσιολογικές αορτικές σφύξεις είναι συχνά ορατές στο επιγάστριο.

β. Κατά την ακρίαση, εξετάζονται και τα τέσσερα τεταρτημόρια της και σημειώνεται:

1. Η συχνότητα και ο χαρακτήρας των εντερικών ήχων

2. Η παρουσία φυσημάτων

γ. Η επίκρουση γίνεται μεθοδικά από τεταρτημόριο σε τεταρτημόριο και σημειώνονται οι τυμπανικοί και οι αμβλείς ήχοι. Φυσιολογικά οι τυμπανικοί ήχοι πρέπει να υπερτερούν

δ. Η ψηλάφηση της κοιλιάς διακρίνεται στην επιπολής και την εν τω βάθει. Η πρώτη βοηθά στον καθορισμό της αντίστασης και ευαισθησίας της κοιλιάς και στην διαπίστωση ύπαρξης επιφανειακών μαζών και υπερτροφίας οργάνων. Η εν τω βάθει βοηθά στην εντόπιση ψηλαφητών κοιλιακών οργάνων και βαθέων κοιλιακών μαζών. Δίνονται τα χαρακτηριστικά κάθε μάζας που ψηλαφάται (μέγεθος, σχήμα, σύσταση, κινητικότητα) και σημειώνεται η εντόπιση.¹⁹

Η δακτυλική εξέταση του ορθού είναι το σημαντικότερο στοιχείο της φυσικής εξέτασης. Συμβάλλει στην ανεύρεση τοπογραφικών, ανωμαλιών, εμφάνιση νεοπλασιών (περιορθικών, σφιγκτηρικών ή ληκυθικών) ραγάδων κλπ.

Β. Εξέταση των κοπράνων: περιορίζεται συνήθως στην αναζήτηση αιμοσφαιρίνης και εντερικών παρασίτων μέσα σ' αυτά. Μπορούν όμως, να βγουν πάρα πολλά συμπεράσματα από τη μακροσκοπική εξέταση της κενώσεως, προτού να αποσταλεί στο εργαστήριο για εξέταση.

Κατά τη Μακροσκοπική εξέταση παρατηρούνται οι μεταβολές του όγκου, του σχήματος, της συστάσεως, της οσμής, του χρώματος και της παρουσίας ή όχι αίματος, βλέννας και ορατών παρασίτων.

Κατά τη μικροσκοπική εξέταση ελέγχεται η παρουσία πυοσφαιρίων, ερυθρών αιμοσφαιρίων κτλ. Η αύξηση ή η παρουσία αυτών των στοιχείων δηλώνει ελκωτικές αλλοιώσεις στο παχύ έντερο, μικροβιακής φύσεως δυσεντερία κλπ. Η παρουσία αναλλοίωτων ερυθρών αιμοσφαιρίων στα κόπρανα έχει πάντοτε σαν πηγή προέλευσης τον κόλπο ή το απευθυσμένο.

Κατά την χημική εξέταση των κοπράνων είναι δυνατό να παρατηρηθεί: α. Θετική αντίδραση αιμοσφαιρίνης: αυτό φανερώνει αιμορραγία από οποιοδήποτε τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα η κατάπωση αίματος που προέρχεται από τους πνεύμονες κλπ., β. Αύξηση του ολικού λίπους των κοπράνων (το φυσιολογικό ολικό λίπος κυμαίνεται από 8-25% του ξηρού βάρους των κοπράνων που αποβάλλονται σε 24 ώρες).

Κατά την παρασιτολογική εξέταση των κοπράνων αναζητούνται διάφορα πρωτόζωα που ζουν μέσα στον εντερικό σωλήνα του ανθρώπου και από αυτά μόνο η ιστολυτική αμοιβάδα και το βαλαντίδιο του κόλου είναι παθογόνα.⁸

Γ. Ενδοσκοπικός έλεγχος

Είναι η εξέταση - κλειδί, γιατί δίνει επιπρόσθετα τη δυνατότητα λήψης βιοψιών ή ξεσμάτων από την ύποπτη βλάβη, για την ιστολογική ή κυτταρική επιβεβαίωση της διάγνωσης: α. Κολονοσκόπηση: επιτυγχάνεται άμεση επισκόπηση του κόλου ως την ειλεοτυφλική

βαλβίδα για επιβεβαίωση και αποκλεισμό πολυπόδων, όγκων, εξελκώσεων, φλεγμονών, όταν παρατηρούνται μεταβολές στις συνήθειες του εντέρου ή συμβαίνουν αιμορραγικές κενώσεις.¹⁹

Σχετικές αντενδείξεις της κολονοσκόπησης είναι η κεραυνοβόλος ελκώδης κολίτιδα, το τοξικό megacolon και η υποψία διάτρησης. Σαν επιλοκές της διαγνωστικής κολονοσκόπησης αναφέρονται η διάτρηση και η αιμορραγία και το ποσοστό τους κυμαίνεται στο 0,35 - 0,8%.⁴

β. Ορθοσκόπηση - Σιγμοειδοσκόπηση: ελέγχεται η φύση του βλεννογόνου του κατωτέρου τμήματος του παχέος εντέρου, σε έκταση 25-30 εκατ. από τον πρωκτό, η περισταλτικότητά του, η παρουσία εκκολπωμάτων η ανάπτυξη νεοπλασματικών επεξεργασιών ή άλλων παθολογικών καταστάσεων της μορφολογίας του τμήματος αυτού.⁸

Αποτελεί εξέταση ρουτίνας για αρρώστους 45-50 χρόνων ή μεγαλύτερους.¹⁹

Έχει ελάχιστες επιλοκές, εκτός και το άτομο παρουσιάζει αιμορραγικές διαταραχές.⁴

γ. Λαπαροσκόπηση: Είναι ειδική διαδικασία που επιτρέπει την άμεση επισκόπηση της πρόσθιας επιφάνειας του ήπατος, της χοληδόχου κύστης και τμημάτων του μεσεντερίου. Με την εξέταση αυτή μπορούν να διαπιστωθούν όγκοι και αποφράξεις και να γίνει βιοψία χωρίς ερευνητική λαπαροτομία. Το λαπαροσκόπιο εισάγεται μέσα από την

τομή του κοιλιακού τοιχώματος που επιτρέπει την άμεση επισκόπηση των κοιλιακών οργάνων.¹⁹

δ. Ακτινολογικός έλεγχος:

α. Βαριούχος υποκλυσμός: Καθώς το βάριο προωθείται στα τμήματα του παχέος εντέρου με υποκλυσμό, γίνονται ακτινογραφίες και αντινοσκοπικός έλεγχος, κατά τον οποίο φαίνεται ο αυλός και η κινητικότητα του εντέρου. Γι' αυτό και η εξέταση αυτή ονομάζεται Διάβαση Εντέρου.⁸

Η κλασσική εικόνα είναι η συγκεντρική στένωση του αυλού σε μήκος 5-6cm που μοιάζει με την εικόνα του «φαγωμένου μήλου».⁴

β. Ακτινογραφία θώρακος και κοιλίας: για τον έλεγχο μεταστάσεων σε άλλα συστήματα.

γ. Ενδοφλέβια πυελογραφία: για τον προσδιορισμό του αριθμού και της θέσης των νεφρών καθώς και της διήθησης ή παρεκτόπισης των ουρητήρων από όγκο παχέος εντέρου.

δ. Σπινθηρογράφημα ήπατος και οστών: για την ανεύρεση πιθανών μεταστάσεων.

ε. Απεικονιστικές μέθοδοι:

α. Υπέρηχοι: Χρησιμοποιούνται για την αποκάλυψη αλλοιώσεων στην πύελο, στους κοιλιακούς λεμβαδένες και άλλες περιοχές του σώματος. Απεικονίζουν την εσωτερική επιφάνεια κοίλων οργάνων και δίνουν

πληροφορίες για το βάθος της διήθησης και για την παρουσία διηθημένων λεμφαδένων.²⁰

β. Αξονική - Μαγνητική τομογραφία: Με σκοπό την εντόπιση μακρινών μεταστάσεων πριν το χειρουργείο.⁶

στ. Κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου:

Σήμερα χρησιμοποιείται (εκτός στη διάγνωση του καρκίνου της μήτρας σε ασυμπτωματικό στάδιο) στην ανίχνευση καρκίνου του πεπτικού, αναπνευστικού και ουροποιητικού συστήματος, μερικές φορές και του μαστού, κατά το ασυμπτωματικό στάδιο. Πρόσφατα χρησιμοποιείται στην αξιολόγηση της απόκρισης του αρρώστου στη χημειοθεραπεία.

Η εξέταση επαναλαμβάνεται αν τα κύτταρα είναι αμφιβόλου ιστολογικού τύπου. Αν βρεθεί ότι τα κύτταρα είναι μάλλον κακοήθη, ο εξεταζόμενος πρέπει να κάνει βιοψία για καλύτερη αξιολόγηση.²⁰

ζ. Αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος

Δεν είναι διαγνωστικός αλλά αποσκοπεί περισσότερο στην ανακάλυψη και διόρθωση τυχόν ελλειμμάτων (αναιμίας, ηλεκτρολυτικών διαταραχών κλπ) για να προετοιμαστεί κατάλληλα ο ασθενής για την εγχείρηση.

Η C.E.A. (Καρκίνο - Εμβρυϊκό αντιγόνο): είναι μια γλυκοπρωτεΐνη, που βρίσκεται στην κυτταρική μεμβράνη καρκινωματοδών κυττάρων αυτών, αντιγόνο εισέρχεται στη κυκλοφορία και ανιχνεύεται με

ραδιοανοσολογική μέθοδο. Η αύξηση όμως του C.E.A. δεν είναι ειδική για το καρκίνο του παχέος εντέρου, διότι έχει παρατηρηθεί αύξησή του και σε καλοήθεις παθήσεις.⁴

2. Διαφοροδιάγνωση της νόσου

Η διαφοροδιάγνωση του Ca του παχέος εντέρου πρέπει να γίνει από τη κοπκκιοματώδη κολίτιδα (Νόσος του Crohn) όπου παρ' όλες τις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις η διαφορική διάγνωση σ' ένα 10% των περιπτώσεων δεν γίνεται αμέσως, αλλά με την εξέλιξη της καταστάσεως.

Επίσης το Ca παχέος εντέρου θα πρέπει να διαφοροδιαγνωστεί από την εκκολπωματική νόσο (παρουσία εκκολπωμάτων σε τμήμα, όπως σιγμοειδές - τυφλό ή και σε ολόκληρο το μήκος του παχέος εντέρου. Η διαφοροδιάγνωση μπορεί να επιτευχθεί με στοιχεία από το ιστορικό, την εικόνα ενδοσκοπήσεως και το αποτέλεσμα των βιοψιών.

Το Ca παχέος εντέρου μπορεί αρκετά εύκολα να διαφοροδιαγνωστεί από την ισχαιμική κολίτιδα (πρόκειται για άσηπτη φλεγμονή του τοιχώματος του παχέος εντέρου με τη βοήθεια της κολονοσκόπησης και του βαριούχου υποκλυσμού).

Ακόμη, με τη βοήθεια της σιγμοειδοσκόπησης, κολονοσκόπησης και βαριούχου υποκλυσμού μπορούμε να διαφοροδιαγνώσουμε το Ca παχέος εντέρου από άλλες παθήσεις του κόλου, όπως ελκώδη κολίτιδα και αμοιβαδική κολίτιδα. Η ανάπτυξη καρκίνου επί χρονίας ελκώδους

κολίτιδας αρχίζει να εμφανίζεται 8-10 χρόνια μετά την εμφάνιση της νόσου.

Άτομα με χρόνια κολίτιδα άνω των δέκα ετών πρέπει ετησίως να υποβάλλονται σε κολονοσκόπηση. Βιοψίες θα πρέπει να λαμβάνονται από ύποπτες βλάβες.⁴

ΚΕΦ. ΣΤ

1. Θεραπεία της νόσου

Είναι γνωστό ότι τα κακοήθη νεοπλάσματα οδηγούν σε βέβαιο θάνατο αν δεν θεραπευτούν και ότι τα καλοήθη μπορούν αν εξαλλαγούν σε κακοήθη. Επομένως, κάθε νεόπλασμα πρέπει να αντιμετωπίζεται.²¹

Οι τρεις βασικοί μέθοδοι που εφαρμόζονται για τη θεραπεία του αρρώστου με καρκίνο είναι η χειρουργική, η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία. Τέταρτη μέθοδος, που ακόμα, βρίσκεται στο πειραματικό στάδιο είναι η ανοσοθεραπεία.

Ποτέ δεν δικαιολογείται η επιλογή και εφαρμογή μιας θεραπείας χωρίς την κυτταρολογική ή ιστολογική επιβεβαίωση της αρρώστιας. Οι εξετάσεις αυτές θα δώσουν πληροφορίες για τον καθορισμό όχι μόνο του είδους, αλλά και του τρόπου της θεραπείας. Η κάθε θεραπευτική μέθοδος έχει καθορισμένες ενδείξεις, είτε σαν μόνη θεραπεία, είτε σε συνδυασμό με τις άλλες, ανάλογα με τον ιστολογικό τύπο, το βαθμό διαφοροποίησης, την έκταση της ασθένειας καθώς και την ηλικία και την υγεία του ατόμου.²⁰

Η χειρουργική θεραπεία εφαρμόζεται στις εξής περιπτώσεις:

- για επιβεβαίωση της διάγνωσης, με ταχεία βιοψία
- προφυλακτικά, για αφαίρεση καλοήθων νεοπλασμάτων που είναι επιρρεπή σε κακοήθη εξαλλαγή

- για αφαίρεση κακοήθους νεοπλάσματος. Τα αποτελέσματα της είναι θετικά, όταν ο καρκίνος αφαιρεθεί ριζικά προτού εξαπλωθεί σε περιοχές που δεν μπορούν να αφαιρεθούν
- για τον έλεγχο των κακοήθων νεοπλασμάτων με αφαίρεση αδένων
- παρηγορητικά, για ανακούφιση από επιπλοκές του καρκίνου, όπως εξελκώσεις, απόφραξη του γαστρεντερικού σωλήνα, πόνος από επέκταση του όγκου στα περιφερικά προς αυτόν νεύρα, αιμορραγία και μεγάλου βαθμού καχεξία. Η παρηγορητική θεραπεία συχνά συνδυάζεται με ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία ή διατομή νεύρων νωτιαίου μυελού ή εγκεφάλου για απαλλαγή από τον πόνο.²¹

Η χημειοθεραπεία εφαρμόζεται σε περιπτώσεις που δεν μπορούν να βοηθήσουν η ακτινοθεραπεία και η χειρουργική θεραπεία. Σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να συμπληρώνει τη χειρουργική θεραπεία ή την ακτινοθεραπεία, γι' αυτό γίνεται σε συνδυασμό ή μετά από αυτές.²¹ Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, αν και δεν θεραπεύουν τα νεοπλάσματα, όμως επιβραδύνουν την εξέλιξη τους και περιορίζουν τις διαστάσεις τους.^{20,22}

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορούν να χορηγηθούν: α. από το στόμα, β. σε μεγαλύτερες δόσεις ενδοφλέβια, γ. ενδοαρτηριακά, δ. άμεση έγχυση του φαρμάκου μέσα στο νεόπλασμα, ε. ενδοπεριτοναϊκή ή ενδοϋπεζωκοτική έγχυση.

Όλα σχεδόν τα χημιοθεραπευτικά φάρμακα των κακοήθων νεοπλασμάτων προκαλούν ναυτία, έμετο, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, από τη στοματική κοιλότητα ως το κόλον. Ορισμένα προκαλούν διάρροια, ενώ άλλα δυσκοιλιότητα. Άλλα φάρμακα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά κάνουν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Τέλος, άλλα δρουν τοξικά σε διάφορα σπουδαία όργανα, όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το ΚΝΣ (Κεντρικό Νευρικό Σύστημα).

Τα χημιοθεραπευτικά φάρμακα επαναλαμβάνονται σε συνεδρίες και ενώ σπάνια φέρουν ίαση, οι μεταστάσεις στα οστά και σε άλλους ιστούς πολλές φορές εξαφανίζονται. Συμβάλλουν επίσης, στη μείωση του πόνου.²¹

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

Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μοναδική θεραπεία του καρκίνου ή να γίνει συνδυασμός χειρουργικής θεραπείας και ακτινοθεραπείας. Επίσης, χρησιμοποιείται για την ανακούφιση του αρρώστου σε προχωρημένα στάδια κακοήθους νεοπλασίας.^{20,22}

Σε συνδυασμό με τη χειρουργική θεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί: α. προεγχειρητικά, για να εμποδίσει τη μετάσταση και να βοηθήσει τη χειρουργική αφαίρεση και β. μετεγχειρητικά όταν η πρωτοπαθής αλλοίωση αφαιρείται, μένουν όμως τα λεμφογάγγλια.

Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται ως εξής:

α. Ως τηλεθεραπεία (ακτίνες X και τηλεθεραπεία με χρήση ραδιοθεραπευτικής βόμβας). β. Εξωτερικά, γ. ενδοκοιλοτικά, δ. Εμφύτευση στερεών ραδιενεργών πηγών υπό μορφή βελόνων, κόκκων, κάψουλων, συρμάτων κλπ (ισότοπα που εμφυτεύονται είναι ο χρυσός, το ράδιο, το ραδόνιο, το ταντάλιο κλπ), ε. έγχυση κολλοειδούς διαλύματος ραδιοϊσότοπου (AU^{198} & P^{32}), στ. εσωτερικά από το στόμα ή ενδοφλέβια (ραδιοϊώδιο, ραδιοχρυσός, ραδιοφώσφορος).

Οι επιπλοκές της ιονίζουσας ακτινοβολίας στον ανθρώπινο οργανισμό διακρίνονται σε πρώιμες και όψιμες. Οι πρώιμες επιπλοκές είναι: α. τοπικές βλάβες του δέρματος (ακτινοδερματίτιδες), β. Αλωπεκία, γ. Αλλοιώσεις αίματος και αιμοποιητικού ιστού, δ. Βλάβη του φακού του οφθαλμού - πρόκληση καταρράκτη, ε. Στείρωση παροδική ή μόνιμη, στ. Συγγενείς ανωμαλίες ή και θάνατο του εμβρύου σε έγκυο γυναίκα. Οι όψιμες επιπλοκές είναι: α. Λευχαιμία, β. Καρκίνος στην περιοχή που ακτινοβολήθηκε, γ. Βράχυνση του χρόνου ζωής.^{21,23,24}

Η ανοσοθεραπεία είναι καινούργια μέθοδος θεραπείας του καρκίνου, η οποία βρίσκεται ακόμη στο ερευνητικό στάδιο. Η ανοσοθεραπεία

βασίζεται στην θεωρία ότι ο καρκίνος δίνεται την εντύπωση πως αναπτύσσεται με μεγαλύτερη συχνότητα στα άτομα των οποίων το ανοσοβιολογικό σύστημα είναι σε καταστολή ή δεν λειτουργεί καλά. Ο κύριος λοιπόν σκοπός της θεραπείας αυτής είναι να ισχυροποιηθεί η ανοσοβιολογική ανταπόκριση του αρρώστου στα κύτταρα του καρκίνου. Μελλοντικός στόχος της ανοσοθεραπείας είναι η πρόληψη του καρκίνου, με ανοσοποίηση των ατόμων κατά των καρκινικών κυττάρων.

Διάφοροι ανοσοθεραπευτικοί τύποι ερευνώνται σήμερα.: Αυτοί είναι:
α. η ενεργητική ανοσοθεραπεία, ειδική ή γενική, β. Παθητική ανοσοθεραπεία, γ. Θετή ανοσοθεραπεία και δ. Αυξητικές θεραπείες.²⁰

Αναφορά στις χειρουργικές τεχνικές που εφαρμόζονται σε καρκίνους του κόλπου και του ορθού

Οι όγκοι του κόλου αφαιρούνται, όταν είναι δυνατόν, ακόμη και αν είναι μεταστατικοί, διότι οπωσδήποτε θα προκαλέσουν επιπλοκές (απόφραξη του αυλού του εντέρου ή αιμορραγία).

Με την εγχείρηση εκλογής, αφαιρείται το τμήμα του εντέρου που καταλαμβάνει ο όγκος, μαζί με όλους τους συνοδούς λεμφαδένες. Αυτό προϋποθέτει αφαίρεση των αιμοφόρων αγγείων που τροφοδοτούν σημαντικό τμήμα του παχέος εντέρου.

Συνήθως, λοιπόν αφαιρείται το μισό ή το ένα τρίτο του εντέρου, ακόμη και όταν ο όγκος είναι σχετικά μικρός. Έτσι εξασφαλίζονται υγιή όρια εκτομής και κατόπιν αναστομώνονται τα δύο άκρα ώστε να αποκατασταθεί η συνέχεια του αυλού του εντέρου.

Μερικές φορές, σε ασθενείς με όγκους στο αριστερό τμήμα του κόλου και πλήρη ή μερική απόφραξη, η αναστόμωση του εντέρου δεν είναι δυνατή, διότι το χειρουργικό πεδίο έχει επιμολυνθεί από κόπρανα. Τότε δημιουργείται προσωρινή κολοστομία, που διατηρείται έξι με δέκα εβδομάδες.

Για μικρούς όγκους η αφαίρεση πολυπόδων χρησιμοποιείται η τοπική εκτομή, ενώ για κάπως μεγαλύτερους ή σφηνοειδής εκτομή.

Για τους όγκους του όρθου η θεραπεία εκλογής, για τον εντοπισμένο καρκίνο ορθού, περιλαμβάνει την εκτομή του όγκου με τουλάχιστον 2cm φυσιολογικού εντέρου εκατέρωθεν, όπως και αφαίρεση όλων των επιχώριων λεμφαδένων. Αν ο όγκος είναι μικρός, μπορεί να αφαιρεθεί με τοπική σφηνοειδή εκτομή.

Για διηθητικό καρκίνο του ορθού, η εγχείρηση εκλογής είναι η κοιλιοπερινεϊκή εκτομή. Το ορθό και ο πρωκτός με όλους τους συνδεδεμένους μυς αφαιρούνται και δημιουργείται μόνιμη κολοστομία.

Σε σπάνιες περιπτώσεις μη διηθητικών όγκων είναι δυνατή η αφαίρεση του όγκου από κάτω, δια του πρωκτού: χρησιμοποιείται

κρυοπηξία ή αφαιρείται απλώς ο όγκος, χωρίς να αφαιρεθεί τμήμα του εντέρου.

Μια καινούργια συρραπτική συσκευή για την επανασύνδεση των τμημάτων του εντέρου επιτρέπει μερικές φορές να εκτελεστεί εγχείρηση χαμηλής πρόσθιας εκτομής, σε ασθενείς με καρκίνους του ορθού σε χαμηλή θέση. Έτσι αποφεύγεται η μόνιμη κολοστομία.⁶

2. Πρόγνωση της νόσου

Οι σπουδαιότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση του κακοήθους νεοπλασματος, είναι:

- πόσο γρήγορα ο όγκος αναπτύσσεται και επεκτείνεται
- ο τρόπος αντιδράσεως του ξενιστή (του ανθρώπου)
- ο χρόνος διαγνώσεως του καρκίνου.²⁰

Συγκεκριμένα, στο Ca παχέος εντέρου, η πρόγνωση για τα στάδια A και B είναι καλή. Επειδή, όμως ένα μεγάλο ποσοστό αρρώστων βρίσκονται στο C στάδιο (κατά Dukes) η συνολική 5ετής επιβίωση για εγχειρήσεις ίασεως κυμαίνεται γύρω στα 60%. Πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι σ' ένα 10% των περιπτώσεων ο όγκος δεν είναι εξαιρεσίμος και σ' ένα 20% διαπιστώνονται ηπατικές μεταστάσεις. Έτσι εάν συμπεριλάβει κανείς τους αρρώστους όλων των σταδίων η 5ετής επιβίωση κυμαίνεται γύρω στα 40%.

Η πρόγνωση επίσης, επηρεάζεται αντιστρόφως από την εμφάνιση επιπλοκών (απόφραξη ή διάτρηση). Άλλοι παράγοντες είναι ο βαθμός διαφοροποίησης των κυττάρων κατά Broder, η ανεύρεση καρκινοματωδών κυττάρων εντός των αιμοφόρων αγγείων και πέριξ των νεύρων.

Οι χειρουργημένοι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται σε συχνά χρονικά διαστήματα με C.E.A. (καρκίνο-εμβρυϊκό αντιγόνο), αιματολογικές ακτινολογικές εξετάσεις και ενδοσκοπήσεις. Εάν διαπιστωθεί υποτροπή της νόσου πρέπει να χειρουργούνται εκ νέου. (Second look)⁴

Η πρόγνωση, συνήθως, είναι πολύ καλύτερη του καρκίνου του βρόγχου ή του στομάχου.²⁵

3. Πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου και διαιτητικές προφυλάξεις

Στην επιτυχή πρόληψη του καρκίνου, οι δυσκολίες είναι πολλές. Σαν πιο χαρακτηριστικές αναφέρονται οι οικονομικοί και τεχνικοί λόγοι. Εδώ μπορούμε να αναφέρουμε το φόβο, την άγνοια, τη προκατάληψη, την αποστροφή να πάει κανείς στο γιατρό όταν αισθάνεται καλά, το χάσιμο του χρόνου κ.α. Αυτοί οι λόγοι κάνουν αδύνατο το συνεχή έλεγχο για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του πληθυσμού μιας χώρας. Γι' αυτό και η ανίχνευση περιορίζεται σε αναγνωρισμένες ομάδες με υψηλό κίνδυνο νοσήσεως.²⁰

Ομάδες ατόμων με υψηλό κίνδυνο να νοσήσουν από καρκίνο του παχέος εντέρου είναι: 1. Άτομα άνω των 40 ετών, 2. Με οικογενείς ιστορικό νεοπλασίας ή πολυποδιάσεως, 3. Με ιστορικό ελκώδους κολίτιδας ή κοκκιωματώδους κολίτιδας, 4. Με ατομικό ιστορικό πολυποδιάσεως, 5. Με ιστορικό νεοπλασίας έσω γεννητικών οργάνων.⁴

Η ανίχνευση στο ασυμπτωματικό στάδιο των φαινομενικά υγιών ατόμων περιλαμβάνει τις ακόλουθες εξετάσεις: 1. Ολοκληρωμένο ιστορικό (ατομικό, οικογενειακό), 2. Γενική φυσική εξέταση, 3. Αιματολογικές εξετάσεις, 4. Ακτινολογικός έλεγχος (γαστρεντερικού σωλήνα και θώρακα), 5. Ραδιοϊσοτοπικός έλεγχος.²⁰

Στις ομάδες ατόμων υψηλού κινδύνου θα πρέπει να γίνονται περιοδικές εξετάσεις μετά το 40: 1.Ανίχνευση αίματος στα κόπρανα, 2.Βαριούχος υποκλσμός, 3.Ορθοσιγμοειδοσκόπηση, 4.Κολονοσκόπηση.⁴ Θα πρέπει να πραγματοποιείται δακτυλική εξέταση του ορθού (ετησίως), καθώς και η εξέταση «Mayer» των κορπώνων. Ο ενδοσκοπικός έλεγχος του παχέος εντέρου, μετά τα 40, θα πρέπει να γίνεται ετησίως και μετά τα 50 κάθε 3-5 χρόνια.

Οι διαιτητικές συστάσεις για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι:

- Η δίαιτα πρέπει να περιέχει πολλές φυτικές ίνες και λίγα λιπαρά: πρέπει να καταναλώνονται φρέσκα φρούτα και λαχανικά, τα οποία περιέχουν χημειοπροστατευτικούς παράγοντες όπως βιταμίνες,

ανόργανα στοιχεία και φυτικές ίνες. Τα σταυρανθή λαχανικά, όπως τα μπρόκολα και τα λαχανικά Βρυξελών, είναι ιδιαίτερα σημαντικά

- Το πίτουρο (κριθάρι ή σιτάρι) παίζει ρόλο σε δίαιτα με υψηλή περιεκτικότητα σε ίνες. Μάλιστα συμβαίνει στον έλεγχο της υπερανάπτυξης των κυττάρων στο κόλον και το ορθό, ειδικά εάν έχει ήδη βρεθεί πολύποδας. Καθώς επίσης, το Ca^{+2} μπορεί να βοηθήσει και στον περιορισμό της καρκινογόνου δράσης των λιπαρών και χολικών οξέων.
- Περιορισμός της κατανάλωσης κόκκινου κρέατος (χοιρινό, βοδινό, αρνί) καθημερινά, που είναι πλούσιο σε ζωϊκό λίπος.⁶

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦ. Ζ.

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου.

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με καρκίνο του παχέος εντέρου αρχίζει από τα πρώτα στάδια της ανιχνεύσεως της νόσου και προχωρεί ως το τελευταίο στάδιό της, αποκατάσταση ή θάνατος. Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας-τή σε ασθενή με καρκίνο παχέος εντέρου συνιστάται :

A. Υποστήριξη και βοήθεια του ασθενούς στην περίοδο των διαγνωστικών εξετάσεων.

B. Αντιμετώπιση των αναγκών θρέψεως του ασθενούς.

Γ. Βοήθεια κατά την εφαρμογή θεραπείας.

Δ. Συνεχής παρακολούθηση και φροντίδα του ασθενούς.

E. Βοήθεια του αρρώστου, για να υποστεί τη καλοστομία και να ζήσει μ' αυτήν.

Στ. Αναγνώριση των ψυχολογικών και πνευματικών αναγκών του ασθενούς.

A. Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας-τή στις Διαγνωστικές εξετάσεις.

Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας είναι πολύ σημαντικός κατά τη περίοδο των διαγνωστικών εξετάσεων. Είναι αυτή που προσανατολίζει τον άρρωστο, τον βοηθά ψυχολογικά και τον ενισχύει στην προσπάθεια της έρευνας του προβλήματος της υγείας του. Η νοσηλεύτρια εξηγεί στον άρρωστο ανάλογα με τις γνώσεις του και το μορφωτικό του επίπεδο. Ειδικότερα:

- Στη κλινική εξέταση: η νοσηλεύτρια ζητά από τον ασθενή να διατηρήσει χαλαρό το μυϊκό και νευρικό του σύστημα για τη διευκόλυνση της εξέτασής και να εκκενώσει την ουροδόχο κύστη για τον προσδιορισμό της καταστάσεως της κοιλίας και των οργάνων της πυέλου. Η βοήθεια που προσφέρει κατά την εκτέλεση της κλινικής εξέτασης συνιστάται στα εξής:
- Τοποθετείται ο ασθενής ανάσκελα και τα χέρια του παράλληλα με το σώμα
- Κατεβάζουμε τα σκεπάσματα μέχρι την ηβική σύμφωση.
- Εξηγούμε στον ασθενή να λυγίσει τα γόνατα προς την κοιλιά, για να χαλαρώσουν οι μυς.
- Ανεβάζουμε τα ρούχα και ελευθερώνουμε την κοιλιά. Εάν ο ασθενής κρυώνει, προστατεύεται ανάλογα.

- Η εξέταση γίνεται με επίκρουση, ψηλάφηση, ακρόαση και επισκόπηση και αποβλέπει στην ανεύρεση σκληρών όγκων, υγρού κλπ.
- Στη δακτυλική εξέταση του ορθού:
 - τοποθετείται τετράγωνο αδιάβροχο καλυμμένο με τετράγωνο αλλαγών κάτω από τους γλουτούς.
 - Τοποθετείται ο ασθενής στο πλάι, με τα γόνατα λυγισμένα προς την κοιλιά.
 - Προσφέρεται στο γιατρό γάντι και βαζελίνη.
 - Μετά την εξέταση, τακτοποιείται ο άρρωστος (καθαρισμός της πρωκτικής περιοχής με χαρτοβάμβακο).
 - Η εξέταση γίνεται με επισκόπηση και ψηλάφηση και αποβλέπει στην ανεύρεση τοπογραφικών ανωμαλιών, προσδιορισμός του μεγέθους των οργάνων, εμφάνιση νεοπλασιών, ραγάδων κλπ.⁸
- Στον ενδοσκοπικό έλεγχο του ασθενούς: Η προετοιμασία του αρρώστου για ορθό - σιγμοειδό - κολονοσκόπηση περιλαμβάνει:
 - εξήγηση της διαδικασίας και του τι θα συμβεί.
 - Ετοιμασία του εντέρου με.....
 - Υγρή δίαιτα για 72 ώρες πριν την εξέταση.

- Ένα μπουκάλι (283,5g) κρύου κιτρικού μαγνησίου κάθε βράδυ την ώρα του ύπνου για τρεις μέρες πριν την εξέταση.
- υποκλισμούς, νωρίς το πρωί της ημέρας της εξέτασης.
- μεταφορά του αρρώστου στο θάλαμο ενδοσκόπησης. Αν είναι εξωτερικός, συνοδεία του από κάποιον δικό του.
- Τοποθέτησή του σε πλάγια θέση (Sims) στο τραπέζι εξέτασης και κάλυψή του.
- Δακτυλική εξέταση πριν την εισαγωγή του ενδοσκοπίου.
- Επάλειψη με γλισχραντικό και εισαγωγή του ενδοσκοπίου.
- Εξέταση του βλεννογόνου και λήψη δειγμάτων καθώς το κολονοσκόπιο αφαιρείται αργά.
- Εισαγωγή αέρα (μπορεί να γίνει) για διάταση του εντέρου.
- Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και του επιπέδου συνείδησης σ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας. πιθανή η ενδοφλέβια χορήγηση Dewed ή Valium για τη δυσχέρεια, όπως κοιλιακές κράμπες, καθώς το ενδοσκόπιο προχωρεί μέσα στο κόλο.

Μετά την εξέταση:

- βοήθεια στον καθορισμό της πρωκτικής περιοχής από βαζελίνη και κόπρανα.

- Παρακολούθηση για πυρετό, αιμορραγία, κοιλιακή διάταση, βλενοπυώδη παροχέτευση και ασυνήθη πόνο. Πιθανή μικρή αιμορραγία, αν πάρθηκε δείγμα βιοψίας.
- Έλεγχος των ζωτικών σημείων.
- Ενθάρρυνση λήψης υγρών και εφαρμογής της κανονικής δίαιτας, το γρηγορότερο δυνατό.

Σημείωση: Δε γίνεται προετοιμασία του εντέρου, αν ο άρρωστος παρουσιάζει ενεργό αιμορραγία ή βαριά διάρροια.

- Στη λαπαροσκόπηση η φροντίδα του ασθενούς περιλαμβάνει:
 - εξήγηση της διαδικασίας και ψυχολογική υποστήριξη.
 - Καθαρισμός και αντισηψία της περιοχής.
 - Ένεση τοπικού αναισθητικού.
 - Μετά από τομή του κοιλιακού τοιχώματος, εισάγεται το λαπαροσκόπιο και η περιτοναϊκή κοιλότητα γεμίζεται με αέρα (που εισάγεται μέσα από ξεχωριστή κάνουλα), για να αποχωριστούν οι εντερικές έλικες μεταξύ τους.
 - Μετά την εξέταση παρακολουθείται ο άρρωστος για αιμορραγία επί 24 ώρες.
 - Λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία κάθε 15min για τις πρώτες 4 ώρες και κατόπιν 4 ώρες.

- Στον ακτινολογικό έλεγχο του παχέος εντέρου:
- ΒΑΡΙΟΥΧΟΣ ΥΠΟΚΛΙΣΜΟΣ:
- Εξήγηση της διαδικασίας και του τι θα συμβεί.
- Υγρή διαίτα για 24 ώρες πριν την εξέταση.
- Προετοιμασία του εντέρου (η οποία μπορεί να διαφέρει από ίδρυμα σε ίδρυμα) την προηγούμενη μέρα:
- Κιτρικό μαγνήσιο 293,5g στις 5 μ.μ.
- Dulcofax, 4 ταμπλέτες στις 10 μ.μ.
- Τίποτα από το στόμα μετά τα μεσάνυχτα.
- Μεταφορά στο ακτινολογικό εργαστήριο.
- Λαμβάνονται ακτινογραφίες πριν τον υποκλυσμό για διαβεβαίωση ότι το καλό είναι άδειο.
- Εισαγωγή σωλήνα στο ορθό και ροή του διαλύματος βαρίου μέσα στο κόλο.
- Αλλαγή της θέσης και γύρισμα του αρρώστου πολλές φορές για γέμισμα του κόλου από το βάριο. Λήψη σειράς ακτινογραφιών.
- Ένεση γλυκαζόνης (μπορεί να γίνει) για χαλάρωση του κόλου. Αν ο άρρωστος δεν μπορεί να κρατήσει το βάριο, ενθάρρυνσή του να παίρνει αργές, βαθιές αναπνοές και θα ειδοποιηθεί ο ακτινολόγος, αν αισθάνεται μεγάλη δυσχέρεια.

- Μετά τη λήψη των ακτινογραφιών, μπορεί να χρησιμοποιήσει τη τουαλέτα ο άρρωστος για αποβολή του βαρίου.
- Μετά την εξέταση, ενθάρρυνση του αρρώστου για λήψη άφθονων υγρών για απομάκρυνση του βαρίου.
- Πληροφόρηση του αρρώστου ότι το βάριο θα αποβάλλεται με την κανονική λειτουργία του εντέρου σαν άσπρη κένωση.
- Καθαρτικό, όπως γάλα μαγνησίας (μπορεί να δοθεί) για διευκόλυνση της αποβολής του βαρίου.
- Πολλές φορές, είναι απαραίτητος ο χαμηλός υποκλυσμός.

Σημείωση: Σε αρρώστους με ενεργές φλεγμονώδεις παθήσεις του κώλου δε προηγείται προετοιμασία του εντέρου.

B. Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας στην αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενούς.

Η καλή κατάσταση θρέψης στην προεγχειρητική περίοδο βοηθάει τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο του αζώτου και την πλημμελή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών, χωρίς σοβαρές συνέπειες για τον οργανισμό. Ο άρρωστος με διατροφικά προβλήματα βρίσκεται σε μειονεκτική θέση γιατί:

- Έχει μικρή ανοχή στο χειρουργικό stress.
- Είναι επιρρεπείς στις λοιμώξεις.

- Είναι επιρρεπείς στο SHOCK και την αιμορραγία.
- Καθυστερεί η επούλωση του τραύματος από την ελάττωση της πρωτεΐνης και της βιταμίνης C. Γι' αυτό η αναπλήρωσή τους θεωρείται αναγκαία.

Ο έλεγχος των ηλεκτρολυτών και η ανάταξη πιθανής υπάρχουσας αναιμίας και η διόρθωσή τους είναι από τα βασικότερα που πρέπει να προηγούνται της επέμβασης.

Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στα ηλικιωμένα άτομα, διότι η αφυδάτωση είναι συχνή, καθώς και στα παχύσαρκα, τα οποία παρουσιάζουν ευκολότερα shock και άλλες μετεγχειρητικές επιπλοκές (π.χ. διαπύηση, τραύματος, εκσπλάχνωση, πνευμονικές επιπλοκές, θρομβοφλεβίτιδα).

Γ. Βοήθεια, πριν, κατά και μετά την εφαρμογή της θεραπείας

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας - τη στη θεραπεία του ασθενούς με καρκίνο του παχέος εντέρου διακρίνεται:

- I. Βοήθεια του αρρώστου για χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου
- II. Βοήθεια του αρρώστου στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας
- III. Βοήθεια του αρρώστου στην εφαρμογή της ακτινοθεραπείας

I. Χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου:

Περιλαμβάνει την προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου και την πρόληψη και την διόρθωση μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών.

Η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που πρόκειται να υποστεί κολοστομία περιλαμβάνει την ψυχολογική και σωματική ετοιμασία.

α. Ψυχολογική ετοιμασία:

- Αξιολόγηση του επιπέδου κατανόησης και αποδοχής του αρρώστου σχετικά με την εγχείρηση που πρόκειται να κάνει, τη μετεγχειρητική πορεία και αγωγή κλπ.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράσει τους φόβους και τα συναισθήματα του, φόβος θανάτου, πόνου, νάρκωσης, αναπηρίας, απόρριψης από τους οικείους και φίλους.
- Παροχή πληροφοριών στα πλαίσια της αρμοδιότητας των Νοσηλευτών και προσπάθεια λύσεως των παρεξηγημένων αντιλήψεων του αρρώστου.
- Πληροφόρηση σχετική με το πρόβλημα της κολοστομίας από άρρωστο, που έχει ο ίδιος υποστεί.

B. Σωματική ετοιμασία: περιλαμβάνει την καθαριότητα του ασθενούς με την καθαριότητα του σώματος του ασθενούς και τον καθαρισμό του εντερικού σωλήνα.

- I. Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς. Αυτή εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρτο δέρμα. Το λουτρό γίνεται τη παραμονή της εγχείρησης και προστατεύεται ο άρρωστος να μην κρυώσει.

Γίνεται, επίσης, λούσιμο κεφαλής, φροντίδα στόματος και νυχιών και περιποίηση του ομφαλού⁸.

- II. Καθαριότητα του εντερικού σωλήνα. Αυτή περιλαμβάνει (ανάλογα με το σύστημα κάθε κλινικής):
 - Δίαιτα χωρίς υπόλειμμα επί 4 ημέρες πριν την εγχείρηση. Την παραμονή της επέμβασης μόνον υγρά από το στόμα και τίποτε μετά τα μεσάνυχτα.
 - Εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα το πρωί της ημέρας της εγχείρησης.
 - Χορήγηση καθαρτικού ή υποκλυσμού επί 2-4 ημέρες πριν την εγχείρηση.

- Χορήγηση αντισηπτικού του εντέρου ή ευρέως φάσματος αντιβιοτικό προληπτικά πριν την εγχείρηση.²⁶

Η τοπική προεγχειρητική ετοιμασία είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση.

Αυτή συνιστάται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις. Η έκταση της προετοιμασίας του εγχειρητικού πεδίου θα πρέπει να περιλαμβάνει αρκετή ένταση γύρω από το σημείο της τομής.

Πάντοτε η αναμονή εγχειρήσεως προκαλεί αγωνία και φόβους. Αυτά μπορεί να είναι έντονα και να διώχνουν τον ύπνο. Η αϋπνία και η κόπωση από αυτήν προδιαθέτουν στη μια ομαλή μετεγχειρητική πορεία και ακόμη στην εμφάνιση επιπλοκών.

Για την αποφυγή της αϋπνίας και την εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου, χορηγείται στον ασθενή την νύχτα της παραμονής της εγχειρήσεως ηρεμιστικά και υπνωτικό φάρμακο.

Γίνεται, επίσης, προετοιμασία και εκπαίδευση του ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων, αναπνευστικών μυών και προσανατολισμός του ασθενούς στο νέο δωμάτιο, στο οποίο θα μεταφερθεί μετά την εγχείρηση, για να μην ανησυχήσει.⁸

Η προεγχειρητική ετοιμασία την ημέρα τη επέμβασης περιλαμβάνει:

- Νηστεία. Το πρωί της ίδιας ημέρας ο ασθενής δεν παίρνει τίποτα από το στόμα (περίπου 6-8 ώρες).
- Ταυτότητα. Τοποθετείται ταυτότητα χεριού με το ονοματεπώνυμο του αρρώστου και την κλινική που ανήκει.
- Λήψη ζωτικών σημείων. Σε περίπτωση κάποιου προβλήματος, π.χ. πυρετό, οι Νοσηλευτές αναφέρονται στον υπεύθυνο γιατρό, για να ληφθεί απόφαση πιθανής αναβολής της επέμβασης.
- Φακοί επαφής, γυαλιά, κοσμήματα, οδοντοστοιχίες, φουρκέτες, τσιμπιδάκια αφαιρούνται και παραδίνονται στους οικείους του ασθενή. Διαφορετικά, καταγράφονται, υπογράφει ο άρρωστος και παραδίνονται στη προϊσταμένη.
- Νύχια, χείλη καθαρίζονται αν είναι βαμμένα, διότι γίνεται κατά την εγχείρηση έλεγχος από τα σημεία αυτά για την καλή ή κακή οξυγόνωση του αρρώστου.
- Κένωση κύστεως. Ο άρρωστος πρέπει να ουρήσει πριν την επέμβαση. Αν δεν μπορεί, γίνεται καθετηριασμός.
- Κατάλληλη ένδυση. Η ενδυμασία του χειρουργείου αποτελείται από τα ποδονάρια, υποκάμισο (κοινό νυχτικό, ανοιχτό στο πίσω μέρος), σκούφος. Ο ασθενής αφαιρεί τα εσώρουχά του ή τον βοηθάει η Νοσηλεύτρια-της.
- Προνάρκωση. Γίνεται συνήθως μισή ώρα πριν την εγχείρηση. Περιλαμβάνει τη χορήγηση πεθιδίνης ως ναρκωτικό - αναλγητικό και

ατροπίνη για την αναστολή των εκκρίσεων. Ενημερώνεται ο ασθενής ότι πρέπει να μείνει στο κρεβάτι του, για την πρόληψη πτώσεως.

- Προεγχειρητικό δελτίο. Ο υπεύθυνος Νοσηλευτής-τρια που ετοιμάζει τον άρρωστο για το χειρουργείο, συμπληρώνει όλα τα στοιχεία στο προεγχειρητικό δελτίο. Το προεγχειρητικό δελτίο, το βιβλιάριο του αρρώστου, ο φάκελος ιστορικού του και τα φάρμακα (αν έχει) συνοδεύουν τον άρρωστο στο χειρουργείο.
- Μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο.
- Καθησύχαση και ενημέρωση των συγγενών.
- Αναγραφή όλων των ενεργειών, που έχουν σχέση με τη προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς, στο νοσηλευτικό δελτίο ή λογοδοσία της νοσηλευτικής μονάδας.²⁶

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΘΑΛΑΜΟΥ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η Νοσηλεύτρια-της, μετά την αποχώρηση του ασθενούς για το χειρουργείο, ενημερώνει το θερμομετρικό διάγραμμα με τα ζωτικά σημεία και το σημείο επέμβασης.

Γίνεται αερισμός του θαλάμου και ετοιμασία του κομοδίνου και του κρεβατιού του ασθενούς. Το κρεβάτι:

- Είναι ζεστό, με τη προσθήκη θερμοφόρας το χειμώνα για την προφύλαξη από ψύξη και μετεγχειρητική πνευμονία.

- Είναι χωρίς μαξιλάρι, για την ταχύτερη αποβολή της νάρκωσης.
- Τοποθετείται προστατευτικό μαξιλάρι στο πάνω κιγκλίδωμα 'του κρεβατιού.
- Είναι ανοιχτό από όλες τις πλευρές.
- Τοποθετείται πετσέτα προσώπου και αδιάβροχο κεφαλής για τυχόν εμφάνιση εμετών.

Το κομοδίνο:

- Τοποθετείται τετράγωνο αλλαγών ή πετσέτα.
- Ποτήρι νερό, Port-Cotton, νεφροειδές κάψα με τεμάχια χαρτοβάμβακος και τολύπια βάμβακος.
- Χάρτινη σακούλα για τα απορρίμματα.

Ο θάλαμος, αφού προηγηθεί σκούπισμα, σφουγγάρισμα και υγρό ξεσκόνισμα επίπλων, αερίζεται συνεχώς με ένα ανοιχτό παράθυρο.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί σοβαρή απασχόληση της Νοσηλεύτριας-τή. Γι' αυτό και θα πρέπει να γίνεται από έμπειρη και επιδέξια Νοσηλεύτρια-τή.

Η Νοσηλεύτρια-τής σ' αυτή τη φάση συμβάλλει:

- Στην προστασία του ασθενούς κατά τα διάφορα στάδια της ανάνηψης.

- Στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξελίξεως της ασθένειάς του.
- Στην ανακούφιση του από ενοχλήματα.
- Στην πρόληψη επιπλοκών και
- Στη βοήθεια του ασθενούς, για να επανέλθει το ταχύτερο στη φυσιολογική του κατάσταση.

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

- Την προφύλαξη του ασθενούς από ρεύματα αέρα κατά τη μεταφορά του από το χειρουργείο στο θάλαμο.⁸
- Την κατάλληλη τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Η συνήθης θέση είναι η ύπτια με το κεφάλι στο πλάι, η οποία συμβάλλει στη χαλάρωση των μυών και στη λειτουργία των παροχετεύσεων, καθώς επίσης στη πρόληψη της εισρόφησης των εμεσμάτων και πνιγμού (σε περίπτωση εμετών), και πτώσεως της γλώσσας προς τα πίσω.
- Τον έλεγχο των ζωτικών σημείων, για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης.
- Τον έλεγχο του τραύματος, μήπως αιμορραγεί και των παροχετεύσεων (συνδέσεις και λειτουργία τους).
- Τον έλεγχο του επιπέδου συνείδησης και κίνησης των κάτω άκρων, που αφορούν τη νευρολογική κατάσταση.

- Την εκτίμηση της λειτουργίας των νεφρών: ποσόν ούρων, μέτρηση και καταγραφή σε ειδικό πίνακα προσλαμβανομένων-αποβαλλόμενων υγρών, έλεγχος του καθετήρα (θέση και λειτουργία του).
- Την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και άλλες δυσκολίες, από τις οποίες υποφέρει, κυρίως κατά τις πρώτες 48 ώρες μετά την εγχείρηση.
- Την παρακολούθηση της ενδοφλέβιας έγχυσης υγρών ή αίματος, ποσόν, ρυθμό ροής, έγκαιρη αντικατάσταση.

Επίσης, γίνεται έλεγχος του σημείου φλεβοκέντησης.

- Την ενθάρρυνση του αρρώστου να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει, να κάνει ασκήσεις των κάτω άκρων και να αλλάζει συχνά θέση.
- Την ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου και των συγγενών.
- Την ενημέρωση της νοσηλευτικής λογοδοσίας:
 - με την ώρα επιστροφής του αρρώστου από το χειρουργείο
 - με τα ζωτικά σημεία και την γενική του κατάσταση.
 - με την ενδοφλέβια έγχυση ορού, μετάγγισης ή άλλου διαλύματος.
 - Με την παρουσία καθετήρα, παροχέτευσης, οξυγόνου.
- Την σίτιση του ασθενούς. Τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες χορηγούνται στον άρρωστο διαλύματα γλυκόζης και ηλεκτρολυτών, που δεν πρέπει να υπερβαίνουν τα 3000ml, εφόσον ο άρρωστος δεν

έχει παθολογικές απώλειες. Αφού εγκατασταθεί επαρκής λειτουργία των νεφρών, χορηγείται καθημερινά κάλλιο εφόσον ο άρρωστος δεν σιτίζεται ακόμη από το στόμα.²⁶

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΙΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι μετεγχειρητικές δυσχέρειες που παρατηρούνται είναι οι εξής:

1. ΠΟΝΟΣ: ο ασθενής μετά τη χειρουργική επέμβαση βρίσκεται σε σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπερένταση, η οποία φυσικά επιδεινώνει τον πόνο. Η νοσηλεύτρια-τής, για να ανακουφίσει τον ασθενή, τον τοποθετεί σε θέση που να προκαλεί χαλάρωση των μυών, κάνει ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος, τον προστατεύει κατά τον βήχα και τους εμετούς και χορηγεί αναλγητικά φάρμακα με οδηγία του γιατρού.
2. ΔΙΨΑ: οφείλεται στην νάρκωση (γενική ή τοπική), η οποία προκαλεί ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος και στη μείωση των υγρών του οργανισμού κατά και μετά την εγχείρηση (αίμα, υγρά παροχετεύσεων, εμετοί). Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένο σε νερό και με χορήγηση υγρών παρεντερικώς.

3. ΕΜΕΤΟΣ: Ο άρρωστος δε ταλαιπωρείται από εμετούς, γιατί φέρει ρινογαστρικό σωλήνα (Levin), που τον απαλλάσσει από τα πλεονάζοντα υγρά του στομάχου.⁸

4. ΑΝΗΣΥΧΙΑ-ΔΥΣΦΟΡΙΑ: Αιτία που τη δημιουργούν είναι το βρεγμένο επιδερμικό υλικό του τραύματος

- Επίσχεση ούρων
- Μετεωρισμός και λόξυγκας
- Αϋπνία, θόρυβοι του περιβάλλοντος

Η Νοσηλεύτρια-τής οφείλει να απαλλάξει τον άρρωστο από κάθε μία απ' αυτές τις αιτίες:

- Αλλαγή των επιδέσμων του τραύματος
- Βοήθεια του αρρώστου να ουρήσει, χρησιμοποιώντας όλα τα συντηρητικά μέτρα. Αν αποτύχουν αυτά, εκτελείται καθετηριασμός της κύστεως.
- Τοποθέτηση σε συνεννόηση με τον γιατρό, σωλήνα αερίων, για την αντιμετώπιση του μετεωρισμού.
- Χορήγηση largactil και primperan, για την αντιμετώπιση του λόξυγκα.
- Μείωση των θορύβων και βοήθεια να απαλλαγεί ο άρρωστος από δυσάρεστες σκέψεις.

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

1. Shock ή καταπληξία. Ορίζεται ως οξεία κυκλοφορική ανεπάρκεια με ανεπαρκή αιμάτωση των ιστών, που οδηγεί σε γενικευμένη κυτταρική υποξία. Το Schock διακρίνεται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες, ανάλογα με το αίτιο που το προκαλεί. Σκοπός της κατάταξης αυτής είναι να διευκολύνει την αναγνώριση της παθολογικής κατάστασης, ώστε έγκαιρα να αρχίσει η θεραπευτική αγωγή.

Οι τρεις μεγάλες κατηγορίες είναι:

A. Ολιγαιμικό shock.

B. Αγγειακό schock.

Γ. Καρδιογενές schock.

Η κλινική εικόνα του scock είναι:

- ωχρότητα προσώπου και ανησυχία
- ψυχρότητα και εφίδρωση δέρματος
- ταχυσφυγμία και υπόταση
- επιπόλαιη αναπνοή
- πτώση της θερμοκρασίας

Η Νοσηλευτική παρέμβαση σε κατάσταση schock είναι:

- τοποθέτηση του αρρώστου σε ύπτια θέση με τα κάτω άκρα ανυψωμένα.

- Εξασφάλιση ανοικτού αεραγωγού και επαρκούς οξυγόνωσης με χορήγηση O₂.
 - Έλεγχος εξωτερικής αιμορραγίας.
 - Στενή παρακολούθηση ζωτικών σημείων,
 - Χορήγηση IV υγρών: Ringer; s, Dextrose, N/S
 - Λήψη αίματος για ομάδα και διασταύρωση.
 - Χορήγηση αίματος.
 - Διατήρηση του αρρώστου ζεστού.
 - Τοποθέτηση Folley για έλεγχο του ποσού των ούρων.
 - Λήψη ΗΚΓ και σύνδεση με Monitor.
 - Διόρθωση αρρυθμιών και πρόληψη κοιλιακής μαρμαρυγής²⁶.
1. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ: διαιρούνται σε εσωτερικές και εξωτερικές. Η νοσηλευτική παρέμβαση περιλαμβάνει:
- Ακινητοποίηση του ασθενή και έκκληση του γιατρού.
 - Αν είναι εξωτερική αιμορραγία, τότε τοποθετεί ο Νοσηλευτής-τρια πιεστικό επίδεσμο.
 - Αν είναι εσωτερική αιμορραγία, δεν δίνει τίποτα στον ασθενή από το στόμα. Έχει έτοιμο δίσκο ενέσεων με αιμοτασιακά φάρμακα, ενδοφλέβια έγχυση ορού και ειδοποιεί τη τράπεζα αίματος.
 - Απάλλαξη από οποιαδήποτε περίφραξη.

- Διατήρηση του αρρώστου ζεστού.
- Τόνωση του ηθικού του αρρώστου.

2. ΘΡΟΜΒΟΦΛΕΒΙΤΙΔΕΣ (ιδιαίτερα θρόμβωση μηριαίας):

Είναι συχνό φαινόμενο των εγχειρήσεων της πυέλου. Εμφανίζεται με πυρετό, οίδημα και πόνο στη περιοχή του αποφραχθέντος αγγείου. Η νοσηλευτική παρέμβαση είναι:

- Απόλυτη ακινησία του άκρου
- Τοποθέτηση του άκρου σε ανάρροπη θέση.
- Τοποθέτηση στεφάνης.
- Τοποθέτηση θερμών-υγρών επιθεμάτων και έναρξη αντιπηκτικής αγωγής, μετά από συνεννόηση με το γιατρό.⁸

1. ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ: Οι πιο συχνές επιπλοκές από το αναπνευστικό σύστημα είναι η ατελεκτασία, η βρογχίτιδα, η βρογχοπνευμονία, η λαβώδης πνευμονία, η υποστατική πνευμονία. Η νοσηλευτική παρέμβαση που ακολουθείται σ' αυτές τις περιπτώσεις αφορά την πρόληψη, που περιλαμβάνει:

- Στενή παρακολούθηση του ασθενούς, μέχρι την τέλεια απονάρωσή του
- Διατήρηση του αρρώστου ζεστού και προστασία από ρεύματα αέρα.
- Συχνή ενυδάτωση, με σκοπό τη ρευστοποίηση των εκκρίσεων.

- Ενθάρρυνση ν' αναπνέει βαθιά και να βήχει.
 - Περιποίηση στόματος και αντισηψία ρινοφάρυγγος.
2. ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ: είναι η απόφραξη κλάδου της πνευμονικής αρτηρίας, από θρόμβο που μπορεί να αποσπαστεί από φλέβες των κάτω άκρων ή από τις δεξιές κοιλότητες της καρδιάς. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει απότομη έναρξη, έντονη δύσπνοια, ταχυκαρδία, λιποθυμική τάση, πτώση πίεσης, ψυχρούς ιδρώτες. Ο θάνατος επέρχεται από καρδιακή ανεπάρκεια.

Η Νοσηλευτική παρέμβαση περιλαμβάνει

- Γνώση των συμπτωμάτων και πρόληψη εμφάνισής τους.
- Καθιστή θέση του ασθενούς στο κρεβάτι.
- Αναπνευστικές κινήσεις.
- Ελεύθερες και συχνές κινήσεις των κάτω άκρων μετά το πρώτο 24 ωρο.
- Έγερση του ασθενούς των ενδοφλέβιων καθετήρων.
- Προληπτική χορήγηση ηπαρινής και θρομβολυτικών, με οδηγία γιατρού.
- Συμπτωματική αγωγή της οξείας πνευμονικής εμβολής με χορήγηση O₂, υγρών, μέτρηση ζωτικών σημείων και κεντρικής φλεβικής πίεσης.²⁶

1. ΜΟΛΥΝΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ: Τοπικά συμπτώματα της μολύνσεως είναι ο αυξημένος πόνος, θερμότητα ερυθρότητα, οίδημα, πυώδη εκροή. Γενικά συμπτώματα της είναι ο πυρετός, ρίγος, κεφαλαλγία, ανορεξία.

Η νοσηλευτική παρέμβαση περιλαμβάνει:

- Φροντίδα της τραυματικής χώρας με τήρηση των κανόνων ασηψίας κατά τις αλλαγές.
- Καθαριότητα και αντισηψία του δέρματος γύρω από το τραύμα.
- Επίδεση του τραύματος.
- Χορήγηση αντιβίωσης.
- Τοποθέτηση παροχετευτικού σωλήνα.

1. ΡΗΞΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ - ΕΚΣΠΛΑΧΝΩΣΗ: Πρόκειται για την έξοδο των εντερικών ελίκων. Αιτία που μπορούν να την προκαλέσουν είναι ο ισχυρός βήχας, η μεγάλη κοιλιακή διάταση, βίαιοι εμετοί, η παχυσαρκία.

Η νοσηλευτική παρέμβαση περιλαμβάνει:

- Δίνουμε ύπτια αναπαυτική θέση με κάμψη των γονάτων, για να μειωθεί η κοιλιακή διάταση.
- Διδάσκεται ο ασθενής να συγκρατεί να συγκρατεί με τις δυο παλάμες του το τραύμα, όταν βήχει.

- Καταστέλλεται ο εμετός και ο βήχας.
- Εάν γίνει ρήξη των ραμμάτων με έξοδο των εντερικών ελίκων , τότε ειδοποιείται ο γιατρός. Ωστόσο, καλύπτεται το έντερο με αποστειρωμένο τετράγωνο, βρεγμένο σε φυσιολογικό ορό και ακινητοποιείται ο άρρωστος.
- Η Νοσηλεύτρια-τής προσπαθεί να μη θορυβήσει τον ασθενή, αλλά να τον καθησυχάσει.
- Η τακτοποίηση του τραύματος γίνεται στο χειρουργείο.

II. Ακτινοθεραπεία και νοσηλευτική παρέμβαση

Όπως ήδη ανέφερα, η ακτινοθεραπεία είναι δύσκολη και με πολλές παρενέργειες θεραπεία. Για την αποδοχή της από τον άρρωστο, με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης, είναι απαραίτητη η μέσα σε λογικά όρια, ενημέρωσή του για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειές της.

Είναι απαραίτητη η διδασκαλία του ασθενούς για το τι πρέπει αν κάνει κατά τη εφαρμογή των ραδιοϊσοτόπων.

Η νοσηλευτική φροντίδα, στην περίπτωση της εφαρμογής των ραδιοϊσοτόπων, συνιστάται:

- πρόληψη των εμετών και της ναυτίας:
 - Χορηγούμε ηρεμιστικά, αντιεμετικά, αντιϊσταμικά σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.

- Ενθαρρύνουμε τον άρρωστο να παίρνει υγρά.
- Χορηγούμε μικρά και συχνά γεύματα, υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσια σε λεύκωμα.
- Σημειώνουμε τις αντιδράσεις του.
- πρόληψη των αντιδράσεων από το δέρμα:
 - Παρατηρούμε συχνά για ερυθρότητα, ξηρότητα και απολέπιση.
 - Εφαρμόζουμε στην ακτινοβολημένη περιοχή ουδέτερες κρέμες, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
 - Πλένουμε το δέρμα με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό.
 - Προστατεύουμε το δέρμα από την ηλιακή ακτινοβολία, ενδύματα.
 - Φροντίζουμε την υγιεινή της στοματικής κοιλότητας του ασθενούς με ήπια αντισηπτικά.
- πρόληψη της διάρροιας:
 - Χορηγούμε αντιδιαρροϊκά, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
 - Αποφεύγουμε να δίνουμε τροφές που επιδεινώνουν τη διάρροια.
 - Χορηγούμε δίαιτα με μικρό υπόλειμμα.
- προστασία του ασθενούς με καταστολή του μυελού των οστών:
 - Προστατεύουμε τον άρρωστο από λοιμώξεις και τραυματισμούς.
 - Παρατηρούμε για τυχόν εμφάνιση αιμορραγιών και μεριμνούμε για την αντιμετώπισή τους.

- Μεγάλη προσοχή στο χειρισμό των εκκριμάτων και απεκκριμάτων του ασθενούς και φύλαξή τους ώσπου να γίνουν ακίνδυνα για το περιβάλλον.
- Τήρηση των αρχών απόστασης-χρόνου για το προσωπικό, που φροντίζει ασθενή που ακτινοβολείτε , σύμφωνα με τα διεθνή στάνταρτ.
- ανάρτηση πινακίδας, στην οποία να αναγράφεται η περιοχή εφαρμογής καθώς και ο είδος και η δόση του ραδιοϊσότομου.
- απομόνωση του αρρώστου, αν υπάρχει αυτή η δυνατότητα.
- αν δεν υπάρχει ιδιαίτερο δωμάτιο, τοποθέτηση του κρεβατιού σε απόσταση τουλάχιστον δύο μέτρων από τα άλλα.
- Προσοχή να μην παίρνει ακτινοβολία από άλλο άρρωστο.

III. Χημειοθεραπεία και νοσηλευτική παρέμβαση

Οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία είναι:

- η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας
- η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος
- η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπισή τους

Η νοσηλευτική φροντίδα συνιστάται στα εξής:

- Προετοιμασία του αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης.
- Χορήγηση αντιεμετικών πριν την θεραπεία.
- Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανομένων - αποβαλλομένων υγρών.
- Γεύματα συχνά, μικρά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών και ελαφρά.
- Προσεκτική φροντίδα στόματος.
- Προστασία του αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή ρευμάτων, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις).
- Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο Κ.Ν.Σ., τους νεφρούς ή το ήπαρ.
- Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
- Βοήθεια του αρρώστου να δεχτεί την αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γενετικό του σύστημα.
- Λήψη μέτρων, ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου.
- Λήψη μέτρων για την πρόληψη εξαγγείωσης του φαρμάκου και διήθησης των γύρω ιστών.²¹

ΚΕΦ. Η ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ - ΠΑΡΑΦΥΣΙΝ ΕΔΡΑ.

1. Ορισμός και είδη κολοστομίας

Κολοστομία είναι ένα παροδικό ή μόνιμο άνοιγμα του κόλου στο κοιλιακό τοίχωμα. Γίνεται για την μόνιμη ή παροδική αλλαγή της κατεύθυνσης αποβολής κοπράνων²⁷.

Οι σκοποί της εκτέλεσης της κολοστομίας μπορεί να είναι:

- Το τελικό αποτέλεσμα της κοιλιοπερνεϊκής αφαίρεσης του εντέρου, που έγινε για θεραπεία καρκίνου του ορθού.
- Παρηγορητικά να γίνει, σε περιπτώσεις ανεγχείρητου καρκίνου του εντέρου.
- Ν' αποτελεί παροδικό μέτρο για την προστασία αναστόμωσης, όπως μετά από κοιλιακό τραύμα ή για την επούλωση φλεγμαίνοντας εντέρου.
- Να γίνει παροδικά για την αλλαγή της διεύθυνσης κίνησης των κοπρανώδων μαζών κατά τη διάρκεια ακτινοθεραπείας ή άλλης θεραπείας¹⁹.

Τα στόμια ταξινομούνται σύμφωνα με την ανατομική εντόπιση, τη κατασκευή του στομίου και τη μόνιμη ή πρόσκαιρη ύπαρξή τους. Η ανατομική εντόπιση του κολοστομίου επηρεάζει το χαρακτήρα της κοπρανώδους απέκρισης, τις ανάγκες του αρρώστου και τη φροντίδα του

στομίου, τόσοσ πιο σχηματισμένη και καλύτερα ελεγχόμενη είναι η κένωση.

Τα είδη των κολοστομιών που δημιουργούνται ανάλογα με την ανατομική εντόπιση είναι τα πιο κάτω:

- Ανιόν κολοστόμιο: το απέκριμα είναι υδαρές, περιέχει πεπτικά ένζυμα και ηλεκτρολύτες και είναι απαραίτητη η προστασία του περιστομιακού δέρματος για τη πρόληψη ερεθισμού του. Η κακοσμία αποτελεί πρόβλημα και η ρύθμιση της κένωση του εντέρου δεν είναι δυνατή.
- Εγκάρσιο κολοστόμιο: το απέκριμα είναι κάκοσμο και πολτώδες, περιέχει πεπτικά ένζυμα και ηλεκτρολύτες, ενώ η προστασία του περιστομιακού δέρματος είναι απαραίτητη για τη πρόληψη ερεθισμού. Η ρύθμιση της κένωσης του εντέρου δεν είναι πολύ εύκολη.
- Κατιόν ή σιγμοειδοκολοστόμιο: το απέκριμα κατιόντος κολοστομίου είναι πιο στέρεο σε σχέση με το απέκριμα από ανιόν και το εγκάρσιο. Όσο πιο κάτω είναι το κολοστόμιο, τόσο πιο στέρεο είναι το απέκριμα 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 δε χρειάζεται να χρησιμοποιούν συνέχεια σάκο συλλογής του απεκρίματος και η κακοσμία ελέγχεται.

Ως προς την κατασκευή του στομίου, στην περίπτωση του εγκάρσιου κολοστομίου παρατηρούνται οι τρεις κυρίως πιο κάτω τύποι:

- Αγκυλωτό κολοστόμιο. Αυτό γίνεται στο εγκάρσιο κόλλο, είναι παροδικό, παραμένει ανοικτό από οκτώ έως εννέα μήνες και εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση απόφραξης. Στο κολοστόμιο αυτό μια αγκύλη του εγκάρσιου κόλλου φέρεται έξω από τα κοιλιακά τοιχώματα, για να δημιουργηθεί ένα στόμιο με δυο ανοίγματα. Το κεντρικό άνοιγμα αποβάλλει κόπρανα, ενώ το περιφερικό βλέννη από το ανενεργό μέρος του παχέος εντέρου.
- Διπλού αυλού εγκάρσιο κολοστόμιο. Το εγκάρσιο κόλλο χωρίζεται σε δυο μέρη με αποτέλεσμα τη δημιουργία δυο χωριστών στομίων. Το κεντρικό στόμιο αποβάλλει κόπρανα, ενώ το περιφερικό, το οποίο παραμένει και ανενεργό, αποβάλλει βλέννα. Το κολοστόμιο αυτό είναι συνήθως παροδικό και γίνεται για την αποκατάσταση φλεγμονής ή άλλης βλάβης του ανενεργού μέρους του παχέος εντέρου.
- Κολοστόμιο με ένα στόμιο. Το στόμιο δημιουργείται από το τελευταίο μέρος του κεντρικού κόλλου. Το περιφερικό ή αφαιρείται (κοιλιοπερινεϊκή ή περινεϊκή του ορθού με τον δακτύλιο), οπότε έχουμε μόνιμο κολοστόμιο ή κλείνεται και σταθεροποιείται στο περιτόμναιο, οπότε έχουμε προσωρινό κολοστόμιο.

Το κολοστόμιο, όπως ήδη αναφέρθηκε, μπορεί να είναι προσωρινό και μόνιμο. Το προσωρινό γίνεται για την αντιμετώπιση φλεγμονώδους

επεξεργασίας του παχέος εντέρου ή τραυματικής βλάβης. Το στόμιο επιτρέπει το περιφερικό μέρος του παχέος εντέρου, που πάσχει, να θεραπευτεί, με το περιορισμό της λειτουργικότητάς του στο ελάχιστο. Το μόνιμο κολοστόμιο στο ελάχιστο. Το μόνιμο ο κολοστόμιο συνήθως γίνεται σε καρκίνο παχέος εντέρου.²⁷

2. ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΟΥ

Συσκευή κολοστομίου είναι το βιομηχανοποιημένο υλικό που εφαρμόζεται στο στόμιο για την παροχέτευση του απεκκριτικού υλικού του πεπτικού σωλήνα.

Οι συσκευές κολοστομίου κατατάσσονται σε δυο βασικά κατηγορίες:

Πρώτη κατηγορία είναι οι συσκευές ενός τεμαχίου (ενιαίο σύστημα). Οι συσκευές αυτές αποτελούνται από ένα σάκο με κολλώδες προσάρτημα που εφαρμόζεται στο περιστομιακό δέρμα ή με δακτύλιο από ρητίνη karaya ή ημισυνθετική ρητίνη ή με αυτοκόλλητη μικροπορώδη αδιάβροχη επιφάνεια. Συνήθως συνοδεύονται με φίλτρο διαφυγής αερίων. Τέτοιες συσκευές είναι οι Colodress, Hollister, Colorplast, Convatec κ.α. Όταν αφαιρείται και το κολλώδες υλικό από το δέρμα. Οι συσκευές αυτές είναι ευχάριστες.

Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι συσκευές δυο τεμαχίων. Αποτελούνται από ένα στρογγυλό δερμοπροστατευτικό (βάση) πλαίσιο που εφαρμόζεται (κολλάτε) στο δέρμα και ένα σάκο, συνήθως με φίλτρο διαφυγής αερίων, που εφαρμόζεται και συγκρατείται από το στρογγυλό

πλαίσιο. Αυτό, συνήθως, έχει υποδοχές για τη ζώνη στήριξης. Το πλεονέκτημα αυτής της κατηγορίας είναι ότι η αλλαγή του σάκου δεν συνοδεύεται και με αλλαγή του πλαισίου που είναι προσκολλημένο στο δέρμα, γι' αυτό χρησιμοποιούνται οι συσκευές των δυο τεμαχίων σε ερεθισμένο ή ευαίσθητο δέρμα.²⁷.

3. Φροντίδα κολοστομίας

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

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

Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες οποιοδήποτε είδος κολοστομίας αποτελεί συγχρόνως κι ένα χειρουργικό τραύμα. Η περιποίηση αυτή 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 «παραφύσιν έδρας» γίνεται με καθαρά, όχι όμως αποστειρωμένα αντικείμενα.

Η «παραφύσιν έδρα» αλλάζεται, όταν υπάρχει ανάγκη αλλαγής και πάντα μισή ώρα προτού φαγητού.⁸

Τα απαραίτητα υλικά για την αλλαγή του σάκου κολοστομίας και τη φροντίδα του στομίου είναι:

α. Δίσκος που περιέχει:

- Μπωλ με τολύπια και χαρτοβάμβακα
- Φυσιολογικό ορό και αντισηπτικό (Phisohex)
- Σετ αλλαγής
- Νεφροειδές, γάντια μιας χρήσης
- Αδιάβροχο και τετράγωνο αλλαγών

β. Skin Gel της Hollister, το οποίο είναι ζελατινούχο πήκτωμα για την αποφυγή πιθανού δερματικού ερεθισμού

γ. Πάστα Κάταφα

δ. Σάκοι κολοστομίας

ε. Πλαστικός σάκος για τη συλλογή του μιας χρήσης σάκου

στ. Σαπούνι, νερό και τρίφτης

Γνωρίζοντας ότι ο σάκος με μικρότερη διάμετρο θα ερεθίσει το στόμιο, ενώ με μεγαλύτερη διάμετρο θα αφήσει ακάλυπτο δέρμα και θα οδηγήσει σε δερματικό πρόβλημα, χρησιμοποιούμε διαμετρώμετρο στομίων και διαλέγουμε σάκο, που η διάμετρός του εφαρμόζει πιο κοντά στο στόμιο χωρίς να το εγγίζει. Υπάρχουν σάκοι με 7 έτοιμα διαμετρήματα σε εκατοστά: 2,5, 3,2, 3,8, 4,4, 5,1, 6,4, 7,6. Εάν δεν υπάρχει κόβουμε με το ψαλίδι προσεκτικά στο μέγεθος που θέλουμε εμείς.¹⁹

Δίνουμε στον άρρωστο αναπαυτική θέση, τέτοια που να μπορεί να παρακολουθεί την όλη διαδικασία. Η πιο συνήθης θέση είναι η ύπτια με μικρή κλίση προς το πλάγιο της κολοστομίας ή ημικαθιστή. Ενημερώνουμε τον άρρωστο για τη νοσηλεία που πρόκειται να του γίνει και ζητάμε τη συνεργασία του. Εξασφαλίζουμε μοναχικότητα με τοποθέτηση παραβάν, αν δεν υπάρχουν κουρτίνες στο κρεβάτι του αρρώστου.

Αναδιπλώνουμε τα κλινοσκεπάσματα και τοποθετούμε το αδιάβροχο και το τετράγωνο κοντά στη κολοστομία για να προστατέψουμε τα κλινοσκεπάσματα.²⁶

Φοράμε γάντια και αποκαλύπτουμε τη περιοχή του στομίου. Αφαιρούμε όλη τη συσκευή ή μόνο το σάκο. Στην πρώτη περίπτωση αποκολλάμε τη συσκευή με το ένα χέρι, ενώ με το άλλο ασκούμε ελαφρά πίεση στο δέρμα. Πιθανόν να χρειαστεί η εφαρμογή διαλυτικού για την αποκόλληση της συσκευής. Απομακρύνουμε τυχόν κόπρανα ή βλέννα από το στόμιο με στεγνό χαρτοβάμβακο ή γάζα.

Εδώ ακριβώς θα κάνουμε αξιολόγηση του στόμιου για οίδημα, έντονη ερυθρότητα, κυάνωση εξέλκωση. 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 υπόκεινται στον κίνδυνο νέκρωσης κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές εβδομάδες.

Επισκοπούμε και το περιστομιακό δέρμα για τα ίδια σημεία καθώς και τη κατάσταση της ραφής (τραύμα). Η τυχόν ερυθρότητα ή ο ερεθισμός μπορεί να 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 δέρματος γύρω από το στόμιο.

Τοποθετούμε το νεφροειδές κάτω από το στόμιο, αφού καλύψουμε με χαρτοβάμβακο την πλευρά που θα έρθει σ' επαφή με το σώμα του αρρώστου, για να απορροφήσει τα υγρά. Καθαρίζουμε το περιστομιακό δέρμα με χλιαρό νερό με ή χωρίς σαπούνι. Στεγνώνουμε την περιοχή του δέρματος γύρω από το στόμιο με απαλές κινήσεις.

Ανοίγουμε, έπειτα, το set αλλαγής και με λαβίδα καθαρίζουμε το στόμιο, με κυκλικές κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια, χρησιμοποιώντας Phisohex και ισότονο διάλυμα NaCl, όσες φορές χρειαστεί για να μείνει το στόμιο καθαρό.

Απομακρύνουμε το νεφροειδές με το χαρτοβάμβακο και στεγνώνουμε καλά το στόμιο με ήπιες κινήσεις. Αν υπάρχει ένδειξη δερματικού ερεθισμού, επαλείφουμε με ζελατινούχο πήκτωμα Skin Gel. Αφαιρούμε τα γάντια.²⁷

Αφαιρούμε το προστατευτικό χαρτί μόνο από το κεντρικό τμήμα της αυτοκόλλητης επιφάνειας. Το προστατευτικό που μένει στα δύο πλάγια χρησιμεύει για το πιάσιμο του σάκου. Κρατώντας από το προστατευτικό

των δύο στεγνών λωρίδων, στα πλάγια, φέρνουμε το κέντρο του ανοίγματος στο κέντρο του στομίου. Εφαρμόζουμε πρώτα το κάτω μέρος της αυτοκόλλητης επιφάνειας, αρχίζοντας τη τοποθέτηση ακριβώς κάτω από το στόμιο.

Πιέζουμε σταθερά προς τα πάνω και έξω, ισιώνοντας συγχρόνως τόσο το δέρμα όσο και την αυτοκόλλητη επιφάνεια, προλαμβάνοντας έτσι τη δημιουργία πτυχών. Η κατεύθυνση του σάκου πρέπει να είναι ελαφρά πλάγια ίδια δηλαδή με την κατεύθυνση των εξερχόμενων κοπράνων. Κολλάμε με τον ίδιο τρόπο το επάνω μέρος της αυτοκόλλητης επιφάνειας. Τέλος, αφαιρούμε το χαρτί και κολλάμε τις δύο στενές λωρίδες στα πλάγια.

Αν το στόμιο είναι ασύμμετρο, για να καλύψουμε τις δερματικές πτυχές, χρησιμοποιούμε πάστα καταψα. Αν χρειάζεται, εφαρμόζουμε ζώνη στήριξης στη στεφάνη του σάκου και τροποποιούμε ανάλογα το μήκος της για να εφαρμόζει καλά γύρω από τη μέση.¹⁹

Απομακρύνουμε το αδιάβροχο και τακτοποιούμε το δίσκο. Απορρίπτουμε τα χρησιμοποιηθέντα υλικά και τοποθετούμε τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση. Φροντίζουμε για τον αερισμό του θαλάμου. Πλένουμε τα χέρια μας και προβαίνουμε στην καταγραφή της νοσηλείας, ώστε να εξασφαλίζεται η ομαλή συνέχιση της νοσηλείας. Μεταφέρουμε στο δελτίο νοσηλείας του αρρώστου τις παρατηρήσεις μας για το μέγεθος, την κατάσταση του στομίου και του περιστομιακού

δέρματος, τη φύση, τα χαρακτηριστικά και τον όγκο της κένωσης, το υλικό που χρησιμοποιήθηκε και την ικανότητα μάθησης του αρρώστου σχετικά με την αυτοφροντίδα του στομίου.

«Πλύση κολοστομίας». Η πλύση του κολοστόμιου έχει σαν σκοπούς τους εξής:

- Τη κένωση του παχέος εντέρου από κόπρανα και βλέννα (για την πρόληψη απόφραξης ή δυσκοιλιότητας) και το προγραμματισμό της κένωσής του.
- Το χρονικό προγραμματισμό της κένωσης του εντέρου και το περιορισμό της απογραμμάτιστης κένωσής του (ώστε να μπορεί το άτομο να αναλάβει δραστηριότητες χωρίς το φόβο απροσδόκιτης κένωσης του εντέρου).
- Την αποβολή των αερίων και επομένως το περιορισμό της δυσσομίας
- Το καθαρισμό του περιφερικού τμήματος του εντέρου
- Τη καθαριότητα του εντέρου πριν από εγχείρηση ή άλλη διαδικασία που την απαιτεί
- Τη προετοιμασία του αρρώστου και του άμεσου του περιβάλλοντος ώστε να αναλάβουν υπεύθυνα την εφαρμογή της νοσηλείας (αυτοφροντίδα).

Υπεύθυνος για να αποφασίσει αν πρέπει να γίνει πλύση, τι υγρό θα χρησιμοποιηθεί και το είδος της πλύσης που πρέπει να γίνει, είναι ο γιατρός.

Η πλύση εφαρμόζεται σε κολοστόμιο δύο στομίων και στα δύο στόμια (κεντρικό και περιφερικό ή ενεργό και ανενεργό) σε κολοστόμιο ενός στόμιου και ακόμη σε πρόσκαιρο και μόνιμο κολοστόμιο.²⁷ Η πλύση δεν εφαρμόζεται σε κολοστόμιο ανιόντος κόλου και σε ειλεοστόμιο ²⁹ εκτός από την περίπτωση απόφραξης. ²⁹

Ετοιμασία του υλικού:

- Υγρό πλύσης 500 - 1500 ml σε θερμοκρασία σώματος και σε δοχείο πλύσης κόλου. Το υγρό συνήθως είναι νερό βρύσης ή αλατούχο διάλυμα πυκνότητας 8-10%. Το υγρό μπορεί να είναι βιομηχανικό προϊόν, έτοιμο συσκευασμένο σε πλαστικούς σάκους
- Καθετήρας κόλου, μαλακός, ελαστικός Νο22 ή 24 ή 28 με κώνο ή αποφρακτικό του στομίου, για την παρεμπόδιση της παλινδρόμησης του υγρού γύρω από τον καθετήρα
- Γάντια καθαρά μιας χρήσης. Λαβίδα Kocher
- Υδατοδιαλυτό γλισχραντικό και χαρτί τουαλέτας
- Πετσέτα νοσηλείας, τρίφτη και λεκάνη, όταν η νοσηλεία δεν γίνεται στο λουτρό

- Πλαστικό μανίκι αυτοκόλλητο ή με ζώνη στήριξης για τη διοχέτευση του αποτελέσματος της πλύσης στη σκωραμίδα ή τη τουαλέτα.
- Δοχείο για το υγρό επιστροφής (όταν η νοσηλεία δεν γίνεται στο λουτρό)
- Στήλη ορού για την ανάρτηση του σάκου με το υγρό της πλύσης
- Πλαστικό σάκο για την συλλογή των αχρήστων
- Υλικό που χρειάζεται στη φροντίδα του στομίου

Σε συνεργασία με τον άρρωστο καθορίζεται η κατάλληλη ώρα για την πλύση (συνήθως η ώρα καθορίζεται σε σχέση με την προηγούμενη συνήθεια κένωσης του εντέρου του αρρώστου και με το πρόγραμμα των καθημερινών του δραστηριοτήτων).

Εφαρμογή της νοσηλείας

- Ενημερώνουμε τον άρρωστο για την επικείμενη έναρξη της νοσηλείας και τον παροτρύνουμε να παρακολουθήσει την εφαρμογή της νοσηλείας, να έχει προοδευτικά ενεργό μέρος στην εκτέλεση της μέχρι την πλήρη αυτοεξυπηρέτηση και ανεξαρτοποίησή του.
- Μεταφέρουμε το υλικό στο χώρο εφαρμογής της νοσηλείας. Τοποθετούμε παραβάν αν η νοσηλεία γίνει στο θάλαμο του αρρώστου και απομακρύνουμε τους επισκέπτες. Αν η νοσηλεία γίνει στο λουτρό, κλείνουμε την πόρτα
- Πλένουμε τα χέρια μας²⁷

- Κρεμάμε τη συσκευή ή το δοχείο με το υγρό της πλύσης πάνω στο στατό και σε ύψος 45cm πάνω από το στόμιο ή στο ύψος του ώμου του αρρώστου όταν είναι καθιστός.³⁰
- Δίνουμε στον άρρωστο τη σωστή θέση:
 - Ο περιπατητικός άρρωστος κάθεται σε κάθισμα μπροστά στην τουαλέτα ή στην λεκάνη της τουαλέτας
 - Ο κλινήρης τοποθετείται σε ημιπλάγια θέση, υποστηρίζεται η πλάτη με μαξιλάρι, τοποθετείται τετράγωνο αδιάβροχο και τετράγωνο αλλαγών κάτω από το σώμα του στην περιοχή που αντιστοιχεί το στόμιο και τοποθετείται η σκωραμίδα ή το νεφροειδές κάτω από το στόμιο (εφόσον δεν χρησιμοποιείται το πλαστικό μανίκι).
- Φοράμε γάντια
- Απομακρύνουμε τα λευχίματα του αρρώστου και αφαιρούμε τη συσκευή
- Καθαρίζουμε το στόμιο και το περιστομιακό δέρμα (αν χρειάζεται)
- Τοποθετούμε και ακινητοποιούμε το πλαστικό μανίκι στο στόμιο πολύ καλά με ζώνη στήριξης. Το ελεύθερο άκρο τοποθετείται στη λεκάνη. Αν η πλύση γίνει στο κρεβάτι του αρρώστου, κλείνεται το ελεύθερο άκρο με την Kocher ή πίεστρο.
- Αφήνουμε λίγο υγρό της πλύσης να τρέξει μέσα από τον καθετήρα (πριν εφαρμοστεί στον άρρωστο) για την έξοδο του αέρα και του

δροσερού υγρού του σωλήνα.²⁷ Η εισαγωγή αέρα στο κόλο αυξάνει τη διάτασή του, τη δυσφορία του αρρώστου και δημιουργεί φράγμα του κόλου με αέρα, το οποίο θα παρεμποδίσει την εξαγωγή του υγρού.²⁹ Το δροσερό νερό στο κόλο μπορεί να προκαλέσει σπασμό.

- Επαλείφουμε το καθετήρα ή τον κώνο με γλισχραντική ουσία. Μ' αυτό το τρόπο, περιορίζεται η τριβή κατά την είσοδο του καθετήρα και ο κίνδυνος τραυματισμού του βλεννογόνου του παχέος εντέρου
- Τοποθετούμε το καθετήρα μέσω του πλαστικού μανικού μέσα στο κολοστόμιο, με ήπιες, σταθερές και κυκλικές κινήσεις, οι οποίες βοηθούν στο άνοιγμα του στομίου και στην πρόληψη διάτασης του παχέος εντέρου.
- Πιέζουμε ελαφρά στο στόμιο τον κώνο ή το αποφρακτικό. Το μήκος που εισάγεται στο παχύ έντερο δεν πρέπει να ξεπερνά τα 8cm.
- Ανοίγουμε το πίεστρο και αφήνουμε το υγρό να εγχύεται με χαμηλή πίεση και για 10 λεπτά. Όταν το υγρό εγχύεται γρήγορα ή σε μεγάλη ποσότητα ή είναι κρύο, δημιουργεί κράμπες. Για τις πρώτες πλύσεις του εντέρου από το κολοστόμιο, το υγρό που χρησιμοποιείται δεν υπερβαίνει τα 500 ml. Στις επόμενες πλύσεις το υγρό κυμαίνεται από 500-1500 ml.
- Μετά την έγχυση της προβλεπόμενης ποσότητας του υγρού, κλείνουμε το πίεστρο και αφήνουμε το κώνο ή το αποφρακτικό στόμιο του καθετήρα στη θέση του για 1-2 λεπτά.

- Αφαιρούμε έπειτα το καθετήρα με τον κώνο ή το αποφρακτικό στόμιο
- Το περιεχόμενο του κόλου εκκενώνεται σε 20 λεπτά, το πλαστικό μανίκι όμως παραμένει στο στόμιο τουλάχιστον τριάντα λεπτά
- Όταν κενωθεί πλήρως το έντερο, αφαιρούμε το πλαστικό μανίκι
- Περιποιούμαστε το κολοστόμιο
- Αφήνουμε τον άρρωστο καθαρό και σε αναπαυτική θέση
- Απομακρύνουμε και τακτοποιούμε το υλικό
- Καταγράφουμε τη νοσηλεία με όλες τις παρατηρήσεις μας.²⁷

Διαστολή κολοστομίου

Η διαστολή κολοστομίου γίνεται με γραπτή οδηγία γιατρού και ακολουθείται από το νοσηλευτή η πιο κάτω σειρά εργασίας:

1. Ενημερώνει τον άρρωστο για τη νοσηλεία
2. Φοράει καθαρά γάντια
3. Επαλείφει με γλυκερίνη το μικρό δάκτυλό του
4. Τοποθετεί το δάκτυλο του ήπια μέσα στο κολοστόμιο και χρησιμοποιεί μια κίνηση μασάζ. Το μασάζ προκαλεί χάλαση των μυών του τοιχώματος του κόλου
5. Επαναλαμβάνει, χρησιμοποιώντας παχύτερα δάκτυλα, έως ότου επιτευχθεί η επιθυμητή διαστολή.²⁷

4. Νοσηλευτική παρέμβαση στις επιπλοκές της κολοστομίας

Οι επιπλοκές της κολοστομίας είναι:

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

Αίτια: η παχυσαρκία, η ανάπτυξη παραλυτικού ή αποφρακτικού ειλεού μετεγχειρητικά, το απαρασκευάστο έντερο που περιέχει κοπρανώδεις μάζες, η ισχαιμία και γάγγραινα του τμήματος του εντέρου που έχει εξωτερικευθεί

Θεραπεία:

- Πρόληψη των παραγόντων που είναι υπαίτιοι αυτής της επιπλοκής
- Σε εισολκή συνίσταται επανεγχείρηση και κατασκευή νέας κολοστομίας.

2. Διάτρηση

Αίτια: ο τραυματισμός του εντέρου με το ρύγχος της συσκευής των υποκλυσμών. Μπορεί να προκληθεί περιτονίτιδα

Θεραπεία:

- Αντιμετώπιση της περιτονίτιδας
- Χειρουργική διόρθωση

3. Περικολική φλεγμονή ή απόστημα

Αίτια: η επιμόλυνση από τα υγρά και το περιεχόμενο της κολοστομίας

Θεραπεία:

- Αντιβίωση
- Παροχέτευσης της πυώδους συλλογής

4. Συρίγγιο

Αίτια: η κακή τεχνική των ραφών

Θεραπεία:

- Κλείνει μόνο του ή επεμβαίνουμε χειρουργικά

5. Στένωση

Αίτια:

- Αποδίδεται σε φλεγμονή
- Ο άρρωστος μπορεί να παραπονείται για δυσκοιλιότητα

Θεραπεία:

- Διαστολές προσωρινά
- Χειρουργική επέμβαση

6. Κήλη - Πρόπτωση

Αίτια: αποδίδονται σε αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση

Θεραπεία (Κήλης):

- Αρχικά χρήση ζώνης

- Χειρουργική διόρθωση

Θεραπεία (Πρόπτωσης):

- Χειρουργική διόρθωση

5. Προετοιμασία του αρρώστου για την έξοδό του από το νοσοκομείο

Η προετοιμασία του αρρώστου, που πρόκειται να ζήσει το υπόλοιπο ή μέρος της ζωής του με κολοστόμιο είναι απαραίτητη ³¹ και αρχίζει πριν από τη δημιουργία του. Η έγκαιρη όμως προετοιμασία του αρρώστου για τη νέα κατάσταση που πρόκειται να του δημιουργηθεί (προσωρινή ή μόνιμη), θα βοηθήσει στη μείωση ή και στην απόλυτη απάλειψη του άγχους, στον περιορισμό των επιπλοκών, στην προαγωγή της συνεργασίας του με τα μέλη της ομάδας υγείας, στην αύξηση του αισθήματος της εμπιστοσύνης και ασφάλειας, στον περιορισμό του χρόνου παραμονής του στο νοσοκομείο. Τέλος, θα κάνει πιο εύκολη την προσαρμογή του στο σπίτι μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο. ²⁹

Ο νοσηλευτής, ο εξειδικευμένος στη νοσηλεία αρρώστων με στόμια, θεωρείται το πιο ενδεδειγμένο πρόσωπο για την κάλυψη αναγκών προετοιμασίας και βοήθειας του αρρώστου να ζήσει με κολοστόμιο. Η βοήθεια αυτή του αρρώστου επιτυγχάνεται με την αποδοχή του από την ομάδα υγείας και την ενίσχυσή του, με τη σωστή και επαρκή ενημέρωση και εκπαίδευσή του. Ακόμη, όσο περισσότερο μαθαίνει και καλύτερα τα

περί κολοστομίου και της λειτουργίας του, τόσο πιο εύκολα το αντιμετωπίζει και μπορεί να το φροντίζει σαν μέρος του εαυτού του. Στο κάθε λοιπόν άτομο με κολοστόμιο πρέπει να δίνεται η δυνατότητα απόκτησης γνώσεων αναφορικά μ' αυτό, για να το αποδεχθεί πιο εύκολα, να το χειριστεί πιο καλά και να διατηρήσει υψηλό το ποιοτικό επίπεδο της ζωής του.

Σε τι όμως ο νοσηλευτής προετοιμάζει το άτομο που θα ζήσει με το κολοστόμιο;

Αρχικά, ο νοσηλευτής προετοιμάζει τον άρρωστο στους τομείς του άμεσου ενδιαφέροντος του σχετικά με το κολοστόμιο, του διευκρινίζει τη σημασία καθώς και τη φύση και τη λειτουργία του. Τον βοηθάει στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για την περιποίηση του στομίου του αλλά και για την καλύτερη επανένταξη του στην οικογένειά του, την εργασία και την κοινωνία γενικά.

Η προετοιμασία του αρρώστου στηρίζεται στην αξιολόγηση των αναγκών του³² ειδικότερα ο νοσηλευτής συζητά μαζί του αλλά και με το άμεσο του περιβάλλον, όταν μάλιστα το άτομο με το κολοστόμιο, λόγω ηλικίας ή αναπηρίας, είναι εξαρτημένο από το περιβάλλον του, για τις ανάγκες του στην ενημέρωση και εκπαίδευση - θεωρητική, πρακτική - π.χ. τι είναι κολοστόμιο, ποια η φροντίδα του, τι υλικό χρειάζεται γι' αυτή, επιπλοκές, αλλαγή του σωματικού του ειδώλου, διαιτολόγιο, δυνατότητες ελέγχου των κενώσεων και της κακοσμίας.

Είναι πολύ σπουδαίο, πριν αρχίσει η εκπαίδευση, να εκτιμηθεί ο άρρωστος για φυσικούς περιορισμούς π.χ. ικανότητα συντονισμού ενεργειών, άνεση στο χειρισμό υλικού, βαθμού όρασης.

Ο νοσηλευτής, επίσης, αξιολογεί και εξατομικεύει παράγοντες που επηρεάζουν τη μάθηση όπως:

- ποια είναι η πλέον κατάλληλη ώρα της ημέρας για διδασκαλία
- το περιβάλλον στο οποίο θα γίνει η εκπαίδευση του αρρώστου
- το επίπεδο αντίληψης, μνήμης, δυνατότητα συγκέντρωσης, προσοχής του αρρώστου και του άμεσου του περιβάλλοντος

Πρέπει να ληφθεί υπόψη πως η προσφορά γνώσεων πολλών σε μια χρονική διάρκεια δημιουργεί σύγχυση.

Σχέδιο Διδασκαλίας

Ένα προτεινόμενο σχέδιο διδασκαλίας κατά την έξοδο από το νοσοκομείο είναι το παρακάτω:

1. Έννοια του κολοστόμιου. Συζητείται τι είναι κολοστόμιο, χρησιμοποιώντας πάντα τους σωστούς όρους. Περιγράφεται η λειτουργία και η ανατομία του παχέος εντέρου και πως αυτά διαφοροποιούνται με το κολοστόμιο. Αναφέρονται τα χαρακτηριστικά του φυσιολογικού κολοστόμιου που είναι ερυθρότητα, υγρασία, εύκολη αιμορραγία του βλεννογόνου.

2. Σωματικό είδωλο. Ο άρρωστος ενισχύεται στην εξωτερίκευση συναισθημάτων, που του δημιουργούνται από την επικείμενη ή την υπαρκτή αλλαγή του σωματικού του ειδώλου, τα οποία είναι φυσικό να είναι κυρίως αρνητικά. Επίσης, ενισχύεται στο να δει και τις θετικές πλευρές του κολοστόμιου, όπως βελτίωση της ποιότητας ζωής, περιορισμός της νόσου, παράταση του χρόνου ζωής. Ακόμη ο άρρωστος συζητά τυχόν προβλήματα που μπορεί να δημιουργηθούν στις σχέσεις του με τον / τη σύζυγο και τα παιδιά του / της, αν και πως θα επιστρέψει στην εργασία του και την κοινωνική του ζωή χωρίς ατυχήματα με το «Παρά φύσιν» στόμιο.
3. Φροντίδα του στομίου: Γίνονται επιδείξεις υλικού για φροντίδα και πλύση κολοστόμιου, φροντίδας του κολοστόμιου και πλύσης του κόλου. Ο άρρωστος εκτελεί τη νοσηλεία με τη βοήθεια του νοσηλευτή και στη συνέχεια τελείως μόνος του (με την επίβλεψη του νοσηλευτή). Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην επίδειξη των διαφόρων ειδών συσκευών, του υλικού για τη φροντίδα του στομίου και του τρόπου τοποθέτησης της συσκευής. Συζητούνται τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των διαφόρων συσκευών και γίνεται η επιλογή της καταλληλότερης.³³
4. Επιπλοκές. Αναφέρονται προβλήματα που μπορεί να δημιουργηθούν στο περιστομιακό δέρμα και το στόμιο όπως ερυθρότητα, ερεθισμός και ρήξη του περιστομιακού δέρματος και του βλεννογόνου του στομίου, οίδημα και στένωση του στομίου. Υπογραμμίζονται τα

αίτια που οδηγούν στη δημιουργία των επιπλοκών, τα μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης.

5. Διαιτολόγιο. Γίνεται συζήτηση με τον άρρωστο πως το διαιτολόγιο θα βοηθήσει στην ρύθμιση της κένωσης του κολοστούμιου και της κακοσμίας.²⁷
 - Σε περίπτωση διάρροιας: μπορούν να δοθούν φάρμακα από το γιατρό, που μειώνουν την κινητικότητα του εντέρου. Από τη διάρροια μπορούν να προκληθούν τα εξής δύο προβλήματα: α. Ερεθισμός του δέρματος και β. Διαταραχή της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών. Ενθαρρύνεται το άτομο να παίρνει νερό και τσάι μόνο μέχρι η εντερική κινητικότητα να επιστρέψει στο φυσιολογικό.
 - Σε περίπτωση δυσκοιλιότητας: στις κατιούσες κολοστομίες μπορεί να εμφανιστεί δυσκοιλιότητα που οφείλεται πιθανόν σε σπασμό του εντέρου ή σε έλλειψη κοπράνων ή σε έλλειψη φυσικής δραστηριότητας του ατόμου. Τα καθαρτικά επιδεινώνουν την κατάσταση γιατί εμποδίζουν την απορρόφηση υγρών, διευκολύνουν την αποβολή καλίου και αυξάνουν την υπερκινητικότητα του εντέρου. Θεραπευτικά γίνονται χαμηλοί υποκλυσμοί και χορηγούνται φάρμακα που αυξάνουν τη μάζα των κοπράνων όπως το Normacol.³⁴
 - Κακοσμία: αποτελεί πρόβλημα για τον άρρωστο με κολοστόμιο. Υπάρχουν, όμως διάφοροι τρόποι ελέγχου της κακοσμίας. Αυτοί αναφέρονται στη λήψη μέτρων εξουδετέρωσης ή δέσμευσης της

οσμής και στη ρύθμιση του διαιτολογίου ή στο συνδυασμό και των δύο.

α. Μέτρα εξουδετέρωσης ή δέσμευσης της οσμής:

- Τα aerosols: απορροφούν τη κακοσμία. Ένα με δύο ψεκάσματα aerosol στον αέρα πριν το άδειασμα ή την αντικατάσταση του σάκου εξουδετερώνουν την κακοσμία. Τέτοια aerosols είναι το atmacol, το oxion κ.α.
- Σταγόνες και σκόνες: Σκευάσματα σε σταγόνες ή σε σκόνες, όπως το dor (σταγόνες), hilodor (σταγόνες), oslobon (σκόνη), προκαλούν απόσπηση του περιεχομένου του σάκου, όταν μικρή ποσότητα (μία σταγόνα ή ελάχιστη σκόνη) τοποθετηθεί σ' αυτόν.
- Παραδοσιακές μέθοδοι ελέγχου της κακοσμίας είναι η τοποθέτηση στο σάκο τριμμένης ασπιρίνης ή ταμπλέτας ξηλάνθραξα και κοινού γιαουρτιού.
- Φίλτρο διαφυγής αερίων (γεμάτο με ανενεργό άνθρακα): Τα αέρια του σάκου περνούν από το φίλτρο και ο ανενεργός άνθρακας κατακρατεί την κακοσμία. Η αποτελεσματικότητα του κάθε φίλτρου είναι 6-12 ώρες και γι' αυτό επιβάλλεται η συχνή αντικατάστασή του. Δεν συνίσταται η χρήση του, όταν ο άρρωστος έχει υδαρή κένωση, γιατί υγραίνεται ο ανενεργός άνθρακας και η έξοδος του αέρα εμποδίζεται.³⁵
- Ρύθμιση του διαιτολογίου: η κακοσμία ελέγχεται:

α. Όταν αποφεύγονται τροφές που δημιουργούν κάκοσμα αέρια όπως κρεμμύδι χόρτα από την οικογένεια των κραμβοειδών, αυγά, ψάρι, όσπρια, καρκεύματα, ανθρακούχα υγρά, μύρα

β. Όταν στα γεύματα χρησιμοποιείται γιαούρτι, χυμός από μούρα, δαρτόγαλα (butter milk) και αποβουτυρωμένο γάλα

γ. Όταν χορηγείται 1-2 ταμπλέτες υποανθρακικού ή υπογαλλικού βισμούθιου, την ώρα του φαγητού και πριν από τον ύπνο.

δ. Όταν αποφεύγεται η αεροφαγία που κυρίως παρατηρείται κατά τη μάσηση μαστίχας.²⁷

1. Φροντίδα δέρματος. Ενημέρωση για υποαλλεργιογόνα φάρμακα του δέρματος όπως stomahesive (squibb), Hollihesive (Hollister). Επίσης υπάρχουν η πάστα και οι δακτύλιοι καταψα, οι οποίοι είναι εξαιρετικοί για την πρόληψη ερεθισμού του δέρματος γύρω από το στόμιο. Για ανοικτό περιστομακό δέρμα βοηθούν, όταν χρησιμοποιούνται με φειδώ, κορτικοστερινοειδή aerosols σπρευ ή nystatin σκόνη.

2. Ενδυμασία.

α. Μπορεί να φορεθεί ζώνη, πρέπει όμως να είναι μεγαλύτερου μεγέθους για να δέχεται και το σάκο.

β. Μπορεί να φορεθεί το μαγιό. Για τους άνδρες είναι προτιμότερο το μαγιό με σορτς ενώ για τις γυναίκες το ολόσωμο.

3. Ταξίδια. Δεν αντενδείκνυται το ταξίδι με αεροπλάνο ή οποιοδήποτε άλλο μέσο, φτάνει να έχει μαζί του το κουτί φροντίδας του στομίου. Για τη πλήυση του κολοστόμιου μπορούν να χρησιμοποιήσουν πόσιμο νερό.
4. Σπρο.
 - α. Επιτρέπεται η συμμετοχή σε όλα τα είδη σπορ
 - β. Προβλήματα μπορεί να δημιουργηθούν στη συμμετοχή σε σπορ όπως το ποδόσφαιρο.
5. Σεξουαλική λειτουργία
 - α. Ποικίλλει η σεξουαλική τους λειτουργία από πλήρη ικανότητα μέχρι πλήρη ανικανότητα.¹⁹
 - β. Σύμφωνα με πληροφορίες του Ηνωμένου Συλλόγου Ατόμων με Στόμιο, το 10% - 12% περίπου των ανδρών με κολοστόμιο παρουσιάζει υποβάθμιση της σεξουαλικής λειτουργίας, η οποία στις περισσότερες περιπτώσεις είναι παροδική με αποτέλεσμα να μην υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής στην σεξουαλική του συμπεριφορά.²⁷
11. Εγκυμοσύνη.
 - α. Το στόμιο δεν αποτελεί αντένδειξη για μια επιτυχή εγκυμοσύνη

β. Είναι απαραίτητη η προσεκτική ιατρική παρακολούθηση. Το μέγεθος του στομίου αλλάζει καθώς προχωρεί η εγκυμοσύνη και μαζί με την μεταβολή στο σχήμα της κοιλιάς μπορεί να απαιτήσει προσαρμογή στο χρησιμοποιούμενο υλικό για το στόμιο.

12. Ύπνος. Οποιαδήποτε θέση μπορεί να παρθεί κατά τον ύπνο.

13. Απόφραξη. Γνώση σημείων και συμπτωμάτων, πληροφόρηση ιατρού.¹⁹

Δεν παραλείπεται να ενημερωθεί ο άρρωστος, ότι υπάρχει σύλλογος ατόμων με κολοστόμιο, το σκοπό του συλλόγου, που είναι η ανταλλαγή απόψεων, πληροφοριών και αλληλοενίσχυσης και ενισχύεται να γίνει ενεργό μέλος αυτού. Δίδονται, επίσης, οι διευθύνσεις:

- Του Ηνωμένου Συλλόγου Ατόμων με κολοστόμιο
- Εργοστασίων και καταστημάτων που έχουν ότι χρειάζεται για τη φροντίδα του κολοστομίου
- Άλλων οργανισμών ή επιστημονικών ομάδων που ασχολούνται με το κολοστόμιο και ότι έντυπο υπάρχει με σχετικές πληροφορίες.³⁰

Με την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης του ατόμου που θα ζήσει με κολοστόμιο και ενός τουλάχιστον μέλους του άμεσου περιβάλλοντός του, πρέπει αυτός, να είναι σε θέση:

1. Να αλλάξει το σάκο κολοστομίου
2. Να περιποιείται το δέρμα γύρω από το κολοστόμιο

3. Να πραγματοποιεί πλήση του κόλου
4. Να συζητά και να έχει σωστές τοποθετήσεις σε θέματα, όπως αλλαγή σωματικού ειδώλου, αποδοχής του από τα μέλη της οικογένειας, επιστροφής στην εργασία και στις κοινωνικές δραστηριότητες.
5. Να περιγράφει συμπτώματα απόφραξης του κολοστομίου και να συζητά τρόπους αντιμετώπισής της
6. Να διατηρεί καλή ποιότητα ζωής
7. Να γνωρίζει τις υπηρεσίες υγείας που σήμερα υπάρχουν στη διάθεση των ατόμων με κολοστόμιο και να μπορεί να τις χρησιμοποιεί

Ο νοσηλευτής πρέπει να έχει σε έντυπα πληροφορίες για το άτομο με κολοστόμιο και να τις θέτει στη διάθεσή του, όπως:

- Οδηγίες φροντίδας του κολοστομίου, εκτέλεσης πλήσης του κόλου, διαστολής του κολοστομίου
- Έντυπα με το απαραίτητο υλικό για την εκτέλεση των πιο πάνω νοσηλειών, και τον τρόπο χειρισμού του υλικού
- Διευθύνσεις και τηλέφωνα μελών της ομάδας υγείας όπως νοσηλευτή, ιατρού, που θα μπορεί να απευθύνεται για απάντηση σε ερωτήματα μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.

Η νοσηλευτική διεύθυνση του ιδρύματος είναι υπεύθυνη για την προετοιμασία των πιο πάνω εντύπων.²⁷

6. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας - τη Stoma Therapist

Δ. Ιακωβίδου, Νοσηλεύτρια - Υπεύθυνος του τμήματος Stoma Therapy, Νοσοκομείο «Ο Άγιος ΣΑΒΒΑΣ».

Το βασικότερο πρόβλημα των αρρώστων με κολοστομία είναι η δύσκολη παραδοχή από τον άρρωστο της νέας πραγματικότητας που καταργεί προσωρινά ή μόνιμα τη φυσιολογική οδό αφόδευσης και δημιουργία μία «παρά φύση έδρα».

Αυτή η μορφή ακρωτηριασμού, η δημιουργία ενός τεχνητού πρωκτού στο εμπρόσθιο μέρος της κοιλίας, η κατάργηση του φυσικού πρωκτού και η απώλεια του ελέγχου αφόδευσης δεν αποτελούν σωματικό μόνο τραύμα. Οι ψυχικές επιπτώσεις αυτής της επέμβασης είναι δυνατόν να ακολουθήσουν τον ασθενή σε όλη τη διάρκεια της ζωής του.

Η σωστή προετοιμασία του ασθενούς πριν από την εγχείρηση παίζει βασικό ρόλο στην όλη πορεία του ασθενούς, και στην προσαρμογή του στην καινούργια του κατάσταση.

Η προετοιμασία συνίσταται σε απλές συμβουλές και ενημέρωση για την κατάστασή του από τον γιατρό και το εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.

Η stoma therapist θα ασχοληθεί με την μετεγχειρητική φροντίδα αυτών των αρρώστων. Stoma therapist είναι η εξειδικευμένη νοσηλεύτρια που πρέπει να είναι καλός γνώστης της ψυχολογίας αυτών των ατόμων και καλός γνώστης των πρακτικών προβλημάτων.

Μετά από την εγχείρηση, οι περισσότεροι ασθενείς εκφράζουν, σχεδόν ολοκληρωτικά, ένα μόνο συναίσθημα, το φόβο. Στην αρχή, ο φόβος αυτός συνοψίζεται σε πρακτικά προβλήματα, όπως οι οσμές, οι θόρυβοι και οι διάρροιες. Αυτά είναι συνήθως πραγματικά προβλήματα και οφείλονται στο γεγονός ότι ο ασθενής δεν έχει ακόμα προσαρμοστεί στην τεχνική πλευρά της νέας του κατάστασης. Με τη βοήθεια της stoma therapist τα προβλήματα αυτά αρχίζουν σταδιακά να εξαφανίζονται.

Παρά όμως την αντιμετώπιση των πρακτικών προβλημάτων, το άγχος και τα άλλα προβλήματα συνεχίζονται. Η αλλαγή την οποία υφίσταται η εικόνα του σώματος του νέου οστομικού είναι έντονη και εμφανής στον ίδιο. Ο ασθενής αισθάνεται ακρωτηριασμένος. Το τραύμα που έχει υποστεί τον κάνει να αντιλαμβάνεται το σώμα του ως κάτι που έχει πληγωθεί και που είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο. Το νέο άνοιγμα στο εμπρόσθιο μέρος του σώματός του είναι εύκολα παρατηρητέο τόσο από τον ίδιο όσο και από τους γύρω του. Η άμεση περιποίηση της κολοστομίας έχει σημασία, γιατί οι πρώτες εντυπώσεις που θα δημιουργηθούν στον άρρωστο, δεν πρέπει να είναι τραυματικές.

Κύριο ρόλο θα παίξει η συμβολή της Stoma Therapist, η οποία και θα πρέπει να διδάξει στον άρρωστο τη φροντίδα της κολοστομίας και να τον πειραματίσει στην τεχνική της, μια και πρόκειται στη συνέχεια να αναλάβει ο ίδιος την εξυπηρέτησή του.

Κατά την ώρα της αλλαγής, ο ασθενής πρέπει να είναι μόνος του με τη stoma therapist, μακριά από τα βλέμματα του περιβάλλοντος. Ο άρρωστος διδάσκεται να περιποιείται το δέρμα σωστά και ν' αλλάζει το σάκο. Μετά την αφαίρεση του σάκου, το δέρμα καθαρίζεται με ουδέτερο σαπούνι και νερό. Το στεγνώνει καλά και κολλάει το σάκο, ο οποίος πρέπει να έχει μετρηθεί και να μην αφήνει ελεύθερο δέρμα μέσα στο σάκο και το ερεθίζει. Ευτυχώς, σήμερα υπάρχουν όλα τα μέσα που βοηθούν, ώστε να ξεπεραστούν τα προβλήματά τους.

Η τελευταία μέθοδος που προκάλεσε αληθινή επανάσταση είναι η πλύση του εντέρου με το irrigation set, το οποίο κατά κάποιο τρόπο ελέγχει και αναγκάζει το έντερο να εκκενωθεί μόνο μία φορά την ημέρα και μετά χρησιμοποιείται το stoma cap.

Ο άρρωστος αποδεύει καθημερινά σε ώρα που καθορίζει ο ίδιος και μπορεί άνετα να επιδοθεί σε όλες τις δραστηριότητες και ν' απολαύσει όλες τις χαρές της ζωής. Έχει ολοκληρωμένη τη μετεγχειρητική του αποκατάσταση και αποδίδει σαν χρήσιμο και ενεργό μέλος του κοινωνικού συνόλου.

Σας μεταφέρω τα συναισθήματα και τις κρίσεις των αρρώστων που ευεργετήθηκαν από την εφαρμογή αυτής της τεχνικής αντιμετώπισης της κολοστομίας:

1. Ομαλή συζυγική συμβίωση
2. Επαγγελματική αποκατάσταση

3. Ανεμπόδιστη κοινωνική συναναστροφή
4. Ψυχική υγεία
5. Διαιτητική ελευθερία
6. Ελεύθερη εκλογή ενδυμάτων

Το πρώτο βήμα για τον προγραμματισμό σωστής μακροπρόθεσμης νοσηλευτικής φροντίδας είναι η αξιολόγηση. Το να αξιολογηθεί η ψυχολογική κατάσταση, στην οποία βρίσκεται ο άρρωστος, για να διαπιστωθεί η στάση του απέναντι στη στομία και οι λόγοι που τον κάνουν να αρνηθεί ή να αποδεχτεί αυτή την κατάσταση, είναι βασικό στοιχείο.

Ο ασθενής διακατέχεται από άγχος και βιώνει έντονα το αίσθημα της αναπηρίας.

Οι ψυχοτραυματικές επιβαρύνσεις, σαν αποτέλεσμα της στομίας, τον κάνουν να νιώθει αδύναμος να αντιμετωπίσει πολλά πρακτικά θέματα της ζωής. Οι επιβαρύνσεις αυτές εξελίσσονται και διαφοροποιούνται σε σχέση με πολλούς παράγοντες όπως το οικογενειακό περιβάλλον του αρρώστου, οι σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας, το κοινωνικό και το επαγγελματικό περιβάλλον, και πάνω από όλα η διαμόρφωση της προσωπικότητας του ίδιου του ασθενούς.

Τα σοβαρά προβλήματα καθαριότητας, σεξουαλικής συμπεριφοράς, κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργίας που δημιουργούνται από τη στομία, πρέπει να αντιμετωπιστούν με τη ψυχολογική υποστήριξη του

αρρώστου, την παροχή γνώσεων με την αυτοεξυπηρέτησή του, την εξοικείωση του αρρώστου με τη νέα κατάστασή του και την προσαρμογή του σ' ένα τρόπο ζωής.

Για να αντιληφθούμε καλύτερα τη συμβολή της νοσηλεύτριας stoma therapist στην αποκατάσταση του αρρώστου με κολοστομία, θα πρέπει πρώτα να κατανοήσουμε την έννοια της λέξης «αποκατάσταση».

Αποκατάσταση είναι η επαναφορά ενός ατόμου στο σύνολό του μετά από μία ασθένεια, σε μια κατάσταση που να προσεγγίζει κατά το δυνατό την προηγούμενη φυσιολογική του κατάσταση.

Είναι βασικό να κατανοήσουμε ότι η αποκατάσταση ενός αρρώστου με μια οποιαδήποτε αναπηρία και ειδικά με κολοστομία αρχίζει από το διάστημα που εισέρχεται στο νοσοκομείο.

Έτσι, ο προγραμματισμός μιας σωστής νοσηλευτικής φροντίδας αρρώστου με κολοστομία περιλαμβάνει τρία στάδια.

Ο πρώτο στάδιο καλύπτει την προεγχειρητική ετοιμασία (σωματική και ψυχολογική). Το δεύτερο στάδιο καλύπτει η μετεγχειρητική περίοδος. Το τρίτο στάδιο καλύπτεται από μακροπρόθεσμο προγραμματισμό νοσηλευτικής φροντίδας, που αποσκοπεί στο να αποκαταστήσει τον άρρωστο σε ρεαλιστικό επίπεδο ανεξαρτησίας και να τον βοηθήσει να λύσει τα ψυχολογικά, συναισθηματικά και κοινωνικά προβλήματά του, πριν από την έξοδό του από το νοσοκομείο.

Η Stoma Therapist πρέπει να δημιουργήσει μια ειλικρινή μέθοδο επικοινωνίας με τον ασθενή για μεγάλο χρονικό διάστημα πριν και μετά την χειρουργική επέμβαση.

Ο στόχος είναι η αποκατάσταση του ασθενούς μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο και η επανένταξή του στην κοινωνία με μια όσο το δυνατόν καλύτερη ποιότητα ζωής.

Τέλος, θέλω να προσθέσω ότι η φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού στρέφεται όχι μόνο σε γνώσεις επιστημονικές αλλά και σε γνώσεις ανθρωπιστικών επιστημών, σε μια προσφορά που ξεπερνά τον απρόσωπο επαγγελματισμό.

Ας κάνουμε μια ειλικρινή προσπάθεια να πλησιάσουμε περισσότερο τον άρρωστο με καρκίνο. Να σταθούμε κοντά του, να τον ακούσουμε, να τον βοηθήσουμε. Η ενθάρρυνση και η μετάγγιση ελπίδας θα περιορίσει την απαισιοδοξία και απογοήτευση του ασθενούς.

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 συμμετάσχουν σε όλα, έστω και μετά από μία μόνιμη κολοστομία.

ΚΕΦ. Θ

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

1^η Περίπτωση νοσηλευτικής διεργασίας

Νέος ασθενής, άνδρας, ηλικίας 81 ετών, από τον Πύργο Ηλείας, εισήλθε στην κρατική χειρουργική κλινική του γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας», στις 21.7.199, με πιθανή διάγνωση ειλεού.

Ιστορικό Νοσηλείας: Ο ασθενής προσήλθε στα εξωτερικά τακτικά ιατρεία του «Άγιος Ανδρέας» με έντονο κοιλιακό άλγος στο υπογάστριο και δυσκοιλιότητα. Το άλγος τον ταλαιπωρούσε επί πέντε ημέρες. Οι γιατροί υποστήριξαν την πιθανή διάγνωση του ειλεού.

Ατομικό Αναμνηστικό: Πριν τρία χρόνια έπαθε αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Α.Ε.Ε.). Πριν έξι χρόνια υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση για έλκος στομάχου. Δεν καπνίζει και δεν πίνει αλκοόλ.

Στα εξωτερικά ιατρεία, αφού έγινε ακτινογραφία (Ro) θώρακος, δόθηκε ½ Flacon Gastrografine για να γίνει Ro κοιλίας. Δεν πήρε τίποτα από το στόμα (Per os) ο ασθενής και τέθηκε ορός Ringer's 1000cc

ενδοφλεβίως και Levin στομάχου. Προγραμματίστηκε εισαγωγή για περαιτέρω έλεγχο.

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ: Κατά την εισαγωγή του ο ασθενής είχε βάρος 74Kgr και ζωτικά σημεία Α.Π.: 130mmHg, αναπνοές: 18/min, σφύξεις: 72/min και θερμοκρασία: 36,8° C.

ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣΣ Έγινε την ημέρα εισαγωγής: SGOT 42U/L, SGPT 25U/L, ALP 30U/L, γ-GT 18U/L, CPK 122U/L, Αμυλάση 46U/L, Κάλλιο 3,3mEq/L, Νάτριο 145mEq/L, Γλυκόζη 172mg%, Ουρία 56mg%, κρεατινίνη 0,9mg%.

ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: Έγινε την ημέρα εισαγωγής: WBC (λευκά αιμοσφ.) 10,8 K/UL, KYM (λεμφοκυτ) 2,4 K/UL, GRAN (πολυμορφοπύρηνα) 7,4 K/UL, RBC (ερυθρά αιμοσφ.) 5,45 M/UL, HGB (αιμοσφαιρίνη) 10,6 g/dL, HCT (αιματοκρίτης) 33,6%, MCV 61,7FL, MCH 19,4pg, RDW 29,1%, PLT (αιμοπετάλια) 560K/UL, PT 12,7», PTT 24,4».

ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: Έγινε ακτινογραφία εντέρου με βαριούχο υποκλυσμό. Η προετοιμασία αυτής της εξέτασης περιλάμβανε υγρή διαίτα για 24 ώρες και καθαρτικούς υποκλυσμούς. Το επόμενο πρωί έγινε ο βαριούχος υποκλυσμός, που απέδειξε σκιαγραφικό έλλειμμα περιορισμένης έκτασης στο σιγμοειδές κόλον.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ: N/S 0,9% 1000cc 1x1, D/W 5% 1000cc 1x2 Kcl amp. 2x3, Primperan amp. 1x3, MandoceF FL 1x3, Losec amp. 1x1, Clexane 1x1, Flagyl FL 1x3, Fucidin amp. 1x3.

Στοιχεία εγχείρησης: Πραγματοποιήθηκε στις 26.7.1999 ερετηνική λαπαροτομία και ο ασθενής υποβλήθηκε σε προσωρινή σιγμοειδοκολοστομία.

Ωρα εισόδου στα χειρουργεία: 11:00 π.μ.

Ωρα εξόδου : 1:20 μ.μ.

Ο ασθενής υποβλήθηκε σε γενική νάρκωση. Τέθηκε στο χειρουργείο σωλήνας παροχέτευσης τραύματος «πετσερ» στο σιγμοειδές κολόν. Επέστρεψε στην κλινική στις 2:15 μ.μ. Έφερνε ορό Ringers 100cc από περιφερική φλέβα, καθετήρα κύστεως folley, ρινογαστρικό καθετήρα στομάχου Levin.

ΜΕΤΕΠΕΙΤΑ ΠΟΡΕΙΑ: Καθημερινά γινόταν λήψη ζωτικών σημείων, αλλαγή τραύματος, έλεγχος της διούρησης, χορήγηση παυσίπονου επί πόνου (συνήθως Zideron amp IM), έλεγχος των υγρών του Levin, επί ανησυχίας χορήγηση stedon amp. IM, αλλαγή της κολοστομίας με colorplast. Είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία ο ασθενής.

ΔΙΑΙΤΑ: Από 21.7 - 30.7.1999 δεν έπαιρνε τίποτα Peros ο ασθενής. Από 31.7-4.8 η διαίτα ήταν υδρική (σούπες - νεροφιδές). Από 5.8-16.8.1999 η διαίτα είναι βραστά φαγητά. Από 17.8.-23.8.19989 ήταν ελεύθερη η διαίτα.

Παρακάτω θα αναφερθώ στην προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς από τη στιγμή που εισάγεται στην κλινική μέχρι το πρωί της ημέρας που θα υποστεί χειρουργική εκτομή του πάσχοντος τμήματος του παχέος εντέρου και δημιουργία προσωρινής σιγμοειδοκολοστομίας.

ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΠΕΙΡΕ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΟΥ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ANTIEMETIKA: Primperan (Metoclopramide Hydrochloride). Ενδείκνυνται για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων ναυτίας, εμμέτων, αισθήματος βάρους πληρότητας ή διάτασης του στομάχου ή σε καθυστερημένη διάβαση στο λεπτό έντερο.

ANTIBIOTIKA: MandoceF (κεφαμανδόλη): Κεφαλοσπορίνη β' γενιάς. Ενδείκνυται στη θεραπεία λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος, του ουροποιητικού, των οστών, των αρθρώσεων, του αίματος, του δέρματος και των μαλακών μορίων, της χοληδόχου κύστης, του περιτοναίου. Χορηγείται, επίσης, προληπτικά, προεγχειρητικά - διεγχειρητικά - μετεγχειρητικά, για μείωση των πιθανοτήτων μετεγχειρητικών λοιμώξεων.

FICIDEN (Sodium Fusidate). Ενδείκνυται για τη θεραπεία λοιμώξεων από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο, οστεομυελίτιδες, αποστήματα στα οστά. Είναι αντιβιοτικό β' γενιάς.

FLAGGYL (Metromidazole): Ενδείκνυται σε περιπτώσεις όπως ηπατικό απόστημα, περιτονίτις, λοιμώξεις χοληφόρων μαιευτικές και γυναικολογικές λοιμώξεις, προεγχειρητική ετοιμασία (σε εγχειρήσεις παχέος εντέρου, υστερεκτομές κτλ).

ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ: Losec (omeprazole) δεκαδακτυλικού έλκους ή ανθεκτικού σε άλλη θεραπεία οισοφαγίτιδα (λόγω γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης κτλ). Δεν συνίσταται για θεραπεία συντήρησης του έλκους.

ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΑ: Clexane (enoxaparine). Ενδείκνυται για τη προφύλαξη εκ της εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδα, για την αγωγή και προφύλαξη θρομβοεμβολικών επιπλοκών καθώς επίσης ως αντιπηκτικό στην εξωσωματική κυκλοφορία και την αιμοκάθαρση.

Οπιοειδή: Zideron (Dextropropoxyphene Hydrochloride). Ενδείκνυται στο μετεγχειρητικό - Μετατραυματικό πόνο.

Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
1. 21.7.99				
<ul style="list-style-type: none"> • Άλγος στην κοιλιακή χώρα 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανακούφιση του ασθενούς από τους κωλικοειδείς πόνους εντός (1) μίας ώρας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αναλγητικών και αντιχοληνεργικών, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες • Να δοθεί ανακουφιστική θέση στον ασθενή στο κρεβάτι 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε 1 amp. Zideron. 75mg/2mL, επί πόνου στις 12:15μ.μ. Η θέση που προτιμήθηκε για την ενδομυϊκή χορήγηση του φαρμάκου ήταν το άνω και έξω τεταρτημόριο του μείζονος γλουτιαίου μυός (λόγω της πλούσιας αγγείωσής του). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής ανακούφιστηκε προσωρινά από τον πόνο στις 1:30μ.μ. • Zideron: in J solution 75mg/2ml • Dextropropoxyphene Hydrochloride) • Ανήκει στα οπιοειδή
2. 22.7.99				

Καρκίνος παχέος εντέρου-κολοστομία-Νοσηλευτική παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη

Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • Διάβαση εντέρου • Ακτινολογικός έλεγχος του κατώτερου τμήματος του πεπτικού σωλήνα (δηλ του παχέος εντέρου) • Ακριβής εντόπιση και εκτίμηση της θέσης και των διαστάσεων του όγκου 	<ul style="list-style-type: none"> • Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς • Σωματική προετοιμασία για την καλύτερη έκβαση αυτής της εξέτασης 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξήγηση στον ασθενή της όλης προετοιμασίας για την εξέταση και της σκοπιμότητας της και ενίσχυση του ηθικού του • Η τροφή που θα του χορηγηθεί την προηγούμενη μέρα της εξέτασης να είναι εύπεπτη και να μην αφήνει υπόλειμμα. • Χορήγηση καθαρτικού με υποκλευσμό, το βράδυ της παραμονής και το πρωί της ημέρας της εξετάσεως 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής εξέφρασε τις ανησυχίες του • Δόθηκαν οι απαραίτητες οδηγίες για την διεκπεραίωση της εξέτασης • Δόθηκε νεροφιδές στον ασθενή το προηγούμενο μεσημέρι • Έγινε καθαρτικός υποκλυσμός στις 8.00 π.μ. • Το πρωί, στις 5.00 π.μ. έγινε πάλι καθαρτικός υποκλυσμός • Μεταφέρθηκε στις 10.00 π.μ. στο ακτινολογικό 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής προετοιμάστηκε κατάλληλα (σωματικά - ψυχολογικά) για την εξέταση • Επιτεύχθηκε ο ακτινολογικός έλεγχος του εντέρου, ο οποίος έδειξε σκιαγραφικό έλλειμμα, περιορισμένης έκτασης στο σιγμοειδές κόλον • Έγινε ενημέρωση της νοσηλευτικής λογοδοσίας, για την εξέταση (ώρα, προετοιμασία,
		<ul style="list-style-type: none"> • Μεταφορά στο ακτινολογικό εργαστήριο • Ενημέρωση της νοσηλευτικής λογοδοσίας 	<p>εργαστήριο με καρότσι</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έγινε στο ακτινολογικό εργαστήριο χορήγηση βαρίου, ενώ ταυτόχρονα γινόταν ακτινοσκοπικός 	<p>προετοιμασία, 116 συμπεράσματα) ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια της νοσηλευτικής φροντίδας</p>

Καρκίνος παχέος εντέρου-κολοστομία-Νοσηλευτική παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη

Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
3. 22.7.99				

Καρκίνος παχέος εντέρου-κολοστομία-Νοσηλευτική παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη

Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> Γενική προεγχειρητική ετοιμασία από το μεσημέρι της 22.7.99 έως το πρωί της ημέρας της χειρουργικής επέμβασης 	<ul style="list-style-type: none"> Κατάλληλη σωματική προετοιμασία Τόνωση του ηθικού κατά την παραμονή του ασθενή στο νοσοκομείο 	<ul style="list-style-type: none"> Παρεντερική χορήγηση υγρών Να διατηρηθεί θετικό θρεπτικό - υδατοηλεκτρολυτικό ισοζύγιο Τήρηση δελτίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών Να μη πάρει τίποτα Peros ο ασθενής Εξωτερίκευση των σκέψεων και των φόβων του ασθενούς Να δοθούν οι κατάλληλες οδηγίες για τη μείωση του 	<ul style="list-style-type: none"> Χορηγήθηκε ενδοφλεβίως (IV) Dextrose 5% 1000cc 1x2, και Normal Salim 0,9% 1000 cc 1x1, με ρυθμό χορήγησης 40σταγ/min. Καταγράφονταν τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά του 24ώρου. Δεν πήρε τίποτα Peros ο ασθενής Ο ασθενής βεβαιώθηκε ότι όλα θα πάνε καλά. Έγινε ενημέρωση του αρρώστου για την 	<ul style="list-style-type: none"> Εξασφαλίσθηκε επάρκεια του οργανισμού σε υγρά (300ml/24h) και θετικό θρεπτικό ισοζύγιο Αποβαλλόμενα υγρά 24ώρου 2500mL Πρόληψη της μετεγχειρητικής διάτασης και γαστροπληγίας. Ο ασθενής ένιωσε ασφάλεια και ήταν ήρεμος, όσο είναι δυνατόν
		<p>άγχους του ασθενούς</p>	<p>επέμβαση στην οποία θα υποβληθεί</p>	<p>118</p>

Καρκίνος παχέος εντέρου-κολοστομία-Νοσηλευτική παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη

Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • Γενική προεγχειρητική ετοιμασία 	<ul style="list-style-type: none"> • Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς • Καθαριότητα του εντερικού σωλήνα 	<ul style="list-style-type: none"> • Να γίνεται λουτρό καθαριότητας στον ασθενή • Να γίνει καθαρτικός υποκλυσμός • Διατήρηση του ασθενή καθαρού και σε αναπαυτική θέση 	<ul style="list-style-type: none"> • Την παραμονή του χειρουργείου έγινε λουτρό καθαριότητας, για την εξάλειψη των πηγών μόλυνσης με την ατομική υγιεινή • Έως 2 ημέρες πριν την επέμβαση εδίδετο 1 FL - x-prep • Έγιναν καθαρτικοί υποκλυσμοί. Ο ένας το απόγευμα της παραμονής (στις 8.00 μμ) και ο άλλος 6 ώρες πριν την εγχείρηση 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής είναι καθαρός • Οι υποκλυσμοί απέδωσαν, με σκοπό την αποφυγή εκκένωσης του εντέρου στο χειρουργικό τραπέζι, τη πρόληψη συλλογής αερίων και μετεγχειρητικής διάτασης, την ευχερέστερη διενέργεια της επέμβασης λόγω μη διάτασης των εντερικών ελίκων.

Καρκίνος παχέος εντέρου-κολοστομία-Νοσηλευτική παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη

Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • Γενική προεγχειρητική ετοιμασία 	<ul style="list-style-type: none"> • Πρόληψη των μετεγχειρητικών αναπνευστικών επιπλοκών και θρομβοφλεβίτιδας 	<ul style="list-style-type: none"> • Εκπαίδευση του ασθενούς για τις μετεγχειρητικές ασκήσεις που προάγουν την αναπνοή • Επίδειξη πως να παίρνει βαθιές αναπνοές και να βήχει • Ενημέρωση του ασθενούς για ασκήσεις των κάτω άκρων και γρήγορη έγερση 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής εκπαιδεύτηκε πάνω στις ασκήσεις που θα πρέπει να εκτελεί μετεγχειρητικά όπως: <ul style="list-style-type: none"> • να παίρνει βαθιές αναπνοές • να βήχει και να αποβάλλει τα πτύελα • να φουσκώνει ένα μπαλόνι • να κάθεται καθιστός • Του έχει γίνει γνωστό η σημασία της έγκαιρης κινητοποίησης του μετεγχειρητικά και η εφαρμογή ελαστικών καλτσών. Καθώς επίσης, 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής έχει, πλήρως ενημερωθεί και κατανοήσει τη χρησιμότητα των ασκήσεων που θα πρέπει να εκτελέσει μετά το χειρουργείο
			<ul style="list-style-type: none"> • οι παθητικές ασκήσεις των κάτω άκρων όπως <ul style="list-style-type: none"> α. Κινήσεις γαστροκνημιαίου μυός β. κυκλικές κινήσεις άκρου ποδός 	120

Καρκίνος παχέος εντέρου-κολοστομία-Νοσηλευτική παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη

Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία 	<ul style="list-style-type: none"> • Πρόληψη μόλυνσης του εγχειρητικού πεδίου 	<ul style="list-style-type: none"> • Καθαριότητα του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου • Αποτρύχωση της περιοχής • Τοπική αντισηψία 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε πρώτα καθαριότητα της περιοχής με σαπουνούχο διάλυση • Έπειτα, ετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου (αριστερή κοιλιακή χώρα) • Μετά, έγινε αντισηψία του δέρματος με Betadine 	<ul style="list-style-type: none"> • Επιτεύχθηκε, όσο το δυνατόν, απαλλαγή του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου από μικροοργανισμούς, χωρίς να προκληθεί ερεθισμός ή λύση της συνέχειάς του
<p>25.7.99</p>				

Καρκίνος παχέος εντέρου-κολοστομία-Νοσηλευτική παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη

Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • Φόβος και ανησυχία για τη νάρκωση, για την έκβασή της χειρουργικής επέμβασης την αλλαγή του σωματικού του ειδώλου 	<ul style="list-style-type: none"> • Τόνωση του ηθικού του ασθενούς • Ψυχολογική υποστήριξη • Δημιουργία κλίμακας εμπιστοσύνης και ασφάλεια • Εξασφάλιση επαρκούς ύπνου 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξωτερίκευση των ανησυχιών του ασθενούς • Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος • Υποστήριξη από ψυχολόγο • Φαρμακευτική υποστήριξη 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο υπεύθυνος νοσηλευτής - τρια ανέπτυξε διάλογο - διαποσωπική επικοινωνία μαζί του • Ενθαρρύνθηκε να μιλήσει για ότι, ανησυχεί και αμφιβάλλει • Εξασφαλίστηκε ησυχία και χαμηλός φωτισμός • Συναντήθηκε με ψυχολόγο και εξέφρασε τις ανησυχίες και τους φόβους του. • Χορηγήθηκε επί έντονης ανησυχίας 1+6 Lexotanil στις 11.00 μ.μ. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής φανέρωσε τις ανησυχίες και τους φόβους του. • Τονώθηκε το ηθικό του • Μπόρεσε να κοιμηθεί εντός ½ ώρας από τη λήψη του φαρμάκου

Καρκίνος παχέος εντέρου-κολοστομία-Νοσηλευτική παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη

Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
26.7.99				

Καρκίνος παχέος εντέρου-κολοστομία-Νοσηλευτική παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη

Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • Τελική προεγχειρητική ετοιμασία 	<ul style="list-style-type: none"> • Γενική εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς • Κατάλληλη ένδυση και προετοιμασία του για την εισαγωγή του στο χειρουργείο 	<ul style="list-style-type: none"> • Λήψη ζωτικών σημείων • Τοποθέτηση καθετήρες κύστεως • Αφαίρεση κοσμημάτων και λοιπών προσωπικών αντικειμένων • Ένδυση του ασθενούς με τα ρούχα του χειρουργείου 	<ul style="list-style-type: none"> • Λήφθηκαν τα ζωτικά σημεία του ασθενούς στις 10.00 π.μ., της ημέρας της εγχείρησης: Α.Π.: 130/80 mmHg Σφύξεις: 78/min Θερμ.: 36,5° C, Αναπνοές: 18/min • Τέθηκε καθετήρας κύστεως με άσηπτες τεχνικές • Αφαιρέθηκαν τα τιμαλφή και παραδόθηκαν στους συγγενείς • Ο ασθενής φόρεσε τη ρόμπα του χειρουργείου και το σκούφο 	<ul style="list-style-type: none"> • Οι τιμές των ζωτικών σημείων ήταν φυσιολογικές • Η γενική του κατάσταση είναι καλή • Εξασφαλίστηκε η συνεχής κένωση της ουροδόχου κύστεως

Καρκίνος παχέος εντέρου-κολοστομία-Νοσηλευτική παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη

Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • Τελική προεγχειρητική ετοιμασία 	<ul style="list-style-type: none"> • Προνάρκωση • Ασφαλής μεταφορά στο χειρουργείο • Αποστολή του προεγχειρητικού δελτίου στο χειρουργείο, μαζί με τις εξετάσεις που το συνοδεύουν 	<ul style="list-style-type: none"> • Καθαρισμός της προνάρκωσης από τον αναισθησιολόγο • Μεταφορά του αρρώστου από τον τραυματιοφορέα με ειδικό φορείο • Να συμπληρωθεί το προεγχειρητικό Δελτίο 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε ½ amp. Pethudine και ½ amp. Atropine IM μισή ώρα πριν το χειρουργείο (στις 10.30 π.μ). • Ο ασθενής μεταφέρθηκε με ασφάλεια στο χειρουργείο • Συμπληρώθηκε με κάθε λεπτομέρεια το προεγχειρητικό δελτίο 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής χαλάρωσε • Pethidine: (Pethidine Hydrochloride inject. 50mg, 100mg) Ανήκει στα οπιοειδή. • Atropine: (Inject. Solution 0,5mg/1ml-amp). Ανήκει στα αντιχολινεργικά • Βρίσκεται σε κατάσταση υπνηλίας. • Τα προεγχειρητικά έντυπα που τον συνοδεύουν στο χειρουργείο είναι πλήρως συμπληρωμένα
				<p>1,25</p>

Καρκίνος παχέος εντέρου-κολοστομία-Νοσηλευτική παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη

Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • Προετοιμασία κλίνης και θαλάμου του ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Υποδοχή του ασθενούς από το χειρουργείο 	<ul style="list-style-type: none"> • Καθαρισμός του θαλάμου από τη βοηθό θαλάμου • Αερισμός του θαλάμου • Στρώσιμο χειρουργικού κρεβατιού • Ετοιμασία του χειρουργικού κομοδίνου • Έλεγχος παροχής O₂ 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε υγρός καθαρισμός του θαλάμου από τη βοηθό • Αερίστηκε ο θάλαμος • Στρώθηκε χειρουργικό κρεβάτι • Ετοιμάστηκε το κομοδίνο κατάλληλα με 1 νεφροειδές, 1 ποτήρι νερό, Port - Cotton, χαρτοβάμβακο, σύριγγα Levin, σακούλα για τα απορρίμματα • Τοποθετήθηκε ρινικός καθετήρας έτοιμος προς χρήση και γέμισαν με αποστειρωμένο - απεσταγμένο ύδρω τη 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξασφαλίστηκε κατάλληλο περιβάλλον υποδοχής του ασθενούς
			<p>φιάλη του ροόμετρου με την επιθυμητή ποσότητα</p>	<p>126</p>

2^η περίπτωση Νοσηλευτικής Διεργασίας

νέος ασθενής, γυναίκα, ηλικίας 60 ετών, από τη Ζάκυνθο, εισήλθε στη Β' Χειρουργική κλινική του Περιφερειακού Νοσοκομείου Πατρών στις 10/001/1999 για να χειρουργηθεί για διαγνωσμένο Ca ορθού.

I. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ: Εδώ και ένα μήνα παρατηρούσε αιματηρές διαρροϊκές κενώσεις. Εξωτερικός ιατρός διέγνωσε μάζα σε βάθος περίπου 8 cm από το δακτύλιο του πρωκτού. Ελήφθη βιοψία και η ιστολογική εξέταση έδειξε αρκετά διαφοροποιημένο αδενοκαρκίνωμα με νεκρωτικές αλλοιώσεις και μυϊκό ιστό στο υπόστρωμα.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Εδώ και 12 χρόνια παρουσιάζει λιθίαση στον αριστερό νεφρό. Πάσχει εδώ και 2 χρόνια από καρδιακή ανεπάρκεια. Ήταν χρόνια καπνίστρια αλλά δεν έπινε αλκοόλ. Έχει χειρουργηθεί για Ca δεξιού μαστού εδώ και 23 χρόνια.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Ο πατέρας της έπασχε από νεφρολιθίαση και η μητέρα της πέθανε από Ca στομάχου (μεταστάσεις στους πνεύμονες).

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ: Κατά την εισαγωγή της η ασθενής είχε βάρος 63 kg και ζωτικά σημεία Α.Π.: 95/55 mm Hg, αναπνοές: 18 /min, σφίξεις: 70/min, και θερμοκρασία 36,5°C.

ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: Έγινε την ημέρα εισαγωγής: Σάκχαρο 107 mg/dL, ουρία 53 mg/dL, κρεατίνη 0,8 mg/dL, SGOT 34 V/L, SGPT

25 V/L, γ-GT 23 U/L, Αλκαλική φωσφατάση 90 U/L, LDH 165 U/L, CPK 45 U/L χολερυθρίνη ολική 0,4 mg/dL, Λευκώματα ολικά 8,7 gr/dL, Αλβουμίνη 4,6 gr/dL, Αμυλάση ορού 58 U/L.

ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: Έγινε την ημέρα εισαγωγής: Λευκά 7,6 V/L, ουδετερόφιλα 4,9 K/UL, Λεμφοκύτταρα 1,6 K/UL, Μονοπυρήνα 0,9 K/UL, Ιωσινόφιλα 4,0 M/UL, Αιμοσφαιρίνη 11 gr/dL, H+ 31%, Μέσος όγκος RBC 83,3 FL, Μέση περιεκτικότητα HGB 27,2 pg, Μέση πυκνότητα HGB 32,7 gr/dL, Αιμοπετάλια 297 K/UL, Μέσος όγκος PLT 9,6 FL.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ: N/S 0,9 % 1×1 1000cc, D/W 5% 1×2 1000cc, RadaceF FL 1×2, Flagyl FL 1×3, Innohep 1×1, Zantac amp. 1×3, FERRUM amp 1×2, ERCEFURIL sir 1×3.

Στοιχεία εγχείρησης: Πραγματοποιήθηκε στις 17.01.1999 χαμηλή πρόσθια εκτομή ορθού και η ασθενής υποβλήθηκε σε μόνιμη κολοστομία.

Ωρα εισόδου στα χειρουργεία: 11:00 π.μ.

Ωρα εξόδου στα χειρουργεία: 1:35 μ.μ.

Η ασθενής υποβλήθηκε σε γενική νάρκωση.

Τέθηκε στο χειρουργείο σωλήνας παροχέτευσης τραύματος 'Πέρτσερ'.

Η ασθενής επέστρεψε στη κλινική στις 2;25 μ.μ. Έφερε ορό L-R 1000cc, καθετήρα κύστεως Folley, ρινογαστρικό καθετήρα Levin και 1 φιάλη αίματος (με συμπύκνωμα ερυθρά) με Νο 10956, RH O (+).

ΜΕΤΕΠΕΙΤΑ ΠΟΡΕΙΑ: Καθημερινά γινόταν λήψη των ζωτικών σημείων της ασθενούς, έλεγχος της ωριαίας διούρησης, έλεγχος και αλλαγή του τραύματος στο περίνεο, έλεγχος των γαστρικών υγρών του Levin, χορήγηση παυσίπονου επί πόνου (συνήθως amp. Apotel IM), επί ανησυχίας χορήγηση amp. Vallium IM, αλλαγή της κολοστομίας με Colorplast. Γενικά, η ασθενής είχε μια ομαλή μετεγχειρητική πορεία.

ΔΙΑΙΤΑ: από 10.1.-14.1.1999 η διαίτα ήταν υδρική (σούπες). Από 15.1-25.2 δεν έπαιρνε τίποτα Peros η ασθενής. Από 26.2-2.3. ακολουθεί ξανά υδρική διαίτα. Από 3.3.-7.3. η διαίτα περιλάμβανε και βραστά φαγητά. Από 8-3 έως 11.3 ήταν ελεύθερη.

Παρακάτω θα αναπτύξω τα προβλήματα της μετεγχειρητικής πορείας της ασθενούς και τους τρόπους αντιμετώπισης αυτών με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής διεργασίας.

ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΠΗΡΕ Η ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

- **ANTIBIOTIKA:** radaceF (CeForanide). Είναι μια ημισυνθετική ευρέος φάσματος κεφαλοσπορίνη για παρεντερική χορήγηση. Ενδείκνυται στις λοιμώξεις οστών και αρθρώσεων, Ενδοκαρδίτιδα, λοιμώξεις των κατώτερων αναπνευστικών οδών, Βακτηριδιακή

σηψαιμία, λοιμώξεις δέρματος και μαλακών μορίων, λοιμώξεις ουροποιητικού.

- Flagyl (metronidazole). Έχουν αναφερθεί οι ενδείξεις στην πρώτη περίπτωση νοσηλευτικής διεργασίας.
- Αναστολές της αντλίας των πρωτονίων': Lantac (Ranitidine Hydrochloride). Ενδείκνυται σε έλκος Βολβού του 12δάκτυλου, στομάχου και αναστομωτικό, σύνδρομο ZOLLINGER-ELLISON, οισοφαγίτιδα θ από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση) κτλ.
- ΑΝΤΙΔΙΑΡΡΟΙΚΑ: erceFuryl (NiFuroxazide). Ενδείκνυται για την αντιμετώπιση διαρροϊκών συνδρόμων.
- ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΑ: Innohep (Tinzaparin Sodium). Είναι διάλυμα για υποδόρια έγχυση. Ενδείκνυται για τη προφύλαξη εκ της εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδας, αγωγή και προφύλαξη θρομβοεμβολικών επιπλοκών και ως αντιπηκτικό στην εξωσωματική κυκλοφορία και την αιμοκάθαρση.
- ΦΑΡΜΑΚΑ ΑΝΑΙΜΙΩΝ: Ferumm Hausmann (100 mg σε στάγδην έγχυση) για σιδηροπενική αναιμία.
- ΠΑΥΣΗΠΟΝΑ: Apotel (παρακεταμόλη). Αναλγητικό και αντιπυρετικό. Ενδείκνυται σε αρθραγίες, μυαλγίες, νευραλγίες, κεφαλαλγία, εμπύρετες καταστάσεις.

Καρκίνος παχέος εντέρου-κολοστομία-Νοσηλευτική παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη

Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
1^η μετεγχειρητική ημέρα (18.1.99)				

Καρκίνος παχέος εντέρου-κολοστομία-Νοσηλευτική παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη

Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>1. Πόνος, λόγω του Χειρουργικού τραύματος, τόσο στο πρόσθιο μέρος της κοιλίας, όσο και στην έδρα, λόγω της περιτομής, στις 8.30π.μ.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ανακούφιση από τον πόνο εντός 1 (μιας) ώρας 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθέτηση αεροθάλαμου • Συχνή αλλαγή της θέσης της ασθενούς • Χορήγηση αναλγητικών ενδομυϊκός (IM) βάσει των ιατρικών οδηγιών 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθετήθηκε αεροθάλαμος • Κάθε 4-5 ώρες γινόταν προσεκτική αλλαγή της θέσης της ασθενούς • Χορηγήθηκε 1 amp.apotel επί πόνου, ενδομυϊκός (IM) στις 9.00 π.μ. 	<ul style="list-style-type: none"> • Επιτεύχθει περιορισμός της τάσης των μυών, με την συχνή αλλαγή. • Η ασθενής μπόρεσε μετ ά από ½ ώρα από τη χορήγηση της amp. Apotel να κοιμηθεί. • (ApotelQ παρακετ αμόλη. Είναι αναλγητικό-αντιπυρετικό)

Καρκίνος παχέος εντέρου-κολοστομία-Νοσηλευτική παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη

Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
2^η μετεγχειρητική ημέρα				

Καρκίνος παχέος εντέρου-κολοστομία-Νοσηλευτική παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη

Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>2. περιποίηση του τραύματος στην έδρα λόγω της περινεοτομής (στις 10.30 π.μ.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση της τάσης στα ράμματα • Πρόληψη των μετεγχειρητικών μολύνσεων • Επιτάχυνση της επούλωσης του τραύματος 	<ul style="list-style-type: none"> • Έναρξη της περιποίησης τη 2^η μετεγχειρητική ημέρα • Ετοιμασία του υλικού νοσηλείας • Λήψη καλλιέργειας • Σε θετική απάντηση της καλλιέργειας, έναρξη αντιβιοτικού σχήματος • Καθαριότητα της τραυματικής χώρας • Καθαριότητα και αντισηψία του δέρματος γύρω από το τραύμα 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε λήψη καλλιέργειας μέσα από το κέντρο της τραυματικής χώρας και στάλθηκε στο μικροβιολογικό εργαστήριο • Καθημερινά γινόταν καθαριότητα του τραύματος, από το κέντρο προς την περιφέρεια με κυκλικές κινήσεις. • Η περιποίηση περιλάμβανε: - πλύση με Water for injection - Αιδοέσθβα iã Betadine Solution 	<ul style="list-style-type: none"> • Επί 10 μέρες γινόταν περιποίηση του τραύματος της έδρας. • Η καλλιέργεια ήταν αρνητική. • Υπήρξε σταδιακή, σταθερή επούλωση του τραύματος • Απορρόφηση των εκκρίσεων του τραύματος
			<p>- Εφαρμογή του τοπικού αντιβιοτικού, το spray Nebacetin.</p> <p>Τοποθέτηση αποστειρωμένων γαζών και στερέωση με υποαλλεργικό</p>	<p>135</p>

Καρκίνος παχέος εντέρου-κολοστομία-Νοσηλευτική παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη

Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<i>3^η μετεγχειρητική μέρα</i>				

Καρκίνος παχέος εντέρου-κολοστομία-Νοσηλευτική παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη

Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>3. Πυρετός 38,4°C (στις 7.00μ.μ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος σε φυσιολογικά επίπεδα • Εντόπιση τυχόν μικροβιακής εστίας που προκαλεί πυρετό. 	<ul style="list-style-type: none"> • Συχνή (ανά 3ωρο) μέτρηση της θερμοκρασίας και αναγραφεί της στο διάγραμμα • Χορήγηση αντιπυρετικών πάνω από 38°C • Λήψη ουροκαλλιέργειας • Αλλαγή ουροκαθετήρος • Έλεγχος του χειρουργικού τραύματος για ύπαρξη στοιχείων φλεγμονής, λήψη καλλιέργειας και αλλαγή του τραύματος 	<ul style="list-style-type: none"> • Η θερμοκρασία λαμβανόταν κάθε 3 ώρες και αναγραφόταν στο θερμομετρικό διάγραμμα. • Χορηγήθηκε 1+b Deron x3 (παρακεταμόλη) στις 7.30μ.μ. • Έγινε λήψη καλλιέργειας ούρων από το καθετήρα Folley τηρώντας όλα τα μέτρα ασηψίας. • Αλλάχτηκε ο Folley • Έγινε λήψη καλλιέργειας υλικού από το τραύμα και αλλάχτηκε το τραύμα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετώπιση του πυρετού και πτώση του στα φυσιολογικά επίπεδα. Στις 8.30μ.μ. είχε 37,1°C • Εντόπιση της μικροβιακής εστίας • Έναρξη αντιβίωσης για την αντιμετώπιση της ουρολοίμωξης
		<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση του κατάλληλου αντιβιοτικού, κατόπιν απομόνωσης του υπεύθυνου μικροβιακού παθογόνου 	<ul style="list-style-type: none"> • Η απάντηση της K/ας ούρων ήταν θετική για GRAM (-) μικρόβια. • Αποτέλεσμα της ουροκαλλιέργειας και 	137

Καρκίνος παχέος εντέρου-κολοστομία-Νοσηλευτική παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη

Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<i>4^η μετεγχειρητική ημέρα</i>				

Καρκίνος παχέος εντέρου-κολοστομία-Νοσηλευτική παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη

Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>4. Δερματίτιδα γύρω από το στόμιο, που οφείλεται στα ερεθιστικά υγρά του εντέρου και στην ευαισθησία του δέρματος.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ανακούφιση της ασθενούς από τον ερεθισμό του δέρματος • Πρόληψη περαιτέρω ερεθισμού 	<ul style="list-style-type: none"> • Συχνός έλεγχος του δέρματος • Αποφυγή επικόλλησης του σάλου κολοστομίας πάνω στη περιοχή της δερματίτιδας • Καθαριότητα του περιστοματικού δέρματος • Τοπική εφαρμογή προστατευτικών σκευασμάτων γύρω από το στόμιο 	<ul style="list-style-type: none"> • Γινόταν κάθε 6-8 ώρες έλεγχος του Περιστοματικού δέρματος για ερυθρότητα, εξελέκωση, ραγάδες τλ. • Καθαρίζαμε το περιστοματικό δέρμα με χλιαρό νερό και βαμβάκι. • Δεν συνίσταται η χρήση αντισηπτικών γιατί στεγνώνουν και ερεθίζουν το δέρμα <p>Εφαρμόζουμε τοπικά διάφορα προστατευτικά του δέρματος, ανάλογα με την περίπτωση όπως πάστα Karaya της</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Μειώθηκε ο έντονος ερεθισμός του περιστοματικού δέρματος (μετά την 6^η μετεγχειρητική μέρα) • Η καθαριότητα γύρω από το στόμιο συνέβαλε στην υγιεινή της περιοχής • Είχε τοποθετηθεί για προστατευτικούς λόγους δακτύλιος stomahesive της Squibb-Convatec, που αποτελεί και μέρος του σάκου κολοστομίας της ασθενούς
			<p>Hollister, skin Prep της United, stomahesive της Squibb-Convatec</p>	<p>139</p>

Καρκίνος παχέος εντέρου-κολοστομία-Νοσηλευτική παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη

Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
5. Πρόληψη της εμφάνισης θρομβοφλεβίτιδας	<ul style="list-style-type: none"> • Εξασφάλιση καλής κυκλοφορίας του αίματος 	<ul style="list-style-type: none"> • Συζήτηση με την ασθενή για την αναγκαιότητα ορισμένων ασκήσεων που είχε διδαχθεί προεγχειρητικά για την εξασφάλιση καλής κυκλοφορίας του αίματος • Προσπάθεια για έγκαιρη κινητοποίηση • Ενημέρωση του υπεύθυνου νοσηλεύτριας για οποιοδήποτε πόνο, οίδημα, αύξηση της τοπικής θερμότητας του μηρού-κνήμης, αύξηση της θερμοκρασίας 	<ul style="list-style-type: none"> • Έκανε ασκήσεις πλήρους τροχιάς των άκρων η ασθενής • Άλλαξε κάθε 2 ώρες θέση • Έγινε έγερση το 2^ο μετεγχειρητικό 24ωρο • Χρησιμοποιήθηκαν ελαστικές κάλτσες 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής δεν παρουσίασε προβλήματα θρομβοφλεβίτιδας
		<p>παρατηρήσει η ασθενής</p> <ul style="list-style-type: none"> • Χρησιμοποίηση ελαστικών καλτσών 		140

Καρκίνος παχέος εντέρου-κολοστομία-Νοσηλευτική παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη

Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>6. Ύπαρξη αριστερής μόνιμης κολοστομίας</p>	<ul style="list-style-type: none"> Αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου 	<ul style="list-style-type: none"> Να προγραμματίζεται αλλαγή του σάκου κολοστομίας, ώστε να απομακρύνονται τα περιττώματα του εντέρου ½ ώρα προ του φαγητού και όταν υπάρχει κένωση. Να ενημερώνεται η ασθενής για τη νοσηλεία Να ληφθούν μέτρα ώστε η ασθενής να νοιώθει, όσο είναι δυνατόν, πιο άνετα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας Να δοθεί 	<ul style="list-style-type: none"> Αλλαζόταν ο σάκος της κολοστομίας ½ ώρα προ του φαγητού και όταν υπήρχε κένωση Ενημερώθηκε η ασθενής για τη διαδικασία αλλαγής του σάκου Έγινε συγκέντρωση του υλικού, απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες και τοποθετήθηκε ΠΑΡΑΒΑΝ Τοποθετήθηκε η ασθενής σε ημιάναρροπη θέση Έγινε πλύσιμο των 	<ul style="list-style-type: none"> Εξασφαλίστηκε άνεση και διατηρήθηκε η αξιοπρέπεια της ασθενούς Έγινε η περιποίηση της κολοστομίας Με το υλικό αυτό προστατεύεται το δέρμα από ερεθισμό Η απόσταση αυτή είναι κατάλληλη για να μην ερεθίσει το κολοστόμιο. Επίσης δεν αφήνεται μεγάλο μέρος του δέρματος ακάλυπτο. 141 Επιτυγχάνεται η ακινητοποίηση της συσκευής στο σώμα της ασθενούς
		<p>αναπαυτική θέση στην ασθενή, ώστε να μπορεί να παρακολουθεί τη διαδικασία φροντίδας του στομίου</p>	<p>χεριών, φορέθηκαν τα γάντια και τοποθετήθηκε τετράγωνο αδιάβροχο αλλαγών κάτω από το σώμα της ασθενούς</p>	

Καρκίνος παχέος εντέρου-κολοστομία-Νοσηλευτική παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη

Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
7. Διδασκαλία για την περιποίηση της κολοστομίας	<ul style="list-style-type: none"> • Απόκτηση γνώσεων γύρω από τη φροντίδα και τη περιποίηση της κολοστομίας μέχρι την έξοδο της ασθενούς από το νοσοκομείο 	<ul style="list-style-type: none"> • Επίδειξη των απαραίτητων αντικειμένων και υλικών τόσο στην ίδια την ασθενή όσο και στους οικείους της • Συζήτηση για τη σκοπιμότητα της χρήσης των διαφόρων ειδών σάκων • Εκτέλεση της νοσηλείας με τη βοήθεια του υπεύθυνου νοσηλευτή και στη συνέχεια τελείως μόνη της με την επίβλεψη του νοσηλευτή • Ενημέρωση για τα υλικά που μπορεί να χρησιμοποιεί για την καθαριότητα και τους σάκους • Ενημέρωση για τις υπηρεσίες υγείας που 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε παρουσίαση και επεξήγηση του κάθε υλικού για τη φροντίδα του κολοστομίου, σε κάθε αλλαγή • Τονίστηκαν τα σημεία που θα πρέπει να προσέχει η ασθενής σε κάθε σάκο • Είναι πλέον σε θέση να εκτελεί και μόνη της: αλλαγή του σάκου κολοστομίας πλύση του κόλου και περιποίηση του περιστομιακού δέρματος • Έχει στη διάθεσή της έντυπες πληροφορίες για οτιδήποτε χρειαστεί. 	<ul style="list-style-type: none"> • Έχει πλέον εξικιωθεί η ασθενής με τις διαδικασίες περιποίησης της κολοστομίας • Συνεργάστηκε άνετα μαζί μας και είναι πολύ προσεκτική
				142

Καρκίνος παχέος εντέρου-κολοστομία-Νοσηλευτική παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη

Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
8. Διδασκαλία σχετικά με το διαιτολόγιο και γενικά τις δραστηριότητες της ασθενούς μετά την έξοδό της από το νοσοκομείο	<ul style="list-style-type: none"> • Η απόκτηση όλων των γνώσεων, που θα επιτρέψουν στην άρρωστη την καλύτερη αντιμετώπιση της κολοστομίας της 	<ul style="list-style-type: none"> • Ρύθμιση του διαιτολογίου • Μέτρα εξουδετέρωσης της κακοσμίας 	<ul style="list-style-type: none"> • Το διαιτολόγιο της ασθενούς δεν πρέπει να αφήνει πολλά υπολείμματα • Να αποφεύγονται τροφές που δημιουργού κάκοσμα αέρια, όπως κρεμμύδι, αυγά, όσπρια, μύρα, ανθρακούχα υγρά κ.τλ • Το κολοστόμιο δεν αντενδείκνυται στα ταξίδια, αρκεί να έχει μαζί της το απαραίτητο υλικό για τη πλύση και φροντίδα του κολοστομίου 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής έχει ενημερωθεί με πλήρη σαφήνεια γι' αυτά που επιτρέπονται και γι' αυτά που αντενδείκνυται • Νοιώθει μεγαλύτερη ασφάλεια και σιγουριά

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Είδαμε πως η κολοστομία αποτελεί την κύρια θεραπευτική αγωγή για τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Αποτελεί, λοιπόν, βασικό θέμα η ανάγκη ολοένα και μεγαλύτερης εξειδίκευσης του νοσηλευτικού προσωπικού, που σκοπός θα είναι η προσφορά ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας στους πάσχοντες και η ικανοποίηση όχι μόνο των βιολογικών αλλά και των ψυχοκοινωνικών αναγκών τους.

Οι ευθύνες του εξειδικευμένου στην ογκολογία νοσηλευτή - τριας δεν θα πρέπει να περιορίζονται μόνο στο νοσοκομείο, αλλά θα επεκτείνονται και στο σπίτι των πασχόντων από καρκίνο του παχέος εντέρου, αποβλέποντας στην πλήρη αποκατάστασή τους. Η προσφορά της βοήθειας θα περικλείει και τα μέλη της οικογένειας του αρρώστου και τους οικείους του.

Η συμμετοχή του νοσηλευτή - τριας σε διάφορα προγράμματα εκπαίδευσης του κοινού είναι σημαντική για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση αυτής της ασθένειας. Η αποφυγή, όσο το δυνατόν περισσότερο, των παραγόντων που προδιαθέτουν στην εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου και η ετήσια γενική εξέταση, ιδίως των ενηλίκων άνω των 40 ετών, θα πρέπει να είναι τα κύρια θέματα ενημέρωσης.

Είναι πολύ σημαντικό, τέλος, να ιδρυθούν και να λειτουργήσουν ειδικά τμήματα αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο, τα οποία θα χρηματοδοτούνται από το κράτος.

Στην Ελλάδα, η Αντικαρκινική Εταιρεία ακολουθεί θετική πορεία δράσης, όσον αφορά τη διαφώτιση του κοινού και την ενημέρωση νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού πάνω στις νέες μεθόδους διάγνωσης και θεραπείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Τριχόπουλος Δ., «Επιδημιολογία - αρχές μέθοδοι - εφαρμογές», Εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1982
2. Δόντας Ν., «Διατροφή και Καρκίνος», Ομιλία στο σεμινάριο νοσηλευτριών, Αθήνα, Σεπτέμβριος 1990
3. Καϊβαρα Ν., Shigemasa Κ., Jinai D., (1984) Synchronous and metachronous malignancies of the colon and rectum in Japan with special reference to coexisting Early Cancer, Cancer 51, 1870-1874
4. Παπαδημητρίου Γ., Ανδρουλάκης Γ., «Αρχές Γενικής Χειρουργικής», Τόμος Β', Έκδοση 1^η, Επιστημονικές εκδόσεις Γρ.Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1989
5. Κατσούρα Μ., Ματσάκης Γ., Ρέσσος Χρ., και άλλοι, «Ο καρκίνος του παχέος εντέρου σε νέα άτομα», Ελληνική Ογκολογία, Τόμος 24^{ος}, Τεύχος 4^ο, Τριμηνιαία Έκδοση, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1989
6. Dollinger M., Rosenbaun Er. et. al., «Ο καρκίνος - Διάγνωση, Πρόληψη, Θεραπεία και Καθημερινή αντιμετώπιση», Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα, Δεκέμβριος 1992
7. Παπαδημητρίου Μ., Ηλιοπούλου Ν., Αβραμοπούλου Μ., κ.α., «Συγκριτική μελέτη συχνότητας Ca παχέος εντέρου και στομάχου», Νοσηλευτική, Τόμος 34^{ος}, Τεύχος 4^ο, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1995

8. Μαγλαρινού Μ., Κωνσταντινίδου Σ., «Γενική Παθολογική Χειρουργική», Τόμος Α΄, Έκδοση 18^η, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1994
9. Kahle W. - Leonhardt H. - Platzer W., «Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα - εσωτερικά όργανα», Τόμος Β΄, Μετάφραση - Επιμέλεια Παπαδόπουλος Ν., Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1985
10. Lippert H., «Ανατομική - Κείμενο και Άτλαντας», Έκδοση 5^η, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιανός, Αθήνα 1993.
11. Κατρίτση Δ.Ε. - Παπαδοπούλου Ι.Ν., «Ανατομική του Ανθρώπου, Σπλαχνολογία - Καρδιά», Έκδοση 3^η, Ιατρικές Εκδόσεις Κλίτσας, Αθήνα 1986.
12. Μπαλάς Π., «Χειρουργική», Τόμος Β΄, Έκδοση 1^η, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1987.
13. ΠΕΤΡΟΥ Μ.Γ., «Σημειώσεις Συστηματικής Ανατομικής», Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα 1983.
14. Σφλώμος Κ., «Διατροφή και Καρκίνος», Τόμος Α΄, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα, Σεπτέμβριος 1981.
15. Taner D., kukuk D.: «Diet and Cancer incidence. A case control study in Turkey», Cancer, Vol 65, May 1990.

16. Γολεμάτης Χ.Β., «Χειρουργική Παθολογία», Τόμος Β΄, Έκδοση 1^η, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1991.
17. Κοσμίδης Π. - Τριανταφυλλίδης Γ., «Όγκολογία του Πεπτικού Συστήματος», Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1991.
18. Andreoli E. Th-Carpenter C. Z Ch et all, «Cecil Παθολογία», Μετάφραση-Επιμέλεια Μουτσόπουλος Χ., Έκδοση 1^η, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991.
19. Σαχίνη-Καρδάση Α. - Πάνου Μ. «Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική-Νοσηλευτικές διαδικασίες», Τόμος Β, Δ΄ Επανέκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1994.
20. Μαλγαρινού Μ. - Κωσταντινίδου Σ., «Γενική Παθολογική Χειρουργική», Τόμος Β΄, Μέρος 2^ο, Έκδοση 17^η, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1995.
21. Σαχίνη-Καρδάση Α. - Πάνου Μ. «Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική-Νοσηλευτικές διαδικασίες», Τόμος Α, Δ΄ Επανέκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1994.
22. Παπαβασιλείου Κ. και άλλοι, «Θεραπευτική του καρκίνου-Χειρουργική, ακτινοθεραπεία, Χημειοθεραπεία», Τόμος Α΄, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Κ. Παφισιανός, Αθήνα 1973.
23. Ζαννή Α.Γ., «Ακτινοβολία και ο ανθρώπινος οργανισμός», Σεμινάριο ακτινοπροστασίας, Κέντρο Πυρηνικών Ερευνών Δημόκριτος, 1970.

24. Hubrand S., Devita V., «Chemotherapy Research», Amer. J. Of Nursing, April 1976.
25. Γαρδικας Δ.Κ., «Επίτομος Ειδική Νοσολογία», Εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιανός, Αθήνα 1971.
26. Αθανάτου Κ.Ε., «Κλινική Νοσηλευτική - βασικές και ειδικές νοσηλείες», Έκδοση Δ', Βελτιωμένη, Αθήνα 1994.
27. Γουλιά Γ.Ε., «Εφαρμοσμένη Νοσηλευτική», Έκδοση 1^η, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1991.
28. Kojier B., Erb G. «Techniques in Clinical Nursing, A Comprehensive Approach», Addison-Westley Publishing Co., California 1982.
29. Perry A.G., Potter P.A., «Clinical Nursing skills and Techniques», Mosby Co., St Lodis - Toronto - Princeton 1986.
30. Brunner L.S., Suddarth D.S., «The Lippincott Manual of Nursing Practise», 4rth Ed. J. B. Lippincott Co., Philadelphia - Lonndon1986.
31. Armstrong M. Et all eds, Mc Graw «Hill handbook of Clinical Nursing», Mc Graw-Hill Inc., London 1979.
32. Ραγιά Α., «Βασική Νοσηλευτική», Αθήνα 1987.
33. Alterescu V., «Ce the Ostomy. What do you teach the patient?», American journal of Nyrsing, 1985.

34. Λεουτσάκος Β., «Επιπλοκές μετά από εγχειρήσεις στο λεπτό, στο παχύ έντερο στο ορθό και στον πρωκτικό σωλήνα», Ιατρική, Τόμος 8^{ος}, τεύχος 39^ο, Αθήνα 1981.
35. Pritchard P. And David j. Eds, «Manual of clinical Nursing Procedures», 2nd ed., The Royal Marsden Hospital, Harper and Row Publishers, London 1988.