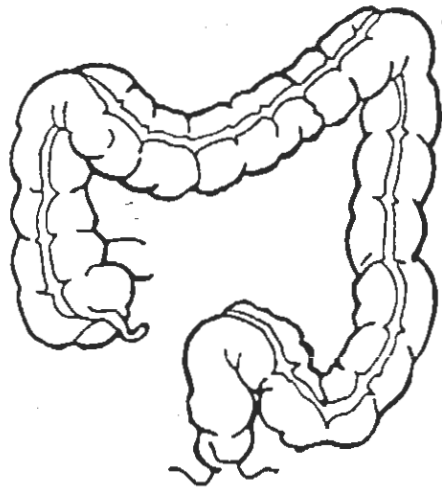


**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ:**

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**  
**ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**



**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ**  
**ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ : ΣΑΝΔΡΑΒΕΛΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ**

**ΠΑΤΡΑ**  
**ΜΑΡΤΙΟΣ 2000**

ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

3044

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος..... 1

### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή.....3

Επιδημιολογικά στοιχεία καρκίνου του παχέος εντέρου..... 4

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

1.1 Ανατομία του πεπτικού συστήματος..... 6

1.2 Φυσιολογία του πεπτικού συστήματος..... 7

1.3 Ανατομία παχέος εντέρου..... 8

1.4 Φυσιολογία παχέος εντέρου..... 9

1.5 Μικροβιολογία παχέος εντέρου..... 10

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

2.1 Ταξινόμηση καλοήθων νεοπλασμάτων..... 12

2.2 Ταξινόμηση κακοήθων νεοπλασμάτων..... 14

2.2.α Ιστολογική ταξινόμηση..... 14

2.2.β Παθολογική ανατομία ..... 14

2.2.γ Σταδιοποίηση..... 15

2.2.δ Επέκταση..... 16

2.2.ε Άλλα κακοήθη νεοπλάσματα..... 17

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

3.1 Αιτιολογικοί παράγοντες..... 18

3.2 Διάγνωση..... 24

3.2.α Κλινική εικόνα..... 24

3.2.β Ψηλάφηση..... 25

3.2.γ	Εργαστηριακές εξετάσεις.....	26
3.2.δ	Απεικονιστικές μέθοδοι.....	27
3.2.ε	Ενδοσκόπηση.....	28
3.2.στ	Haemocult test.....	29
3.3	Διαφοροδιάγνωση .....	31
3.4	Θεραπεία.....	31
3.4.α	Χειρουργική.....	31
3.4.β	Ακτινοθεραπεία.....	33
3.4.γ	Χημειοθεραπεία.....	34
3.4.δ	Ανοσοθεραπεία.....	34
3.4.ε	Θεραπεία με Laser.....	35
3.5	Πρόγνωση.....	36
3.6	Επιπλοκές.....	36
3.7	Καρκίνος του παχέος εντέρου σε νεαρά άτομα.....	36
3.8	Πρόληψη.....	37

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

4.1	Η νοσηλευτική στον καρκίνο.....	41
4.2	Νοσηλευτική παρέμβαση στον διαγνωστικό έλεγχο.....	41
4.2.α	Βαριούχος υποκλυσμός.....	42
4.2.β	Σιγμοειδοσκόπηση .....	42
4.2.γ	Κολonosκόπηση.....	43
4.2.δ	Βιοψία.....	44
4.3	Ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας στη χειρουργική θεραπεία.....	45
4.3.α	Προεγχειρητική ετοιμασία.....	45
4.3.β	Μετεγχειρητική ετοιμασία.....	47
4.3.γ	Μετεγχειρητικές δυσχέρειες.....	48
4.3.δ	Μετεγχειρητικές επιπλοκές.....	49

4.4 Νοσηλευτική συμβολή στην ακτινοθεραπεία.....	51
4.5 Νοσηλευτική συμβολή στην χημειοθεραπεία.....	52

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

5.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή/ τριας στην ολική παρεντερική διατροφή.....	58
5.2 Νοσηλευτική παρέμβαση στην κολοστομία.....	60
5.3 Νοσηλευτική συμβολή στην αποκατάσταση του ασθενούς.....	67
5.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας στην ποιότητα ζωής του καρκινοπαθή στο τελικό στάδιο.....	67

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

1.1 Η νοσηλευτική διεργασία ως μέθοδος Νοσηλευτικής Φροντίδας.....	70
1.2 Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική παρέμβαση σε αρρώστους με καρκίνο παχέος εντέρου με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.....	71
• περίπτωση 1 <sup>η</sup> .....	72
• περίπτωση 2 <sup>η</sup> .....	102
Συμπεράσματα – προτάσεις.....	103
Βιβλιογραφία	
Παράρτημα	

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι αρρώστιες είναι τόσο εξατομικευμένες και ιδιαίτερες όσοι είναι και οι άρρωστοι που τις παρουσιάζουν. Ο καρκίνος όμως, ιδιαίτερα, φαίνεται να παρουσιάζει ένα σύνολο από δικά του χαρακτηριστικά. Πολύ ελάχιστες είναι οι αρρώστιες που συνδυάζουν τόσο τραγικά τις καταστροφικές ιδιότητες μιας μακροχρόνιας αρρώστιας με την κρίση και δάκρυα, που προκαλεί η ξαφνική εμφάνιση μιας άλλης οξείας αρρώστιας. Ο καρκινοπαθής άρρωστος έχει και τα δύο αυτά χαρακτηριστικά.

Η επιστημονική πρόοδος όμως έδωσε σήμερα την δυνατότητα στον άνθρωπο να καθυστερεί και να αναβάλλει το θλιβερό αποτέλεσμα μιας θανατηφόρου αρρώστιας, όπως ο καρκίνος και να ανακουφίζει τον άνθρωπο από πολλά σωματικά συμπτώματα που τη συνοδεύουν.

Η θέση της νοσηλεύτριας – τη δίπλα στον άρρωστο και το αυτόνομο γνωστικό επιστημονικό πεδίο της κάνει τη θέση της κεντρικής, την ευθύνη της σημαντική και τη συμβολή της αξιόλογη. Το οδοιπορικό της, ένα μακρύς δρόμος που αρχίζει απ' την πρώτη μέρα των διαγνωστικών εξετάσεων και τελειώνει με το θάνατο, μια ανηφόρα όπου εκείνη θα δώσει, αλλά και θα πάρει πολλά.

Η επιτυχία της νοσηλευτικής παρέμβασης σ' αυτόν τον τομέα φροντίδας, εξαρτάται όχι τόσο από τις γνώσεις της φυσιοπαθολογικής διεργασίας της αρρώστιας και των δυσμενών της επιπτώσεων, αλλά της ικανότητας της νοσηλεύτριας να κατανοεί το νόημα που έχει η ασθένεια για το συγκεκριμένο άρρωστο, ποιες ψυχοκοινωνικές ανάγκες του δημιούργησε και ποια βοήθεια χρειάζεται για να εναρμονίσει τις απαιτήσεις των αναγκών αυτών, με την πραγματικότητα της ασθένειας. (Ε. Κυριακίδου, 1986)

---

**ΓΕΝΙΚΟ  
ΜΕΡΟΣ**

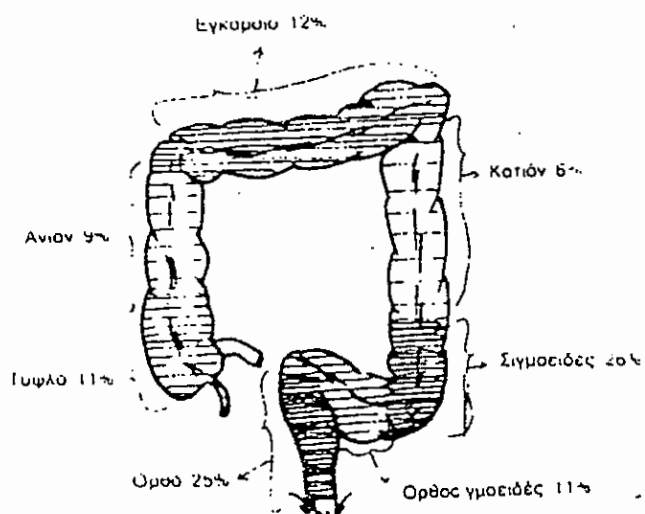
---

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι σήμερα ο πιο συχνός σπλαχνικός καρκίνος και κατέχει την πρώτη θέση μεταξύ των πιο συχνών καρκίνων δηλαδή του πνεύμονα, στομάχου, μαστού.

Διακρίνεται σε καρκίνο του ανιόντος, εγκαρσίου, κατιόντος κόλου και του ορθοσιγμοειδούς. (Ν. Γ. Καλαχάνης, 1987)

Το ένα τρίτο των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου εντοπίζονται στο ορθό. Το 20% εντοπίζεται στο σιγμοειδές και το 25% στο δεξιό κόλο. Συνολικά, στο αριστερό κόλο εντοπίζεται περίπου το 55% των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου (σχήμα 1).



Σχήμα 1: Συχνότητα εμφάνισης καρκίνου στις διάφορες μοίρες του παχέος εντέρου

Ο καρκίνος του δεξιού κόλου είναι συχνότερος στις γυναίκες, ο δε καρκίνος του ορθοσιγμοειδούς συχνότερος στους άνδρες, αν και τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια αύξηση των καρκινωμάτων του δεξιού κόλου. (Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991)



## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του ορθού είναι δεύτερος σε συχνότητα σπλαχνικός καρκίνος στις χώρες του δυτικού κόσμου. (Β. Γολεμάτης, Σ. Παπαδόπουλος 1993)

Στη χώρα μας το 1985 δηλώθηκαν 1000 περίπου θάνατοι, από την αιτία αυτή, αλλά ο πραγματικός αριθμός είναι μεγαλύτερος. (Δ. Καραμανώλης κ.α., 1994)

Το 1988 αναφέρθηκαν 147.000 νέες περιπτώσεις στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και αναμένονταν 61.000 θάνατοι από αυτή την αιτία. Επίσης ένα νεογέννητο σήμερα στις Η.Π.Α. έχει πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού 5% κατά τη διάρκεια της ζωής του.

Η θνησιμότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού είναι γενικά στη Δυτική Ευρώπη υψηλή, με το μεγαλύτερο ποσοστό να παρατηρείται στη Σκωτία και το σχετικά μικρότερο στην Ισπανία και Πορτογαλία. Με εξαίρεση τη Σιγκαπούρη, οι υπόλοιπες χώρες της Ασίας έχουν χαμηλά ποσοστά στην Λατινική Αμερική το ποσοστό ποικίλλει.

Επίσης ενδιαφέρον παρουσιάζει η παρατήρηση ότι χώρες με χαμηλή συχνότητα καρκίνου παχέος εντέρου και ορθού έχουν υψηλή επίπτωση της νόσου στο δεξιό κόλο, ενώ στην αντίθετη περίπτωση σε χώρες δηλαδή με υψηλή συχνότητα καρκίνου, η επίπτωση είναι μεγαλύτερη στο αριστερό κόλο.

Σε σχέση με τη σύνθεση του πληθυσμού των διαφόρων χωρών, υπάρχει υπεροχή της συχνότητας στον αστικό πληθυσμό έναντι του αγροτικού. Μεταξύ λευκών και νέγων η συχνότητα είναι περίπου ίδια για τις ίδιες συνθήκες ζωής, ενώ είναι υψηλότερο το ποσοστό στους πλουσίους των ιδίων φυλών.

---

Σε άλλες μελέτες αποδείχθηκε ότι οι Εβραίοι στο θρήσκευμα έχουν μεγαλύτερη επίπτωση και οι Μορμόνοι την χαμηλότερη και αυτό προφανώς οφείλεται σε διαφορετικές διαιτητικές συνήθειες.

Η συχνότητα ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού αυξάνει με την ηλικία. Η μέση ηλικία εμφάνισης είναι στους άνδρες τα 63 χρόνια και στις γυναίκες τα 62.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου στις γυναίκες είναι δεύτερος σε σειρά εκδήλωσης νέων περιπτώσεων και αιτίας θανάτου στις Η.Π.Α. μετά τον καρκίνο του μαστού.

Στους άνδρες αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τον καρκίνο του πνεύμονα και την τρίτη αιτία εμφανιζόμενων νέων περιπτώσεων μετά από τον καρκίνο του πνεύμονα και του προστάτη.

Αποτελεί το 14% του συνόλου των κακοηθών νεοπλασιών στον άνδρα και το 15% στη γυναίκα. Τέλος, ο καρκίνος του παχέος εντέρου και ορθού ευθύνεται για το 12% των θανάτων από καρκίνο στους άνδρες και 15% στις γυναίκες. (Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991)

---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

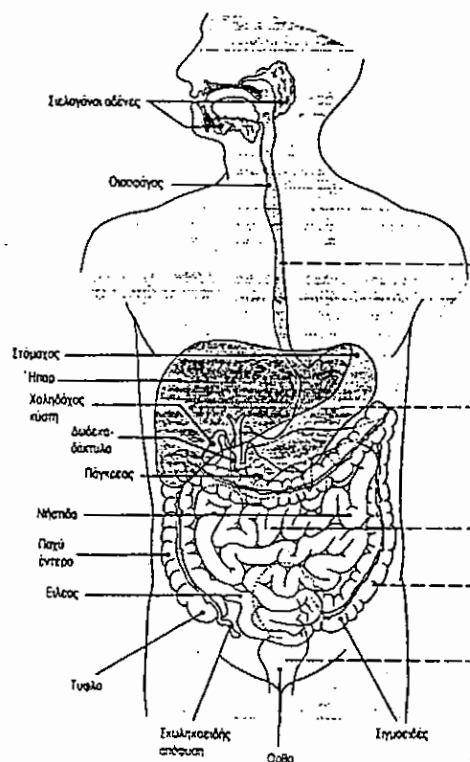
### 1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το τμήμα αυτό αποτελείται από τον γαστρεντερικό σωλήνα, αρχίζοντας από την αρχή του οισοφάγου μέχρι το πέρας του παχέος εντέρου (πρωκτός).

Υποδιαιρείται στον οισοφάγο, το στόμαχο, το λεπτό έντερο (δωδεκαδάχτυλο, νήστιδα και ειλεό), το παχύ έντερο αποτελούμενο από το τυφλό με τη σκωληκοειδή απόφυση, το κόλο (ανιόν, εγκάρσιο, κατίον και σιγμοειδές) και το ορθό.

Ο οισοφάγος αποτελεί σωλήνα διέλευσης της τροφής. Η διάσπαση των τροφών γίνεται εν μέρει στο στόμαχο και συμπληρώνεται στο λεπτό έντερο, όπου τα διάφορα συστατικά των θρεπτικών ουσιών απορροφώνται.

Στο τμήμα αυτό του πεπτικού συστήματος υπάρχουν πολυάριθμοι μικροί και δύο μεγάλοι προσαρτημένοι σ' αυτό αδένες, το ήπαρ και το πάγκρεας, που παράγουν πεπτικά υγρά τα οποία διοχετεύουν στο λεπτό έντερο (δωδεκαδάχτυλο) (W. Kahle, H. Leonhardt, 1985).



## 1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η πέψη αρχίζει στο στόμα, όπου τα μεγάλα τεμάχια της τροφής γίνονται μικρότερα σε μέγεθος, αναμιγνύονται με σίελο και μετατρέπονται σε ημίρρευστη μάζα. Η κατάποση είναι αντανακλαστικό μεταφοράς της μασημένης τροφής στον οισοφάγο, από τον οποίο περνά στο στομάχο, όπου αναμιγνύεται με γαστρικό υγρό και ρευστοποιείται με τις συσπάσεις, της άπω μοίρας του στομάχου. Η ρευστοποιημένη τροφή ονομάζεται τώρα οπός. Το περιεχόμενο του στομάχου περνά από το σφιγκτήρα του πυλωρού στο δωδεκαδάχτυλο, όπου προστίθενται εξωκρινή εκκρίματα των εντερικών κυττάρων και πεπτικά υγρά που προέρχονται από το πάγκρεας και τη χοληδόχο κύστη.

Στην περιοχή του δωδεκαδάχτυλου, στον κατώτερο στομάχο και στο πάγκρεας παράγονται και ορισμένες ιστικές ή γαστρεντερικές ορμόνες που συμμετέχουν στην ρύθμιση της πέψης. Τα τοιχώματα του λεπτού εντέρου υποβοηθούν την ανακίνηση, την ανάμειξη και την προώθηση του οπού. Το μεγαλύτερο μέρος της απορρόφησης της τροφής πραγματοποιείται σ' αυτό το τμήμα του γαστρεντερικού συστήματος.

Στο παχύ έντερο γίνεται η τελική απορρόφηση ηλεκτρολυτών και νερού. Το περιεχόμενο της τελικής μοίρας του παχέος εντέρου, τα κόπρανα, αποτελείται κυρίως από απορροφήσιμες φυτικές ουσίες, μικρόβια και ελάχιστη ποσότητα νερού. Τα κόπρανα αποθηκεύονται στο ορθό ως την εκούσια αποβολή τους (αφόδευση).

Ο χρόνος που απαιτείται για τη διέλευση της τροφής από τα διάφορα τμήματα του γαστρεντερικού σωλήνα ποικίλει από άτομο σε άτομο και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη σύνθεση της τροφής. (Α. Δεσπόπουλος, S. Silbernagl, 1989)

### 1.3 ANATOMIA ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

**Ανατομία :** Το παχύ έντερο έχει μήκος περίπου 1,50 μ. και εκτείνεται από την ειλεοτυφλική βαλβίδα μέχρι των πρωκτό. Διαιρείται στις εξής μοίρες : τυφλό, ανιόν κόλο, εγκάρσιο, κατιόν κόλο, σιγμοειδές και ορθό ή απευθυσμένο. Το τυφλό, ανιόν, η δεξιά κολική (ηπατική) καμπή και το κεντρικό εγκάρσιο αποτελούν χειρουργικά το δεξιό κόλο, ενώ το περιφερικό εγκάρσιο, η αριστερά (σπληνική) καμπή, κατιόν σιγμοειδές και ορθό αποτελούν το αριστερό κόλο.

Το ανιόν και κατιόν τμήμα του παχέος εντέρου είναι καθηλωμένα στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο ενώ το εγκάρσιο και το σιγμοειδές κρέμονται μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα από το αντίστοιχο μεσοκόλο. Ο αυλός του είναι μεγαλύτερος στο τυφλό και προοδευτικά ελαττώνεται όσο προχωρούμε περιφερικά για να αυξηθεί πάλι στο ύψος της κοπροδόχου ληκύθου.

Το τοίχωμα του παχέος εντέρου εμφανίζει τέσσερις χιτώνες : βλεννογόνο, υποβλεννογόνο, μυϊκό και ορογόνο. Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από μυϊκές ίνες οι οποίες σχηματίζουν τις τρεις κολικές ταινίες. (N. Γ. Καλαχάνης, 198 )

Το παχύ έντερο παρουσιάζει επίσης τα εκκολπώματα που χωρίζονται μεταξύ τους με κυκλοτερείς περισφίξεις. Κατά μήκος των κολικών ταινιών υπάρχουν οι επιπλοϊκές αποφύσεις, που αποτελούν προσεκβολές του ορογόνου χιτώνα γεμάτες λίπος. (W. Kahle, H. Leonhardt, 1985)

Το ορθό έχει μήκος περίπου 12 – 15 εκ. Το πρόσθιο και τα πλάγια τοιχώματα της ανώτερης μοίρας του ορθού καλύπτονται από περιτόναιο ενώ το οπίσθιο μένει ακάλυπτο έως το ύψος του ορθοσιγμοειδούς.

**Αιμάτωση :** Η αιμάτωση του παχέος εντέρου από την ειλεοτυφλική συμβολή μέχρι περίπου τη μεσότητα του εγκαρσίου γίνεται από την ειλεοκολική, δεξιά κολική και μέση κολική αρτηρία, οι οποίες είναι κλάδοι της άνω μεσεντερίου

---

αρτηρίας. Το υπόλοιπο τμήμα του παχέος εντέρου μέχρι τον ορθό αγγειώνεται από την αριστερά κολική και τις σιγμοειδικές αρτηρίες, οι οποίες είναι κλάδοι της κάτω μεσεντερίου αρτηρίας.

Η αγγείωση του ορθού γίνεται από την άνω αιμορροϊδική, τη μέση αιμορροϊδική και την κάτω αιμορροϊδική. Υπάρχουν πολλές παραλλαγές στην αγγείωση του παχέος εντέρου μόνο στο 15% των ατόμων αυτή είναι τυπική.

Οι φλέβες του παχέος εντέρου συνοδεύουν τις αντίστοιχες αρτηρίες.

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

**Νεύρωση :** Το παχύ έντερο νευρούται από εξωτερικά (εξωτοιχωματικά) και εσωτερικά (ενδοτοιχωματικά) νεύρα παρασυμπαθητικής και συμπαθητικής προέλευσης. Τα εξωτερικά νεύρα ρυθμίζουν τη λειτουργία των εσωτερικών. Η παρασυμπαθητική νεύρωση του δεξιού κόλου γίνεται από τα πνευμονογαστρικά νεύρα και του αριστερού από το δεύτερο, τρίτο και τέταρτο σπλαχνικά νεύρα. Το παρασυμπαθητικό διεγείρει την κινητικότητα του εντέρου και την έκκριση των αδένων και αναστέλλει τη σύσπαση του έσω σφιγκτήρα του πρωκτού, ενώ το συμπαθητικό έχει την αντίθετη δράση. (Ν. Γ. Καλαχάνης, 1987)

#### 1.4 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Οι βασικές λειτουργίες του παχέος εντέρου είναι οι εξής :

α. Απορρόφηση: Περίπου 500 κ.εκ. περιεχομένου του λεπτού εντέρου, με περιεκτικότητα 90% σε νερό, εισέρχονται καθημερινώς στο τυφλό. Το υλικό αυτό, κατά τη διέλευσή του από τις υπόλοιπες μοίρες του παχέος εντέρου,

αφυδατώνεται έτσι ώστε μόνο 120 – 150κ.εκ. νερού να αποβάλλονται με τα κόπρανα. (Ν. Γ. Καλαχάνης, 1987)

β. Αφθονος έκκριση βλέννας: Εκκρίνεται από τον βλεννογόνο του παχέος εντέρου σε μεγάλα ποσά. Χρησιμεύει στην συγκόλληση των κοπρωδών μαζών, οι οποίες καθίστανται έτσι μαλακές.

γ. Απορρόφηση μικρομοριακών ενώσεων: (γλυκόζη, αμινοξέα, άλατα κλπ). Απορρόφηση μεγαλομοριακών ενώσεων δεν γίνεται. (Ν. Ασπιώτης, 1984)

δ. Κινητικότητα: Στο παχύ έντερο μπορούν να διακριθούν διάφορες κινήσεις ανάμιξης, μεταξύ των οποίων κυριότερες είναι οι δακτυλιοειδείς συσπάσεις και οι σακοειδείς διευρύνσεις κατά μήκος του εντέρου. Παρατηρούνται επίσης μαζικές κινήσεις που επαναλαμβάνονται σε όλη τη διάρκεια της ημέρας (κατά διαστήματα 4 – 6 ωρών).

ε. Αφόδευση: Όταν η ανώτερη μοίρα του ορθού (λήκυθος) διαταθεί από το περιεχόμενο της, ερεθίζονται πιεσοϋποδοχείς που διεγείρουν ένα αίσθημα έπειξης για αφόδευση. (Α. Δεσπόπουλος, S. Silbernagl, 1989)

## 1.5 ΜΙΚΡΟΒΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το παχύ έντερο στο έμβρυο είναι στείρο και η μικροβιακή χλωρίδα αναπτύσσεται αμέσως μετά τη γέννηση. Ο τύπος της χλωρίδας εξαρτάται τόσο από διαιτητικούς όσο και από περιβαλλοντολογικούς παράγοντες. Υπολογίζεται ότι τα κόπρανα περιέχουν 400 διαφορετικά είδη βακτηριδίων. Πάνω από 99% της φυσιολογικής χλωρίδας του εντέρου είναι αναερόβια μικρόβια. Τα αερόβια βακτηρίδια είναι κυρίως τα κολοβακτηρίδια και εντερόκοκκοι.

Τα βακτηρίδια διασπούν τις χολοχρωστικές και δίνουν στα κόπρανα το γνωστό χρώμα, ενώ η οσμή των κοπράνων οφείλεται σε αμίνες όπως η ινδόλη. Αποδεσμεύουν επίσης τα χολικά άλατα, επηρεάζουν την κινητικότητα και την

---

απορρόφηση του εντέρου και παράγουν τα εντερικά αέρια μεταξύ των οποίων και το μεθάνιο. (Ν. Γ. Καλαχάνης, 1987)

Προϊόντα του μεταβολισμού της μικροβιακής χλωρίδας είναι και οι βιταμίνες Β1, Β2, η νιασίνη, η βιοτίνη, το φολικό οξύ και η βιταμίνη Κ. (Ν. Ασπιώτης, 1984)

Τέλος, τα βακτηρίδια του εντέρου συμμετέχουν στην παθοφυσιολογία πολλών νοσημάτων, όπως επίσης και στην άμυνα του οργανισμού κατά των λοιμώξεων. Επίσης, υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι αυτά παίζουν αξιόλογο ρόλο στην παθογένεια του καρκίνου του παχέος εντέρου. (Ν. Γ. Καλαχάνης, 1987)

---



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### 2.1 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑΤΩΝ

#### Α. ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΟΙ ΟΓΚΟΙ

##### ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ

Οι πολύποδες του παχέος εντέρου και του ορθού είναι εκβλαστήσεις του βλεννογόνου και του υποβλεννογόνιου χιτώνα. Η συνολική επίπτωση τους στον πληθυσμό κυμαίνεται από 5% (εύρημα σε βαριούχο υποκλυσμό) μέχρι 50% (σε αυτοψίες). Το 50% των πολυπόδων εντοπίζονται στο σιγμοειδές. (Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991)

Διακρίνονται σε :

α. Υπερπλαστικοί: Έχουν διάμετρο από 1 – 3 mm και βρίσκονται στο 50% των ενηλίκων αν αναζητηθούν προσεκτικά. Δεν προκαλούν συμπτώματα και η σημασία τους έγκειται στο ότι αναπτύσσονται στις ίδιες θέσεις του ορθοσιγμοειδούς και στην ίδια ηλικία ασθενών όπως και οι αδενωματώσεις πολύποδες. Η αφαίρεση τους ενδείκνυται μόνο για ιστολογική διάγνωση. (Ν. Γ. Καλαχάνης, 1987)

β. Νεοπλασματικοί πολύποδες: Παρουσιάζουν δυνητική κακοήθεια η οποία εξαρτάται από το μέγεθος τους, τον ιστολογικό τύπο τους και το βαθμό επιθηλιακής ατυπίας. Το 80% των νεοπλασματικών πολυπόδων εντοπίζεται στο ορθοσιγμοειδές. (Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991)

i. Αδενωματώδεις: Είναι τα πιο συχνά καλοήθη νεοπλάσματα του παχέος εντέρου (60%). Η συχνότητα τους αυξάνεται βαθμιαία με την ηλικία. Από κλινικές μελέτες προκύπτει ότι το 73% περίπου των αδενωματώδων πολυπόδων εντοπίζεται στο ορθό, ορθοσιγμοειδές, είναι δηλαδή

προσπελάσιμοι με το σιγμοειδοσκόπιο. Η μέση ηλικία που παρουσιάζονται είναι το πεντηκοστό τέταρτο έτος. Αδενωματώδεις πολύποδες με διάμετρο κάτω από 1 cm εξαλλάσσονται σε ποσοστό 1%, το ποσοστό ανεβαίνει σε 10% για πολύποδες διαμέτρου από 1 – 2cm.

ii. Λαχνωτά ή θηλώδη αδενώματα. Ο διαχωρισμός τους από τους αδενωματώδεις πολύποδες οφείλεται κυρίως στη μεγάλη τάση που έχουν για κακοήθη εξαλλαγή (35 – 40%). Στο 90% των περιπτώσεων είναι άμισχα. Η μέση διάμετρός τους είναι 3,7cm και η μέση ηλικία που εμφανίζονται το εξηκοστό δεύτερο έτος.

Εντοπίζονται κατά σειρά συχνότητας στο ορθό (60%), ορθοσιγμοειδές (20%), σιγμοειδές (10%) και στα υπόλοιπα τμήματα (10%). Μπορεί να συνυπάρχουν με αδενωματώδεις πολύποδες ή με καρκίνο.

iii. Μικτοί πολύποδες. Εξαλλάσσονται σε ποσοστό 20% και πρέπει να αφαιρούνται οποιοδήποτε μέγεθος και αν έχουν.

γ. Αμαρτωματώδεις: Είναι ο συχνότερος τύπος πολυπόδων του παχέος εντέρου στην παιδική ηλικία. Η συχνότητα τους στα παιδιά είναι 1% και η μέση ηλικία που εμφανίζονται τα 6 ½ έτη. Είναι πολύ σπάνιοι μετά την ηλικία των τριάντα πέντε ετών. Είναι σχεδόν πάντα μισχωτοί διαμέτρου 3-10mm. Δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι μπορεί να υποστούν κακοήθη εξαλλαγή. Η αφαίρεση τους ενδείκνυται μόνο επί αιμορραγίας. (Ν. Γ. Καλαχάνης, 1987)

δ. Φλεγμονώδεις: Παρατηρούνται σε φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (π.χ. ελκώδης κολίτιδα) οπότε ονομάζονται και ψευδοπολύποδες. (Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991)

## **B. ΜΗ ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΟΙ ΟΓΚΟΙ**

1) **Λίπωμα :** Είναι δεύτερο σε συχνότητα καλοηθών όγκων μετά τα αδενώματα. Εξαιρούνται μόνο όταν είναι μεγάλα και αποφρακτικά συμπτώματα.

---

- 2) **Λειομύωμα** : Λιγότερο συχνό στο παχύ έντερο από ότι στο στόμαχο και λεπτό έντερο. Μπορεί να προκαλέσει αποφρακτικά φαινόμενα και τότε υπάρχει ένδειξη για εγχείρηση.
- 3) **Ενδομητρίωμα** : Είναι ενδομητρικός ιστός ο οποίος προσκολλάται στο ορθό – σιγμοειδές ή τυφλό και μπορεί να διηθεί τον μυϊκό χιτώνα και τον υποβλεννογόνο.
- 4) **Άλλοι όγκοι** : Νευρινώματα, ινώματα, καλοήγη λεμφώματα. (Γ. Δ. Παπαδημητρίου, Γ. Α. Ανδρουλάκης, 1989)

## 2.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

### 2.2.α ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Ιστολογικώς παρατηρούνται οι εξής μορφές :

- α. Σωληνώδες αδενοκαρκίνωμα
- β. Συμπαγές καρκίνωμα
- γ. Αμετάπλαστον καρκίνωμα
- δ. Βλεννοκαρκίνος. (Ν. Ξ. Παπαχαραλάμπους, 1986)

### 2.2.β ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Μακροσκοπικώς παρατηρούνται οι εξής μορφές :

- α. Υπερτροφική ή ανθοκραμβοειδής. Συχνότερα στο δεξιό κόλο. Είναι χαμηλής κακοήθειας και η διάγνωση καθυστερεί.
  - β. Ελκωτική, υψηλής κακοήθειας. Συχνότερα στο ορθό.
  - γ. Σκίρρος, δακτυλοειδής καρκίνος. Πρόκειται κατά πάσα πιθανότητα για προχωρημένο ελκωτικό καρκίνο. Συχνότερος στο αριστερό κόλον.
  - δ. Διηθητική μορφή. Αντιστοιχεί στην πλαστική λινίτιδα του στομάχου.
-

ε. Κολλοειδές καρκίνωμα. Συνήθως πρόκειται για μια μεγάλη μάζα με ζελατινοειδή εμφάνιση. Είναι δυνατόν να υπάρχει διήθηση και εξέλκωση. (Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991)

### 2.2.γ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η σταδιοποίηση της νόσου είναι η εξής :

Ταξινόμηση κατά Dukes

ΣΤΑΔΙΟ	ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	ΠΕΝΤΑΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ
A 15% των περιπτώσεων	Ο όγκος εντοπίζεται στο τοίχωμα του εντέρου. Λεμφαδένες ( - )	80 – 90%
B 35% των περιπτώσεων	Ο όγκος διηθεί όλο το τοίχωμα του εντέρου και επεκτείνεται και στο περικολικό λίπος. Λεμφαδένες ( - )	60 – 70%
Γ 50% των περιπτώσεων	Ο όγκος έχει λεμφαδενικές μεταστάσεις. C1 : Μεταστάσεις στα επιχώρια λεμφογάγγλια C2 : Μεταστάσεις στα ριζικά λεμφογάγγλια	C1: 30% C2: 20%

## Ταξινόμηση κατά Astler – Cooler

ΣΤΑΔΙΟ	ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	ΠΕΝΤΑΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ
A	Ο όγκος εντοπίζεται στον βλεννογόνο έως τον υποβλεννογόνιο	90%
B1	Ο όγκος διηθεί τον μυϊκό χιτώνα έως τον ορογόνο. Λεμφαδένες ( - )	80%
B2	Ο όγκος διηθεί όλο το τοίχωμα και 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%

Υπάρχει και τρίτη ταξινόμηση με το σύστημα TNM, η οποία όμως δεν έχει ευρέως διαδοθεί λόγω της πολυπλοκότητάς της. (Γ. Παπαδημητρίου, Γ. Ανδρουλάκης, 1989)

**2.2.δ ΕΠΕΚΤΑΣΗ**

α. Κατά συνέχεια ιστού. Η μικροσκοπική διήθηση του τοιχώματος επεκτείνεται συνήθως 2 – 3cm πέραν από τα εμφανή όρια του όγκου δια υποβλεννογονίων λεμφαγγείων.

β. Ενδοπεριτοναϊκή εμφύτευση.

γ. Λεμφική διήθηση. Είναι η κυριότερη μεταστατική οδός.

δ. Αιματογενείς μεταστάσεις. Παρατηρούνται σε τελικά στάδια κυρίως στο ήπαρ και τους πνεύμονες.

ε. Ενδουλική εμφύτευση (συνήθως μετά από εγχειρήσεις). (Γ.Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991).

## 2.2.ε ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

**α. Καρκινοειδές :** Τα καρκινοειδή του παχέος εντέρου είναι σπάνια και τα περισσότερα απ' αυτά (17% περίπου) εντοπίζονται στον ορθό. Καρκινοειδή διαμέτρου κάτω του 1 εκ. πολύ σπάνια είναι κακοήθη. Επίσης είναι ασυμπτωματικά. Αντίθετα τα περισσότερα από τα καρκινοειδή που έχουν διάμετρο πάνω από 1εκ. προκαλούν συμπτώματα και είναι κακοήθη.

**β. Λεμφοσάρκωμα :** Είναι ο πιο συχνός κακοήθης όγκος μετά τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Εμφανίζεται είτε σαν «εντοπισμένη νόσος» είτε σαν εκδήλωση από το έντερο γενικευμένης νόσου. Αν είναι εντοπισμένο συνιστάται η ριζική θεραπευτική εγχείρηση σαν να πρόκειται για καρκίνο. Αν πρόκειται για γενικευμένη νόσο αντενδείκνυται η εγχείρηση και συνιστάται ακτινο – ή χημειοθεραπεία.

**γ. Άλλα σαρκώματα :** Λειμυοσάρκωμα, ραβδομυοσάρκωμα, ινοσάρκωμα κ.α. (Ν. Γ. Καλαχάνης, 1987)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### 3.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

1. Γενετικοί παράγοντες. Η γενετική προδιάθεση παίζει σημαντικό ρόλο στη γένεση του καρκίνου του παχέος εντέρου καθ' όσον μερικές οικογένειες παρουσιάζουν πολύ αυξημένη επίπτωση. (Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991)
2. Διατροφή. Εκτεταμένες επιδημιολογικές μελέτες παρέχουν ενδείξεις ότι διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες κυρίως διαιτητικοί ενέχονται στην αιτιολογία του καρκίνου του παχέος εντέρου. Οι διαιτητικοί αυτοί παράγοντες είναι η αυξημένη κατανάλωση κρέατος, ζωικού λίπους και η χαμηλή πρόσληψη φυτικού υπολείμματος με την τροφή. (I. K. Τριανταφυλλίδης, 1998)

Προσδιορίστηκε η σχέση που υφίσταται μεταξύ της ανάπτυξης νεοπλασίας στο κόλο και στο ορθό και της κατανάλωσης κρέατος, λίπους και φυτικών ινών σε δείγμα 88.751 γυναικών ηλικίας 34 – 59 ετών. Παρατηρήθηκε ότι η πρόσληψη ζωικού λίπους βρίσκεται σε άμεση σύνδεση με τον κίνδυνο ανάπτυξης νεοπλασίας στο κόλον. Η αυξημένη πρόσληψη κόκκινου κρέατος, σε αντίθεση με κοτόπουλο και ψάρι σχετίζεται εμφανώς με προσαύξηση της επίπτωσης του κολοορθικού καρκίνου, πράγμα που πιθανόν εξηγείται από τις ενυπάρχουσες διαφορές στην σύνθεση του λίπους των προαναφερθέντων τροφών. Μελέτες σε τρωκτικά που διατρέφονταν με διαφορετικές δίαιτες έδειξαν ότι όσα ζώα σιτίζονταν με ποικιλία πολυακόρεστων και κορεσμένων λιπών ανέπτυξαν μεγαλύτερο αριθμό αδενοκαρκινωμάτων στο παχύ έντερο από εκείνα που τρέφονταν με δίαιτες χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπη. Συμπεραίνεται λοιπόν ότι, το ποσόν και η πηγή προέλευσης του διαιτητικού λίπους

μπορούν να επηρεάσουν την ανάπτυξη όγκων. (Γ. Μπαμπλέκος, Π. Τζαρδής, 1995)

Τέλος, τα χολικά οξέα, η χοληστερόλη και γενικά τα λίπη μεταβολίζονται στο έντερο με τη βοήθεια ενζύμων τα οποία παράγονται από τη μικροβιακή χλωρίδα και κυρίως από αναερόβια μικρόβια. Προϊόντα του μεταβολισμού αυτού είναι και διάφορες καρκινογόνες ουσίες οι οποίες έχουν ενοχοποιηθεί για την παθογένεια του καρκίνου του παχέος εντέρου, δεδομένου ότι, σε ένα μεγάλο ποσοστό στη χλωρίδα του παχέος εντέρου των ατόμων που πάσχουν από τη νόσο υπερισχύουν τα μικρόβια αυτά. (Ν. Γ. Καλαχάνης, 1987)

3. Κληρονομικά σύνδρομα οικογενούς πολυποδίασης. Τα κληρονομικά σύνδρομα πολυποδίασεως χαρακτηρίζονται από την παρουσία μεγάλου αριθμού πολυπόδων και από υψηλό κίνδυνο αναπτύξεως καρκίνου, στο γαστρεντερικό σωλήνα ή και σε άλλα όργανα. (Α.Εμμανουηλίδης, 1991)

α) Οικογενής πολυποδίαση του παχέος εντέρου.

Η οικογενής πολυποδίαση είναι σπάνια κληρονομική νόσος που χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση χιλιάδων αδενωματωδών πολυπόδων σε όλο το μήκος του παχέος εντέρου. (R. J. Mayer, 1994) Ο καρκίνος του παχέος εντέρου επί εδάφους οικογενούς πολυποδίασεως αποτελεί ποσοστό 0,2% του συνόλου των περιπτώσεων καρκίνου στο γενικό πληθυσμό. (Α. Εμμανουηλίδης, 1991)

Και τα δύο φύλα προσβάλλονται στην ίδια αναλογία και μπορούν να μεταδώσουν την νόσο. Τα μισά από τα παιδιά που θα γεννηθούν από το γάμο μεταξύ ενός ετεροζυγώτη (φορέα της νόσου) και ενός ομοζυγώτη (μη φορέα της νόσου) είναι οι φορείς της νόσου (πάσχοντες) και μόνο αυτοί θα τη μεταφέρουν και στην επόμενη γενιά. (Ν. Γ. Καλαχάνης, 1987)

Η πολυποδίαση του παχέος εντέρου έχει μελετηθεί εντατικά και φαίνεται ότι προκαλείται από βλάβη του βλεννογόνου του παχέος εντέρου που έχει



ως αποτέλεσμα παθολογικό τρόπο πολλαπλασιασμού και μειωμένη ικανότητα επισκευής των κυττάρων μετά από έκθεση σε ραδιενέργεια ή υπεριώδη ακτινοβολία. Οι πολύποδες σπάνια εμφανίζονται πριν από την ήβη, αλλά κατά κανόνα εκδηλώνονται μέχρι την ηλικία των 25 ετών στα προσβαλλόμενα άτομα. (R. J. Mayer, 1994) Η βαρύτητα της πολυποδίασης και η τάση για ανάπτυξη καρκινώματος ποικίλουν από οικογένεια σε οικογένεια. Άτομα με οικογενή πολυποδίαση αν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα ή αν δεν πεθάνουν νωρίτερα από άλλη αιτία θα αναπτύξουν καρκίνο του παχέος εντέρου σε ποσοστό 100% και η μέση ηλικία θανάτου των ατόμων αυτών είναι το τεσσαρακοστό πρώτο έτος. (Ν. Γ. Καλαχάνης, 1987)

β) Σύνδρομο Gardner. Το 10% περίπου των ασθενών που πάσχουν από οικογενή πολυποδίαση εμφανίζουν συγχρόνως πολλαπλές επιδερμοειδείς ή σμηγματογόνες κύστες, οστεώματα ή και συνδυασμούς των ανωτέρω. Οι οστικές ανωμαλίες εντοπίζονται κυρίως στην κάτω γνάθο και στα οστά του κρανίου. Η εμφάνιση των εκδηλώσεων αυτών πολλές φορές προηγείται από την εμφάνιση της πολυποδίασης του παχέος εντέρου και γι' αυτό όταν υπάρχουν τέτοιες εκδηλώσεις, συνιστάται ο έλεγχος του παχέος εντέρου για την αναζήτηση πολυπόδων.

γ) Σύνδρομο Peutz – Jeghers. Είναι πολύ σπάνια νόσος και χαρακτηρίζεται από την παρουσία πολυπόδων στον πεπτικό σωλήνα σε συνδυασμό με την υπαρξη υπερχρωματικών κηλίδων στο δέρμα και το βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας. Η νόσος δείχνει σαφή οικογενή χαρακτήρα. Η δυνατότητα κακοήθους εξαλλαγής έχει αμφισβητηθεί από πολλούς, έχουν όμως περιγραφεί βεβαιωμένες περιπτώσεις που αναπτύχθηκε καρκίνος πάνω σε έδαφος συνδρόμου Peutz – Jeghers. Με αυτή την έννοια έχει μεγάλη πρακτική σημασία ο διαχωρισμός του

---

συνδρόμου αυτού από την οικογενή πολυποδίαση. (Ν. Γ. Καλαχάνης, 1987)

4. Πολύποδες. Σήμερα πλέον όλοι συμφωνούν ότι κάθε πολύποδας που διαγιγνώσκεται, πρέπει να αφαιρείται διότι οι πολύποδες του παχέος εντέρου θεωρούνται ως προκαρκινωματώδης κατάσταση. Η άποψη αυτή στηρίζεται σε μια σειρά στοιχείων από τα οποία τα πιο σημαντικά είναι: α) η εμφάνιση της μεγαλύτερης συχνότητας καρκίνου με καθυστέρηση 5 περίπου ετών από την ηλικία με τη μεγαλύτερη συχνότητα πολυπόδων, και β) η πολύ συχνή συνύπαρξη καρκίνου με πολύποδες παχέος εντέρου. (Θ. Διαμαντής, Ε. Πικούλης κ.α., 1996) Η συχνότητα εξαλλαγής των πολυπόδων ποικίλλει από 0,2% μέχρι 19,3% του συνόλου των ανευρισκόμενων πολυπόδων.
  5. Σύνδρομο οικογενούς καρκίνου δίχως πολυποδίαση (Σύνδρομο Lynch). Η οικογενής προδιάθεση, εκτός από τα σύνδρομα της κληρονομικής πολυποδίασεως του εντέρου παρουσιάζεται και με τη μορφή του κληρονομικού καρκίνου δίχως πολυποδίαση (σύνδρομο Lynch). (Ε. Η. Καλαφάτης, Δ. Γ. Καραμανώλης, 1992)

Ο κίνδυνος για την ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου στα μέλη μιας οικογένειας με το σύνδρομο είναι αρκετά υψηλός και πλησιάζει το 50%. Η σπουδαιότητα του συνδρόμου έγκειται στη μεγάλη συχνότητα του, δεδομένου ότι αποτελεί το συχνότερο γνωστό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου. (Α. Εμμανουηλίδης, 1991) Καλύπτει 5 – 6% των περιπτώσεων καρκίνου του παχέος εντέρου, είναι περίπου 7 – 8 φορές πιο συχνό από ότι η πολυποδίαση του παχέος εντέρου και μεταβιβάζεται σύμφωνα με τους νόμους του Mendel κατά το σωματικό επικρατούντα χαρακτήρα. (Ε. Η. Καλαφάτης, Δ. Γ. Καραμανώλης, 1992)
  6. Ελκώδης κολίτιδα. Ο κίνδυνος του καρκίνου του παχέος εντέρου σε ελκώδη κολίτιδα θεωρείται μεγαλύτερος σε ασθενείς με χρόνια και
-

εκτεταμένη νόσο. (I. A. Μουζάς, 1998) Σε αδρή σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα έχουν 7 – 11 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του παχέος εντέρου. (Α. Εμμανουηλίδης, 1991) Βρέθηκε ότι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα η οποία διαγνώστηκε κατά τις τρεις πρώτες δεκαετίες της ζωής είχαν πολύ μεγαλύτερο σχετικό κίνδυνο για καρκίνο του παχέος εντέρου (περίπου 60 : 1) από αυτούς στους οποίους η ελκώδης κολίτιδα διαγνώστηκε σε ηλικία άνω των 45 ετών (σχετικός κίνδυνος περίπου 2 : 1). (I. A. Μουζάς, 1998).

Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου σε ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου είναι σχετικά μικρός κατά τα πρώτα δέκα χρόνια μετά την εμφάνιση της νόσου, αλλά κατόπιν φαίνεται ότι αυξάνεται με ρυθμό περίπου 0,5 – 1,0% ανά έτος. (R. Mayer, 1996) Τέλος, σε μια πρόσφατη επιδημιολογική μελέτη από τη Σουηδία, επί πληθυσμού άνω του 1.000.000, οι θάνατοι από καρκίνο του παχέος εντέρου στους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα ήταν τριπλάσιοι από αυτούς στο γενικό πληθυσμό. (I. A. Μουζάς, 1998)

7. Νόσος Crohn. Η νόσος του Crohn αποτελεί χρόνια φλεγμονώδη νόσο του εντέρου αγνώστου αιτιολογίας, η οποία μπορεί να προσβάλει μόνο το λεπτό ή μόνο το παχύ έντερο ή συγχρόνως και τα δύο. Η νόσος παρουσιάζει σημαντικές ομοιότητες με την ελκώδη κολίτιδα, ώστε όταν αφορά μόνο στο παχύ έντερο να είναι σε ορισμένες περιπτώσεις αδύνατος ο διαχωρισμός τους. (Α. Εμμανουηλίδης, 1991) Ο κίνδυνος για καρκίνο του παχέος εντέρου σε νόσο του Crohn υποτιμάτο ή στην καλύτερη περίπτωση, εκτιμάτο ως μικρότερος του κινδύνου για καρκίνο σε έδαφος ελκώδους κολίτιδας. Σε παιδιά με νόσο του Crohn ο σχετικός κίνδυνος για ανάπτυξη καρκίνου, ανεξάρτητα από την διάρκεια της νόσου, βρέθηκε σημαντικά αυξημένος. Ο σχετικός κίνδυνος υπολογίστηκε 5,6 : 1 επί εκτεταμένης Crohn – κολίτιδας και ακόμα μεγαλύτερος δηλαδή 21 : 1 όταν η εκδήλωση

της Crohn – κολίτιδας συνέβαινε πριν από την ηλικία των 30 ετών. (I. A. Μουζάς, 1998)

8. Ουροτηροσιγμοειδοαναστόμωση. Έχει περιγραφεί επίπτωση καρκίνου του παχέος εντέρου 5 – 10% μετά 15 – 30 χρόνια από τη διενέργεια ουροτηροσιγμοειδοαναστόμωσης. Τα νεοπλάσματα χαρακτηριστικά αναπτύσσονται σε θέση περιφερικότερη του σημείου εμφύτευσης του ουρητήρα, όπου ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου εκτίθεται χρονίως τόσο στα ούρα και στα κόπρανα. (R. Mayer, 1996)
  9. Ακτινοβόληση πυέλου – Καρκίνος γυναικείων γεννητικών οργάνων. Η ενοχοποίηση της ακτινοβόλησης στην περιοχή της πυέλου ως παράγοντα που προδιαθέτει στην ανάπτυξη καρκίνου στο παχύ έντερο και κυρίως στο ορθό, ήλθε στην επιφάνεια από περιστατικά γυναικών που παρουσίασαν καρκίνο του ορθού ύστερα από ακτινοβόληση της πυέλου για καρκίνο των γεννητικών οργάνων. Ως κριτήρια, για να αποδοθεί ο καρκίνος στην προηγούμενη ακτινοθεραπεία, θεωρήθηκαν η μεγάλη δόση ακτινοβολίας και η πάροδος τουλάχιστον δέκα ετών από την ακτινοθεραπεία. Διαπιστώθηκε ότι η παρουσία και μόνο καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ή του ενδομητρίου αυξάνει στο διπλάσιο τις πιθανότητες για καρκίνο του παχέος εντέρου σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, ενώ στις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία ο κίνδυνος υπολογίζεται ότι είναι από 1,8 μέχρι και 8 φορές μεγαλύτερος από αυτόν του γενικού πληθυσμού. Επιπλέον υπολογίζεται ότι οι περιπτώσεις καρκίνου μετά από ακτινοθεραπεία αποτελούν ποσοστό 1% περίπου του συνόλου των περιπτώσεων καρκίνου του παχέος εντέρου στον πληθυσμό. (Α. Εμμανουηλίδης, 1991)
  10. Μικροβιαμία από streptococcus bovis. Για αγνώστους λόγους τα άτομα που αναπτύσσουν ενδοκαρδίτιδα ή σηψαιμία από αυτά τα μικρόβια των κοπράνων φαίνεται ότι εμφανίζουν μεγάλη επίπτωση όγκων του παχέος
-

εντέρου και ορθού. Συνιστάται ο ενδοσκοπικός ή ακτινολογικός έλεγχος των ασθενών αυτών. (R. Mayer, 1996)

11. Άλλοι παράγοντες. Έχουν ενοχοποιηθεί η γαστρική χειρουργική για έλκη και η χολοκυστεκτομή καθώς αυξάνει την ποσότητα δευτερογενών χολικών οξέων. (Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991)

Επίσης άλλος παράγοντας είναι η ασβέστωση. Άτομα που εργάζονται σε ορυχεία ασβέστου επί 20 χρόνια και περισσότερο και που εισπνέουν ασβέστιο, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα από άτομα του υπόλοιπου πληθυσμού να παρουσιάζουν καρκίνο του παχέος εντέρου. (N. Ξ. Παπαχαραλάμπους, 1986)

## 3.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

### 3.2.α ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Σε γενικές γραμμές είναι γνωστό ότι οι καρκίνοι δεξιού κόλου, του αριστερού κόλου και του ορθού χαρακτηρίζονται από ομάδες συμπτωμάτων τα οποία διαφέρουν κάπως μεταξύ τους ανάλογα με την εντόπιση.

Δεξιό κόλο: Αβληχρός, ενοχλητικός, σταθερός πόνος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο είναι συχνό σύμπτωμα, όπως συχνή είναι και η ύπαρξη αναιμίας με τα ανάλογα συμπτώματα, δηλαδή ωχρότητα, εύκολη κόπωση, αδυναμία, ζάλη, δύσπνοια μετά από κόπωση και αίσθημα καρδιακών παλμών. Η διαπίστωση ανεξήγητης μικροκυτταρικής υπόχρωμης αναιμίας θα πρέπει πάντα να δημιουργεί υποψίες για την ύπαρξη καρκίνου στο δεξιό κόλο. Στο 10% περίπου των ασθενών με καρκίνο του δεξιού κόλου το πρώτο σημείο της νόσου είναι η ανεύρεση ψηλαφητής μάζας, πολλές φορές επώδυνης, στη δεξιά κοιλία. Η παρουσία μεγάλης απώλειας βάρους, καχεξίας, ικτέρου και ηπατομεγαλίας υποδηλώνουν προχωρημένα στάδια καρκίνου.

Αριστερό κόλο: Εδώ προεξάρχουν τα συμπτώματα της εντερικής απόφραξης. Αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου και κυρίως προοδευτική δυσκοιλιότητα και ελάττωση της διαμέτρου της στήλης των κοπράνων μπορεί να αποτελούν τα πρώτα σημεία της νόσου. Είναι δυνατόν να υπάρχει πρόσμιξη των κοπράνων με βλέννα και αίμα χωρίς όμως να υπάρχει σοβαρή αναιμία. Η παρουσία σοβαρής αναιμίας ή ψηλαφητής μάζας υποδηλώνουν προχωρημένο καρκίνο.

Ορθό: Στον καρκίνο του ορθού το κυριότερο σύμπτωμα είναι η αποβολή ζωηρού ερυθρού αίματος με ή χωρίς βλέννα. Η απώλεια αίματος είναι επίμονη, σπάνια άφθονη και πολύ συχνά δυστυχώς αποδίδεται στην παρουσία αιμορροΐδων. Υπάρχει συχνά τεινεσμός και αίσθημα ατελούς αφόδευσης. Κατά κανόνα δεν υπάρχει πόνος.

Η παρουσία συμπτωμάτων από άλλα όργανα και συστήματα εξαρτάται από τη διήθησή τους από τον καρκίνο. Έτσι, όταν διηθείται η ουροδόχος κύστη ή ο προστάτης είναι δυνατόν να υπάρχουν συμπτώματα κυστίτιδας ή ουρηθρίτιδας.

### 3.2.β ΨΗΛΑΦΗΣΗ

Η κλινική εξέταση της κοιλίας ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου μπορεί να δείξει την παρουσία ψηλαφητής μάζας κινητής ή καθηλωμένης μεταστάσεις στον ομφαλό, ηπατομεγαλία, ασκίτη ή διάταση των φλεβών του κοιλιακού τοιχώματος αν υπάρχει απόφραξη της πυλαίας φλέβας. (Ν. Γ. Καλαχάνης, 1987)

Προσεκτική ψηλάφηση του προϊερού χώρου μπορεί να ανακαλύψει επέκταση του όγκου κατά συνέχεια ή διάγνωση λεμφαδένων.

Η αποτελεσματικότητα της δακτυλικής εξέτασης από τον ορθό εξακολουθεί να παραμένει υψηλή. Ανιχνεύει το 10% των ορθοκολικών

καρκίνων, την εντόπιση του όγκου σε ότι αφορά το ύψος και το τοίχωμα, καθώς και τη διήθηση ή όχι ολόκληρου του τοιχώματος.

Η δακτυλική εξέταση επίσης μπορεί να προκαθορίζει τον τύπο της επέμβασης, ανάλογα με το ύψος και την εξαιρεσιμότητα ή όχι του νεοπλασμάτος. (Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991)



### 3.2.γ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

α. Γενική αίματος

β. Μαιεγ κοπράνων

γ. Έλεγχος ηπατικών ενζύμων

δ. Καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA). Το CEA είναι μια γλυκοπρωτεΐνη που βρίσκεται στην κυτταρική μεμβράνη πολλών ιστών καθώς και του παχέος εντέρου. Το CEA του ορού αυξάνεται σε σημαντικό ποσοστό σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού. Η επίπτωση των αυξημένων τιμών CEA ποικίλλει από ασθενή σε ασθενή και εξαρτάται από την έκταση της νόσου.

Τα επίπεδα του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου είναι αυξημένα στο 70% των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου όχι όμως σε διαγνωστικά επίπεδα όσον αφορά τα πρώιμα στάδια της νόσου. Η σύγκριση των προεγχειρητικών επιπέδων του CEA με τα μετεγχειρητικά είναι χρήσιμη στη διάγνωση της ύπαρξης υποτροπών. (Δ. Αδρακτά, Γ. Ν. Καραχάλιος, 1989)

ε. Σεσημασμένα μονοκλωνικά και μη αντισώματα

Η παρασκευή στο εργαστήριο ειδικών αντισωμάτων έναντι αντιγόνων σχετιζόμενων με τον όγκο έχει σήμερα προχωρήσει σημαντικά. Μετά από χορήγηση ειδικών αντισωμάτων καθλώνονται στον όγκο. Πρόκειται για μια πολύ ελπιδοφόρα τεχνική. (Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991)

**στ. Έλεγχος ΡΗ κοπράνων:** Είναι πλέον αποδεκτό ότι, καρκινογόνες ουσίες υπεύθυνες για την ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου προέρχονται από τον μεταβολισμό των χολικών οξέων εντός του εντερικού σωλήνα υπο τη δράση της βακτηριακής χλωρίδας αυτού.

Έτσι πειραματικές μελέτες για την σχέση ΡΗ κοπράνων και καρκίνου του παχέος εντέρου έδειξαν ότι το αλκαλικό ΡΗ δημιουργεί περιβάλλον ευνοϊκό για την ανάπτυξη καρκινώματων του παχέος εντέρου, ενώ το όξινο ΡΗ μπορεί να δράσει προφυλακτικά στην ανάπτυξη αυτών των νεοπλασμάτων. (Ι. Μακρής, Κ. Χατζημήσιος κ.α., 1992)

### 3.2.δ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

**α. Βαριούχος υποκλυσμός:** Ο βαριούχος υποκλυσμός εξακολουθεί να αποτελεί το κύριο διαγνωστικό μέσο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Η συνήθης ακτινολογική εικόνα είναι έλλειμμα στη σκιαγράφιση το οποίο συνήθως δίνει την εικόνα του φαγωμένου μήλου (apple core) ή του δακτυλίου της πετσέτας του φαγητού (parkin - ring).

Εκτός από τις τυπικές αυτές ακτινολογικές εικόνες, υπάρχουν και οι άτυπες ασαφείς εικόνες που μπορεί να οφείλονται σε πρώιμο καρκίνο και σε κακή προετοιμασία του εντέρου.



Βαριούχος υποκλυσμός. Σκιάση φαγητού καρκίνου της μεσότητας του σιγμοειδούς. Τυπική εικόνα ακτινολογικού ελλείμματος πλήρωσης του εντερικού σιγμοειδούς.



**β. Ακτινογραφία θώρακος :**

Είναι απαραίτητη για την πιθανή εντόπιση πνευμονικών μεταστάσεων. (Ν. Γ. Καλαχάνης, 1987)

**γ. Αξονική και μαγνητική τομογραφία :**

χρησιμοποιούνται κυρίως για τον έλεγχο της υπάρξεως μεταστάσεων του ήπατος ή εξωτοιχωματικής επέκτασης σε αρρώστους με καρκίνωμα του αρθού. (Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991)

**3.2.ε ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ**

**α. Ορθοσιγμοειδοσκόπηση :** Η ορθοσιγμοειδοσκόπηση μπορεί να γίνει με άκαμπτο ή εύκαμπτο ορθοσιγμοειδοσκόπιο. Αν και τα τελευταία 30 χρόνια έχει παρατηρηθεί μια κεντρικότερη μετατόπιση των νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου, η πλειοψηφία τους εξακολουθεί να αναπτύσσεται στο αριστερό κόλο, και ένα ποσοστό 20 – 30% αυτών βρίσκονται στη διαγνωστική εμβέλεια του άκαμπτου ορθοσκοπίου.

Πολλές μελέτες με σιγμοειδοσκόπηση με άκαμπτο ορθοσιγμοειδοσκόπιο, σε ασυμπτωματικούς ασθενείς κατέδειξαν ότι με τη μέθοδο αυτή είναι δυνατή η ανεύρεση καρκίνου σε πρώιμα στάδια, καθώς και η διάγνωση και αφαίρεση αδενωμάτων, με μείωση της συχνότητας του επακόλουθου καρκίνου του ορθού σ' αυτούς τους ασθενείς.

Τα εύκαμπτα σιγμοειδοσκόπια επιτρέπουν την εξέταση μεγαλύτερου μήκους του εντέρου και τη διάγνωση των 2/3 περίπου των πολύποδων και των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου και του ορθού. (Χ. Λιάτσος, Θ. Ρόκκας, 1993)

**β. Κολονοσκόπηση :** Η κολονοσκόπηση αποτελεί την καλύτερη μέθοδο για τον έλεγχο ολόκληρου του παχέος εντέρου. Η ενδοσκόπηση παρέχει την δυνατότητα επιβεβαίωσης της διάγνωσης με την ιστολογική και κυτταρολογική εξέταση.

Σήμερα είναι πια κοινή πρακτική, όλοι οι άρρωστοι με υποψία καρκινώματος του παχέος εντέρου να υποβάλλονται πάντοτε σε ολική κολονοσκόπηση ακόμη και αν έχει προηγηθεί βαριούχος υποκλυσμός. Το κύριο πλεονέκτημά της είναι ότι αποκλείει την ύπαρξη σύγχρονων βλαβών. (Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991)

γ. Ενδοσκοπική υπερηχορομογραφία : Η ενδοορθική υπερηχοτομογραφία είναι μια σχετικά καινούρια απεικονιστική τεχνική, η οποία παρέχει τη δυνατότητα απεικόνισης των διακεκριμένων χιτώνων του τοιχώματος του ορθού και του κόλου καθώς και του χαρακτηρισμού των λεμφαδένων που βρίσκονται γύρω απ' αυτά. Συνδυάζει τόσο την εκτίμηση του βάθους επέκτασης της βλάβης όσο και την εκτίμηση της συμμετοχής των επιχώριων λεμφαδένων στη νόσο.

Πολλές μελέτες έδειξαν ότι η ακρίβεια της μεθόδου στον προσδιορισμό του βάθους της βλάβης κυμαίνεται μεταξύ 67% και 92%. Σε ότι αφορά την εκτίμηση των λεμφαδένων η ακρίβεια της μεθόδου κυμαίνεται μεταξύ 50% και 88%. (Ν. Ι. Νικητέας, Μ. Γ. Φιλιππάκης, 1988)

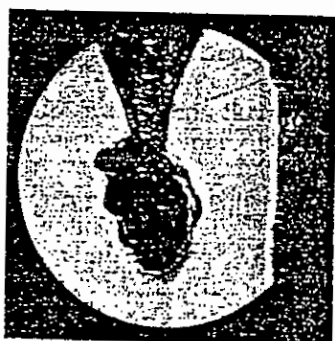
### 3.2.στ ΗΑΕΜΟCCULT TEST

Η αιμορραγία από καρκίνο ή προκαρκινωματώδεις όγκους του παχέος εντέρου και ορθού αποτελεί το κύριο σύμπτωμα τους, στα αρχικά στάδια και δεν φαίνεται μακροσκοπικά στα κόπρανα. Η αξία της ανίχνευσης της αφανούς αιμορραγίας έγινε νωρίς αντιληπτή και άρχισε να συζητείται και να εφαρμόζεται το τροποποιημένο κατά Greigor Guaiac Test, το γνωστό σήμερα Haemoccult Test, η προσφορά του οποίου στη πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού έχει αναγνωριστεί και χορηγείται σε ασυμπτωματικά άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών διεθνώς. (Σ. Μπεσιμπέας, Χ. Χαραλάμπους, 1989)

Πάρ' ότι η εκτέλεση του test είναι δαπανηρή, η έγκαιρη διάγνωση που μπορεί να προσφέρει φαίνεται ότι έχει συντελέσει ώστε οι θεραπευτικές εκτομές να φτάσουν το 100% και η πενταετής επιβίωση το 88%. (Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991)



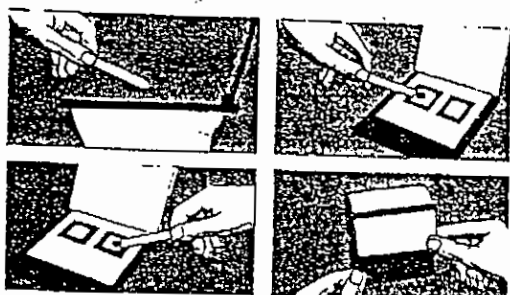
1.



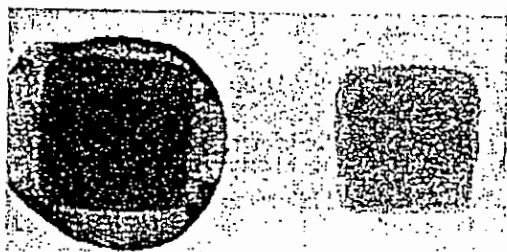
2.



3.



4.



Θετικό TEST

Αρνητικό TEST

5.

Εικόνα 1  
Συμπτωματικός καρκίνος ορθοσιγμοειδούς Σταδίου C1 Astler z Koller

Εικόνα 2  
Μισχωτός αδενωματώδης πολύπους διαμέτρου 2,1 εκ. με μεγάλη δυσπλασία

Εικόνα 3  
Προληπτικός έλεγχος ατόμων ηλικίας 50-74 με το Ηαemoccult Test

Εικόνα 4  
Ηαemoccult Test. Αποτίθενται 2 δείγματα κοπράνων επί 3 συνεχείς ημέρες (6 δείγματα)

Εικόνα 5  
Ηαemoccult Test θετικό. Γίνεται κυανούν όταν υπάρχει αίμα στα κόπρανα σε 30'' μετά την προσθήκη 2-3 σταγόνων υπεροξειδίου του υδρογόνου

### 3.3 ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ

Διαφοροδιάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου πρέπει να γίνει από νοσήματα που εκδηλώνονται με συμπτώματα αιματηρών κενώσεων, αναιμία, διαταραχή των κενώσεων ή κοιλιακό πόνο. Η διαφοροδιάγνωση πρέπει να περιλάβει τις εσωτερικές αιμορροΐδες, τους πολύποδες, την ελκώδη κολίτιδα ή τη νόσο του Crohn, και την εκκολπωμάτωση.

Μερικές φορές η τελική διάγνωση γίνεται στο χειρουργείο, επειδή ορισμένοι από τους αρρώστους χειρουργούνται επειγόντως με αποφρακτικό ειλεό ή διάτρηση. Στις γυναίκες η διαφοροδιάγνωση πρέπει να περιλάβει τη συστροφή κύστης ωθήκης και την ενδομητρίωση. (I. K. Τριανταφυλλίδης, 1998)

### 3.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

#### 3.4.α ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Οι εγχειρήσεις για τον καρκίνο του παχέος εντέρου διακρίνονται σε ριζικές που αποσκοπούν στην ίαση του ασθενούς και σε παρηγορητικές. Παρηγορητικές εγχειρήσεις θεωρούνται η περιορισμένη εκτομή του τμήματος του εντέρου στο οποίο εντοπίζεται ο όγκος χωρίς να αφαιρεθούν οι υπάρχουσες μεταστάσεις και η απλή κολοστομία.

Οι ριζικές εγχειρήσεις διακρίνονται στις εγχειρήσεις για καρκίνο του κόλου και στις εγχειρήσεις για καρκίνο του ορθού. Κύριος στόχος του χειρουργού σ' αυτές τις εγχειρήσεις είναι η συναφαίρεση όλου του δικτύου που αποχετεύει τη λέμφο του τμήματος αυτού συμπεριλαμβανομένων και των λεμφαδένων.

Παράλληλα λαμβάνεται ιδιαίτερη φροντίδα κατά την εγχείρηση ώστε να αποφευχθεί όσο είναι δυνατόν η διαφυγή και διασπορά καρκινικών κυττάρων από τους χειρουργικούς χειρισμούς.

---

Εγχειρήσεις για καρκίνο του κόλου. Για καρκίνους που εντοπίζονται στο τυφλό, ανιόν, η εκτομή περιλαμβάνει μικρό τμήμα του τελικού ειλεού, το τυφλό, ανιόν, το δεξιό ήμισυ του εγκαρσίου και την ειλεοκολική, τη δεξιά κολική και το δεξιό κλάδο της μέσης κολικής αρτηρίας και φλέβας με το αντίστοιχο μεσεντεριο και το μείζον επίπλουν (δεξιά ημικολεκτομή). Η αποκατάσταση της εντερικής συνέχειας γίνεται με ειλεο - εγκάρσια αναστόμωση.

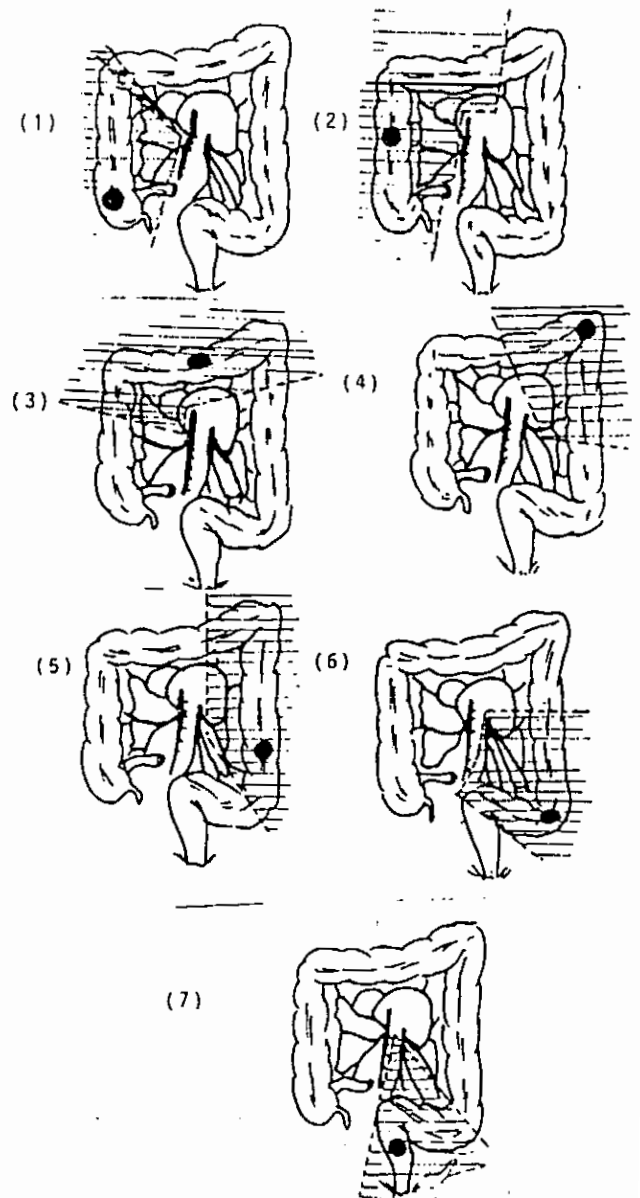
Για καρκίνους της μεσότητας του εγκαρσίου αφαιρείται το εγκάρσιο μετά των κολικών καμπών και της μέσης κολικής αρτηρίας και φλέβας.

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

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

Εγχειρήσεις για καρκίνο του ορθού. Δύο είναι οι κλασικές εγχειρήσεις : η χαμηλή πρόσθια εκτομή και η συνδυασμένη κοιλιοπερινεϊκή εκτομή.

Η χαμηλή πρόσθια εκτομή περιλαμβάνει το περιφερικό σιγμοειδές, το ορθοσιγμοειδές και το κεντρικό ορθό. Το κεντρικό σιγμοειδές αναστομώνεται με το



1 Περιορισμένη δεξιά ημικολεκτομή. 2 Τυπική δεξιά ημικολεκτομή.

3 Εκτομή του εγκαρσίου μαζί με τις καλικές καυλούς. 4 Περιορισμένη αριστερά ημικολεκτομή.

5 Τυπική αριστερά ημικολεκτομή. 6 Χαμηλή πρόσθια εκτομή και 7 Κοιλιοπερινεϊκή ορθοσιγμοειδεκτομή.

περιφερικό ορθό. Η αναστόμωση αυτή εμφανίζει ένα σημαντικό ποσοστό

25% περίπου διαφυγής γι' αυτό πολλές φορές συνδυάζεται με προσωρινή κολοστομία.

Η συνδυασμένη κοιλιοπερινεϊκή εκτομή έχει δύο χρόνους τον κοιλιακό και τον περινεϊκό, οι οποίοι είτε εκτελούνται από την ίδια ομάδα χειρουργών πρώτα ο κοιλιακός και μετά ο περινεϊκός, είτε εκτελούνται συγχρόνως από δύο ομάδες χειρουργών για να ελαττωθεί η διάρκεια της εγχείρησης. Κατ' αυτήν εκτέμενεται το περιφερικό σιγμοειδές, το ορθοσιγμοειδές και ορθό μαζί με τον πρωκτικό δακτύλιο. Το κεντρικό κολόβωμα του σιγμοειδούς εξωτερικεύεται σαν μόνιμη πια κολοστομία.

Κατά τα τελευταία χρόνια η κατασκευή και χρησιμοποίηση των συρραπτικών συσκευών κάνει δυνατή την εκτέλεση πολύ χαμηλών αναστομάσεων με αποτέλεσμα ένας σημαντικός αριθμός μόνιμων κολοστομιών να αποφεύγεται.

Η χαμηλή πρόσθια εκτομή και η κοιλιοπερινεϊκή εκτομή συνοδεύεται από σημαντικό ποσοστό θνητότητας και νοσηρότητας. Η μέση εγχειρητική θνητότητα για την πρώτη εγχείρηση ανέρχεται σε 6% και για τη δεύτερη σε 8%, ενώ η νοσηρότητα ανέρχεται σε 15 – 56% και 25 – 68% αντίστοιχα. (Ν. Γ. Καλαχάνης, 1987)

### **3.4.β ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Υπάρχουν καταστάσεις που η χειρουργική μόνη δεν μπορεί να επέμβει λόγω της εκτεταμένης βλάβης ή και αν τα περιστατικά είναι χειρουργήσιμα, το ποσοστό των υποτροπών είναι υψηλό (10 – 50% στην πενταετία) και το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο όσο τα στάδια της νόσου είναι πιο εκτεταμένα.

---

Στις περιπτώσεις αυτές, η ακτινοθεραπεία παρεμβαίνει συνδυαζόμενη με τη χειρουργική και σε ορισμένες περιπτώσεις συνεπικουρούμενη με την χημειοθεραπεία, αυξάνοντας την εξαιρεσιμότητα των όγκων αλλά μειώνοντας σε μεγάλο βαθμό τις τοπικές υποτροπές. Μπορεί να χορηγείται προεγχειρητικώς ή μετεγχειρητικώς και κατά την διάρκεια της εγχείρησης (διεγχειρητικώς). (Κ. Χρυσάνθου, 1991)

#### **3.4.γ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η χημειοθεραπεία στον καρκίνο του παχέος εντέρου χρησιμοποιείται τόσο στη γενικευμένη νόσο, όσο και σαν συμπληρωματική χημειοθεραπεία μετά την επέμβαση.

Η 5 – φθοριουρακίλη αποτελεί την κύρια θεραπευτική αντιμετώπιση με κυτταροστατικά. Μεγάλος αριθμός κυτταροστατικών έχουν δοκιμαστεί μόνα ή σε συνδυασμούς, όμως σε λίγα από αυτά παρουσιάστηκε μερική θεραπευτική ανταπόκριση. Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με την 5 – φθοριουρακίλη οι λεγόμενοι φαρμακολογικοί τροποποιητές με κύριο εκπρόσωπο το φολλινικό οξύ. Τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά, όπως ενθαρρυντικά είναι τα αποτελέσματα με τη χορήγηση ιντερφερόνης και 5-φθοριουρακίλης.

Από τις τελευταία χρησιμοποιούμενες επίσης μεθόδους, η ενδοηπατική έγχυση συνδυασμού κυτταροστατικών μέσω χειρουργικού καθετηριασμού αρτηρίας είναι αρκετά ελπιδοφόρα. (Ι. Κ. Τριανταφυλλίδης, 1998)

#### **3.4.δ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η ανοσοθεραπεία είναι καινούρια μέθοδος θεραπείας του καρκίνου η οποία βρίσκεται ακόμη στο ερευνητικό στάδιο. Ο κύριος σκοπός της θεραπείας είναι ισχυροποιηθεί η ανοσοβιολογική ανταπόκριση του αρρώστου στα κύτταρα του καρκίνου.

---

Διάφοροι ανοσοθεραπευτικοί τύποι είναι οι εξής :

- 1) η ενεργητική ανοσοθεραπεία
- 2) η παθητική ανοσοθεραπεία
- 3) θετική ανοσοθεραπεία και
- 4) αυξητικές θεραπείες.

(Μ. Α. Μαλγαρινού, Σ.Φ. Κωνταντινίδου, 1995)

### 3.4.ε ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ LASER

Πολλοί όγκοι του παχέος εντέρου δεν είναι δυνατόν να χειρουργηθούν αποτελεσματικά λόγω καθυστερημένη διάγνωσης που συνοδεύεται από ηπατικές μεταστάσεις, ασκίτη ή εκτεταμένη τοπική διασπορά. Αν τα αποφρακτικά συμπτώματα, η αιμορραγία, η επίμονη νυχτερινή διάρροια θα μπορούσαν να ανακουφισθούν χωρίς μείζονα χειρουργική επέμβαση τότε η ποιότητα ζωής σ' αυτούς τους ασθενείς θα ήταν σαφώς καλύτερη.

Το Nd – YAG laser έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές μελέτες σε περιπτώσεις ασθενών με ανεγχείρητο καρκίνο του παχέος εντέρου. Σε μια μελέτη θεραπείας με Laser 84 ασθενών με αποφρακτικό ή αιμορραγούντα καρκίνο του παχέος εντέρου, επιτεύχθηκε βατότητα του αυλού σε 20 από 24 (83%) με απόφραξη μόνο, αιμόσταση επιτεύχθηκε σε 37 από 40 (93%), συνδυασμός αιμορραγίας και απόφραξης αντιμετωπίστηκε σε 19 από 20 (95%). 74 ασθενείς από 84 (88%) εγκατέλειψαν το νοσοκομείο. Επιπλοκές παρατηρήθηκαν σε ποσοστό 13% με διάτρηση του εντέρου (7%), αιμορραγία μετά τη θεραπεία σε 2 ασθενείς και θνησιμότητα που συσχετίστηκε με τη θεραπεία Laser σε 3 (4%). (Ε. Καλαφάτης, 1990)



### 3.5 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η εγχειρητική θνητότητα κυμαίνεται μεταξύ 2 και 4%. Η πενταετής επιβίωση εξαρτάται από το στάδιο της νόσου. Η συνολική πενταετής επιβίωση είναι μόνο 35%, γιατί στο 10% του συνόλου των περιπτώσεων υπάρχουν ηπατικές μεταστάσεις. (Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος 1991)

### 3.6 ΕΠΠΛΟΚΕΣ

Οι επιπλοκές του καρκίνου του παχέος εντέρου, που αντιμετωπίζονται τις περισσότερες φορές με άμεση χειρουργική επέμβαση είναι η εντερική απόφραξη, η διάτρηση του εντέρου και η αιμορραγία.

Η απόφραξη του εντέρου, οφείλεται σε νεόπλασμα που εντοπίζεται κεντρικά.

Η διάτρηση εξαιτίας του καρκίνου είναι μια επείγουσα κατάσταση που πολλές φορές οδηγεί τον ασθενή στο χειρουργείο χωρίς προηγούμενο έλεγχο στο παχύ έντερο για την ανακάλυψη του αιτιατού της διάτρησης. (Β. Γολεμάτης, Σ. Παπαδόπουλος, 1993)

### 3.7 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΝΕΑΡΑ ΑΤΟΜΑ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι σπάνιος κάτω των 20 ετών (λιγότερο από 1% του συνόλου). Τα συμπτώματα είναι άτυπα, με προεξάρχον εκείνο του κοιλιακού πόνου και της αποφράξεως. Γι' αυτό, συχνά τίθεται η λανθασμένη διάγνωση της σκωληκοειδίτιδας ή του πεπτικού έλκους και καθυστερεί η χειρουργική θεραπεία της νόσου. Ο βαθμός κακοήθειας του καρκίνου του παχέος εντέρου στις νεαρές ηλικίες είναι μεγάλος.

---

Αποτέλεσμα της επιθετικότητας της νόσου και της καθυστερημένης διάγνωσης είναι η φτωχή πρόγνωση των ασθενών αυτών (πενταετής επιβίωση 2 – 5%). Για το λόγο αυτό, κοιλιακά ενοχλήματα που επιμένουν πάνω από τρεις εβδομάδες πρέπει να κατευθύνουν τις διαγνωστικές ενέργειες και τον βαριούχο υποκλυσμό οποίος τις περισσότερες φορές αποκαλύπτει τη νόσο.

Τέλος, σε περιπτώσεις σκωληκοειδεκτομής, στις οποίες η εικόνα της αποφύσεως δεν αναδεικνύει φλεγμονή, πρέπει ο χειρουργός να κατευθύνεται στον έλεγχο του τυφλού και του κατά το δυνατόν μεγαλύτερου τμήματος του υπόλοιπου παχέος εντέρου για τον αποκλεισμό όγκου που εκδηλώνεται με εικόνα σκωληκοειδίτιδας. (Α. Ρήγας, Δ. Μικρούλης, 1993)

### 3.8 ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου μπορεί να διακριθεί σε πρωτογενή που περιλαμβάνει γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, και σε δευτερογενή που περιλαμβάνει την αναγνώριση προκαρκινωματώδων καταστάσεων καθώς και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Πρωτογενής πρόληψη : Έχει βρεθεί πως ορισμένοι γενετικοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση της νόσου και αν αναγνωρισθούν πιθανόν άλλοι θα βοηθήσουν σημαντικά στην πρόληψή της. (Ε. Β. Τσιάνος, 1997)

Έτσι, συγγενείς α΄ βαθμού ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου πρέπει να υφίστανται μια φορά το χρόνο εξέταση κοπράνων για ύπαρξη Hb και περιοδική ανασκόπηση από την ηλικία των 40 ετών, ηλικία που μπορεί να μετατεθεί προς τα κάτω ακόμη περισσότερο, αν ο καρκίνος παχέος εντέρου εμφανίστηκε σε συγγενή των ελεγχόμενων ατόμων σε μικρή ηλικία. (Ι. Χριστοδουλόπουλος, Ι. Κ. Τριανταφυλλίδης, 1991)

Από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που είναι προδιαθεσικοί για την ανάπτυξη καρκινώματος, πρέπει να τονισθεί ιδιαίτερος η διατροφή (κατάχρηση λίπους, ανεπαρκής πρόσληψη φυτικών ινών). (Ε. Β. Τσιάνος, 1997)

Ο προστατευτικός ρόλος των ινών συνίσταται σε αύξηση του όγκου των κοπράνων, σε αραιώση των ουσιών που προάγουν την καρκινογένεση, ενώ προωθούν την γρήγορη εξαφάνισή τους από τον οργανισμό ελαχιστοποιώντας την χρονική διάρκεια επαφής τους με τον βλεννογόνο, ελαττώνοντας τον χρόνο διέλευσης από τον εντερικό σωλήνα. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι, οι φυτικές ίνες υφίστανται ζύμωση από την χλωρίδα του παχέος εντέρου, οπότε σχηματίζονται λιπαρά οξέα που ελαττώνουν το pH του ενδοαυλικού περιβάλλοντος αναστέλλοντας δυναμικά την καρκινογένεση. (Γ. Μπαμπλέκος, Π. Τζαρδής, 1995)

Ακόμη, τα στατιστικά δεδομένα υποδηλώνουν ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου μπορεί να ελαττωθεί με την προσθήκη ασβεστίου στο διαιτολόγιο. Θεωρείται ότι το ασβέστιο των τροφών μπορεί να αδρανοποιήσει τα εντερικά καρκινογόνα. Υπέρ αυτής της αντίληψης είναι α) το εύρημα ότι το συμπληρωματικά χορηγούμενο ασβέστιο των τροφών μειώνει τον πολλαπλασιασμό των επιθηλιακών κυττάρων του παχέος εντέρου στους συγγενείς ασθενών με οικογενή καρκίνο παχέος εντέρου και β) τα αποτελέσματα μιας έρευνας σχετικά με τις διαιτητικές συνήθειες περίπου 2.000 ανδρών για χρονικό διάστημα 19 ετών, που έδειξε ότι ο κίνδυνος καρκίνου του παχέος εντέρου μειώνεται με την αύξηση της πρόσληψης ασβεστίου από το στόμα. (R. I. Mayer, 1994)

Δευτερογενής πρόληψη : Η φυσική ιστορία του καρκίνου του παχέος εντέρου παρέχει μια ιδανική ευκαιρία για δευτερογενή πρόληψη, καθώς το 95% των καρκίνων αυτών αναπτύσσεται σε έδαφος αδενωματωδών πολυπόδων. Την ισχυρότερη κλινική απόδειξη της παραπάνω αιτιολογικής

---

σχέσης αποτελεί η σημαντική ελάττωση (κατά 75 – 90%) της επίπτωσης καρκίνου του παχέος εντέρου μετά από ανίχνευση και ενδοσκοπική αφαίρεση των αδενωματωδών πολυπόδων. Επομένως η προσπάθεια πρόληψης του καρκίνου αυτού μάλλον πρέπει να στρέφεται προς την ανίχνευση όχι όλων, αλλά κυρίως των σοβαρών αδενωμάτων.

Η ολική κολονοσκόπηση θεωρείται σήμερα η καλύτερη μέθοδος ανίχνευσης νεοπλασιών του παχέος εντέρου και ο έλεγχος όλου του πληθυσμού θα είχε θεωρητικά ως αποτέλεσμα την εξαφάνιση του καρκίνου αυτού από τις μείζονες αιτίες θανάτου. Εντούτοις, το κόστος και ο κίνδυνος επιπλοκών, αλλά και η αδυναμία εκτέλεσης απεριόριστου αριθμού εξετάσεων, αποτρέπουν την εφαρμογή της στον γενικό πληθυσμό και καθιστούν απαραίτητη την αποκάλυψη ομάδων υψηλού κινδύνου, που αναμφισβήτητα θα επωφελούνταν από τον περιοδικό κολονοσκοπικό έλεγχο.

Πρόσφατα ισχυρά δεδομένα υποστηρίζουν ότι ο προληπτικός έλεγχος για αιμοσφαιρίνη κοπράνων ελαττώνει κατά 33% και με σιγμοειδοσκόπηση κατά 80% τον κίνδυνο θανάτου από καρκίνο του παχέος εντέρου. Η Αμερικανική Αντικαρκινική και Γαστρεντερολογική Εταιρεία, αλλά και η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, συνιστούν σήμερα, για άτομα που δεν ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου, έναρξη προληπτικού ελέγχου για καρκίνο του παχέος εντέρου στην ηλικία των 50 ετών με ετήσιο έλεγχο για αιμοσφαιρίνη κοπράνων και τριετή έλεγχο με σιγμοειδοσκόπηση. (Δ. Γ. Καραμανώλης, Γ. Β. Παπαθεοδωρίδης, 1996)

Πρόσφατη εργασία επέδειξε την στατιστικά σημαντική μείωση συχνότητας του καρκίνου παχέος εντέρου σε περιοχή πληθυσμού που παρακολουθούνταν τακτικά με σιγμοειδοσκόπηση σε σχέση με τον πληθυσμό της ίδιας ηλικίας που δεν παρακολουθούνταν. (Δ. Γ. Καραμανώλης κ.α., 1994)

Σε ασθενής με ιστορικό εκτεταμένης ελκώδους κολίτιδας συνιστάται ετήσιος έλεγχος με κολονοσκόπηση και βιοψίες από ολόκληρο το παχύ έντερο

---

με μεσοδιαστήματα 10 cm, με ιδιαίτερη έμφαση στις προβληματικές περιοχές με εμφανείς δυσπλασίες.

Τέλος, σε ασθενείς με νόσο του Crohn απαιτείται συστηματικός ενδοσκοπικός επανέλεγχος κάθε 3 – 6 μήνες, λόγω της ασαφούς διάγνωσης εξαιτίας της υπάρχουσας φλεγμονής. (Χ. Λιάτσος, Θ. Ρόκκας, 1993)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### 4.1 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Η νοσηλεύτρια / της είναι ο κεντρικός φάρος που πρέπει να φωτίζει κάθε ενέργεια ή κάθε πρόβλημα του ανθρώπου με την υγεία του. Υγεία σωματική, υγεία πνευματική, υγεία ψυχική. Και η παρουσία αυτή της νοσηλεύτριας/του πρέπει να είναι συνεχής, στο σπίτι, στο νοσοκομείο, σε ένα απλό ιατρείο, ή ακόμη στην κοινωνία που ζούμε.

Η ογκολογία είναι μια διαφορετική ειδικότητα από άλλες και η νοσηλεύτρια/της πρέπει να μάθει να επικοινωνεί και να είναι σε όλη την πολύπλευρη φάση του καρκίνου. Και ο καρκίνος είναι μια αρρώστια που μπορεί να προληφθεί σε ένα μεγάλο βαθμό περιπτώσεων, όπως μπορεί και αν διαγνωστεί έγκαιρα. Επίσης η εκπαίδευση των νοσηλευτριών/των αρχίζει με την πρόληψη και τους τρόπους έγκαιρης διάγνωσης, προχωρεί στα διαγνωστικά μέσα που χρειάζεται να εφαρμοστούν για τον καλύτερο έλεγχο κάθε ατόμου, ακολουθεί η θεραπεία, η αποκατάσταση και τέλος χρειάζεται η προσαρμογή τους και οι ιδιαίτερες γνώσεις για τη συνεχόμενη φροντίδα. (N. Δόντας, 1991)

### 4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

Στη διάρκεια του διαγνωστικού ελέγχου, η νοσηλεύτρια/της παίζει το δικό της προσωπικό ρόλο, βοηθώντας τόσο όσο το γιατρό όσο και τον ασθενή για

---

τη καλύτερη διεκπεραίωση της εξέτασης. Ο διαγνωστικός έλεγχος περιλαμβάνει τα εξής :

#### **4.2.α ΒΑΡΙΟΥΧΟΣ ΥΠΟΚΛΥΣΜΟΣ**

Η προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει :

- Εξήγηση της διαδικασίας, πριν και μετά την εξέταση
- Υγρή διαίτα για 24 ώρες πριν την εξέταση

Η διαδικασία περιλαμβάνει :

- Εισαγωγή σωλήνα στον ορθό και ροή του διαλύματος βαρίου μέσα στο κόλο
- Εισαγωγή αέρα μέσα στο κόλο
- Αλλαγή της θέσης και γύρισμα του αρρώστου πολλές φορές για γέμισμα του κόλου από το βάριο
- Ένεση γλυκαγόνης, για χαλάρωση του κόλου
- Μετά τη λήψη ακτινογραφιών μπορεί να χρειαστεί χρησιμοποίηση της τουαλέτας από τον άρρωστο για αποβολή του βαρίου

Μετά την εξέταση :

- Ενθάρρυνση για λήψη άφθονων υγρών για απομάκρυνση του βαρίου
- Καθαρτικό όπως γάλα μαγνησίας, για αποβολή του βαρίου
- Πολλές φορές, απαραίτητος χαμηλός υποκλυσμός

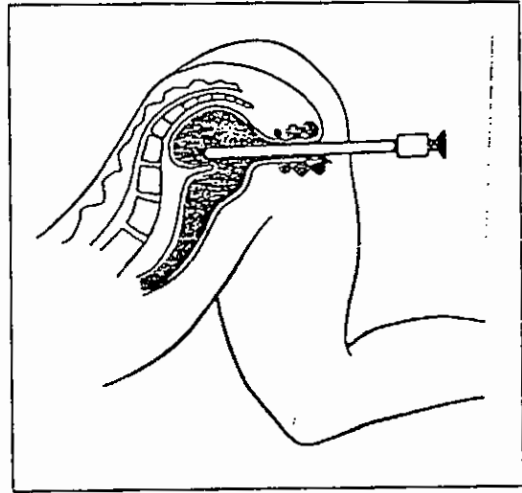
#### **4.2.β ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΣΚΟΠΗΣΗ**

Η ετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει :

- Εξήγηση της διαδικασίας
  - Προετοιμασία του εντέρου
-

Η διαδικασία περιλαμβάνει :

- Βοήθεια του αρρώστου να τοποθετηθεί στην ειδική θέση
- Κάλυψη του αρρώστου
- Δακτυλική εξέταση πριν από την εισαγωγή του ενδοσκοπίου, για αποκλεισμό απόφραξης και διαστολή του πρωκτικού σφιγκτήρα
- Εισαγωγή του σιγμοειδοσκοπίου μετά από γλίσχρονη του
- Ενίσχυση του αρρώστου και ενθάρρυνσή του να αναπνέει βαθιά για να απαλλαγεί από την ανάγκη για κένωση του εντέρου που αισθάνεται μετά την εισαγωγή του ενδοσκοπίου.
- Πιθανή λήψη δείγματος βιοψίας
- Έξοδος του ενδοσκοπίου αργά, για προσεκτική εξέταση του βλεννογόνου

Μετά την εξέταση :

- Βοήθεια του αρρώστου στον καθαρισμό της πρωκτικής περιοχής
- Παρακολούθηση για πυρετό , αιμορραγία. Σημείωση παραπόνων για ασυνήθη πόνο
- Ενθάρρυνση λήψης υγρών

**4.2.γ ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ**Η προετοιμασία περιλαμβάνει :

- Εξήγηση της διαδικασίας
- Η ετοιμασία του εντέρου περιλαμβάνει  
Υγρή δίαιτα για 72 ώρες πριν την εξέταση



Η διαδικασία περιλαμβάνει :

- Τοποθέτηση του αρρώστου σε πλάγια θέση
- Δακτυλική εξέταση
- Επάλειψη με γλισχραντικό και εισαγωγή του ενδοσκοπίου
- Εξέταση του βλεννογόνου και λήψη δειγμάτων
- Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων

Μετά την εξέταση :

- Βοήθεια στον καθαρισμό της πρωκτικής περιοχής από βαζελίνη και κόπρανα
- Παρακολούθηση του αρρώστου για πυρετό, αιμορραγία και ασυνήθη πόνο
- Συνέχιση ελέγχου των ζωτικών σημείων
- Ενθάρρυνση λήψης υγρών

**4.2.8 ΒΙΟΨΙΑ**

Η λήψη δειγμάτων για βιοψία γίνεται κατά τη διάρκεια της κολονοσκόπησης και σιγμοειδοσκόπησης.

Πριν την εξέταση η νοσηλεύτρια/της έχει έτοιμο το δοχείο με το υγρό όπου θα μπει το δείγμα ( φορμόλη με αναλογία 10 % με νερό ή οινόπνευμα 76 – 96 % ). Μετά την εξέταση προσέχει ιδιαίτερα για εμφάνιση αιμορραγίας. (Α. Σαχίνη, Μ. Πάνου, 1994 )

### 4.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

#### 4.3.α ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η γενική προεγχειρητική προετοιμασία περιλαμβάνει :

##### A. Τόνωση ηθικού

Είναι γνωστό ότι οι ασθενείς που οδηγούνται στο χειρουργείο έχουν έντονα αισθήματα ανησυχίας, φόβου ή καταθλίψεως. Η τόνωση του ηθικού του ασθενούς επιτυγχάνεται με τη προσπάθεια της νοσηλεύτριας/τη να ανακαλύψει τις προσωπικές ανάγκες του ασθενούς και να τις ικανοποιήσει, να καταλάβει τον ασθενή και να συμμεριστεί την θέση του.

##### B. Τόνωση σωματική

- Επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη
  - Η νοσηλεύτρια/της χορηγεί στον άρρωστο αντισηπτικά φάρμακα του εντέρου είτε από το στόμα είτε υπο μορφή υποκλυσμού.
  - Χορηγεί αντιβίωση
  - Προετοιμάζει το έντερο για εγχείρηση. Έτσι τις πέντε τελευταίες μέρες πριν την εγχείρηση χορηγείται ελαφρό υπατικό, όπως γάλα μαγνησίας και τροφή με λίγα κατά δυνατόν υπολείμματα
  - Κατά την προεγχειρητική ετοιμασία δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά γιατί ο ασθενής χάνει υγρά με την απώλεια αίματος τον ιδρώτα και τους τυχόν εμετούς
-

- Την προηγούμενη της εγχειρήσεως μέρα ο ασθενής τρέφεται ελαφρά , το βράδυ γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός καθώς και το πρωί της μέρας της εγχείρησης.

### **Γ. Ιατρικές εξετάσεις**

Οι εργαστηριακές εξετάσεις πριν από κάθε εγχείρηση είναι :

1. Εξέταση αίματος
2. Γενική ούρων
3. Η.Κ.Γ.
4. Ακτινογραφία θώρακος

### **Δ. Καθαριότητα του ασθενούς :**

#### **1) Καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται :**

- Με τη χρήση καθαρτικών φαρμάκων. Σήμερα δεν συνιστάται η λήψη καθαρτικών, γιατί προκαλεί αφυδάτωση και εξασθένηση του οργανισμού καθώς και χαλάρωση του τόνου του εντέρου
- Με καθαρτικό υποκλυσμό. Γίνονται δύο υποκλυσμοί, ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχειρήσεως και ο άλλος έξι ώρες προ της εγχειρήσεως. Μ' αυτούς επιτυγχάνεται η καθαριότητα του κατώτερου τμήματος του παχέος εντέρου.

#### **2) Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς**

Την παραμονή της εγχειρήσεως εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μολύνσεως του χειρουργικού τραύματος.

---

Στην καθαριότητα του σώματος περιλαμβάνεται, η καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα, για την πρόληψη μόλυνσεως του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων.

### **Ε. Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου.**

Πάντοτε η αναμονή εγχειρήσεως προκαλεί αγωνία και φόβους. Για την αποφυγή αϋπνίας και εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου, χορηγείται στον ασθενή την νύχτα της παραμονής της εγχειρήσεως ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.

## **ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ**

Περιλαμβάνει την προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου. Αυτή συνιστάται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις.

## **ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ**

Περιλαμβάνει :

- Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς
- Κατάλληλη ένδυση του ασθενούς
- Προνάρκωση

### **4.3.β ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς περιλαμβάνει τα εξής :

- Κατάλληλη τοποθέτηση του ασθενούς στο κρεβάτι. Η θέση του αρρώστου μετά την εγχείρηση είναι η «ύπνια» και αργότερα η «ανάρροπη» θέση. Η συχνή αλλαγή θέσης βοηθά στην ανακούφιση και άνεση του αρρώστου
  - Φροντίδα και παρακολούθηση του τραύματος
-

- Προστασία του αρρώστου από και κατά τις διεγέρσεις ή από την εισρόφηση εμεσμάτων καθώς και σύνδεση των παροχετεύσεων ή του καθετήρα , που είναι καθήκον της νοσηλεύτριας/του.
- Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο ή άλλες δυσκολίες
- Εξασφάλιση σωστής διαίτας στο χειρουργημένο ασθενή, η οποία αρχικά είναι υγρή και βαθμιαία προχωρεί σε ελαφρές πολτώδεις τροφές και κατόπιν αφήνεται ελεύθερη
- Τέλος, σπουδαίο παράγοντα της μετεγχειρητικής φροντίδας είναι η στοματική υγιεινή , που όχι μόνο ανακουφίζει τον

ασθενή αλλά και τον προφυλάσσει από στοματίτιδες και παρωτίτιδες.

#### **4.3.γ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ**

Οι κυριότερες μετεγχειρητικές δυσχέρειες είναι :

##### **α) Πόνος**

Η νοσηλεύτρια/της για να ανακουφίσει τον ασθενή από τον πόνο , του δίδει θέση η οποία να προκαλεί χαλάρωση των μυών , κάνει ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος, προστατεύει τον ασθενή κατά το βήχα ή τους εμέτους και χορηγεί αναλγητικά φάρμακα.

##### **β) Δίψα**

Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας και με χορήγηση υγρών δια της πεπτικής ή παρεντερικής οδού.

---

### γ) Έμετος

Εάν ο ασθενής έχει εμέτους, η νοσηλεύτρια/της τοποθετεί το κεφάλι του προς τα πλάγια. Μετά από κάθε εμετό, το στόμα του αρρώστου πλένεται με λίγο νερό και διατηρούνται καθαρά τα κλινοσκεπάσματα. Τα έχοντα σχέση με τους εμετούς (ποσό, συχνότητα, χαρακτήρας εμεσμάτων κλπ) πρέπει αναγράφονται στη λογοδοσία ή το νοσηλευτικό δελτίο του ασθενούς.

( Μ. Α. Μαλγαρινού, Σ. Φ. Κωνσταντινίδου, 1994 )

## **4.3.8 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

### α) Αιμορραγίες

Η νοσηλεύτρια/ της αντιμετωπίζει την εμφάνιση συμπτωμάτων αιμορραγίας ως εξής :

- Εάν η αιμορραγία είναι εξωτερική τοποθετεί, εάν είναι δυνατόν, πιεστικό επίδεσμο
- Εάν η αιμορραγία είναι εσωτερική δεν δίνει στον ασθενή τίποτα από το στόμα, ειδοποιεί την τράπεζα αίματος να ετοιμάσει αίμα, τον απαλλάσσει από οποιαδήποτε περίσφιξη, τον ζεσταίνει και προσπαθεί να τονώσει το ηθικό του
- Ο ιατρός χειρίζεται την πορεία της αγωγής του ασθενούς που αιμορραγεί

### β) shock ή καταπληξία :

Τα μετρα που λαμβάνει η νοσηλεύτρια/της για την αντιμετώπιση του shock, είναι τα ακόλουθα :

- Περιορισμός των κινήσεων του ασθενούς και χορήγηση υγρών από το στόμα
-

- Καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος , ορού ή πλάσματος μετά από εντολή γιατρού
- Τέλος , ο ασθενής ενθαρρύνεται και του απομακρύνεται κάθε ανησυχία

#### γ) Οι θρομβοφλεβίτιδες :

Η θρόμβωση του αγγείου εμφανίζεται με πυρετό, οίδημα και πόνο στην περιοχή του αποφραχθέντος αγγείου :

Η πρόληψη συνίσταται σε :

- Αποφυγή πιέσεως πάνω στις κνήμες
- Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι
- Ασκήσεις κάτω άκρων για επιβοήθηση της κυκλοφορίας
- Αποφυγή εντριβών των άκρων

Η θεραπεία συνίσταται σε :

- Απόλυτη ακινησία του άκρου , για να μη μετακινηθεί ο θρόμβος
- Έναρξη αντιπηκτικής αγωγής σύμφωνα με εντολή ιατρού.

(Μ. Α. Μαλγαρινού, Σ. Φ. Κωνσταντινίδου, 1995)

#### δ) εντερική απόφραξη

Εκδηλώνεται με οξύ πόνο στην κοιλιά , σαν κωλικός. Συνήθως παρουσιάζεται και πυρετός και αύξηση της συχνότητας των σφίξεων. Το εντερικό περιεχόμενο δεν προωθείται με αποτέλεσμα τη διάταση του εντέρου , παλινδρόμηση του περιεχομένου του εντέρου προς το στομάχι και αποβολή του εμέτου.

Η θεραπεία συνίσταται στη συνεχή αναρρόφιση με την οποία προλαμβάνεται η διάταση πάνω από την απόφραξη. Πολλές φορές

είναι απαραίτητη η χειρουργική επέμβαση για την αποκατάσταση του αποφραχθέντος εντέρου. Γίνονται παράλληλα ενδοφλέβιες χορηγήσεις για αντικατάσταση του νερού και των ηλεκτρολυτών. (Α. Σαχίνη, Μ. Πάνου, 1994)

#### 4.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμοσθεί εξωτερικά και εσωτερικά. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές της ακτινοθεραπείας διακρίνονται σε πρώιμες και όψιμες. Οι πρώιμες ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές είναι οι ακόλουθες:

1. Ακτινοδερματίτιδα
2. Ανασταλτική επίδραση στο μυελό των οργάνων
3. Βλάβη του βλεννογόνου των οργάνων

Οι όψιμες ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές είναι οι εξής :

1. Υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος
2. Καρκίνος του δέρματος, πνευμόνων και οστών
3. Βλάβη γεννητικών αδένων
4. Αλωπεκία
5. Νέφρωση, αυτόματα κατάγματα, βλάβη του φακού του ματιού

Η ακτινοβολία μπορεί επίσης να προκαλέσει φαινόμενα γενικής αντίδρασης όπως :

- Γενική καταβολή δυνάμεων
  - Ναυτία – εμετούς
  - Ανορεξία
  - Απώλεια βάρους
  - Πυρετική δεκαδική κίνηση
-



Η προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου στον οποίο πρόκειται να εφαρμοστεί εξωτερική ακτινοθεραπεία περιλαμβάνει τις παρακάτω εφαρμογές :

Η νοσηλεύτρια/της πρέπει να προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και να παρακολουθεί τον άρρωστο για ναυτία και εμετούς, να χορηγεί αναλγητικά πριν τη

θεραπεία, αν χρειάζεται και τέλος να φροντίζει το διαιτολόγιο του να είναι ελαφρύ με τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες.

Η προετοιμασία του αρρώστου για την εσωτερική εφαρμογή της ακτινοθεραπείας έχει σχέση με τον τρόπο χορήγησής της. Όταν το ραδιοϊσότοπο πρόκειται να εμφυτευτεί σε κοιλότητα οργάνου, ο άρρωστος προετοιμάζεται για χειρουργείο. Δεν χρειάζεται ειδική προετοιμασία όταν το ραδιοϊσότοπο χορηγείται από το στόμα ή ενδοφλέβια. Από τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό, ο άρρωστος απομονώνεται επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή, που εκπέμπει ακτινοβολία μέχρι να εξαντληθεί ή να αφαιρεθεί. (Μ. Α. Μαλαγαρινού, Σ. Φ. Κωνσταντινίδου, 1995)

#### **4.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η χρήση των κυτταροστατικών φαρμάκων στη θεραπεία της κακοήθους νόσου αυξήθηκε σημαντικά την τελευταία δεκαετία και αυτή η τάση συνεχίζεται. Η άριστη φροντίδα των ασθενών που δέχονται την χημειοθεραπεία θα είναι αποτελεσματική, εάν υπάρχει επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών/τριών και άλλου υγειονομικού προσωπικού.

### ΠΟΤΕ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ Η ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Για να εφαρμοσθεί η χημειοθεραπεία πρέπει να υπάρχουν ορισμένες προϋποθέσεις, κυρίως :

1. Να έχει ελεγχθεί η κατάσταση του μυελού των οστών
2. Να μην υπάρχουν λοιμώξεις ( η καταπολέμησή τους πρέπει να προηγηθεί )
3. Να είναι καλή η λειτουργία των νεφρών και ήπατος

Απόλυτη αντένδειξη χημειοθεραπείας αποτελεί η κύηση. Και πάνω απ' όλα να δειχθεί ο άρρωστος να του γίνει η χημειοθεραπεία. (Ε. Μπαρμπούνη – Κωνσταντάκου, 1991)

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΙΣ ΤΟΞΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

**1. Καταστολή του μυελού των οστών** παρατηρείται :

#### 1.1 Λευκοπενία

Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος. Σε απότομη πτώση λευκών η θεραπεία διακόπτεται και ενημερώνεται ο γιατρός . Η νοσηλεύτρια/της ελέγχει τη θερμοκρασία του σώματος σε τακτά χρονικά διαστήματα διότι μικρή άνοδος αυτής μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία και το δέρμα και τις κοιλότητες για λοίμωξη. Για την πρόληψη των λοιμώξεων πρέπει να τηρούνται τα εξής μέτρα :

- Εφαρμογή σχολαστική ατομικής καθαριότητας
  - Κάθε 4 – 6 ώρες γίνεται αντισηψία της στοματικής κοιλότητας
  - Μετά τη χορήγηση της τουαλέτας πλένεται καλά και στεγνώνεται η περιοχή του πρωκτού
-

- Αλλαγή της συσκευής του ορού κάθε 24 ώρες και της θέσης της βελόνας κάθε 48 ώρες

### 1.2 Θρομβοπενία

Παρακολουθούνται τα αιμοπετάλια, τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για αιματώματα, οι διάφορες κοιλότητες για ρινοουλορραγίες και αρτηριακή πίεση του αίματος.

Οι αιμορραγίες προλαμβάνονται ως εξής:

Οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις πρέπει να περιορίζονται και ασυνήθης αιμορραγία μετά από αυτές να γίνεται γνωστή στο γιατρό.

Η νοσηλεύτρια/της θα πρέπει να δίνει συμβουλές στον άρρωστο για τα μέτρα πρόληψης αιμορραγίας από τραύματα όπως από βίαιο καθαρισμό της μύτης, χρήση ακατάλληλης ξυριστικής μηχανής και σκληρής οδοντόβουρτσας.

### 1.3 Αναιμία

Ελέγχεται ο αιματοκρίτης, η αιμοσφαιρίνη και η παρουσία συμπτωμάτων όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση. Ο άρρωστος βοηθείται με διαιτολόγιο πλούσιο σε λεύκωμα και σίδηρο, αποφυγή κόπωσης, χορήγηση αίματος με οδηγία γιατρού.

## 2. Γαστρεντερικές διαταραχές

Εκδηλώνονται με:

### 2.1 Ναυτία, εμετούς

Παρακολουθείται η συχνότητα, ο χαρακτήρας και η ποσότητα των εμετών, η ανορεξία και η θρέψη. Η νοσηλεύτρια/της πρέπει να λαμβάνει μέτρα πρόληψης ναυτίας και εμετών όπως:

- Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων πριν ή μετά την εφαρμογή της χημειοθεραπείας
- Δίνονται μικρά κομμάτια πάγου μόλις παρουσιαστεί η ναυτία
- Η τροφή σερβίρεται μετά την υποχώρηση της ναυτίας
- Προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα σε συνεργασία με τον άρρωστο για το περιεχόμενο και την ώρα
- Χορηγούνται τροφές πολύ παγωμένες
- Ενισχύεται ο ασθενής να μασάει πολύ καλά την τροφή. Μετά από κάθε γεύμα πρέπει να γίνεται καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας

## 2.2 Διάρροια

Παρακολουθούνται το χρώμα και η ποσότητα της διαρροϊκής κένωσης, ο ασθενής για συμπτώματα αφυδατώσεως και μεταβολικής οξέωσης και αποφεύγονται τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα.

Για την αντιμετώπιση της διάρροιας η νοσηλεύτρια χορηγεί:

- Αντιδιαρροϊκά φάρμακα κατόπιν εντολής γιατρού
- Άφθονα υγρά και
- Εξασφαλίζει τη διατήρηση του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών

## 2.3 Στοματίτιδα

Εξετάζεται ο βλεννογόνος αμέσως μετά τη χορήγηση του φαρμάκου για ξηρότητα, ερυθρότητα και λευκές κηλίδες.

Ο άρρωστος παρακολουθείται καθημερινά για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο από όξινες τροφές και περιποιείται συστηματικά τη στοματική του κοιλότητα.

### **3. Ανοσοκατασταλτική επίδραση**

Ο άρρωστος ελέγχεται για πυρετό , ρίγος , πονόλαιμο. Προστατεύεται από μολύνσεις και αναβάλλεται – αν είχε προγραμματιστεί να γίνει - η ενεργητική ανοσοποίηση του αρρώστου για μερικούς μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

### **4. Αλλαγές στο δέρμα**

Εξετάζεται το δέρμα για λύση της συνέχειας του, διατηρείται καθαρό , προστατεύεται από ξηρότητα , την μεγάλη έκθεση στον ήλιο και σε τεχνητές υπεριώδεις ακτίνες.

Επίσης η νοσηλεύτρια/της πληροφορεί τον ασθενή σχετικά με την προστασία του δέρματος , τις αλλαγές στο χρώμα ( γίνεται πιο σκούρο ) κ.α.

### **5. Νευροτοξικότητα**

Παρακολουθείται ο ασθενής για συμπτώματα ήπιας νευροπάθειας όπως ελαφρύς πόνος στα χέρια και τα πόδια , αταξία , απώλεια συντονισμού παραλυτικός ειλεός.

Βοηθείται ο άρρωστος στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με την χρησιμοποίηση μέτρων ασφάλειας για την προστασία του και την διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση . ( Μ. Α. Μαλγαρινού , Σ. Φ. Κωνσταντινίδου , 1995)

### **6. Αλωπεκία**

Κατά την εφαρμογή της χημειοθεραπείας ο άρρωστος νιώθει φοβισμένος , ανασφαλής , ζει μια οδυνηρή εμπειρία διότι γνωρίζει ότι θα του πέσουν τα μαλλιά . Γι' αυτό η νοσηλεύτρια/της θα πρέπει να δράσει ψυχοθεραπευτικά για να καταστείλει τους φόβους του σε μεγάλο βαθμό, να τον βοηθήσει να δεχτεί την παροδική αλλαγή του

---

σωματικού του ειδώλου και να τον ενημερώσει ότι το τριχωτό της κεφαλής του θα αποκατασταθεί οχτώ περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.

Η νοσηλευτική παρέμβαση έχει μεγάλη σημασία για την ηθική και ψυχική ενίσχυση του ασθενούς γιατί δίνει τη δυνατότητα να αποκτήσει θάρρος και υπομονή και να ελαχιστοποιηθεί το ψυχικό του τραύμα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### 5.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ – ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΛΙΚΗ ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Η πλήρης παρεντερική διατροφή είναι ένα μέσο εξασφάλισης των θρεπτικών ουσιών με παρεντερική ενδοφλέβια χορήγηση , όταν δεν είναι δυνατή η χρησιμοποίηση της γαστρεντερικής οδού.

Η ολική παρεντερική διατροφή ενδείκνυται :

1. Σαν υποκατάστατο της σίτισης από το στόμα ή της τεχνητής διατροφής με ρινογαστρικό σωλήνα, όταν αυτοί οι τρόποι σίτισης δεν αποδίδουν ή είναι επικίνδυνοι για τον άρρωστο. Εφαρμόζεται τις πιο κάτω καταστάσεις :
    - α. Χρόνιος έμετος
    - β. Χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία καρκίνου
    - γ. Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
    - δ. Νευρογενής ανορεξία
  2. Σαν συμπλήρωμα σε αρρώστους με μεγάλες απώλειες αζώτου, όπως εγκαυματίες, άρρωστοι με μεταστατικό καρκίνο και αυτοί που κάνουν χημειο και ακτινοθεραπεία.
  3. Σαν μέσο που επιτρέπει την ξεκούραση του γαστρεντερικού σωλήνα:
    - α. Όταν υπάρχει γαστρεντερικό συρίγγιο
    - β. Σε βαριές και εκτεταμένες φλεγμονές του εντέρου
    - γ. Μετά από αφαίρεση μεγάλου τμήματος εντέρου
    - δ. Εντερικές αποφράξεις
-

Το διάλυμα που προορίζεται για την ολική παρεντερική διατροφή περιέχει πρωτεΐνες (ειδικά αμινοξέα), ηλεκτρολύτες, βιταμίνες, μέταλλα, λίπος, ινσουλίνη και 20 – 40% σάκχαρο. ( Α. Σαχίνη – Καρδάση, Μ. Πάνου, 1994)

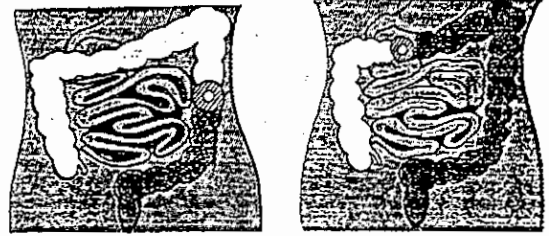
#### Νοσηλευτική φροντίδα

- Ακολουθούνται οι ιατρικές οδηγίες για το καθορισμένο διαιτολόγιο του αρρώστου
  - Ελέγχεται καθημερινά το βάρος του αρρώστου
  - Εξηγείται στον άρρωστο ότι οι αυξομειώσεις του σακχάρου είναι προσωρινές
  - Ελέγχονται τα ούρα για σάκχαρο και οξόνη και το αίμα για σάκχαρο
  - Παρακολουθούνται τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά
  - Εξηγείται στον άρρωστο ότι το αίσθημα της πείνας είναι φυσικό και ότι σιγά σιγά θα μειώνεται μέχρι να προσαρμοσθεί ο οργανισμός στο νέο τρόπο σίτισης
  - Αλλάζεται συχνά η γάζα που καλύπτει το σημείο καθετηριασμού υποκλείδιας
  - Διατηρείται ο άρρωστος καθαρός
  - Χρησιμοποιείται αντιαλλεργικό λευκοπλάστ. (Ε. Αθανάτου, 1995)
-



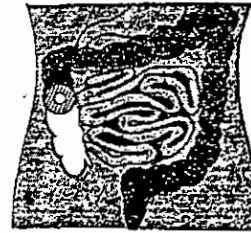
## 5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

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



### 1. Κατιούσα και σιγμοειδική κολοστομία

Συχνά ονομάζονται «στεγνές» κολοστομίες γιατί αν και δεν υπάρχει εκούσιος έλεγχος το κόλο μπορεί να παραγάγει σχηματισμένα κόπρανα. Η



πλύση, ένας υποκλυσμός που γίνεται καθημερινά ή μέρα παρα μέρα, μέσα από το στόμιο, μπορεί να ρυθμίσει την λειτουργία του εντέρου.

### 2. Εγκάρσια κολοστομία

- α. Το απέκκριμα μπορεί να είναι σχηματισμένα κόπρανα, συνήθως όμως είναι πολτώδες. Έλεγχος με την βοήθεια των πλύσεων είναι δυνατός σε ορισμένες περιπτώσεις, όχι όμως στην πλειοψηφία τους
- β. Ο άρρωστος, σχεδόν με βεβαιότητα, θα χρειάζεται σακό όλο τον καιρό
- γ. Το απέκκριμα μπορεί να περιέχει πεπτικά ένζυμα, η προστασία επομένως του δέρματος γύρω απ' το στόμιο είναι απαραίτητη.

### 3. Ανιούσα κολοστομία

Το απέκκριμα είναι υδαρές. Ρέει σχεδόν συνεχώς. Υπάρχει το πρόβλημα ερεθισμού του δέρματος. Η προστασία του δέρματος είναι απαραίτητη.

#### Σκοποί εκτέλεσης της κολοστομίας :

1. Μπορεί να αποτελεί το τελικό αποτέλεσμα της κοιλιοπερινεϊκής αφαίρεσης του εντέρου, που έγινε για θεραπεία καρκίνου του ορθού
2. Μπορεί να γίνει παρηγορητικά σε περιπτώσεις ανεγχείρητου καρκίνου του εντέρου
3. Μπορεί να αποτελεί παροδικό μέτρο για την προστασία αναστόμωσης, όπως μετά από κοιλιακό τραύμα ή για την επούλωση φλεγμαίνοντος εντέρου
4. Μπορεί να γίνει παροδικά για την αλλαγή διεύθυνσης κίνησης των κοπρανωδών μαζών κατά την διάρκεια ακτινοθεραπείας ή άλλης θεραπείας. (Α. Σαχίνη – Καρδάση, Μ. Πάνου, 1994)

Το βασικότερο πρόβλημα των αρρώστων αυτών είναι η δύσκολη παραδοχή της νέας πραγματικότητας που καταργεί προσωρινά τη φυσιολογική οδό αφόδευσης και δημιουργεί μια παρά φύση έδρα.

Αυτή η μορφή ακρωτηριασμού, δεν αποτελεί μόνο σωματικό τραύμα αλλά έχει και ψυχικές επιπτώσεις που μπορεί να ακολουθήσουν τον ασθενή σε όλη της διάρκεια της ζωής του. Οι ψυχοτραυματικές επιβαρύνσεις διαφοροποιούνται σε σχέση με πολλούς παράγοντες όπως της οικογένειας, το κοινωνικό και το επαγγελματικό περιβάλλον και πάνω απ' όλα η προσωπικότητα του ίδιου του ασθενούς.

Η σωστή προετοιμασία του ασθενούς πριν την εγχείρηση με την ενημέρωση από το γιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό παίζει βασικό ρόλο στην πορεία του αρρώστου.

Μετά την εγχείρηση οι περισσότεροι ασθενείς εκφράζουν ένα μόνο συναίσθημα, το φόβο, ο οποίος στην αρχή συνοψίζεται σε πρακτικά

προβλήματα όπως οι οσμές, οι θόρυβοι και διάρροιες και στη συνέχεια σε άγχος λόγω της έντονης αλλαγής που υφίσταται η εικόνα του σώματος του αφού το νέο άνοιγμα στο εμπρόσθιο μέρος του σώματος εύκολο παρατηρητέο τόσο από τον ίδιο όσο και από τους γύρω του.

Η περιποίηση της κολοστομίας γίνεται τα πρώτα 24ωρα άσηπτα όπως σε κάθε τραύμα και μετά την επούλωση του τραύματος γίνεται με καθαρή τεχνική. (Δ. Ιακωβίδου, 1991)

### **ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΜΙΟΥ – ΧΡΗΣΗ ΣΑΚΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΗ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ ΚΑΙ ΦΙΛΤΡΟ ΔΙΑΦΥΓΗΣ ΑΕΡΙΩΝ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Οι αυτοκόλλητοι σάκοι κολοστομίας εφαρμόζονται σε υγιές δέρμα. Για την αποφυγή πιθανού δερματικού ερεθισμού, που προκαλείται από τις επανειλημμένες αλλαγές των αυτοκόλλητων σάκων, εφαρμόζεται γύρω από το στόμιο ένα λεπτό στρώμα από ζελατινούχο πήκτωμα Skin Gel της Hollister.

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



στον σάκο ένα τσαλακωμένο χαρτοβάμβακα.

Ο σάκος κολοστομίας με αυτοκόλλητη επιφάνεια είναι μιας χρήσης. Η αλλαγή του σάκου επιβάλλεται, όταν γεμίσει ως τη μέση.

#### Νοσηλευτική διαδικασία

- ☑ Χρησιμοποιώντας διαμετρώμετρο στομίων, διαλέγεται το διαμέτρημα που εφαρμόζει πιο κοντά στο στόμιο χωρίς να το εγγίζει.
  - ☑ Δίδεται στον άρρωστο αναπαυτική θέση, τέτοια που να μπορεί να παρακολουθεί την όλη διαδικασία. Εξασφαλίζεται ιδιαιτερότητα.
  - ☑ Εξηγούνται στον άρρωστο οι λεπτομέρειες.
  - ☑ Αποκαλύπτεται η περιοχή του στομίου και αφαιρείται ο σάκος της κολοστομίας.
  - ☑ Τοποθετείται πεδίο κάτω από το στόμιο.
  - ☑ Τοποθετείται το νεφροειδές (καλυμμένο από τη μια πλευρά με χαρτοβάμβακα) κάτω από το στόμιο σε εφαρμογή με το σώμα.
  - ☑ Καθαρίζεται καλά με χλιαρό νερό ή σαπουνόνερο (σαπούνι γλυκερίνης) και στεγνώνεται η περιοχή του δέρματος γύρω από το στόμιο με απαλές κινήσεις.
  - ☑ Πλένονται τα χέρια και μετά ανοίγεται το σετ αλλαγής.
  - ☑ Καθαρίζεται το στόμιο, χρησιμοποιώντας λαβίδα με Physotlex και ισότονο διάλυμα NaCl, αρχίζοντας από το κέντρο προς την περιφέρεια με κυκλικές κινήσεις, όσες φορές χρειαστεί για να μείνει το στόμιο καθαρό.
  - ☑ Απομακρύνεται το νεφροειδές με το χαρτοβάμβακα και στεγνώνεται καλά το στόμιο με ήπιες κινήσεις.
  - ☑ Αν υπάρχει ένδειξη δερματικού ερεθισμού γίνεται επάλειψη με ζελατινούχο πήκτωμα (Skin Gel).
-

- Αφαιρείται το προστατευτικό χαρτί μόνο από το κεντρικό τμήμα της αυτοκόλλητης επιφάνειας.
- Κρατώντας από το προστατευτικό των δύο στεγνών λωρίδων, στα πλάγια, φέρνετε το κέντρο του ανοίγματος στο κέντρο του στομίου.
- Εφαρμόζεται πρώτα το κάτω μέρος της αυτοκόλλητης επιφάνειας αρχίζοντας την τοποθέτηση ακριβώς κάτω από το στόμιο και ύστερα το πάνω μέρος.
- Αν το στόμιο είναι ασύμμετρο, για να καλυφθούν οι δερματικές πτυχές χρησιμοποιείται πάστα Karaya.
- Αφαιρείται το πεδίο και τοποθετείται ο άρρωστος σε αναπαυτική θέση.
- Απομακρύνονται τα αντικείμενα και πετάγεται ο χρησιμοποιημένος σάκος στο δοχείο απορριμμάτων της τουαλέτας.

## ΠΛΥΣΗ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

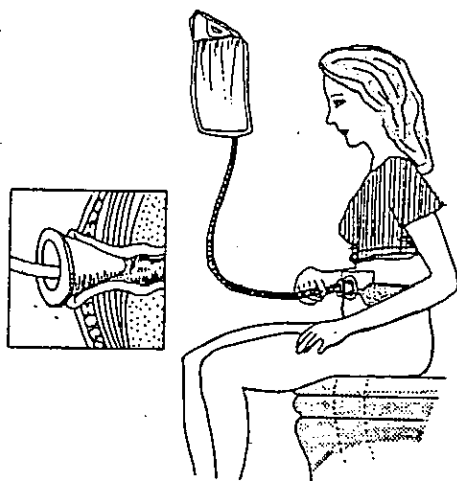
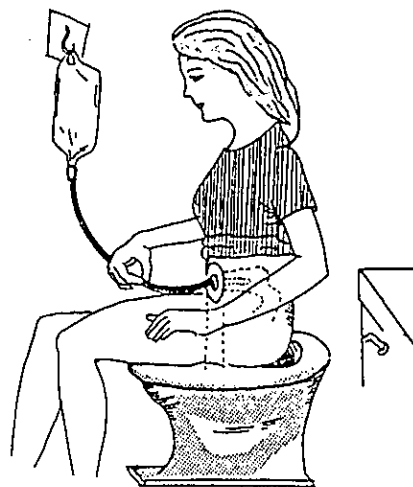
### Σκοποί :

1. Να βοηθήσει στο άδειασμα του κόλου από το περιεχόμενό του : κόπρανα, αέρια, βλέννα.
2. Να καθαρίσει το περιφερικό τμήμα του εντέρου.
3. Να βοηθήσει στο να εγκαθιδρυθεί ένα προγραμματισμένο άδειασμα του εντέρου, ώστε να είναι δυνατή η ανάληψη κανονικών δραστηριοτήτων από το άτομο.

### Νοσηλευτική διαδικασία :

- ◆ Διαλέγεται ο κατάλληλος χρόνος για την πλύση και γίνεται την ίδια πάντα ώρα της κάθε ημέρας.
  - ◆ Ενημερώνεται ο άρρωστος για το είδος της νοσηλείας και προτρέπεται να παρακολουθεί τη διαδικασία.
-

- ◆ Κρεμάται το δοχείο πλήσης με το διάλυμα σε ύψος 45 – 50 cm πάνω από το στόμιο.
- ◆ Ο άρρωστος τοποθετείται στη λεκάνη της τουαλέτας ή σε μια καρέκλα μπροστά στην τουαλέτα.
- ◆ Αφαιρούνται οι γάζες και ο σάκος και τοποθετούνται στο δοχείο απορριμμάτων.
- ◆ Τοποθετείται το μανίκι πλήσης στο στόμιο και το άλλο άκρο του μέσα στην λεκάνη.
- ◆ Αφήνεται λίγο διάλυμα να τρέξει μέσα από τον σωλήνα και τον καθετήρα ή κώνο.
- ◆ Τοποθετείται ο καθετήρας μέσα στο στόμιο αφού πρώτα αλείφεται με γλισχραντική ουσία. (όχι πάνω από 8 cm)
- ◆ Αν ο καθετήρας δεν προχωρεί εύκολα αφήνεται το νερό να ρέει αργά, ενώ ήπια θα σπρώχνεται τον καθετήρα.
- ◆ Αν ο άρρωστος αισθανθεί κράμπα, κλείνετε ο σωλήνας και αφήνεται ο άρρωστος να ξεκουραστεί. Το νερό πρέπει να μπει σε 5 – 10 min. Μετά αφαιρείται ο κώνος.
- ◆ Αφήνεται χρόνος 10 – 15 min για τη μέγιστη επιστροφή. Κατόπιν αφού στεγνώσει το κάτω άκρο του μανικού κλείνεται με Kokher.
- ◆ Αφήνεται το μανίκι στη θέση του περίπου 20 min καθώς ο άρρωστος θα σηκωθεί και θα κινηθεί.



- ◆ Καθαρίζεται η επιφάνεια με σαπούνι και νερό και γίνεται επάλειψη του περιτομιακού δέρματος με Kaoya. Αντικαθίστανται ο σάκος και οι γάζες.
- ◆ Καθαρίζονται τα αντικείμενα με σαπούνι και νερό, στεγνώνονται και φυλάσσονται σε καλά αεριζόμενο χώρο.

**ΕΞΟΔΟΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
ΜΕ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ  
ΣΧΕΔΙΟ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ**

- ◆ Ο ασθενής εκπαιδεύεται κατά την διάρκεια παραμονής του στο νοσοκομείο για τη φροντίδα της στομίας, την αλλαγή και το άδειασμα του σάκου.
- ◆ Διδάσκεται στον τρόπο φροντίδας του δέρματος γύρω από τη στομία.
- ◆ Ενημερώνεται πως η κολοστομία δεν αποτελεί εμπόδιο για καμιά άσκηση ή άθλημα. Η κολύμβηση και το βάδισμα θεωρούνται απαραίτητα. Βοηθούν στον να αισθάνεται ο ασθενής ευεξία και στην κατά το δυνατόν φυσιολογική λειτουργία του εντέρου.
- ◆ Στη διάρκεια του ύπνου μπορεί αν πάρει οποιαδήποτε θέση.
- ◆ Εξηγείται στον ασθενή ότι στην αρχή θα ακολουθήσει δίαιτα χωρίς φυτικό υπόλειμμα. Η επιστροφή σε κανονική δίαιτα πρέπει να γίνει σταδιακά με την προσθήκη φυτικού υπολείμματος.
- ◆ Ενημερώνεται για την αποφυγή τροφών που προκαλούν μετεωρισμό, π.χ. φασόλια, λάχανο και τροφών που σχετίζονται με την πρόκληση οσμής, π.χ. κρεμμύδια, αρακάς. (Α. Σαχίνη – Καρδάση, Μ. Πάνου, 1994)

### **5.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Η νοσηλεύτρια/της πρέπει να δημιουργήσει μια ειλικρινή μέθοδο επικοινωνίας με τον ασθενή και το περιβάλλον του. Με την υιοθέτηση πλήρους επικοινωνίας εμπνέεται και κερδίζεται η ενεργός συμμετοχή του ίδιου και της οικογένειάς του στο πρόγραμμα, καλλιεργείται αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης και ο ασθενής εκδηλώνει την λύπη του και τον θυμό του για να μην απομονωθεί συναισθηματικά.

Επιπλέον ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να ενισχύει την αυτοεκτίμηση του αρρώστου με το να επαινεί την αυτοφροντίδα, να αποδέχεται τις αντιδράσεις του με το να δημιουργεί ευκαιρίες να ρωτά ο άρρωστος και να λύνει τις απορίες του.

Τέλος, πρέπει να τον βοηθά να γίνει ικανός για ρεαλιστική αντιμετώπιση της κατάστασής του, να συγκεκριμενοποιεί τα προβλήματα του και να θεωρεί τον εαυτό του ικανό να τα αντιμετωπίσει.

Σκοπός λοιπόν κάθε νοσηλευτή/τριας για την αποκατάσταση του ασθενή πρέπει να είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του με την μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας και την ελαχιστοποίηση της εξάρτησής του, ανεξάρτητα από το προσδόκιμο επιβίωσης. (Ε. Πατηράκη – Κουρμπάνη, 1991)

### **5.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ / ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ ΣΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ**

Στο τελευταίο τέταρτο του αιώνα έχει γίνει μεγάλη πρόοδος στο θέμα της κατανόησης και γνώσης των αιτιών του καρκίνου και της θεραπευτικής του αντιμετώπισης. Ταυτόχρονα, μεγάλη πρόοδος έχει σημειωθεί και στο πεδίο της

---



κλινικής φροντίδας του αρρώστου με καρκίνο στο τελικό στάδιο ( Κ. Κανδύλης, 1993)

Σαν καρκίνο «τελικού σταδίου» ορίζουμε την κατάσταση εκείνη του ασθενούς κατά την οποία κανένας από τους θεραπευτικούς χειρισμούς δεν μπορεί πλέον να εφαρμοστεί.

Ως προς την επιλογή των σωστών θεραπευτικών ενεργειών στο τελικό στάδιο του καρκίνου οι παρακάτω αρχές είναι ίσως χρήσιμες.

A. Ο στόχος του γιατρού για την αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου τελικού σταδίου έρχεται όπως είναι ευνόητο σε κατώτερη μοίρα απ' αυτόν της ανακούφισης των συμπτωμάτων. Η ανακούφιση αυτή πρέπει να απευθύνεται και στα σωματικά και στα ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

B. Η θέληση του αρρώστου πρέπει να οδηγεί τα βήματα των γιατρών και των άλλων νοσηλευτών. Αυτός είναι ο σημαντικότερος κανόνας. Οι κλινικοί θεραπευτικοί χειρισμοί πρέπει να αντανακλούν τις προσωπικές επιλογές του αρρώστου. Οι θεραπείες που επιμηκύνουν τη ζωή του αρρώστου επιμηκύνοντας ταυτόχρονα και τα διάφορα προβλήματα από την αρρώστια μπορεί να διακοπούν αν αυτό είναι επιθυμία του αρρώστου. (Δ. Σκάρλος, 1991)

---

**ΕΙΔΙΚΟ  
ΜΕΡΟΣ**

## 1.1 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

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

Η Νοσηλευτική διεργασία αποτελεί μια σειρά διανοητικών ενεργειών και σκέψεων που οδηγούν σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες βασίζονται στην αξιολόγηση του ατόμου και κατευθύνονται προς τους σκοπούς που έχουν τεθεί. Η τοποθέτηση σκοπών κάνει σαφές τι ακριβώς θέλει να πετύχει η νοσηλευτική παρέμβαση ή τι θέλει να μεταβάλλει σε σχέση με την κατάσταση του συγκεκριμένου ατόμου. Τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων κρίνονται και επανακρίνονται συνέχεια με σκοπό την αναπροσαρμογή ή την αλλαγή του προγράμματος ή των ίδιων των παρεμβάσεων.

Ο επιστημονικός αυτός τρόπος εργασίας δεν χρησιμοποιείται μόνο από τους νοσηλευτές αλλά και από άλλους επιστήμονες στο χώρο της υγείας και ιδιαίτερα τους γιατρούς, με τη διαφορά ότι τα προβλήματα που διαπιστώνονται είναι διαφορετικά. Βασικά ο γιατρός ερευνά μόνο προβλήματα που έχουν σχέση με την αρρώστια, με σκοπό την διάγνωση και την θεραπεία.

Ο Νοσηλευτής δεν σκοπεύει μόνο στην αρρώστια αλλά κυρίως στην σημάσια και τις επιπτώσεις που έχει η αρρώστια αυτή, η εισαγωγή στο νοσοκομείο, ή οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα στο συγκεκριμένο άτομο, στην οικογένεια του αρρώστου και στην κοινότητα. Μελετά τις ψυχολογικές, πνευματικές και κοινωνικές επιπτώσεις. (Κυριακίδου Θ. Ε., 1995)

---

**1.2 ΟΛΙΣΤΙΚΙΚΗ ΚΑΙ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ  
ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ**

## ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α΄

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α΄**

Η ασθενής Κ.Μ. ηλικίας 63 ετών, βάρους 64 Kg, έγγαμη με ένα παιδί, κάτοικος Πατρών, εισήλθε στις 31/1/00 στην Χειρουργική Κλινική του Γ.Π.Ν. Πατρών «Άγιος Ανδρέας», με τα εξής συμπτώματα :

Δυσκοιλιότητα από τριημέρου, πόνος αριστεράς κοιλίας από 10ημέρου, καταβολή δυνάμεων, και απώλεια βάρους (έχασε 4 κιλά σε 1 μήνα). Επιπλέον, η ασθενής ανέφερε 3 μελαινες κενώσεις προ δεκαπενταημέρου.

Κατά την εισαγωγή τα ζωτικά σημεία της ασθενούς ήταν τα εξής : Θ : 36,8 °C

ΑΠ : 120/70 mmHg

Σφ : 72/ min

Ατομικό ιστορικό :

- προ 18ετίας παρουσίασε πολύποδα φωνητικών χορδών ο οποίος και αφαιρέθει
- προ 2ετίας αφαιρέθη κεφαλή αριστερού ισχίου (αρθροπλαστική)

Την ημέρα εισαγωγής της ασθενούς στο νοσοκομείο έγιναν οι εξής διαγνωστικές εξετάσεις :

- Ακτινογραφία θώρακος : ΚΦ
- Γενική αίματος : Ht : 33%

Hb : 11 gr/ dl

Αιμοπετ.: 300.000/mm<sup>3</sup>

Λευκά : 6.200/ mm<sup>3</sup>

Την 6/2/00 άρχισε η προετοιμασία για βαριούχο υποκλυσμό ο οποίος προγραμματίστηκε για την επόμενη μέρα. Στον βαριούχο υποκλυσμό διαπιστώθηκε στην περιοχή του σιγμοειδούς πίεση και μετατόπιση του

---

τοιχώματος του κόλου το οποίο εμφανίζει μεγάλου βαθμού στένωση. Τελική διάγνωση : Ca σιγμοειδούς.

Η ασθενής υποβλήθηκε στις 8/2/00 ώρα 10 : 40 σε χειρουργική επέμβαση (τυπική αριστερά ημικολεκτομή, μόνιμη κολοστομία).

Επιστρέφει στην κλινική στις 13 : 30 με τα εξής ζωτικά σημεία : ΑΠ : 130/ 80mmHg

Θ : 37,2 °C

Σφ : 80 min

Φέρει ορρό L/R 1000cc από περιφερική φλέβα, καθετήρα κύστεως Folley, ROP για παροχέτευση του τραύματος και σάκο κολοστομίας. Επί πόνου δίδεται Zideron amp IM και επί πυρετού Apotel amp IM ύστερα από ιατρική οδηγία.

Η ασθενής ετέθη σε αντιβιοτική αγωγή (Mandokef fl 1 x 2, Metrogyl fl 1 x 3) από τις 7/2 – 15/2/00, και σε αντιπηκτική αγωγή ( Innohep 3.500/0,35ml IU) από τις 7/2 – 13/2/00.

Στις 10/2/00 έγινε καθετηριασμός της υποκλειδίου (AP) φλέβας της ασθενούς για ολική παρεντερική διατροφή.

Η ασθενής εξήλθε την 18/2/00 συνοδευόμενη από τον σύζυγο και το παιδί της. Τελικά με την βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού η ασθενής απέκτησε αρκετή δύναμη και θάρρος για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα υγείας που της παρουσιάστηκε και ενισχύθηκε η αυτοεκτίμησή της.

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ  
ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ**



ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Η ασθενής εισήλθε στις 31/1/00.</p> <p>α. Δυσκοιλιότητα από 3ημέρου</p>	<p>Αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντερικού σωλήνα</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορήγηση ελαφράς διαίτας πλούσιας σε φυτικές ίνες</li> <li>Χορήγηση υπακτικών φαρμάκων</li> <li>Ενθαρρύνεται η ασθενής να πίνει άφθονα υγρά ημερησίως</li> <li>Ενημερώνεται η ασθενής να παίρνει κατάλληλη θέση κατά την διάρκεια της αφόδευσης</li> <li>Κινητοποίηση της ασθενούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Δόθηκε η εξής διαίτα : πρωί: γάλα με φρυγανιές μεσημέρι: ψάρι βραστό με χόρτα και πορτοκάλι βράδυ: σούπα κοτόπουλο με κριθαράκι και καρότα</li> <li>Χορηγήθηκε Duphalac sir 10cc x 3 για 3 ημέρες</li> <li>Η ασθενής πίνει 4 ποτήρια νερό ημερησίως</li> <li>Η ασθενής πήρε την κατάλληλη θέση κατά την αφόδευση, κλίση του σώματος προς τα εμπρός και κάμψη των γονάτων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ύστερα από την χορήγηση της συγκεκριμένης διαίτας η φυσιολογική λειτουργία του εντέρου αρχίζει να αποκαθίσταται. Η ασθενής κενούται 1 φορά ημερησίως από τις 2/2/00</li> <li>Η χορήγηση του Duphalac ελαττώνει το pH του εντερικού αυλού και αυξάνει την οσμωτική πίεση με αποτέλεσμα την αύξηση του κατακρατούμενου ύδατος που καθιστά τα κόπρανα μαλακότερα. Η αύξηση</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<ul style="list-style-type: none"><li>• Η άρρωστος έκανε βήματα (βάδην) στο διάδρομο.</li></ul>	<p>του όγκου των κοπράνων αυξάνει τον περισταλτισμό του εντέρου εξαφανίζοντας την δυσκοιλιότητα</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Η χορήγηση των υγρών συνέβαλε στην κινητικότητα του εντέρου</li><li>• Η ασθενής εξέφρασε ότι διευκολύνθηκε με τη θέση που πήρε</li><li>• Η κινητοποίηση της ασθενούς αύξησε την περισταλτικότητα και κινητικότητα του εντέρου</li></ul>

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
α. Ενοχλητικός πόνος με περιόδους ύφεσης και έξαρσης στο υπογάστριο από 10ημέρου	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ανακούφιση από τον πόνο</li> <li>• Εξάλειψη του πόνου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορήγηση φαρμάκων κατόπιν ιατρικής οδηγίας</li> <li>• Λαμβάνεται πρόνοια για την σωστή θέση του σώματος</li> <li>• Ενθάρρυνση για επαρκή ύπνο και ανάπαυση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορηγήθηκε tb Lonarid-N μετά από ιατρική οδηγία</li> <li>• Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ύπτια θέση με κάμψη των γονάτων</li> <li>• Η ασθενής κοιμάται 8 ώρες ημερησίως</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μετά τη χορήγηση του Lonarid-N ο πόνος ελαττώθηκε. Το Lonarid-N είναι ένα καλό ανεκτό και δραστικό αναλγητικό φάρμακο. Χαρακτηρίζεται από γρήγορη έναρξη της ενέργει-ας, μετά από 10-20 λεπτά &amp; διάρκεια δράσης 4-6 ώρες</li> <li>• Η συγκεκριμένη θέση συμβάλλει στη χαλά-ρωση των κοιλιακών μυών</li> <li>• Η ασθενής κατάφερε να ηρεμήσει και να ανακουφιστεί από τον πόνο ύστερα από επαρκείς ώρες ύπνου</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>γ. Καταβολή δυνάμεων. Διακρίνεται κόπωση, μείωση της αντοχής κατά τη διάρκεια των φυσικών δραστηριοτήτων και δυσκολία συγκέντρωσης.</p>	<p>Επανάκτηση των δυνάμεων της ασθενούς όσο αυτό είναι εφικτό</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορήγηση σακχαρούχων ορών και βιταμινών</li> <li>Συμπληρωματική χορήγηση σιδήρου ύστερα από ιατρική οδηγία</li> <li>Επαρκής ανάπαυση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορηγήθηκε D/W 5% 1000cc με 1 amp Evaton για 3 ημέρες</li> <li>Δόθηκε συμπληρωματικός σίδηρος amp venofer 4 ml 1 x 2 για 2 ημέρες σε 100cc N/S 0,9%</li> <li>Η ασθενής κοιμάται 8 ώρες ημερησίως</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Η ασθενής κατάφερε να ανακτήσει τις δυνάμεις της σε μεγάλο βαθμό</li> <li>Σ' αυτό βοήθησε ο σίδηρος και η βιταμίνη. Το Venofer επιταχύνει την βαθμιαία απορρόφηση και αποθήκευση του σιδήρου στα διάφορα μέρη του σώματος. Γι' αυτό δεν παρατηρείται γαστρεντερική δυσανεξία.</li> <li>Η Evaton αποτελεί έξοχο συνδυασμό λιποδιαλυτών βιταμινών. Είναι άριστος αιμοποιητικός και τονωτικός παράγοντας. Ρυθμίζει επίσης</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>δ. Μέλαινα κένωση στις 4/2/00. (μια φορά). Αποβολή κοπράνων με έντονο ερυθρό χρώμα.</p> <p>Η ασθενής αναφέρει μέλαινες κενώσεις (3) 15 ημέρες πριν την είσοδό της στο νοσοκομείο.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να σταματήσει η αιμορραγία.</li> <li>• Να αντιμετωπιστεί η μέλαινα κένωση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έλεγχος Ht, Hb για τυχόν αναιμία</li> <li>• Λήψη ζωτικών σημείων ανα 6 ώρες</li> <li>• Ενημέρωση της ασθενούς για παραμονή στο κρεβάτι</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Λόγω πτώσεως του Ht (31%), Hb (10,3 gr/dl) χορηγήθηκε 1 μονάδα ολικού αίματος</li> <li>• Παρακολουθήθηκε για σημεία άμεση αντίδρασης.</li> <li>Έγινε λήψη ζωτικών σημείων ΑΠ=105/65 mmHg Θ=36,6°C, Σφ=75/min</li> </ul>	<p>τη λειτουργία πολλών ενζύμων που υπεισέρχονται στο μεταβολισμό.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο επαρκής ύπνος βοηθά στην χαλάρωση της ασθενούς και στην ανάκτηση των ψυχικών και σωματικών της δυνάμεων.</li> <li>• Η παρουσία αίματος στα κόπρανα.</li> <li>• Έγινε επανέλεγχος του Ht : (36%)</li> <li>• Τα πλεονεκτήματα του αίματος είναι τα εξής : -Αποκατάσταση και διατήρηση του όγκου του</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής ενημερώθηκε να παραμείνει στο κρεβάτι</li> </ul>	<p>αίματος</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Αποκατάσταση του όγκου του πλάσματος και της πυκνότητας των λευκωματών του</li> <li>-Αντιστάθμιση της ελατώσεως των ερυθροκυττάρων ή της αιμοσφαιρίνης</li> <li>-Χορήγηση παραγόντων για αποκατάσταση διαταραχών της πήκτικότητας του αίματος</li> <li>• Η ασθενής πήρε όλον τον ασκό χωρίς να εμφανίσει σημεία άμεσης αντίδρασης</li> <li>• Δεν υπήρξε παρέκκλιση από τις φυσιολογικές τιμές</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
ε. Απώλεια βάρους. Η ασθενής έχασε 4 κιλά σε διάστημα 1 μήνα	Να επανέλθει η ασθενής στο κανονικό σωματικό της βάρος	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορήγηση διαίτας πλούσιας σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία</li> <li>Χορήγηση βιταμινούχων σκευασμάτων ανώτερης βιολογικής αξίας</li> <li>Ανάπαυση της ασθενούς στο κρεβάτι</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Συνεχίζεται το ίδιο διαιτολόγιο</li> <li>Χορηγήθηκε Ensure plus peros 1 x 2</li> <li>Η ασθενής παρέμεινε στο κρεβάτι</li> </ul>	<p>των ζωτικών σημείων</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Η ασθενής με τη παραμονή στο κρεβάτι δεν αισθάνεται κόπωση</li> </ul>
				<ul style="list-style-type: none"> <li>Μετά από την χορηγούμενη διαίτα η ασθενής πήρε 1 κιλό, 4 μέρες μετά της εισαγωγής της</li> <li>Σ' αυτό βοήθησε και το βιταμινούχο σκεύασμα Ensure plus. Το Ensure plus αποτελείται από 16,7% πρωτεΐνες, 30% λίπη, και 53,3% υδατάνθρακες. Περιέχει 375 Kcal/250ml και χορηγείται σε ασθενείς με</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
στ. Ανισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών	Αποκατάσταση του υδατο-ηλεκτρολυτικού ισοζυγίου	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορήγηση ορρών</li> <li>Τήρηση δελτίου και προσλαμβανόμενων υγρών και αποβαλλομένων υγρών 24ώρου</li> <li>Βιοχημικός έλεγχος των ηλεκτρολυτών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορηγήθηκε το εξής σχήμα : D/W 5% 1000cc 1 x 1 N/S 0,9% 1000cc 1 x 1 με Kcl 1 x 2</li> <li>Έγινε μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών Προσλαμβανόμενα= 3000ml Αποβαλλόμενα= 3000ml</li> <li>Έγινε έλεγχος ηλεκτρολυτών : <math>K^+ = 4,9 \text{ mmol/l t}</math> <math>Na^+ = 142 \text{ mmol/l t}</math></li> </ul>	<p>αυξημένες ανάγκες πρωτεϊνών και θερμίδων.....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Αποκαταστάθηκε η διαταραχή του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών</li> <li>Ο έλεγχος των ηλεκτρολυτών έδειξε ότι δεν παρέκκλιναν από τις φυσιολογικές τιμές</li> </ul>



ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
ζ. Βαριούχος υποκλυσμός στις 7/2/00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διερεύνηση του εντέρου για νεοπλασία</li> <li>• Σωστή ιατρονοσηλευτική και θεραπευτική αντιμετώπιση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής τίθεται σε υδρική διαίτα μια μέρα πριν την εξέταση</li> <li>• Δίδεται καθαρτικό από το στόμα μια μέρα πριν την εξέταση</li> <li>• Η ασθενής ενημερώνεται για το είδος και την σημασία της εξέτασης και ενισχύεται ψυχολογικά</li> <li>• Μεταφορά της ασθενούς στο ακτινολογικό εργαστήριο</li> <li>• Μετά την εξέταση γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής ετέθη σε υδρική διαίτα</li> <li>• Δόθηκε 1 fl x - Preq sir 75 ml</li> <li>• Ενημερώθηκε για την σημασία και το είδος της εγχείρησης και ενισχύθηκε ψυχολογικά</li> <li>• Η ασθενής μεταφέρθηκε στο ακτινολογικό τμήμα χωρίς την παρουσία νοσηλεύτριας της Νοσηλευτικής Μονάδας</li> <li>• Έγινε καθαρτικός υποκλυσμός μετά την εξέταση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ολοκληρώθηκε η διαγνωστική εξέταση χωρίς κανένα πρόβλημα</li> <li>• Το X - preq συνέβαλε στην κένωση του εντερικού σωλήνα. Είναι καθαρό εκχύλισμα καρπών σένας. Διευγείρει την εντερική κινητικότητα κυρίως του παχέος εντέρου &amp; μειώνει την απορρόφηση ύδατος &amp; ηλεκτρολυτών</li> <li>• Ο καθαρτικός υποκλυσμός μετά την εξέταση γίνεται για να αποφευχθεί η δυσκοιλιότητα που προκαλεί το βάριο</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
η. Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως	Πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών από την ουροδόχο κύστη	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τοποθέτηση καθετήρα κύστεως Foley</li> <li>• Τήρηση αυστηρής άσηπτης τεχνικής κατά την τοποθέτηση</li> <li>• Μέτρηση ούρων 24ώρου</li> <li>• Τήρηση άσηπτης τεχνικής κατά την αλλαγή του ουροσυλλέκτη</li> <li>• Έλεγχος των ούρων για την ύπαρξη μεταβολής του χρώματος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τοποθετήθηκε καθετήρας κύστεως Foley No 22 με άσηπτη τεχνική</li> <li>• Έγινε μέτρηση των ούρων Ούρα 24 ώρου = 2400 ml</li> <li>• Τηρήθηκε άσηπτη τεχνική κατά την αλλαγή του ουροσυλλέκτη</li> <li>• Έγινε έλεγχος του χρώματος των ούρων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τα ούρα παροχετεύτηκαν κανονικά και δεν εμφανίσθηκαν επιπλοκές</li> <li>• Δεν παρατηρήθηκε λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος</li> <li>• Δεν διαπιστώθηκε διαταραχή του ισοζυγίου των υγρών</li> <li>• Δεν υπήρξε αλλαγή στο χρώμα των ούρων ( χρώμα φυσιολογικό)</li> </ul>
θ. Χειρουργική Επέμβαση στις 8/2/00 (τυπική αριστερά ημικολεκτομή, μόνιμη κολοστομία).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προεγχειρητική ετοιμασία</li> <li>• Πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εξηγείται στον ασθενή το είδος και η αναγκαιότητα της εγχείρησης</li> <li>• Τόνωση ηθικού</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής ενημερώθηκε για την φύση της εγχείρησης και υπήρξε η κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη</li> </ul>	

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προετοιμασία του εντερικού σωλήνα για την επέμβαση</li> <li>• Καλλωπισμός της χειρουργικής περιοχής</li> <li>• Έναρξη αντιπηκτικής και αντιβιοτικής αγωγής μια μέρα πριν την επέμβαση</li> <li>• Χορήγηση προνάρκωσης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής ετέθη σε υδρική δίαιτα μια μέρα πριν την επέμβαση. 10 ώρες πριν το χειρουργείο δεν χορηγείται τίποτα από το στόμα. Έγινε καταρτικός υποκλυσμός (Fleet enema) 24 ώρες πριν την εγχείρηση</li> <li>• Έγινε ο καλλωπισμός της χειρουργικής περιοχής</li> <li>• Εδόθη Innoher 3500/0,35 ml IU inj υποδοριώς. Το αντιβιοτικό σχήμα που ετέθη είναι το εξής : Mandokef 1gr fl 1 x 2 IV, Metrogl fl 500gr/ 100ml IV 1 x 3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ολοκληρώθηκε η προεγχειρητική ετοιμασία</li> <li>• Ο υποκλυσμός απέδωσε</li> <li>• Η αντιπηκτική αγωγή συντελεί στην πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας.</li> <li>Η Innoher μειώνει την πήκτικότητα του αίματος μέσα στα αγγεία κατά την εξωσωματική κυκλοφορία</li> <li>• Η αντιβιοτική αγωγή είναι σημαντική για την πρόληψη προεγχειρητικών διεγχειρητικών λοιμώξεων.</li> <li>Το Mandokef καλύπτει Gram+, Gram-</li> </ul>	

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Μισή ώρα πριν το χειρουργείο χορηγήθηκε προνάρκωση pethidine 100mg ενδομυκώς.</li> </ul>	<p>μικροοργανισμούς ανήκει στις κεφαλοσπορίνες και αποτελεί μια μεγάλη ομάδα αντιβιοτικών που δομικά έχουν σχέση με τις πενικιλίνες. Έχουν ευρύ φάσμα αντιβακτηριακής δράσης. Το Metrogl δρα αποτελεσματικά επί των αναεροβίων μικροβίων. Είναι καλώς ανεκτό και τα επίπεδα του φαρμάκου στο αίμα και τους ιστούς είναι κατά πολύ υψηλότερα από εκείνα τα οποία θεωρητικώς απαιτούνται για επιτυχή αντιμικροβιακή θεραπεία.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1. Αρνητική ψυχολογία της ασθενούς (ανησυχία και φόβος για την εγχείρηση που θα ακολουθήσει)	Τόνωση ηθικού της ασθενούς και μείωση της ψυχολογικής έντασης (stress)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να ενημερωθεί με περισσότερες λεπτομέρειες για την εγχείρηση</li> <li>• Να προετοιμαστεί ψυχολογικά για την αλλαγή του σωματικού της ειδώλου</li> <li>• Να κερδίσει η εμπιστοσύνη της αρρώστου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Πραγματοποιήθηκε ο διάλογος και η ενημέρωση</li> <li>• Δόθηκαν οι απαντήσεις στα ερωτήματα της ασθενούς</li> <li>• Η ασθενής κατανόησε ότι θα γίνει αλλαγή του σωματικού της ειδώλου</li> <li>• Χορηγήθηκε tb Lexotanil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η πεθιδίνη χορηγείται προ-αναισθητικά για να ηρεμήσει ο ασθενής, να μειωθεί η απαιτούμενη δόση αναισθητικού και να αντισταθμιστεί η υπερπαραγωγή βλέννας και σιέλου.</li> </ul>
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς από την νοσηλεύτρια είχε θετικά αποτελέσματα</li> <li>• Η άρρωστη κατόρθωσε να εξωτερικεύσει τους φόβους και τα συναισθήματά της, να εμπιστευτεί την νοσηλεύτρια και να ανακουφιστεί</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων</li> </ul>	3mg 1 x 1 (βράδυ) πριν την εγχείρηση	<ul style="list-style-type: none"> <li>Για την χαλάρωση της ασθενούς συνέβαλε η χορήγηση του Lexotanil. Το Lexotanil ελαττώνει εκλεχτικά την ψυχική τάση και το άγχος. Οι κορυφαίες συγκεντρώσεις στο πλάσμα επιτυγχάνονται 1 – 2 ώρες μετά από του στόματος χορήγηση του φαρμάκου.</li> </ul>

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ  
ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
α. Χειρουργικό τραύμα αριστερά κοιλίας (υπογάστριο)	Πρόληψη επιμολυνσης του χειρουργικού τραύματος	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Φροντίδα περιοχής χειρουργικού τραύματος</li> <li>• Να χρησιμοποιηθεί άσηπτη τεχνική</li> <li>• Χρησιμοποίηση αποστειρωμένου υλικού</li> <li>• Να γίνονται συχνές αλλαγές των γαζών στην περιοχή του τραύματος με άσηπτη τεχνική</li> <li>• Έλεγχος της παροχέτευσης (ROP)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε η περιποίηση της περιοχής του χειρουργικού τραύματος με άσηπτη τεχνική</li> <li>• Χρησιμοποιήθηκε αποστειρωμένο υλικό</li> <li>• Οι αλλαγές των γαζών γίνονται 1 φορά ημερησίως με άσηπτη τεχνική</li> <li>• Έγινε παρακολούθηση της Παροχέτευσης. Η ποσότητα του παροχετευόμενου υγρού: 1<sup>η</sup> Μ.Μ. = 300 cc 2<sup>η</sup> Μ.Μ. = 250 cc 3<sup>η</sup> Μ.Μ. = 100 cc 4<sup>η</sup> Μ.Μ. = 20 cc</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αποφύχθηκε η μόλυνση του χειρουργικού τραύματος</li> <li>• Δεν εμφανίστηκαν επιπλοκές όπως : αιμορραγία από το τραύμα, εκπαλίνωση</li> <li>• Το υγρό του τραύματος παροχετεύθηκε κανονικά και το ROP αφαιρέθηκε την 4<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα (18 : 00 μ.μ.)</li> </ul>



ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
β. Πόνος οφειλόμενος στη χειρουργική επέμβαση	<ul style="list-style-type: none"> <li>Καταπολέμηση του άλγους</li> <li>Ανακούφιση της ασθενούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορήγηση φαρμάκων ύστερα από ιατρική οδηγία</li> <li>Η ασθενής πρέπει να τοποθετηθεί στην κατάλληλη θέση</li> <li>Να υπάρξει ήσυχο περιβάλλον</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορηγήθηκε Zideron amp 75mg/ml IM</li> <li>Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση</li> <li>Ελαχιστοποιήθηκε ο θόρυβος και υπήρξε χαμηλός φωτισμός</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Όταν δόθηκε Zideron ο πόνος υποχώρησε μετά από τρία τέταρτα. Το Zideron ενδείκνυται σε πόνους μέτριας έντασης σε βαριά τραύματα, νευρολογικές και νεοπλασματικές νόσους καθώς και στη χειρουργική</li> <li>Η ασθενής νιώθει αρκετά καλά ύστερα από την τοποθέτησή της στην σωστή θέση</li> <li>Σ' αυτό συνέβαλε και η εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος</li> </ul>

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>γ. Πυρετός εξαιτίας της χειρουργικής επέμβασης το απόγευμα της επέμβασης και την 1<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Πτώση του πυρετού</li> <li>• Πρόληψη αφυδατώσεως του οργανισμού</li> <li>• Διατήρηση ισοζυγίου υγρών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων στο μέτωπο της ασθενούς</li> <li>• Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων ύστερα από ιατρική οδηγία</li> <li>• Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως</li> <li>• Τήρηση δελτίου προ-σλαμβανομένων και από-βαλλομένων υγρών</li> <li>• Να γίνει τρίωρη θερμομέτρηση</li> <li>• Αναγραφή της θερμοκρασίας στο θερμομετρικό διάγραμμα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής το απόγευμα της επέμβασης ενέβασε θερμοκρασία 38 °C και τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα</li> <li>• Ο πυρετός ανέβηκε περισσότερο από μία ώρα στους 38,9 °C. Χορηγήθηκε Lamp Aprotel 600mg/ 4 ml ενδομυϊκά ύστερα από ιατρική οδηγία</li> <li>• Την 1<sup>η</sup> μετεγχειρητική μέρα συνεχίστηκε η πυρετική κίνηση με ανώτερη θερμοκρασία 38,6 °C. Χορηγήθηκε Aprotel amp 600mg / 4ml ενδομυϊκώς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Επιτεύχθηκε τελικών υποχώρηση του πυρετού από τους 38,9 °C στους 37,3° C ύστερα από την χορήγηση του Aprotel</li> <li>• Από 38,6° C την πρώτη μετεγχειρητική μέρα ο πυρετός υποχώρησε στους 37,2° C κατόπιν χορηγήσεως του Aprotel</li> <li>• Την 2<sup>η</sup> μέρα ο ασθενής δεν εμφάνισε υψηλή θερμοκρασία, μόνο πυρετικά δέκατα</li> <li>• Το Aprotel έχει αναλγητική και αντιπυρετική δράση όμοια με εκείνη του ακετυλοσαλικυλικού οξέος.</li> </ul>

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
δ. Ξηρότητα στοματικής κοιλότητας λόγω της γενικής ναρκώσεως	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ανακούφιση της ασθενούς από την ξηρότητα</li> <li>• Πρόληψη στοματίτιδας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας</li> <li>• Επάλειψη χειλέων με λιπαντική αλοιφή</li> <li>• Πλύση στοματικής κοιλότητας</li> </ul>	<p>ύστερα από ιατρική οδηγία</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορηγήθηκε το εξής σχήμα ορρών :</li> </ul> <p>D/ W 5% 1000cc 1 x 2 και N/ S 0,9% 1000cc 1 x 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλομένων υγρών</li> </ul> <p>Προσλαμβανόμενα = 3000cc Αποβαλλόμενα = 2400cc</p>	<p>Η αντιυπερική του δράση οφείλεται σε άμεση επίδραση στα υποθαλαμικά θερμορυθμιστικά κέντρα.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Δεν διαπιστώθηκε διαταραχή του ισοζυγίου των υγρών και δεν υπήρξε αφυδάτωση</li> </ul>
δ. Ξηρότητα στοματικής κοιλότητας λόγω της γενικής ναρκώσεως	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ανακούφιση της ασθενούς από την ξηρότητα</li> <li>• Πρόληψη στοματίτιδας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας με πορτ cotton ποτισμένο σε νερό</li> <li>• Έγινε επάλειψη των χειλέων με γλυκερίνη</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε η ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας με πορτ cotton ποτισμένο σε νερό</li> <li>• Έγινε επάλειψη των χειλέων με γλυκερίνη</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ξηρότητα υποχώρησε ύστερα από μια μέρα και η ασθενής αισθάνθηκε καλύτερα</li> <li>• Δεν παρουσιάστηκε στοματίτιδα λόγω της</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
ε. Ναυτία - Έμετος εξαιτίας της γενικής ναρκώσεως . Ένας έμετος την ημέρα της εγχείρησης (απόγευμα)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Καταστολή του εμέτου και της ναυτίας</li> <li>• Ανακούφιση της ασθενούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τοποθέτηση της ασθενούς στην κατάλληλη θέση</li> <li>• Προμήθευση της ασθενούς με νεφροειδές</li> <li>• Έναρξη αντιεμετικής αγωγής</li> <li>• Αναγραφή της συχνότητας των εμέτων στη λογοδοσία</li> <li>• Πλύση στοματικής κοιλότητας μετά απ κάθε έμετο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Πραγματοποιήθηκαν πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με Hexalen 10cc, δύο φορές ημερησίως</li> <li>• Τοποθετήθηκε η ασθενής σε ημι - Fowler θέση με την κεφαλή προς τα πλάγια</li> <li>• Εδόθη στην ασθενή νεφροειδές</li> <li>• Έγινε εμπλουτισμός του σχήματος ορρών D/ W 5% 1000cc 1 x 2 και N/ S 0,9% 1000cc 1 x 1 με Primperan amp 10 mg/2 ml 1 x 3 για την ημέρα και της επέμβασης και την 1<sup>η</sup> μ.μ.</li> </ul>	<p>περιοποίησης της στοματικής κοιλότητας</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Με την σωστή θέση του ασθενούς αποφεύχθηκε η εισρόφιση</li> <li>• Η αντιεμετική αγωγή που εδόθη είχε θετικά αποτελέσματα. Το primperan επιταχύνει την κένωση του στομάχου και τη διάβαση στο λεπτό έντερο. Επιπλέον, ασκεί και ισχυρή κεντρική αντιεμετική δράση</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
στ. Κίνδυνος για εμφάνιση θρομβοφλεβίτιδας	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Πρόληψη</li> <li>• Συστηματικός έλεγχος για θρομβοφλεβίτιδα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διατήρηση καθαρών κλινοσκεπασμάτων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής παρουσίασε ένα έμετο την μερα της επέμβασης</li> <li>• Έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας μετά τον έμετο με Hexalen 5cc</li> <li>• Διατηρήθηκαν καθαρά τα κλινοσκεπάσματα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η άρρωστος δεν δυσανασχέτησε από την αποστροφή που προκαλεί ο εμετός γιατί έγιναν πλύσεις της στοματικής κοιλότητας</li> <li>• Επιπλέον δεν παρουσιάστηκε στοματίτιδα</li> </ul>
στ. Κίνδυνος για εμφάνιση θρομβοφλεβίτιδας	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Πρόληψη</li> <li>• Συστηματικός έλεγχος για θρομβοφλεβίτιδα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συνέχιση αντιπηκτικής αγωγής</li> <li>• Ασκήσεις κάτω άκρων</li> <li>• Αποφυγή εντριβών των άκρων</li> <li>• Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορήγηση Innoher 3500/0,35 ml IU υποδορίως</li> <li>• Εφαρμόζονται ασκήσεις κάτω άκρων</li> <li>• Ενημέρωση η ασθενής για μη εντριβή των άκρων</li> <li>• Πληροφορήθηκε ότι πρέπει να σηκωθεί έγκαιρα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής δεν εμφάνισε σημεία θρομβοφλεβίτιδας</li> <li>• Η κυκλοφορία του σώματος επιβροηθήθηκε με την εφαρμογή των ασκήσεων και την κινητοποίηση της ασθενούς.</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
ζ. Καθετηριασμός υποκλειδίου (AP) φλέβας στις 10/2/00	Ολική παρεντερική διατροφή μετά από αφαίρεση μεγάλου τιμήματος του εντέρου	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Καθετηριασμός υποκλειδίας φλέβας με άσηπτη τεχνική</li> <li>• Καθημερινή φροντίδα της περιοχής της υποκλειδίου φλέβας με άσηπτη τεχνική</li> <li>• Προσδιορισμός αναγκών της αρρώστου</li> <li>• Τήρηση κανόνων άσηπτης τεχνικής κατά την προετοιμασία και την χορήγηση διαλυμάτων ολικής παρεντερικής διατροφής</li> <li>• Έλεγχος θερμοκρασίας</li> </ul>	<p>από το κρεβάτι (το απόγευμα μετά την επέμβαση)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Τοποθετήθηκε καθετήρας αριστεράς υποκλειδίας φλέβας με άσηπτες τεχνικές</li> <li>• Γίνεται καθημερινή περιποίηση της περιοχής με άσηπτη τεχνική</li> <li>• Το σχήμα ολικής παρεντερικής διατροφής είναι το εξής : Aminoplasma/L-5% 1000cc Dipeptiven 1000cc D/ W 35% 400cc Standard III 1 fl Zinc 2 fl Selenium 1 fl</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δεν προκλήθηκε μόλυνση στην περιοχή του καθετήρα της υποκλειδίας φλέβας</li> <li>• Καλύφθηκαν οι θερμιδικές ανάγκες της αρρώστου</li> <li>• Δεν υπήρξαν σημεία φλεγμονής σε όλη τη διάρκεια χορήγησης της ολικής παρεντερικής διατροφής. Δεν διαπιστώθηκε πρόβλημα της υπερφόρτωσης της κυκλοφορίας</li> <li>• Ολική παρεντερική</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<p>για σημεία πυρετικής κίνησης</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Έλεγχος για υπερφόρτωση της κυκλοφορίας</li> </ul>	<p>Nonan 1 fl            Intra – lipid 10% 800cc            Vitalipid 1 amp            Soluvit 1 fl            Karavit 1/2 amp            Actrapid 15 IU            Συνολικός όγκος: 20 cc            Ρυθμός χορήγησης: 103ml/h</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Τηρήθηκε άσπλητη τεχνική</li> <li>• Το διάλυμα καλύπτεται με χειρουργικό πεδίο λόγω φωτοευαισθησίας και διατηρείται στο ψυγείο μέχρι να χορηγηθεί</li> <li>• Αλλάσσεται η συσκευή της ολικής παρεντερικής διατροφής κάθε 24 ώρες</li> </ul>	<p>Διατροφή διακόπηκε στις 14/2/00 και η ασθενής άρχισε να σιτίζεται με ελαφρά διαίτα.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<ul style="list-style-type: none"><li>Χρησιμοποιήθηκε άσηπτη τεχνική κατά την προετοιμασία και την χορήγηση του διαλύματος.</li><li>Έγινε μέτρηση θερμοκρασίας ανα δωρο. Θ = 36,8° C</li><li>Έγινε έλεγχος της ΑΠ και των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμεμων υγρών. ΑΠ = 120 / 70 mmHg Προσλαμβανόμενα = 3500cc Αποβαλλόμενα = 2900cc</li></ul>	



ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
η. Η ασθενής φέρει αριστερά κολοστομία	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Περιποίηση κολοστομίας</li> <li>• Πρόληψη επιπλοκών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Φροντίδα με άσηπτη τεχνική τα πρώτα 24ωρα</li> <li>• Μετά την επούλωση του τραύματος η περιποίηση να γίνει με καθαρή τεχνική</li> <li>• Προφύλαξη του δέρματος γύρω από την στομία</li> <li>• Προστασία της ασθενούς</li> <li>• Κένωση του σάκου σε τακτά χρονικά διαστήματα</li> <li>• Παρακολούθηση σύστασης και ποσότητας των κενώσεων</li> <li>• Χρησιμοποίηση αποσμητικών spray</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε η φροντίδα της στομίας με άσηπτη τεχνική για 4 μέρες</li> <li>• Μόλις επουλώθηκε το τραύμα η φροντίδα έγινε με καθαρή τεχνική</li> <li>• Χρησιμοποιήθηκε ειδική αλοιφή Karaya</li> <li>• Τοποθετήθηκε παραβάν και απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες κατά την αλλαγή της κολοστομίας</li> <li>• Ο σάκος αλλάχθηκε κάθε φορά που γέμιζε μέχρι το ήμισυ</li> <li>• Η ασθενής κενούται</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δεν παρατηρήθηκε ερυθρότητα, οίδημα, εξέλκωση γύρω από το στόμιο</li> <li>• Με την χρησιμοποίηση της αλοιφής Karaya αποφεύχθη ο ερεθισμός του δέρματος γύρω από την στομία από το εντερικό περιεχόμενο.</li> <li>• Η ασθενής δεν ένωσε ανασφάλεια και αίσθημα ντροπής γιατί προ-στατεύθηκε κατά την περιποίηση της κολοστομίας από το νοσηλευτικό προσωπικό.</li> </ul>

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ**

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<p>δύο φορές ημερησίως (κόπρανα σχηματισμένα)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Χρησιμοποιήθηκε αποσμητικό spray</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Η κακοσμία εξουδετερώθηκε με την χρησιμοποίηση αποσμητικών spray</li> </ul>
<p>θ. Ψυχολογικό πρόβλημα της ασθενούς με κολοστομία (στενοχώρια για την μεταβολή του σωματικού της ειδώλου, αίσθημα μοναξιάς)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Εξάλειψη του ψυχολογικού προβλήματος</li> <li>Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Συνεχής διάλογος και επικοινωνία της νοσηλεύτριας με την ασθενή</li> <li>Να καταστείλει η νοσηλεύτρια του φόβους της ασθενούς</li> <li>Να δώσει ελπίδα και πίστη στην άρρωση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Έγινε διάλογος με την ασθενή</li> <li>Δόθηκε ευκαιρία στην ασθενή να εξωτερικεύσει τους φόβους και τις ανασφάλειές της</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Η νοσηλευτική παρέμβαση είχε μεγάλη σημασία για την ψυχική ενίσχυση της ασθενούς και της έδωσε την δυνατότητα για να αποκτήσει θάρρος, πεποίθηση στις δυνάμεις της και να ενισχυθεί η αυτοεκτίμησή της.</li> </ul>

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β΄**

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β΄**

Ο ασθενής Τ.Ν. ηλικίας 67 ετών, βάρους 81 Kg, έγγαμος με 2 παιδιά, κάτοικος κάτω Αχαΐας εισήλθε στις 9/12/99 στην Χειρουργική Κλινική του Γ.Π.Ν. Πατρών «Άγιος Ανδρέας» με συμπτώματα διαρροϊκών κενώσεων, πόνου από 15νθημέρου και απώλεια βάρους. Ο ασθενής αναφέρει ότι έχει χάσει τρία κιλά σε έναν μήνα.

Ατομικό ιστορικό :

- Προστατεκτομή προ 5 ετών
- Επέμβαση ΔΕ οφθαλμού προ 2 μηνών για καταράκτη
- Στεφανιαία νόσος από 20ετίας (υπο αγωγή Monosordil 20mg 1 x 2)

Κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο τα ζωτικά σημεία του ασθενούς είναι τα εξής :

ΑΠ : 110/60mmHg

Θ : 36,4° C

ΣΦ : 82 / min

Την πρώτη μέρα παραμονής του στο νοσοκομείο ο ασθενής υποβλήθηκε στις παρακάτω εξετάσεις :

- Ακτινογραφία θώρακος : ΚΦ
- Γενική αίματος : H+ = 44%  
Hb = 14,6gr / dl  
Λευκά = 7.200 / μl  
Ερυθρά = 5.000.00 / μl  
Αιμοπετάλ. = 330.000 /μl

Στις 12/12/99 άρχισε η προετοιμασία του ασθενή για την κολονοσκόπηση η οποία προγραμματίστηκε την επόμενη μέρα.

Στην κολonosκόπηση ενευρέθη στο κατιόν κόλο νεοεξεργασία ανθοκραμβοειδούς τύπου με εύθρυπτο βλεννογόνο. Τελική διάγνωση :

Ca κατιόντος κόλου

Το χειρουργείο προγραμματίστηκε για τις 15/12/99 ώρα 11.00 . Ο ασθενής υποβλήθηκε σε περιορισμένη αριστερά ημικολεκτομή σε μόνιμη κολοστομία

Ο ασθενής επέστρεψε στη Χειρουργική Κλινική στις 15.00 με ζωτικά σημεία : ΑΠ = 130/ 70 mmHg

Θ = 36,2 ° C

ΣΦ = 77 / min

Φέρει ορό L/R 1000ccαπο περιφερική φλέβα, καθετήρα ουροδόχου κύστεως Folley, ROP για παροχέτευση του χειρουργικού τραύματος και σάκο κολοστομίας.

Χορηγήθηκε αντιβιοτικό σχήμα (Flagyl fl 500mg/ 100ml 1 x 2 IV Radacef 1 gr fl 1 x 3 IV) από τις 14/12/99 – 22/12/99 και αντιπηκτική αγωγή (Innohep 3.500 iu / 0,35ml υποδορίως) από τις 14/12/99 – 20/12/99.

Επί πόνου, χορηγείται Zideron 2 ml amp IM και επί πυρετού Apotel amp 4ml IM ύστερα από ιατρική οδηγία.

Ο άρρωστος εξήλθε την 24/12/99 συνοδευόμενος από την γυναίκα του. Με την οικογενειακή και νοσηλευτική ψυχική υποστήριξη ο άρρωστος νιώθει αρκετά δυνατός ψυχικά και έχει αποδεχτεί τον αλλαγή του σωματικού του ειδώλου.

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ  
ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ**

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Εισαγωγή του ασθενούς στις 9/12/99</p> <p>α) Διαρροϊκές κενώσεις από 3ημέρου (4 το 24ωρο)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντερικού σωλήνα</li> <li>• Πρόληψη αφυδάτωσης του αρρώστου</li> <li>• Διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Λήψη ζωτικών σημείων ανα δωρο</li> <li>• Ρύθμιση διαιτολογίου χαμηλής περιεκτικότητας σε φυτικές ίνες</li> <li>• Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων ύστερα από ιατρική οδηγία</li> <li>• Επαρκής ενυδάτωση</li> <li>• Μέτρηση προσλαβανομένων και αποβαλλομένων υγρών</li> <li>• Βιοχημικός έλεγχος ηλεκτρολυτών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε λήψη ζωτικών σημείων.</li> <li>ΑΠ = 100/60mmHg</li> <li>Θ = 36,7 °C</li> <li>Σφ = 80/ min</li> <li>• Χορηγήθηκε η εξής διαίτα:</li> <li>Πρωί: τσάι με φρουγανιά</li> <li>Μεσημέρι: μπιφτέκι με πουρέ και μήλο</li> <li>Βράδυ: κοτόπουλο ψητό με ρύζι</li> <li>• Χορηγήθηκε Imodium tb 2 mg 2 x 2 για μια ημέρα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τα ζωτικά σημεία δεν παρέκλιναν απ τις φυσιολογικές τιμές</li> <li>• ύστερα απ την συγκεκριμένη διαίτα μειώθηκαν διαρροϊκές κενώσεις (3)</li> <li>• μετά τη χορήγηση tb Imodium οι διαρροϊκές κενώσεις σταμάτησαν το ίδιο βράδυ. Το Imodium ελαττώνει την προωθητική περισταλτικότητα του εντέρου. Ευξάνει τον τόνο του σφιγκτήρα του ορθού,</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• χορήγηση ηλεκτρολυτών σε πτώση αυτών και επανέλεγχος των ηλεκτρολυτών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• χορηγείται το εξής σχήμα ορρών: D/ W 5% 1000cc 1 x 2 N/ S 0,9% 1000cc 1 x 1</li> <li>• έγινε μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων</li> <li>• προσλαμβανόμενα = 3500cc</li> <li>• αποβαλλόμενα = 3000cc</li> <li>• έγινε έλεγχος ηλεκτρολυτών K+ = 2,9 mmol/ lt Na+ = 141 mmol/ lt</li> <li>• έγινε εμπλουτισμός του σχήματος ορρών με KCl amp 1 x 3 για δύο ημέρες</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ελαττώνοντας κατ' αυτόν τον τρόπο την ακράτεια και την έπειξη προς κένωση</li> <li>• Δεν παρατηρήθηκε αφυδάτωση ύστερα από το χορηγούμενο σχήμα ορρών</li> <li>• Παρατηρήθηκε υποκαλιαιμία η οποία και διορθώθηκε με τη χορήγηση KCl για αποφυγή επιπλοκών</li> </ul>	



ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<ul style="list-style-type: none"> <li>έγινε επανέλεγχος ηλεκτρολυτών :</li> <li><math>K^+ = 3,8 \text{ mmol/l}</math></li> <li><math>Na^+ = 143 \text{ mmol/l}</math></li> </ul>	
β) Απώλεια βάρους. Ο ασθενής έχασε 3 κιλά σε έναν μήνα	Να επανέλθει ο ασθενής στο κανονικό σωματικό του βάρος	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορήγηση διαίτας πλούσιας σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία</li> <li>Χορήγηση βιταμινούχων σκευασμάτων ανώτερης βιολογικής αξίας</li> <li>Ανάπαυση του ασθενούς στο κρεβάτι</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>συνεχίζεται το ίδιο διαιτολόγιο</li> <li>χορηγήθηκε Ensure plus 1 x 2</li> <li>η ασθενής παρέμεινε στο κρεβάτι</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>μετά από τη συγκεκριμένη διαίτα ο ασθενής πήρε 1 κιλό σε 4 μέρες</li> <li>σ' αυτό βοήθησε και το βιταμινούχο σκεύασμα Ensure plus. Το Ensure plus αποτελείται από 16,7% πρωτεΐνες, 30% λίπη και 53,3 υδατάνθρακες. Περιέχει 375 Kcal/ 250 ml και χορηγείται σε ασθενείς με αυξημένες ανάγκες πρωτεϊνών και θερμίδων</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>γ) Περιοδικός ενοχλητικός πόνος από 15νθήμερου στο υπογάστριο</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ανακούφιση από τον πόνο</li> <li>• καταπολέμηση του άλγους</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• χορήγηση φαρμάκων κατόπιν ιατρικής οδηγίας</li> <li>• ενημέρωση του ασθενούς για να πάρει την κατάλληλη θέση</li> <li>• ενθάρρυνση για επαρκή ύπνο και ανάπαυση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• χορηγήθηκε tb 50 mg Lonaqid - N μετά από ιατρική οδηγία</li> <li>• ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ύπτια θέση με κεκαμμένα τα γόνατα</li> <li>• ο ασθενής κοιμάται 9 ώρες ημερησίως</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• με την ανάπαυση στο κρεβάτι μειώθηκε η φυσιολογική κόπωση και περιορίστηκαν οι δραστηριότητες του ασθενούς</li> <li>• ο πόνος ελαττώθηκε ύστερα από τη χορήγηση του φαρμάκου. Το Lonaqid - N είναι ένα καλό ανεκτό δραστικό αναλγητικό φάρμακο. Χαρακτηρίζεται από γρήγορη έναρξη της ενέργειας μετά από 10-20 λεπτά και διάρκεια δράσης 4-6 ώρες.</li> <li>• Η συγκεκριμένη θέση συμβάλλει στη χαλάρωση</li> </ul>

ΔΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
δ) Κολonosκόπηση στις 13/12/99	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διερεύνηση νεοπλασίας</li> <li>• Δείγμα κυτταρολογικού ιστού για βιοψία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εξήγηση της διαδικασίας της εξέτασης και ψυχολογική ενίσχυση</li> <li>• Αποχή του αρρώστου από τροφή 8-10 ώρες πριν την ενδοσκόπηση</li> <li>• καθαρισμός υποκλυσμός μια μέρα πριν την εξέταση</li> <li>• μεταφορά του ασθενούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• τοποθετήθηκε καθετήρας κύστεως Foley No 16 με άσηπτη τεχνική</li> <li>• έγινε μέτρηση των ούρων. Ούρα 24ώρου = 2700cc</li> <li>• έγινε μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών</li> <li>προσλαμβανόμενα = 3000cc αποβαλλόμενα = 2700cc</li> </ul>	<p>των κολιακών μυών</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ανάπαυση ελαττώνει την κατανάλωση ενέργειας και βοηθά στον έλεγχο του άλγους με την αναγκαία ελάττωση των μυϊκών συσπάσεων</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ολοκληρώθηκε η διαγνωστική εξέταση χωρίς να δημιουργηθεί κανένα πρόβλημα</li> <li>• Ο καθαρισμός υποκλυσμός απέδωσε</li> <li>• Η ανάπαυση του ασθενούς μετά την επιστροφή του από τον ενδοσκοπικό τμήμα είναι</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		στο ενδοσκοπικό τμήμα • ξεκούραση του ασθενούς μετά την εξέταση	• τηρήθηκε άσηπτη τεχνική κατά την αλλαγή του ουροσυλλέκτη • έγινε έλεγχος του χρώματος των ούρων	Απαραίτητη γιατί η εξέταση είναι επώδυνη
ε) Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως με καθετήρα Foley No 16	Πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών από την ουροδόχο κύστη	• τοποθέτηση καθετήρα κύστεως Foley • τήρηση αυστηρής άσηπτης τεχνικής κατά την τοποθέτηση • μέτρηση ούρων 24 ώρου • τήρηση δελτίου προσλαμ- βανομένων και αποβαλλομε- νων υγρών • τήρηση άσηπτης τεχνικής κατά την αλλαγή του	• τοποθετήθηκε καθετήρας κύστεως Foley No 16, με άσηπτη τεχνική • έγινε μέτρηση των ούρων ούρα 24ώρου = 2700cc • έγινε μέτρηση προσλαμβα- νομένων και αποβαλλομένων υγρών προσλαμβανόμενα = 3000cc αποβαλλόμενα = 2700cc • τηρήθηκε άσηπτη τεχνική	• τα ούρα παροχετεύθηκαν κανονικά και δεν εμφανίστηκαν επιπλοκές • δεν παρατηρήθηκε λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος • διαπιστώθηκε ισοζύγιο υγρών • δεν υπήρξε αλλαγή στο χρώμα των ούρων (χρώμα φυσιολογικό)

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
στ) Χειρουργική επέμβαση στις 15/12/99 (περισσότερα αριστερά ημικολοκτομή – μόνιμη κολοστομία)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• προεγχειρητική ετοιμασία</li> <li>• πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών</li> </ul>	<p>ουροσυνδέκτη</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• έλεγχος των ούρων για ύπαρξη μεταβολής του χρώματος</li> </ul>	<p>κατά την αλλαγή του ουροσυνδέκτη</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• έγινε έλεγχος του χρώματος των ούρων</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• εξηγείται στον ασθενή το είδος και η αναγκαιότητα της εγχείρησης</li> <li>• τόνωση ηθικού</li> <li>• προετοιμασία του εντερικού σωλήνα για την επέμβαση</li> <li>• καλλωπισμός της χειρουργική περιοχής</li> <li>• έναρξη αντιπηκτικής και αντιβιοτικής αγωγής μια μέρα πριν την επέμβαση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ο ασθενής ενημερώθηκε για τη σημασία της εγχείρησης και υποστηρίχθηκε ψυχολογικά</li> <li>• ο ασθενής ετέθη σε υδρική διαίτα 1 μέρα πριν την επέμβαση. 10 ώρες πριν το χειρουργείο δεν χορηγείται τίποτα απ το στόμα. Έγινε καθαρτικός υποκλυσμός (Fleet enema) 24 ώρες πριν την εγχείρηση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ολοκληρώθηκε η προεγχειρητική ετοιμασία</li> <li>• ο υποκλυσμός απέδωσε</li> <li>• η αντιπηκτική αγωγή συντελεί στην πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας. Η Innoher μειώνει την πηκτικότητα του αίματος μέσα στα αγγεία κατά την εξωσωματική κυκλοφορία</li> <li>• Η αντιβιοτική αγωγή είναι σημαντική για την πρόληψη προ – διε – μετεγχειρητικών</li> </ul>	

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• χορήγηση προνάρκωσης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• έγινε ο καλλωπισμός της χειρουργικής περιοχής</li> <li>• εδόθη Innoher 3500/ 0,35 ml iu inj υποδορίως. Το αντιβιοτικό σχήμα που ετέθη ήταν το εξής : Flagyl 500mg/ 100ml fl 1 x 2 IV &amp; Radacef 1 gr fl 1 x 3 IV</li> <li>• μισή ώρα πριν την επέμβαση χορηγήθηκε Pethidine 100 mg ενδομυκώς</li> </ul>	<p>Επιπλοκών.</p> <p>Το Radacef καλύπτει αερόβια και αναερόβια μικρόβια και ανήκει στην κατηγορία των κεφαλοσπορινών.</p> <p>Το Flagyl δρα αποτελεσματικά επί των αναεροβίων μικροβίων. Είναι καλώς ανεκτό και τα επίπεδα του φαρμάκου στο αίμα και τους ιστούς είναι κατά πολύ υψηλότερα από εκείνα τα οποία θεωρητικώς απαιτούνται για επιτυχή αντιμικροβιακή θεραπεία</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
ζ) Αρνητική ψυχολογία για τον ασθενή (ανησυχία και φόβος για την εγχείρηση που θα ακολουθήσει)	Τόνωση ηθικού του ασθενούς και μείωση της ψυχολογικής έντασης (stress)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• να ενημερωθεί με περισσότερες λεπτομέρειες για την εγχείρηση</li> <li>• να προετοιμαστεί ψυχολογικά για την αλλαγή του σωματικού του ειδώλου</li> <li>• να κερδίσει η εμπιστοσύνη του αρρώστου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• πραγματοποιήθηκε ο διάλογος και η ενημέρωση</li> <li>• δόθηκαν οι απαντήσεις στα ερωτήματα του ασθενούς</li> <li>• ο ασθενής κατανόησε ότι θα γίνει αλλαγή του σωματικού του ειδώλου</li> <li>• χορηγήθηκε tb Lexotanil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η πεθιδίνη χορηγείται προαναισθητικά για να ηρεμήσει ο ασθενής, να μειωθεί η απαιτούμενη δόση αναισθητικού και να αντισταθμιστεί η υπερπαραγωγή βλέννας και σιέλου.</li> </ul>
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς από την νοσηλεύτρια είχε θετικά αποτελέσματα</li> <li>• Ο άρρωστος κατόρθωσε να εξωτερικεύσει τους φόβους και τα συναισθήματά του να εμπιστευτεί τη νοσηλεύτρια και να ανακουφιστεί</li> </ul>

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων</li> </ul>	3 mg 1 x 1 (δράδυ) πριν την εγχείρηση	<ul style="list-style-type: none"> <li>• για την χαλάρωση του ασθενούς συνέβαλε η χορήγηση του Lexotanil. Το Lexotanil ελαττώνει εκλεχτικά την ψυχική τάση και το άγχος. Οι κορυφαίες συγκεντρώσεις στο πλάσμα επιτυγχάνονται 1-2 ώρες μετά από του στόματος χορήγηση του φαρμάκου</li> </ul>



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ  
ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ**

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
<p>α. Χειρουργικό τραύμα αριστερής κοιλίας</p>	<p>Πρόληψη επιμόλυνσης του χειρουργικού τραύματος</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• φροντίδα περιοχής του χειρουργικού τραύματος με άσηπτη τεχνική</li> <li>• χρησιμοποίηση αποστειρωμένου υλικού</li> <li>• να γίνονται συχνες αλλαγές των γαζών με άσηπτη τεχνική</li> <li>• έλεγχος της παροχέτευσης (ROP)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• έγινε η περιποίηση της περιοχής του χειρουργικού τραύματος με άσηπτη τεχνική</li> <li>• χρησιμοποιήθηκε αποστειρωμένο υλικό</li> <li>• οι αλλαγές των γαζών γίνονται 1 φορά ημερησίως με άσηπτη τεχνική</li> <li>• έγινε παρακολούθηση της παροχέτευσης. Η ποσότητα του παροχευόμενου υγρού είναι: 1<sup>η</sup> μ.μ. = 400cc 2<sup>η</sup> μ.μ. = 250cc 3<sup>η</sup> μ.μ. = 150cc 4<sup>η</sup> μ.μ. = 50cc</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• αποφεύχθηκε η μόλυνση του χειρουργικού τραύματος</li> <li>• δεν παρουσιάστηκαν αιμορραγία από το τραύμα ή εκσπλάγχωση</li> <li>• το υγρό του τραύματος παροχετεύθηκε ομαλώς. Το ROP αφαιρέθηκε την 5<sup>η</sup> μετεγχειρητική μέρα.</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
β. Πόνος λόγω της χειρουργικής επέμβασης	<ul style="list-style-type: none"> <li>• καταπολέμηση του άλγους</li> <li>• ανακούφιση του ασθενούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• χορήγηση φαρμάκων ύστερα από ιατρική οδηγία</li> <li>• τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση</li> <li>• να υπάρχει ήρεμο περιβάλλον</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• χορηγήθηκε Zideron amp 75mg / 2 ml IM</li> <li>• ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση</li> <li>• ελαχιστοποιήθηκε ο θόρυβος και χαμήλωσε ο φωτισμός</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• όταν δόθηκε Zideron ο πόνος υποχώρησε μετά από μισή ώρα. Το Zideron ενδείκνυται σε πόνους μέτριας έντασης σε βαριά τραύματα, νεοπλασματικές νόσους καθώς και στη χειρουργική</li> <li>• ο ασθενής νιώθει αρκετά καλά ύστερα από την τοποθέτηση του στην κατάλληλη θέση</li> <li>• σε αυτό συνέβαλε και η εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>γ) Πυρετός (38,4 ° C) εξαιτίας της χειρουργικής επέμβασης την 1<sup>η</sup> μετεγχειρητική μέρα.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• πτώση του πυρετού</li> <li>• πρόληψη αφυδατώσεως του οργανισμού</li> <li>• διατήρηση ισοζυγίου υγρών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων στο μέτωπο του ασθενούς</li> <li>• χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων ύστερα από ιατρική οδηγία</li> <li>• χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως</li> <li>• τήρηση δελτίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών</li> <li>• να γίνει τριώρη θερμομέτρηση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ο ασθενής ανέβασε 37,8° C και τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα</li> <li>• μετά από μια ώρα η θερμοκρασία έφτασε στους 38,4° C και χορηγήθηκε 1 Aprotel 600 mg / 4ml ενδομυϊκώς</li> <li>• χορηγήθηκε το εξής σχήμα ορρών : D/ W 5% 1000cc 1 x 2 N/ S 0,9% 1000cc 1 x 1</li> <li>• έγινε μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών : προσλαμβανόμενα : 3000cc</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ο πυρετός υποχώρησε από τους 38,4° C στους 37,2° C ύστερα από την χορήγηση του φαρμάκου</li> <li>• Το Aprotel έχει αναλγητική και αντιπυρετική δράση όμοια με εκείνη του ακετυλοσαλικυλικού οξέος.</li> <li>• Η αντιπυρετική του δράση οφείλεται σε άμεση επίδραση στα υποθαλαμικά θερμορυθμιστικά κέντρα</li> <li>• δεν υπήρξε αφυδάτωση του οργανισμού</li> <li>• δεν διαπιστώθηκε διαταραχή του ισοζυγίου υγρών</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<p>αποβαλλόμενα : 2400cc</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>έγινε τρίωρη θερμο-μέτρηση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ο πυρετός υποχώρησε την 2<sup>η</sup> μέρα</li> </ul>
δ) Ξηρότητα στοματικής κοιλότητας λόγω της γενικής ναρκώσεως.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ανακούφιση του ασθενούς από της ξηρότητα</li> <li>Πρόληψη στοματίτιδας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Υγρανση των χειλέων και της γλώσσας</li> <li>Επάλειψη χειλέων με λιπαντική αλοιφή</li> <li>Πλύση στοματικής κοιλότητας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>έγινε η ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας με ποτ cotton ποτισμένο με νερό</li> <li>έγινε επάλειψη των χειλέων με γλυκερίνη</li> <li>πραγματοποιήθηκαν πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με Hexalen 10cc δύο φορές ημερησίως</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>η ξηρότητα υποχώρησε ύστερα από μια μέρα και ο ασθενής αισθάνθηκε καλύτερα</li> <li>δεν παρουσιάστηκε στοματίτιδα λόγω της περιποίησης της στοματικής κοιλότητας</li> </ul>
ε) Ναυτία - Έμετος εξαιτίας της γενικής ναρκώσεως (1 έμετος 1 <sup>η</sup> προεγχειρητική μέρα)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Καταστολή του εμέτου και της ναυτίας</li> <li>Ανακούφιση του ασθενούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Τοποθέτηση του ασθενούς στην κατάλληλη θέση</li> <li>Προμήθευση του ασθενούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>τοποθετήθηκε ο ασθενής σε ημι - Fowler θέση με την κεφαλή προς τα πλάγια</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>με την σωστή θέση του ασθενούς αποφεύχθηκε η εισρόφιση</li> </ul>

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
	<p>με νεφροειδές</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• έναρξη αντιεμετικής αγωγής</li> <li>• αναγραφή της συχνότητας των εμέτων στη λογοδοσία</li> <li>• πλύση στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε έμετο</li> <li>• διατήρηση καθαρών κλινοσκεπασμάτων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• εδόθη στον ασθενή νεφροειδές</li> <li>• έγινε εμπλουτισμός του σχήματος ορρών</li> </ul> <p>D/ W 5% 1000cc 1 x 2 &amp; N/ S 0,9% 1000cc 1 x 1 με Primoregan amp 10mg/2ml 1 x 3 για 1<sup>η</sup> και 2<sup>η</sup> Μ.Μ.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ο ασθενής παρουσίασε ένα έμετο την 1<sup>η</sup> μετεγχειρητική μέρα</li> <li>• έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας μετά τον έμετο με Hexalen 5cc</li> <li>• διατηρήθηκαν καθαρά τα κλινοσκεπάσματα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• εδόθη στον ασθενή νεφροειδές</li> <li>• έγινε εμπλουτισμός του σχήματος ορρών</li> </ul> <p>D/ W 5% 1000cc 1 x 2 &amp; N/ S 0,9% 1000cc 1 x 1 με Primoregan amp 10mg/2ml 1 x 3 για 1<sup>η</sup> και 2<sup>η</sup> Μ.Μ.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ο ασθενής παρουσίασε ένα έμετο την 1<sup>η</sup> μετεγχειρητική μέρα</li> <li>• έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας μετά τον έμετο με Hexalen 5cc</li> <li>• διατηρήθηκαν καθαρά τα κλινοσκεπάσματα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• η αντιεμετική αγωγή που εδόθη είχε θετικά αποτελέσματα. Το Primoregan επιταχύνει την κένωση του στομάχου και τη διάβαση στο λεπτό έντερο. Επιπλέον, ασκεί και ισχυρή κεντρική αντιεμετική δράση</li> <li>• ο άρρωστος δεν δυσανασχέτησε από τη αποστρόφη που προκαλεί ο έμετος γιατί έγιναν πλύσεις της στοματικής κοιλότητας</li> <li>• επιπλέον δεν παρουσιάστηκε στοματίτιδα</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
στ) Καθετηριασμός υποκλειδίου (AP) φλέβας	Ολική παρεντερική διατροφή μετά από αφαίρεση μεγάλου τμήματος του εντέρου	<ul style="list-style-type: none"> <li>• καθετηριασμός υποκλειδίας φλέβας με άσηπτη τεχνική</li> <li>• καθημερινή φροντίδα της περιοχής της υποκλειδίου φλέβας με άσηπτη τεχνική</li> <li>• προσδιορισμός αναγκών του αρρώστου</li> <li>• τήρηση κανόνων άσηπτης τεχνικής κατά την προετοιμασία και την χορήγηση διαλυμάτων ολικής παρεντερικής διατροφής</li> <li>• έλεγχος θερμοκρασίας για σημεία πυρετικής κίνησης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• τοποθετήθηκε καθετήρας αριστεράς υποκλειδίας φλέβας με άσηπτες τεχνικές</li> <li>• γίνεται καθημερινή περιποίηση της περιοχής με άσηπτη τεχνική</li> <li>• το σχήμα ολικής παρεντερικής διατροφής είναι το εξής: Aminoplasmal L-5% 1000cc Dipeptiven 80cc D/ w 35% 500cc Standard III 1 fl Zinc 1 fl Selenium 1 fl Nonan 1 fl Intra – lipid 10% 720cc</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• δεν προκλήθηκε μόλυνση στην περιοχή του καθετήρα της υποκλειδίας φλέβας</li> <li>• καλύφθηκαν οι θερμιδικές ανάγκες του αρρώστου</li> <li>• δεν υπήρξαν σημεία φλεγμονής σε όλη τη διάρκεια χορήγησης της ολικής παρεντερικής διατροφής. Δεν διαπιστώθηκε αύξηση της θερμοκρασίας</li> <li>• δεν διαπιστώθηκε πρόβλημα περφόρτωσης της κυκλοφορίας</li> <li>• η ΟΠΑ διεκόπη στις</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<p>• έλεγχος για υπερφόρτωση της κυκλοφορίας</p>	<p>Vitalipid 1 amp Solutit 1 fl Kapa vit 1 a mp Actrapid 15iu Συνολικός όγκος : 2420cc Ρυθμός χορήγησης : 101ml/h</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• το διάλυμα καλύπτεται με χειρουργικό πεδίο λόγω φωτοευαισθησίας και διατηρείται στο ψυγείο μέχρι να χορηγηθεί</li> <li>• αλλάσσεται η συσκευή της ολικής παρεντερικής διατροφής κάθε 24 ώρες</li> <li>• χρησιμοποιήθηκε άσηπτη τεχνική κατά την προετοιμασία και χορήγηση</li> </ul>	<p>19/12/99</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ο ασθενής αρχίζει να σιτίζεται με ελαφρά διαίτα</li> </ul>



ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>ζ) Ο ασθενής φέρει αριστερά κολοστομία</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• περιποίηση κολοστομίας</li> <li>• πρόληψη επιπλοκών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• φροντίδα με άσηπτη τεχνική τα πρώτα 24ωρα</li> <li>• μετά την επύλωση του τραύματος η περιποίηση να γίνει καθαρή τεχνική</li> <li>• προφύλαξη του δέρματος γύρω από την στομία</li> </ul>	<p>του διαλύματος έγινε μέτρηση θερμοκρασίας ανά 8ωρο <math>\Theta = 36,6^{\circ} \text{C}</math></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• έγινε έλεγχος της ΑΠ και των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών</li> </ul> <p>ΑΠ = 125/80 mmHg Προσλαμβανόμενα = 3800cc Αποβαλλόμενα = 3300cc</p>	
<p>ζ) Ο ασθενής φέρει αριστερά κολοστομία</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• περιποίηση κολοστομίας</li> <li>• πρόληψη επιπλοκών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• φροντίδα με άσηπτη τεχνική για 4 μέρες.</li> <li>• Μόλις επουλώθηκε το τραύμα η φροντίδα έγινε με καθαρή τεχνική</li> <li>• Χρησιμοποιήθηκε ειδική</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δεν παρατηρήθηκε ερεθισμός γύρω από την περιοχή της στομίας και δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές</li> <li>• Με την χρησιμοποίηση της αλοιφής Kaaya αποφεύχθη ο ερεθισμός του δέρματος γύρω από την στομία από το</li> </ul>	

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• προστασία του ασθενούς</li> <li>• κένωση του σάκου σε τακτά χρονικά διαστήματα</li> <li>• παρακολούθηση σύστασης και ποσότητας των κενώσεων</li> <li>• χρησιμοποίηση αποσμητικών spray</li> </ul>	<p>αλοιφή Kataga</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• τοποθετήθηκε παραβάν και απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες κατά την αλλαγή της κολοστομίας</li> <li>• ο σάκος αλλάζεται κάθε φορά που γεμίζει μέχρι το ήμισυ</li> <li>• ο ασθενής κενούται 3 φορές ημερησίως (κόπρανα σχηματισμένα)</li> <li>• χρησιμοποιήθηκε αποσμητικό spray</li> </ul>	<p>εντερικό περιεχόμενο</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ο ασθενής δεν ένιωσε ανασφάλεια και αίσθημα ντροπής γιατί προστατεύθηκε κατά την περιποίηση της κολοστομίας από το νοσηλευτικό προσωπικό</li> <li>• η κακοσμία εξουδετερώθηκε με την χρησιμοποίηση αποσμητικών spray</li> </ul>

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
<p>η) Ψυχολογικό πρόβλημα του ασθενούς με κολοστομία (στενοχώρια για τη μεταβολή του σωματικού του ειδώλου, αίσθημα μοναξιά)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• εξάλειψη του ψυχολογικού προβλήματος</li> <li>• ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• συνεχής διάλογος και επικοινωνία της νοσηλεύτριας με τον ασθενή</li> <li>• να καταστείλει η νοσηλεύτρια τους φόβους του ασθενούς</li> <li>• να δώσει ελπίδα και πίστη στον άρρωστο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• έγινε διάλογος με τον ασθενή</li> <li>• δόθηκε ευκαιρία στον ασθενή να εξωτερικεύσει τους φόβους και τις ανασφάλειές του.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η νοσηλευτική παρέμβαση είχε μεγάλη σημασία για την ψυχική ενίσχυση του ασθενούς και του έδωσε την δυνατότητα για να αποκτήσει θάρρος, πεποίθηση στις δυνάμεις του και να ενισχυθεί η αυτοεκτίμησή του.</li> </ul>

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί μείζον πρόβλημα υγείας σε παγκόσμια κλίμακα. Η χειρουργική αφαίρεση του όγκου είναι δυνατό να οδηγήσει σε ίαση, εφόσον η διάγνωση γίνει έγκαιρα και σε πρόωμη φάση ανάπτυξης του καρκίνου. Επιπλέον τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η εφαρμογή της εξέτασης κοπράνων, για αιμοσφαιρίνη μειώνει σημαντικά τη θνησιμότητα του καρκίνου παχέος εντέρου. Η επέκταση της διαγνωστικής έρευνας με ορθοσιγμοειδοσκόπηση συμβάλλει επίσης στη μείωση της θνησιμότητας. (Κ. Αρβανιτάκης, 1994)

Είναι επιτακτική λοιπόν η ανάγκη α) να αποτυπωθεί το μέγεθος του προβλήματος και να χαρακτηρισθούμε με μεγάλη σαφήνεια οι ομάδες υψηλού κινδύνου β) να βελτιωθούν οι υπάρχουσες τεχνικές έγκαιρης διάγνωσης της εξαλλαγής γ) να αξιολογηθούν οι υπάρχουσες στρατηγικές στην παρακολούθηση των ασθενών αυτών και να αναζητηθούν τρόποι βελτίωσης και δ) να αναπτυχθούν γαστρεντερολογικές ενδοσκοπικές μονάδες σε κάθε νομαρχιακό νοσοκομείο με δυνατότητα επεμβατικής κολονοσκόπησης.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου επομένως είναι μία νόσος στην οποία είναι δυνατό να λειτουργήσει ικανοποιητικά η πρόληψη. (Δ. Καραμαλώνης, 1994)

Η δικαίωση της ύπαρξής μας σαν νοσηλευτικό επάγγελμα και να είμαστε στο προσκήφαλο του νοσηλευόμενου για να τον βοηθήσει να προσαρμοστεί ενεργητικά στον μεταβατικό ρόλο του αρρώστου να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που προέκυψαν και να ξαναβρεί τη μέγιστη δυνατή ανεξαρτησία του. (Πατηράκη – Κουρεπάνη Ε., 1991)

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- **ΑΔΡΑΧΤΑ Δ., ΚΑΤΑΧΑΛΙΟΣ Ν.Γ.** *Η διαγνωστική αξία του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου*  
Greek Journal of Clinical pathology, τόμος 10<sup>ος</sup> . 11<sup>ος</sup>, 12<sup>ος</sup>,  
Δεκ. 1989, Εκδόσεις Zymeb, σ. 63-66
- **ΑΘΑΝΑΤΟΥ Κ.Ε.** *Κλινική Νοσηλευτική, βασικές και ειδικές νοσηλείες*  
Επίτομος, Εκδόσεις Αθανάτου, έκδοση 5<sup>η</sup>, Αθήνα 1995
- **ΑΡΒΑΝΙΤΑΚΗΣ Κ.** *Καρκίνος του παχέος εντέρου*  
Ελληνική Ιατρική, τόμος 60<sup>ος</sup> , τεύχος 1<sup>ο</sup>, Ιαν - Φεβρ. 1994  
Εκδοσεις University Studio Press, σ. 81-82
- **ΑΣΠΙΩΤΗΣ Ν.** *Φυσιολογία του ανθρώπου*  
Έκδοση 6<sup>η</sup>, Τόμος 2<sup>ος</sup>, Αθήνα 1984
- **ΓΟΛΕΜΑΤΗΣ Β., ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Σ.** *Νεοπλάσματα παχέος εντέρου και ορθού*  
Μεταπτυχιακή Χειρουργική, τόμος 2<sup>ος</sup>, Εκδόσεις University Studio Press,  
έκδοση 1<sup>η</sup>, Θεσ/νίκη 1993
- **ΔΕΣΠΟΠΟΥΛΟΣ Α., SILBERNAGLS.** *Εγχειρήδιο Φυσιολογίας*  
Επίτομος, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1989, σ. 200-201,230
- **ΔΙΑΜΑΝΤΗΣ Θ., ΠΙΚΟΥΛΗΣ Ε.** *Πολύποδες του παχέος εντέρου*  
Ιατρικά χρονικά, τόμος 19<sup>ος</sup> , τεύχος 5<sup>ο</sup>, Μάιος 1996, εκδόσεις Ε.Μ.  
Μωραΐδου – Σιδερίδη, σ. 256-258
- **ΔΟΝΤΑΣ Ν.** *Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην ογκολογική πράξη.*  
Σεμινάριο νοσηλευτριών σε θέμα : Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του  
καρκίνου. Αποκατάσταση του καρκινοπαθούς.  
Επίτομος, Αθήνα 1991
- **ΕΜΜΑΝΟΥΗΛΙΔΗΣ Ε.** *Προκαρκινικές καταστάσεις του πεπτικού σωλήνα.*  
Ογκολογία πεπτικού συστήματος. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1991, σ.5-23
- **ΙΑΚΩΒΙΔΟΥ Δ.** *Φροντίδα ατόμων με κολοστομία και αποκατάσταση.*

Σεμινάριο νοσηλευτριών με θέμα : Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου. Αποκατάσταση του καρκινοπαθούς. Επίτομος, Αθήνα 1991

- **KAHLE W., LEONHARDT H.** *Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου.* Τόμος 2<sup>ος</sup>, μεταφρ. Ν. Παπαδόπουλος, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1985, σ. 168-169,218
- **ΚΑΛΑΦΑΤΗΣ Ε.** *Lasers στη γαστρεντερολογία.* Ελληνική Γαστρεντερολογία, τόμος 3<sup>ος</sup>, τεύχος 3<sup>ο</sup>, Ιούλιος 1990 Εκδόσεις Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας, σ. 256-259
- **ΚΑΛΑΦΑΤΗΣ Ε., ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΗΣ Γ.Δ.** *Κληρονομικός καρκίνος του παχέος εντέρου δίχως πολυποδίαση* Ιατρική, τόμος 61<sup>ος</sup>, τεύχος 5<sup>ο</sup>, Μάιος 1992, ιατρικές εκδόσεις Βήτα, σ. 478-481
- **ΚΑΛΑΧΑΝΗΣ Ν.Γ.** *Καρκίνος παχέος εντέρου* Χειρουργική, τόμος 2<sup>ο</sup>;, ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης Π.Χ., Αθήνα 1987, σ. 460-501
- **ΚΑΝΔΥΛΗΣ Κ.** *Ποιότητα ζωής του καρκινοπαθούς στο τελικό στάδιο* Ελληνική ογκολογία, τόμος 29<sup>ος</sup>, τεύχος 1<sup>ο</sup>, Ιαν. – Μαρτ. 1993, Ιατρικές εκδόσεις Ζήτα, σ. 66-74
- **ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΗΣ Δ., ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Α.** *Πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου* Ελληνική Ιατρική, τόμος 60<sup>ος</sup>, τεύχος 1<sup>ο</sup>, Ιαν – Φεβ. 1994, Εκδόσεις University Studio Press, σ. 17 – 19
- **ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΗΣ Δ., ΠΑΠΑΘΕΩΡΙΔΗΣ Β.Γ.** *Νεώτερα δεδομένα στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου* Ιατρική, τόμος 69<sup>ος</sup>, τεύχος 1<sup>ο</sup>, Ιαν. 1996, Ιατρικές εκδόσεις Βήτα, σ.27-30
- **ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ Ε.** *Η εκπαίδευση της νοσηλεύτριας στην ογκολογική νοσηλευτική.* Νοσηλευτική, τεύχος 5<sup>ο</sup>, Σεπτ. – Οκτ. 1986, εκδόσεις Υγείας Θεράπαινα ΕΣΔΝΕ, σ. 169-176

- **ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ Θ.Α.** *Κοινωνική Νοσηλευτική*  
Επίτομος, Αθήνα 1995, σ. 103-104
- **ΛΙΑΤΣΟΣ Χ., ΡΟΚΚΑΣ Θ.** *Προληπτικός μαζικός έλεγχος πληθυσμού για την πρώιμη διάγνωση καρκίνου παχέος εντέρου.*  
Γαληνός, τόμος 35<sup>ος</sup>, τεύχος 4<sup>ο</sup>, Ιουλ.-Αυγ. 1993, εκδ. Κ. Γ. Στασινόπουλος, σ. 330-341
- **ΜΑΚΡΗΣ Ι. ΧΑΤΖΗΜΗΣΙΟΣ Κ. κα.** *Σχέση pH κοπράνων καρκίνου παχέος εντέρου*  
Ελληνική Χειρουργική, τόμος 64<sup>ος</sup>, τεύχος 3<sup>ο</sup>, Μάιος – Ιούνιος 1992, εκδόσεις Βαρελά Ζ., Βαρελά Α. ΟΕ, σ. 252-256
- **ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α., ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.** *Παθολογική χειρουργική,*  
Τόμος 1<sup>ος</sup> εκδόσεις η Ταβιθά Σ.Α., έκδοση 18<sup>η</sup>, Αθήνα 1994
- **ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α., ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Σ.** *Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική*  
Τόμος 2<sup>ος</sup>, Εκδόσεις η Ταβιθά Σ. Α., έκδοση 17<sup>η</sup>, Αθήνα 1995
- **MAYER J.R.** *Όγκοι του παχέος και του λεπτού εντέρου*  
Μετάφραση Ανευλαβής Ε. κα, τόμος 2<sup>ο</sup>; Εκδόσεις Παριστάνου Αθήνα 1994, σ. 1684-1689
- **ΜΟΥΖΑΣ Ι.Α.** *Ο καρκίνος του παχέος εντέρου στη φλεγμονώδη εντερική νόσο και η πρόληψή του.*  
Ιατρική, τόμος 73<sup>ος</sup>, τεύχος 3<sup>ο</sup>, Μαρτ. 1998, Ιατρικές εκδόσεις Βήτα, σ.219-227
- **ΜΠΑΜΠΛΕΚΟΣ Γ., ΤΖΑΡΔΗΣ Π.** *Νεότερα δεδομένα της αιτιοπαθογένειας του καρκίνου του παχέος εντέρου.*  
Ελληνική χειρουργική, τόμος 67<sup>ος</sup>, τεύχος 4<sup>ο</sup>, Ιουλ.-Αυγ. 1995 εκδόσεις Δελιγιάννη Ζ., Βαρελά Α., σ. 335-345
- **ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΗ Ε. – ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΟΥ.** *Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στη χημειοθεραπεία, εκπαίδευση του αρρώστου.*



Σεμινάριο νοσηλευτριών με θέμα Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή, επίτομος, 8-9 Ιουνίου 1991

• **ΜΠΕΣΜΠΕΑΣ Σ., ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ Χ.** *Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού σε ασυμπτωματικά άτομα ηλικίας 50-75 ετών με το Haemocult test*

Ελληνική ογκολογία, τόμος 25<sup>ος</sup>, τεύχος 3<sup>ο</sup>, Ιου.-Σεπτ. 1989 εκδ. ένωσης επιστημονικού προσωπικού νοσοκομείου ο Άγιος Σάββας, σ.229-238

• **ΝΙΚΗΤΕΑΣ Ι.Ν., ΦΙΛΙΠΠΑΚΗΣ Γ.Μ.** *Προεγχειρητική σταδιοποίηση του καρκίνου του ορθού με τη χρήση ενδορθικού υπερηχοτομογραφήματος.*

Ιατρικά χρονικά, τόμος 21<sup>ος</sup>, τεύχος 11<sup>ο</sup>, εκδόσεις Ε. Μ. Μωραΐτου – Σιδερίδη, σ. 509-512

• **ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΠΑΠΑΛΑΜΠΡΟΣ Σ.** *Χειρουργική Επίτομος, ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης Π.Χ., Αθήνα 1991*

• **ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Γ.Δ., ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ Γ.Α.** *Αρχές γενικής χειρουργικής*

Τόμος 2<sup>ος</sup>, επιστημονικές εκδόσεις Γ. Κ. Παρισιάνου, Αθήνα 1989

• **ΠΑΠΑΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ Ν.Ξ.** *Ειδική Παθολογική Ανατομική Επίτομος, Ιατρικές εκδόσεις, Πασχαλίδης Π.Χ., έκδοση 5<sup>η</sup>, Αθήνα 1986*

• **ΠΑΤΗΡΑΚΗ – ΚΟΥΡΜΠΑΝΗ Ε.** *Νοσηλευτική συμβολή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αρρώστου με καρκίνο*

Σεμινάριο νοσηλευτριών με θέμα Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή, επίτομος, 8-9 Ιουνίου 1991

• **ΡΗΓΑΣ Α., ΜΙΚΡΟΥΛΗΣ Δ.** *Αδενοκαρκίνωμα του παχέος εντέρου σε έφηβο 14 ετών*

Ιατρική, τόμος 63<sup>ος</sup>, τεύχος 2<sup>ο</sup>, Φεβρ. 1993, ιατρικές εκδόσεις Βήτα, σ.186-188

• **ΣΑΧΙΝΗ – ΚΑΡΔΑΣΗ Α., ΠΑΝΟΥ Μ.** *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική*

Τόμος 2<sup>ος</sup>, μέρος 2<sup>ο</sup>, εκδόσεις Βήτα, 4<sup>η</sup> επανέκδοση, Αθήνα 1994

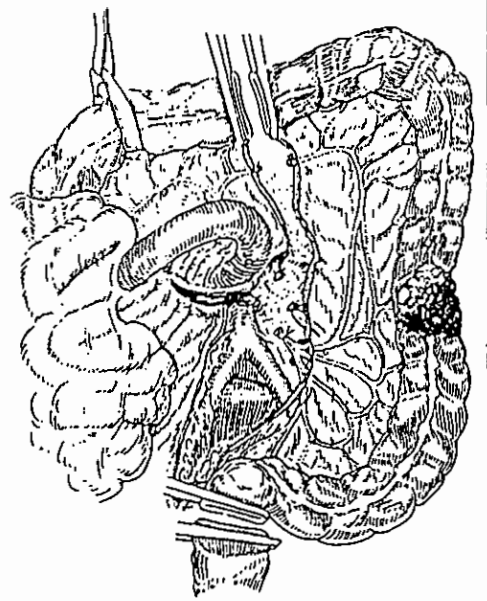
- **ΣΚΑΡΛΟΣ Δ.** *Η φροντίδα του καρκινοπαθούς τελικού σταδίου*  
Σεμινάριο νοσηλευτριών με θέμα Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου. Αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, επίτομος Αθήνα 1991
- **ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ Ι.Κ.** *Καρκίνος παχέος εντέρου και ορθού.*  
Εσωτερική Παθολογία, τόμος 2<sup>ος</sup>, επιστημονικές εκδόσεις Γ. Παριστάνου, Αθήνα 1998, σ. 1078-1082
- **ΤΣΙΑΝΟΣ Ε.Β.** *Σύγχρονες απόψεις στην πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση αι  
διαγνωστική προσέγγιση*  
Πρακτικά 17<sup>ου</sup> πανελληνίου συνεδρίου γαστρεντερολογίας, επίτομος, 19/10-2/11 1997, εκδόσεις ελληνικής γαστρεντερολογικής εταιρείας, σ. 240-243
- **ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ Ι., ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ Κ.Ι.** *Μαζικός έλεγχος φυσιολογικού πληθυσμού για καρκίνο του πεπτικού σωλήνα.*  
Ογκολογία πεπτικού συστήματος, επίτομος, ιατρικές εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1991, σ. 5-23
- **ΧΡΥΣΑΝΘΟΥ Κ.** *Η ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του παχέος εντέρου.*  
Ογκολογία πεπτικού συστήματος, επίτομος, ιατρικές εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1991, σ. 284-290

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

## Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ (ανά 100.000 ανά έτος) ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ

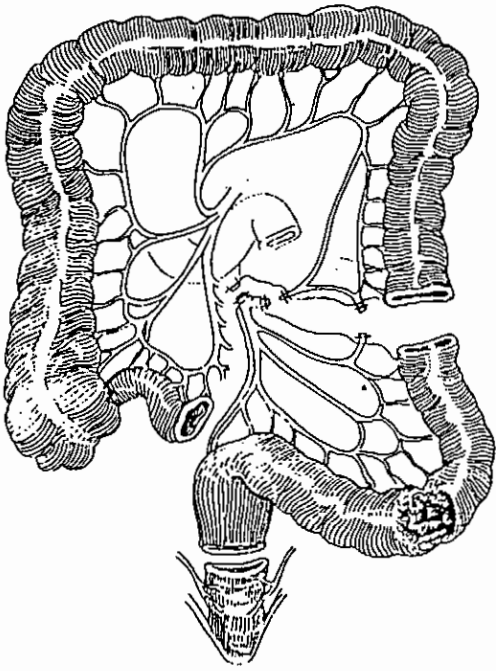
Χώρα	Κόλον	Ορθόν	Χώρα	Κόλον	Ορθόν
Αφρική			Δυτική Ευρώπη		
- Σενεγάλη	0,6	1,5	- Γαλλία	19,9	21,0
- Νιγηρία	0,4	0,4	- Σουηδία	16,3	10,9
- Ζιμπάμπουε	1,9	0,8	- Ελβετία	22,0	16,2
- Νότιος Αφρική			- Δανία	19,0	17,0
- Λευκοί	13,1	4,2	- Γερμανία	16,5	16,5
- Μαύροι	3,8	0,5	- Αγγλία	16,3	16,7
- Ινδοί	1,0	1,0	Ανατολ. Ευρώπη		
Ασία			- Ουγγαρία	9,7	16,1
- Ιαπωνία	8,3	9,2	- Πολωνία	11,6	9,4
- Ινδία	3,5	4,5	- Ρουμανία	5,5	6,8
- Χονγκ Κονγκ	15,0	11,1	Η.Π.Α.		
- Κίνα	6,7	9,0	- Λευκοί	25,6	14,6
- Ισραήλ	13,9	13,1	- Μαύροι	28,4	6,7
Λατινή Αμερική			- Ιάπωνες	26,7	15,3
- Κολομβία	4,5	3,4	- Κινέζοι	25,8	17,9
- Κούβα	7,1	4,4	- Ισπανοί	18,8	11,4
- Τζαμάϊκα	8,7	3,7	Καναδάς	21,5	14,9
Νότιος Ευρώπη			Αυστραλία	21,5	12,8
- Ιταλία	19,9	15,5			
- Ισπανία	6,6	6,2			

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΚΑΤΙΟΝΤΟΣ  
ΚΟΛΟΥ**  
(Σχήμα 1)



ΣΧΗΜΑ 1

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ**  
(Σχήμα 2)



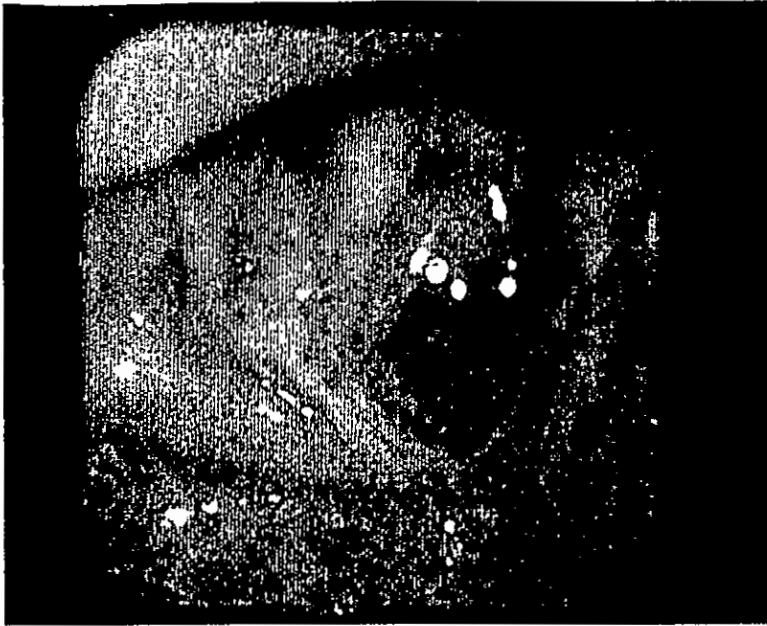
ΣΧΗΜΑ 2

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΑΝΙΟΝΤΟΣ  
ΚΟΛΟΥ**

Βαριούχος υποκλισμός. Καρκίνος της μεσότητας του ανιόντος. Τυπική εικόνα σκιαγραφικού ελλείμματος πλήρωσης του εντερικού αυλού.

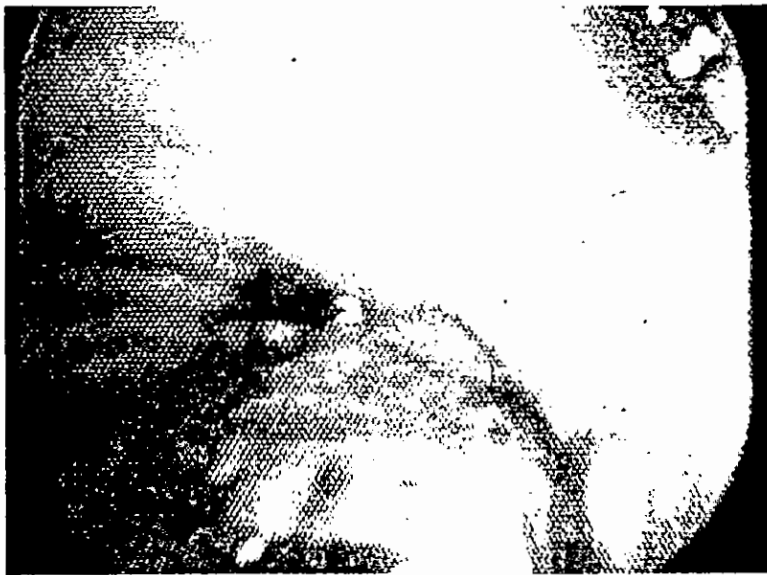
(Σχήμα 3)





**ΕΙΚΟΝΑ 27.** Καρκίνος ορθοσιγμοειδούς.

(Χ. Παπαδημητρίου)



**ΕΙΚΟΝΑ 28.** Πολυποειδές αδενοκαρκίνωμα σιγμοειδούς.

(Α. Ερμανουηλίδης)



**ΕΙΚΟΝΑ 29.** Πολυποειδές και διηθητικό καρκίνωμα κατιόντος, που προκάλεσε φαινόμενα ατελών ειλεού.

(Α. Ερμανουηλίδης)



ΕΙΚΟΝΑ 30. Πολυποειδές αδενοκαρκίνωμα εγκαρσίου.

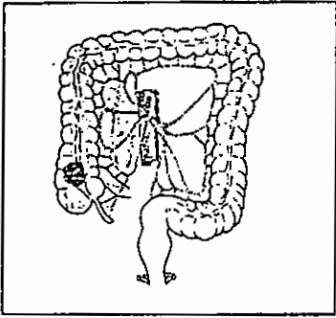
(Α. Εμμανουηλίδης)



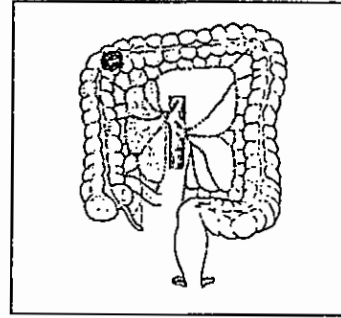
ΕΙΚΟΝΑ 31. Διηθητικό αδενοκαρκίνωμα τυφλού.

(Α. Εμμανουηλίδης)

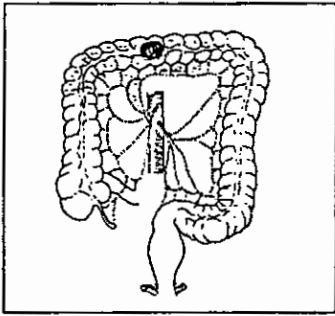
# ΕΙΔΗ ΕΚΤΟΜΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ



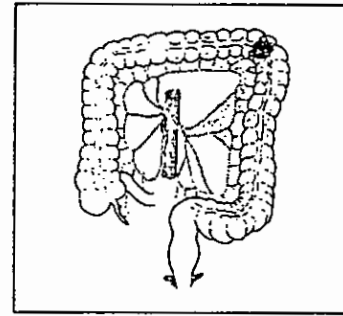
Περιορισμένη δεξιά ημικολεκτομή



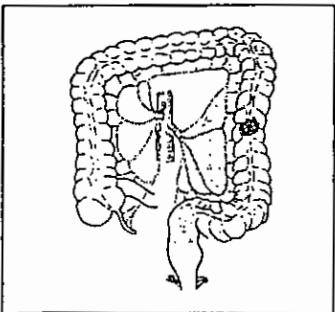
Τυπική δεξιά ημικολεκτομή



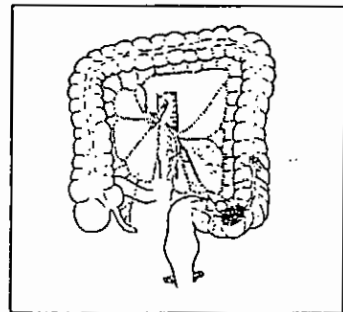
Εγκάρσια εκτομή



Περιορισμένη αριστερά ημικολεκτομή



Τυπική αριστερά κολεκτομή



Χαμηλή πρόσθια εκτομή





Αδενοκαρκίνωμα του παχέος εντέρου. Παρατηρείται ευμέγεθες έλλειμμα πλήρωσης στην περιοχή του ανιόντος-δεξιός κολικής καμπής με πλήρη απώλεια της φυσιολογικής ακτινομορφολογίας του εντέρου



Δακτυλιοειδές, στενωτικό αδενοκαρκίνωμα του ανιόντος κόλου. Η ακτινολογική αυτή εικόνα, που χαρακτηρίζεται ως "δαγκωμένο μήλο" πάντοτε υποδηλώνει κακοήθεια.



Στένωση του εγκυρσίου με περιφερική διάταση του Π.Ε.

# ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΕ ΝΕΑΡΗ ΗΛΙΚΙΑ

## ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΡΙΠΤΩΣΕΩΣ

Έφηβος 14 ετών εισήχθη στην Α Χειρουργική Κλινική του Τζάνειου Νοσοκομείου Πειραιώς στις 29. 7. 91, λόγω δύο επεισοδίων επιγαστραλγίας κωλικοειδούς τύπου, με εμετούς. Κάθε επεισόδιο διήρκεσε 1 - 2 ημέρες και παρήλθε με συντηρητική αγωγή. Με την είσοδο στο Νοσοκομείο, εμφάνισε νέο επεισόδιο παρόμοιου τύπου. Η κλινική εξέταση, δεν απέφερε κάποιο παθολογικό εύρημα πλην ευαισθησίας στην κοιλιά περιομφαλικά και εντερικών ήχων προσπαθείας στην ίδια περιοχή.

Ατομικό αναμνηστικό: Προ τριετίας σκωληκοειδεκτομή.

Κληρονομικό αναμνηστικό: Η μητέρα εμφάνισε καρκίνο μαστού σε ηλικία 26 ετών και απεβίωσε από τη νόσο σε ηλικία 30 χρόνων. Μια θεία του απεβίωσε σε ηλικία 32 χρόνων λόγω όγκου του εγκεφάλου.

- Εκ των εξετάσεων αίματος - ούρων - κοπράνων δεν διαπιστώθηκε κάτι το παθολογικό:
- 30/7 Υπερηχογράφημα κοιλίας: ελεύθερο υγρό στην κάτω κοιλία, στο σπληνονεφρικό και στον ηπατονεφρικό χώρο.
  - 3/8 Βαριούχος υποκλισμός: διακοπή στη μεσότητα του εγκαρσίου
  - 6/8 Κολonosκόπηση: Όγκος στη μεσότητα του εγκαρσίου αποφράσσων σχεδόν πλήρως τον αυλό. Βιοψίες: αδενοκαρκίνωμα.

Ο ασθενής υποστηρίχθηκε με παρεντερική διατροφή και χειρουργήθηκε στις 13. 8. 1991.

Χειρουργικά ευρήματα: Ασκιτικό υγρό, όγκος μεταξύ μεσότητας εγκαρσίου και δεξιάς κολικής καμπής, διηθούν τον ορογόνο, πολλαπλές καρκινικές εμφυτεύσεις στο επίπλου και στο περιτόναιο, ιδίως στην ελάσσονα πύελο μεγέθους 3 - 4 mm. Ήπαρ ελεύθερο. Εκτελείται δεξιά κολεκτομή, ευρεία επιπλοειδεκτομή και ειλεο-κατιούσα αναστόμωση (εικ. 1)

Παθολοανατομικά ευρήματα: Αδενοκαρκίνωμα διαστάσεων 3 cm, μέτριας διαφοροποιήσεως, διηθούν τον ορογόνο με καρκινικά κύτταρα στα αγγεία και μικρή παραγωγή βλέννας. Εκ των επιχώριων λεμφαδένων 3 εκ. των 13 θετικοί για κακοήθεια και εκ των απομακρυσμένων 3 εκ. των 48.

Ο ασθενής εξήλθε την 9<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα και ακολουθεί χημιοθεραπεία (5 - FU, ιντερλευκίνη). Μετά από 4 συνεδρίες ο ασθενής δεν έχει συμπτώματα και αντιμετωπίζεται το ενδεχόμενο διακοπής της χημιοθεραπείας στις 6 συνεδρίες και της λαπαροσκοπήσεως για έλεγχο της αποτελεσματικότητας.

