

**ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ: ΜΑΝΙΑΤΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

**ΠΑΤΡΑ
2000**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ.....	7

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΓΕΝΙΚΑ.....	14
2. ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.....	15
2.1 Το τυφλό.....	16
2.2 Το κόλο.....	17
2.2.α Ανιόν κόλο.....	18
2.2.β Εγκάρσιο κόλο.....	18
2.2.γ Κατιόν κόλο.....	19
2.2.δ Σιγμοειδές κόλο.....	20
2.2.ε Το ορθό.....	20
2.3 Κατασκευή του παχέος εντέρου.....	21
2.4 Αγγεία του παχέος εντέρου.....	21
3. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΟΡΘΟΥ.....	23
3.1 Πεπτικές επεξεργασίες.....	23
3.2 Απορρόφηση.....	24
3.3. Κινήσεις παχέος εντέρου.....	25
3.4 Αποπάτηση.....	26
4. Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	27
5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΕΩΣ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΟΓΚΩΝ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.....	28
6. ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Ca ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.....	30
7. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ.....	30
8. ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ.....	32
9. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ.....	33
10. ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΚΑΙ ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.....	36
11. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	39

12. ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΠΡΟΛΗΨΗ.....	46
13. ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.....	51
13.1 Ανίχνευση αίματος στις κενώσεις (Haemocull).....	51
13.2 Ορθοσιγμοειδοσκόπηση με βιοψία.....	52
13.3 Κολonosκόπηση.....	52
13.4 Ακτινογραφία - Διάβαση παχέος εντέρου.....	52
13.5 Ενδοφλέβια πτυελογραφία.....	53
13.6 Κοιλιακή αρτηριογραφία.....	53
13.7 Αξονική τομογραφία.....	54
13.8 Υπερηχογράφημα κοιλίας.....	54
14. ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.....	54
14.1 Γενική εξέταση αίματος.....	54
14.2 Εξέταση ούρων.....	55
14.3 Ακτινογραφία θώρακος.....	55
14.4 Σπινθηρογράφημα ήπατος.....	56
14.5 Η.Κ.Γ.	56
15. ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	56
15.1 Γενικά.....	56
15.2 Χειρουργική θεραπεία.....	57
15.3 Παρά φύσιν έδρα.....	59
15.4 Μέθοδοι παραχειρουργικές.....	61
15.5 Ακτινοθεραπεία.....	61
15.6 Χημειοθεραπεία.....	65
16. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ.....	69
17. ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	71

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

1. ΓΕΝΙΚΑ.....	73
2. ΓΕΝΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ.....	73
3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.....	77
4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	81

5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	87
5.1 Στάδια διδασκαλίας.....	88
6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	95
6.1 Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	95
6.1.α Ψυχολογική προετοιμασία.....	96
6.1.β Φυσική προετοιμασία	100
7. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	110
7.1 Μετεγχειρητική φροντίδα το πρώτο 48ωρο.....	111
7.2 Μετεγχειρητική φροντίδα των επομένων ημερών	113
7.3 Φροντίδα κολοστομίας.....	116
7.3.α. Άμεση περιποίηση κολοστομίας.....	117
7.3.β Ρύθμιση της λειτουργίας της κολοστομίας	120
7.3.γ. Επιπλοκές της κολοστομίας και πρόληψή τους	125
8. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.....	126

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

1. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ.....	129
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	144
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	147

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το κύριο θέμα της εργασίας αυτής είναι ο καρκίνος παχέος εντέρου καθώς και ο τρόπος της νοσηλευτικής αντιμετώπισης.

Οι λόγοι που με ώθησαν ώστε να διαλέξω αυτό το θέμα και ειδικά τη μορφή αυτού του καρκίνου είναι πολλοί.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι μια μορφή καρκίνου με το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας αλλά και μια μορφή για την οποία η νοσηλευτική φροντίδα είναι τόσο αναγκαία και ουσιώδες όσο και πολύπλοκη και εξειδικευμένη.

Ο ασθενής με καρκίνο του παχέος εντέρου αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα τόσο λειτουργικά όσο και ψυχολογικά. Ο νοσηλευτής χρειάζεται να έχει βαθιά γνώση του θέματος ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει οποιαδήποτε δυσκολία παρουσιαστεί στο δύσκολο έργο του.

Έτσι σκοπός αυτής της εργασίας είναι να δείξω μια ολοκληρωμένη εικόνα του καρκίνου του παχέος εντέρου τόσο από την ιατρική του πλευρά όσο και από την νοσηλευτική του πλευρά, αλλά και το δύσκολο έργο του νοσηλευτή ώστε να αντιμετωπίσει τον ασθενή σωστά και να του προσφέρει την κατάλληλη θεραπεία και ψυχολογική υποστήριξη.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σ' αυτή την εργασία γίνεται προσπάθεια να αναπτυχθεί και να αποδοθεί σωστά το θέμα «καρκίνος του παχέος εντέρου».

Ο καρκίνος αυτός αποτελεί το 15% όλων των καρκίνων του σώματος, εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις αναπτυγμένες χώρες και η σαφής και συγκεκριμένη αιτία που τον προκαλεί δεν είναι γνωστή.

Στην αρχή της εργασίας, δίνονται γενικές πληροφορίες για τα νεοπλάσματα, και μετά αναπτύσσεται η μελέτη του συγκεκριμένου θέματος που η δομή της είναι χωρισμένη σε 3 μέρη.

Το πρώτο αναφέρεται στην ανατομία και τη φυσιολογία του παχέος εντέρου και του ορθού. Συνεχίζει με την επιδημιολογία, αιτιολογία, παθογένεια, τις κλινικές εκδηλώσεις, τις διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους και τέλος τις επιπλοκές του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού. Γνώσεις απαραίτητες για ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, η οποία πρέπει πάντα να στηρίζεται στα επιστημονικά και παθολογοανατομικά δεδομένα του νοσήματος.

Το δεύτερο μέρος αναφέρεται στις δραστηριότητες της νοσηλεύτριας στη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου πάνω στις διαγνωστικές εξετάσεις και όλα τα είδη της εφαρμοζόμενης θεραπείας πάνω στο νόσημα.

Το τρίτο και τελευταίο μέρος αναφέρεται εκτενέστερα στην ψυχολογική τόνωση του ασθενή και την αποκατάστασή του που αρχίζει αμέσως μετά τη διάγνωση και την θεραπεία.

1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Τα νεοπλάσματα έχουν περιγραφεί από τα πρώτα βήματα της Ιατρικής και μάλιστα από τον Ιπποκράτη και τον Γαληνό, οι οποίοι πρώτοι ονόμασαν καρκίνο τα κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού. Η εικόνα του νεοπλάσματος του μαστού όπως την περιέγραψαν οι δύο μεγάλοι σοφοί, με τη διόγκωση και διήθηση της θηλής και τη διάταξη των αγγείων και των φλεβών γύρω από τον όγκο έμοιαζε με «καρκίνο» του κάβουρα της θάλασσας.

Ακόμη η ονομασία καρκίνος (κάβουρας) του κακοήθους νεοπλάσματος παρουσιάζει τον πόνο από τον καρκίνο όμοιο με αυτόν που δοκιμάζει κάποιος όταν τον δαγκώσει ο κάβουρας.

Η σύγχρονη αντίληψη για τα νεοπλάσματα, σαν ανωμαλία αναπτύξεως του κυττάρου, δεν είναι παλαιότερη από 130 χρόνια περίπου (Johannes Muller 1838).

Η λέξη καρκίνος είναι συνώνυμος με τον όρο κακοήθες νεόπλασμα. Άλλες λέξεις που έχουν την έννοια της νεοπλασματικής αρρώστιας είναι κακοήθεια, όγκος, καρκίνωμα, εκτροπή στην ανάπτυξη κυττάρων και η συντομογραφία «Ca» χωρίς όμως να είναι και συνώνυμος.

Ο οργανισμός του ανθρώπου, όπως των ζώων και των φυτών, αποτελείται από εκατομμύρια κύτταρα. Τα κύτταρα έχουν ζωή πολύ συντομότερη από τον οργανισμό σαν σύνολο. Τη θέση των νεκρών κυττάρων παίρνουν τα αναγεννώμενα νέα κύτταρα.

Η κυτταρική αυτή κοσμογονία γίνεται με ένα θαυμαστό ρυθμό αρμονίας, τάξεως και συστήματος και έτσι ο οργανισμός μας μένει πάντα ο ίδιος. Η επιστήμη ονομάζει τη θαυμαστή αυτή τάξη αρμονικής διαβίωσης των κυττάρων «ομοιοστασία».

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

Ένα νεόπλασμα μπορεί να είναι καλοήθες ή κακοήθες. Το καλοήθες νεόπλασμα είναι η ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων, η οποία δεν είναι πολύ βλαπτική, δεν διασπείρονται (μεταναστεύουν) σε άλλα μέρη του οργανισμού και δεν διηθούν τους παρακείμενους ιστούς.

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

Ο καρκίνος εκπροσωπεί μια μεγάλη ομάδα από αρρώστιες που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτη ανάπτυξη και διασπορά ανωμάτων κυττάρων (Canarfacts and figures 1977), Αυτή η ομάδα ασθενειών:

- Εμφανίζεται σε διάφορους ιστούς και όργανα
- Παρουσιάζει μεγάλες διαφορές μεταξύ των ατόμων στην εμφάνιση και ταχύτητα ανάπτυξης
- Μπορεί να ακολουθεί διαφορετική πορεία αναπτύξεως στο άτομο που εκδηλώνεται
- Συχνά παρουσιάζει διαφορετική ευαισθησία στα διάφορα είδη θεραπείας που εφαρμόζονται σ' αυτά.

Η βασική μορφολογική ανωμαλία των καρκινωματοδών κυττάρων έχει να κάνει με βασικές αλλαγές στη γενετική πληροφορία, που φέρουν τα νουκλεϊκά οξέα. Οι ιοί, οι ακτινοβολίες, οι κυτταροστατικές ουσίες δρώντας ακριβώς με τη μεταβολή που προκαλούν στη δομή του DNA είναι οι εξωγενείς περιβαλλοντικοί παράγοντες (π.χ.: Χιροσίμα, Τσερνομπίλ). Οι χρόνιαι μηχανικοί ερεθισμοί (π.χ. κάπνισμα, επαναλαμβανόμενο τραύμα).

Προδιαθεσικοί παράγοντες που κάνουν ένα άτομο πιο ευαίσθητο στην εμφάνιση του καρκίνου είναι:

- α. Η ηλικία.
- β. Το φύλο.

γ. Τόπος διαμονής.

δ. Γεωγραφική θέση

ε. Επάγγελμα

στ. Οικογενειακή προδιάθεση, και

ζ. Προκαρκινικές καταστάσεις (π.χ. πολύποδες ορθού και εντέρου, έλκος του σώματος του στομάχου, κυσταδενώματα ωοθήκης κ.ά.)

Οι βασικοί επιδημιολογικοί χαρακτήρες του καρκίνου, που ισχύουν γενικά σ' όλους τους πληθυσμούς είναι:

1. Η δημογραφική μεταβλητότητα της ολικής συχνότητας.
2. Η συχνότητα διαφόρων εντοπίσεων διαφέρει,

Πίνακας 1

ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
<i>ΕΝΤΟΠΙΣΗ</i>	<i>ΠΙΘΑΝΟΤΗΤ</i> <i>A</i>	<i>ΕΝΤΟΠΙΣΗ</i>	<i>ΠΙΘΑΝΟΤΗΤ</i> <i>A</i>
Πνεύμονες	1 στους 15	Μαστός	1 στις 20
Δέρμα	1 στους 39	Δέρμα	1 στις 49
Στομάχι	1 στους 43	Παχύ έντερο	1 στις 56
Προστάτης	1 στους 57	Στομάχι	1 στις 67
Ορθό	1 στους 71	Τράχηλος μήτρας	1 στις 80
Παχύ έντερο	1 στους 74	Ωοθήκες	1 στις 90
Κύστη	1 στους 83	Σώμα μήτρας	1 στις 98

(ουροδόχος)			
Πάγκρεας	1 στους 155	Ορθό	1 στις 100
Λευχαιμία	1 στους 211	Πνεύμονες	1 στις 102
Όρχεις	1 στους 632	Πάγκρεας	1 στις 196
		Κύστη (ουροδόχος)	1 στις 250
		Λευχαιμία	1 στις 255

- από χώρα σε χώρα
- στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες
- ως προς το φύλο και την ηλικία
- διάφορα επαγγέλματα
- ανάλογα με τις ατομικές συνθήκες
- ανάλογα με την κοινωνικοοικονομική θέση (Κουτσογιαννόπουλος 1984)

Αλλά ενδιαφέρον παρουσιάζει η επιδημιολογία της θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου. Ευτυχώς η συχνότητα των περιστατικών με καρκίνο που θεραπεύονται αυξάνει με μεγαλύτερο ρυθμό από τη συχνότητα της νοσηρότητας και θνησιμότητας από καρκίνο.

Στις αρχές του αιώνα μας οι περισσότεροι άνθρωποι που πάθαιναν καρκίνο πέθαιναν, στα τέλη του 1930 ένας στους πέντε θεραπευόταν, προς τα τέλη του 1940 ένας στους τέσσερις. Σήμερα το ποσοστό των

αρρώστων από καρκίνο που θεραπεύεται έφθασε στο 1:3, δηλαδή στους τέσσερις αρρώστους ο ένας θεραπεύεται, ενώ οι τρεις πεθαίνουν. (Luckmann 1979) και Sorensen (1979).

Η μείωση της θνησιμότητας των αρρώστων με καρκίνο και η αύξηση της επιδίωσης, οφείλονται σε ορισμένους παράγοντες όπως:

1. Η διάγνωση της αρρώστιας γίνεται στα αρχικά στάδια, πριν ακόμη γίνουν μεταστάσεις.
2. Τα διαγνωστικά μέσα και οι τεχνικές είναι πολύ καλύτερες σήμερα.
3. Οι άρρωστοι εφαρμόζουν θεραπεία μέσα στους πρώτους τέσσερις μήνες από τη διάγνωση της αρρώστιας.
4. Οι μέθοδοι θεραπείας και οι τεχνικές με τις οποίες εφαρμόζεται είναι πολύ πιο τελειοποιημένα απ' ό τι ήταν στο παρελθόν.
5. Υπάρχουν περισσότερες πληροφορίες και γίνεται καλύτερη ενημέρωση του κοινού για τους καρκινογόνους παράγοντες του περιβάλλοντος.

Αν και οι πρόοδοι, όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, αναφορικά με την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου είναι αξιόλογοι, εν τούτοις πολλές χιλιάδες ατόμων πεθαίνουν από καρκίνο. Οι άρρωστοι αυτοί πεθαίνουν επειδή η κακοήθης νεοπλασία που αναπτύχθηκε σε κάποιο σημείο του οργανισμού τους δεν διαγνώσθηκε έγκαιρα ή δεν αντιμετωπίσθηκε σωστά.

(Μ. Α. Μαλγαρινού - Σ.Φ.)

Κωνσταντινίδου Νοσηλευτική, 1987

**ΜΕΡΟΣ
ΠΡΩΤΟ**

ΓΕΝΙΚΑ

Ο οργανισμός για να διατηρηθεί στη ζωή, ν' αναπτυχθεί, ν' αντικαταστήσει τους ιστούς του, να εξασφαλίσει την κανονική λειτουργία των συστημάτων του και ν' αποδώσει καλύτερα την εργασία του, χρειάζεται την λήψη θρεπτικών ή προστατευτικών ή συμπληρωματικών ουσιών. Τις ουσίες αυτές ο οργανισμός παίρνει βασικά με τα τρόφιμα.

Οι τροφές εισάγονται στον οργανισμό μέσω του πεπτικού συστήματος. Μέσα σ' αυτό γίνονται διάφορες επεξεργασίες, οι οποίες μετατρέπουν τις τροφές στα συστατικά τους. Απ' αυτή τη σκοπιά ο οργανισμός αποτελεί μια δυναμική μονάδα στην οποία έχουμε συνεχώς πέψη απορρόφηση μεταβολισμό.

Ο πεπτικός σωλήνας είναι ένας μακρύς κοίλος σωλήνας που επεκτείνεται από τα χείλη ως τον πρωκτό. Ο σωλήνας αυτός δεν έχει παντού το ίδιο πλάτος αλλού είναι στενότερος, αλλού ευρύτερος και διαιρείται στα παρακάτω μέρη.

- Το στόμα
- Το φάρυγγα
- Τον οισοφάγο
- Το στομάχο
- Το έντερο (λεπτό, παχύ)
- Τον πρωκτό

Σχήμα. Σχηματική απεικόνιση του πεπτικού συστήματος

Εδώ θα ασχοληθούμε εκτενέστερα με ένα τμήμα του πεπτικού συστήματος το παχύ έντερο.

2. ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το παχύ έντερο που βρίσκεται στην κάτω κοιλία εμφανίζει 3 μοίρες το τυφλό, το κόλο και το απευθυσμένο ή ορθό.

Το μήκος του κυμαίνεται από 1-3,5 m. Γνωρίσματα του παχέος εντέρου είναι τα εξής:

- α. Το μεγάλο εύρος
- β. Τα εγκολπώματα του τοιχώματος
- γ. Οι επιπλοκές αποφύσεις (προσεκβολές του ορογόνου χιτώνα γεμάτες λίπος)
- δ. Οι τρεις κολικές ταινίες που διακρίνονται σε πρόσθια και σε δύο πλάγιες οι οποίες λείπουν από το απευθυσμένο.

Σχήμα. Η θέση του παχέος εντέρου μέσα στην κοιλιά

2.1 Το τυφλό

Το τυφλό έντερο μήκους 7-8 cm βρίσκεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο και από αυτό εκφύεται η σκωληκοειδής απόφυση. Το τέλος του ειλεού, εκφυόμενο στο π.ε. παράγει την ειλεοκολική βαλβίδα το στόμιο της οποίας αφορίζεται από το άνω και κάτω χείλος της. Τα χείλη αυτά ενώνονται στα άκρα και σχηματίζουν γωνίες από τις οποίες αρχίζει ο πρόσθιος και οπίσθιος χαλινός της βαλβίδας. Το άνω χείλος είναι μεγαλύτερο από τα κάτω και μπαίνει μέσα στον αυλό του π.ε. Ο βλεννογόνος, ο υποβλεννογόνος και η κυκλοτερής στοιβάδα του

τοιχώματος του ειλεού εμφύονται στο π.ε., ενώ η επιμήκης μυϊκή στοιβάδα και ο ορογόνος χιτώνας συνεχονται με το τοίχωμα του παχέος. Έτσι σχηματίζεται η ειλεοκολική στοιβάδα η οποία δεν επιτρέπει την παλινδρόμηση των κοπράνων ή των αέριων από το π.ε. στον ειλεό.

ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΤΥΦΛΟΥ

Το τυφλό έρχεται σε σχέση προς τα εμπρός με το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα και προς τα πίσω με το λαγόνιο μυ από τον οποίο χωρίζεται με την λαγόνια περιτονία και το περιτόναιο.

Σχήμα. Εγκάρσια τομή του παχέος εντέρου 1. Κολική ταινία (ελεύθερη), 2. Ορογόνος χιτώνας, 3. Μυϊκός χιτώνας, 4. Βλεννογόνος χιτώνας, 5. Κολική ταινία (επιπλοϊκή), 6. Κολική ταινία (μεσοκολική)

ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΗΣ ΑΠΟΦΥΣΗ: Αυτή εκφυόμενη από το τυφλό κρέμεται συνήθως με την πτυχή του περιτοναίου, που ονομάζεται μεσεντερίδιο. Η σκωληκοειδής απόφυση έχει σχήμα, μήκος και μέγεθος που ποικίλουν. Η συνηθισμένη θέση της είναι η λαγόνιο πυελική κατά την οποία φέρεται μέσα στην ελάσσονα πύελο.

2.2 Το κόλο

Το κόλο διαιρείται σε πέντε μέρη

- Το ανιόν
- Το εγκάρσιο
- Το κατιόν
- Το σιγμοειδές
- Το ορθό

2.2.α Ανιόν κόλο

Αυτό έχει μήκος 12-14 cm, αρχίζει από το τυφλά και φέρεται προς τα πάνω κατά μήκος της δεξιάς οσφυϊκής χώρας μέχρι κάτω από το ήπαρ όπου ανακάμπτοντας προς την αριστερή σχηματίζει τη δεξιά κολική ή ηπατική καμπή. Η καμπή αυτή αντιστοιχεί περίπου στο 10ο πλευρικό χόνδρο και είναι πολύ κινητή, μετακινούμενη κατά τις βαριές αναπνευστικές κινήσεις.

Λόγω της μεγάλης κινητικότητας την οποία εμφανίζει η σχέση της με το δεξιό νεφρό ποικίλει.

2.2.β Εγκάρσιο κόλο

Έχει μήκος 50 cm αρχίζει σαν συνέχεια του ανιόντος κόλου και φέρεται προς τα αριστερά και πάνω μέχρι κάτω από την σπλήνα, όπου ανακάμπει απότομα προς τα κάτω σχηματίζοντας την αριστερή κολική ή σπληνική καμπή. Η καμπή αυτή, είναι σταθερή γιατί συγκρατείται από

τον φρενοκολικό σύνδεσμο και αντηχεί στο 8ο πλευρικό χόνδρο, μετακινούμενη κατά τις βαθιές αναπνευστικές κινήσεις. Η αριστερή κολική καμπή όπως προαναφέρθηκε βρίσκεται ψηλότερα από την δεξιά εμφανίζοντας ποικίλη σχέση με την πρόσθια επιφάνεια του αριστερού νεφρού.

Σχήμα. Ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου

Το εγκάρσιο κόλο κρέμεται από το εγκάρσιο μεσόκολο μεταξύ των πετάλων του οποίου φέρεται το τόξο που σχηματίζεται από την αποστόμωση της μέσης και της αριστερής κολικής αρτηρίας.

ΣΧΕΣΕΙΣ ΕΓΚΑΡΣΙΟΥ ΚΟΛΟΥ: Το εγκάρσιο κόλο έρχεται σε σχέση προς τα εμπρός με το ήπαρ, την χοληδόχο κύστη και το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα προς τα πίσω με τον δεξιό νεφρό, την 2η μοίρα του δωδεκαδακτύλου και την του παγκρέατος. Προς τα πάνω σχετίζεται με το σπλήνα, το μείζον τόξο του στομάχου και το ήπαρ, ενώ προς τα κάτω με τις εντερικές έλικες.

2.2.γ Κατιόν κόλο

Το τμήμα αυτό του παχέος εντέρου, έχει μήκος 25 cm αρχίζει σαν συνέχεια του εγκάρσιου κόλου και φέρεται προς τα κάτω κατά μήκος της

αριστερής οσφυϊκής μοίρας μέχρι το στόμιο της ελάσσονος πυέλου, όπου μεταπίπτει στο σιγμοειδές.

2.2.δ Σιγμοειδές κόλο

Το μήκος του είναι περίπου 40 cm. Παριστάνει τη συνέχεια του κατιόντος κόλου και βρίσκεται μέσα στην ελάσσονα πύελο. Αυτό περιγράφει δύο καμπές και στο ύψος του 3ου ιερού σπονδύλου μεταβαίνει στο απευθυσμένο. Το σιγμοειδές κρέμεται με το μεσοσιγμοειδή και εμφανίζει μεγάλη κινητικότητα.

2.2.ε Το ορθό

Το ορθό έχει μήκος 12-16 cm και καταλήγει στον πρωκτό ή πρωκτικό δακτύλιο που αποτελεί το κάτω στόμιο του εντερικού σωλήνα και βρίσκεται στο βάθος της μεσογλουτιαίας σχισμής. Ο πρωκτικός δακτύλιος περιβάλλεται από λείες μυϊκές ίνες και λειτουργεί ανεξάρτητα από τη θέλησή μας και ο έξω σφιγκτήρας σχηματίζεται από γραμμικές μυϊκές ίνες και εξαρτάται από τη βούληση. Γενικά το παχύ έντερο καλύπτεται από περιτόναιο. Σε μερικά μέρη όπως το ανιόν, το κατιόν και το απευθυσμένο η κάλυψη είναι ατελής γι' αυτό και στα σημεία αυτά το έντερο είναι ακίνητο. Το τυφλό με τη σκωληκοειδή, το εγκάρσιο και το σιγμοειδές καλύπτονται τελείως από το περιτόναιο που σχηματίζει μια

πτυχή με την οποία τα μέρη αυτά του παχέος εντέρου κρέμονται από το πίσω τοίχωμα της κοιλίας και είναι κινητά.

2.3 Κατασκευή του παχέος εντέρου

Το τοίχωμα του π.ε: αποτελείται από μέσα προς τα έξω από βλεννογόνο, υποβλεννογόνο, μυϊκό και ορογόνο χιτώνα.

Ο βλεννογόνος χιτώνας αποτελείται από επιθήλιο (μονόστιβο κυλινδρικό), χόριο και αδένες.

Ο υποβλεννογόνιος χιτώνας περιβάλλει πλήρως το τυφλό, το εγκάρσιο και το σιγμοειδές και ατελώς το ανιόν και το κατιόν. Το εσωτερικό του παχέος εντέρου χωρίζεται με τις κολικές ταινίες σε τρεις αυλακοειδείς ζώνες, επίσης βρίσκουμε τις μηνοειδείς πτυχές και τα κολπώματα.

2.4 Αγγεία του παχέος εντέρου

Το π.ε. αγγειώνεται από την άνω και κάτω μεσεντέριο αρτηρία. Η άνω αιματώνει το τυφλό, το ανιόν και το μισό εγκάρσιο και η κάτω το υπόλοιπο μισό εγκάρσιο, το κατιόν και το πάνω γέρος του ορθού και η έσω λαγόνιος αρτηρία που αιματώνει το υπόλοιπο γέρος του ορθού.

Οι φλέβες του π.ε. εκτός από τις φλέβες της κάτω μοίρας του απευθυσμένου εκβάλλουν στην πυλαία φλέβα. Της υπόλοιπης μοίρας του απευθυσμένου οι φλέβες παροχετεύονται, στην έσω λαγόνια φλέβα.

Σχήμα. Σχηματική απεικόνιση του αρτηριακού και λεμφικού δικτύου του παχέος εντέρου (Οι φλέβες συνοδεύουν πιστά τις αρτηρίες).

ΝΕΥΡΩΣΗ

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 νευρώση του δεξιού κόλου γίνεται από τα πνευμονογαστρικά νεύρα και του αριστερού από το δεύτερο, τρίτο και τέταρτο σπλαγγνικά νεύρα. Οι συμπαθητικές ίνες ξεκινούν ως προγαγγλιακές από το ύψος του ένατου θωρακικού μέχρι και του δευτέρου οσφυϊκού νευροτομίου, φθάνουν στα παρασπονδυλικά συμπαθητικά γάγγλια και από εκεί στα μεσεντέρια γάγγλια και πλέγματα κατά μήκος των μεσεντερίων αγγείων. Οι συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές νευρικές ίνες δημιουργούν συνάψεις με τα ενδοτοιχωματικά νευρικά γαγγλιακά πλέγματα για να δώσουν στη συνέχεια μεταγαγγλιακές ίνες οι οποίες νευρώνουν τους εντερικούς αδένες, τα αγγεία και τις μυϊκές ίνες. 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. Το ενδοτοιχωματικό νευρικό σύστημα του παχέος εντέρου αποτελείται από άφθονα γαγγλιακά κύτταρα τα οποία σχηματίζουν το πλέγμα του Auerbach, που εντοπίζεται μεταξύ των δύο

μυϊκών στοιβάδων του τοιχώματος και το πλέγμα του Meissner, που εντοπίζεται στην υποβλεννογόνο στοιβάδα. Έλλειψη του ενδοτοιχωματικού νευρικού συστήματος από ένα τμήμα του τοιχώματος προκαλεί απώλεια της κινητικότητας στο τμήμα αυτό, όπως συμβαίνει στο συγγενές megacolon.

3. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΟΡΘΟΥ

3.1 Πεπτικές επεξεργασίες

Ο βλεννογόνος του π.ε. στερείται λάχνων περιέχει όμως σωληνοειδής αδένες που εκκρίνουν βλέννα αλκαλικής αντίδρασης, η οποία δρα προστατευτικά για τον βλεννογόνο και χρησιμεύει για τον σχηματισμό και την διολίσθηση των κοπράνων. Στο π.ε. δεν επιτελείται πέψη για α) τα ένζυμα του παγκρεατικού και εντερικού υγρού αδρανοποιούνται πριν από την διοχέτευσή τους μέχρι αυτό και β) η μεγαλύτερη ποσότητα θρεπτικών ουσιών έχουν εν τω μεταξύ υποστεί πέψη και απομύζηση.

Σχήμα. Κένωση στην ειλεοκολική βαλβίδα

Διοχετεύονται όμως σ' αυτό ουσίες που δεν υπόκεινται πέψη, όπως η κυτταρίνη, πεπτίνες κτλ., καθώς και ελάχιστη ποσότητα λίπους και λευκώματος.

Μέσα στο π.ε. ζουν και πολλαπλασιάζονται μεγάλος αριθμός μικροοργανισμών (μικροβιοχλωρίδια) στην δραστηριότητα των οποίων οφείλονται οι ζυμωτικές και σηπτικές επεξεργασίες που επιτελούνται μέσα σ' αυτό. Έτσι μικρά μέρος της κυτταρίνης μετατρέπεται από μικροοργανισμούς σε κατώτερα λιπαρά οξέα, μεθάνιο, διοξείδιο του άνθρακα και υδρογόνο. Η μικροβιακή χλωρίδα χρησιμοποιεί επίσης τα μικρά ποσά άπεπτου λευκώματος που αποδίδονται διάφορα υποπροϊόντα, όπως υδρόθειο, μερκαπτάνες σκατόλη, ινδόλη, κρεσόλη, φαινόλη, πουτρεσίνη κλπ. Η χολερυθρίνη της χολής μετατρέπεται τελικά σε κοπροχολινογόνο και κοπροχολίνη. Το μεγαλύτερο γέρος των ουσιών αυτών αποβάλλεται με τα κόπρανα ενώ ελάχιστο ποσό απορροφάται και αδρανοποιείται από το ήπαρ και αποβάλλεται από τους νεφρούς με τα ούρα.

3.2 Απορρόφηση

Από το π.ε. απορροφάται το μεγαλύτερο μέρος του νερού από τα 500 κ.ε περίπου το οποίο διοχετεύεται μέχρι αυτό ανά 24ωρο καθώς και ιόντα νατρίου (Na). Επίσης επιτελείται ενεργητική απέκκριση ιόντων καλίου (K) και ασβεστίου (Ca). Απορροφούνται επίσης με απλή διάχυση μονοσακχαρίτες, αμινοξέα και λιπαρά οξέα. Με την δραστηριότητα της μικροβιακής χλωρίδας παράγονται και απορροφώνται σε σημαντικά ποσά ορισμένες βιταμίνες όπως η K, η B1 και B2 η νιασίνη και η βιοτίνη.

3.3. Κινήσεις παχέος εντέρου

- α. **Δακτυλοειδείς περισφύξεις:** Είναι δακτυλοειδείς περισφύξεις σε διαστήματα λίγων εκατοστών οι οποίες μένουν αμετάθετες για σχετικά μεγάλο χρονικό διάστημα (μερικές φορές για πολλές ώρες). Με τις κινήσεις αυτές προκαλείται ανάμειξη του περιεχομένου με συνέπεια την καλύτερη απομύζηση του νερού και των αλάτων και την μίξη του περιεχομένου με βλέννα.
- β. **Μαζικές κινήσεις:** Συνίσταται στην εμφάνιση περίσφυξης σε κάποιο σημείο την οποία ακολουθεί συστολή του τοιχώματος περιφερικότερα αυτής που καταλαμβάνει έκταση 20 κ.ε. και περισσότερο με αποτέλεσμα την προώθηση του περιεχομένου. Αυτού του είδους οι κινήσεις εμφανίζονται κατά αραιά, χρονικά διαστήματα και συνήθως λίγη ώρα μετά την πρόσληψη της τροφής.

Το περιεχόμενο του π.ε. μετά το τέλος της απομύζησης νερού και άλλων ουσιών αποβάλλεται με την αφόδευση (αντανακλαστική λειτουργία, ελεγχόμενη στον φυσιολογικό ενήλικα σε μεγάλο βαθμό από την βούληση και η οποία συνίσταται στην αποβολή κοπράνων που βρίσκονται στο ορθό δια του πρωκτού) υπό μορφή κοπράνων. Τα κόπρανα αποτελούνται από συστατικά τροφής που δεν έχουν υποστεί πέψη και απομύζηση από συστατικά που προέρχονται από τα πεσμένα επιθηλιακά κύτταρα, από βλέννα, από προσόντα μεταβολισμού, της μικροβιακής χλωρίδας καθώς και από μεγάλο αριθμό μικροοργανισμών.

Όταν γίνεται πρόσληψη φυτικής τροφής τα κόπρανα είναι ογκωδέστερα λόγω της περιεχομένης άπεπτης κυτταρίνης.

3.4 Αποπάτηση

Το ορθά φυσιολογικά είναι άδειο λίγο πριν την αποπάτηση. Αυτή ελκύεται από το γαστροκολικό αντανακλαστικό που λειτουργεί συνήθως μετά τη λήψη του πρωινού γεύματος. Όταν το γεύμα φτάσει στο στομάχι και έχει αρχίσει ήδη η πέψη αρχίζουν να πραγματοποιούνται κινήσεις περιστάσεως στο λεπτό έντερο που μεταδίδονται στο παχύ και τα κατάλοιπα της νύχτας που έχουν φτάσει στο τυφλό αρχίζουν να κινούνται. Το περιεχόμενο της μοίρας του π.ε. που βρίσκεται στην πύελο, έρχεται στο ορθό. Συγχρόνως εμφανίζονται ισχυρά περισταλτικά κύματα στο π.ε. δημιουργώντας μια ιδιαίτερη αίσθηση κατά το περίναιο. Με το κλείσιμο της γλωτίδας αυξάνει τότε η ενδοκοιλιακή πίεση, ενώ γίνεται σύσπαση του διαφράγματος και των κοιλιακών μυών. Οι σφιγκτήρες του δακτυλίου καλούνται και τελειώνει έτσι η πράξη της αποπάτησης.

Το πότε θα γίνει η αποπάτηση μέσα στην ημέρα είναι θέμα συνήθειας. Σε άτομα με κανονικές συνήθειες ζωής η αποπάτηση γίνεται την ίδια πάντα ώρα κάθε μέρα. Ασχολίες της καθημερινής ζωής που μπορούν να εμποδίσουν την αποπάτηση δημιουργούν έτσι δυσκοιλιότητα.

4. Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η νόσος φαίνεται ότι εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις ανεπτυγμένες χώρες από ότι στις υποανάπτυξη ή υποανάπτυκτες. Η αιτία αυτού του γεγονότος είναι περισσότερο ο τρόπος και το είδος της διατροφής παρά γενετικοί παράγοντες.

Αυτό συμπεραίνεται από το γεγονός ότι οι Ασιάτες και οι Αφρικανοί που ζουν στις Η.Π.Α. εμφανίζουν την ίδια συχνότητα καρκίνου του π.ε. με τους λευκούς, ενώ πληθυσμοί των ίδιων φυλών Ασίας και Αφρικής εμφανίζουν τη νόσο σε πολύ μικρότερη συχνότητα. Άρα δεν υπάρχει σχέση μεταξύ φύλου και συχνότητας εμφάνισης της νόσου.

Σε πολλές χώρες του δυτικού κόσμου ο καρκίνος του π.ε. έρχεται δεύτερος σαν αιτία θανάτου από καρκίνο και στα δύο φύλα μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Σε χώρες όπως η Ελλάδα, η Αίγυπτος, η Πολωνία, το Μεξικό αναφέρονται 3-6 θάνατοι από καρκίνο του π.ε. σε 100.000 κατοίκους. Αντίθετα στις Η.Π.Α, στην Αυστρία, στην Αυστραλία, στη Μ. Βρετανία, στη Δυτική Γερμανία, την Ελβετία, η αντίστοιχη συχνότητα είναι 34-35 θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους. Ο καρκίνος π.ε. αποτελεί το 15% των καρκίνων.

Εμφανίζεται με την ίδια περίπου συχνότητα και στα δύο φύλα και στο 80% περίπου των περιπτώσεων αφορά ενήλικες μεταξύ 50-70 ετών. Τα 3-40% των ασθενών με καρκίνο του π.ε. είναι ηλικίας κάτω των 35 ετών και 0,5-1% των περιπτώσεων παρουσιάζονται σε ηλικίες κάτω των 25 ετών. Οι αριθμοί αυτοί αναφέρονται για να τονιστεί ότι η νόσος αν και σπάνια προσβάλλει τις νεαρές ηλικίες εν τούτοις υπάρχει και δεν θα πρέπει το όριο ηλικίας να απομακρύνει τη σκέψη του γιατρού από την ενδεχόμενη νεοπλασία σε ασθενή με ανεξήγητη αλλαγή των συνηθειών κενώσεων ή να μην αποδίδει πάντοτε μικρή αιμορραγία στις κενώσεις σε νεαρά άτομα σαν αιμορροΐδες ή ραγάδες.

Το καρκίνωμα του δεξιού κόλου είναι συχνότερο στις γυναίκες, ενώ το καρκίνωμα του αριστερού κόλου είναι συχνότερο στους άνδρες και δύο φορές συχνότερο στην περίπτωση του ορθού. Αν συγκρίνουμε στατιστικές εντοπίσεων καρκίνου π.ε. στη δεκαετία 1950-60-70 στις Η.Π.Α. βλέπουμε ότι υπάρχει τάση αύξησης της συχνότητας εντόπισης στο δεξιό κόλο του παχέος εντέρου και κύρια στο τυφλό.

5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΕΩΣ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΟΓΚΩΝ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η σαφής και συγκεκριμένη αιτία του καρκίνου του παχέος εντέρου δεν είναι γνωστή. Έχουμε όμως ενοχοποιηθεί προδιαθεσικοί παράγοντες σε σχέση με τη διατροφή και συνυπάρχουσες παθήσεις του εντέρου.

Διατροφή χαμηλού υπολείμματος πλούσια σε λίπη και πολυκυκλικούς υδρογονάνθρακες. Φαίνεται ότι συμβάλλει στην ανάπτυξη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Η υπόθεση είναι ότι τα κολικά άλατα και τα διασπαρθέντα προϊόντα των λιπών και των υδρογονανθράκων με παρουσία της χλωρίδας του εντέρου απελευθερώνουν καρκινογενετικούς παράγοντες οι οποίοι παραμένοντες για μεγάλο χρόνο μέσα στον αυλό του εντέρου (χαμηλό υπόλειμμα) μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο.

Παθήσεις του παχέος εντέρου που προδιαθέτουν στην ανάπτυξη καρκίνου είναι η ελκώδης κολίτιδα και η πολυποδίαση. Ασθενείς με συμπτωματική και ανθιστάμενοι στην θεραπεία ελκώδη κολίτιδα έχουν πιθανότητες 20-25% να αναπτύξουν καρκίνο μέσα σε 10 χρόνια. Η οικογενής πολυποδίαση πρέπει να θεωρείται ως προκαρκινοματώδης κατάσταση γιατί σ' όλους σχεδόν τους ασθενείς αναπτύσσεται καρκίνος στην νεαρή ηλικία. Υπάρχουν αντιγνωμίες ως προς τη σχέση αιτίου-αιτιατού, μεταξύ πολυπόδων και καρκίνου παχέος εντέρου.

Από προσεκτική όμως μελέτη των στατιστικών βλέπουμε ότι μονήρης πολύποδας κάτω του 1 εκατοστού σπάνια εναλλάσσεται σε καρκίνο. Όταν το μέγεθος του είναι πάνω από 1 εκατοστό υπάρχουν σημαντικές πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου π.ε. Όταν υπάρχει το ιστολογικό στοιχείο του θηλώδους αδενώματος που συμβαίνει στο 50% όλων των πολυπόδων οι πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου είναι ακόμη περισσότερες. Τέλος πολλαπλοί πολύποδες έχουν οχταπλάσιες

πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου απ' ότι οι μονήρεις πολύποδες.

Πρέπει επίσης να τονισθεί ότι δεν έχει αποδειχθεί συσχετισμός μεταξύ εκκολπωμάτωσης, αιμορροΐδων, νόσων του CROHN και καρκίνων του παχέος εντέρου.

6. ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Ca ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η μελέτη οικογενειών που χαρακτηρίζονται από υψηλή συχνότητα ανάπτυξης αδενοκαρκινωμάτων πολλαπλών ανατομικών θέσεων (συχνότερα του ενδομητρίου και του κόλπου) σε νεαρή ηλικία έχει αποκαλύψει κάποια κληρονομική αιτιολογία του αδενοκαρκινώματος. Πάντως η συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων φαίνεται να προκαλείται από εξωγενετικούς παράγοντες.

7. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίζει διαφορετική συχνότητα κατανομής στα διάφορα τμήματα του εντέρου, δηλαδή: τυφλά 11%, ανιόν 9%, εγκάρσιο 12%, κατιόν 6%, σιγμοειδές 26%, ορθοσιγμοειδές 11% και ορθά 25%. (Σχήμα).

Σχήμα. Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου στις διάφορες μοίρες του παχέος εντέρου

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

Η πιθανότητα σύγχρονης ανεύρεσης περισσοτέρων του ενός καρκίνων στο παχύ έντερο ανέρχεται στο 4% περίπου (σύγχρονος καρκίνος). Στο ίδιο περίπου ποσοστό ανέρχεται και η πιθανότητα να εμφανισθεί ένας καινούργιος καρκίνος σε ένα έντερο ασθενούς από το οποίο προηγουμένως έχει αφαιρεθεί ένας άλλος πρωτοπαθής καρκίνος (μετάχρονος καρκίνος). Μακροσκοπικά διακρίνουμε τις εξής μορφές καρκίνου του παχέος εντέρου:

- 1. Πολυποειδής ή ανθοκραμβοειδής καρκίνος:** Εμφανίζεται σαν μεγάλη ανθοκραμβοειδής μάζα με ανώμαλη συνήθως επιφάνεια που προβάλλει μέσα στον αυλό του εντέρου. Η έκταση της διήθησης του εντερικού τοιχώματος είναι συνήθως μικρή. Έχει ταχεία ανάπτυξη και επειδή εμφανίζει νέκρωση γι' αυτό συνήθως υπάρχει εξέλκωση σε κάποιο σημείο του όγκου.
- 2. Ελκωτικός καρκίνος:** Εμφανίζεται σαν ένα τυπικό κακώθες έλκος με ανώμαλα προέχοντα χείλη και ρυπαρό πυθμένα. Μπορεί να περιορίζεται στο ένα μόνο τεταρτημόριο συνηθέστερα όμως καταλαμβάνει περισσότερα τεταρτημόρια του τοιχώματος του εντέρου

και επειδή παρουσιάζει εκτεταμένη διήθηση σε βάθος δημιουργεί σημαντική παραμόρφωση και κάποιο βαθμό στένωσης.

3. **Δακτυλιοειδής ή στενωτικός καρκίνος:** Πρόκειται κατά πάσα πιθανότητα για προχωρημένο ελκωτικό καρκίνο ο οποίος έχει διηθήσει κυκλοτερώς και τα τέσσερα τεταρτημόρια του εντερικού τοιχώματος. Η έκταση του καρκίνου κατά τον επιμήκη άξονα του εντέρου ποικίλλει από δύο έως και οκτώ εκατοστά. (Σχήμα 9).
4. **Διάχυτος διηθητικός καρκίνος:** Η μορφή αντιστοιχεί στην πλαστική λινίτιδα του στομάχου προκαλεί μια διάχυτη πάχυνση του εντερικού τοιχώματος, η οποία έχει έκταση τουλάχιστον 5-8 εκατοστών κατά τον επιμήκη άξονα και της οποίας η επιφάνεια καλύπτεται κατά το μεγαλύτερο μέρος από φυσιολογικό εντερικό βλεννογόνο, συνήθως όμως υπάρχει εξέλκωση σε κάποια σημείο. Καμιά φορά ο τύπος αυτός αποτελεί την προέκταση των άλλων μακροσκοπικών μορφών και όχι σπάνια αναπτύσσεται πάνω σε έδαφος ελκώδους κολίτιδας.
5. **Κολλοειδής καρκίνος:** Συνήθως πρόκειται για μια μεγάλη μάζα με ζελατινοειδή εμφάνιση. Είναι δυνατόν να υπάρχει διήθηση και εξέλκωση.

8. ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Το 95% των όγκων του παχέος εντέρου-ορθού, είναι αδενοκαρκινώματα και ένα μικρό ποσοστό σαρκώματος και

λειομυοσαρκώματα. Επί τη βάσει ορισμένων ιστοπαθολογικών χαρακτηριστικών, τα αδenoκαρκινώματα διακρίνονται σε μυελοειδή σκίρρους καρκίνους, θηλώδη καρκινώματα και σε βλεννώδη ή κολλοειδή καρκινώματα.

9. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Οι όγκοι του παχέος εντέρου - ορθού, ταξινομούνται κατά το σύστημα TNM και το κατά Dukes.

Σύστημα TNM

Πρωτοπαθής όγκος (T)

TX: Το βάθος διήθηση του όγκου δεν έχει εκτιμηθεί

TO: Δεν υπάρχει έκδηλος όγκος

Tis: Καρκίνωμα in situ

T1: Η βλάβη περιορίζεται στον βλεννογόνο ή υποβλεννογόνο χιτώνα

T2: Υπάρχει διήθηση του μυϊκού χιτώνα αλλά όχι πέραν αυτού

T2α: Ο όγκος επεκτείνεται αλλά δεν διαπερνά τον ίδιο μυϊκό χιτώνα

T2β: Ο όγκος διαπερνά πλήρως τον ίδιο μυϊκό χιτώνα

T3: Υπάρχει διήθηση όλων των χιτώνων του π.ε. ή ορθού μετά ή άνευ επεκτάσεως στους παρακείμενους ιστούς και όργανα. Μπορεί να υπάρχει ή όχι συρίγγιο.

T4: Άμεση επέκταση πέραν των κατά συνέχεια ιστών αμέσως παρακειμένων οργάνων

Επιχώρια λεμφογάγγλια (N)

NX: Τα λεμφογάγγλια δεν έχουν εκτιμηθεί

NO: Δεν υπάρχει διήθηση των λεμφογαγγλίων

N1: Υπάρχουν 1-3 διηθημένα λεμφογάγγλια κείμενα εγγύς της πρωτοπαθούς εστίας

N2: Υπάρχουν διηθημένα λεμφογάγγλια στην γραμμή εκτομής ή της απολίνωσης των αγγείων

N3: Υπάρχουν διηθημένα λεμφογάγγλια χωρίς όμως να καθορίζεται η θέση τους

Απομακρυσμένες μεταστάσεις (M)

MX: Δεν έχουν εκτιμηθεί

MX: Δεν υπάρχουν γνωστές μεταστάσεις

M1: Υπάρχουν γνωστές μεταστάσεις

Σταδιοποίηση

ΣΤΑΔΙΟ O: T is NO. MO

ΣΤΑΔΙΟ I: TO. NO. MO

IA: T1 NO. MO

IB: T2. NO. MO

ΣΤΑΔΙΟ	II:	T3	NO. MO
ΣΤΑΔΙΟ	III:	οιοδήποτε T.	N1-3 MO
ΣΤΑΔΙΟ	IV:	οιοδήποτε T.	οιοδήποτε N. M1

Σύστημα κατά Dukes (Astler - Rollier)

A: Ο όγκος περιορίζεται στο βλεννογόνο. Τα λεμφογάγγλια είναι αρνητικά

B1: Επέκταση πέραν του βλεννογόνου αλλά ακόμη εντός του εντερικού τοιχώματος. Τα λεμφογάγγλια είναι αρνητικά

B2: Επέκταση καθ' όλο το πάχος του εντερικού τοιχώματος. Τα λεμφογάγγλια είναι αρνητικά.

C1: Ο όγκος περιορίζεται στο εντερικό τοίχωμα. Τα λεμφογάγγλια είναι θετικά.

C2: Υπάρχει διήθηση καθ' όλη την έκταση του εντερικού τοιχώματος. Τα λεμφογάγγλια είναι θετικά.

D: Οποιαδήποτε διήθηση του εντερικού τοιχώματος, μετά ή άνευ λεμφογαγγλιακής διήθησης, με απομακρυσμένες μεταστάσεις. Υπάρχει επίσης και η κατά Broders παθολογοανατομική ταξινόμηση που αφορά τον βαθμό διαφοροποίησης των νεοπλασματικών κυττάρων.

G1: Υψηλής διαφοροποίησης

G2: Μέσης διαφοροποίησης

G3: Χαμηλής διαφοροποίησης

Όγκος που διηθεί το μυϊκό χιτώνα

Όγκος που διηθεί τον υποβλεννογόνο χιτώνα

10. ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΚΑΙ ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Τα καρκινικά κύτταρα δεν εξελίσσονται όλα. Μερικά θα νεκρωθούν από έλλειψη δυνατοτήτων διατροφής, αλλά θα καταστραφούν από μηχανισμούς άμυνας, άλλα θα χάσουν προσωρινά ή μόνιμα την δυνατότητα διπλασιασμού, άλλα θα επεκταθούν στους γύρω ιστούς και άλλα θα μετακινηθούν με διάφορους τρόπους σε άλλα όργανα για να δημιουργηθούν οι μεταστάσεις. Μερικοί καρκίνοι δεν κάνουν μεταστάσεις, όπως του δέρματος των νευρογλοιοκυττάρων κ.ά., άλλοι μεθίστανται κυρίως μέσω του λεμφικού συστήματος ή των αιμοφόρων αγγείων και άλλοι χρησιμοποιούν και τους δύο δρόμους όπως το μελάνωμα, ο καρκίνος του μαστού, των πνευμόνων κ.ά.

Η επέκταση του καρκίνου μπορεί να γίνει με τους πιο κάτω τρόπους.

α. **Κατά συνέχει ιστού (σε γειτονικά όργανα):** Στο παχύ έντερο ο καρκίνος αναπτύσσεται κυκλικά και χρειάζεται 1 χρόνο για να καλύψει τα 3/4 της περιφέρειας του εντέρου. Η κατά μήκος υποβλεννογόνια επέκταση οδηγεί σε διήθηση των ενδοστοιχιακών λεμφικών πλεγμάτων.

Όταν ο όγκος διηθήσει και τους εξωτερικούς χιτώνες μετά επεκτείνεται στα γύρω όργανα, ήπαρ, στομάχι, σπλήνα, νεφρούς. Ο καρκίνος του ορθού που επεκτείνεται μέσα στο πυελικό ουρογεννητικό σύστημα εμφανίζει ιδιαίτερα προβλήματα. Χαμηλής εντόπισης νεοπλάσματα είναι δυνατό να διηθούν τον προστάτη, τα σπερματικά σωληνάκια, την βάση της ουροδόχου κύστης, τον κόλπο, τους ουρητήρες και το ιερό οστό. Σε εντόπιση πάνω από την ανάκαμψη του περιτοναίου την ουροδόχο κύστη, την μήτρα, τους πλατείς συνδέσμους, τις ωοθήκες και το λεπτό έντερο.

β. Λεμφική διασπορά: Ο τύπος της διασποράς αυτής αποκαλύπτεται με την ιστολογική έρευνα πολλών παρασκευασμάτων που αφαιρούνται με περινεϊκή ή συνδυασμένη κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του τμήματος του παχέος εντέρου που πάσχει. Η προς τα άνω διασπορά γίνεται με τις κατά μήκος των άνω αιμοραϊδικών και κάτω μεσεντέριων αγγείων. Η προς τα κάτω διασπορά στα έξω τοιχωματικά γάγγλια είναι πολύ σπάνια. Επίσης επιβάλλεται η παρασκευή των πλαγίων τοιχωμάτων της πυέλου για τους χαμηλής εντόπισης όγκους καθόσον μάλιστα δεν φαίνεται να αυξάνει η ίδια τους χειρουργικούς κινδύνους.

Τέλος πρέπει να σημειωθεί και η προς τους βουβωνικούς λεμφαδένες διασπορά σε εντόπιση του όγκου κατά την ορθοπρωκτική περιοχή. Επίσης ανευρίσκονται μεταστάσεις σε απομακρυσμένους λεμφαδένες σε προχωρημένο παθολογοανατομικό στάδιο και μερικές φορές μπορεί να εμφανιστούν διηθημένοι απομακρυσμένοι λεμφαδένες χωρίς να υπάρχει διήθηση στους γειτονικούς.

γ. **Αιματογενής διασπορά:** Λέγοντας αιματογενή διασπορά εννοούμε τη φλεβική οδό. Αυτή αποκαλύφθηκε κατόπιν έγχυσης σκιεράς ουσίας μέσα στις φλέβες εγχειρητικών παρασκευασμάτων και ακτινολογική εντόπιση στα σημεία απόφραξης και με συνεχή μικροσκοπική έρευνα των σημείων αυτών απέδειξαν την ύπαρξη φλεβικής συμμετοχής σε αναλογία 40% περίπου (Barringer, Madison 1954). Βρέθηκε επίσης ότι η αναλογία πενταετούς επιβίωσης ήταν 3 φορές καλύτερη σε περιπτώσεις μόνο λεμφικής διασποράς παρά σε εκείνες που υπήρχε και φλεβική συμμετοχή (Sunderland 1950).

Μέσω της πυλαίας φλέβας έχουμε ηπατικές μεταστάσεις και μέσω των οσφυϊκών και σπονδυλικών φλεβών έχουμε μεταστάσεις στους πνεύμονες, το Κ.Ν.Σ, και το σκελετό.

δ. **Περινευρική διασπορά:** Ο πόνος αποδίδεται στη περινευρική διήθηση που είναι παράλληλη με το νευρικό πλέγμα και έχει σχέση με την επέκταση και την εντόπιση του όγκου (π.χ. σε όγκο του ορθού με πλάγια επέκταση και χαμηλή εντόπιση παρατηρείται περινευρική διήθηση που αφορά το ιερό πλέγμα). Η επέκταση της περινευρικής διήθησης εξαρτάται από το βαθμό κακοήθειας και την ανωριμότητα του νεοπλάσματος.

ε. **Περιτοναϊκή διασπορά:** Κατά πάσα πιθανότητα η προσβολή του περιτοναίου γίνεται κατά επινέμηση χωρίς να έχει σχέση με το στάδιο εξέλιξης του πρωτοπαθούς όγκου.

Γενικά η ανάπτυξη και η διασπορά του καρκίνου εξαρτάται από τους ιδιαίτερους χαρακτήρες του κυττάρου και τις αμυντικές ικανότητες του ατόμου.

11. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Στα πρώτα στάδια αναπτύξεώς του, ο καρκίνος του παχέος εντέρου δεν προκαλεί συνήθως συμπτώματα. Η φυσική ιστορία του καρκίνου αυτού χαρακτηρίζεται από την παρατεταμένη ασυμπτωματική του περίοδο. Είναι δυνατόν να διαδράμει επί έτη, πριν προκαλέσει τα πρώτα συμπτώματα. Με βαριούχο υποκλισμό διπλής αντιθέσεως διαπιστώθηκε ο βραδύς ρυθμός αυξήσεως ενός αδενοκαρκινώματος του εγκάρσιου στη διάρκεια 7,5 ετών. Σε 20 επιπλέον καρκίνους του παχέος εντέρου που μελετήθηκαν με τον ίδιο τρόπο βρέθηκε ότι ο όγκος διπλασιάζεται σε 600 περίπου μέρες. Υπολογίσθηκε ότι μέχρι να προσβάλει ο όγκος μέση διάμετρο 6 cm διανύεται χρόνος 6-8 ετών. Σε ηπατικές και πνευμονικές μεταστάσεις ο ρυθμός αυξήσεως της μεταστατικής μάζας είναι 5 με 12 φορές ταχύτερος από το ρυθμό αυξήσεως του πρωτογενούς όγκου.

Μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων, 15% των περιπτώσεων θεωρούνται ανεγχείρητοι καρκίνοι λόγω πολλαπλών μεταστάσεων ή ενδοπεριτοναϊκής διασποράς της νόσου. Στο υπόλοιπο 85% δηλαδή στους χειρουργήσιμους ασθενείς, η πρόγνωση επιδεινώνεται λόγω διηθήσεων στους τοπικούς λεμφαδένες (50%), συνυπάρξεως

αποφράξεως παχέος εντέρου (15%) ή διηθήσεως παρακείμενων οργάνων (15%).

Για τους λόγους αυτούς έχουν κατά καιρούς προταθεί διάφοροι τρόποι για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του π.ε. που βασίζονται σε μαζικό έλεγχο (screening) ασυμπτωματικών ομάδων πληθυσμού που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξή του. Σε προχωρημένο στάδιο, είναι δυνατόν να υπάρχουν, μόνα ή σε συνδυασμό, ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα:

- Παρουσία αίματος στις κενώσεις, σκούρου ή ανοιχτόχρωμου.
- Αλλαγή των συνηθειών του δευτέρου, δηλαδή πρόσφατη εγκατάσταση δυσκοιλιότητας ή διαρροϊκών κενώσεων ή συνδυασμού των δύο
- Κοιλιακό άλγος
- Παρουσία βλέννας στις κενώσεις
- Μετεωρισμός
- Βορβορυγμοί
- Καταβολή και απώλεια βάρους

Πίνακας. Διαφοροποίηση των συμπτωμάτων στον καρκίνο του δεξιού και του αριστερού κόλου και του ορθού (Sugerbaker, τροποποιημένος)

Σύμπτωμα	Δεξιό κόλον	Αριστερό κόλον	Ορθό
Αίμα στις κενώσεις	Σκούρο κόκκινο	Κόκκινο, αναμιγμένο με κόπρανα	Ζωηρό κόκκινο, επικαλύπτει τα κόπρανα
Άλγος	Ακαθόριστο	Κωλικοειδές, επιδείνωση μετά τη λήψη της τροφής	Σταθερό, βασανιστικό
Απόφραξη	Σπάνια	Συχνή	Σπάνια
Καταβολή	Συχνή	Σπάνια	Σπάνια

Στον πίνακα φαίνεται η διαφοροποίηση των τεσσάρων κύριων συμπτωμάτων στον καρκίνο του π.ε., δηλαδή της παρουσίας αίματος, του άλγους, των σημείων αποφράξεως (που περιλαμβάνει τα συμπτώματα μετεωρισμού και βορβορυγμών) και της καταβολής, ανάλογα με την εντόπιση στο δεξιό ή το αριστερό κόλον και στο ορθό.

Για ποιο λόγο όμως διαφοροποιούνται τα συμπτώματα του καρκίνου του π.ε. ανάλογα με την εντόπιση της νόσου:

Φαίνεται ότι σε αυτό συμβάλλουν τρεις κυρίως παράμετροι που παίρνουν διαφορετικές τιμές στα διάφορα τμήματα του π.ε.:

- Το διαμέτρημα του αυλού
- Η σύσταση του εντερικού περιεχομένου και

– Η παρουσία πρωτεολυτικών ενζύμων

Η διάμετρος του ανιόντος φτάνει τα 6-10 cm και σταδιακά μειώνεται καθώς μετακινούμαστε προς τα αριστερά, για να φθάσει το ελάχιστό της, 2 cm περίπου, στο σιγμοειδές.

Στο ορθό, πάλι, η διάμετρος του αυλού παίρνει μεγαλύτερες τιμές, 5-7 cm περίπου. Ο καρκίνος του π.ε. αφού διηθήσει το μυϊκό τοίχωμα, επεκτείνεται κατά μήκος της περιφέρειας του τοιχώματος του εντέρου μέσω των λεμφικών αγγείων που βρίσκονται μεταξύ των στιβάδων των κυκλικών και επιμήκως φερομένων λείων μυϊκών ινών. Στο δεξιό κόλο και στο ορθό ο καρκίνος πρέπει να διανύσει μεγαλύτερο μήκος περιφέρειας, διηθώντας το τοίχωμα του εντέρου. Είναι επομένως προφανές ότι τα συμπτώματα από στένωση και απόφραξη του αυλού θα χρειαστούν περισσότερο χρόνο να εκδηλωθούν, αν ο όγκος αναπτύσσεται στο δεξιό κόλον από ό,τι αν αναπτύσσεται στο σιγμοειδές και το κατιόν.

Η αλληλουχία των γεγονότων κατά την διήθηση του τοιχώματος του εντέρου έχει μια άλλη συνέπεια: η καταβολή και η αδυναμία (λόγω της αναιμίας από χρόνια απώλεια στενωτικών συμπτωμάτων σε δεξιά εντόπιση του καρκίνου του π.ε. Σε εντόπιση του καρκίνου στο ορθό, επειδή εδώ η εγκάρσια διάμετρος του αυλού του εντέρου είναι σχετικά μεγάλη, ως πρώιμο σύμπτωμα εμφανίζεται η αιμορραγία. Συμπτώματα

από στένωση του αυλού είναι μάλλον σπάνια ως πρώτη εκδήλωση καρκίνου του ορθού.

Η μορφή με την οποία τελικά εκδηλώνεται η απώλεια αίματος από τη διηθητική εξεργασία διαφέρει, επίσης, ανάλογα με την εντόπιση του όγκου. Άλλοι παράγοντες που την επηρεάζουν επίσης είναι η παρουσία πρωτεολυτικών ενζύμων και το αν η αιμορραγία είναι ραγδαία ή όχι. Τα πρωτεολυτικά ένζυμα του λεπτού εντέρου είναι ακόμη ενεργά, όταν το εντερικό περιεχόμενο φθάσει στο δεξιό κόλον καταστρέφονται όμως σταδιακά καθώς το περιεχόμενο κινείται προς το τέλος του πεπτικού σωλήνα. Η μετουσίωση των πρωτεϊνών του αίματος από τα πρωτεολυτικά ένζυμα έχει ως αποτέλεσμα το αίμα στα κόπρανα να έχει σκούρο κόκκινο, κεραμιδί χρώμα. Η εμφάνιση αυτή είναι τυπική επί αιμορραγίας στο δεξιό κόλον. Επί μαζικής αιμορραγίας από το δεξιό κόλον, τα παραπάνω δεν ισχύουν λόγω του μικρού χρόνου παραμονής του εξαγγειωθέντος αίματος στο έντερο. Εικάζεται ότι τα πρωτεολυτικά ένζυμα είναι δυνατόν να επηρεάσουν και με πιο άμεσο τρόπο την εξέλιξη μιας αιμορραγίας από καρκίνο στο δεξιό κόλον: Μέσω πέψεως νεκρωμένων περιοχών του όγκου. Τότε, μπορεί να προκληθεί παρατεταμένη αιμορραγία από καταστροφή του τοιχώματος νεόπλαστων αιμοφόρων αγγείων του όγκου.

Εντόπιση του καρκίνου στο δεξιό κόλον χαρακτηρίζεται από παρουσία σκούρου κόκκινου αίματος στις κενώσεις, κατά αναμιγμένου με τα κόπρανα, αναιμία, από χρόνια απώλεια αίματος και συχνότερες μαζικές

αιμορραγίες. Σε εντόπιση του καρκίνου στο αριστερό κόλον, το αίμα παρουσιάζεται σε μικρότερες κατά κανόνα ποσότητες, είναι κόκκινο, αναμιγμένο με τα κόπρανα και δεν υπάρχει συνήθως σημαντική αναιμία από χρόνια απώλεια αίματος. Τέλος, όταν η εντόπιση του όγκου είναι στο ορθό, σχεδόν πάντοτε το αίμα επαλείφει τα κόπρανα και έχει χρώμα ζωηρό κόκκινο. Πρέπει να τονισθεί ότι, παρόλο που ο καρκίνος του ορθού δεν είναι καθόλου σπάνιος, συχνά η παρουσία ζωηρώς ερυθρού αίματος που απαλείφει τις κενώσεις αποδίδεται και σε αιμορροϊδοπάθεια. Κάθε γαστρεντερολόγος έχει υπόψη του τέτοιες περιπτώσεις, όπου η διάγνωση του καρκίνου του ορθού καθυστέρησε αδικαιολόγητα να τεθεί.

Μια άλλη παράμετρος που καθορίζει το είδος των εμφανιζόμενων συμπτωμάτων είναι η σύσταση του περιεχομένου του εντέρου. Το περιεχόμενο του παχέος εντέρου κατά την πορεία του προς το ορθό υφίσταται προοδευτική στερεοποίηση λόγω της απορροφήσεως ύδατος από το εντερικό τοίχωμα, που λαμβάνει χώρα κυρίως στο δεξιό κόλον. Έτσι, ενώ το περιεχόμενο του δεξιού κόλου είναι υγρό, στο αριστερό κόλον καθίσταται πολτώδες, για να γίνει στερεό στο ορθό. Το γεγονός αυτό έχει ως συνέπεια, όταν υπάρχει στένωση του αυλού από διηθητική εξεργασία, να εμποδίζεται πολύ περισσότερο η διόδος του στερεού παρά του υγρού περιεχομένου. Συμπτώματα από στένωση και απόφραξη είναι πιο συχνά στο αριστερό κόλον, ιδίως στο σιγμοειδές.

Ο μηχανισμός δημιουργίας του άλγους στον καρκίνο του παχέος εντέρου δεν έχει πλήρως διευκρινισθεί. Φαίνεται όμως ότι είναι

παρόμοιος με αυτόν τον άλγους στο πεπτικό έλκος. Πρόκειται προφανώς για έκφραση διαταραγμένης κινητικότητας του εντέρου, που οφείλεται στην ανελαστικότητα του τοιχώματος του λόγω της νεοπλασματικής διηθήσεως.

Η απώλεια βάρους στον καρκίνο του π.ε. μπορεί να θεωρηθεί προγνωστικός δείκτης: η μέση επιβίωση σε ασθενείς χωρίς απώλεια βάρους βρέθηκε μεγαλύτερη από ό,τι σε αυτούς που παρουσίαζαν απώλεια βάρους άνω του 5% επί του αρχικού σωματικού βάρους (μέση επιβίωση σε εβδομάδες: 43 έναντι 15). Μετά από ταξινόμηση των ασθενών σε ομάδες με παρόμοια έκταση όγκου, η μέση επιβίωση στους ασθενείς χωρίς απώλεια βάρους ήταν 50% περίπου μεγαλύτερη από ό,τι σε αυτούς με απώλεια βάρους.

Υπάρχουν όμως και συμπτώματα επί καρκίνου του π.ε. που δεν οφείλονται στη διαταραχή της φυσιολογικής λειτουργίας του παχέος εντέρου. Πρόκειται για εκδηλώσεις που είτε είναι συστηματικές αντιδράσεις στον όγκο και στις ουσίες που αυτός παράγει (παρανεοπλασματικά σύνδρομα) είτε συμπτώματα από διήθηση κατά συνέχεια ιστών ή από απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Τα παρανεοπλασματικά σύνδρομα επί καρκίνου του π.ε. περιλαμβάνουν υπερασβεστιαμία, σύνδρομο Cushing (λόγω έκτοπης παραγωγής ACTH), υπογλυκαιμία, μελανίζουσα (acanthosis nigricans), θρομβοφλεβίτιδες, διάχυτη ανδαγγειακή πήξη, συμπτώματα από το

κεντρικό (παρεγκεφαλιδική εκφύλιση) και το περιφερικό (κινητική και αισθητική περιφερική νευροπάθεια). Τα σύνδρομα αυτά αναφέρεται ότι υποστρέφουν μετά από αφαίρεση της νεοπλασματικής μάζας. Ωστόσο, η παρουσία ενός παρανεοπλασματικού συνδρόμου ως πρώτη εκδήλωση του καρκίνου του π.ε. θεωρείται κακό προγνωστικό σημείο.

Διήθηση του τοιχώματος του εντέρου και επέκταση κατά συνέχεια ιστών έχει συχνά ως συνέπεια την εμφάνιση συριγγίων (εντεροεντερικών, χαστροκολικών, εντεροκυστικών και αποστημάτων σε διάφορες θέσεις).

Τέλος, είναι δυνατόν, αν και συμβαίνει σπάνια, ως πρώτη εκδήλωση του καρκίνου του π.ε. να εμφανισθεί απομακρυσμένη μετάσταση (δερματική, μυϊκή) ή γενικευμένη καρκινωμάτωση του περιτοναίου.

(ΠΑΡΙΣ ΚΟΣΜΙΔΗΣ - Γ. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ -Ι. Α. ΜΟΥΖΑΣ) 1991

12. ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΠΡΟΛΗΨΗ

Η προσπάθεια ελέγχου των κακοηθών νεοπλασμάτων πρέπει να επικεντρωθεί στην πρόληψη εμφάνισέως τους που είναι και ο ιδεώδης τρόπος αντιμετώπισέως τους, καθώς και στην ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση ως δεύτερος κατά σειρά τρόπος αντιμετώπισέως τους. Πριν αναπτύξω τις διαγνωστικές μεθόδους που γίνονται στον ασθενή ύποπτο για καρκίνο παχέος εντέρου θα ήθελα να πω δυο λόγια για την πρόληψη.

Η πρόληψη είναι πρωτογενής και δευτερογενής.

Πρωτογενής πρόληψη: Αυτή στηρίζεται πάνω στη γνώση ότι ορισμένες μορφές καρκίνου προκαλούνται από εξωγενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες επιτρέπει και την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης του καρκίνου κατά τα οποία είναι:

1. Υγειονομολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού σε θέματα σχετικά με τα κακοήθη νεοπλάσματα βοηθάει στην πρόληψή του. Παράδειγμα η αδιαμφισβήτητη συσχέτιση μεταξύ καρκίνου του πνεύμονα και καπνίσματος.
2. Προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων γίνεται με τη λήψη ειδικών μέτρων σχετικών με τη φύση εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα (π.χ. εργαζόμενοι σε ορυχεία ουρανίου).
3. Προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες σε νομοθετικά μέτρα σε εθνικό επίπεδο και σε διεθνείς κανονισμούς (π.χ. απαγόρευση χρήσεως D.D.T.).

Δευτερογενής πρόληψη, γίνεται όταν λαμβάνεται κάθε μέτρο ώστε να διαγνωστεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα, δηλαδή κατά την περίοδο (λανθάνουσα) που άρχισε η εμφάνιση των άτυπων κυττάρων μέχρι την εκδήλωση των πρώτων κλινικών συμπτωμάτων ασυμπτωματικό στάδιο εξέλιξής του - και να αντιμετωπισθεί αμέσως.

Οι συνθήκες υψηλού κινδύνου χαρακτηρίζονται κυρίως από την ηλικία, το φύλο, το οικογενειακό ιστορικό σε καρκίνο, την εργασία, την διατροφή, το ευρύ περιβάλλον κ.ά.

Η ανίχνευση στο λανθάνου δηλαδή ασυμπτωματικό στάδιο των φαινομενικά υγιών ατόμων περιλαμβάνει τις ακόλουθες εξετάσεις:

1. Ολοκληρωμένο ιστορικό (ατομικό, οικογενειακό).
2. Γενική φυσική εξέταση (λεμφαδένες κτλ.).
3. Ορθό - σιγμοειδοσκόπηση.
4. Πλήρης γυναικολογική εξέταση (test pap).
5. Εξέταση μαστού.
6. Λεπτομερής Ω.Ρ.Λ./κή εξέταση.
7. Ανίχνευση μικροσκοπικής αιματουρίας.
8. Γαστροσκόπηση, κυτταρολογική και βιοχημική εξέταση του γαστρικού υγρού.
9. Αιματολογικές εξετάσεις.
10. Ακτινολογικός έλεγχος (θώρακα και γαστρεντερικού σωλήνα).
11. Ραδιοϊσοτοπικός έλεγχος.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη του καρκίνου περιλαμβάνει:

- Ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντός του.

- Εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες.
- Παρατήρηση και λήψη κατάλληλων μέτρων σε προκαρκινικές καταστάσεις ή εκδηλώσεις στον εαυτό του και το περιβάλλον.
- Ενεργό συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον καρκίνο.
- Διαφώτιση του κοινού, πως ο καρκίνος είναι η μοναδική ασθένεια.
 - Του αναπόφευκτου θανάτου, αν δεν θεραπευτεί.
 - Της ζωτικής σημασίας της έγκαιρης θεραπείας και
 - Της ανώδυνης εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων, που μοιάζουν με συμπτώματα ασθενειών που δεν είναι τόσο σοβαρές.

Οι δυσκολίες για την επιτυχή πρόληψη του καρκίνου είναι πολλές:

- Οικονομικοί λόγοι
- Ο φόβος
- Η άγνοια
- Η προκατάληψη
- Η αποστροφή να πάει κανείς στο γιατρό είναι λόγοι που το άτομο δεν έχει ακόμα χρησιμοποιήσει τις γνώσεις άλλα και τα μέσα που υπάρχουν στη διάθεση για την πρόληψη.

Και έτσι φτάνουμε στη διάγνωση που γίνεται:

- α. Με τη γενική κλινική και εργαστηριακή εξέταση του αρρώστου (ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό, φυσική εξέταση ή γενικές εξετάσεις ούρων ή αίματος) και
- β. Με την βοήθεια ειδικών εξετάσεων όπως ακτινολογικού ελέγχου, υπερήχων, κυτταρολογικού ελέγχου, βιοψίας, αξονικής τομογραφίας.

Τα μέσα που βοηθούν στη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι:

1. Ιστορικό λεπτομερές που αφορά την ηλικία, το φύλο, την εργασία του αρρώστου, τον τρόπο ζωής του, το μορφωτικό επίπεδο, τον τόπο διαμονής, την οικογενειακή κατάσταση, την σωματική και ψυχική κατάσταση, χρόνια προβλήματα υγείας (αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης), επανεισαγωγή σε νοσοκομείο, προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις. Επίσης ιστορικό οικογενείας.
2. Φυσική εκτίμηση που μπορεί να γίνει με
 - α. Δακτυλική εξέταση για τυχόν ψηλάφηση όγκου, λειτουργικότητας του δακτυλίου, ανεύρεση αιμορροΐδων κτλ.
 - β. Ψηλάφηση ενδοκοιλιακών οργάνων.
 - γ. Ψηλάφηση λεμφαδένων.
 - δ. Εκτίμηση γενικής κατάστασης (βάρος, ύψος, δέρμα, θερμοκρασία, σφίξεις, Α.Π.).

3. Διαγνωστικές εξετάσεις τις οποίες μπορούμε να τις χωρίσουμε στις εξειδικευμένες που έχουν ως στόχο το όργανο που πάσχει στη συγκεκριμένη περίπτωση το παχύ έντερο και στις γενικές εξετάσεις που δίνουν την εικόνα του οργανισμού του πάσχοντα.

(Μ. Ι. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ - Σ. Φ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, 1987)

13. ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

13.1 Ανίχνευση αίματος στις κενώσεις (Haemocull)

Είναι μια εξέταση που μπορεί να την κάνει κάθε άτομο μόνο του στο σπίτι. Η απάντηση δίδεται σε 2 λεπτά. Υπάρχουν ειδικά δισκία με κατάλληλο απορροφητικό χαρτί (διαστάσεις 2Χ2 cm). Επαλείφεται το μισό του απορροφητικού χαρτιού με λεπτή στοιβάδα κοπράνων. Τοποθετείται το δισκίο πάνω στο χαρτί έτσι ώστε το μισό του δισκίου να βρίσκεται στο επαλειφθέν τμήμα του χαρτιού και το άλλο μισά έξω. Ενσταλλάζονται στο δισκίο 2-3 σταγόνες νερού να φθάσει στο χαρτί

επαλείφοντας τα πλάγια του δισκίου. Σε θετική δοκιμασία το χρώμα γίνεται πράσινο. Σε αρνητική παραμένει μπλε.

13.2 Ορθοσιγμοειδοσκόπηση με βιοψία

Μ' αυτήν την εξέταση ελέγχεται η φύση του βλεννογόνου του κατώτερου τμήματος του εντέρου σε έκταση 25-30 εκ. από τον πρωκτό, η περισταλτικότητά του, η παρουσία εκκολπωμάτων, η ανάπτυξη νεοπλασματικών επεξεργασιών. Το 60-70% των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου μπορεί να διαγνωσθεί με την ορθοσιγμοειδοσκόπηση και να ταυτοποιηθούν με λαμβανόμενη βιοψία (από κοπή τεμαχίου ιστού από την επεξεργασία).

13.3 Κολονοσκόπηση

Με την κολονοσκόπηση γίνεται έλεγχος σε ολόκληρο το παχύ έντερο μέχρι της ειλεοτυφλικής βαλβίδας.

13.4 Ακτινογραφία - Διάβαση παχέος εντέρου

Για την ακτινολογική μελέτη του πεπτικού σωλήνα χρησιμοποιείται το βάριουμ - σουφλατ (Harium - Suflate). Για τον ακτινολογικό έλεγχο του κατώτερου τμήματος του πεπτικού σωλήνα δηλαδή του παχέος εντέρου το βάριουμ δίνεται με υποκλισμό. Ενώ το βάριουμ προωθείται στα

τμήματα του παχέος εντέρου γίνονται ακτινογραφίες και ακτινοσκοπικός έλεγχος κατά τον οποίο φαίνονται ο αυλός και η κινητικότητα του εντέρου.

Σχήμα. Εξέταση με το σιγμοειδοσκόπιο. α. Διεύθυνση κινήσεως όταν το σιγμοειδοσκόπιο μπαίνει μέσα στο ορθό. β. Το σιγμοειδοσκόπιο φθάνει στο όριο ορθού - σιγμοειδούς

13.5 Ενδοφλέβια πνευλογραφία

Γίνεται πάντοτε σε καρκινώματα του παχέος εντέρου που εντοπίζονται κοντά στη διαδρομή των ουρητήρων.

13.6 Κοιλιακή αρτηριογραφία

Κατά την νεοπλασία παχέος εντέρου διακρίνονται λιμνάσεις σκιερής ουσίας μετατόπιση αγγείων από την κανονική τους θέση περίσφιξη ή και ακρωτηριασμός ενός ή και περισσότερων αγγειακών κλάδων.

Η εξέταση αυτή γίνεται στο διαγνωστικό τμήμα του νοσοκομείου.

13.7 Αξονική τομογραφία

Μπορούν να εντοπισθούν τα σαφή όρια του όγκου και να εντοπισθούν με ακρίβεια οι εστίες εξόρμησης του καθώς και διηθήσεις σε παρακείμενα όργανα.

13.8 Υπερηχογράφημα κοιλίας

Απεικονίζουν την επιφάνεια των κοίλων οργάνων και το εσωτερικό των παθολογικών μελών. Χρησιμοποιείται για την αποκάλυψη αλλοιώσεων στην πύελο και στους κοιλιακούς λεμφαδένες. Μεγάλο πλεονέκτημα έχει στο ότι δεν γίνεται βίαιη παρέμβαση στο νεόπλασμα.

14. ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Είναι εξετάσεις που γίνονται σε κάθε είδους καρκινοπάθεια.

14.1 Γενική εξέταση αίματος

(Ομάδα, Ht, Hb, λευκά, ερυθρά, αιμοπετάλια, τύπος λευκών) χρόνος προθρομβίνης.

Ουρία (ορός)	[Φ.Τ. 0,10 - 0,55 mg%]
Σάκχαρο	[Φ.Τ. 0,70 - 1,10 mg%]
Κρεατινίνη (ορός)	[Φ.Τ. 0,7 - 1,7 mg%]

Na (ορός)	[Φ.Τ. 137 - 147 meq/l]
K (ορός)	[Φ.Τ. 3,7 - 5,2 meq/l]
Τρανσαμινάσες (SGOT)	[Φ.Τ. 4 - 27 U/L]
(SGPT)	[Φ.Τ. 4 - 30 U/L]
LDH (ορός)	[Φ.Τ. 35 - 135 U/L]
Σίδηρος (ορός)	[Φ.Τ. 59 - 150%]
Ανεύρεση καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA)	[Φ.Τ. 0,0 - 10,0 NG/MI]

14.2 Εξέταση ούρων

1. Γενικοί χαρακτήρες (όψη, χρώμα, αντίδραση, Ε.Β.)
2. Χημική εξέταση (λεύκωμα, ουρία, κρεατίνη κ.ά.)
3. Μικροσκοπική εξέταση (πυοσφαίρια, ερυθρά, επιθηλιακά)

14.3 Ακτινογραφία θώρακος

Για έλεγχο τυχόν μεταστάσεων στο πνευμονικό παρέγχυμα και στα οστά του θώρακος.

14.4 Σπινθηρογράφημα ήπατος

Γίνεται για την ανεύρεση αλλοιώσεων του ηπατικού παρεγχύματος από τυχόν μεταστάσεις. Το ραδιοϊσότοπο που χρησιμοποιείται για την διαγνωστική εξέταση είναι ο ραδιενεργός χρυσός (Au 198).

14.5 Η.Κ.Γ.

Το ηλεκτροκαρδιογράφημα είναι κλασική εξέταση για κάθε ασθενή που μπαίνει στο νοσοκομείο και δίνει πληροφορίες για την λειτουργικότητα της καρδιάς.

15. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

15.1 Γενικά

Είναι γενικώς παραδεκτό σήμερα ότι η νόσος θεραπεύεται και η πιο ασφαλής μέθοδος θεραπείας είναι η εκτομή του τμήματος που πάσχει. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορούμε όμως να εφαρμόσουμε τις καλούμενες παραχειρουργικές μεθόδους.

Κατά τα τελευταία χρόνια γίνεται προσπάθεια να συμπληρωθεί η χειρουργική θεραπεία με την ακτινοθεραπεία και τη χημειοθεραπεία.

15.2 Χειρουργική θεραπεία

Βασικό κριτήριο στην εκλογή της εγχείρησης αποτελεί η εντόπιση του όγκου όπου ανάλογα διαμορφώθηκαν οι παρακάτω τύποι εγχειρήσεως.

Καρκίνος του τυφλού και ανίοντος κόλου: Γίνεται ημικολεκτομή με την οποία αφαιρείται η λεμφική οδός κατά μήκος της ειλεοκολικής, δεξιάς κολικής και δεξιού κλάδου της μέσης κολικής αρτηρίας. Αποκαθίσταται με ειλεογκαρσία αναστόμωση.

Καρκίνος της δεξιάς κολικής καμπής: Γίνεται δεξιά εκτεταμένη ημικολεκτομή, αφαιρείται ο γαστροκολικός σύνδεσμος και ο ειλεός αναστομώνεται με το εγκάρσιο εγγύς της αριστερής κολικής. Γίνεται συναφαίρεση των αιμοφόρων και λεμφικών αγγείων που απολήγουν στο τμήμα που αφαιρείται.

Καρκίνος εγκαρσίου: Αφαιρείται όλο το εγκάρσιο μαζί με το μεσόκολο και τα λεμφικά και αιμοφόρα αγγεία που απολήγουν σ' αυτό.

Καρκίνος αριστερής κολικής καμπής: Γίνεται αφαίρεση της κολικής καμπής του κατιόντος. Γίνεται συναφαίρεση των λεμφικών και των αιμοφόρων αγγείων που απολήγουν σ' αυτό.

Καρκίνος κατιόντος: Γίνεται αφαίρεση της περιοχής του όγκου με τα λεμφικά και τα αιμοφόρα που καταλήγουν σ' αυτή, γίνεται αναστόμωση του εγκαρσίου κάλου με την ενδοπεριτοναϊκή μοίρα του ορθού.

Καρκίνος σιγμοειδούς: Αφαιρείται το σιγμοειδές και το μισό κάτω κατιόν κόλο.

Καρκίνος ορθού:

- α. Για όγκους κάτω από την ανάκαμψη του περιτοναίου γίνεται κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του ορθού όπου επιβάλλεται και η εκτομή των σφιγκτήρων και η δημιουργία μόνιμης κολοστομίας.
- β. Για όγκους πάνω από το ύψος της ανάκαμψης του περιτοναίου είναι δυνατό να γίνει ικανοποιητική εκτομή του ορθού και αποκατάσταση της συνέχειας τελικο-τελική αναπτόμωση και διατήρηση των σφιγκτήρων. Η εγχείριση αυτή καλείται κοιλιακή ή πρόσθια εκτομή του ορθού.
- γ. Εκτομή κατά Hartman: Αφαίρεση του όγκου με μόνιμη κολοστομία και παραμονή του κολοβώματος του ορθού εντός της κοιλίας.

Ιδιαίτερη σημασία στην εκτίμηση του εάν η εγχείριση δύναται να είναι ριζική ή όχι έχει η γενική κατάσταση της υγείας και η ιδιοσυστασία του ασθενούς. Οι κίνδυνοι από την εγχείριση είναι αυξημένοι σε ηλικιωμένα άτομα και σε συνύπαρξη συστηματικών νόσων καθώς και σε παχυσαρκία.

Η εμφανής καθήλωση του όγκου, η παρουσία συριγγίων, έντονοι και συνεχείς πόνοι δυσουρία ή πυουρία και πλήρης κυκλοτερής κατάληψη του αυλού του εντέρου από τον όγκο υποδηλώνουν επέκταση αυτού στους παρακείμενους ιστούς οπότε η κατάσταση κρίνεται ανερχόμενη.

Ψηλαφητή γάζα στην κοιλιά, ασκίτης, ευμεγεθές ήπαρ ή ίκτερος που υποδηλώνουν απομακρυσμένες μεταστάσεις καθιστούν επίσης την κατάσταση ανεγχείρητη.

Όταν η ριζική θεραπεία της νόσου είναι αδύνατη προσφεύγουμε σε παρηγορικές εγχειρήσεις.

15.3 Παρά φύσιν έδρα

«Παρά φύσιν έδρα» είναι ο σχηματισμός τεχνικής έδρας, όταν η φυσιολογική δεν μπορεί να λειτουργήσει. Αυτή εμφανίζεται με δύο μορφές, δηλαδή:

Την ειλεοστομία κατά την οποία διά χειρουργικής επεμβάσεως ανοίγεται ο ειλέος για παροχέτευση του περιεχομένου του προς τα κοιλιακά τοιχώματα και

Την κολοστομία κατά την οποία ανοίγεται το κόλον (παχύ έντερο) και δημιουργείται στόμιο στα κοιλιακά τοιχώματα διά χειρουργικής επεμβάσεως, προς παροχέτευση του περιεχομένου του.

Το κόλο έχει δύο λειτουργίες: α) να συγκεντρώνει και ν' αποθηκεύει τις περιττωματικές ουσίες και β) να απορροφά νερό και ηλεκτρολύτες. Και οι δύο αυτές λειτουργίες γίνονται ανεπαρκώς εξαιτίας της κολοστομίας. Το είδος και η συχνότητα της κοπρανώδους απέκκρισης και η τεχνική για την αγωγή της, εξαρτάται κατά ένα βαθμό από την εντόμιση της κολοστομίας.

Η κολοστομία μπορεί να είναι:

- α. Πρόσκαιρη. Σ' αυτήν το αίτιο είναι εντοπισμένο στο ανώτερο τμήμα του παχέος εντέρου. Στην περίπτωση αυτή η παρά φύσιν έδρας κλείνεται σε δεύτερο χρόνο με δεύτερη χειρουργική επέμβαση και
- β. Μόνιμη. Αυτή γίνεται όταν το αίτιο έχει εντοπιστεί στο κατώτερο τμήμα του παχέος εντέρου (σιγμοειδές, ορθό). Αυτή είναι ισόβια.

Ανάλογα με το σημείο του εντέρου που γίνεται υπάρχουν τα εξής είδη:

1. Κατιούσα και σιγμοειδή κολοστομία.
2. Εγκάρσια κολοστομία που διακρίνεται α) στην διπλού αυλού και β) στην αγκυλωτή κολοστομία.
3. Ανιούσα κολοστομία.

Η εκτέλεση της κολοστομίας μπορεί να είναι το τελικό αποτέλεσμα της κοιλιοπερινεϊκής αφαίρεσης του εντέρου για θεραπεία καρκίνου του τελικού τμήματός του, να γίνει παρηγορητικά σε περιπτώσεις ανεγχείρητου καρκίνου του εντέρου, να γίνει για την αλλαγή της διεύθυνσης κίνησης των κοπρανωδών μαζών κατά τη διάρκεια ακτινοθεραπείας ή άλλης θεραπείας.

Σχήμα. Από πάνω προς τα κάτω. Κατιούσα και σιγμοειδή κολοστομία.

2. Κολοστομία διπλού αυλού, 3. Αγκυλωτή κολοστομία, 4. Εγκάρσια κολοστομία, 5. Ανιούσα κολοστομία.

15.4 Μέθοδοι παραχειρουργικές

Σε ορισμένες περιπτώσεις μολονότι η χειρουργική θεραπεία προσφέρει μεγαλύτερες πιθανότητες εφαρμόζεται διαφορετική θεραπευτική αγωγή. Αυτό αφορά ασθενείς για τους οποίους η ριζική εκτομή είναι δυνατά να είναι πολύ επικίνδυνη ή έχουν ήδη εμφανίσει απομεμακρυσμένες μεταστάσεις και σε εκείνους που αρνούνται να υποστούν εγχείρηση λόγω της ανάγκης παραμονής μόνιμης κολοστομίας.

Η θεραπεία που εφαρμόζεται είναι: α) Ο καυτηριασμός του όγκου δι' ηλεκτροδιαθερμίας, β) Κρυοχειρουργική.

15.5 Ακτινοθεραπεία

Η εφαρμογή της ακτινοθεραπείας στη θεραπεία του καρκίνου, όπως και η χημειοθεραπεία είναι σχετικά νέες επιστημονικές κατακτήσεις. Από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα που οι Roentgen και Curies ανακάλυψαν τις επιδράσεις της ακτινοβολίας στο ζωντανό οργανισμό μέχρι σήμερα πολλά έχουν γίνει γνωστά για τις θανατηφόρες ιδιότητες της και τις θεραπευτικές της εφαρμογές.

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

Η ακτινοβολία έχει τις εξής εφαρμογές στον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού:

- α. Σε ανεγχείρητες περιπτώσεις μπορεί να τις καταστήσει χειρουργήσιμες.
- β. Χρησιμοποιείται για θεραπευτικό σκοπό σε συνδυασμό με τη χειρουργική και τη χημειοθεραπεία.
- γ. Χρησιμοποιείται για την ανακούφιση του αρρώστου σε προχωρημένα στάδια, σε υποτροπές ή μεταστάσεις μετά τη χειρουργική επέμβαση. Σε έρευνες που έχουν γίνει σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου που υποβλήθηκαν σε προχειρουργική ακτινοθεραπεία και στη συνέχεια σε εγχειρητική θεραπεία βρέθηκε μεγαλύτερο ποσοστό πενταετούς επιβίωσης κατά 10-15% στους ασθενείς που δεν υποβλήθηκαν σε προεγχειρητική ακτινοθεραπεία (Dwight, Hignis, 1972). Ξανθάκης, 1973.

Επίσης σε έρευνες βρέθηκε ότι στην παρηγορική ακτινοθεραπεία εμφανίζουν υποκειμενική και αντικειμενική βελτίωση πάνω από το 50% των ασθενών. Επίσης 80% των περιπτώσεων με εντοπισμένη τη νόσο ιδιαίτερα στην πύελο εμφανίζουν ικανοποιητική ανταπόκριση (Whiteley, 1970).

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας είναι:

- Το είδος της ακτινοβολίας

- Η δόση της ακτινοβολίας
- Ο ρυθμός της δόσεως
- Το είδος του ιστού που ακτινοβολείται
- Η έκταση του πεδίου που ακτινοβολείται
- Η οξυγόνωση του ιστού που έχει σχέση με την ακτινοευαισθησία
- Η θερμοκρασία του ιστού που έχει σχέση ανάλογη με την ακτινοευαισθησία

Ανεπιθύμητες ενέργειες - επιπλοκές

Διακρίνονται σε πρώιμες και όψιμες

Πρώιμες ανεπιθύμητες ενέργειες - επιπλοκές: Αυτές είναι:

- α. Ακτινοδερματίτιδα: Είναι τοπικός ερεθισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολείται. Αν παρατηρηθεί βλάβη του δέρματος (νέκρωση) η επούλωση γίνεται πολύ αργά εφόσον σχετίζεται με τα κύτταρα που πολλαπλασιάζονται πολύ γρήγορα.

Διακρίνονται τρεις ακτινοδερματίτιδες:

I. Ερυθματώδης

II. Φυσαλιδώδης

III. Εσχαροποιητική

- β. Ανασταλτική επίδραση στο μυελό των οστών με αποτέλεσμα την εμφάνιση διαρροϊκού συνδρόμου.

Όψιμες ανεπιθύμητες ενέργειες-επιπλοκές. Αυτές είναι:

- I. Υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολήθηκε.
- II. Καρκίνος δέρματος, πνευμόνων, οστών. Μπορεί να εμφανιστεί μακροπρόθεσμα.
- III. Βλάβη γεννητικών αδένων
- IV. Αλωπεκία. Η ακτινοβολία επηρεάζει τα επιθηλιακά κύτταρα και τους θυλάκους των τριχών.
- V. Νέφρωση, αυτόματα κατάγματα, βλάβη φακού του ματιού, λευχαιμία κ.ά.

Επίσης προκαλεί και φαινόμενα γενικής αντίδρασης

- Γενική καταβολή δυνάμεων
- Ναυτία
- Εμετός
- Ανορεξία
- Απώλεια βάρους
- Πυρετική δεκατική κίνηση

Μέτρα προστασίας από την ακτινοβολία των ραδιοϊσοτόπων

Ακόμα και όταν τα ραδιοϊσότοπα εφαρμόζονται για θεραπευτικούς σκοπούς δεν είναι ακίνδυνα. Γίνονται όμως ακίνδυνα εφόσον τηρηθούν μέτρα προστασίας.

Τα μέτρα προστασίας εξαρτώνται:

- Από το είδος του ραδιοϊσοτόπου
- Από τον τρόπο εφαρμογής

Γενικά η ποσότητα της ραδιενέργειας που παίρνει το προσωπικό κατά τη διάρκεια της φροντίδας του αρρώστου που κάνει ακτινοθεραπεία εξαρτάται από τρεις παράγοντες:

- Την απόσταση του χρόνου και
- Την θωράκιση

15.6 Χημειοθεραπεία

Στην αντιμετώπιση του καρκίνου η χημειοθεραπεία αποτελεί μεγάλο βήμα προόδου πέρα από τη χειρουργική και την ακτινοθεραπεία.

Λέγοντας χημειοθεραπεία εννοούμε τη θεραπεία με κυτταροστατικές φάρμακα, δηλαδή, που ανακόπτουν τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων.

Τα φάρμακα αυτά δεν είναι ειδικά μόνο για τα νεοπλασματικά κύτταρα αλλά δρουν εναντίον όλων των κυττάρων ιδίως των πολλαπλασιαζόμενων.

Τα κυτταροστατικά φάρμακα φέρουν το αποτέλεσμα τους καταστρέφοντας κύτταρα. Αυτό γίνεται είτε γιατί έχουν την ιδιότητα να προσβάλλουν βασικές βιοχημικές διεργασίες της ζωής, όπως η σύνθεση των πυρηνικών οξέων και λευκωμάτων είτε γιατί έχουν την ικανότητα να προσβάλλουν τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

1. Αλκυλιούντες παράγοντες: Αυτά επηρεάζουν (διαταράσσουν) την πρωτεϊνική σύνθεση και άλλες μεταβολικές εξεργασίες του κυττάρου και κυρίως διαστρέφουν τη λειτουργία των νουκλεϊνικών οξέων. Σταματούν τον κυτταρικό κύκλο κυρίως στην προμιτωτική φάση.
2. Αντιμεταβολίτες: Αυτοί μοιάζουν δομικά με τους μεταβολίτες (ουσίες απαραίτητες για τη βιοσύνθεση των νουκλεϊκών οξέων). Υποκαθιστούν τις ουσίες αυτές προσροφούνται από τα ένζυμα και παρεμποδίζουν τη δράση τους. Δρουν στη φάση 5 του κυττάρου που γίνεται η σύνθεση του DNA.
3. Αναστολείς της κυτταρικής μιτώσεως (παρεμποδίζουν τη σύνθεση DNA RNA και επομένως, τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων). Τα φάρμακα που ανήκουν στην κατηγορία αυτή (ορισμένα αλκαλοειδή και αντιβιοτικά) αναστέλλουν την εξέλιξη της μιτώσεως των κυττάρων.

Πολλές φορές η αποτελεσματικότητά τους είναι μεγάλη όταν χρησιμοποιούνται σε συνδυασμούς.

Αντενδείξεις για τη θεραπεία με κυτταροστατικά φάρμακα είναι η εγκυμοσύνη, η νεφρική ανεπάρκεια, η λευκοπενία.

Μπορούν να χορηγηθούν:

1. Από το στόμα
2. Ενδοαγγειακά
3. Ενδομυϊκά
4. Με έγχυση στο νεόπλασμα
5. Με έγχυση σε κοιλότητα

Το κατ' εξοχήν χημειοθεραπευτικό σκεύασμα για τον καρκίνο του παχέος εντέρου είναι το 5-Fluorouracil (5-fu) που ανήκει στην ομάδα των αντιμεταβολιτών.

Χορήγηση και δασολογία: Χορηγείται ενδοφλέβια. Η δόση εξαρτάται γενικά από το πραγματικό βάρος του ασθενή. Η δοσολογία που συνιστάται πρέπει να μειώνεται κατά το ένα τρίτο ή κατά το μισό στις ακόλουθες περιπτώσεις στην αρχική φάση της θεραπείας: Όταν η κατάσταση θρέψης του ασθενή είναι κακή ύστερα από μία μεγάλη χειρουργική επέμβαση.

Όταν υπάρχουν διαταραχές της ηπατικής ή της νεφρικής λειτουργίας. Η συνολική ημερήσια δόση του fluoro-uracil δεν πρέπει να ξεπερνά το 1 gr.

Αρχική θεραπεία. Μπορεί να γίνει με εγχύσεις ή με ενέσεις. Εμφανίζεται τοξικότητα περισσότερο ύστερα από την χορήγηση ενέσεων.

Έγχυση 15 χστγρ. ανά χλγρ. βάρους την ημέρα διαλυμένα σε 300-500 κ.εκ. διαλύματος γλυκόζης 5% τα οποία χορηγούνται σε διάστημα 4 ωρών Ε.φ. Καθημερινή επανάληψη ώσπου να εμφανιστούν οι πρώτες παρενέργειες, τότε η θεραπεία διακόπτεται. Όταν εμφανισθούν οι παρενέργειες θα εφαρμοστεί θεραπεία συντηρήσεως.

Ένεση 12 χστγρ. ανά χλγρ. βάρους την ημέρα ενδοφλέβια για τρεις συνεχείς μέρες. Εφόσον δεν εμφανιστεί σημείο τοξικότητας θα ενεθούν. Ε.φ., 6 χστγρ. ανά χλγρ. βάρους την 5η και 9η ημέρα. με την προϋπόθεση ότι δεν θα εμφανιστούν παρενέργειες κατά την περίοδο αυτή.

Θεραπεία συντηρήσεως: Η θεραπεία συντηρήσεως γίνεται με ενέσεις: 5-10 χστγρ. ανά χλγρ. βάρους ενδοφλεβίως μία φορά την εβδομάδα. Η εμφάνιση σημείων τοξικότητας είναι σπάνια εφόσον εμφανιστούν επιβάλλουν περιορισμούς στη θεραπεία.

Ανοχή: Εφόσον τηρούνται οι δόσεις και οι τρόποι χορήγησης που υποδεικνύονται η ανοχή του fluoro-uracil είναι ικανοποιητική.

Στην αρχή της θεραπείας η διάρροια, οι εμετοί και η ναυτία είναι συχνή. Σε σπάνιες περιπτώσεις παρατηρούνται αλωπεκία και δερματίτιδα ενώ σπανιότερα παρατηρούνται αιμορραγίες κυρίως από το πεπτικό

σύστημα. Έχουν επίσης αναφερθεί προκάρδια άλγη και παροδικές αλλοιώσεις του Η.Κ.Γ. Η λευκοπενία και η θρομβοπενία παρατηρούνται συχνά κατά την έναρξη της θεραπείας.

Αντένδειξη: Το fluoro-uracil αντενδείκνυται αυστηρά σε όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Παρατήρηση: Πρέπει να αποφεύγεται η έκθεση του fluorouracil σε θερμοκρασίες μεγαλύτερες των 30°C για μεγάλο χρονικό διάστημα. Το φάρμακο πρέπει να προφυλάγεται από το άμεσο ηλιακό φως.

(Πηγή 5 - fluoro-uracil, Roches)

16. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Οι κυριότερες επιπλοκές του καρκίνου του εντέρου είναι:

α. **Η εντερική στένωση.** Εκδηλώνεται με την κλινική εικόνα του αποφρακτικού ειλεού: Ο ασθενής έχει έντονο πόνο στην κοιλιά, διάταση, βορβορυγμούς, έλλειψη κενώσεων, αποβολή αερίων. Ο πόνος εμφανίζεται κατά κύματα. Οι έμετοι είναι αρχικά τροφώδεις ή χολώδεις και εν συνεχεία μελανοί και δύσοσμοι. Μετεωρισμός κοιλίας, ξηρή γλώσσα, πτώση Α.Π.

Η διάγνωση γίνεται από το ιστορικό, την κλινική εικόνα και την απλή ακτινογραφία κοιλίας.

Η θεραπεία γίνεται με έγκαιρη χειρουργική αντιμετώπιση όπου σε απόφραξη του δεξιού κόλου γίνεται δεξιά ημικολεκτομή, σε απόφραξη του αριστερού κόλου γίνεται κολεκτομή σε δύο χρόνους με προσωρινή κολοστομία.

β. Η διάτρηση του εντέρου που εκδηλώνεται με συμπτώματα περιτονίτιδος έμετος, λόξιγκα, ταχυκαρδία: περιφερική κυκλοφορική ανεπάρκεια, περιτοναϊκό (Ιπποκράτειο) προσωπείο, μετεωρισμός κοιλίας, σκληρή και σανίδωση, κοιλία, πόνος εντονότερος στο σημείο απόφραξης, ευαισθησία του δουγλάσειου χώρου.

Η διάγνωση γίνεται από το ιστορικό, την κλινική εικόνα, εργαστηριακά (λευκοκυττάρωση), ακτινολογικά (αέρας μεταξύ της πάνω επιφάνειας του ήπατος και διαφράγματος).

Η θεραπεία είναι συντηρητική στην πρώτη φάση - εφαρμογή Levin, παρεντερική χορήγηση υγρών, ηλεκτρολυτών, αντιβιοτικά ευρέους φάσματος, απαγόρευση λήψη τροφής - και στην συνέχεια χειρουργική.

γ. Η φλεγμονή του όγκου που εκδηλώνεται με πυρετό, κακουχία, πόνο έντονο στην κοιλία, εφιδρώσεις, ταχυσφυγμία, πτώση Α.Π., σε ύπαρξη μεγάλης φλεγμονής μπορεί να έχουμε διάτρηση ή απόφραξη εντέρου.

Η διάγνωση γίνεται από την κλινική εικόνα εργαστηριακά και ακτινολογικά.

Η θεραπεία είναι φαρμακευτική με αντιβιοτικά ευρέους φάσματος αντιπυρετικά, χορήγηση υγρών, ηλεκτρολυτών.

Και τέλος πολύ σπάνια εμφανίζεται υδρονέφρωση, κυρίως του δεξιού νεφρού σε όγκους στο δεξιό ημιμόριο του παχέος εντέρου.

17. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση μετά από ριζικές εγχειρήσεις είναι γενικά καλή και ίδια σχεδόν για όλα τα τμήματα του παχέος εντέρου.

Η πενταετής επιβίωση όταν το καρκίνωμα περιορίζεται στο τοίχωμα του παχέος εντέρου και χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις είναι 80%. Όταν διηθείται ολόκληρο το τοίχωμα χωρίς μεταστάσεις (Στάδιο B2) η πενταετής επιβίωση είναι 71%. Σε λεμφαδενικές μεταστάσεις 32% ενώ σε γενικευμένη νόσο 1,2%.

**ΜΕΡΟΣ
ΔΕΥΤΕΡΟ**

1. ΓΕΝΙΚΑ

Ο στόχος της ογκολογικής νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει τον άρρωστο να διατηρήσει τις δυνάμεις του και την ακεραιότητά του και να τα χρησιμοποιήσει για την καταπολέμηση των κακοηθών κυττάρων, να ανεχθεί τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την αρρώστια. Ακόμη οι γνώσεις και οι δεξιότητες βοηθούν τη νοσηλεύτρια να προβλέψει και να παρεμποδίσει την εμφάνιση των προβλημάτων αυτών.

Στη συνέχεια γίνονται γενικές νοσηλευτικές οδηγίες, αναπτύσσεται πως βοηθείται ο άρρωστος με καρκίνο να αντιμετωπίσει τα ειδικά προβλήματα που παρουσιάζει, αναφέρονται τα ψυχολογικά προβλήματα του αρρώστου με καρκίνο και η αποκατάστασή του.

2. ΓΕΝΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Ο κάθε άρρωστος έχει ανάγκη νοσηλευτικής φροντίδας και επίβλεψης ανάλογα με την κατάστασή του.

Όλοι οι άρρωστοι με καρκίνο, εκτός από μερικές ομάδες με ειδικά προβλήματα και ανάγκες για ειδική νοσηλευτική φροντίδα έχουν ανάγκη από τη συνηθισμένη γενική νοσηλευτική φροντίδα με περισσότερη έμφαση στα εξής:

Ο ασθενής διαισθάνεται τη στάση της νοσηλεύτριας. Το να γνωρίζει ότι η νοσηλεύτρια έχει θετική στάση στην αρρώστια του είναι σημαντικό, σαν πρώτο βήμα στην εργασία της με τον άρρωστο. Γι' αυτό:

Δείγματα κατανόησης στον άρρωστο και παρουσίαση της ευχάριστης όψης της ζωής. Αυτό δίνει ελπίδα.

Διατήρηση της αξιοπρέπειας και της υπόληψης του αρρώστου. Ίσως σε καμιά άλλη ασθένεια δεν υπάρχει τέτοια απειλή της οντότητας του ατόμου, όπως υπάρχει στον καρκίνο. Πολλοί άρρωστοι που γνωρίζουν ότι έχουν καρκίνο, λένε ότι δεν φοβούνται τόσο πολύ τον πόνο, ή τη δυσμορφία ή άλλη ειδική άποψη της ασθένειας, όσο φοβούνται μη χάσουν τον αυτοέλεγχο και την αξιοπρέπεια στα τελευταία στάδια της νόσου. Προσπάθεια να βοηθήσει ο άρρωστος να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό του.

Φροντίδα να μην εκτίθεται ο άρρωστος κατά τις νοσηλείες. Προσοχή πολύ στην καθαριότητα, στη συμμετοχή του προγραμματισμού της φροντίδας του, εφόσον είναι ικανός γι' αυτό. Τα παραπάνω είναι μέτρα που θα τον βοηθήσουν να διατηρήσει την αξιοπρέπειά του παρά την προσβολή της αρρώστιας.

Ευγένεια και θαλπωρή δίνει στον άρρωστο αίσθημα ασφάλειας. Ενθαρρύνεται ο άρρωστος να ενεργεί με τρόπο ευχάριστο για τον εαυτό του.

Βοηθείται στην ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης ότι είναι καλά και μπορεί να περιποιηθεί τον εαυτό του (όταν αυτό αποτελεί πραγματικότητα).

Ενθαρρύνεται ο άρρωστος να σηκώνεται από το κρεβάτι, εφόσον αυτό επιτρέπεται.

Ενισχύεται για τη συχνή αλλαγή θέσεως στο κρεβάτι του. Ενισχύεται η καλή διατροφή του αρρώστου. Η απώλεια του σωματικού βάρους δηλώνει διαταραχή στο ισοζύγιο αναγκών του. Χρησιμοποιούνται τα κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα και μέσα για την πρόληψη επιπλοκών, όπως πνευμονίας, κατακλίσεων, υποσιτισμού.

Παίρνεται κάθε μέτρο για την διατήρηση της καλής ατομικής καθαριότητας του αρρώστου.

Στο σχέδιο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας να μη παραλείπεται, εφόσον η κατάσταση του αρρώστου το επιτρέπει: η εργασιοθεραπεία, επειδή η απασχόληση προλαμβάνει πολλά ψυχολογικά προβλήματα.

Ενισχύεται το γρηγορότερο δυνατό - η αποκατάσταση του αρρώστου, εφόσον η αναπηρία είναι προϊόν της νόσου.

Ακόμη δεν παραλείπεται η διδασκαλία, οποίου έρθει σε επαφή με το νοσηλευτικό προσωπικό, για την σπουδαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης του όγκου στην πρόγνωση της νόσου.

Πριν αναχωρήσει ο άρρωστος από το Νοσοκομείο, διδάσκεται τον τρόπο αυτοφροντίδας, όπως στην κολοστομία. Για τέλεια αποκατάσταση,

οι άρρωστοι πρέπει να αισθάνονται πως τίποτε δεν ανέκοψε το σχέδιο της ζωής του και ότι μπορούν να συμμετέχουν σ' αυτήν.

Στη φροντίδα του καρκινοπαθή οι επιδιώξεις είναι ο περιορισμός της νόσου και η βοήθεια του αρρώστου να ξαναγυρίσει κατά το δυνατό στη φυσιολογική ζωή.

Για κάλυψη των αναγκών του αρρώστου, κατά την περίοδο αναζητήσεως της νόσου, διαγνώσεως και θεραπείας, προσοχή θα πρέπει να δοθεί.

1. Στις ανάγκες του αρρώστου ως άτομου.
2. Στις ανάγκες της αρρώστιας
3. Στις ανάγκες της θεραπείας που εφαρμόζεται
4. Στις ανάγκες του αρρώστου από την επίδραση της θεραπείας στην ψυχική και φυσική του κατάσταση.

Η ευθύνη της νοσηλεύτριας στη φροντίδα καταδικασμένου σε θάνατο αρρώστου περιλαμβάνει κάλυψη όσο το δυνατό περισσότερων φυσικών και ψυχολογικών αναγκών του. Η ενθάρρυνση και η μετάγγιση ελπίδας θα περιορίσουν την απαισιοδοξία και απογοήτευση του αρρώστου.

Παρακάτω έχει δοθεί αναλυτικά ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση, στα είδη θεραπείας (ακτινοθεραπείας, χημειοθεραπεία, χειρουργική θεραπεία) και στην αποκατάσταση ασθενή με καρκίνο του παχέος εντέρου.

3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Ο νοσηλευτής για κάθε εξέταση του παχέος εντέρου και του ορθού πρέπει να φροντίζει:

- Να ενημερώνει την προϊσταμένη του Τμήματος, τη λογοδοσία πριν και μετά από κάθε εξέταση.
- Να έχει Ιατρικό Παραπεμπτικό, ραντεβού με το κατάλληλο εργαστήριο.
- Να ενημερώνεται ο άρρωστος, το σκοπό για τον οποίο γίνεται η εξέταση, τον τρόπο προετοιμασίας, τον τρόπο που θα γίνει η εξέταση και να προετοιμάζεται ανάλογα με τη φύση της εξέτασης.
- Τα αντικείμενα που θα χρησιμοποιηθούν.
- Τον τρόπο λήψεως του προς εξέταση δείγματος, το απαιτούμενο δοχείο για το ληφθέν δείγμα, τη σήμανση του δοχείου με τα απαιτούμενα στοιχεία.
- Να φροντίζει να παίρνει τις απαντήσεις και να ενημερώνει τον ιατρό και το φύλλο του ασθενούς.

Συγκεκριμένα:

α. Ανίχνευση αίματος στις κενώσεις

Ο ρόλος εδώ της νοσηλεύτριας είναι ενημερωτικός. Το haemo-test δίδεται στον ασθενή σε ειδική συσκευασία, όπως κυκλοφορεί στο εμπόριο και έχει οδηγίες χρήσης.

β. Ορθοσκόπηση - Κολονοσκόπηση

1. Αποχή του ασθενούς από τροφή 8-10 ώρες πριν την εξέταση.
2. Εκκένωση του εντέρου με υποκλισμό το προηγούμενο βράδυ και το πρωί της ημέρας της εξέτασης. Σε περίπτωση μη ικανοποιητικής εκκένωσης του εντέρου (π.χ. λόγω ανεπάρκειας δακτυλίου) ενημερώνεται ο ιατρός.
3. Τοπική καθαριότητα του ασθενούς πριν και μετά την εξέταση.
4. Σε περίπτωση βιοψίας παρακολουθείται ο ασθενής για τυχόν αιμορραγία, λήψη ζωτικών σημείων.

Σχήμα. Γονατοαγκωνιαία θέση αρρώστου για ορθοσκόπηση

γ. Ακτινογραφία - Διάβαση παχέος εντέρου

1. Υδαρής διαίτα (3) ημέρες: Σούπες, τσάι, πορτοκαλάδα. Επίσης το άνω διήμερο θα λαμβάνει γάλα μαγνησίας 1 κουτάλι σούπας πρωί- βράδυ.
2. Την προηγούμενη της εξέτασης

Πρωί: τσάι, φρυγανιές και 1 κουτάλι σούπας γάλα μαγνησίας.

Μεσημέρι: σούπα

3:00 μ.μ. 1 fl X-PREP

Βράδυ: τσάι

9:00 μ.μ. Υψηλός υποκλυσμός

3. Το πρωί της εξέτασης γίνεται υποκλυσμός
4. Δύο ώρες μετά την εξέταση γίνεται ελαιούχος υποκλυσμός και δύο ώρες μετά αλατούχος.

δ. Αξονική τομογραφία - Υπερηχογράφημα κοιλίας

1. Στέρηση κυτταρινούχων τροφών επί 3 ημέρες. Απαγορεύονται: όσπρια - χόρτα - σαλάτες - φρούτα λαχανικά. Να αποφεύγονται: γάλα, γιαούρτι. Επιτρέπονται: κοτόπουλο - μπιφτέκι - ψάρι - ελαφριές σούπες.
2. Απαγορεύεται η λήψη στερεάς ή υγρής τροφής τουλάχιστον 8 ώρες πριν από την εξέταση.
3. Στο U1S κοιλίας επί αεροκολίας συνίσταται η αντιμετώπιση του προβλήματος με ζωικό άνθρακα ή Pangreoflat.

ε. Εργαστηριακές εξετάσεις αίματος και ούρων

1. Ειδοποιείται ο ασθενής το προηγούμενο βράδυ της εξέτασης να μείνει νηστικός το πρωί.

2. Για την εξέταση ούρων δίδεται ειδικό δοχείο που φέρει ετικέτα με το ονοματεπώνυμο του ασθενούς, ημερομηνία και το όνομα της κλινικής και ζητάτε από τον ασθενή να δώσει τα πρώτα πρωινά ούρα.

στ. Σπινθηρογράφημα ήπατος

1. Μετά την επιστροφή του αρρώστου στο Τμήμα λαμβάνονται μέτρα περί ακτινοβολίας γιατί ο χρυσός εκπέμπει ισχυρή ακτινοβολία, δηλαδή:
 - Επιβάλλεται το κρεβάτι του ασθενή που υποβλήθηκε σε ραδιοϊσοτοπικό έλεγχο να απέχει απ' άλλα κρεβάτια 2 περίπου μέτρα και να φέρει το σήμα της ραδιενέργειας.
 - Επιβάλλεται η ακριβής συλλογή ούρων σε ειδικά δοχεία, το ίδιο και τα κόπρανα.
 - Ενημερώνεται ο ασθενής να μη βγαίνει από το δωμάτιο άσκοπα.

ζ. Ακτινογραφία θώρακος και ΗΚΓ για τα οποία τηρούνται οι αρχές που αναφέρθηκαν στην αρχή.

η. Ενδοφλέβια πυελογραφία

1. Κένωση του εντερικού σωλήνα από αέρια και κόπρανα. Συνιστάται στον άρρωστο ελαφρύ δείπνο (τσάι - φρυγανιά) την παραμονή της εξέτασης και αποφυγής ζαχαρούχων ποτών (δημιουργία αερίων). Την ημέρα της εξέτασης (πρωί) μπορεί να χορηγηθεί ελαιούχο καθαρτικό (αν κριθεί απαραίτητο). Ο άρρωστος μένει νηστικός.

2. Test ευαισθησίας του σκευάσματος που θα χορηγηθεί για πρόληψη ενδεχομένων αναφυλακτικών συμπτωμάτων. Η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει ενεργήσει για την έγκαιρη προμήθεια του σκευάσματος στο τμήμα, να παρακολουθήσει τα αποτελέσματα του text και να πληροφορήσει το γιατρό γι' αυτά.
3. Περιορίζει τα υγρά που πίνει ο άρρωστος από την προηγούμενη ημέρα για την καλύτερη σκιαγράφιση των νεφρών.
4. Έχει εξασφαλίσει τα απαραίτητα αντικείμενα για την χορήγηση του φαρμάκου και την πρόληψη αναφυλαξίας σ' αυτό.

(Μαλγαρινού - Κωνσταντινίδου, 1987)

4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

1. Στην ενημέρωση του αρρώστου για τη θεραπεία,
2. Στην προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου για τη θεραπεία.
3. Στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό της και
4. Στην ψυχολογική τόνωση του αρρώστου πριν και μετά τη θεραπεία.

Για την προετοιμασία του αρρώστου που πρόκειται να εφαρμοστεί εξωτερική ακτινοθεραπεία (ακτίνες X - Τηλεακτινοθεραπεία) γίνονται οι πιο κάτω εφαρμογές.

Το σύμβολο της ραδιενεργού ακτινοβολίας

Η νοσηλεύτρια:

Ενημερώνεται από το φάκελο του αρρώστου για:

- Το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε
- Τη θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία.
- Το σκοπό της θεραπείας (θεραπευτικός, ανακουφιστικός)
- Τον αριθμό των συνεδριών που ήδη έχει κάνει και προγραμματίζεται να κάνει.

Αξιολογεί τι και πως αντιλαμβάνεται ο άρρωστος το είδος αυτό της θεραπείας και ανάλογα τον ενημερώνει σε συνεργασία με το γιατρό.

Βεβαιώνεται πως ο άρρωστος έχει καταλάβει να μην βγάλει το σήμα που καθορίζει το σημείο, που θα γίνει η ακτινοθεραπεία.

Προσπαθεί να καταλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί τον άρρωστο για ναυτία ή εμέτους ή άλλη αντίδραση ώστε να την διαγνώσει έγκαιρα και να είναι έτοιμη να τον βοηθήσει κατάλληλα. Χορηγεί στον άρρωστο αναλγητικά πριν την θεραπεία, αν χρειάζεται επειδή θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητος στην

ίδια θέση για λίγα λεπτά και τον προστατεύει από ψύξη, επειδή η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι συνήθως χαμηλή για την προστασία των μηχανημάτων.

Το πιο ουσιαστικό μέρος της προετοιμασίας του αρρώστου για την εφαρμογή της ακτινοβολίας είναι η απάντηση στα ερωτήματά του που συνήθως είναι τα εξής:

- πονάει η ακτινοθεραπεία;
- θα είναι μόνος του κατά την διάρκεια της θεραπείας;
- αν δεν αισθάνομαι καλά κατά το διάστημα της θεραπείας και έχω ανάγκη από βοήθεια τι θα κάνω;
- θα εκπέμπω ακτινοβολία μετά την θεραπεία; Αν ναι, θα πρέπει να είμαι απομονωμένος;

Η απάντηση στα πιο πάνω, άλλα και άλλα σχετικά ερωτήματα του αρρώστου μειώνει την ανησυχία και το άγχος, τον βοηθάει να συνεργασθεί με το προσωπικό της ομάδας υγείας και να αξιοποιηθούν όλες οι δυνατότητες για την επιτυχία της. Πριν αρχίσει η θεραπεία, ο άρρωστος που αυτοεξυπηρετείται, ενημερώνεται και εκπαιδεύεται στα πιο κάτω:

1. Η περιοχή της ακτινοβολίας:

- Διατηρείται στεγνή.

- Πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι. Την ώρα που σκουπίζεται το δέρμα αποφεύγεται η τριβή.
 - Δεν βάζει αλοιφές, πούδρες, λοσιόν, εκτός και αν υπάρχει ιατρική εντολή
 - Τόσο κατά τη θεραπεία, όσο και μετά απ' αυτή πρέπει να διατηρείται χωρίς την επίδραση θερμότητας (να μην ζεσταίνεται πολύ).
 - Προστατεύεται από τον ήλιο ή το κρύο (αέρας κ.ά.).
 - Αποτριχώνεται μόνο με ηλεκτρική μηχανή. Αν υπάρχει ερυθρότητα αποφεύγεται η αποτρίχωση με κάθε μέσο.
 - Δεν έρχεται σε επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή ή ερεθισμό.
2. Δεν αφαιρείται το σημάδι που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή να εφαρμόσει τη θεραπεία στο σωστό σημείο του σώματος.
 3. Το διαιτολόγιό του (φαγητό) να είναι ελαφρό, να περιέχει τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες.
 4. Μετά από κάθε συνεδρία ακτινοθεραπεία (ακτινοβολία) που κάνει δεν αποτελεί πηγή ακτινοβολίας, είναι ακίνδυνος και επιστρέφει στο θάλαμό του.
 5. Αντιμετώπιση παρενεργειών - επιπλοκών - ακτινοθεραπείας

Σε ακτινοδερματίτιδα:

- Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται

- Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών
- Καθαρίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό
- Τοποθετούνται στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές μετά από ιατρική εντολή
- Ενημερώνεται ο άρρωστος να μην ξαπλώνει στην περιοχή του δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα
- Ενθαρρύνεται να αποφεύγει στενά ρούχα που αυξάνουν τον ερεθισμό
- Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα διακόπτεται για ορισμένο διάστημα η ακτινοθεραπεία

Σε καταστολή μυελού των οστών ο άρρωστος παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και στους τραυματισμούς και γι' αυτό επιβάλλεται ειδική προστασία και συνεχής αξιολόγησή του. Γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος και παρακολούθηση του αρρώστου για εμφάνιση αιμορραγιών. Σε περίπτωση αιμορραγίας αντιμετωπίζεται ανάλογα:

- Μέτρηση ζωτικών σημείων
- Ακινησία του αρρώστου, μείωση άγχους και φόβου
- Χορήγηση παρεντερικά υγρά και ηλεκτρολυτών, σε μεγάλη απώλεια αίματος. Χορήγηση αίματος.

Σε εμφάνιση διάρροιας (λόγω ευαισθησίας του βλεννογόνου του εντέρου στην ακτινοβολία).

- Χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα ανάλογα με την εντολή του ιατρού
- Αποφεύγονται τροφές που επιδεινώνουν τη διάρροια
- Χορηγείται ειδική δίαιτα (τροφές χωρίς υπολείμματα).

Σε εμφάνιση φαινομένων γενικής αντίδρασης δηλαδή: Γενικής καταβολής δυνάμεων, ναυτίας, εμέτων, ανορεξίας, απώλειας βάρους η νοσηλεύτρια μετά από ιατρική εντολή.

- Χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντιισταμινικά φάρμακα
- Φροντίζει για την καλή σίτιση και ενυδάτωση του αρρώστου (ενισχύει τον άρρωστο να παίρνει υγρά ή -αν αυτό δεν είναι δυνατόν- γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και χορηγεί συχνά γεύματα πλούσια σε λευκώματα και υψηλής θερμιδικής αξίας)
- Επίσης φροντίζει για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του αρρώστου όταν ο άρρωστος είναι κλινήρης και έχει περιορισμένες δυνατότητες καλύψεως των φυσικών του αναγκών
- Καταβάλλει προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού του που συμβάλλει στη μείωση και την καλή αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων.

(Μαλγαρινού - Κωνσταντινίδου, 1987)

5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στόχος της νοσηλευτικής ογκολογίας είναι η παροχή σε σωστές βάσεις ολοκληρωμένης φροντίδας στον άρρωστο με καρκίνο, που αποτελεί ιδιαιτερότητα λόγω βιολογικής συμπεριφοράς της νόσου και λόγω της ειδικής θεραπείας που εφαρμόζεται (χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία).

Από τις νοσηλεύτριες που ασχολούνται με την Νοσηλευτική ογκολογία, το 58% ασχολείται με την χημειοθεραπεία που έχει δώσει νέα διάσταση στη νοσηλευτική του καρκίνου, και στον τρόπο αντιμετώπισής του.

Ένας από τους ρόλους της νοσηλεύτριας που ασχολείται με την χημειοθεραπεία είναι η εκπαίδευση του αρρώστου σχετικά με τις ενέργειες και τις παρενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων και την αντιμετώπισή τους καθώς επίσης και η εφαρμογή ασφαλών μέτρων που πρέπει να λαμβάνονται από το υγειονομικό προσωπικό για να προφυλαχθεί ο ίδιος ο άρρωστος και το προσωπικό.

Η νοσηλεύτρια λοιπόν, η καθώς εκπαιδευμένη και πεπειραμένη στην χημειοθεραπεία που θα εκπαιδεύσει τον άρρωστο, πρέπει να έχει υπ' όψιν της τα εξής:

1. Την ηλικία, το επάγγελμα και το φύλο του αρρώστου

2. Το μορφωτικό του επίπεδο
3. Την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση
4. Την οικογενειακή του κατάσταση
5. Την πρόγνωση και θεραπεία της αρρώστιάς του.

5.1 Στάδια διδασκαλίας

1. Προσέγγιση του αρρώστου φιλικά για απόκτηση εμπιστοσύνης. Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι καταρτισμένη και ακριβής στην συνεργασία της με τον άρρωστο.
2. Εξακρίβωση των γνώσεων του αρρώστου πάνω στα προβλήματά του.
3. Εξήγηση σχετικά με τη δράση των κυτταροστατικών φαρμάκων. Εδώ, η νοσηλεύτρια εξηγεί τις ενέργειες και παρενέργειες των κυτταροστατικών φαρμάκων που σπέρνονται άμεσα ή καθυστερημένα, και τον τρόπο αντιμετώπισής τους στο Νοσοκομείο, με τη βοήθεια του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, ή στο σπίτι με τη βοήθεια της οικογένειας.

Γενικά ο άρρωστος κατά τη χημειοθεραπεία πρέπει να ακολουθεί μία σωστή δίαιτα πλούσια σε βιταμίνες και πρωτεΐνες. Εάν έχει ανορεξία ή χάνει βάρος, να προσπαθήσει να παίρνει μικρά γεύματα, σε τακτικά διαστήματα της ημέρας. Να κάνει ένα περίπατο (αν μπορεί) πριν από το γεύμα και να πίνει ένα ποτήρι μαύρα ή κρασί εφόσον του επιτρέπει ο

ιατρός. Τα μικρά γεύματα μικροφαγητά του να είναι ελκυστικά και καλής θρεπτικής αξίας. Κατά το διάστημα της χημειοθεραπείας πολλοί άνθρωποι είναι δραστήριοι, μερικοί όμως βρίσκουν αναγκαίο να ελαττώσουν τις δραστηριότητές τους και να εφαρμόσουν έναν αργό ρυθμό ζωής. Ο χρυσός κανόνας είναι «να κάνεις αυτό που σου αρέσει, χωρίς να πιέζεσαι».

(Μπαρμπούνη - Κωνσταντάκου, 1987)

Γενικές οδηγίες που πρέπει να εφαρμόζονται κατά το χειρισμό των φαρμάκων αυτών.

Κατά την προετοιμασία:

- Διαφανές διάφραγμα μεταξύ εργαζομένου και περιοχής προετοιμασίας. Εάν δεν υπάρχει διαφανές διάφραγμα, να φορούν γυαλιά που να εφαρμόζουν στεγανά.
- Εφόσον δεν ελέγχεται το ρεύμα του αέρα, πρέπει να φορούν μάσκα.
- Σε όλες τις διαδικασίες, πρέπει να φοριούνται χειρουργικά γάντια και προστατευτικές μπλούζες κλειστές μπροστά με μανίκια μιας χρήσης.
- Τα χέρια πρέπει να πλένονται καλά πριν φορεθούν τα γάντια καθώς και μετά την αφαίρεση των γαντιών.
- Σε περίπτωση οποιασδήποτε μόλυνσης του δέρματος ή μολυνθείσα περιοχή πρέπει να πλένεται καλά με νερό και σαπούνι και αν εκτεθούν τα μάτια πρέπει να πλένονται με άφθονη ποσότητα νερού.

2. Αρχίζει η έγχυση (προκειμένου για Ε.φ. χορήγηση) με το υγρό χωρίς το χημειοθεραπευτικό φάρμακο.
3. Το σημείο της εγχύσεως να είναι η ράχη της άκρας χείρας, ο καρπός ή ο ωλεκρανικός βόθρος.
4. Αποφεύγεται η έγχυση του φαρμάκου σε σημείο που είχε προηγουμένα χρησιμοποιηθεί.
5. Μόλις αρχίσει η Ε.φ. έγχυση του διαλύματος χωρίς το χημειοθεραπευτικό φάρμακο, παρακολουθείται η περιοχή της φλεβοκέντησης για υποδόρια έγχυση του υγρού. Αν το υγρό πάει ενδοφλέβια αρχίζει έγχυση του φαρμάκου.
6. Γίνεται συνεχής παρακολούθηση του σημείου φλεβοκέντησης για συμπτώματα υποδόριας έγχυσης όπως ελάττωση της ροής του υγρού, πόνος, ερυθρότητα και οίδημα στο σημείο της φλεβοκέντησης.
7. Μόλις παρατηρηθούν τα πιο πάνω συμπτώματα διακόπτεται η έγχυση του φαρμάκου διατηρείται η φλέβα ανοικτή με έγχυση φυσιολογικού ορού και ενημερώνεται ο ιατρός.
8. Ενημερώνεται ο άρρωστος και τα μέλη της οικογένειας πως πρέπει να αναφέρουν αμέσως πόνο, ερυθρότητα, οίδημα κοντά στο σημείο φλεβοκεντήσεως κατά ή μετά τη θεραπεία.
9. Σε περίπτωση υποδόριας (έξω από τη φλέβα) έγχυσης του φαρμάκου αντιμετωπίζεται σύμφωνα με τη διαδικασία που καθορίζεται από το

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

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

11. Γίνεται απογραφή της νοσηλείας.

Προσοχή στην απόρριψη απεκκριμάτων των ασθενών που μπορεί να περιέχουν αναλλοίωτα φάρμακα ή κυτταροστατικούς μεταβολίτες. Τέλος, όλα τα μολυσμένα υλικά, όπως μπλούζες, γάντια, κενά φιαλίδια φαρμάκων, συσκευές έγχυσης, πρέπει να μαζεύονται σε δοχεία (να μην στάζουν, να μην τρυπιόνται) και να φέρουν την επιγραφή «ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ ΑΠΟΡΡΙΜΜΑΤΑ».

Αντιμετώπιση παρενεργειών του 5 fu (5fluorouracil)

Σε ναυτία ή έμετο

- Παρακολούθηση (1) συχνότητα εμέτων και χαρακτήρα (2) ανορεξία ή αποστροφή από την τροφή, (3) θρέψη του αρρώστου.
- Λαμβάνονται μέτρα πρόληψης ναυτίας και εμέτων όπως:
- Αντιεμετικά φάρμακα
- Μαλακές, κρύες τροφές σε μικρές, συχνές δόσεις
- Δίαιτα πλούσια σε πρωτεΐνες και υδατάνθρακες
- Να αποφεύγει τροφές με έντονα ή δυσάρεστα αρώματα

- Να αποφεύγει γλυκά
- Να αποφεύγει υγρά κατά την ώρα του γεύματος
- Την ημέρα της θεραπείας να παίρνει τα γεύματά του νωρίς για καλύτερη χώνεψη
- Να αποφεύγει βαριά φαγητά

Σε διάρροια

Παρακολουθείται 1) το χρώμα, η ποσότητα και η περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης, 2) ο άρρωστος για συμπτώματα αφυδάτωσης και μεταβολικής οξέωσης και 3) συχνότητα και ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών.

- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων
- Χορήγηση υγρών για αντικατάσταση
- Βοήθεια στην διόρθωση διαταραχών του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών
- Φροντίδα του δέρματος, ιδιαίτερα στην περιοχή του περινέου για την πρόληψη ερεθισμού

Για πρόληψη της διάρροιας λαμβάνονται μέτρα:

- Να αποφεύγονται πικάντικες ή λιπαρές τροφές και διάφορα διεγερτικά π.χ. καφές
- Να παίρνει ζεστά φαγητά, όχι καυτά
- Να αποφεύγονται τροφές με κυτταρίνη.

Σε στοματίτιδα

Παρακολουθείται ο βλεννογόνος της στοματικής κοιλότητας αμέσως μετά τη χορήγηση του φαρμάκου, για ξηρότητα, ερυθρότητα και λευκές κηλίδες σημεία εξελισσόμενης στοματίτιδας.

Για τη θεραπεία της στοματίτιδας:

- Καλή φροντίδα του στόματος πρωί - βράδυ μετά το φαγητό
- Να πλένεται το στόμα με σόδα.
- Να αποφεύγονται τροφές που το τραυματίζουν.
- Να αποφεύγονται ξινά, καρυκεύματα, οινόπνευμα, κάπνισμα.
- Επάλειψη των χειλών με βαζελίνη ή βούτυρο κακάο.

Για την ξηρότητα του στόματος α) να λαμβάνει μαλακή τροφή και β) να πίνει πολλά υγρά.

Σε λευκοπενία

Παρακολούθηση α) των λευκών αιμοσφαιρίων και του τύπου τους, β) η θερμοκρασία του σώματος (άνοδος), γ) το δέρμα και οι κοιλότητες για λοίμωξη.

Πρόληψη των λοιμώξεων με μέτρα:

- Να ζει ο άρρωστος σε καθαρά περιβάλλον και αν είναι δυνατά σε απομόνωση, όταν νοσηλεύεται.

- Να μην έρχεται σε επαφή με άτομα που πάσχουν από λοιμώξεις ή μεταδοτικές νόσους.
- Να κάνει καθημερινό λουτρό και συχνό πλύσιμο των χεριών.
- Να ενισχυθεί με αντιβιοτικά (εντολή ιατρού).
- Όταν έχει ενδοφλέβια έγχυση να αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 ώρες και η θέση της βελόνας κάθε 48 ώρες.

Σε θρομβοπενία

Παρακολούθηση 1) των αιμοπεταλίων (Φ.τ.), 2) τα ούρα, τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για πετέχιες ή αιματώματα, οι διάφορες κοιλότητες για αιμορραγίες, 3) η αρτηριακή πίεση.

Πρόληψη των αιμορραγιών -με μέτρα 1) να αποφεύγονται οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις, 2) να αποφεύγεται η περιοδική άσκηση πίεσης σε κάποιο σημείο του σώματος, 3) τα τραύματα και οι κακώσεις επίσης να αποφεύγεται η ξυριστική μηχανή, η λήψη ασπιρίνης.

Για αντιμετώπιση αιμορραγίας χορηγείται αίμα.

Σε αλωπεκία

Γίνεται εξακρίβωση αν ο άρρωστος έχει καταλάβει ότι τα μαλλιά του μπορεί να πέσουν στο διάστημα της θεραπείας, αλλά θα ξαναβγούν οκτώ περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.

Μειώνεται η αλωπεκία αν κατά τη θεραπεία και 10-15 λεπτά μετά από αυτή εφαρμοστεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι.

Όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά, γίνεται αποτρίχωση στο κεφάλι και καλύπτεται αυτό με μαντήλι ή χρησιμοποιείται περούκα. Παράλληλα βοηθείται ο άρρωστος να εκφράσει τα συναισθήματά του σχετικά με τη διαφοροποίηση της εμφάνισης.

(Μαλγαρινού - Κωνσταντινίδου, 1987)

6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

6.1 Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η προεγχειρητική φροντίδα συνίσταται στην:

1. Ψυχολογική προετοιμασία
2. Φυσική προετοιμασία

Τόσο η φυσική προετοιμασία, όσο και η ψυχολογική έστω και αν μελετούνται χωριστά δεν πρέπει να αγνοούμε την επίδραση της μίας πάνω στην άλλη. Έτσι ξεκινώντας στη φυσική προετοιμασία δεν πρέπει να αγνοήσουμε και την ψυχολογική πλευρά στις οποιασδήποτε ενέργειές μας.

6.1.α Ψυχολογική προετοιμασία

α. Ενημέρωση του ασθενή για την επέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη. Η ενημέρωση του ασθενή από το γιατρό ότι πρόκειται να χειρουργηθεί και να υποβληθεί σε ένα είδος αναπηρίας (κολοστομία) σίγουρα σοκάρει τον άρρωστο. Ο κάθε ασθενής που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση κατέχεται από αισθήματα φόβου και ανησυχίας για το άγνωστο της μετεγχειρητικής εξέλιξης, την αναισθησία, τις διάφορες επιπλοκές, την αποκατάσταση. Τα ίδια συναισθήματα αλλά και πολύ εντονότερα όσο αναφορά το επαγγελματικό μέλλον και τις κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις νιώθει ο ασθενής που θα υποβληθεί σε τέτοιου είδους χειρουργική θεραπεία (κολοστομία).

Η αδελφή με τη λεπτότητα, την ευγένεια, την κατανόηση και την ευσυνειδησία κατά την εκτέλεση των καθηκόντων της καλείται να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει τα συναισθήματα αυτά και να αποκτήσει εμπιστοσύνη προς την ομάδα υγείας.

Είναι κοινώς παραδεκτό ότι κανένας μέχρι τώρα άρρωστος ή μη δεν μπορεί να δει με ψυχραιμία σαν μέσο θεραπείας - αυτό το είδος ακρωτηριασμού την κολοστομία. Και ειδικά τον ασθενή που πρόκειται να υποβληθεί σ' αυτήν δεν είναι δυνατό να απαλλάξει οπωσδήποτε από ορισμένα συναισθήματα όπως φόβο, κατάθλιψη, απομόνωση, ενοχή.

Η κολοστομία, είτε πρόσκαιρη, είτε μόνιμη αποτελεί μεγάλο πρόβλημα όχι μόνο γιατί αλλοιώνει την εικόνα και την λειτουργία του σώματος αλλά υπενθυμίζει συνεχώς την αρρώστια στον άνθρωπο και στην συγκεκριμένη περίπτωση τον καρκίνο. Εδώ καλείται η αδελφή να φροντίσει, να ανιχνεύσει τα σημεία αγωνίας και βαριάς κατάθλιψης και να αποκτήσει ο άρρωστος τη συνήθεια να σκέπτεται ότι μπορεί μεν μια κολοστομία να είναι μια αλλαγή στο σώμα που σώζει τη ζωή ή ανακουφίζει, από τον πόνο παρά μια καταστροφή (θάνατος).

Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι έτοιμη ώστε να απαντά κάθε φορά στα ερωτήματα του αρρώστου χωρίς να επεμβαίνει σε αρμοδιότητες άλλων ειδικοτήτων, όπως ιατρών κλπ. και να δίνει επεξηγήσεις και οδηγίες που αφορούν ορισμένες νοσηλείες πριν και μετά την επέμβαση ώστε να δημιουργήσει στον ασθενή κλίμα αισθήματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας. Η στάση του αρρώστου απέναντι στην επέμβαση επηρεάζει αφάνταστα τη μετεγχειρητική πορεία (αποφυγή μετεγχειρητικού shock κ.ά.).

Άλλα ψυχολογικά προβλήματα που εμφανίζονται στον ασθενή είναι ο φόβος της απόρριψης από τους οικείους του. Ο άρρωστος δεν θρηνεί μόνο την απώλεια της φυσιολογικής του λειτουργίας αλλά κατέχεται από το φόβο για ζωή. Η νεαρή γυναίκα σκέπτεται -αν πεθάνει που θα αφήσει τα μικρά παιδιά της, - αν έχει κολοστομία, θα την θέλει ακόμα ο σύζυγός της;

Γεννιούνται συναισθήματα ενοχής και λύπης, άγχους, υποτιμήσεως του εαυτού και αϋπνία.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή να μιλήσει για τα συναισθήματά του με το περιβάλλον. Ακόμα μπορεί να ζητήσει την βοήθεια άλλων υπηρεσιών όπως της κοινωνικής υπηρεσίας, των επισκεπτριών. Σίγουρα η ομιλία αυτή με τον ασθενή γίνεται φάρμακο ψυχοθεραπευτικό. Επίσης ικανοποιητικό αποτέλεσμα μπορεί να φέρει η επαφή του αρρώστου που έχει υποστεί σε κολοστομία και έχει επανέρθει στις προηγούμενες δραστηριότητές του.

Εκείνο που ζητούν οι ασθενείς αυτοί είναι να μην είναι μόνοι τους, φοβούνται την παραμόρφωση που τους δημιουργεί ο ακρωτηριασμός, φοβούνται την εγκατάλειψη. Γι 'αυτό η νοσηλεύτρια πρέπει να τους βοηθήσει δίνοντας πληροφορίες που αφήνουν μια ακτίνα ελπίδας, αποφεύγοντας τη στεγνή αλήθεια.

Πριν γίνουν όλα αυτά η νοσηλεύτρια αλλά και όλα τα μέλη της ομάδας υγείας πρέπει να λάβουν υπ' όψη τους:

1. το μορφωτικό επίπεδο
2. την κοινωνικοοικονομική κατάσταση
3. την αναγνώριση των ψυχολογικών και πνευματικών αναγκών του ασθενούς.

β. Ενημέρωση της οικογένειας του αρρώστου για την καλύτερη αντιμετώπισή του. Οι άρρωστοι είναι συνήθως μέλη οικογένειας. Γι'

αυτό μια διάγνωση καρκίνου, έστω και με καλή πρόγνωση, συνήθως απειλεί την οικογένεια, ειδικά όταν ο άρρωστος είναι το άτομο που παίζει σπουδαίο ρόλο μέσα σ' αυτήν (οικονομικός φορέας). Το πρωταρχικό πρόβλημα είναι ότι απειλείται η ζωή ενός αγαπημένου προσώπου. Η επικοινωνία της νοσηλεύτριας με την οικογένεια του αρρώστου είναι απαραίτητη, επειδή χρειάζεται ενίσχυση. Για να μπορέσει να γίνει πιο εύκολη επαφή η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει αρκετά για την οικογένεια του ασθενή. Όπως π.χ. ποιο είναι το ισχυρότερο μέλος της για να ξέρει που θα απευθυνθεί όταν χρειαστεί βοήθεια, και ποιον θα φέρει σ' επαφή με τον εργοδότη και την υπόλοιπη ομάδα υγείας γνωστοποιώντας το είδος της θεραπείας του αρρώστου. Την οικονομική κατάσταση της οικογένειας ειδικά όταν απαιτούνται ειδικά έξοδα, την σχέση που έχουν τα μέλη μεταξύ τους και την εικόνα που παρουσιάζουν στον άρρωστο.

Οι συγγενείς έχουν ανάγκη να γνωρίζουν ότι οι άρρωστοι τους βρίσκονται σε έμπειρα χέρια. Η νοσηλεύτρια έχοντας υπ' όψη όλα τα παραπάνω πρέπει να αποκτήσει την εμπιστοσύνη της επειδή αυτή είναι που πρέπει να αποτελέσει το συνδετικό κρίκο οικογενείας και αρρώστου και να ενθαρρύνει τους συγγενείς να μην ξεχωρίζουν τον άρρωστο και να μην τον συμπεριλαμβάνουν στα προβλήματά της, αλλά στα σχέδια της οικογένειας, με την συμμετοχή του σ' αυτά όσο, είναι δυνατό. Και ειδικά όταν συναντάται πρόβλημα όπως η κολοστομία. Εκεί η νοσηλεύτρια πρέπει να διδάξει την οικογένεια του πάσχοντα να αποδεχθεί το

πρόβλημα όσο το δυνατόν πιο ήπια, να αποφευχθεί η δυσαρέσκεια, να προσπαθήσουν να έρθουν στη θέση του ασθενή και να καταλάβουν τις δύσκολες ώρες που περνά. Εξ άλλου αν αυτοί αποδεχθούν το πρόβλημα του ανθρώπου τους, τότε τόσο πιο εύκολα θα είναι να το αποδεχθεί και ο ίδιος.

6.1.β Φυσική προετοιμασία

- α. Τόνωση σωματική. Οι ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου που πρόκειται να χειρουργηθούν είναι συχνά εξασθενημένοι από τις διάρροιες, την απώλεια βάρους και ορέξεως, αναιμία κ.ά. Η νοσηλεύτρια γνωρίζοντας: α) την σπουδαιότητα της καλής διατροφής και την ιδιαιτερότητα της νόσου φροντίζει να τρέφεται ο ασθενής με τροφή πλούσια σε θερμίδες, με υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες φτωχή όμως σε κυτταρίνη για την τόνωση του οργανισμού και μείωση του περιεχομένου του εντέρου.
- β. Αν το άτομο είναι πολύ εξασθενημένο και λόγω της βαρύτητας, της εγχείρησης γίνεται τόνωση με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών (λευκωμάτων, βιταμινών κτλ.).
- γ. Για την καταπολέμηση των ήδη λοιμώξεων ή για την πρόληψή τους ο ασθενής αρχίζει αντιβίωση και παίρνει από το στόμα ή και με μορφή υποκλυσμού αντισηπτικά φάρμακα του εντέρου. Η νοσηλεύτρια κατά την χορήγηση των ορών και των φαρμάκων πρέπει να προσέχει:

1. Για την χορήγηση ορών:

Το είδος, το ποσό και τη ροή του υγρού που χορηγείται και να είναι προγραμματισμένη από τον ιατρό.

Η ετοιμασία να γίνεται κάτω από τις αρχές ασηψίας-αντισηψίας, να παρακολουθείται το σημείο εφαρμογής της βελόνας, και η περιοχή γύρω από την είσοδο της βελόνας.

Να τσεκάρεται πάνω στη φιάλη του ορού τι έχει μέσα και φυσικά να τσεκάρεται στη λογοδοσία ο ορός και ώρα που μπήκε.

Να αλλάζεται ο φλεβοκαθετήρας κάθε 3 ημέρες περίπου.

2. Για την χορήγηση των φαρμάκων:

Η νοσηλεύτρια που ετοιμάζει το φάρμακο, η ίδια το χορηγεί και στον άρρωστο για αποφυγή λάθους, για τον ίδιο λόγο διαβάζει το όνομα του φαρμάκου πριν το βάλει στο δίσκο και όταν το ξαναβάλει στο φαρμακείο και πριν το χορηγήσει στον άρρωστο προσέχει την ακριβή δόση και ώρα.

Σε περίπτωση ενδομυϊκών και ενδοφλέβιων ενέσεων προσέχετε η διάλυση του φαρμάκου, η καλή απολύμανση του δέρματος, η χρήση αποστειρωμένου υλικού (σύριγγες, βελόνες).

Σε ενδοφλέβια ένεση συνιστάται η χρήση γαντιών, για αποφυγή κινδύνου μόλυνσης και του ασθενούς και της νοσηλεύτριας.

Να ενημερώνει τη λογοδοσία μετά από κάθε χορήγηση φαρμάκου.

β. Απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις: Στη γενική προεγχειρητική προετοιμασία περιλαμβάνεται η εξέταση του ασθενούς που θα χειρουργηθεί από:

1. Χειρουργό, για εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς, επιβεβαίωση ακριβούς διαγνώσεως.
2. Παθολόγο, για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων.
3. Αναισθησιολόγο, για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφοριακού, καθορισμός για το είδος της νάρκωσης και το είδος του αναισθητικού.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις απαραίτητες τις παραμονές της εγχείρησης είναι:

1. **Εξέταση αίματος:** Γενική αίματος (λευκά-ερυθρά), τύπος λευκών, χρόνος ροής και πήξης αίματος, ομάδα Rhesus, σάκχαρο και ουσία αίματος.

2. Γενική ούρων

Η νοσηλεύτρια:

Φροντίζει να κλείσει ραντεβού με τους γιατρούς, παρίσταται στην ιατρική εξέταση και φροντίζει να παρθούν οι απαντήσεις και να δοθούν στο γιατρό. Για τις εργαστηριακές εξετάσεις φροντίζει να παρθούν τα δείγματα σύμφωνα με τις νοσηλευτικές αρχές, να σταλούν στο

εργαστήριο και να καταχωρηθούν οι απαντήσεις στο ντοσιέ του αρρώστου.

Φροντίζει να υπάρχει έτοιμο αίμα στην Τράπεζα Αίματος σε περίπτωση που χρειαστεί ο άρρωστος πριν, κατά και μετά την εγχείρηση, μετάγγιση.

γ. Καθαριότητα του ασθενούς: Αυτή συνίσταται σε:

1. Καθαρισμός του εντερικού σωλήνα. Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα αποβλέπει:

- στην αποφυγή της εκκένωσης του εντέρου πάνω στο χειρουργικό τραπέζι.
- την ευχερέστερη διενέργεια της επέμβασης από το χειρουργό στην εγχείρηση κοιλίας και πυέλου, λόγω μη διατάσεως των εντερικών ελίκων.
- την αποφυγή της δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από τη σήψη του περιεχομένου τους.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται:

- από την είσοδο του αρρώστου τη χειρουργική κλινική. Του χορηγείται δίαιτα χωρίς μεγάλο υπόλειμμα.
- πριν από την εγχείρηση 5 ημέρες δίνεται ελαφρό υπακτικό, όπως γάλα μαγνησίας, Parafin - oil (υπακτικό), 50grX2 φορές την ημέρα για δύο ημέρες.

- την παραμονή της εγχείρησης χορηγείται υδρική δίαιτα, αρχίζει παρεντερική χορήγηση υγρών (1000'' Dextose 5%, 500'' Ringer), το βράδυ γίνεται καθαρτικός υποκλισμός.
- Καθαρτικός υποκλισμός το πρωί της εγχείρησης.

Η νοσηλεύτρια:

- φροντίζει να τηρείται το διαιτολόγιο του αρρώστου σύμφωνα μετά παραπάνω και να παίρνει ο άρρωστος το υπακτικό του.
- φροντίζει την εκτέλεση του υποκλισμού. Τα χρησιμοποιούμενα διαλύματα υγρών σε καθαρτικό υποκλισμό είναι φυσιολογικός ορός ή νερό βρύσης, γλυκερίνη με νερό σε αναλογία 1 προς 1.

Η ποσότητα του υγρού κυμαίνεται από 500''-2.000''. Η θερμοκρασία του υγρού 38°-39° C. Η θέση που παίρνει ο άρρωστος στο κρεβάτι είναι πλάγια αριστερά.

- Μετά την εκτέλεση του υποκλισμού τακτοποιεί τον άρρωστο παρακολουθεί τα αποτελέσματα του υποκλισμού, αν είναι αρνητικά ενημερώνει την προϊσταμένη.

Η εκτέλεση υποκλισμών ή η χορήγηση υπακτικών φαρμάκων γίνεται κατόπιν εντολής ιατρού.

Ένας άλλος τρόπος καθαρισμού εντερικού σωλήνα είναι ο εξής: Ολική έκπλυση εντέρου: Αμέσως μετά την εισαγωγή του αρρώστου δίδεται δίαιτα χωρίς υπόλειμμα. Την προηγούμενη της εγχείρησης ζυγίζεται ο

άρρωστος και ελέγχουμε Α.Π. και σφίξεις. Δίνονται 2 amp Torecan ενδομυϊκά 10' πριν την έκπλυση, 5 mg Valium ενδομυϊκά και σε υπερτασικούς και καρδιοπαθείς 1 amp Lasix. Στη συνέχεια τοποθετείται ειδικός ρινογαστρικός καθετήρας και γίνεται έκλυση Ringer's Lactade ή απλού Dingers με ταχύτητα 500 cc ανά 5'-10'. Η πλύση συνεχίζεται μέχρι αποβολής από το έντερο καθαρό νερό. Η ολική χορηγούμενη ποσότητα υγρών εξαρτάται από την εκάστοτε περίπτωση συνήθως 7-11 kgf αρκούν. Μετά το τέλος της πλύσης αφαιρείται ο σωλήνας και παίρνουμε την αρτηριακή πίεση τις σφίξεις και ζυγίζεται ο άρρωστος.

Στη συνέχεια γίνεται παρεντερική χορήγηση υγρών μέχρι την ώρα της εγχείρησης.

Επειδή ο τρόπος αυτός είναι πολύ επώδυνος και δύσκολος για τον άρρωστο η νοσηλεύτρια οφείλει να του συμπαρασταθεί ψυχικά και σωματικά.

2. Καθαρισμός του σώματος του ασθενούς. Το λουτρό καθαριότητας του ασθενούς αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από ακάθατο δέρμα.

Το λουτρό γίνεται την παραμονή της εγχείρησης και προστατεύεται ο άρρωστος να μην κρυώσει.

Το λουτρό πριν την εγχείρηση μπορεί να γίνει με αντισηπτική σαπουνούχο ουσία, όπως Phisohex κ.ά. για καλύτερη απολύμανση του δέρματος.

Επίσης γίνεται καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα για την πρόληψη μολύνσεων του αναπνευστικού συστήματος. Τέλος περιποίηση των νυχιών (κόψιμο, ξέβαμμα κτλ.).

Η νοσηλεύτρια δίνει οδηγίες, ενθαρρύνει και επιβλέπει τον ασθενή. Σε περίπτωση που ο ασθενής είναι εξασθενημένος αναλαμβάνει εκείνη την καθαριότητα.

δ. Προετοιμασία και εκπαίδευση ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων, βαθιών εισπνοών: Διδάσκεται ο ασθενής πως θα αρχίσει την κινητοποίηση μετά την εγχείρηση για την αποφυγή ερεθισμού του δέρματος στα σημεία που δέχεται πίεση λόγω συνεχούς κατάκλισης, πως να βήχει και να αποβάλλει πτύελα χωρίς να πονά κλπ.

ε. Προετοιμασία εγχειρητικού πεδίου: Αυτή συνίσταται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις. Το εγχειρητικό πεδίο στη συγκεκριμένη περίπτωση από τις θηλές των μαστών έως τη μέση των μηρών.

Σχήμα. Πεδίο προεγχειρητικής ετοιμασίας σε εγχείρηση κοιλίας

Για την αντισηψία χρησιμοποιεί αποστειρωμένο υλικό (γάζες τολύπια) και ισχυρό αντισηπτικό αντιμικροβιακής δράσης (Betadin).

Για την αποτρίχωση είναι προτιμότερο να χρησιμοποιεί αποτριχωτική κρέμα ή ηλεκτρική αποτριχωτική μηχανή για την αποφυγή μικροτραυματισμών.

στ. Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου. Η αναμονή της εγχείρησης και ή ήδη τραυματική εμπειρία του αρρώστου (γνωστοποίηση της νόσου και της θεραπείας) προκαλούν έντονο άγχος και φόβο με αποτέλεσμα ο ασθενής να έχει αϋπνίες. Επειδή η αϋπνία επιφέρει κόπωση και προδιάθεση στη μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία και ακόμη στην εμφάνιση επιπλοκών μπορεί να χορηγηθεί στον ασθενή ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο. Ιδιαίτερα τις τελευταίες προεγχειρητικές ημέρες. Αυτό μπορεί να γίνει αφού έχουν εξαντληθεί όλα τα δυνατά για καθυσύχαση και ηρεμία του ασθενή με το λόγο.

Τα φάρμακα αυτά δίνονται κατόπιν ιατρικής εντολής. Η νοσηλεύτρια χορηγεί το φάρμακο σύμφωνα με τις νοσηλευτικές αρχές που έχουν προαναφερθεί και αφού προηγουμένως έχει ετοιμαστεί ο ασθενής για ύπνο.

Τελική προεγχειρητική ετοιμασία. Γίνεται το πρωί της μέρας της εγχείρησης και περιλαμβάνει:

1. Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή. Η αδελφή κατά την πρωινή θερμομέτρηση και σφυγμομέτρηση

παρατηρεί τυχόν παρέκκλισή τους από τα φυσιολογικά όρια. Ακόμα προσέχει τυχόν εμφάνιση βήχα, ο οποίος φανερώνει ύπαρξη κρυολογήματος. Όλες οι σχετικές παρατηρήσεις αναφέρονται στην προϊσταμένη ή το ιατρό.

2. Κατάλληλη ένδυση του ασθενούς. Μισή ώρα πριν από την εγχείρηση στέλνεται ο ασθενής να ουρήσει για να αδειάσει η ουροδόχος κύστη. Η πλήρης ουροδόχος κύστη μπορεί είτε να κενωθεί πάνω στο χειρουργικό τραπέζι, είτε να πληγωθεί στην προκειμένη περίπτωση από το νυστέρι του χειρουργού.

Αφού ουρήσει ο ασθενής φορεί την κατάλληλη ενδυμασία, που αποτελεί από τα ποδονάρια, την μπλούζα και το σκούφο.

Η νοσηλεύτρια βοηθά τον άρρωστο να φορέσει τα ρούχα αυτά αφού προηγουμένως αφαιρέσει όλα τα άλλα ρούχα (εσώρουχα, νυχτικό). Πριν φορεθεί ο σκούφος αφαιρούνται όλα τα κοσμήματα τοποθετούνται σε φάκελο με το ονοματεπώνυμο του αρρώστου και παραδίδονται για φύλαξη στην προϊσταμένη του Τμήματος. Αφαιρούνται επίσης τεχνητές οδοντοστοιχίες ή νάρθηκες που τυχόν έχει ο άρρωστος. Τέλος η αδελφή υπενθυμίζει στον άρρωστο τις μετεγχειρητικές ασκήσεις, τις αναπνευστικές καθώς και των άκρων.

Ο άρρωστος παραμένει στο θάλαμο μέχρι ο νοσοκόμος να τον μεταφέρει με το φορείο στο χειρουργείο, συνοδευόμενος με το φάκελό του. Την ώρα που ο ασθενής περιμένει να μεταφερθεί στο χειρουργείο

πρέπει να του εξασφαλιστεί ήρεμο περιβάλλον χωρίς συγκινησιακές εκρήξεις.

Προετοιμασία κλίνης και θαλάμου του ασθενούς.

Μετά την αποχώρηση του ασθενούς για το χειρουργείο η νοσηλεύτρια αερίζει το θάλαμο και ετοιμάζει το κρεβάτι, το κομοδίνο, και γενικά το περιβάλλον του ασθενή.

Το κρεβάτι που θα δεχθεί το χειρουργημένο ασθενή πρέπει:

- να είναι ζεστό για την προφύλαξη του αρρώστου από ψύξη και μετεγχειρητική πνευμονία. Αυτό αντιμετωπίζεται με την προσθήκη ηλεκτρικής κουβέρτας ή θερμοφόρας.
- να είναι χωρίς μαξιλάρι για την ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού.
- να τοποθετείται προστατευτικό μαξιλάρι στο πάνω κιγκλίδωμα του κρεβατιού, για να μην χτυπήσει ο ασθενής κατά τις τυχόν διεγέρσεις στο στάδιο απονάρκωσης.
- να είναι ανοικτό απ' όλες τις πλευρές για την εύκολη μεταφορά του ασθενούς από το φορείο σ' αυτό.

Στο κομοδίνο τοποθετείται ποτήρι με νερό, σπάτουλα και κάψα με τολύπια βάμβακος, νεφροειδές άδειο. Στην πλάγια πλευρά του κομοδίνου προς την πλευρά του κρεβατιού τοποθετείται χάρτινη σακούλα.

Στο διάγραμμα του αρρώστου που βρίσκεται στο κάτω μέρος του κρεβατιού σημειώνεται το σήμα της εγχείρησης και μπαίνουν διαγράμματα για την 3ωρη μέτρηση των ζωτικών σημείων καθώς και την μέτρηση των υγρών προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων (καθετήρας κύστης, Levin, παροχέτευση τραύματος).

Επίσης φέρνουμε κοντά στο κρεβάτι του ασθενούς στατό για ορό και για τις παροχετεύσεις, φροντίζουμε να υπάρχει κοντά στο κρεβάτι συσκευή αναρροφήσεως και συσκευή παροχής οξυγόνου.

Τέλος, η ετοιμασία του θαλάμου συμπληρώνεται με σκούπισμα και σφουγγάρισμα.

7. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που ο άρρωστος βγαίνει από την χειρουργική αίθουσα. Τις πρώτες φροντίδες ο άμεσα χειρουργημένος ασθενής τις παίρνει από την αδελφή στο τμήμα της ανάληψης και του αναισθησιολόγου μέχρι να μεταφερθεί πίσω στο χειρουργικό τμήμα.

Από τη στιγμή που ο άρρωστος μεταφέρεται στο θάλαμό του η νοσηλεύτρια θα συντελέσει:

- στην προστασία του ασθενή κατά τις διάφορες φάσεις της ανάληψης.
- στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξης της ασθένειάς του.

- στην ανακούφιση από τα ενοχλήματα.
- στην πρόληψη των επιπλοκών.
- στην βοήθεια του ασθενή για να επανέλθει το ταχύτερο στη φυσιολογική του κατάσταση.

Για να τα πετύχει όλα αυτά η νοσηλεύτρια από τη στιγμή που θα έρθει ο άρρωστος στο θάλαμό του φροντίζει:

7.1 Μετεγχειρητική φροντίδα το πρώτο 48ωρο

1. Κατάλληλη τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Ύπτια θέση χωρίς μαξιλάρι και το κεφάλι στο πλάι. Σε περινεϊκό τραύμα πλάγια θέση και αλλαγή πλευράς κάθε 2-4 ώρες. Η κατάλληλη θέση προκαλεί χαλάρωση και όχι σύσπαση των μυών και επιτρέπει την καλή λειτουργία των παροχετεύσεων.
2. Παρακολούθηση του αρρώστου μέχρι την αφύπνισή του. Προστασία και προφύλαξη από τις διεγέρσεις, τα ρεύματα του αέρα. Πληροφόρηση του συνοδού του ασθενή να βρέχει τα χείλη του ασθενή όταν εκείνος διστά.
3. Συνεχής λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων κάθε 15 λεπτά τις πρώτες δύο μετεγχειρητικές ώρες και μετά κάθε μισή ώρα το πρώτο 24ωρο.

4. Παρακολούθηση των παροχετεύσεων. Ο ασθενής βγαίνοντας από το χειρουργείο έχει καθετήρα Levin, καθετήρα κύστης Folley, παροχέτευση τραύματος. Η νοσηλεύτρια επιβλέπει και φροντίζει για την ομαλή λειτουργία τους. Στην παροχέτευση τραύματος φροντίζει να αλλάζονται συχνά οι γάζες όταν βρέχονται γιατί προκαλούν δυσοσμία.
5. Έλεγχος του αρρώστου για τυχόν αιμορραγία.
6. Ο ασθενής τα δύο πρώτα 24ωρο παίρνει υγρά μόνο παρεντερικά γι' αυτό φροντίζει την ακριβή και ομαλή χορήγησή τους.
7. Λεπτομερής περιγραφή των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών ανά 3ωρο.
8. Ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο κυρίως τις πρώτες 48 ώρες.
9. Συχνές εντριβές και αλλαγή θέσης για ανακούφιση του αρρώστου. Κινήσεις των κάτω άκρων για πρόληψη φλεβίτιδας.
10. Πλύσεις και καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας με σοδόνερο για πρόληψη στοματίτιδας. Καθαριότητα της ρινικής κοιλότητας του ασθενούς για την εξασφάλιση καλής αναπνευστικής οδού.

Μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές

Οι κυριότερες μετεγχειρητικές δυσχέρειες είναι: Ο πόνος, η δίψα και ο εμετός. Στη συγκεκριμένη περίπτωση η δίψα αντιμετωπίζεται με τις

νοσηλευτικές ενέργειες που αναφέρθηκαν παραπάνω, όσο για τον εμετό ο άρρωστος φέρει Levin.

Ο φυσικός πόνος που φυσιολογικά αναμένεται από την εγχείρηση μπορεί να αντιμετωπισθεί εύκολα με αναλγητικά φάρμακα. Εκείνο όμως που ενισχύει και τροφοδοτεί τον υπάρχοντα φυσικό πόνο είναι η συναισθηματική και ψυχική υπερένταση η οποία συνοδεύει μέχρι τώρα τον άρρωστο.

Η συνεχής προσπάθεια διατήρησης ήρεμου και φυσικού συναισθηματικού περιβάλλοντος, η έμπνευση και η διαβεβαίωση στον άρρωστο ότι καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια για την αποκατάστασή του, όλα αυτά συμβάλλουν στη δημιουργία ενός θεραπευτικού κλίματος, όπου ο πόνος υποχωρεί και μειώνεται.

Οι πιο συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι η αιμορραγία και το shock ή καταπληξία. Βασικό καθήκον της αδελφής είναι να προφυλάξει, να παρακολουθεί τον ασθενή και να διαγνώσει γρήγορα τα συμπτώματα ώστε να αντιμετωπισθούν έγκαιρα αυτές οι επιπλοκές.

7.2 Μετεγχειρητική φροντίδα των επομένων ημερών

Μετά τα δύο πρώτα 24ωρα μετά την εγχείρηση, η νοσηλευτική φροντίδα και πορεία του αρρώστου έχει ως εξής:

1. Συνεχίζεται η μέτρηση και η εκτίμηση των ζωτικών σημείων και η ακριβής μέτρηση και συσχετισμός των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.
2. Συνεχίζεται η παρεντερική χορήγηση υγρών και αντιβιοτικών.
3. Την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα κατά την επίσκεψη των ιατρών γίνεται η πρώτη αλλαγή τραύματος. Η νοσηλεύτρια:
 - Απομακρύνει όλους τους επισκέπτες από το θάλαμο
 - Προφυλάσσει τον ασθενή από τα αδιάκριτα βλέμματα των άλλων ασθενών με παραβάν.
 - Στο δωμάτιο αλλαγής έχει γίνει η προετοιμασία του τροχήλατου μ' όλα τα απαραίτητα υλικά
 - Η αλλαγή γίνεται τηρώντας τους όρους ασηψίας - αντισηψίας. Συνήθως τις πρώτες ημέρες, τις αλλαγές τις κάνει ο ιατρός και η νοσηλεύτρια του σερβίρει.
 - Η περιποίηση του τραύματος γύρω απ' την κολοστομία γίνεται με αποστειρωμένο υλικό παρόλο που το τραύμα είναι σηπτικό. Τα κλινοσκεπάσματα προστατεύονται με τετράγωνο αδιάβροχο. Επισκοπεί το σημείο εισόδου της παροχέτευσης. Αλλάζονται συχνά οι γάζες γύρω απ' αυτήν.
4. Το Levin παραμένει και την 2η μετεγχειρητική ημέρα και βγαίνει την 3η όπου αρχίζει και η θρέψη του ασθενή από το στόμα. Ξεκινά με

υδρική δίαιτα (τσάι - σούπα - κρέμα). Την 5η μετεγχειρητική αρχίζει να παίρνει δίαιτα μικρού υπολείμματος (αυγό-τυρί). Μετά την 7η μετεγχειρητική ημέρα το διαιτολόγιο εμπλουτίζεται με ψάρι, κρέας, κοτόπουλο κλπ.

5. Ο καθετήρας κύστης Folley βγαίνει την 4η μετεγχειρητική ημέρα και παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα ουρολοίμωξης.
6. Την 5η μετεγχειρητική ημέρα γίνονται εργαστηριακές εξετάσεις αίματος, ούρων για την καλύτερη παρακολούθηση της πορείας του ασθενούς (οι εξετάσεις μπορούν να γίνουν και νωρίτερα αν αυτό κριθεί αναγκαίο).
7. Έγερση του αρρώστου: Κατόπιν εντολής ιατρού, την 2η μετεγχειρητική ημέρα αφού δεθούν οι κνήμες του αρρώστου με ελαστικούς επιδέσμους, σιγά-σιγά η νοσηλεύτρια τον βοηθά να κρεμάσει τα πόδια του καθισμένος στην άκρη του κρεβατιού. Η νοσηλεύτρια πρέπει να ενθαρρύνει και να υποδείξει στο συνοδό του αρρώστου πως να τον βοηθήσει. Αν ο άρρωστος ζαλίζεται μπορεί να τοποθετηθεί πρώτα σε ανάρροπη θέση. Αφού καθίσει για 15-20' με τα πόδια κρεμασμένα μπορεί να δοκιμάσει να σταθεί όρθιος, έχοντας πάντα κάποιον να τον υποβαστάζει. Την επομένη ημέρα ο ασθενής μπορεί να καθίσει για λίγο στην καρέκλα και σιγά-σιγά με βοήθεια να αρχίσει να περπατά μέσα στο θάλαμο. Η έγκαιρη έγερση του αρρώστου πετυχαίνει:

α) τη μείωση του μετεγχειρητικού πόνου, β) την επιτάχυνση της επούλωσης του τραύματος, γ) πρόληψη αγγειακών, πεπτικών, πνευμονικών επιπλοκών, δ) τη συντόμευση του χρόνου επιστροφής του αρρώστου στην πλήρη διαίτα, ε) μείωση του χρόνου παραμονής του στο νοσοκομείο.

8. Σε περίπτωση περινοτομής η αδελφή πρέπει να φροντίζει: α) ν' ανακουφίζει τον ασθενή από τον πόνο που προκαλείται από το βάρος του σώματος με την τοποθέτηση του ακροθαλάμου με τη συχνή αλλαγή της θέσεώς του και β) να κάνει εδρόλουτρα για την καθαριότητα και την συντομότερη επούλωση του τραύματος.

Η νοσηλεύτρια τέλος, δεν ξεχνά να αναφέρει όλα όσα έχουν σχέση με την πορεία και την εξέλιξη του ασθενή (ενέργειες, νοσηλείες, παρατηρήσεις) στην προϊσταμένη του Τμήματος και τη λογοδοσία. Καθώς και να ενημερώσει τους συγγενείς του ασθενούς όσο βέβαια επιτρέπουν οι αρμοδιότητές του.

7.3 Φροντίδα κολοστομίας

Μεγάλο και βασικό μέρος της μετεγχειρητικής φροντίδας του αρρώστου αποτελεί η περιποίηση της κολοστομίας και του δέρματος γύρω απ' αυτήν. Οι δύο πρώτες αλλαγές γίνονται από το γιατρό και στη συνέχεια από τη νοσηλεύτρια. Γι' αυτό κατά την περιποίησή της πρέπει να γνωρίζει ότι:

- α) Γίνεται άσηπτα κατά τα δύο πρώτα 24ωρα παρά το γεγονός ότι το τραύμα είναι σηπτικό εξαιτίας του γεμάτου μικρόβια περιεχομένου του εντέρου.
- β) Την ώρα της αλλαγής ο ασθενής να προστατεύεται από τα βλέμματα του περιβάλλοντος με την τοποθέτηση παραβάν και απομάκρυνση των επισκεπτών.
- γ) Πρέπει να αποφεύγει τους μορφασμούς που δείχνουν τη δυσαρέσκειά της για το είδος της εκτελούμενης εργασίας. Γι' αυτό το λόγο μπορεί να χρησιμοποιεί αποσμητικές κρέμες ή σπρέι.
- δ) Ο ασθενής έρχεται σε επαφή με την αλήθεια γι' αυτό η νοσηλεύτρια πρέπει να τον ενισχύει να παρακολουθεί και να συμμετέχει στη φροντίδα του αν αυτό είναι δυνατό, να έχει θετική στάση απέναντι στον ασθενή και να του παρουσιάζει την εύθυμη όψη της ζωής. Έτσι μ' αυτό τον τρόπο θα τον βοηθήσει να διατηρήσει την αισιοδοξία του, να αισθάνεται πως η αρρώστια του δεν ανέκοψε τα σχέδια της ζωής του και τέλος να αποδεχθεί τις μεταβολές στο σώμα του και να αρχίσει να προσαρμόζεται στο νέο τρόπο ζωής.

7.3.α. Άμεση περιποίηση κολοστομίας

Αν η κολοστομία είναι κλειστή με λαβίδα (De Matrel) η διάνοιξη γίνεται μετά 3-4 ημέρες όταν κινητοποιηθεί το έντερο και ο άρρωστος παρουσιάσει αίσθημα διάτασης. Μέχρι τότε το προέχον τμήμα του

εντέρου καλύπτεται με βαζελινούχο γάζα. Αν η κολοστομία συμπληρωθεί από την αρχή με συρραφή του βλεννογόνου στο δέρμα τότε τοποθετείται από την αρχή αυτοκόλλητος σάκος. Αν η κολοστομία δεν λειτουργεί παρά την κινητοποίηση του εντέρου μετά 3-4 ημέρες, τότε εισάγουμε με προσοχή το δάκτυλο ώστε να βεβαιωθούμε ότι είναι ανοικτή και δεν έχει προκληθεί στένωση από τα τοιχώματα της κοιλίας. Όταν αρχίσει να λειτουργεί το περιεχόμενο που βγαίνει είναι υδαρές και άφθονο και το σακουλάκι πρέπει να αλλάζεται συχνά. Οι ενέργειες για την άμεση περιποίηση της κολοστομίας είναι:

1. Προετοιμασία τροχήλατου μ' όλα τα απαραίτητα αντικείμενα.

- * Δίσκος που περιέχει μπολ με τολύπια και χαρτοβάμβακα, φιάλη με φυσιολογικό ορό, phisohect, set αλλαγής (που περιέχει αποστειρωμένες γάζες και τολύπια και λαβίδα), νεφροειδές, τετράγωνο με αδιάβροχο.
- Προστατευτική κρέμα δέρματος (Skin Gel της Hollister) για την αποφυγή δερματικού ερεθισμού από τις επανειλημμένες αλλαγές των αυτοκόλλητων σάκων.
- Ρητίνη Karaga. Η ρητίνη Karaga είναι φυσική ουσία που διαλύεται σιγά-σιγά προστατεύοντας την περιοχή γύρω από το στόμιο. Είναι εύπλαστος δακτύλιος που τοποθετείται γύρω από το στόμιο και εκεί εφαρμόζει σάκος που δεν έχει αυτοκόλλητο.
- Σάκοι κολοστομίας (αυτοκόλλητα ή μη).
- Πλαστική σακούλα να βάλουμε μέσα σ' αυτήν το γεμάτο σάκο.

– Σαπούνι γλυκερίνης, χλιαρό νερό, τρίφτης.

2. Διαδικασία αλλαγής. Αφού παρθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα, αποκαλύπτεται η περιοχή του στομίου και αφαιρείται και πετιέται ο προηγούμενος σάκος. Τοποθετείται το αδιάβροχο με το τετράγωνο κάτω από το στόμιο και το νεφροειδές (καλυμμένο από τη μια πλευρά με το χαρτοβάμβακο) κάτω από το στόμιο σε εφαρμογή με το σώμα του ασθενή. Καθαρίζεται καλά με χλιαρό σαπουνόνερο και στεγνώνεται η περιοχή του δέρματος γύρω από το στόμιο με απαλές κινήσεις. Η νοσηλεύτρια μετά πλένει τα χέρια της και ανοίγει το set αλλαγής. Με αποστειρωμένα τολύπια καθαρίζεται το στόμιο, χρησιμοποιώντας phisohex και ισοδύναμο διάλυμα NaCl αρχίζοντας από το κέντρο προς την περιφέρεια με κυκλικές κινήσεις όσες φορές χρειαστεί για να μείνει το στόμιο καθαρό. Απομακρύνεται το νεφροειδές και στεγνώνεται το στόμιο με ήπιες κινήσεις. Αν υπάρχει ένδειξη δερματικού ερεθισμού επαλείφεται το δέρμα με αλοιφή. Τοποθετείται με προσοχή ο καθαρός σάκος. Αφαιρείται το τετράγωνο αδιάβροχο. Τοποθετείται ο ασθενής σε αναπαυτική θέση και απομακρύνονται τα χρησιμοποιηθέντα αντικείμενα.

Κατά την αλλαγή της κολοστομίας η νοσηλεύτρια:

- παρατηρεί και κάνει αξιολόγηση του στομίου
- παρατηρεί το μέγεθος του στομίου, το οποίο μετράται μια φορά την εβδομάδα για το πρώτο χρόνο με ειδικά διαμετρώμετρα στομίων, π.χ. της Holister.

- παρατηρεί την εμφάνιση του στομίου. Φυσιολογικά πρέπει να έχει βαθύ ροζ χρώμα και εκκρίσεις με βλέννη. Αναφέρει τυχόν νέκρωση που εμφανίζεται σκούρο χρώμα στο στόμιο. Κυανωτικό χρώμα σημαίνει με καλή αιμάτωση.
- παρατηρεί για ραγάδες στομίου, δερματίτιδα ή έκζεμα. Το δέρμα γύρω από το στόμιο, πρέπει να είναι ίδιο όπως και το άλλο δέρμα.
- υπενθυμίζει στον άρρωστο να αδειάζει το σάκο όταν γεμίζει κατά το 1/3 διαφορετικά ξεκολλάει από το βάρος και υπάρχει διαρροή υγρών.
- Ανάλογα με την θέση της κολοστομίας ρυθμίζει και τον αριθμό των αλλαγών, π.χ. κολοστομία του εγκαρσίου κόλου χρειάζεται πολλές αλλαγές, ενώ η κολοστομία του σιγμοειδούς έχει στερεή και σχηματισμένη κένωση.

7.3.β Ρύθμιση της λειτουργίας της κολοστομίας

Η κολοστομία στερείται τον εκούσιο μυϊκό έλεγχο και είναι φυσικά η κένωση του εντέρου να γίνεται σε ακανόνιστα χρονικά διαστήματα. Η νοσηλεύτρια πρέπει να βοηθήσει τον άρρωστο πριν φύγει από το νοσοκομείο να ρυθμίσει τη λειτουργία της, ώστε να μην κενώνει το έντερο σε οποιαδήποτε στιγμή παρά μόνο όταν θα έχει ο ασθενής χρόνο για την ατομική του καθαριότητα. Οι τρόποι ρύθμισης της λειτουργίας της κολοστομίας είναι οι εξής: πλύση με υποκλισμό.

Σκοπό έχει:

- α) να βοηθήσει το άδειασμα του κόλου από το περιεχόμενό του (κόπρανα, αέρια, βλέννη),
- β) να καθαρίσει το περιφερειακό τμήμα του εντέρου,
- γ) να βοηθήσει να εγκαθιδρυθεί ένα προγραμματισμένο άδειασμα του εντέρου, ώστε να είναι δυνατή η ανάληψη κανονικών δραστηριοτήτων από το άτομο.

Με τις πλύσεις του στομίου σε κανονικά χρονικά διαστήματα συκρατούνται λιγότερα αέρια και υγρά έτσι στα μεσοδιαστήματα των πλύσεων από την κολοστομία εξέρχονται μόνο μικρές ποσότητες βλέννης. Η πλύση γίνεται μετά το φαγητό, γιατί η λήψη τροφής δρα σαν ερέθισμα για ανάλογα με την πορεία του ασθενή βέβαια.

Οι ενέργειες για την πλύση είναι:

1. Ετοιμασία των αντικειμένων που θα χρησιμοποιηθούν:

Δοχείο υγρού πλύσης (IRRIGATER) 1500cc - 2000cc. Υγρά πλύσης 500 - 1500 ml (χλιαρό νερό βρύσης ή αλατούχο διάλυμα - 4 gr αλάτι σε 500 ml νερό) σε θερμοκρασία 36 p - 40 pc. Καθετήρας από μαλακό ελαστικό Nr 22 ή 24) με κάποιο είδος θωράκισης για την παρεμπόδιση της προς τα πίσω ροής του υγρού πλύσης (ή μαλακό ελαστικό ή πλαστικά κώνο Lair - dtrip).

ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΜΑΝΙΚΙΟΥ ΠΛΥΣΗΣ. Α. Περάστε το άκρο του μανικιού πλύσης μέσα από ένα πλαστικό δακτύλιο. **Β.** Διπλώστε προσεκτικά τα άκρα

πάνω από τα δακτύλιο. **Γ.** Τοποθετείστε τον καλυμμένο πλαστικό δακτύλιο πάνω στο στόμιο και στερεώστε τον με ζώνη, κάντε μια οπή στο μανίκι πλύσης πάνω από το στόμιο της κολοστομίας για την είσοδο του καθετήρα. Μετά τη χορήγηση της επιθυμητής ποσότητας υγρού η οπή κλείνεται. **Δ.** Τοποθετείστε το άλλο άκρο του μέσα στη λεκάνη της τουαλέτας. Με την οπή πάνω από το στόμιο της κολοστομίας αποφεύγεται η διαρροή υγρών κατά την παροχέτευσή τους.

- Μανίκι ή περίβλημα πλύσης αυτοκόλλητο ή συγκρατούμενο με ζώνη.
- Βαζελίνη, γάζες και τολύπια.

A. Θέση του ασθενή κατά την πλύση B. Συσκευή LAIRDITP

2. Διαδικασία πλύσης. Διαλέγουμε τον κατάλληλο χρόνο για την πλύση.

Ενημερώνεται ο ασθενής για την νοσηλεία και προτρέπεται να παρακολουθήσει και να βοηθήσει σ' αυτήν. Ο ασθενής κάθεται στη λεκάνη της τουαλέτας. Αφαιρείται ο σάκος και σκεπάζεται το στόμιο με γάζα καθαρή. Τοποθετείται το μανίκι ή το περίβλημα πλύσης (πλαστικός διαφανής σάκος ανοικτός από πάνω και κάτω) στο στόμιο του κόλου, περνά ανάμεσα από τα πόδια του ασθενή και το άλλο άκρο τοποθετείται μέσα στη λεκάνη της τουαλέτας. Ανοίγεται οπή στο μανίκι πάνω από το στόμιο της κολοστομίας για την είσοδο του καθετήρα. Προηγουμένως έχει κρεμαστεί το δοχείο πλύσης με το υγρό και αφού εφαρμοστεί ο

καθετήρας που είναι κλειστός με ένα κλιπ 40-50 cm πάνω από το στόμιο. Όταν ο άρρωστος είναι έτοιμος, επαλείφεται το ελεύθερο άκρο του καθετήρα με βαζελίνη, αφήνεται να τρέχει λίγο υγρό και μετά εισάγεται ο καθετήρας μέσα στο στόμιο γύρω στα 10 cm. Για να εμποδιστεί η επιστροφή του υγρού πιέζεται το στήριγμα του καθετήρα ή του κώνου απαλά προς το στόμιο.

Η ποσότητα του υγρού είναι αρχικά 500 cc και αυξάνεται βαθμιαία, το υγρό ρέει στο παχύ έντερο 10 λεπτά περίπου. Στη συνέχεια κενούται το έντερο, το περιεχόμενο του οποίου οδεύει στην τουαλέτα μέσω του μανικιού πλύσης. Η όλη διαδικασία διαρκεί 30-45 λεπτά, μετά το τέλος της οποίας η κολοστομία καλύπτεται με μια κάψα (Stoma cup) που φέρει βαλβίδα μέσω της οποίας διέρχονται τα αέρια και γίνονται άοσμα.

Η κένωση του εντέρου μ' αυτή τη μέθοδο είναι μια εύκολη πρακτική που διδάσκεται από την ομάδα γιατρός - νοσηλεύτρια και επαναλαμβάνεται κάθε 24 ώρες. Υπάρχουν και άτομα που εφαρμόζουν τη μέθοδο αυτή κάθε 48 ώρες. Τα άτομα αυτά που εφαρμόζουν αυτή τη μέθοδο αναφέρουν ότι ελαττώνεται το ποσό αερίων, η αφόδευση είναι προκαθορισμένη, αποφεύγεται ο ερεθισμός γύρω από την κολοστομία, είναι πολύ πιο καθαρή και οικονομική από την εφαρμογή σάκων κολοστομίας με ελάττωση χρόνου φροντίδας και περιποίησης της κολοστομίας. Δεν υπάρχει καμία αντένδειξη.

Κύριες αντενδείξεις είναι: η στένωση του στομίου, η πρόπτωση του εντέρου και η κήλη γύρω από την κολοστομία, που θα αναφερθούν παρακάτω εκτενέστερα.

2. Ελεγχόμενη ή εκτενής κολοστομία

Γίνεται με τους εξής τρόπους: α) μέθοδος που χρησιμοποιούν εξωτερικά μηχανήματα π.χ. Cuff της τραχειοτομίας, σκομβίου ελέγχους που με μπαλόνι αποφράσσει το έντερο σε συνδυασμό με πώμα στο επίπεδο του δέρματος, β) μέθοδος που χρησιμοποιούνται χειρουργικές τεχνικές: π.χ. λοξή φόρα του εντέρου δια του κοιλιακού τοιχώματος για αρκετή διαδρομή του ανάμεσα στους κοιλιακούς μύες, μέθοδος CEULEMANS και VAN HADEN με ανύψωση της κολοστομίας κατά μήκος του αριστερού πλευρικού τόξου στη θήκη του ορθού κοιλιακού μυός για τη δημιουργία ενός κάποιου sheservois. γ) μέθοδοι που συνδυάζουν χειρουργικές τεχνικές με εμφύτευση μηχανημάτων παθητικής λειτουργίας π.χ. συνδυασμό πλαστικού δακτυλίου και αεροθαλάμου που αποφράσσει το στόμιο, εμφύτευση μαγνητικών πωμάτων γύρω από το στόμιο.

3. Διαιτολόγιο

Σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση των κενώσεων του εντέρου παίζει η επιλογή της κατάλληλης διαίτας. Ορισμένες τροφές όπως σταρένιο ψωμί, δημητριακά σταθεροποιούν τις κενώσεις. Το ίδιο ορισμένα φάρμακα που

σταθεροποιούν τις κενώσεις και τις μειώνουν σε όγκο και αριθμό. Αυτά βέβαια λαμβάνονται κατόπιν εντολής ιατρού.

7.3.γ. Επιπλοκές της κολοστομίας και πρόληψή τους

1. Στένωση του αυλού κολοστομίας: Η νοσηλεύτρια πρέπει να μάθει τον άρρωστο να παρακολουθεί το στόμιο και τους χειρισμούς με το χέρι του να διαστέλλει το έντερο. Μετά από 6-12 μήνες το στόμιο μικραίνει κατά 1/4 του αρχικού. Οι συνεχείς υποκλισμοί προκαλούν στένωση επίσης.
2. Πρόπτωση λόγω κακής ραφής: Υπάρχει αλλαγή στην εμφάνιση του στομίου, πόνος και μικροαιμορραγίες.
3. Παρακολοστομιακή κήλη: Παρακολούθηση κολοστομίας για τυχόν προβολή έλκους.
4. Εισολκή: Συμβαίνει σε παχύσαρκα άτομα. Να γίνεται προεγχειρητικά δίαιτα αδυνατίσματος και μετά την επέμβαση. Ειδική παρακολούθηση στα άτομα αυτά.
5. Διάτρηση: Συμβαίνει συνήθως κατά την εισαγωγή του καθετήρα για υποκλισμό. Σωστή διδασκαλία του αρρώστου και χρησιμοποίηση υγραντικής ουσίας (π.χ. γλυκερίνη, βαζελίνη) μειώνουν τον κίνδυνο.
6. Νέκρωση: Μπορεί να γίνει λόγω μη καλής αιμάτωσης ή συστροφής του εντέρου. Ο άρρωστος δεν καταλαβαίνει την νέκρωση λόγω

έλλειψης αισθητικότητας. Γι' αυτό πρέπει να παρατηρείται το στόμιο και κάθε αλλαγή (π. χ. χρώμα, εμφάνιση) να αναφέρεται στο γιατρό.

(Μαλγαρινού - Κωνσταντινίδου, 1987)

8. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Σε εντερική απόφραξη

Προσδιορισμός χαρακτήρα των συμπτωμάτων ή ιδιαίτερα του πόνου, λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων.

Η λειτουργία του εντέρου (αποβολή αερίων ή κοπράνων) πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψη ή να καταγράφεται λεπτομερώς.

Ρύθμιση του ισοζυγίου των υγρών ή ηλεκτρολυτών με την παρεντερική χορήγηση υγρών.

Συνεχή αναρρόφηση του περιεχομένου του στομαχιού για αποφυγή διάτασης του στομάχου και των εντερικών ελικών.

Λεπτομερής καταγραφή προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

Προετοιμασία αρρώστου για χειρουργείο.

Σε διάτρηση

Ενίσχυση του ηθικού του ασθενή

Δίνεται στον ασθενή η θέση Lawler για μείωση της έκτασης της περιτονίτιδας και του πόνου.

Εφαρμογή Levin και παρακολούθηση για την καλή λειτουργία του, καταγραφή του ποσού ή του χαρακτήρα των υγρών που αποβάλλονται.

Παρακολούθηση της παρεντερικής χορήγησης και καταγραφή των προσλαμβανομένων ή των αποβαλλομένων υγρών.

Ακρίβεια (δόση, χρόνο) τα θεραπευτικά και ανακουφιστικά φάρμακα.

Καταγραφή των ζωτικών σημείων ανά 15'.

Σε χειρουργική θεραπεία η προετοιμασία περιορίζεται λόγω της επείγουσας μορφής του περιστατικού.

Η μετεγχειρητική πορεία είναι δύσκολη, επιβάλλεται η συνέχιση των προεγχειρητικών μέτρων που αναφέρθηκαν και επιπλέον:

- * Διασφάλιση σωλήνων παροχετεύσεως
- * Λήψη μέτρων για αποφυγή κατακλίσεων

(Μαλαρινού - Κωνσταντινίδου, 1987)

**ΜΕΡΟΣ
ΤΡΙΤΟ**

1. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Τα μέλη της ομάδας υγείας - Ιατρός - Ψυχολόγος, νοσηλευτής και ο ιερέας προετοιμάζουν τον άρρωστο για την μετάβαση από την παρούσα ζωή στη μέλλουσα έξω από το νοσοκομείο προσφέροντας και δημιουργώντας ατμόσφαιρα γαλήνης και παρηγοριάς. Αυτό βοηθά στην μείωση της ψυχικής έντασης, αγωνίας και άγχους που δοκιμάζουν οι καρκινοπαθείς μπροστά στο αβέβαιο.

Όλα τα παραπάνω βρίσκονται μέσα στο πνεύμα της αποκατάστασης του αρρώστου με καρκίνο. Σκοπός της είναι η επαναφορά του ατόμου στην προηγούμενη του κατάσταση ύστερα από τη διατάραξη ή την αλλαγή που δέχθηκε. Και σύμφωνα μ' αυτό η αποκατάσταση μετά τη διάγνωση και την θεραπεία. Είναι όμως το ίδιο για έναν άρρωστο που έκανε χολοκυστεκτομή μ' έναν άρρωστο που υποβλήθηκε σε λαρυγγεκτομή ή παρά φύσιν έδρα.

Μιλώντας για αποκατάσταση για έναν καρκινοπαθή εννοούμε την προσπάθεια που καταβάλλεται από τα μέλη της ομάδας υγείας να χρησιμοποιήσει το άτομο όλες τις «βιοψυχολογικές» ικανότητες που έχει όποιες και αν είναι αυτές για να ζήσει μια ποιοτική ζωή δηλαδή να μην

κλαίει για το σήμερα να μην τρέμει για το αύριο. Στην φάση όμως της βοήθειας και της αποκατάστασης του αρρώστου ασκεί επίδραση η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον του και έτσι θα πρέπει στις διαστάσεις της αποκατάστασης να συμπεριλαμβάνονται και αυτές οι ομάδες πληθυσμού.

Κατά την νοσηλευτική φροντίδα αναφέρθηκαν αρκετά για την ψυχολογική και ψυχιατρική πλευρά του καρκινοπαθή, για να πετύχουμε όμως μια σωστή και πλήρη αποκατάσταση πρέπει να δώσουμε μια ολόκληρη και σαφή εικόνα στις φάσεις που περνά ένας καρκινοπαθής μαζί με την οικογένειά του.

Το άτομο στο οποίο διαγνώσθηκε ότι πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Γι' αυτό είναι απαραίτητο να δούμε τη νεοπλασματική ασθένεια εκτυλισσόμενη σε τρία επίπεδα α) Βιολογικό, 2) ψυχολογικό, γ) κοινωνικό, ψυχιατρικές επιπλοκές δυνατό να συμβούν από την ίδια την νεοπλασία ως βιολογική εξεργασία που θίγει τις ψυχικές λειτουργίες στο βιολογικό τους υπόστρωμα. Π.χ. καταστρέφοντας εγκεφαλικούς νευρώνες ή διαταράσσοντας τον βιολογικό μεταβολισμό. Ψυχικές διαταραχές επίσης προκύπτουν από τις κοινωνικές συνέπειες της αρρώστιας. Το άτομο είναι αναγκασμένο να αποσυρθεί ολότελα μερικά από την ενεργό ζωή και συχνά χρειάζεται να νοσηλεύεται για μακροχρονικά διάστημα. Υφίσταται απώλειες επαγγελματικές και οικονομικές με αντίκτυπο στις φιλικές και κοινωνικές σχέσεις. Κατέχεται από αβεβαιότητα στο σχεδιασμό ζωής και

γενικά έχει δυσχέρειες προσαρμογής, στις νέες κοινωνικές συνθήκες που δημιουργεί η ασθένεια.

Το σύνολο σχεδόν των καρκινοπαθών αντιδρά με ανησυχία και φόβο. Ο βαθμός της αρχικής αντίδρασης εξαρτάται από παράγοντες όπως, η φύση, η εντόπιση και οι κλινικές εκδηλώσεις του όγκου, η προσωπικότητα του ατόμου, οι κοινωνικές επιπτώσεις της αρρώστιας και το διαθέσιμο σύστημα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Η πιο συχνή ψυχική διαταραχή είναι η κατάθλιψη που συνδυάζεται με άγχος, φόβο ή ευχή θανάτου, με κλάματα, αϋπνία και πολύ συχνά με αυτομομφή και ενοχικές σκέψεις. Συνοδεύονται επίσης από εχθρικότητα και καχυποψία.

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας των καρκινοπαθών έχει σαφώς υπερεκτιμηθεί. Από βιβλιογραφικά δεδομένα προκύπτει ότι οι καρκινοπαθείς αυτοκτονούν τόσο συχνά (ή και λιγότερο συχνά) όσο και οι μη καρκινοπαθείς. (Στεφανής, 1981).

Γι' αυτούς τους λόγους γεννιέται το ερώτημα αν θα έπρεπε να πληροφορείται ο καρκινοπαθής την φύση της αρρώστιας του, την πορεία της, τον τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης της και τον πιθανολογούμενο χρόνο επιβίωσης.

Παρότι ο κάθε άρρωστος και κάθε ειδική συνθήκη επιβάλλουν το δικά τους, τρόπο αντιμετώπισης καλό είναι να ακολουθούνται ορισμένοι γενικοί κανόνες που μπορούν να συντελεστούν σε μια πραγματική και θετική για τον άρρωστο στάση στο θέμα της πληροφόρησης.

α) Το καθοριστικό κριτήριο να είναι το συμφέρον του αρρώστου έτσι που οποιαδήποτε στάση να αποβλέπει στην εξασφάλιση αποτελεσματικότερης θεραπείας και καλύτερους όρους προσαρμογής στη νέα βιολογική και ψυχοκοινωνική πραγματικότητα που δημιουργεί η νόσος.

β) Όταν ο άρρωστος προθυμοποιείται να μάθει την αλήθεια αλλά γίνεται φανερό πως την αποφεύγει, είναι προτιμότερο να προσαρμοστούν τα μέλη της ομάδας υγείας στο σύστημα ψυχολογικής άρνησης που έχει υιοθετήσει ο ασθενής. Μεγάλη προσοχή χρειάζεται σ' αυτήν την συμπεριφορά του ατόμου γιατί μπορεί να αρνηθεί τη θεραπεία και την παρακολούθηση. Μετά την άρνηση συνήθως εμφανίζεται ο θυμός που στρέφεται προς τα μέλη της οικογένειας του, τα μέλη της ομάδας υγείας κ.ά.

Εδώ είναι απαραίτητος ο ρόλος του νοσηλευτή βοηθώντας τον ασθενή να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά του, προσέχοντας όμως να μην τον επηρεάσει περισσότερο αρνητικά με την συμπεριφορά του. Αυτό θα πετύχει όταν δείξει σταθερό ενδιαφέρον γι' αυτόν και τον πλησιάσει σαν άνθρωπος προς άνθρωπο που υποφέρει και όχι ψυχρά και επαγγελματικά.

Έτσι ο άρρωστος θα μεταπέσει στη φάση της συνδιαλλαγής, πιο ήρεμος και ενισχυμένος να μην χάσει την ελπίδα και την αγωνιστικότητά του με την οποία θα κερδίσει την θεραπεία της ασθένειας ή και την

αναβολή του μοιραίου. Είναι φυσικό να πέσει σε κατάθλιψη μα δεν πρέπει να μένει μόνος του και να μην παροτρύνεται να μιλά και να εκφράζει ελεύθερα τα συναισθήματά του.

Σιγά - σιγά αρχίζει να περνά στη φάση της αποδοχής της αρρώστιας. Εδώ ο ασθενής γνωρίζει τι έχει και τι τον περιμένει. Από την πλευρά του ο νοσηλευτής, όσο βέβαια επιτρέπουν οι αρμοδιότητές του, μαθαίνει τον άρρωστο να ζει με την αρρώστια του, τον κατηχεί πάνω στη θεραπεία, στις διαγνωστικές εξετάσεις και προπαντός τον συμβουλεύει να μην αλλάξει στάση συμπεριφοράς απέναντι στη ζωή και τον κοινωνικό περίγυρο.

γ) Όταν ο άρρωστος απαιτεί να μάθει την αλήθεια άμεσα ή έμμεσα τότε μαζί με την επιθυμία του αρρώστου πρέπει να συνεκτιμηθεί η ψυχική δύναμη που διαθέτει ο άρρωστος και οι δυνατότητες του περιβάλλοντός του να προσφέρει την απαιτούμενη ψυχοκοινωνική υποστήριξη.

Και εδώ δύσκολος ο ρόλος του νοσηλευτή. Χρειάζεται ψυχραιμία και διπλωματία. Ο νοσηλευτής πρέπει να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενή, κάνοντας σαφείς ανακοινώσεις, διευκρινίζοντας παρανοήσεις, λύνοντας απορίες, και πληροφορώντας τον κάθε φορά που του ζητάτε. Δεν πρέπει να αρνείται να ακούει τους φόβους του ασθενή ή να μην τον αφήνει να μιλάει γι' αυτούς και ακόμα να αποφύγει να λέει την λέξη καρκίνος στον άρρωστο που γνωρίζει την ασθένειά του, αυτό

υποδηλώνει ότι φοβάται. Είναι πολύ σωστό αυτό που ειπώθηκε σε γιατρό σαν εσένα σε φοβίζει ή σε σοκάρει η αρρώστια μου, φοβίζει και σοκάρει κι εμένα (άρρωστος). Αλλά αν είσαι εσύ ήρεμος και έχεις τον έλεγχο της παρούσας κατάστασης, είμαι κι εγώ.

Άλλος παράγοντας που δυσκολεύει την ομάδα υγείας και ειδικά τον νοσηλευτή, επειδή αυτός περνά μεγαλύτερο διάστημα κοντά στον άρρωστο, είναι η πληροφόρηση του ασθενή για αλλαγή στην εμφάνισή του. Αλλαγή της εικόνας που έχει ο άρρωστος για το ίδιο το σώμα του. Η αλλαγή στη σωματική ακεραιότητα και εμφάνιση του αρρώστου με καρκίνο είναι συχνό πρόβλημα που απαιτεί σωστή αντιμετώπιση. Ακρωτηριασμοί μελών, παρά φύσιν έδρας, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, αλωπεκία, καχεξία, κακοσμία κ.ά. διαφοροποιούν την εμφάνιση του αρρώστου, δημιουργούν αναπηρίες και επηρεάζουν την εικόνα που έχει ο άρρωστος για τον εαυτό του. Οι νοσηλεύτριες συχνά πρώτες θα έρθουν σε επαφή με τον άρρωστο, που προσπαθεί να αποδεχθεί και να μάθει να ζει με τις μεταβολές που έχουν παρουσιαστεί στο σώμα του. Αυτές πολύ συχνά δίνουν πρώτες πληροφορίες στον άρρωστο για τις αλλαγές που έχουν γίνει στο σώμα του και τον εκπαιδεύουν σε νέους τρόπους ζωής και τεχνικές φροντίδας. Συνήθως σ' αυτή τη φάση ο ασθενής αρχίζει να συνειδητοποιεί τις αλλαγές στο σώμα του σαν μια πραγματικότητα.

Η διαδικασία αποδοχής της νέας εμφάνιση και της διαταραχής της σωματικής ακεραιότητας του αρρώστου παίρνει αρκετό χρόνο. Η

ανάπτυξη μιας παραγωγικής σχέσης και μιας συνεργασίας νοσηλευτή - αρρώστου που εξασφαλίζεται μόνο με το ενδιαφέρον του νοσηλευτή όχι επιμερισμένο στη σωματική λειτουργία και στην ψυχολογική και την κοινωνική - γιατί το άτομο λειτουργεί ως ένα αδιαίρετο σύνολο - αλλά στο πρόσωπο που πάσχει με την εμπιστοσύνη που τρέφει ο άρρωστος στο νοσηλευτή.

Όπως έχει προαναφερθεί στη νοσηλευτική φροντίδα οι άρρωστοι είναι πολύ συχνά μέλη οικογένειας. Όλη η αγωνία και ο φόβος του καρκινοπαθή είναι η αγωνία και ο φόβος σε άλλοτε άλλον βαθμό για την οικογένειά του.

Η οικογένειά του θα περιμένει με πολύ αγωνία το αποτέλεσμα των ακτινογραφιών και της βιοψίας.

Αγαπημένοι του οικείου κοιτάζουν χίλιες φορές το ρολόι τους, όταν ο ασθενής είναι στο χειρουργείο. Περιμένουν να τους καλέσει ο γιατρός κλπ. Είναι γεμάτοι ανησυχία και λύπη.

Είναι φανερή η ανάγκη του για ψυχολογική υποστήριξη. Το μεγαλύτερο μέρος της βοήθειας το παίρνουν από τη νοσηλεύτρια, η οποία έχει πολλές ευκαιρίες και την ικανότητα να βοηθήσει άτομα με ψυχολογικά προβλήματα. Η βοήθεια που θα δώσει η νοσηλεύτρια σ' αυτά τα άτομα είναι απλή, κατά ένα μέρος εξαρτάται από τις επαγγελματικές της γνώσεις και δεξιότητες. Οι οικείοι του καρκινοπαθή ζητούν πληροφορίες σχετικά με την αρρώστια του καρκίνου, της

φύσεως, της θεραπείας, της πρόγνωσης και τις κοινωνικές πηγές βοήθειας - αν οι νοσηλεύτριες διδάσκουν, ερμηνεύουν, παραπέμπουν και παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη, η οποία ξεκινά, στηρίζεται στην εμπιστοσύνη που εμπνέουν στους συγγενείς του αρρώστου. Εκείνο που είναι επιβεβλημένο και θεωρείται και παράλειψη καθήκοντος είναι η πλήρης ενημέρωση κάποιον από το άμεσο περιβάλλον του ασθενή. Κάποιος συγγενής πρέπει σαφώς να ξέρει όχι μόνο ότι ο ασθενής έχει καρκίνο, αλλά και τις δυσμενείς επιπτώσεις της οποιασδήποτε θεραπείας. Δεν επιτρέπεται να αφήνεται σε άγνοια το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή.

Και ερχόμαστε στον ασθενή που έχει μόνιμη παρά φύσιν έδρα έχει δεχτεί αυτή την κατάσταση και αυτός και η οικογένειά του, όσο είναι δυνατό και φθάνει η στιγμή να βγει από το νοσοκομείο. Εδώ αρχίζει να λειτουργεί αρνητικά η ανακοίνωση της εξόδου ασθενή στην οικογένειά του. Μέσα στο νοσοκομείο ήταν εντελώς διαφορετικά, η αρρώστια και η φύση της θεραπείας συμβάδιζε με το περιβάλλον. Μέσα στον περίγυρο του νοσοκομείου έπαψε να του φαίνεται τόσο τρομερός, ο καρκίνος, η κολοστομία ένιωθε ασφαλής, έξω από το νοσοκομείο όμως; Πίσω στον κόσμο, είναι το ίδιο; Ο ασθενής αρχίζει να αισθάνεται ανασφαλής, φοβάται για το πως θα δεχθεί ο κόσμος έναν «μη φυσιολογικό» άνθρωπο, έναν κολοστομικό.

Ήδη μέχρι τώρα έχει αποκτήσει για τραυματική εμπειρία μαθαίνοντας την ασθένεια, υπομένοντας τις εξετάσεις, την θεραπεία, την αλλαγή στο

σώμα. Έχει αποκτήσει εμπιστοσύνη στην ομάδα που απαρτίζεται από τα μέλη υγείας, έχει εξοικειωθεί με το περιβάλλον και τώρα του ζητάτε να βγει έξω στον κόσμο. Χιλιάδες ερωτήματα που πριν έμεναν θαμμένα αρχίζουν να βγαίνουν στην επιφάνεια. Αν θα τα καταφέρει μόνος του, χωρίς την επίβλεψη της νοσηλεύτριας, να κάνει την φροντίδα του στόματος αν θα μυρίζει άσχημα και δυσφορούν οι γύρω του.

Πως θα πρέπει να ντύνεται, αν μπορεί να ταξιδεύει, να έχει σεξουαλική ζωή, σε περίπτωση νεαρής γυναίκας, αν μπορεί να μείνει έγκυος. Το μεγαλύτερο φόβο που νιώθει ο άρρωστος είναι πως θα τον δεκτούν οι φίλοι του, οι γνωστοί του, τι θα πρέπει να τους λέει, πως θα πρέπει να συμπεριφέρεται ανάμεσά τους.

Και εδώ καλείται η νοσηλεύτρια να εκπληρώσει το έργο της. Είναι το τελευταίο σκαλοπάτι πάνω στο οποίο πρέπει να ρίξει αρκετό βάρος για να μπορέσει να ολοκληρώσει το έργο της με επιτυχία. Πρέπει να βρίσκεται δίπλα στον άρρωστο να του τονώσει το ηθικό. Πρέπει να τον κάνει να καταλάβει ότι όλα αυτά ήταν μια παρένθεση στη ζωή του και ότι από εδώ και πέρα θα είναι όλα όπως πριν. Όπως αν έκανε μια οποιαδήποτε άλλη χειρουργική επέμβαση, π.χ. χολοκυστεκτομή.

Ο ασθενής μπορεί να διατηρήσει τις παρέες του, να ξαναπάει στην εργασία του εκτός κι αν είναι πολύ επίπονη, όσο για το τι θα πει σ' αυτούς δεν γνωρίζουν το πρόβλημα του ή τον ρωτούν τι έκανε στο νοσοκομείο τόσο καιρό μπορεί να συμβουλέψει τον ασθενή να μην πει

τίποτα σχετικά με την ασθένεια και τη φύση της θεραπείας, έτσι ώστε να μην είναι επηρεασμένοι από την αρχή αρνητικά. Η κολοστομία σήμερα με τις μεθόδους αντιμετώπισης περνά απαρατήρητη, κανείς δεν μπορεί να καταλάβει αν το θέλει ο ασθενής. Πρέπει να πιστέψει ο ασθενής ότι δεν θα έχει κανένα πρόβλημα και καλό είναι για να πειστεί να επισκεφθεί ένα άτομο με κολοστομία επίσης.

Για να μπορέσουμε να πούμε ότι ο ασθενής είναι έτοιμος να φύγει από το νοσοκομείο πρέπει να έχει απαιτήσει πλήρως τις δυνάμεις του, να έχει αποδεχτεί «την παρά φύση έδρα», για να μπορέσει υπεύθυνα να διεκπεραιώσει την αλλαγή της κολοστομίας και την εκτέλεση του υποκλισμού. Έτσι καταστρώνεται ένα σχέδιο διδασκαλίας που έχει ως εξής:

1. Την φροντίδα του στομίου, την αλλαγή του σάκου και το άδειασμα αυτού. Η αδελφή ήδη έχει βοηθήσει τον άρρωστο να ρυθμίσει τη λειτουργία του εντέρου κατά την διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο. Έτσι με τη ρύθμιση του διαιτολογίου του και με υποκλισμούς ήδη έχει ρυθμιστεί. Ο χρόνος που κενώνει το έντερο, που είναι συνήθως η ώρα που βολεύει τον ασθενή έξω από το νοσοκομείο να κάνει την αλλαγή και την ατομική του καθαριότητα. Η εξήγηση τώρα της προετοιμασίας για την αλλαγή περιλαμβάνει: α) Τα απαραίτητα είδη που θα χρειαστούν, β) πως ετοιμάζονται και γ) ποια είναι η σειρά εργασίας που χρησιμοποιείται. Αφήνεται ο ασθενής να παρακολουθήσει την ετοιμασία της αλλαγής και προτρέπεται να την ετοιμάσει μόνος του και

να εκτελέσει την εργασία κάτω από την επίβλεψη της αδελφής ώσπου στο τέλος μόνος του υπεύθυνα να μπορεί να εξυπηρετηθεί.

2. Τη φροντίδα του δέρματος γύρω από την κολοστομία. Σε περίπτωση που ο ασθενής έχει ανοικτό περιστομιακό δέρμα του γίνεται ενημέρωση να χρησιμοποιήσει κορτικοστεροειδή σπρέι ή nystatin. Ακόμη σε αλλεργικές αντιδράσεις στα παραπάνω γίνεται δοκιμή άλλων υλικών μέχρι να βρεθούν τα συμβάντα.

3. Διδάσκεται ο ασθενής πως να ελέγχει την κακοσμία. Βασικός κανόνας τήρησης για την κακοσμία είναι βέβαια η σχολαστική τήρηση των όρων υγιεινής και καθαριότητας. Εκτός όμως απ' αυτόν τον κανόνα, συμβουλεύεται ο ασθενής να αποφεύγει τις τροφές που δημιουργούν οσμές, όπως κρεμμύδια, ορισμένα λαχανικά, όσπρια, αυγά, προτρέπεται να τρώει γιαούρτι (το γιαούρτι επικαλύπτει το βλεννογόνο του εντέρου μ' ένα στρώμα από μύκητες, οι οποίοι προσφέρουν αντιμυκητιασική και αντιμικροβιακή δράση), να πίνει αποβουτυρωμένο γάλα, χυμό από ένα είδος μούρου, που μειώνουν τις οσμές των κοπρανωδών μαζών. Επίσης οι οσμές μπορούν να τεθούν υπό έλεγχο λέγοντας στον ασθενή να πάρει μία ή δύο ταμπλέτες υπανθρακικού ή υπογαλλικού βισμούθιου την ώρα του φαγητού και του ύπνου.

4. Άλλο πρόβλημα είναι πως θα αποφύγει ο ασθενής τα αέρια. Η μεγαλύτερη ποσότητα αερίων οφείλεται στον αέρα που καταπίνεται ασυναίσθητα όταν είναι αγχώδης ο ασθενής και σε φαγητά που

περιέχουν πολλά καρυκείματα και στα αεριούχα ποτά. Συμβουλευεται ο ασθενής να είναι ήρεμος και να αποφεύγει τα παραπάνω.

5. Μεγάλο μέρος της διδασκαλίας περιλαμβάνει η διαίτα που θα πρέπει ν' ακολουθεί ο ασθενής. Η διαίτα εξατομικεύεται ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή και την αντοχή του εντέρου. Υπάρχουν τροφές που άλλους ασθενείς τους πειράζουν και άλλους όχι βέβαια την εξιδανίκευση της διαίτας μπορεί να την καταφέρει μόνος του ο ασθενής μετά την αναχώρησή του από το νοσοκομείο αφού ακολουθήσει ορισμένους κανόνες α) Να αποφεύγει την πολυφαγία και τα ακατάστατα γεύματα γιατί θα φέρουν δυσφορία και θα βγάλουν το έντερο από τη σειρά που έχει απαιτήσει. Επίσης να μασά καλά την τροφή για να μπορέσει να γίνει σωστή πέψη και ο σχηματισμός των κοπράνων. β) Τα φρούτα (σύκα, σταφύλια), οι χυμοί φρούτων, οι ντομάτες μπορεί να προκαλέσουν συχνές κενώσεις επειδή αυξάνουν την περισταλτικότητα του εντέρου.

Συμβουλευεται να τρώει φρούτα σε κομπόστα, ψητό μήλο. Τα αλκοολούχα ποτά πρέπει να αποφεύγονται όπως π.χ. κρασί, γιατί μπορεί να ενεργήσει σαν ηπακτικό και να δημιουργήσει αέρια.

6. Συνήθως οι περισσότεροι άρρωστοι έχουν απορίες σχετικά με το ντύσιμό τους. Συμβουλευονται οι ασθενείς να φορούν είτε ζώνη κοιλίας, είτε κορσέ και τα ρούχα τους να είναι ευρύχωρα. Οι γυναίκες μπορούν να φορούν παντελόνι, αρκεί να μην είναι πολύ στενό και πιέζουν υπερβολικά το στόμιο. Ακόμα οι κολοστομημένοι μπορούν να

χρησιμοποιούν μαγιά, που να καλύπτει φυσικά την κολοστομία και να τους προστατεύει απ' τα αδιάκριτα βλέμματα και να αισθάνονται πιο άνετα.

7. Από τα φάρμακα να μην παίρνουν υπακτικά ή φάρμακα με κάλυμμα που διαλύονται στο έντερο γιατί αυξάνουν το περισταλτισμό και μπορούν να προκαλέσουν πόνο και δυσφορία. Και πάντα όλα τα φάρμακα να δίνονται κατόπιν εντολής ιατρού.

8. Όσον αφορά το θέμα των ταξιδιών, ο κολοστομημένος μπορεί να ταξιδεύει αρκεί να έχει πάντα μαζί του το κουτί της φροντίδας του στομίου και να προσπαθούν να είναι συνεπείς στην ώρα της ατομικής του υγιεινής. Επίσης συμβουλεύεται να' χει μαζί του ένα αντιδιαρροϊκό φάρμακο επειδή λόγω αλλαγής κλίματος μπορεί να παρουσιαστεί ανεπιθύμητη διάρροια. Όσο για το νερό που κάνει την πλύση μπορεί να χρησιμοποιήσει πόσιμο νερό.

9. Εξηγείται στον ασθενή που κάνει σπορ, ότι μπορεί να εξακολουθήσει να αθλείται και να συμμετέχει σε σπορ μόνο που χρειάζεται προσοχή όταν συμμετέχει σε παιχνίδια επαφής, ή κάπως βίαια, όπως ποδόσφαιρο, ράγκμπι κ.ά.

10. Ένα πρόβλημα που συχνά παρουσιάζεται και οι ασθενείς ντρέπονται, ή δεν θέλουν να συζητήσουν είναι σχετικά με τη σεξουαλική δραστηριότητα. Οι κολοστομημένοι μπορεί να έχουν κανονική σεξουαλική ζωή και θα πρέπει να αποτρέπονται αν κρατούν

αρνητική στάση απέναντι στη σεξουαλικότητα, ενώ πριν είχαν φυσιολογική σεξουαλική ζωή. Σίγουρα βιώνεται διαταραχή σεξουαλικής λειτουργίας όμως πρέπει να καταλάβουν ότι η κατάσταση είναι παροδική και η διαταραχή αυτή στηρίζεται περισσότερο στο πεσμένο ηθικό τους.

11. Και το ερώτημα των νέων γυναικών είναι αν μπορούν να μείνουν έγκυες. Και βέβαια μπορούν κι από ψυχολογικής πλευράς παροτρύνεται για κάτι τέτοιο γιατί επαναφέρει πιο γρήγορα στο κοινωνικό περιβάλλον την ασθενή και αποδεικνύεται ότι είναι υγιής και ολοκληρωμένη, όπως πριν την κολοστομία. Βέβαια είναι απαραίτητη η προσεκτική παρακολούθηση επειδή το στόμιο αλλάζει μέγεθος καθώς προχωρεί η εγκυμοσύνη και μαζί με την μεταβολή στο σχήμα της κοιλίας μπορεί να απαιτήσει προσαρμογή στο χρησιμοποιούμενο υλικό.

12. Πολλοί ασθενείς αναρωτιούνται αν θα πρέπει να παίρνουν μια συγκεκριμένη θέση στον ύπνο. Δεν υπάρχει κανένας περιορισμός και θα πρέπει να έχουν ενημερωθεί οι ασθενείς και προτροπεί να παίρνουν διάφορες θέσεις στον ύπνο ήδη όσο βρίσκονται στο νοσοκομείο.

13. Γνωστοποιείται τέλος στον κολοστομικό να γνωρίζει τα σημεία και τα συμπτώματα απόφραξης του στομίου ή του εντέρου και να μην πανικοβληθεί αλλά να ειδοποιήσει τον γιατρό ή το θεραπευτή μόνο αν είναι απαραίτητο. Επίσης πληροφορείται ο ασθενής ότι πρέπει να επισκέπτεται τον ιατρό συχνά γιατί πολλές φορές επιβάλλεται η κατά

διαστήματα διαστολή του στομίου, με το δάκτυλο ή κυρίως προς αποφυγή συσφίξεώς του.

14. Ενθαρρύνεται ο ασθενής να έρχεται σε επαφή με άλλα κολοστομημένα άτομα, όπως τον αναγνωρισμένο από την πολιτεία Σωματείο των ομοιοπαθών (Όμιλος Κολοστομίας). Τακτικά Μέλος της Διεθνούς Εταιρείας Κολοστομίας International Ostomy Association), όπου μπορεί να συζητά τα προβλήματα, τις νέες τεχνικές, τα νέα υλικά κ.ά. (Μπεσμπέας, Μάχη και Ελπίδα, 1989). Φυσικά το σχέδιο διδασκαλίας δεν αφορά μόνο τον κολοστομικό, αλλά και την οικογένειά του και σ' αυτήν την περίπτωση η συμπεριφορά θα είναι ίδια, όπως ακριβώς και στον ασθενή. Σε υπερήλικες και μη ισορροπημένα συναισθηματικά ή διανοητικά άτομα την αλλαγή της «παρά φύσιν έδρας» διδάσκεται ο πλησιέστερος κατάλληλος για την εκτέλεση αυτής της νοσηλείας, συγγενής του ασθενή. Επίσης συμβουλεύονται τα μέλη της οικογένειας να μην κοινοποιήσουν σ' άλλα άτομα αν δεν το συζητήσουν πρώτα με τον κολοστομικό και τον φέρουν σε δύσκολη θέση.

Στόχος της αποκατάστασης είναι να πετύχει να δεχθεί η οικογένεια τον κολοστομικό σαν ίσο μέλος της και να τον καλωσορίσει στην θαλπωρή της, όπως και πριν. Η οικογένεια δεν θα πρέπει να ντρέπεται που έχει στην δύναμή της έναν κολοστομικό, αλλά να αισθάνεται περήφανη που ένα άτομο μπόρεσε και άντεξε μέχρι τώρα το βάρος - μιας απειλητικής νόσου για τη ζωή του αγαπημένου τους προσώπου.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Από την ανάπτυξη του θέματος απορρέει η πολυπλοκότητα της ασθένειας και τα προβλήματα που προκύπτουν απ' αυτήν. Προβλήματα όχι μόνο οργανικά αλλά και ψυχολογικά για τα οποία φροντίζει να τα επιλύσει η ομάδα υγείας.

Είναι γνωστό ότι ο καρκίνος γενικά σήμερα στην Ελλάδα αποτελεί το δεύτερο σε σπουδαιότητα ιατροκοινωνικό πρόβλημα αφού προηγηθούν οι καταστάσεις που προέρχονται από αρτηριοσκληρωτικές βλάβες των αγγείων. Χιλιάδες άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρκίνο σ' όλο τον κόσμο και σε μεγαλύτερο ακόμη ποσοστά ατόμων ο καρκίνος υποχρεώνει αλλαγή στην εμφάνιση, και στον τρόπο ζωής.

Οι ερευνητές του καρκίνου τα τελευταία χρόνια μας δίνουν πολλές ελπίδες, κάνοντας αληθινά μεγάλα βήματα προς την κατεύθυνση για τη διάλυση του μυστηρίου που καλύπτει την αιτιολογία του και τα προβλήματα της θεραπείας του (Donovan, 1976).

Δεν είναι αρκετό όμως ότι η επιστήμη σήμερα και η τεχνολογία συμβάλλουν στην παράταση της ζωής. Η επιτυχία έγκειται στο κατά πόσο το υγειονομικό προσωπικό είναι σε θέση, είναι κατάλληλα

προετοιμασμένο και εφοδιασμένο, για να κάνει τη ζωή αυτή πιο ανθρώπινη, πιο δημιουργική και παραγωγική.

Ειδικότερα στον τομέα της Νοσηλευτικής, η Νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με καρκίνο έχει ήδη γίνει ειδικότητα διεθνώς. Χωρίς αυτό να σημαίνει πως όλες οι χώρες έχουν αναπτύξει επίσημα προγράμματα ειδικεύσεως. Η ανάγκη της ειδίκευσης αυτής του νοσηλευτικού προσωπικού δημιουργήθηκε από το γεγονός ότι όλοι (επαγγελματίες υγείας, κοινωνία γενικά) αντιλαμβάνονται πως:

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

Ο καρκίνος, σα μια χρόνια και θανάσιμη αρρώστια που είναι, παρουσιάζει μια μοναδική πρόκληση στο σχεδιασμό εκπαιδευτικών προγραμμάτων, που αποσκοπούν στη σωστή θεραπεία και επανένταξη των καρκινοπαθών στην κοινωνία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αδαμόπουλος, Αδ. *ca παχέος εντέρου. Νοσοκομειακά Χρονικά*, 1988, 5 (3): σελ. 16-22.
2. Βλάχος Η.Λ., *Ακτινοδιαγνωστική του Γαστεντερικού Συστήματος*. Γ. Παρισσιάνου, Αθήνα, 1985
3. Βογιατζή Αικ., *Νοσηλευτικά Προβλήματα Καρκινοπαθών και η θέση της Αδελφής*. Πρακτικά Ε.Σ.Δ.Ν.Ε, Θεσ/νίκη 1988, 178-182.
4. Γίτσιος Κ. *Νοσολογία (εξέταση συστημάτων)*, Β έκδοση, Αθήνα, 1987.
5. Παυλοπούλου Μ. *Η θέση της αδελφής στην ακτινοθεραπεία*, Πρακτικά 14ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ε.Σ.Δ.Ν.Ε., Θεσ/νίκη 1987, σελ. 31-36.
6. Κορδιόλης Ν. *Καρκίνος του ορθού και του ορθοσιγμοειδούς*, 1973, 24 (1): σελ. 9-13
7. Κοσμίδης Π. και Τριανταφυλλίδης Γ., *Ογκολογία του πεπτικού συστήματος*, Βήτα, Αθήνα, 1991.
8. Κουτσογιαννακόπουλος Β., *Επιδημιολογία*, Ιωάννινα, 1984.
9. Κυπαρισσιάδης Π. *Μαθήματα ακτινοθεραπείας*, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, 1990.

- 10.Κυριακίδης Π. - Κωνσταντινίδου Σ. - Δημητρίου Ε. -Τζάλλα - Βεγκρή, Α. Ψυχολογικά προβλήματα καρκινοπαθών με ca μαστού και εντέρου, πρακτικά 5ου και 6ου Πανελλ. Συνεδρίου Ε.Σ.Δ.Ν.Δ., Αθήνα, 1980, 189-211.
- 11.Λεοντσάκου Β.Γ., Άμεσες επιπλοκές της χειρουργικής θεραπείας του παχέος εντέρου, Ιατρική, 1969, 15 (2): 143-151.
- 12.Μαλγαρινού, Μ., Κωνσταντινίδου, Χειρουργική - Παθολογική Νοσηλευτική. «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα, 1987.
- 13.Μπάλας Π. Χειρουργική, Πασχαλίδης, Αθήνα, 1987.
- 14.Μπαρμπούνη - Κωνσταντάκου. Ο ρόλος της Νοσηλευτικής Ογκολογίας στη Χημειοθεραπεία - Εκπαίδευση του αρρώστου και μέτρα προφύλαξης. Πρακτικά 14ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ε.Σ.Δ.Ν.Ε., Θεσ/νίκη, 1987, 200-206.
- 15.Μπεσμπέας Σ. Πρόληψη κι έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού. Αθήνα, 1989, 25 (2): 229-241.
- 16.Μπεσμπέας Σ. Φροντίδα Κολοστομίας κι αποκατάσταση. Μάχη κι Ελπίδα, 1989, 28: 14-18.
- 17.Μάντακα - Τριφύλλη Μ., Καρκίνος κι διατροφή. Μάχη κι Ελπίδα, 1989, 28: 12-13.
- 18.Ξανθάκης Δ., Καρκίνος του ορθού κι του ορθοσιγμοειδούς. Ιατρική, 1973, 24 (1): 31-36.

- 19.Σαχίνη - Καρδάση Α. Πάνου, Μ. Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική. Βήτα, Αθήνα, 1985.
- 20.Στεφανής, Αποκατάσταση αρρώστου με καρκίνο παχέος εντέρου, Αθήνα, 1981.
- 21.Τούντας Ι., Χειρουργική. Παρισιάνος, Αθήνα, 1973.
- 22.Χατζημηνάς Ι. Επίτομος Φυσιολογία, Αθήνα, 1986.
- 23.Cancer facts and Figures. New York. American cancer society, inc, 1977
- 24.Luckmann J., Sorensen K. Medical - Surgical Nursing Aphychophysiologic Approach, 2 hn, Ed. WB Saunders, co., London, 1980
- 25.Donovan M.K and S.G. pierce. Cancer care Nursing New York: Appleton - Century - Grofts, 1976
- 26.Barringer P.L. Dockerty M.B., Waugh J.M. and Bargen, J.A. Carcinoma of the large intestine: A new approach to the study of venus spread. Surg Gynec obct, 1954, 98:62.
- 27.Madison M.S., Dockerty M.B. an Waugh J.m. Venus invasion in Caicinoma of the rectum as evidenced by venous radiography. Surg. Gyn. Obst. 1954, 99:170
- 28.Sunderland D.A. Carcinoma of the rectum cancer, 1950, 2:429.

29. White ley H.W. J.R., Stearns M.W. j.r. Leaming R.M and Deddish M.R. paliative radiation therapy in patients with cancer of thw colon and rectum. *Cancer*, 1970, 25:343.
30. Dwight R.W., Higgins G.A. Roswit B., Leveen H.H. and Leehn R.J. Preoperative radiation and surgery fir cancer of the sigmoid colon and rectum. *Amer. J. Surg*, 1972, 123:93.
31. Gabriel W.B. The principles and practive of rectal surgery sth. Ed. London, Lewis, 1963.
32. Weiburger J.H. colon Carcinogens, their metabolism and mode of action, *Cancer*, 1971, 28:60.
33. Dukes c.E. Histological grading of the colon and rectal cancer. *Proc. Roy, Soc. Med.*, 1963, 30:371
34. Manson H. Burkitt malignancy in inflammatory diseases of thw large intestine, *Cancer*, 1977, 28:41.