

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πτυχιακή εργασία με θέμα:
Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενή με καρκίνο του
παχέος εντέρου -
Κολοστομία



Σπουδάστρια:
Κωστέλλη Γαβριέλλα



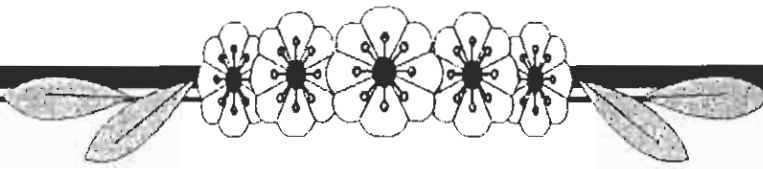
Εισηγήτρια:
Φιδάνη Αιζατερίνη



ΠΑΤΡΑ ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2000

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

3393



Αφιερωμένη στους γονείς μου

Γιώργο- Αικατερίνη,

και στην αδερφή μου

Δήμητρα

Ευχαριστίες

Όταν το Σεπτέμβρη του '95 στάθηκα μπροστά στο πίνακα ανακοινώσεων του 2^{ου} Γενικού Λυκείου Μυτιλήνης και είδα ότι είχα πετύχει στη Νοσηλευτική του ΤΕΙ Πατρών με κυρίεψε η απογοήτευση. Το επάγγελμα της Νοσηλευτικής (γιατί τότε για μένα αποτελούσε ένα κοινό επάγγελμα) μου ήταν τελείως άγνωστο. Από την άλλη η Πάτρα ήταν πολύ μακριά. Πολύ ξένη.

Στα τέσσερα χρόνια της φοίτησης μου, ανακάλυψα ότι η Νοσηλευτική είναι «Τέχνη και Επιστήμη» μαζί. Διέπεται από αρχές σημαντικές και απαράβατες. Θέλω να ευχαριστήσω την Καθηγήτρια μου, Φιδάνη Αικατερίνη, που κατάφερε να μου εμφυσήσει την εικόνα της Νοσηλευτικής, που στέκεται δίπλα στην Ιατρική Επιστήμη, και όχι υπό αυτής. Της Νοσηλευτικής που συνεχώς διαμορφώνεται και εξελίσσεται με γοργούς ρυθμούς. Που αποτελεί, ίσως την πιο πολυδιάστατη επιστήμη, που υπάρχει. Με τις γνώσεις, την παιδεία και την σταθερή προσωπικότητα της, αποτέλεσε σημαντικό πρόσωπο, κατά την διάρκεια της φοίτησης μου.

Ένα «ευχαριστώ» δεν μπορεί να περικλείσει την ευγνωμοσύνη που νιώθω για την οικογένεια μου. Μπορεί τα χιλιόμετρα να ήταν αρκετά σε κάθε, όμως εξεταστική, σε κάθε μικρή ή μεγάλη επιτυχία, σε κάθε δύσκολη στιγμή, ήταν δίπλα μου. Με τη συνεχή ηθική, ψυχική και ψυχολογική συμπαράσταση της οικογένειας μου, οι αποστάσεις κατάφερναν να μηδενιστούν. Δεν το αρνιέμαι, ότι ως εδώ που έφτασα, το οφείλω στους γονείς μου και την αδερφή μου. Ένα «ευχαριστώ», λοιπόν είναι λίγο.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω όλους εκείνους που προσέφεραν ο καθένας με τον τρόπο του στη γνώση της Νοσηλευτικής Επιστήμης.

Ειδικές ευχαριστίες

Θερμά ευχαριστώ τον κ. Μάζη Ανδρέα, χειρουργό του Γ.Π.Ν.Π. «Άγιος Ανδρέας» ειδικού στον καρκίνο του παχέος εντέρου, για την αμέριστη συμπαράσταση και βοήθεια του. Μεγάλο μέρος αυτής της εργασίας, οφείλεται στο προσωπικό ενδιαφέρον και τον πολύτιμο χρόνο του.

Πίνακας Περιεχομένων

<i>Ευχαριστίες</i>	2
<i>Πίνακας Περιεχομένων</i>	3
<i>Πρόλογος</i>	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄	8
- Ανατομία του πεπτικού συστήματος	8
- Ανατομία του παχέος εντέρου.....	9
- Επιμέρους τμήματα του παχέος εντέρου	10
- Αγγείωση του παχέος εντέρου και νεύρωση.	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄	14
- Φυσιολογία του παχέος εντέρου.....	14
- Κινητικότητα και εκκρίσεις του παχέος εντέρου	15
- Μικροβιακή χλωρίδα του παχέος εντέρου.....	15
- Αφόδευση	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄	18
Καρκίνος του παχέος εντέρου	18
- Επιδημιολογία.....	19
- Ηλικία και φύλο.....	19
-Αιτιολογία της νόσου.....	19
- Γενετική των όγκων του παχέος εντέρου	21
- Παθολογική ανατομική.....	22
-Ταξινόμηση της νόσου.....	23
- Κλινική εικόνα- Συμπτωματολογία.....	24
- Διάγνωση- Διαγνωστικές Μέθοδοι	25
- Επιπλοκές της νόσου.....	27
- Θεραπεία	28
- Πρόγνωση.....	29
- Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση με το Haemoccult	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄	32
Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με C.A. παχέος εντέρου.....	32
A. Προεγχειρητική ετοιμασία.....	33
-Ψυχολογική Προετοιμασία	33

- Φυσική προετοιμασία	33
- Ειδικές εξετάσεις	34
- Προετοιμασία εγχειρητικού πεδίου	34
- Άμεση προεγχειρητική ετοιμασία	35
Β. Μετεγχειρητική Φροντίδα	35
Γ. Μετεγχειρητικές Δυσχέρειες	36
Δ. Μετεγχειρητικές επιπλοκές	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄	42
Α. Κολοστομία	42
- Ορισμός	42
- Λειτουργία της κολοστομίας	42
- Τύποι Κολοστομιών	43
Β. Ειδική Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς με κολοστομία	46
Α. Αλλαγή σάκκου και φροντίδα στομίου	47
Β. Περιποίηση και πλύση κολοστομίας	49
Γ. Προβλήματα ασθενούς με κολοστομία και αντιμετώπιση τους	51
Δ. Επιπλοκές της κολοστομίας	54
Ε. Έξοδος του ασθενούς από το νοσοκομείο – Σχέδιο διδασκαλίας .	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ΄	59
Μέθοδος νοσηλευτικής διεργασίας σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου	59
1 ^η Κλινική Περίπτωση	59
2 ^η Κλινική περίπτωση	69
Επίλογος	77
Βιβλιογραφία	78

Πρόλογος

Αρχίζοντας την πτυχιακή μου εργασία, θα ήθελα πρώτα-πρώτα να αναφερθώ στους λόγους που με ώθησαν να διαλέξω συγκεκριμένα αυτό το θέμα, ανάμεσα σε τόσα άλλα. Αρχικά ο καρκίνος είναι μία ασθένεια που μαστίζει κυριολεκτικά τον άνθρωπο , εδώ και αρκετά χρόνια και θεωρείται η δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου στην Ελλάδα, μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Επομένως χιλιάδες άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρκίνο, και σε μεγαλύτερο αριθμό ατόμων, ο καρκίνος υποχρεώνει αλλαγή στον τρόπο της ζωής τους.

Πιστεύοντας λοιπόν ότι ο καρκινοπαθής είναι ο ασθενής , που περισσότερο από οποιονδήποτε άλλον έχει την ανάγκη της νοσηλευτικής υποστήριξης και συμπαράστασης. Αυτός ειδικά ο ασθενής γεμάτος κατάθλιψη και απελπισία έχει εναποθέσει τις ελπίδες του στο Θεό και χρειάζεται στο πλευρό του μία νοσηλεύτρια, που θα χρησιμοποιεί όλες τις γνώσεις και τις δεξιότητές της για να τον νοσηλεύσει και να του ανυψώνει το ηθικό. Ο καρκινοπαθής ζει σε μια διαρκή αγωνία και ανασφάλεια , από την πρώτη στιγμή της διαγνώσεως της ασθένειάς του, μέχρι την τελευταία στιγμή που δεν γνωρίζει αν θα ζήσει ή όχι.

Έχοντας συγκεντρώσει έτσι το ενδιαφέρον μου γύρω από τον καρκίνο , διάλεξα ένα συγκεκριμένο τμήμα εντόπισης αυτού , το παχύ έντερο , για τον ιδιαίτερο λόγο , ότι υπάρχουν πιθανότητες ίασης, αφήνοντας όμως μία μόνιμη αναπηρία στον άνθρωπο , με την οποία καλείται να ζήσει όλη την υπόλοιπη ζωή του. Πρόκειται για την «παρά φύσιν έδρα» με την οποία ζουν αρκετά άτομα κοιτάζοντας πια το μέλλον.

Σκοπός της εργασίας που ακολουθεί είναι , να δώσει μια μικρή γενική εικόνα του θέματος «καρκίνος παχέος εντέρου» και να επικεντρώσω το ενδιαφέρον του αναγνώστη στο ειδικό μέρος αυτής, που είναι η νοσηλευτική φροντίδα του καρκινοπαθούς με καρκίνο παχέος εντέρου. Στο σημείο αυτό αναφέρονται δύο περιπτώσεις τέτοιων ασθενών που νοσηλεύτηκαν , χειρουργήθηκαν και τελικά , υγιής πλέον αποχώρησαν από το νοσοκομείο. Αναφέρονται μια σειρά από προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής και τον τρόπο αντιμετώπισης από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Ελπίζω με την ολοκλήρωση της εργασίας ο σκοπός αυτός να επιτευχθεί και να γίνει κτήμα όλων ότι η κολοστομία δεν είναι αρρώστια.



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

Ανατομία του πεπτικού συστήματος

Ανατομία του παχέος εντέρου

Επιμέρους τμήματα του παχέος εντέρου

Αγγείωση του παχέος εντέρου και νεύρωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

Ανατομία του πεπτικού συστήματος

Τα όργανα του πεπτικού συστήματος ανήκουν στα σπλάχνα, τα οποία διακρίνονται σε κοίλα και συμπαγή. Κοίλα ονομάζονται τα σπλάχνα, που αποτελούνται από ένα μικροσκοπικό τοίχωμα, που περικλείει μια μακροσκοπική κοιλότητα. Συμπαγή λέγονται τα σπλάχνα, όταν δεν έχουν καμία προφανή κοιλότητα.

Τα μέρη του πεπτικού συστήματος είναι:

- A. Το στόμα, όπου γίνεται η μηχανική και χημική προπαρασκευή της τροφής.
 - B. Ο φάρυγγας.
 - Γ. Ο οισοφάγος, δια μέσου του οποίου γίνεται η μεταφορά της μασημένης τροφής από το στόμα στον στομάχο.
 - Δ. Ο Στομάχος, όπου γίνεται η φυσιολογική επεξεργασία της τροφής και προωθείται στο λεπτό έντερο.
 - Ε. Το λεπτό έντερο, όπου πραγματοποιείται η χημική πέψη της τροφής και η απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών. Η τροφή προωθείται στο παχύ έντερο.
 - Στ. Το παχύ έντερο, στο οποίο πραγματοποιείται η καταστροφή των άπεπτων ουσιών, ο σχηματισμός και η αποβολή των άχρηστων ουσιών. Η αφόδευση γίνεται στο απευθυσμένο.
-

Ανατομία του παχέος εντέρου

- Εξωτερικά γνωρίσματα

Το παχύ έντερο είναι το τελικό τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα και εκτείνεται από το τυφλό ως το πρωκτό. Στον ζώντα οργανισμό έχει μήκος 1- 1,5 μέτρο. Τα κυριότερα μέρη του είναι:

A. Το τυφλό με την σκωληκοειδή απόφυση

B. Το κόλο με 4 μέρη: το ανιόν, το εγκάρσιο, το κατιόν και το σιγμοειδές κόλο.

Γ. Το ορθό ή απευθυσμένο ¹

- Εσωτερικά γνωρίσματα

Το παχύ έντερο διακρίνεται εύκολα από το λεπτό, χάρη στην ύπαρξη εκκολπωμάτων, των κολικών ταινιών και των επιπλοκών αποφύσεων.

Τα **εκκολπώματα** είναι σακκοειδή ανευρύσματα του τοιχώματος του παχέος εντέρου και χωρίζονται μεταξύ τους με κυκλοτερείς περισφίξεις. Οι κυκλοτερείς περισφίξεις αντιστοιχούν προς τις **μηνοειδείς πτυχές**, που υπάρχουν στο εξωτερικό του παχέος εντέρου, ενώ τα εκκολπώματα αντιστοιχούν προς τις **κολικές κυψέλες** ²

Οι **κολικές ταινίες** είναι τρεις και σχηματίζονται από παχύνσεις της επιμήκους μυϊκής στοιβάδας. Αρχίζουν από την βάση της σκωληκοειδούς απόφυσης, διατρέχουν όλο σχεδόν το κόλο, γίνονται δύο στην τελική μοίρα του σιγμοειδούς και εξαφανίζονται στο ορθό. Διακρίνουμε την **ελεύθερη ταινία**, που στρέφεται προς την περιτοναϊκή κοιλότητα, την **επιπλοκή ταινία**, που συμφύεται προς το επίπλου και την **μεσοκολική ταινία**, που συμφύεται προς το μεσόκολο. Οι **επιπλοϊκές αποφύσεις** είναι λιπώδεις προεκβολές του περιτοναίου κατά μήκος της ελεύθερης και επιπλοϊκής ταινίας. Δεν υπάρχουν στο τυφλό. ²

- Επιμέρους τμήματα του παχέος εντέρου

α. Το τυφλό και η σκωληκοειδής απόφυση.

Το τυφλό είναι η πρώτη μοίρα του παχέος εντέρου. Αρχίζει τυφλά και τελειώνει στο ύψος της ειλεοκολικής βαλβίδας. Το τυφλό συνήθως περιβάλλεται από περιτόναιο και κρέμεται από μια περιτοναϊκή πτυχή, που λέγεται μεσότυφλο.

Στο τυφλό εισφύεται ο ειλεός και σχηματίζεται η ειλεοκολική βαλβίδα. Στη θέση αυτή το τοίχωμα του τυφλού πτυχαίνεται προς τα μέσα και το στόμιο της εμφανίζεται σαν σχισμή μπροστά από την μεσοκολική ταινία.

Η σκωληκοειδής απόφυση βρίσκεται περίπου 2 εκ. κάτω από το στόμιο της ειλεοκολικής βαλβίδας και έχει μήκος 2- 300 εκ. Περιβάλλεται από περιτοναίο και κρέμεται με μια περιτοναϊκή πτυχή, που λέγεται μεσεντερίδιο.¹

Β. Το κόλο

Αρχίζει από το ύψος της ειλεοκολικής βαλβίδας, φτάνει μέχρι το ύψος του 3^{ου} ιερού σπονδύλου, όπου μεταπίπτει στο απευθυσμένο. Διακρίνουμε:

1. **Το ανιόν κόλο.** Καλύπτεται κατά $\frac{3}{4}$ με περιτόναιο, ενώ προς τα πίσω προσφύεται στα όργανα που υπάρχουν εκεί, με χαλαρό συνδετικό ιστό. Το ανιόν κόλο ανέρχεται ως την κάτω επιφάνεια του δεξιού λοβού του ήπατος, όπου και στρέφεται προς τα μπρος και αριστερά. Σχηματίζεται έτσι η δεξιά (ηπατική) κολική καμπή που είναι το όριο μεταξύ ανιόντος και εγκάρσιου κόλου³.
2. **Το εγκάρσιο κόλο.** Περιβάλλεται ολόκληρο από το περιτοναίο και κρέμεται από μια πλατιά πτυχή, που λέγεται εγκάρσιο μεσόκολο. Το εγκάρσιο κόλο συνδέεται προς το μείζον τόξο του στομάχου με το γαστροκολικό σύνδεσμο. Φέρεται από το δεξιό υποχόνδριο προς τον

αριστερό, όπου στρέφεται προς τα πίσω και πάνω, φτάνει μέχρι το κάτω άκρο του σπλήνα και στρέφεται απότομα προς τα κάτω. Σχηματίζεται έτσι η **αριστερή (σπληνική) κολική καμπή**, από όπου αρχίζει και το κατιόν κόλο.

3. **Το κατιόν κόλο.** Καλύπτεται από περιτοναίο μόνο κατά το ήμισυ και κατέρχεται ως τον αριστερό λαγόνιο βόθρο. Στο σημείο αυτό κάμπτεται προς τα δεξιά, όπου και μεταπίπτει στο σιγμοειδές κόλο.
4. **Το σιγμοειδές κόλο.** Αρχίζει από το άνω στόμιο της πυέλου και φτάνει μπροστά από τον 3^ο ιερό σπόνδυλο. Είναι το πιο ευκίνητο τμήμα του παχέος εντέρου, διότι κρέμεται από μια παχιά πτυχή του περιτοναίου που λέγεται **μεσοσιγμοειδές**.¹

Γ. Ορθό ή απευθυσμένο

Βρίσκεται μέσα στην πυέλο. Προς τα κάτω διευρύνεται και σχηματίζει την **κοπροδόχο λήκυθο**. Δεν παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά του υπόλοιπου παχέος εντέρου. Στο κάτω μέρος της κοπροδόχου ληκύθου ο βλεννογόνος εμφανίζει 8- 10 επιμήκεις πτυχές, τους **πρωκτικούς στόλους**, που αφορίζουν ανάμεσα τους, τους **πρωκτικούς κόλπους**.

Στην τελική μοίρα του ορθού ή κυκλωτερής μυϊκή στοιβάδα παχύνεται και σχηματίζει τον έσω σφικτήρα του πρωκτού. Σχηματίζεται έτσι ένα κυκλωτερές έπαρμα του βλεννογόνου, που λέγεται **αιμορροϊδικός δακτύλιος**.²

- Αγγείωση του παχέος εντέρου και νεύρωση.

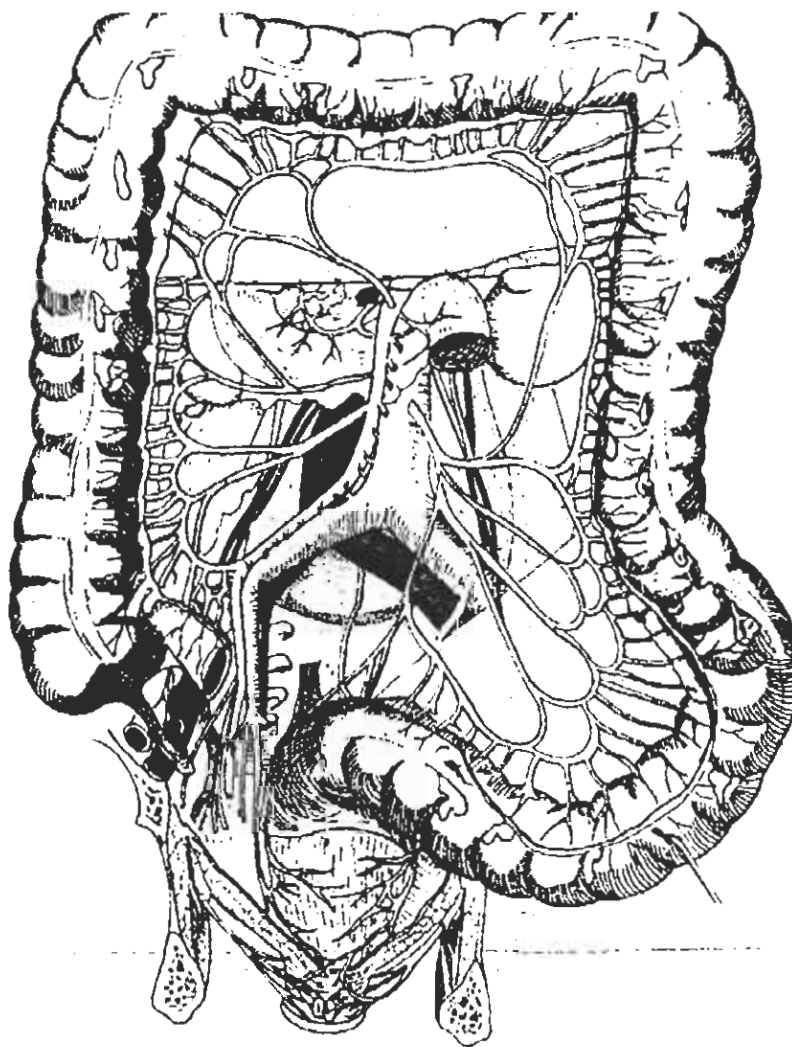
Το παχύ έντερο μέχρι και το 2^ο τριτημόριο του εγκάρσιου κόλου αρδεύονται από την άνω μεσεντέρια αρτηρία. Το υπόλοιπο παχύ έντερο μέχρι τον αιμορροϊδικό δακτύλιο αρδεύεται από την κάτω μεσεντέρια αρτηρία. Οι διακλαδώσεις των αρτηριών αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν αρτηριακά τόξα, από τα οποία ξεκινούν τα ευθεία αγγεία, που φτάνουν στο έντερο.

Το αίμα από το παχύ έντερο συγκεντρώνεται στις αντίστοιχες φλέβες, που εκβάλλουν στην άνω μεσεντέρια και την σπληνική φλέβα.

Όσο αφορά την νεύρωση του παχέος εντέρου, καθώς και όλου του γαστρεντερικού συστήματος, είναι διττή:

A. Εξωγενής, από το συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό σύστημα, και

B. Ενδογενής, από τα νευρικά κύτταρα που σχηματίζουν πλέγματα και βρίσκονται μέσα στο τοίχωμα του γαστρεντερικού σωλήνα.¹



Ανατομία παχέος εντέρου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄

Φυσιολογία του Παχέος εντέρου

Κινητικότητα του παχέος εντέρου

Μικροβιακή χλωρίδα του παχέος εντέρου

Αφώδευση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄

Φυσιολογία του παχέος εντέρου

Κύρια λειτουργία του παχέος εντέρου είναι η συνέχιση της απορρόφησης νερού και ηλεκτρολυτών που άρχισε στα ανώτερα τμήματα του γαστρεντερικού σωλήνα, κυρίως στη νήστιδα και τον ειλεό.

Η μέση ημερήσια πρόσληψη νερού είναι 1,5 l. Επιπλέον, καθημερινώς εισέρχονται στον γαστρεντερικό σωλήνα 6 l νερού ως σίελος, χολή γαστρικό υγρό, παγκρεατικά και εντερικά υγρά. Με τα κόπρανα απεκκρίνονται μόνο 0,1 l. Επομένως, το ίδιο χρονικό διάστημα πρέπει να απορροφώνται από το έντερο 7,1 l νερό.¹

Το νερό διαπερνά το εντερικό τοίχωμα με ώσμωση. Όταν απορροφώνται σωματίδια που δρουν ωσμωτιδά (π.χ. Na^+ , Cl^-) αμέσως ακολουθούνται από νερό. Αντίστροφα, όταν απεκκρίνονται ουσίες, στον εντερικό αυλό, εξέρχεται και νερό.

Η πρόσληψη νερού από το έντερο επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από το Na^+ και το Cl^- . Το Na^+ απορροφάται με διάφορους μηχανισμούς.

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα κόπρανα δεν περιέχουν σχεδόν καθόλου Na^+ , ενώ το 1/3 τα Ca^{++} , που προσλαμβάνεται αποβάλλεται με αυτά. Το K^+ βρίσκεται στα κόπρανα σε μεγάλες συγκεντρώσεις. Η απορρόφηση η Mg^{++} από το έντερο είναι παρόμοια με αυτή του Ca^{++} . Ο Fe^{+++} απορροφάται με ειδικό μηχανισμό.

Πιστεύεται, τέλος, ότι στο παχύ έντερο απορροφώνται βιταμίνες, μερικές από τις οποίες συντίθενται από τα μικρόβια του.⁵

- Κινητικότητα και εκκρίσεις του παχέος εντέρου

Κανονικά η ειλεοκολική βαλβίδα είναι κλειστή. Με την είσοδο, όμως τροφής στο στόμα ανοίγει, επιτρέποντας στο λεπτό έντερο να εκκενώσει το περιεχόμενο του στο παχύ. (γαστροειλεϊκό αντανακλαστικό). Στο παχύ έντερο διακρίνονται κινήσεις ανάμιξης, όπως οι δακτυλιοειδής συσπάσεις και οι σακοειδής διευρύνσεις κατά μήκος του εντέρου. Παρατηρούνται, επίσης, μαζικές κινήσεις, ισχυρά περισταλτικά κύματα, που επαναλαμβάνονται σε όλη την διάρκεια της ημέρας. Φυσιολογικά, για να προωθηθεί το περιεχόμενο του παχέος εντέρου προς το ορθό χρειάζονται 3-4 τέτοιες κινήσεις, οι οποίες δεν έχουν, όμως άμεση σχέση με την αφόδευση.

Στο παχύ έντερο ΔΕΝ εκκρίνονται ένζυμα και δεν υπάρχει ορμονική ή νευρική παρέμβαση στην εκκριτική του λειτουργία..⁶

- Μικροβιακή χλωρίδα του παχέος εντέρου

Το εντερικό περιεχόμενο μέχρι και τη νήστιδα περιέχει ελάχιστα ή και καθόλου βακτήρια. Αυτό πιθανότατα να οφείλεται στην δράση του HCl στο στομάχι και στην γρήγορη διέλευση του περιεχομένου από τη νηστίδα.

Ο κύριος όγκος των βακτηρίων υπάρχει στο παχύ έντερο. Τα βακτήρια αυτά είναι βάκιλλοι (*escherichia coli*), κόκκοι διαφόρων τύπων, αλλά και μικροοργανισμοί, όπως ο βάκιλλος της αεριογόνου γαγγραίνης.

Τα βακτήρια του παχέος εντέρου είναι γενικώς χρήσιμα, παρ' ότι μερικά από αυτά μπορούν να αποβούν παθογόνα. Μεγάλες ποσότητες αυτών αποβάλλονται με τα κόπρανα. Το καφέ χρώμα των κοπράνων οφείλεται σε χρωστικές, που σχηματίζονται από τις χολοχρωστικές με τη δράση των βακτηρίων.

- Αφόδευση

Όταν η ανώτερη μοίρα του ορθού διαταθεί από το περιεχόμενο της, ερεθίζονται πιεσουποδοχείς, που διεγείρουν ένα αίσθημα έπειξης για αφόδευση. Η αφόδευση προκαλείται εκούσια (στις περισσότερες περιπτώσεις):

Συσπάται η επιμήκης μυϊκή στοιβάδα του ορθού, ενώ οι σφικτήρες του δακτυλίου, ο έσω (ακούσια) και ο έξω (εκούσια), καθώς και οι ορθοπληκοί μύες χαλαρώνουν, οπότε μειώνεται το μήκος του ορθού και το περιεχόμενο του αποβάλλεται με δακτυλοειδείς συσπάσεις, που υποβοηθούνται από την αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης.

Η συχνότητα της αφόδευσης, ποικίλλει πολύ, από 3 φορές την ημέρα μέχρι 3 φορές την εβδομάδα και εξαρτάται από τον όγκο της τροφής, κυρίως από την κυτταρίνη.⁷



ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄

Φυσιολογία του Παχέος εντέρου

Επιδημιολογία

Ηλικία και φύλο

Αιτιολογία της νόσου

Γενετική των όγκων του παχέος εντέρου

Παθολογική ανατομική

Ταξινόμηση της νόσου

Κλινική εικόνα- Συμπτωματολογία

Διάγνωση- Διαγνωστικές Μέθοδοι

Επιπλοκές της νόσου

Θεραπεία

Πρόγνωση

Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση με το
Haemoccult

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄

Καρκίνος του παχέος εντέρου

- Η κατανόηση του καρκίνου

Καρκίνος είναι ο γενικός όρος που περιγράφει την ανώμαλη ανάπτυξη των κυττάρων.

Ο οργανισμός μας αποτελείται από 23 ζεύγη χρωμοσωμάτων. Ανάμεσα σε κάθε ζεύγος τυλίγεται η διπλή έλικα του DNA, που αποτελεί το γενετικό κώδικα της ζωής. Τα χρωμοσώματα περιέχουν εκατομμύρια μηνύματα, που υπαγορεύουν στον οργανισμό πώς θα αναπτυχθεί και πώς θα λειτουργήσει. Από την στιγμή που τα χρωματοσώματα αυτο-αναπαράγονται, υπάρχουν πολλές ευκαιρίες να δημιουργηθεί κάποιο λάθος.

Ο καρκίνος ξεκινά από ένα μη φυσιολογικό κύτταρο. Στην συνέχεια διαιρείται σε δυο μη φυσιολογικά κύτταρα, τα οποία γίνονται τέσσερα κ.λ.π. Τα κύτταρα αυτά διαιρούνται με διάφορες ταχύτητες, που ονομάζονται χρόνοι διπλασιασμού. Μπορεί να χρειαστούν μία ή δυο εβδομάδες να αναπτυχθούν οι καρκίνοι ή μπορεί και έξι μήνες. Επομένως, είναι δυνατό να υπάρξει μια «αθόρυβη» ή ασυμπτωματική» περίοδος μετά την έναρξη της ανάπτυξης του καρκίνου, κατά την οποία δεν φαίνεται κάποιο ογκίδιο.

Πρέπει να αναφερθεί ότι οι όγκοι δεν είναι πάντα κακοήθεις. Οι καλοήθεις εμφανίζονται στο δέρμα. Οι όγκοι αυτοί αφαιρούνται, παραμένουν ως έχουν ή θεραπεύονται. Οι κακοήθεις όγκοι, έχουν δυο κύρια χαρακτηριστικά. Δεν έχουν «τοίχωμα» ή καθορισμένα όρια. Ριζώνουν και προσβάλλουν τους γύρω ιστούς. Και έχουν την ικανότητα να διασπείρονται σε άλλα σημεία του σώματος. Η διασπορά του καρκίνου ονομάζεται μετάσταση.

Όσον αφορά τώρα το καρκίνο του παχέος εντέρου, η βαρύτητα του οφείλεται στην συχνά πολύ καθυστερημένη διάγνωση του. Ακόμα, εκτός από την σημαντική μείωση της εγχειρητικής θνησιμότητας, ουδεμία σχεδόν βελτίωση δεν σημειώθηκε αναφορικά με την πενταετή επιβίωση. Επομένως, πρέπει προς την κατεύθυνση της πρόληψης αυτού του καρκίνου να στραφεί αποκλειστικά η έρευνα, με την διαπίστωση των προκαρκινωματοδών καταστάσεων.⁸

- Επιδημιολογία

Η συχνότητα του παχέος εντέρου εξελίσσεται αυξανόμενη κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Στις ΗΠΑ είναι η δεύτερη αιτία θανάτου μετά από τον καρκίνο του πνεύμονα. Το 1998 εμφανίσθηκαν 302.000 νέες περιπτώσεις που αναμένεται να προκαλέσουν 121.600 θανάτους. Η ετήσια επίπτωση στη Γαλλία πλησιάζει 39.000 νέες περιπτώσεις κατά έτος με 18.000 ετήσιους θανάτους αποδιδόμενους στη νόσο. Τα στοιχεία αυτά είναι συγκρίσιμα με πολλών χωρών ειδικών αγγλοσαξονικών.

- Ηλικία και φύλο

Η επίπτωση του καρκίνου του παχέος εντέρου αυξάνει μεταξύ 40 και 45 χρονών, και , συνεχίζοντας να αυξάνει διπλασιάζεται κάθε επόμενη 10ετία, για να φτάσει στο μέγιστο στα 75 χρόνια της ηλικίας.

Η σχέση ανδρών- γυναικών είναι ανώτερη από 1, αλλά υπάρχουν γεωγραφικές παραλλαγές αυτής. Σε ορισμένες χώρες η σχέση αυτή είναι αντίθετη, όπως Φιλανδία, Κάτω Χώρες, Καναδάς, Χιλή, Βενεζουέλα.⁹

- Αιτιολογία της νόσου

Α. Διαιτολόγιο. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν τεκμηριώσει την σχέση μεταξύ της θνητότητας από καρκίνο του παχέος εντέρου και της κατανάλωσης θερμίδων, πρωτεϊνών που προέρχονται από το κρέας, διαιτητικού λίπους και ελαίου, καθώς επίσης και αύξησης των συγκεντρώσεων χοληστερόλης στον ορό. Επομένως, ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος στις υψηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις, όπου παρατηρείται αυξημένη κατανάλωση ζωικού λίπους.

Αντίθετα, τα πλούσια σε φυτικές ίνες διαιτολόγια έχουν συνδεθεί με τον μειωμένο κίνδυνο καρκίνου. Τα δεδομένα αυτά στηρίζονται στη χαμηλή επίπτωση του κολικού καρκίνου στην Αφρική, όπου η διατροφή περιλαμβάνει περισσότερες φυτικές ίνες και λιγότερο ραφιναρισμένους υδατάνθρακες. Η θεωρία που προτάθηκε υποστηρίζει ότι το πλούσιο σε

φυτικές ίνες διαιτολόγιο, αυξάνει την ταχύτητα διόδου του εντερικού περιεχομένου και έτσι ο χρόνος επαφής δυνητικών καρκινογόνων-βλεννογόνου είναι μειωμένος.

Τα τελευταία χρόνια έχει μελετηθεί και ο ρόλος της βακτηριακής χλωρίδας. Η εκατοστιαία αναλογία των αναερόβιων βακτηριδίων είναι αυξημένη στα κόπρανα των κατοίκων χωρών με υψηλό κίνδυνο. Πολυαριθμότερα κλωστρίδια και βακτηριοειδή σημειώθηκαν με μείωση των γαλακτονβακίλλων. Στη μελέτη των αντικαρκινογόνων, ορισμένες ουσίες, ιδιαίτερα οι αντιοξειωτικές, μπορούν να αναστείλουν την καρκινογένεση όπως το σελήνιο, η βιταμίνη C. Ένα ένζυμο μικροσωματικό, το βενζοπυρένιο – υδροξυλάση, εντοπισμένο στο λεπτό έντερο, αναστέλλει ένα ισχυρό κυκλικό καρκινογόνο, το βενζοπυρένιο. Τροφές που μπορούν να αυξήσουν την δράση του ενζύμου αυτού, είναι τα λάχανα Βρυξελλών. Τέλος, θεωρείται ότι το ασβέστιο των τροφών, μπορεί να αδρανοποιήσει τα εντερικά καρκινογόνα με το σχηματισμό αδιάλυτων σαπώνων.¹⁰

Β. Κληρονομικοί παράγοντες και σύνδρομα. Το 30% των ασθενών μπορεί να έχουν θετικό οικογενειακό ιστορικό για τη νόσο, γεγονός που υποδηλώνει την ύπαρξη κληρονομικής προδιάθεσης. Οι κληρονομούμενες αυτές μορφές καρκίνου είναι τα παρακάτω σύνδρομα:

Α. Η διάχυτη οικογενής ορθοκολική πολυποδιάση, η μετάδοση της οποίας γίνεται κατά τον επικρατούντα αυτοσωματικό χαρακτήρα με διεισδυτικότητα της τάξεως του 80%. Το σύνολο σχεδόν των πασχόντων θα αναπτύξουν κολικό καρκίνο, αν το λιγότερο δεν προηγηθεί ολική κολεκτομή.

Β. Το σύνδρομο Gardner, που επίσης μεταδίδεται κατά τον επικρατούντα αυτοσωματικό χαρακτήρα με σημαντική διεισδυτικότητα. Το σύνδρομο αυτό περιλαμβάνει εκτός από τους αδενωματώδεις πολύποδες, όγκους του συνδετικού ιστού, μαλακών μορίων και οστών.

Γ. Το σύνδρομο Peutz-Jeghers, που όμως διαχωρίζεται. Συνυπάρχει με καρκίνο του παχέος εντέρου, αλλά και του δωδεκαδάκτυλου, του ειλεού και του στομάχου. Ο κίνδυνος καρκινογένεσης ανέρχεται σε 5%.

Δ. Η νεανική πολυποδιάση, όπου ο καρκίνος δεν είναι μεγαλύτερος του μέσου όρου. Η ιστολογική υφή της νεανικής πολυποδιάσης δεν αντιστοιχεί στον αδενωματώδη πολύποδα, αλλά σε μια κυστική αδενική διάταξη συνοδευόμενη με φλεγμονώδη αντίδραση.

Γ) Φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου. Η εκλοαιμορραγική ορθοκολίτιδα αυξάνει κατά 5 έως 10 φορές τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου. Ο κίνδυνος αυτός είναι διπλάσιος, όταν η νόσος έχει εκδηλωθεί πριν την ηλικία των 25 ετών. Η νόσος του Crohn αυξάνει, επίσης, τον κίνδυνο, κυρίως όταν έχει εκδηλωθεί πριν από το 21^ο έτος της ηλικίας.

Δ) Πολύποδες. Πολύποδας είναι προσεκβολή της επιφάνειας του βλεννογόνου. Η πλειονότητα των καρκίνων του παχέος εντέρου και του ορθού, πιστεύεται ότι αναπτύσσεται σε έδαφος αδενωματοδών πολυπόδων. Μόνοι οι αδενωμάτωδεις είναι σαφώς κακοήθεις, όμως μόνο ένα μικρό ποσοστό τους εξελίσσεται σε καρκίνο.

Ε) Μικροβιαμία από streptococcus bovis: Για άγνωστους λόγους, τα άτομα που αναπτύσσουν ενδοκαρίτιδα ή σηψαιμία από αυτά τα μικρόβια των κοπράνων, φαίνεται να εμφανίζουν μεγάλη επίπτωση όγκων του παχέος εντέρου.

Στ) Ουρητηροσιγμοειδοαναστόμωση. Έχει παρατηρηθεί επίπτωση του καρκίνου του παχέος εντέρου 15-20% μετά από 15-30 χρόνια από την διενέργεια ουρητηροσιγμοειδοαναστόμωσης για διόρθωση συγγενούς εκστορφής της ουροδόχου κύστης ¹¹

- Γενετική των όγκων του παχέος εντέρου

Αναμφίβολα, η ανάπτυξη των όγκων του παχέος εντέρου είναι μια πολύπλοκη και συνθετική διαδικασία, στην οποία συμμετέχουν διάφοροι ακτινοβολικοί παράγοντες. Προς το παρόν, δεν υπάρχει δυνατότητα πλήρους περιγραφής, σε μοριακό επίπεδο, της απαρχής ενός όγκου του παχέος εντέρου, καθώς και της πρόληψης του.

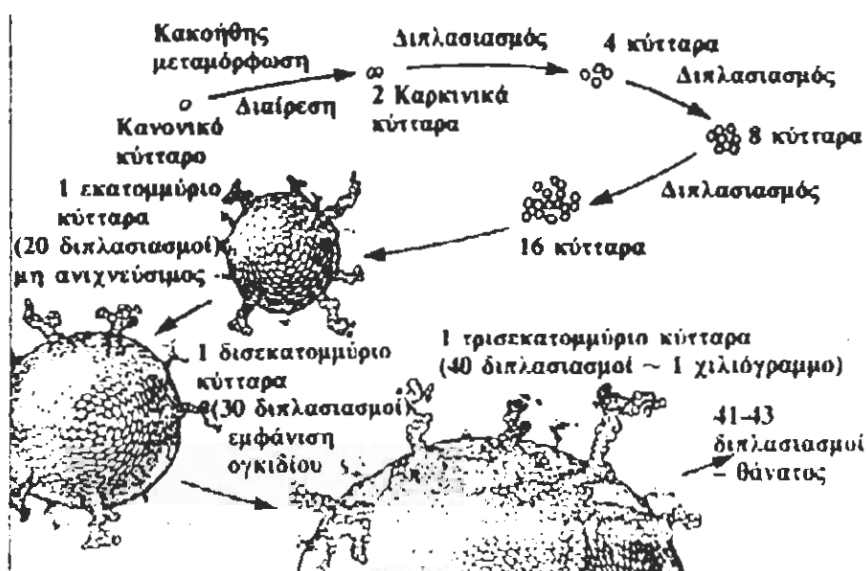
Κατά την περασμένη δεκαετία, όμως, έχει σημειωθεί ικανοποιητική πρόοδος σε ότι αφορά την κατανόηση της γενετικής βάσης της ανάπτυξης του καρκίνου του παχέος εντέρου. Μια αρχική άποψη είναι ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου προέρχεται μερικώς από μεταλλάξεις σε δυο κατηγορίες γονιδίων, στα ογκογονίδια και στα ογκοκατασταλτικά γονίδια.

Τα ογκογονίδια ανακαλύφθηκαν το 1970, ως γονίδια ενσωματωμένα στο γενετικό υλικό ιών, που προκαλούν όγκους στα ζώα και θεωρήθηκαν

υπεύθυνα για τη δυνατότητα ενός ιδιαίτερου RNA ιού να σχηματίζει όγκους σε πειραματόζωα.

Μια οικογένεια ογκογονιδίων, η οποία μεταλλάσσεται συχνά σε όγκους του παχέος εντέρου, είναι αυτή του *ras*-γονιδίου. Μόνο τα K-*ras* και N-*ras* έχουν βρεθεί να μεταλλάσσονται σε όγκους του παχέος εντέρου. Επιπλέον, αποκλείεται η μεταλλακτική απενεργοποίηση πολλαπλών ογκοκατασταλτικών γονιδίων, στα οποία περιλαμβάνεται το p53 γονίδιο και τα APC, MCC και DCC γονίδια.

Είναι γεγονός ότι το γενετικό αυτό μοντέλο για ογκογένεση στο παχύ έντερο, βρίσκεται σε πειραματικό ακόμη επίπεδο, δίνει όμως μερικές ενδιαφέρουσες προβλέψεις για πιθανή βελτίωση της διάγνωσης και της κλινικής φροντίδας ασθενών, που έχουν προσβληθεί από όγκους του παχέος εντέρου.¹²



- Παθολογική ανατομική

Καρκίνος του τυφλού: Η περιοχή αυτή του παχέος εντέρου είναι πλατιά και κινητή και από αυτό το γεγονός το νεόπλασμα μπορεί να εξελίσσεται για καιρό, χωρίς αποφρακτικά φαινόμενα.

Καρκίνος του ανιόντος κόλου: Το τμήμα αυτό του παχέος εντέρου έρχεται σε σχέση με τη νεφρική περιοχή και έτσι νεόπλασμα αυτού μπορεί να διηθήσει το νεφρό, όπως και το σύστοιχο ουρητήρα.

Καρκίνος του εγκάρσιου: Τα νεοπλάσματα της περιοχής αυτής μπορεί να οδηγήσουν σε διήθηση του πυλωρικού άντρου, καθώς και παγκρεατοδωδεκαδακτυλικής περιοχής.

Καρκίνος της αριστερής κοιλικής καμπής: Το νεόπλασμα της περιοχής αυτής μπορεί γρήγορα να προσβάλλει την ουρά του παγκρέατος, το σπλήνα, όπως και το μείζον τόξο του στομάχου.

Καρκίνος του κατιόντος κόλου: Τα νεοπλάσματα της περιοχής προσβάλλουν τον ουρητήρα και τα μυϊκά στοιχεία της περιοχής.

Καρκίνος του σιγμοειδούς: Είναι η πιο συχνή εντόπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Το νεόπλασμα μπορεί να διηθήσει την ουροδόχο κύστη στον άντρα και στη γυναίκα τη μήτρα με τα εξαρτήματα της. Ο αριστερός ουρητήρας απειλείται σοβαρά.¹¹

-Ταξινόμηση της νόσου

Η πρόγνωση των ατόμων με καρκίνο του παχέος εντέρου εξαρτάται από το βάθος διείσδυσης του όγκου στο εντερικό τοίχωμα, καθώς και από την προσβολή των επιχώριων λεμφαδένων, όσο και της απομακρυσμένες μεταστάσεις. Οι μεταβλητές αυτές είναι οι κύριες παράμετροι της σταδιοποίησης, που εισήγαγε ο Dukes.

Οι ασθενείς με βλάβη που δεν διηθεί τον μυϊκό χιτώνα και χωρίς μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες, κατατάσσονται σε νόσο σταδίου Α. Τα άτομα εκείνα των οποίων διηθούν τον μυϊκό χιτώνα, χωρίς όμως μετάσταση στους επιχώριους λεμφαδένες, κατατάσσονται σε νόσο σταδίου Β. Η διήθηση των επιχώριων λεμφαδένων ορίζει τη νόσο σταδίου C, ενώ οι μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα όπως το ήπαρ, ο πνεύμονας ή τα οστά, είναι χαρακτηριστικές της νόσου σταδίου D.¹⁰

- Κλινική εικόνα- Συμπτωματολογία

Η κλινική εικόνα και τα συμπτώματα ποικίλλουν ανάλογα με την εντόπιση της νόσου. Τα κύρια συμπτώματα είναι:

A) Διαταραχές της προόδου του εντερικού περιεχομένου. Αυτές δεν ανησυχούν ιδιαίτερα τον πάσχοντα, συνηθισμένο σε μακροχρόνια δυσκοιλιότητα. Η πρόσφατη δυσκοιλιότητα σε προϋπάρχουσα φυσιολογική εντερική λειτουργία, όπως και η επίταση χρονικής δυσκοιλιότητας έχουν ιδιαίτερη κλινική διαγνωστική αξία. Οι διαταραχές είναι πιο έντονες σε εντόπιση του νεοπλάσματος στο αριστερό παχύ έντερο. Σε δεξιά εντόπιση αυτού πιο συχνά εκφράζονται με χρόνια διάρροια.

B) Εντερορραγίες. Με ερυθρό ή σκούρο αίμα συχνά συνοδεύουν τις κενώσεις. Συνήθως μικρές αποτελούν σημείο που πρέπει να ανησυχεί, γι' αυτό και δεν πρέπει να αγνοούνται. Δεν πρέπει να αποδίδονται στην ύπαρξη αιμορροΐδων, αλλά να επαυξάνουν την κλινική διερεύνηση.

Γ) Κοιλιακοί πόνοι. Είναι σύμπτωμα πολύ συχνό, αλλά και πολύ κοινό. Μπορεί να πρόκειται για συνήθεις, εντοπισμένους, κοινούς πόνους σε μια περιοχή του κοιλικού πλαισίου. Περισσότερο είναι ενδεικτικοί οι διαλείποντες πόνοι με τη μορφή κωλικών κρίσεων, που συνοδεύονται με διάταση του παχέος εντέρου από την επίσχεση αερίων και κοπράνων και που αιφνιδίως παύονται, ενώ αποβάλλονται άφθονα αέρια και διαρροϊκές κενώσεις (σύνδρομο Koning). Πόνος ακόμα επίμονος μπορεί να σχετίζεται με διηθητικό καρκίνο, που προσβάλλει τον ορογόνο και που συχνά ψηλαφάται με τη μορφή νεοπλασματικής μάζας.

Δ) Αναιμία υπόχρωμη, σιδηροπενική, οφειλόμενη σε επαναλαμβανόμενες μικρές εντερορραγίες. Σε εντόπιση του νεοπλάσματος στο δεξιό παχύ έντερο είναι πιο συχνή, ανερχόμενη σε ποσοστό 13 % και αποτελεί το ισοδύναμο εξωτερικευόμενων αιμορραγιών. Η αναιμία συχνά είναι η αφορμή για την αποκάλυψη όχι ιδιαίτερα εξελιγμένου νεοπλάσματος, που δεν έχει κάποια από τις συνηθισμένες κλινικές εκδηλώσεις.¹¹

- Διάγνωση- Διαγνωστικές Μέθοδοι

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Κλινική εξέταση

- Δακτυλική Εξέταση του ορθού για την αναζήτηση εκβλαστήσεων
- Ψηλάφηση της κοιλιάς για την αναζήτηση μάζας ή διογκωμένου ήπατος (ηπατομεγαλία).
- Διογκωμένοι λεμφαδένες πάνω από την αριστερή κλείδα και στη βουβωνική περιοχή.

Αιματολογικές και άλλες εξετάσεις

- Mayer κοπράνων (ίσως είναι αρνητική στο 50% των περιπτώσεων του καρκίνου του παχέος εντέρου).
 - Γενική αίματος
 - Γενική ούρων
 - Βιοχημικές εξετάσεις, που περιλαμβάνουν ηπατικά ένζυμα, χοληστερίνη, ασβέστιο, σάκχαρο, ουρικό οξύ και σίδηρο ορού, ή φερριτίνη (για έλεγχο αναιμίας).
 - Προσδιορισμός του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA), ενός νεοπλασματικού δείκτη του ορού που μπορεί να είναι αυξημένος σε πρωτοπαθή ή υποτροπιάζοντα καρκίνο του παχέος εντέρου. Πολύ υψηλά επίπεδα CEA πρέπει να προσδιορίζεται πριν από τη χειρουργική επέμβαση και αν είναι αυξημένο, να επανελέγχεται περιοδικά (κάθε 3-4 μήνες) μετεγχειρητικά.
 - Η Β-2 μικροσφαιρίνη ή CA 19-9 μπορεί να είναι ευαίσθητος δείκτης για τη μάζα του όγκου, ενδέχεται δε να υποδεικνύει μεταστάσεις, όταν το CEA βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα.
-

Απεικονιστικές μέθοδοι

- Ακτινογραφία μετά από βαριούχο υποκλυσμό
 - Υπερηχογράφημα κοιλιάς, και , αν υπάρχει ένδειξη, μέσα στο ορθό. Ενδοορθικό υπερηχογράφημα μπορεί να δείξει με ακρίβεια τον όγκο και διογκωμένους λεμφαδένες έξω από το ορθό, αλλά αδυνατεί να αποδείξει αν οι διογκωμένοι λεμφαδένες περιέχουν μεταστατικό καρκίνο.
 - Αξονική και μαγνητική τομογραφία κοιλιάς, με σκοπό την εντόπιση μακρινών μεταστάσεων πριν από το χειρουργείο.
 - Η ακτινογραφία θώρακος μπορεί να αποκαλύψει πνευμονικές μεταστάσεις.
 - Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων, αν υπάρχει (ερευνητικά), μπορεί να βοηθήσει να εκτιμηθεί η πρόωπη ανταπόκριση των ηπατικών μεταστάσεων στη χημειοθεραπεία, δείχνοντας αλλαγές στο μεταβολισμό του σακχάρου
 - Ραδιοαπεικονιστικές, ολόσωμες τεχνικές πριν από το χειρουργείο με CYT- 103 μονοκλωνικά, ραδιοσημασμένα αντισώματα ιριδίου, μπορεί να βοηθήσουν το 12% περίπου των περιπτώσεων. Αυτή η πειραματική μέθοδος μπορεί να συμπληρώσει τις αξονικές τομογραφίες, αυξάνοντας τη διαγνωστική τους ευαισθησία στην αποκάλυψη αφανών μεταστάσεων της πύελου, του ήπατος και άλλων περιοχών. Σε εξέλιξη βρίσκονται και άλλα τεστ μονοκλωνικών αντισωμάτων και απεικονιστικών μεθόδων.
 - Έρευνες με αντι- CEA μονοκλωνικά αντισώματα έδειξαν υψηλή ακρίβεια στην ανακάλυψη όγκων μικρότερων του 1 cm, γεγονός χρήσιμο για το χειρουργό.
-

Ενδοσκόπηση και βιοψία

- Εξέταση ολόκληρου του παχέος εντέρου με κολonosκόπιο (κολonosκόπηση), ή του κατώτερου τμήματος του κόλου και του ορθού μ' ένα εύκαμπτο σωλήνα (προκτισιγμοειδοσκόπηση) και βιοψία κάθε μάζας που θα βρεθεί.
- Αν υπάρχει μάζα στο ορθό, γίνεται κυστεοσκόπηση για έρευνα της ουροδόχου κύστης και ενδοφλέβια πυελογραφία.⁸

- Επιπλοκές της νόσου

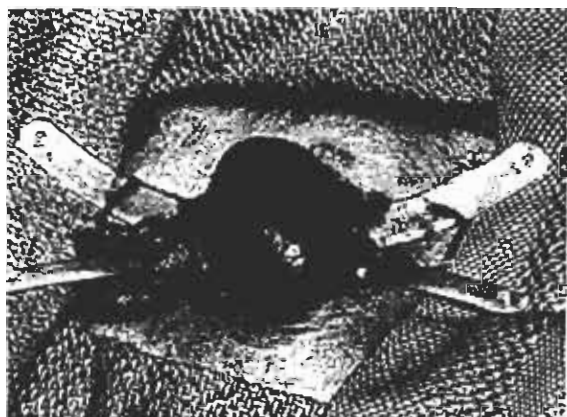
A) **Απόφραξη.** Αυτή μπορεί να είναι αποκαλυπτική του καρκίνου. Η έναρξη είναι σιωπηλή σε προϋπάρχουσα χρόνια δυσκοιλιότητα και εξελίσσεται σε κωλική κρίση, που δεν παρέχεται. Αναπτύσσεται μετεωρισμός της κοιλιάς μέτριος από τη σημαντική διάταση του υπερκείμενου παχέος εντέρου, ενώ αρκετές φορές οι πόνοι είναι σχετικά καθυστερημένοι. Μερικές φορές η απόφραξη μπορεί να λυθεί με τη συντηρητική θεραπεία.

B) **Περινεοπλασματικό απόστημα.** Η επιπλοκή αυτή είναι συνυφασμένη με την επιμόλυνση του νεοπλάσματος και την περινεοπλασματική φλεγμονή. Η κλινική εικόνα συνδυάζει γενικά σημεία, πυρετό επίμονο και λευκοκυττάρωση, τοπικά σημεία με καθηλωμένη μάζα στο δεξιό λαγώνιο βόθρο. Η υπερηχοτομογραφία μπορεί να δείξει το περινεοπλασματικό απόστημα.

Γ) **Διάτρηση.** Αυτή μπορεί να αφορά σ' αυτό το ίδιο το νεόπλασμα ή να συμβεί σε απόσταση από αυτό εξαιτίας της έντονης αποφρακτικής διάστασης. Η νεοπλασματική διάτρηση μπορεί να εξελιχθεί σε σπλαχνικά συρίγγια με την ουροδόχο κύστη και τον ειλέο. Η κλινική της εικόνα είναι εκείνης μιας περιτονίτιδας, με σημειολογία άτονη ευμέγεθες ακτινολογικό πνευμοπεριτόναιο επισφραγίζει την διάγνωση.¹³

- Θεραπεία

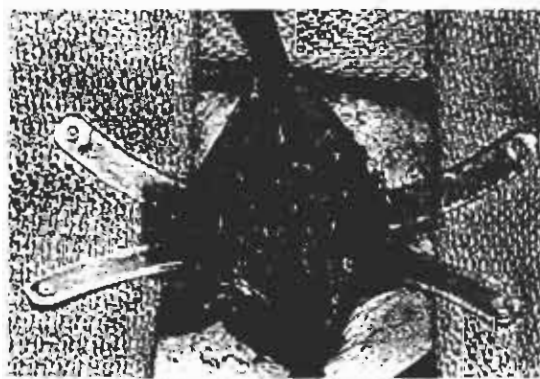
Η ολική εκτομή του όγκου αποτελεί την καλύτερη αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Πριν την επέμβαση είναι απαραίτητη η ακτινογραφία θώρακος, η βιοχημική εκτίμηση της ηπατικής λειτουργίας και ο προσδιορισμός των επιπέδων CEA στο πλάσμα, προκειμένου να διαπιστωθούν τυχόν μεταστάσεις. Κατά την λαπαροτομία, θα πρέπει να



εξετάζεται ολόκληρη η πύελος, το ήπαρ και τα ημιδιαφράγματα, καθώς και παχύ έντερο σε όλο το μήκος του. Μετά την επέμβαση οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται επί 5 έτη με ανά εξάμηνο φυσική και βιοχημική εξέταση.

Η ακτινοθεραπεία της πύελου ενδείκνυται σε ασθενείς με καρκίνο του ορθού εξαιτίας τοπικών υποτροπών, μετά από την χειρουργική εκτομή όγκων σταδίου Β και C. Μελέτες έδειξαν ότι η προφυλακτική χρήση ακτινοθεραπείας, μειώνει την πιθανότητα υποτροπιών στην πύελο, αλλά δεν φαίνεται να παρατείνει την επιβίωση.

Η χημειοθεραπεία στους ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο παχέος εντέρου αποδείχτηκε ότι προσφέρει οριακή μόνο ωφέλεια. Η 5-φθοριουρακίλη (5- Fu) είναι η πλέον αποτελεσματική αγωγή. Είναι το ίδιο αποτελεσματική όταν χορηγείται μόνη της ή σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα. Η χορήγηση της έχει 15- 20% πιθανότητα μείωσης στο ήμισυ των μετρητών νεοπλασματικών μαζών.



Η αξία της μετεγχειρητικής χημειοθεραπείας και/ ή ακτινοθεραπείας μελετήθηκε σε ασθενείς με καρκίνο σταδίου Β και C. Αποδείχτηκε ότι η 5- Fu δεν μειώνει το ποσοστό υποτροπής, ούτε παρατείνει την επιβίωση.¹¹

- Πρόγνωση

Ενδιαφέρουσα είναι η συσχέτιση του συνολικού ποσοστού επιβίωσης των κολπικών καρκίνων, που είναι κατώτερο από 50%, με την πενταετή επιβίωση των θεραπευομένων μορφών στο ασυμπτωματικό στάδιο, που ανέρχεται σε ποσοστό 90%. Η εγχειρητική θνησιμότητα ανέρχεται σε ποσοστό 5% για την ψυχρή χειρουργική και 11% για την επείγουσα. Το ποσοστό επιπλοκών παραμένει υψηλό. Η χρησιμοποίηση των μηχανημάτων αυτόματης ραφής φαίνεται να ελάττωσε τα αναστωμικά συρίγγια, σε αναλογία και βαρύτητα.

Όσον αφορά την απότερη επιβίωση, η συνολική 5ετής επιβίωση κυμαίνεται μεταξύ 32-44%. Η επιβίωση ποικίλει από 71,5% στο στάδιο A μέχρι 0% στο στάδιο D κατά Dukes.¹³

- Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση με το Haemoccult

Τα προγράμματα πρώιμης ανίχνευσης του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού περιλαμβάνουν την δακτυλική εξέταση του ορθού και την ανίχνευση μικροσκοπικής παρουσίας αίματος στα κόπρανα. Το τελευταίο επιτυγχάνεται με την εφαρμογή της δοκιμασίας Haemoccult, γεγονός που οφείλεται στον διαλείποντα τρόπο αιμορραγίας αυτών των όγκων. Τα άτομα που διαπιστώνεται ότι έχουν θετική δοκιμασία Haemoccult, υποβάλλονται σε περαιτέρω εξετάσεις, όπως βαριούχος υποκλυσμός, κολονοσκόπηση και σιγμοειδοσκόπηση.¹⁰



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με C.A.
παχέος εντέρου

A. Προεγχειρητική ετοιμασία-
Ψυχολογική Προετοιμασία

- Φυσική προετοιμασία
- Ειδικές εξετάσεις
- Προετοιμασία εγχειρητικού πεδίου
- Άμεση προεγχειρητική ετοιμασία

B. Μετεγχειρητική Φροντίδα

Γ. Μετεγχειρητικές Δυσχέρειες

Δ. Μετεγχειρητικές επιπλοκές

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με C.A. παχέος εντέρου

Η πλέον σύγχρονη προσέγγιση του ασθενούς με καρκίνο είναι η θεραπευτική- Διεπιστημονική Ομάδα, μια ομάδα λειτουργών υγείας, διαφορετικών ρόλων και ειδικοτήτων, που σχεδιάζει μια ευρεία κλίμακα υπηρεσιών για την καταπολέμηση του καρκίνου και βοηθά τον ασθενή και την οικογένεια του. Την θεραπευτική ομάδα αποτελούν ο ιατρός, ο νοσηλευτής-τρία, ο κοινωνικός λειτουργός, ο ψυχολόγος, ακόμα και ο εφημέριος του νοσοκομείου.

Οι Νοσηλευτές λόγω εκπαιδευτικής κατάρτισης και θέσης μπορούν να αναλάβουν τον συντονισμό της Θεραπευτικής Ομάδας. Απαραίτητο, όμως, είναι οι Νοσηλευτές να μπορούν να συνεργαστούν με τις κατάλληλες υπηρεσίες και να έχουν διαρκή πρόσβαση σ' ένα κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα ανθρώπινων σχέσεων.

Προκειμένου, οι Νοσηλευτές καρκίνου να επιτύχουν αναβάθμιση της ποιότητας της φροντίδας που διατίθεται και χορηγείται στους καρκινοπαθείς, θα πρέπει να επηρεάζουν την ανακατανομή των κυβερνητικών πόρων για την Υγεία, έτσι ώστε η φροντίδα και η θεραπεία να έχουν μια πιο ισοδύναμη ισορροπία ανάμεσα τους.

Η διαθέσιμη φροντίδα για ασθενείς με καρκίνο για εξαιρετικά πολύπλοκη. Η πολυπλοκότητα της οφείλεται στον συνδυασμό της χειρουργικής θεραπείας με την χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία. Οι Νοσηλευτές πρέπει να εννοήσουν πώς η κάθε μέθοδος επηρεάζει τις άλλες συνδυασμένες θεραπείες και οι τροποποιήσεις είναι απαραίτητες γιατί οι θεραπείες συνδυάζονται. Αυτή η γνώση είναι σημαντική εξαιτίας των επιπλοκών, που μπορούν να εμφανιστούν. Για να παρέχει, λοιπόν, φροντίδα ο Νοσηλευτής, πρέπει να γνωρίζει κάθε μέθοδο θεραπείας.

A. Προεγχειρητική ετοιμασία

Σκοπός της προεγχειρητικής ετοιμασίας του αρρώστου είναι να προλάβει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και να επιταχύνει την ανάρρωση του. Περιλαμβάνει: -την ψυχολογική προετοιμασία

- την φυσική προετοιμασία
- τις ειδικές εξετάσεις
- την προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου
- την άμεση προεγχειρητική προετοιμασία ¹⁵

-Ψυχολογική Προετοιμασία

Ο άρρωστος με καρκίνο είναι αδιαίρετη και ανεπανάληπτη βιο-ψυχοκοινωνική οντότητα, που αντιδρά ως προς την αρρώστια με προσωπικούς μοναδικούς τρόπους και χρειάζεται εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα.

Προκειμένου να επιτευχθεί συγκινητική υποστήριξη στον ασθενή, πριν την εγχείρηση, ο νοσηλευτής- τρία πρέπει να διαθέτει χρόνο και ετοιμότητα. Είναι απαραίτητο να δίνονται λογικές εξηγήσεις και πληροφορίες προεγχειρητικά, για να ελαττωθεί το αίσθημα φόβου, που πηγάζει από την άγνοια και τις διαστρεβλωμένες πληροφορίες, που ίσως έχει ο ασθενής.

Ο νοσηλευτής- τρία θα πρέπει να χρησιμοποιεί όχι μόνο την σιωπή και ακρόαση, αλλά και την ομιλία για να διαβιβάσει στον ασθενή την κατανόηση και την ευαισθησία του απέναντι στον πόνο, τις ανάγκες, τα προβλήματα, τις αδυναμίες ή και τις δυνατότητες του ¹⁶

- Φυσική προετοιμασία

Η καλή κατάσταση θρέψης προεγχειρητικά βοηθά τον ασθενή να αντιμετωπίσει την πλημμυρή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών. Άλλωστε ο καχεκτικός ασθενής παρουσιάζει μικρή αντοχή στο χειρουργικό stress, είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και στο shock και η επούλωση του χειρουργικού τραύματος καθυστερεί. Γι' αυτό πρέπει να

διορθώνεται κάθε ηλεκτρολυτική διαταραχή και να χορηγείται δίαιτα υπερλευκωματούχος, υπερθερμιδική και εύπεπτη.

Μετά την επέμβαση ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει ατελεκτασία ή βροχοπνευμονία. Γι' αυτό προεγχειρητικά θα πρέπει να διδαχθεί πως να αναπνέει βαθιά και να βήχει αποτελεσματικά.

Επίσης προεγχειρητικά πρέπει ν' αντιμετωπιστούν χρόνιες παθήσεις, όπως ο ζαχαρώδης διαβήτης, νεφρικές, ηπατικές και καρδιακές διαταραχές.

Τέλος, ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στην παχυσαρκία γιατί προδιαθέτει για εκσπλάχνωση, πνευμονικές επιπλοκές και θρομβοφλεβίτιδα.

- Ειδικές εξετάσεις

Η εξέταση του αίματος είναι απαραίτητος κανόνας πριν από την γενική αναισθησία, ιδιαίτερα αν υπάρχει ιστορικό αιμορραγίας ή θρόμβωσης. Γίνεται προσδιορισμός ομάδας αίματος και διασταύρωση. Η ακτινογραφία θώρακος και το ηλεκτροκαρδιογράφημα είναι εξετάσεις ρουτίνας. Για το έντερο ο ασθενής πρέπει να πάρει αντισηπτικό εντέρου επί 5 ημέρες.

- Προετοιμασία εγχειρητικού πεδίου

Σκοπός της είναι η απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λύσης. Γενικά ετοιμάζεται με καθαρισμό της κοιλιάς, για τους ασθενείς με CA παχέος που θα υποστούν λαπαροτομή. Ιδιαίτερα πρέπει να προσεχθεί ο ομφαλός.

- Άμεση προεγχειρητική ετοιμασία

Πριν την μεταφορά του ασθενή στο χειρουργείο, η νοσηλεύτρια πρέπει να τον ντύσει με τα ειδικά για το χειρουργείο ρούχα, να αφαιρέσει ξένες οδοντοστοιχίες και κοσμήματα, που παραδίδονται στην Προϊσταμένη για φύλαξη. Επίσης, η ουροδόχος κύστη θα πρέπει να είναι άδεια και ιδιαίτερα το έντερο. Τέλος πρέπει να καταγράψει τα ζωτικά σημεία πριν και μετά τη προνάρκωση και να συμπληρώσει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του ασθενή.¹⁵

B. Μετεγχειρητική Φροντίδα

Όταν η εγχείρηση ολοκληρωθεί, ο χειρουργημένος ασθενής μεταφέρεται στο δωμάτιο αναψυχής, όπου και παραμένει μέχρι ότου ανανήψει. Εκεί βρίσκεται κάτω από την άμεση επίβλεψη ενός αναισθησιολόγου και πλαισιώνεται από ειδικά εκπαιδευμένους νοσηλευτές.

Τα καθήκοντα της νοσηλεύτριας μέχρι την ανάνηψη του ασθενή είναι ιδιαίτερα σημαντικά και απαιτούν ευσυνειδησία και επιστημονική γνώση. Αρχικά, απαραίτητη είναι η συχνή λήψη των ζωτικών σημείων και παρακολούθηση της γενικής κατάστασης του ασθενή. Επιβάλλεται η διατήρηση του ασθενή σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στο πλάι, προκειμένου να προληφθεί τυχόν αναρρόφηση, και παρακολούθηση της λειτουργίας των σωλήνων παροχετεύσεως. Επίσης, η νοσηλεύτρια θα πρέπει να παρακολουθεί τις γάζες του τραύματος για διαπίστωση αιμορραγίας και την διανοητική- ψυχική κατάσταση του ασθενή.

Η **θρέψη** ίσως, είναι η μεγαλύτερη ανάγκη του ασθενή με Ca παχέος μετά την εγχείρηση. Η επέμβαση, η ναυτία και η συνεχής γαστρεντερική αναρρόφηση δεν επιτρέπουν την λήψη υγρών από το στόμα, γι' αυτό και χορηγούνται ενδοφλέβια. Όταν επιτραπεί η σίτιση από το στόμα εφαρμόζεται αρχικά υδρική διαίτα με τσάι, ρυζόνερο και σούπα δημητριακών. Για τις ηλεκτρολυτικές διαταραχές προστίθεται όπου είναι δυνατόν λίγο αλάτι ή ειδικά σκευάσματα γλυκόζης.

Στην συνέχεια το διαιτολόγιο γίνεται υπερθερμιδικό, υπερπρωτεϊνικό και ελεύθερο για τους υδατάνθρακες. Η αυξημένη αποβολή λιπιδίων που χαρακτηρίζει τους χειρουργημένους ασθενείς με Ca παχέος, με τα κόπρανα μπορεί να προκαλέσει μεγάλη απορρόφηση οξαλικών αλάτων τα οποία αποβαλλόμενα με τα ούρα συμβάλουν στον σχηματισμό ουρολίων. Σε τέτοια περίπτωση αποφεύγονται τρόφιμα πλούσια σε οξαλικά άλατα, όπως το σπανάκι, η φράπα, οι ξηροί καρποί και η κόκα-κόλα¹⁷

Πολλές φορές οι χειρουργημένοι εμφανίζουν δυσανεξία σε διάφορες τροφές όπως το γάλα, τα λαχανικά, τα φρούτα ή τα μπαχαρικά, οπότε η διαίτα εξατομικεύεται. Σε όλες πάντως τις περιπτώσεις θεωρείται απαραίτητη η χορήγηση από το στόμα αυξημένων ποσών βιταμινών του συμπλέγματος Β και κυρίως Β12 και φυλλικού οξέος, βιταμίνης Κ, Κάλιου και Σιδήρου. Η τροφή κατανέμεται σε μικρά και συχνά γεύματα. Ο ασθενής πρέπει να πάρει όσο το δυνατόν πιο γρήγορα πλήρη διαίτα, προκειμένου να μειωθούν οι επιπλοκές της ανάρρωσης.¹⁸

Η **έγερση του ασθενή** μέσα στις πρώτες 24 με 48 ώρες, είναι επίσης σημαντική. Και τούτο γιατί προλαμβάνονται πνευμονικές, αγγειακές και πεπτικές επιπλοκές, επιτυγχάνεται επούλωση του τραύματος, μειώνεται ο μετεγχειρητικός πόνος, καθώς και ο χρόνος παραμονής του ασθενή στο νοσοκομείο. Η νοσηλεύτρια πρέπει να επιβλέπει άμεσα και να καθοδηγεί τον ασθενή κατά την έγερση.¹⁵

Τέλος, η **φροντίδα της στομίας**, είναι ακόμη μετεγχειρητική ανάγκη του ασθενή, η οποία θα αναφερθεί λεπτομερώς στο επόμενο κεφάλαιο.

Γ. Μετεγχειρητικές Δυσχέρειες

Οι συνήθεις δυσχέρειες που μπορεί να παρουσιάσει ο ασθενής με Ca παχέος εντέρου είναι:

- 1. Πόνος:** Ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται στο τραύμα γι' αυτό χορηγείται με ιατρική εντολή, μορφίνη ή παρόμοια ναρκωτικά. Το είδος και η δόση πρέπει να είναι προσεκτικά καθορισμένα, γιατί οι μεγάλες δόσεις μειώνουν την αναπνευστική λειτουργία. Πρέπει να εξετάζεται διεξοδικά το τραύμα, για

διαπίστωση και άλλων παραγόντων που μπορεί να επιδεινώνουν τον πόνο.¹⁹

2. **Εμετός:** Ο μετεγχειρητικός εμετός διακρίνεται στο εμετό την αποδρομή της δράσης του αναισθητικού, στον εμετό λόγω παράλυσης της εντερικής λειτουργίας εξαιτίας σοβαρής βλάβης των κοιλιακών οργάνων κατά την διάρκεια της εγχείρησης (άσηπτη περιτονίτιδα). Σε αυτή την περίπτωση τοποθετείται ρινογαστρική αναρρόφηση. Πρέπει σε περίπτωση εμετού να προλαμβάνεται η εισρόφηση καθώς και να χορηγούνται αντικειμενικά.
 3. **Ανησυχία- δυσφορία:** Αιτίες που δημιουργούν τα παραπάνω αισθήματα είναι το βρεγμένο επιδερμικό υλικό του τραύματος, η επίσχεση ούρων, ο μετεωρισμός και λόξιγκας και η αϋπνία.
 4. **Δίψα:** Η δίψα οφείλεται στην αναστολή των εκκρίσεων μετά την ένεση ατροπίνης προεγχειρητικά. Ακόμα οφείλεται στην απώλεια μεγάλης ποσότητας υγρών κατά την διάρκεια της εγχείρησης. Σε εγχειρήσεις του γαστρεντερικού σωλήνα απαγορεύεται η χορήγηση νερού επί 24 ώρες ή και περισσότερο. Γάζα υγρή που τοποθετείται στο στόμα βοηθά στην εφύγρανση του εισπνεόμενου αέρα.
 5. **Διάταση του εντέρου:** Ο τραυματισμένος των κοιλιακών οργάνων καταργεί την περίσταση για 24- 48 ώρες. Ο αέρας και οι εκκρίσεις συγκεντρώνονται στο στομάχι και το έντερο και προκαλούν διάταση. Για την έξοδο αερίων από το παχύ έντερο εφαρμόζεται σωλήνας αερίων ή χαμηλός υποκλυσμός, ακόμα βοηθά η συχνή μετακίνηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Η δυσχέρεια αυτή μπορεί να προληφθεί με ρινογαστρικό ή ρινοεντερικό σωλήνα.
 6. **Διάτασης κύστης:** Η κατάργηση ούρων μπορεί να παρατηρηθεί μετά από επεμβάσεις του ορθού, πρωκτού. Σε επιφανή εφαρμόζεται καθετηριασμός.
 7. **Δυσκοιλιότητα:** Μπορεί να οφείλεται σε ερεθισμό ή τραυματισμό του εντέρου, σε τοπική φλεγμονή, σε περιτονίτιδα και τοπικό απόστημα. Το πρόβλημα αντιμετωπίζεται με έγκαιρη έγερση, το είδος της διαίτας, η χορήγηση άφθονων υγρών και οι χαμηλοί υποκλυσμοί.
-

Δ. Μετεγχειρητικές επιπλοκές

Τα μετεγχειρητικά προβλήματα που μπορεί πιθανόν να παρουσιάσει ο ασθενής με Ca παχέος εντέρου είναι τα εξής:

1. Μετεγχειρητικά προβλήματα ισορροπίας νερού, ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας.

1^α. Η περίσσεια νερού συμβαίνει συχνότερα την 1^η ή 2^η μετεγχειρητική ημέρα εξαιτίας της κατακράτησης νερού, που είναι απόκριση στο stress, όταν χορηγούνται στον άρρωστο μεγάλες ποσότητες διαλύματος 5% γλυκόζης. Μεταβολές που παρατηρούνται είναι οι μεταβολές στη συμπεριφορά όπως ψευδαισθήσεις, σύγχυση, η υπέρπνοια, υψηλή ή φυσιολογική αρτηριακή πίεση και οι νευρομυϊκές μεταβολές, όπως σπασμοί, ημιπληγία, αδυναμία. Πρέπει να γίνεται προσεκτική εκτίμηση των προσλαμβανομένων υγρών.

1β. Ο χειρουργικός άρρωστος μπορεί να αναπτύξει αναπνευστική οξέωση εξαιτίας μιας ή μερικών από τις ακόλουθες αιτίες:

- 1) Καταστολή της αναπνοής εξαιτίας της αναισθησίας.
- 2) Μείωση του ρυθμού ανταλλαγής των αερίων εξαιτίας ατελεκτασίας, πνευμονίας ή βρογχικής απόφραξης.
- 3) Επιπόλαια αναπνοή εξαιτίας κοιλιακής διάτασης και πόνου.

1γ. Ο ειλεός έχει τάση να συμβαίνει σε όλους τους αρρώστους που έκαναν λαπαροτομία. Μεγάλες ποσότητες υγρών του εντέρου παγιδεύονται στο έντερο, με αποτέλεσμα την ελάττωση του όγκου των εξωκυττάρων υγρών, τη διαταραχή των ηλεκτρολυτών και της οξεοβασικής ισορροπίας. Η θεραπεία συνίσταται στην αναρρόφηση του εντερικού υγρού.

2. Μετεγχειρητικές επιπλοκές από το κυκλοφοριακό

Ο άρρωστος που έχει αιμορραγία είναι αγχώδης, ανήσυχος, διψά, το δέρμα του είναι κρύο, υγρό και ωχρο. Ο σφυγμός είναι συχνός και μικρά η θερμοκρασία πέφτει, οι αναπνοές είναι συχνές και βαθιές. Με τη συνέχιση της αιμορραγίας ελαττώνονται: η κεντρική φλεβική πίεση, η αρτηριακή πίεση και αιματοκρίτης. Χείλη και επιπεφυκότες είναι ωχροί. Ο άρρωστος τοποθετείται σε θέση shock, γίνεται κάλυψη με πιεστική περιίδεση του αιμορραγούντος σημείου.

3. Πνευμονικές επιπλοκές

Αίτια που προδιαθέτουν σε μετεγχειρητικές πνευμονικές επιπλοκές είναι η ερεθιστική επίδραση του αναισθητικού, ειδικά του αιθέρα, στο βλεννογόνο του αναπνευστικού συστήματος, η εισρόφηση εμεσμάτων, οι επιπόλαιες αναπνοές εξαιτίας πόνου, οι χρόνιες αναπνευστικές νόσοι, η παχυσαρκία ή αδυναμία.

Ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει εξαιτίας αυτών ατελεκτασία, βροχίτιδα, βροχοπνευμονία. Αξιόλογη είναι η ανύψωση της θερμοκρασίας του και η αύξηση της συχνότητας του σφυγμού.

4. Επιπλοκές από το πεπτικό

4^α. Εντερική απόφραξη. Εκδηλώνεται την 3^η με 5^η μετεγχειρητική ημέρα. Τα συμπτώματα είναι οξύς πόνος στην κοιλιά, υψηλός πυρετός και αύξηση της συχνότητας των σφίξεων. Το εντερικό περιεχόμενο δεν προωθείται με αποτέλεσμα τη διάταση του εντέρου στο στομάχι και αποβολή του με εμετό.

4^β. Λόξιγκας. Ο επιμένων λόξιγκας προκαλεί συμπτώματα έντονης δυσφορίας και σοβαρές διαταραχές όπως εμετοί, διαταραχή της οξεοβασικής ισορροπίας, κακή θρέψη, εξάντληση και πιθανή ρήξη τραύματος.

5. Επιπλοκές από το τραύμα.

5^α. Αιμάτωμα. Πολλές φορές η αιμορραγία του εγχειρητικού τραύματος γίνεται υποδόρια. Σταματά μόνη της, δημιουργεί όμως θρόμβο.

5β. Μόλυνση. Για τις περισσότερες μολύνσεις των μετεγχειρητικών τραυμάτων ενοχοποιείται ο σταφυλόκοκκος. Τα συμπτώματα παρουσιάζονται με αύξηση της συχνότητας των σφίξεων, ανύψωση της θερμοκρασίας και επώδυνο, οίδηματώδες τραύμα.

5γ. Ρήξη ραμμάτων-εκσπλάχνωση. Οφείλεται σε ρήξη ραμμάτων, μόλυνση, βήχα και μεγάλη κοιλιακή διάταση. Η εκσπλάχνωση είναι συχνότερη σε αρρώστους ηλικιωμένους, καχεκτικούς, παχύσαρκους που μετά την εγχείρηση παρουσιάζουν επίμονους και βίαιους εμετούς, τυμπανισμό κοιλίας πνευμονικές επιπλοκές.¹⁵



ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄

A. Κολοστομία

- Ορισμός

-Λειτουργία της κολοστομίας

-Τύποι Κολοστομιών

B. Ειδική Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς με κολοστομία

A. Αλλαγή σάκκου και φροντίδα στομίου

B. Περιποίηση και πλύση κολοστομίας

Γ. Προβλήματα ασθενούς με κολοστομία και αντιμετώπιση τους

Δ. Επιπλοκές της κολοστομίας

E. Έξοδος του ασθενούς από το νοσοκομείο – Σχέδιο διδασκαλίας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄

Α. Κολοστομία

Παρά φύσιν έδρα- Κολοστομία

- Ορισμός

Η κολοστομία είναι ένα τεχνητό χειρουργικό άνοιγμα του παχέος εντέρου, το οποίο στερεώνεται στα κοιλιακά τοιχώματα. Δεν είναι, λοιπόν, η ίδια η κολοστομία μια ασθένεια, αλλά μια αλλαγή στην ανατομία του σώματος του ατόμου, που τη φέρει. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη διαφοροποίηση της κανονικής λειτουργίας εκκένωσης του εντέρου.

Η κολοστομία μερικές φορές είναι προσωρινή, άλλοτε πάλι είναι μόνιμη. Μπορεί να βρίσκεται στην αριστερή ή στην δεξιά πλευρά της κοιλιάς και να είναι μεγάλη ή μικρή. Η στομία είναι ουσιαστικά ο εσωτερικός βλεννογόνος του εντέρου, ο οποίος είναι ζεστός και υγρός και εκκρίνει μικρές ποσότητες βλέννας. Η στομία, σε αντίθεση με τον πρωκτό, δεν έχει κάποια βαλβίδα ή σφιγκτήρα μύ. Γι' αυτό το λόγο ο εκούσιος έλεγχος της εξόδου των περιττωμάτων είναι αδύνατος.²⁰

- Λειτουργία της κολοστομίας

Σε προηγούμενο κεφάλαιο έχουμε αναφερθεί στην κινητικότητα του παχέος εντέρου, καθώς και στην διαδικασία της αφόδευσης. Τώρα με την δημιουργία της κολοστομίας, το έντερο θα λειτουργήσει όπως πριν, με τις εξής όμως διαφορές.

- ❖ Το τμήμα του παχέος εντέρου πέρα της κολοστομίας παύει να λειτουργεί.
- ❖ Ο πρωκτός δεν χρησιμεύει πια σαν σημείο εξόδου των κοπράνων.

Οι θρεπτικές ουσίες απορροφώνται στο λεπτό έντερο, οπότε η κολοστομία δεν εμποδίζει την διαδικασία θρέψης του σώματος. Όπως, ήδη έχει αναφερθεί, οι βασικές λειτουργίες του παχέος εντέρου είναι η

απορρόφηση του νερού, η μεταφορά των κοπράνων προς τον πρωκτό και η αποθήκευση τους στο ορθό, μέχρι να γίνει απαραίτητη η αφόδευση. Όταν η κολοστομία διακόπτει τη δίοδο των κοπράνων, η αποθήκευση τους γίνεται σχεδόν αδύνατη. Όσο πλησιέστερα προς τα αρχικά τμήματα του παχέος εντέρου γίνεται η κολοστομία, τόσο λιγότερο χρόνο έχει το έντερο για να απορροφήσει το νερό και επομένως τα κόπρανα παραμένουν πιο μαλακά και υδαρή.

Επομένως, μια κολοστομία στο εγκάρσιο κόλον θα παράγει μεγαλύτερη ποσότητα και πιο υδαρή κόπρανα. Μια κολοστομία, όμως, προς το τέλος του παχέος εντέρου, κοντά στο ορθό, θα αποβάλλει κόπρανα πιο σχηματισμένα και στερεά, αφού έχουν μείνει περισσότερο χρονικό διάστημα μέσα στο έντερο.¹¹

-Τύποι Κολοστομιών

Α. Εγκαρσιοτομία. Η εγκαρσιοτομία είναι στο πάνω μέρος της κοιλιάς ή στο μέσον της ή προς την δεξιά πλευρά του σώματος. Η εγκολπωματίτις. Ο καρκίνος, η απόφραξη και οι φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου, μπορούν να οδηγήσουν στην δημιουργία εγκαρσιοστομίας. Αυτός ο τύπος κολοστομίας επιτρέπει την έξοδο κοπράνων, πριν αυτά φτάσουν στο κατιόν κόλο.

Μια εγκαρσιοτομία μπορεί να είναι προσωρινή, προκειμένου να αποτραπεί η δίοδος των κοπράνων από το κατώτερο πάσχον τμήμα του εντέρου, διευκολύνοντας έτσι την επούλωση του. Η παραμονή της κολοστομίας αυτής εξαρτάται από τη διαδικασία της επούλωσης. Όταν αυτή επιτευχθεί, η κολοστομία θα κλείσει και θα αποκαταστήσει η κανονική λειτουργία του εντέρου.

Η μόνιμη εγκαρσιοτομία γίνεται όταν το κατώτερο τμήμα του παχέος εντέρου πρέπει να αφαιρεθεί ή να αναπαυθεί μόνιμα. Αυτή η κολοστομία αποτελεί μια μόνιμη έξοδο των κοπράνων και δεν πρόκειται να κλείσει ποτέ.

Υπάρχουν δυο τύποι εγκαρσιοτομίας: η «loop» εγκαρσιοτομία και η εγκαρσιοτομία διπλού αυλού.

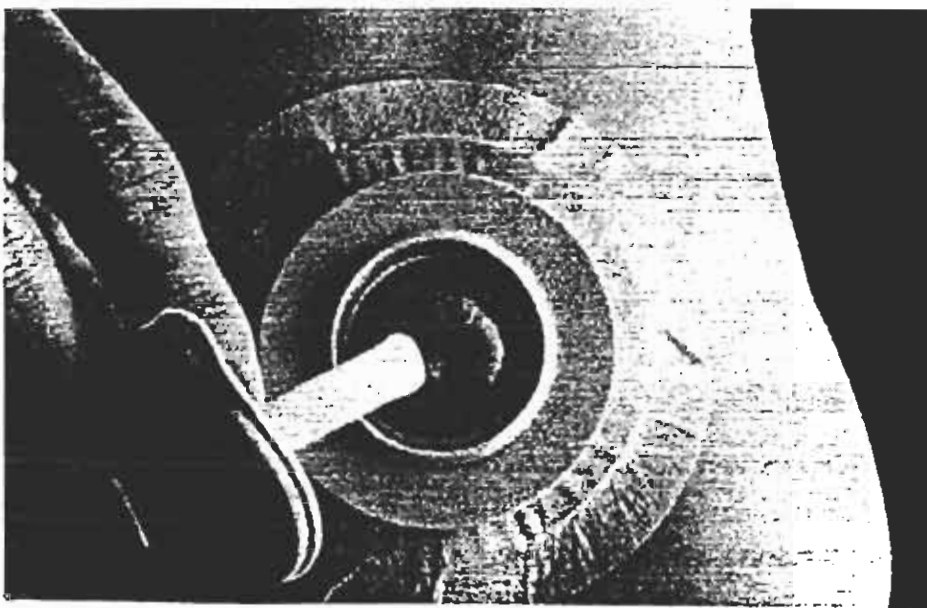
Η «loop» εγκαρσιοτομία μπορεί να φαίνεται σαν μια μεγάλη στομία. Στην πραγματικότητα όμως, έχει δυο ανοίγματα. Το ένα άνοιγμα αποβάλλει τα κόπρανα (ενεργό τμήμα), ενώ το άλλο βγάζει μόνο βλέννες (ανενεργό).

Παρ' ότι υπάρχει η κολοστομία, το ανενεργό τμήμα του εντέρου συνεχίζει να παράγει βλέννες, οι οποίες θα εξέλθουν είτε από την στομία, είτε από το ορθό. Αυτό είναι φυσιολογικό και αναμενόμενο.

Η Doubl- Bagrel εγκαρσιοστομία (διπλού αυλού) αποτελεί μια διαίρεση του εντέρου. Κάθε άκρο του εντέρου φέρεται στην επιφάνεια σαν ξεχωριστή στομία. Ίσως οι δυο στομίες να διαχωρίζονται ή όχι από το δέρμα μεταξύ τους. Κι εδώ επίσης, το ένα άνοιγμα αποβάλλει κόπρανα και το άλλο βλέννες. Η δεύτερη αυτή στομία είναι γνωστή σαν συρίγγιο με βλέννες.

Η νεοσχηματισθείσα εγκαρσιοστομία είναι διογκωμένη μετά την εγχείρηση. Μπορεί να έχει ράμματα και μώλωπες. Παρ' ότι μια στομία είναι κανονικά υγρή και έχει ροζ ή κόκκινο χρώμα, μπορεί αρχικά να έχει βαθύτερο. Η στομία θα αλλάξει σημαντικά καθώς επουλώνεται θα μικρύνει, θα αποκτήσει ένα ροζ ή κόκκινο χρώμα και θα φαίνεται πιο υγρή.

Β. Ανιούσα κολοστομία. Η ανιούσα κολοστομία βρίσκεται στο δεξί τμήμα της κοιλιάς. Τα κόπρανα είναι πολύ υδαρή και περιέχουν πολλά πεπτικά ένζυμα, και γι' αυτό το λόγο μπορούν να ερεθίσουν το δέρμα γύρω από τη στομία. Ο έλεγχος της ροής των κοπράνων σ' αυτή την κολοστομία είναι αδύνατος, αφού οι κενώσεις είναι συνεχείς και απροσδιόριστες.



Γ. Κατιούσα κολοστομία και σιγμοειδοστομία. Η κατιούσα κολοστομία σχηματίζεται στο τέλος του κατιόντος κόλου και εμφανίζεται στο αριστερό τμήμα της κοιλιάς και χαμηλά. Τα κόπρανα είναι σχηματισμένα και η αποβολή τους μπορεί να ρυθμιστεί.

Η σιγμοειδής, διαφέρει από την κατιούσα κολοστομία στο ότι βρίσκεται στο σιγμοειδές κόλον, λίγα εκατοστά χαμηλότερα στο πεπτικό.

Εξ' αιτίας αυτού του γεγονότος, οι σιγμοειδοστομίες παράγουν στερεά κόπρανα σε ρυθμιζόμενα χρονικά διαστήματα.

Τόσο κόπρανα των στομίων αυτό του τύπου είναι στερεά, σχηματισμένα και δεν περιέχουν καυστικά ένζυμα. Σ' αυτή την περιοχή του εντέρου, η αποβολή των κοπράνων μπορεί να γίνει σαν αντανακλαστική ενέργεια σε τακτά χρονικά διαστήματα. Η κίνηση του εντέρου, που θα οδηγήσει στην αποβολή των κοπράνων, θα λάβει μέρος όταν συγκεντρωθεί μια σημαντική ποσότητα τους στο τμήμα του εντέρου, πάνω από την στομία.²¹

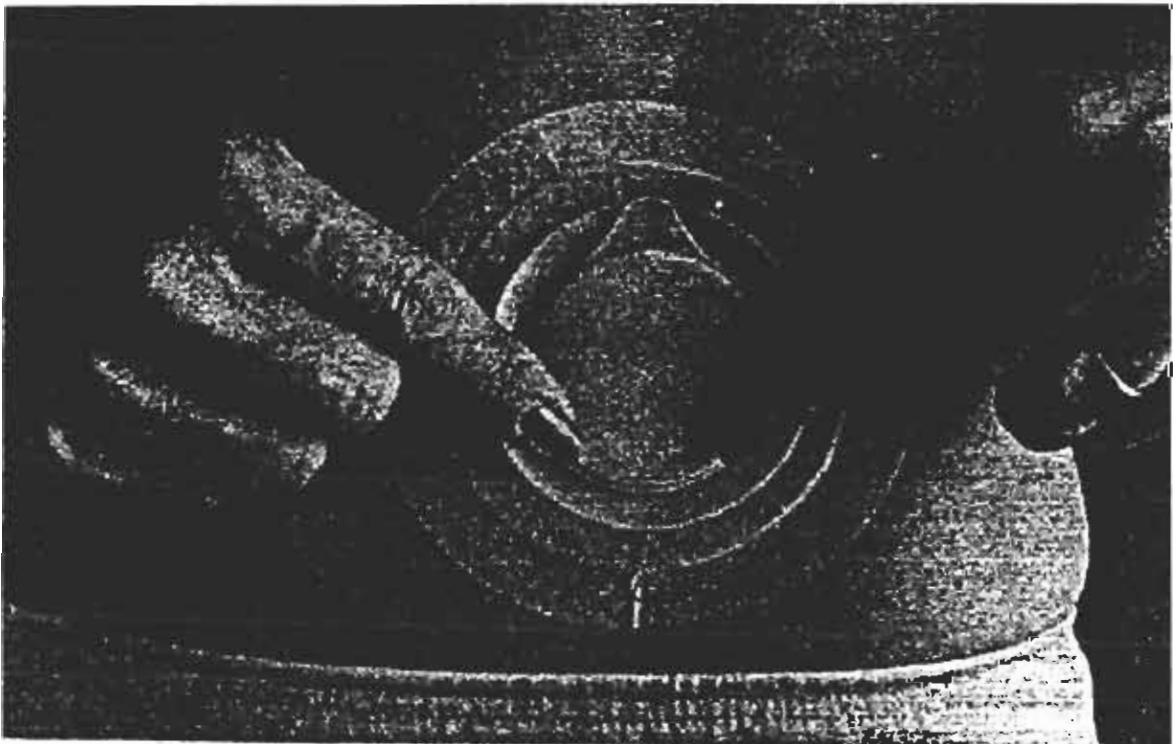


Figure 40-10. Sigmoidostomy and colostomy.

B. Ειδική Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς με κολοστομία

Οι ασθενείς με κολοστομία χρήζουν ιδιαίτερης και εξειδικευμένης φροντίδας. Ο νοσηλευτής- τρία πρέπει να κατέχει όλες τις γνώσεις, που συνθέτουν το γεγονός της στομίας, και να είναι σε θέση να ικανοποιήσει όχι μόνο τις ανάγκες των ασθενών με κολοστομία, αλλά και να τους διδάξει για την μετέπειτα πορεία τους.

Σε όλα αυτά μπορεί να ανταποκριθεί επιτυχώς ο στομιοθεραπευτής νοσηλευτής, που έχει ειδικευτεί στην περίπτωση και στη φροντίδα των στομιοπαθών, καθώς και στην αποκατάστασή τους. Οι στομιοθεραπευτές νοσηλευτές δεν προσφέρουν βοήθεια μόνο σε μεμονωμένους στομιοπαθείς, αλλά συντονίζουν και την φροντίδα αυτών των ασθενών, εκπαιδεύουν το νοσηλευτικό προσωπικό και συνεργάζονται με τις διάφορες νοσηλευτικές και ιατρικές ειδικότητες για να προάγουν την ποιότητα των προγραμμάτων αποκατάστασης των στομιοπαθών παντού.²²

Προκειμένου, ο νοσηλευτής να προσφέρει φροντίδα στον στομιοπαθή, πρέπει αρχικά να τον ενημερώσει και να του επιδείξει τις συσκευές, που είναι απαραίτητες για την κολοστομία. Υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία, τόσο στο σχήμα όσο και στο μέγεθος των σάκων περισυλλογής των κοπράνων. Μερικοί είναι ανοικτοί στο κάτω άκρο για να αδειάζονται εύκολα. Άλλοι είναι κλειστοί στο κάτω άκρο και αντικαθίστανται, όταν γεμίσουν. Ακόμη υπάρχουν συστήματα δυο τμημάτων (βάσης- σάκου) και η μεν βάση μένει κολλημένη στη στομία για πολλές μέρες, ενώ ο σάκος μπορεί να αποσπάται, να πλένεται και να ξαναχρησιμοποιείται. Όλοι χρειάζονται κάποιο είδος σάκκου. Επίσης, υπάρχουν ζώνες οι οποίες χρησιμεύουν για την στερέωση του σάκκου και προσφέρουν στον ασθενή ασφάλεια. Τέλος, κυκλοφορούν κλείστρα για τους ανοιχτούς σάκκους και ειδικές αλοιφές και gel για την περιποίηση της στομίας.²³

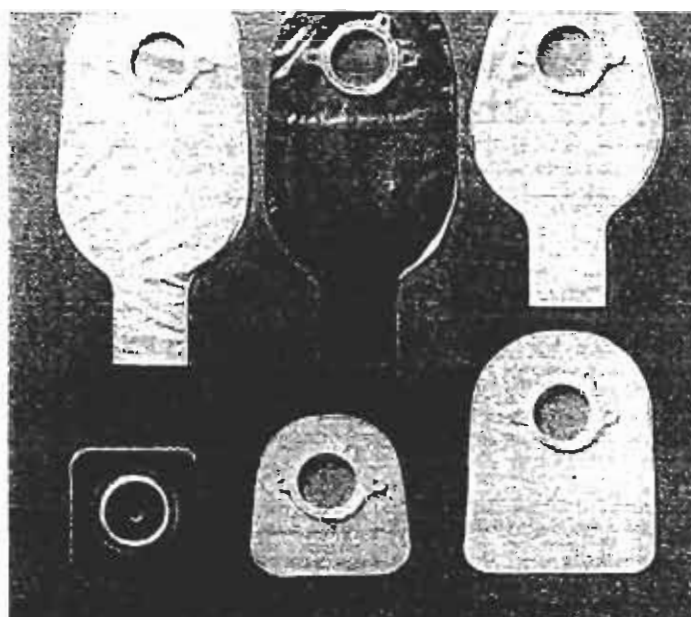
Α. Αλλαγή σάκκου και φροντίδα στομίου

Ο σάκκος κολοστομίας μπορεί να είναι αυτοκόλλητος ή ο δακτύλιος του να είναι από ρητίνη Karaya. Όσον αφορά το πρώτο εφαρμόζεται σε υγιές δέρμα, στο πάνω μέρος έχει φίλτρο διαφυγής αερίων από ενεργό άνθρακα, που συγκρατεί τις δυσάρεστες οσμές και είναι μιας χρήσης.

Τα υλικά που είναι απαραίτητα για την αλλαγή του και για την φροντίδα του στομίου είναι:

- Δίσκος που περιέχει:
 - ◆ Μπώλ με τολύπια και χαρτοβάμβακα
 - ◆ Φυσιολογικό ορό
 - ◆ Set αλλαγής
 - ◆ Νεφροειδές
 - ◆ Αδιάβροχο με τετράγωνο
- Skin gel
- Πάστα Karaya
- Σάκκοι Κολοστομίας
- Πλαστικός σάκκος για την συλλογή του μιας χρήσης σάκκου
- Σαπούνι, νερό, τρίφτης.

Κάθε νοσηλευτική ενέργεια περιλαμβάνει τη φάση προετοιμασίας και τη φάση εκτέλεσης.



Σάκκοι κολοστομίας

- Φάση προετοιμασίας

Αρχικά, ο νοσηλευτής –τρία δίδει στον ασθενή αναπαυτική θέση, τέτοια που να μπορεί να παρακολουθεί την διαδικασία. Είναι σημαντικό να εξασφαλίζεται ιδιαιτερότητα στον ασθενή ή με την χρήση παραβάν ή με την μεταφορά του σε ειδικό δωμάτιο. Στην συνέχεια, αφού γίνει εκλογή του κατάλληλου μεγέθους του σάκκου με το διαμετρώμετρο στομίων, αποκαλύπτεται η περιοχή της στομίας και αφαιρείται ο σάκκος. Ο χρησιμοποιημένος σάκκος τυλίγεται και ο νοσηλευτής τον πετά στον πλαστικό σάκκο αχρήστων. Αφού, τοποθετηθεί το αδιάβροχο με το τετράγωνο κάτω από το στόμιο, ο νοσηλευτής εφαρμόζει το νεφροειδές στο σώμα του ασθενή κάτω από τη στομία, προκειμένου να απορροφηθούν τα απεκκρίματα, όσο χρόνο θα καθαρίζεται το δέρμα.

Είναι σημαντικό κατά την αφαίρεση του σάκκου μα μην τραβάτε για να ξεκολλήσει. Ο νοσηλευτής πρέπει να χρησιμοποιεί διαλύτη, τον οποίο θα στάζει μεταξύ δέρματος και δίσκου.

- Φάση εκτέλεσης

Αφού ο νοσηλευτής καθαρίσει καλά την περιοχή του δέρματος γύρω από την στομία με χλιαρό νερό ή σαπούνι γλυκερίνης, κάνοντας απαλές κινήσεις και την στεγνώσει, πλένει τα χέρια του και ανοίγει το σετ αλλαγής. Με την λαβίδα, που θα βρει σε αυτό, και με ισότονο διάλυμα NaCl καθαρίζει το στόμιο, από το κέντρο προς την περιφέρεια με κυκλικές κινήσεις. Στην συνέχεια, απομακρύνεται το νεφροειδές και πρέπει να επισκοπείται με προσοχή το δέρμα για ένδειξη δερματικού ερεθισμού. Σε περίπτωση που διαπιστωθεί κάτι τέτοιο, ο νοσηλευτής επαλείφει την περιοχή με ζελατινούχο πήκτωμα (Skin gel).

Στην συνέχεια, ο νοσηλευτής αφαιρεί το προστατευτικό χαρτί μόνο από το κεντρικό τμήμα της αυτοκόλλητης επιφάνειας του σάκκου και κρατώντας τον από τα πλάγια, τον φέρει κέντρο και τον εφαρμόζει αρχίζοντας την τοποθέτηση ακριβώς κάτω από το στόμιο. Στην συνέχεια πιέζει προς τα κάτω και έξω, ισιώνοντας ταυτόχρονα τόσο την αυτοκόλλητη επιφάνεια, όσο και το δέρμα. Με αυτό τον τρόπο, αποφεύγεται η δημιουργία πτυχών. Με τον ίδιο τρόπο κολλάτε και το επάνω μέρος. Τέλος αφαιρείται και το χαρτί από τα πλάγια.

Ο νοσηλευτής, αφού αφαιρέσει το αδιάβροχο και τοποθετήσει τον ασθενή σε αναπαυτική θέση, τακτοποιεί τα αντικείμενα και πετά τον σάκκο στο εξωτερικό δοχείο απορριμμάτων.

Όλες οι παραπάνω ενέργειες επαναλαμβάνονται ακριβώς και για αλλαγή σάκκου με δακτύλιο ρητίνης. Ο σάκκος αυτός μπορεί να στηριχθεί από την στεφάνη του με ειδική ζώνη για περισσότερη ασφάλεια.

B. Περιποίηση και πλύση κολοστομίας

Σκοπός της πλύσης κολοστομίας είναι να βοηθήσει στο άδειασμα του κόλου από τα κόπρανα, τα αέρια και τη βλέννη, να καθαρίσει το περιφερειακό τμήμα του εντέρου και να βοηθήσει στο να εγκαθιδρυθεί ένα προγραμματισμένο άδειασμα του εντέρου.

Τα αντικείμενα που χρειάζονται είναι:

- Δοχείο υγρού πλύσης
- Δοχείο για το υγρό επιστροφής
- Υγρό πλύσης 500- 1500 ml θερμοκρασίας 40,5 ° C.
- Καθετήρας από μαλακό ελαστικό Νο 22 ή 24 με μαλακό ελαστικό κώνο.
- Μανίκι με περίβλημα πλύσης, αυτοκόλλητο ή συγκρατούμενο με ζώνη.
- Σάκκος για τη συλλογή των υγρών γαζών και του μιας χρήσης σάκκου.
- Χαρτί τουαλέτας και υδατοδιαλυτό γλισχραντικό
- Λαβίδα Kocher

- **Φάση προετοιμασίας**

Αφού ο νοσηλευτής διαλέξει τον κατάλληλο χρόνο πλύσης, που να συμφωνεί με τις μετανοσοκομιακές δραστηριότητες του ασθενούς, τον

ενημερώνει για το είδος της νοσηλείας και τον προτρέπει να την παρακολουθεί, προκειμένου να είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετείται στο μέλλον. Στην συνέχεια, ο νοσηλευτής κρεμάει το δοχείο πλύσης με το διάλυμα 45-50 cm πάνω από το στόμιο και τοποθετεί τον ασθενή στην λεκάνη της τουαλέτας. Τέλος αφαιρεί τις γάζες και τον σάκκο και τον βάζει στο σάκκο απορριμμάτων.

- Φάση εκτέλεσης

Προκειμένου να προληφθεί το πιτσίλισμα και η κακοσμία, τοποθετείται το μανίκι πλύσης σε ένα δακτύλιο, ο οποίος στερεώνεται με ζώνη πάνω στην στομία και το άλλο του άκρο μέσα στην λεκάνη. Ο Νοσηλευτής δημιουργεί μια οπή στο μανίκι πλύσης για να εισάγει τον καθετήρα ή τον πλαστικό κώνο στην στομία. Αφού αφήσει λίγο διάλυμα να τρέξει μέσα από τον κώνο, για να αφαιρεθεί ο αέρας από τη συσκευή, ώστε να μην εισαχθεί μέσα στο κόλο και προκαλέσει κωλικό πόνο, αλείφει τον κώνο με γλισχραντική ουσία και το βάζει ήπια μέσα στην στομία. Ο Νοσηλευτής πρέπει να πιέσει τον κώνο μαλακά αλλά σταθερά προς τη στομία για να εμποδιστεί η επιστροφή του υγρού και να αφήσει το νερό στο κόλο να μπει αργά. Σε περίπτωση που ο ασθενής αισθανθεί κράμπα, ο νοσηλευτής κλείνει το σωλήνα και αφήνει τον ασθενή να ξεκουραστεί. Το νερό πρέπει να μπει σε 5- 10 min.

Αφού ολοκληρωθεί η πλύση, ο νοσηλευτής αφαιρεί ήπια τον κώνο και περιμένει 10-15 min να επιστραφεί το νερό. Κατόπιν στεγνώνει το κάτω άκρο του μανικιού και το κλείνει με λαβίδα Kocher, ώστε να μπορεί να κινηθεί ο ασθενής και να προληφθεί η έξοδος υγρού, αφού το σήκωμα συντελεί στην περίσταση του εντέρου.

- Φάση παρακολούθησης

Είναι σημαντικό μετά από την πλύση, να καθαρίζεται η επιφάνεια της στομίας με ήπιο νερό και σαπούνι και να αντικατασταθεί ο σάκκος

κολοστομίας. Με αυτόν τον τρόπο, ο ασθενής θα νιώθει άνετος και καθαρός για αρκετές ώρες.

Τέλος, ο νοσηλευτής φροντίζει τα χρησιμοποιηθέντα αντικείμενα και τα φύλα σε καλά αεριζόμενο χώρο.²⁴

Γ. Προβλήματα ασθενούς με κολοστομία και αντιμετώπιση τους

Το δέρμα

Μια κολοστομία που αποβάλλει στερεά κόπρανα συνήθως προκαλεί ελάχιστα ή καθόλου προβλήματα στο δέρμα. Ο νοσηλευτής- τρία διδάσκει τον άρρωστο πώς να αντιμετωπίζει τα δερματικά προβλήματα:

- Να χρησιμοποιεί πάντα το σωστό μέγεθος συσκευής και να φροντίζει να ανοίγει το δερματοπροστατευτικό στη σωστή του διάσταση.
 - Να αλλάζει τακτικά τη συσκευή για να αποφεύγονται οι διαρροές. Η διαρροή δημιουργεί κνησμό και κάψιμο, και αν δεν αλλαχθεί γρήγορα η συσκευή θα δημιουργηθεί ερεθισμός.
 - Να μην αποκολλά βίαια τη συσκευή από το δέρμα.
 - Να διατηρεί το δέρμα καθαρό πλένοντας το με νερό. Να στεγνώνει πολύ καλά το δέρμα και μετά να τοποθετεί το δερματοπροστατευτικό.
 - Να ελέγχει μήπως είναι αλλεργικός ή μήπως έχει ευαισθησία στο κολλητικό, την ταινία ή το υλικό του σάκκου που χρησιμοποιεί. Η ευαισθησία και αλλεργία από τα προϊόντα που χρησιμοποιούνται, μπορεί να εμφανισθούν μετά από εβδομάδες, μήνες ή και χρόνια καθώς το σώμα μπορεί σταδιακά να ευαισθητοποιηθεί. Αν θέλει να ελέγξει το δέρμα για ευαισθησίες ή αλλεργίες μπορεί να το κάνει μόνος του ακολουθώντας τις παρακάτω οδηγίες στο «Τεστ ευαισθησίας» ή να ζητήσει τη βοήθεια του νοσηλευτή.
-

Τεστ ευαισθησίας

Τοποθετεί ο νοσηλευτής σε κάποιο σημείο της κοιλιάς του αρρώστου μακριά από την κολοστομία, ένα μικρό κομμάτι από το υλικό που θέλει να ελέγξει. Αν δεν είναι αυτοκόλλητο, ο νοσηλευτής το κολλά με μια ταινία στην οποία δεν είναι αλλεργικός ο ασθενής και το αφήνει για 48 ώρες.

Μόλις περάσουν οι 48 ώρες, ο νοσηλευτής το ξεκολλά και ελέγχει αν έχει δημιουργήσει κοκκινίλα ή σπυράκια. Αν το δέρμα είναι καθαρό, τότε μπορεί να χρησιμοποιηθεί άφοβα το προϊόν.

Αν ο άρρωστος αισθάνεται κνησμό ή κάψιμο πριν περάσουν οι 48 ώρες, τότε σημαίνει ότι έχει ευαισθησία σ' αυτό το προϊόν. Αφαιρείται αμέσως και το δέρμα πλένεται καλά, με νερό και σαπούνι.

Ενδέχεται όμως και η ταινία να δημιουργήσει κάποια αντίδραση. Τότε όμως η κοκκινίλα ή οποιοσδήποτε άλλος ερεθισμός θα είναι περιορισμένα στην περιοχή που καλυπτόταν από την ταινία.

Αν παρατηρηθεί ότι ο άρρωστος είναι αλλεργικός σε κάποιο προϊόν, ο νοσηλευτής τότε δοκιμάζει κάποιο άλλο, από άλλο κατασκευαστή και το ελέγχει και αυτό με τον ίδιο τρόπο μέχρις ότου να καταλήξει σ' αυτό που είναι κατάλληλο για τον ασθενή.²⁵

Αέρια

Όλοι οι στομιοπαθείς αποβάλλουν κάποια αέρια. Αυτό γίνεται ιδιαίτερα αντιληπτό κατά την διάρκεια των πρώτων εβδομάδων και μηνών μετά την επέμβαση. Η αποβολή ποσότητας αερίων ίσως οφείλεται στον αέρα που καταπίνει ο άρρωστος. Ο άρρωστος πρέπει να τρωει ήσυχα, σε ήρεμη ατμόσφαιρα με κλειστό στόμα, μασώντας καλά. Μερικές τροφές ίσως οδηγούν στη δημιουργία εντερικών αερίων. Μερικές από αυτές είναι: τα αγγούρια, το λάχανο, τα μπρόκολα, τα μανιτάρια, τα κρεμμύδια, το ψάρι, τα ξερά φασόλια, το γάλα και το τυρί. Δυσκοιλιότητα ή ανεπιτυχής υποκλυσμός, μπορούν επίσης να είναι η αιτία παραγωγής αερίων. Εάν το πρόβλημα

συνεχίζει να υπάρχει, ο άρρωστος καταγράφει τι τρωει και τον τρόπο μαγειρέματος. Έτσι μαθαίνει την αιτία του προβλήματος.

Θόρυβος

Για να μειωθεί ο θόρυβος από τα εξερχόμενα αέρια, ο άρρωστος τοποθετεί το χέρι πάνω στη στομία και παράλληλα σκύβει προς τα εμπρός. Αποφεύγονται οι αεριούχες τροφές.

Οσμές

Η δυσοσμία είναι συνήθως συνυφασμένη με τα αέρια, τα υδαρή ασημάτιστα κόπρανα ή διάρροια. Μερικές τροφές όπως έχουν ήδη αναφερθεί καθώς και μερικά φάρμακα, όπως οι βιταμίνες και τα αντιβιοτικά μπορούν να οδηγήσουν στην παραγωγή κοπράνων με εντονότερη μυρωδιά.

Οι έντονες οσμές είναι ιδιαίτερα συχνές στις εγκαρσιοστομίες. Αυτό το πρόβλημα μπορεί να αντιμετωπιστεί με την τοποθέτηση αποσμητικού μέσα στη συσκευή και τη συχνή αντικατάσταση των σάκκων.

Περιποίηση του οπίσθιου τραύματος

Σε μερικούς ασθενείς αφαιρούνται εντελώς το απευθυσμένο και ο πρωκτός και μπορεί να υπάρξει οπίσθιο τραύμα. Η περιποίηση αυτού του τραύματος στηρίζεται αποκλειστικά στην τοπική υγιεινή. Χρησιμοποιούνται επιθέματα ή πάνες για την συλλογή τυχόν εκκρίσεων. Επίμονες μολύνσεις ή παροχετεύσεις ίσως μπορούν να αντιμετωπισθούν με αντιβιοτικά, υποκλυσμούς. Ο γιατρός θα υποστηρίξει περαιτέρω θεραπείες.

Δυσκοιλιότητα, υδαρή – ασχημάτιστα κόπρανα, διάρροια

Η δυσκοιλιότητα είναι συνήθως αποτέλεσμα κακής διατροφής ή ελάχιστης λήψης τροφής ή υγρών. Κάποια φάρμακα ίσως επίσης οδηγήσουν στη δυσκοιλιότητα.

Για το πρόβλημα της δυσκοιλιότητας καλό είναι να χρησιμοποιούνται καθαρτικά, χωρίς εντολή γιατρού.

Η διάρροια ορίζεται σαν τη συχνή αποβολή ασχημάτιστων μαλακών ή υδαρών κοπράνων. Η διάρροια πρέπει να διαχωρίζεται από τις χαλαρές υδαρείς κενώσεις. Οι υδαρείς κενώσεις είναι συνήθως στις εγκαρσιοστομίες και τις ανιούσες κολοστομίες.

Αυτές οφείλονται στη μείωση του μήκους του εντέρου. Μερικές τροφές μπορούν να προκαλέσουν διάρροια. Τότε πρέπει να ανακαλυφθούν και να αποφευχθούν από τον άρρωστο.

Πρέπει να ακολουθείται μια καλά ρυθμισμένη διατροφή και να χορηγούνται επαρκείς ποσότητες υγρών.

Ύπαρξη του «πρωκτού φάντασμα»

Ο άρρωστος έχει το αίσθημα της αφόδευσης. Αυτό όμως μπορεί να υπάρχει για χρόνια μετά την εγχείρηση. Υπάρχει ακόμα πιθανότητα αν δεν έχει αφαιρεθεί το απευθυσμένο όχι μόνο να έχει την αίσθηση αλλά και πραγματικά να αφοδεύσει βλέννες.²⁰

Δ. Επιπλοκές της κολοστομίας

Το συνηθέστερο πρόβλημα μετά την επέμβαση, είναι ο σχηματισμός κήλης γύρω από την κολοστομία. Αυτό εκδηλώνεται σαν ένα εξόγκωμα του δέρματος γύρω από την στομία, δυσκολία στην πλύση, μερική απόφραξη και ίσως πρόπτωση του εντέρου στην κολοστομία.

Μερικά από αυτά τα προβλήματα αποφεύγονται, εάν γίνει προεγχειρητικά η σωστή επιλογή της θέσης, πάνω στα κοιλιακά τοιχώματα, που θα γίνει η στομία. Η θέση αυτή είναι η περιοχή του ορθού κοιλιακού μυ.

Οι συνηθέστερες επιπλοκές που μπορεί να αντιμετωπίσει ο ασθενής είναι:

- Κράμπες που διαρκούν περισσότερο από δυο έως τρεις ώρες
- Ασυνήθιστη έντονη οσμή, που διαρκεί πάνω από εβδομάδα
- Αλλαγή του μεγέθους και της εμφάνισης της στομίας
- Απόφραξη της στομίας και/ ή πρόπτωση
- Μεγάλη αιμορραγία από το άνοιγμα της στομίας
- Τραυματισμός της στομίας
- Κόψιμο της στομίας
- Συνεχή αιμορραγία στη συμβολή στομίας και δέρματος
- Συνεχείς υδαρείς αποβολές που κρατάνε πάνω από έξι ώρες

Η ρήξη ή διάτρηση του εντέρου είναι σπάνια, όταν χρησιμοποιείται σωστά ο κώνος, κατά την πλύση. Όταν ο ασθενής διαπιστώσει κάποια από τις παραπάνω επιπλοκές, οφείλει να ενημερώσει το γιατρό του ή τον στομιοθεραπευτή νοσηλευτή.²⁶

Ε. Έξοδος του ασθενούς από το νοσοκομείο – Σχέδιο διδασκαλίας

Στόχος της διδασκαλίας του στομιοθεραπευτή νοσηλευτή είναι να κατανοήσει πλήρη ο στομιοπαθής, ότι η κολοστομία δεν αποτελεί εμπόδιο στην διεκπεραίωση των καθημερινών του δραστηριοτήτων και υποχρεώσεων. Ο στομιοθεραπευτής νοσηλευτής οφείλει να διδάξει τον στομιοπαθή, με απλή και κατανοητή γλώσσα τα εξής:

Α. Τροφή. Δεν υπάρχει ειδική διαίτα για τους στομιοπαθείς. Η κολοστομία δεν είναι ασθένεια. Έτσι όπως κάθε οργανισμός, έτσι και οι στομιοπαθείς πρέπει να καταναλώνουν άφθονο νερό, κρέας, ψάρι, γαλακτοκομικά προϊόντα, λαχανικά και φρούτα, δημητριακά και ψωμί. Γρήγορα, ο στομιοπαθής θα διαπιστώσει από μόνος του ποιες τροφές παράγουν αέρια ή δυσάρεστες οσμές, ποιες δημιουργούν διάρροια ή δυσκοιλιότητα. Έχοντας επίγνωση αυτών, ο στομιοπαθής μπορεί να ρυθμίσει σημαντικά τη συμπεριφορά του εντέρου του.

Β. Καθημερινή ζωή. Όταν ο ασθενής αναρρώσει πλήρως, μπορεί να συνεχίσει τις περισσότερες από τις καθημερινές δραστηριότητες του, όπως πριν. Βέβαια, απαραίτητο είναι να φροντίζει την κολοστομία κατάλληλα για να μην υπάρξει πρόβλημα.

Γ. Εργασία. Οι στομιοπαθείς μπορούν να ασχοληθούν με όλες σχεδόν τις δουλειές. Υπάρχουν στομιοπαθείς αθλητές, πυροσβέστες,, μηχανικοί κ.α. Καλό είναι ο στομιοπαθής να συζητήσει με τον γιατρό του και τον στομιοθεραπευτή νοσηλευτή τον τύπο της εργασίας του, προκειμένου να προληφθούν μελλοντικές δυσχέρειες.

Δ. Κοινωνικές δραστηριότητες. Μετά την πλήρη ανάρρωση, ο στομιοπαθής μπορεί να ξεκινήσει τις κοινωνικές δραστηριότητες, τα πάρτυ, τις εξόδους. Ο στομιοθεραπευτής νοσηλευτής οφείλει να τον ενθαρρύνει προς αυτήν την κατεύθυνση, προκειμένου να αποφευχθούν καταστάσεις μελαγχολίας και θλίψης.

Ε. Σεξουαλική Ζωή. Η κολοστομία δεν αποτελεί εμπόδιο για την ύπαρξη σεξουαλικής ζωής. Βέβαια, τώρα που το σώμα του στομιοπαθή έχει αλλάξει, είναι φυσικό να υπάρχει κάποια ευαισθησία. Το ποσοστό ανικανότητας στους άνδρες κυμαίνεται από 10- 15%. Στις γυναίκες είναι λιγότερο. Η κατανόηση του άλλου προσώπου, μπορεί να βοηθήσει σημαντικά τον στομιοπαθή.

Η κολοστομία, επίσης, δεν αποτελεί εμπόδιο και για την εγκυμοσύνη. Πρέπει, όμως, να παρακολουθείται συχνά από τον γιατρό το μέγεθος της. Μπορεί να χρειαστεί αλλαγή των υλικών, που ήδη χρησιμοποιούνται.

Στ. Άσκηση, παιχνίδια, σπορ. Η κολοστομία δεν αποτελεί εμπόδιο για κανένα είδος άσκησης ή σπορ.

Ζ. Μπάνιο και κολύμπι. Το νερό δεν βλάπτει την στομία. Ο στομιοπαθής μπορεί να κάνει μπάνιο ή ντους φορώντας όχι την συσκευή

γύρω από την στομία. Για λόγους υγιεινής θα πρέπει να χρησιμοποιείται αυτοκόλλητος σάκκος, όταν κολυμπά ο στομιοπαθής σε θάλασσα ή γλυκά νερά.

Η. Ρούχα. Δεν χρειάζεται η εφαρμογή ειδικών ρούχων, γιατί οι μοντέρνες συσκευές κολοστομίας είναι τελείως επίπεδες και διακριτικές.

Θ. Ταξίδια. Ο στομιοπαθής μπορεί να κάνει όσα ταξίδια θέλει και με οποίον τρόπο θέλει. Αρκεί βέβαια να έχει μαζί του όλα τα υλικά που του είναι απαραίτητα για την φροντίδα της στομίας.²⁷



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ'

Μέθοδος νοσηλευτικής διεργασίας σε
ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου

1^η Κλινική περίπτωση

2^η Κλινική περίπτωση

Επίλογος

Βιβλιογραφία

Κεφάλαιο ΣΤ'

Μέθοδος νοσηλευτικής διεργασίας σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου.

Κλινικές περιπτώσεις (2)

Κλινική περίπτωση (1)

Όταν ξεκίνησα αυτή την εργασία πίστευα ότι ήταν πολύ δύσκολο να βρω άτομα με καρκίνο παχέος εντέρου, τα οποία θα δέχονταν να συζητήσουν μαζί μου τα προβλήματά τους, τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους. Θεωρούσα ότι με τις ερωτήσεις μου θα γινόμουν αδιάκριτη και ενοχλητική. Τελικά, έκανα λάθος. Διαπίστωσα ότι τα άτομα αυτά που ήρθα σε επαφή μαζί τους, αναζητούσαν απεγνωσμένα να εκφράσουν τον εσωτερικό τους κόσμο, σε κάποιον που ειλικρινά ενδιαφέρονταν. Θα ήθελα να τους ευχαριστήσω θερμά και να τους πω ότι η υπομονή και η πίστη είναι τα όπλα τους για την συνέχιση της ζωής.

Η πρώτη περίπτωση που θα αναφερθώ είναι άνδρας 68 ετών, ο Ι.Κ. καταγόμενος από την Κεφαλονιά, ναυτικός στο επάγγελμα, ο οποίος προσήλθε στην Χειρουργική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών στις 10-3-00. Μαζί του ήταν η γυναίκα του και ο μικρότερος από τους τρεις γιους του, οι οποίοι τον αγαπούν πολύ και του συμπαραστάθηκαν σε όλη την διάρκεια της δοκιμασίας του.

Το **ιατρικό ιστορικό** του ασθενούς αναφέρει: «Από 12 ημέρου διαγνωσμένο Ca ορθού. Ο ασθενής εισάγεται στην κλινική μας για να χειρουργηθεί. Από μηνός αναφέρει απώλεια αίματος και διάρροιες από το ορθό. Εξωτερικός παθολόγος διέγνωσε μάζα σε βάθος 8 cm από τον δακτύλιο. Ελήφθη βιοψία και ιστολογική εξέταση, η οποία έδειξε αρκετά διαφοροποιημένο αδενοκαρκίνωμα με νεκρωτικές αλλοιώσεις και μυϊκό ιστό στο υπόστρωμα.»

Το **νοσηλευτικό ιστορικό** του ασθενούς αναφέρει ότι προσήλθε με τη συνοδεία της συζύγου του και του γιου του. Ήταν ήρεμος εμφανισιακά, όμως αργότερα έγινε ανήσυχος και φοβισμένος.

Το **προσωπικό του ιστορικό** αναφέρει:

1. Χολολιθίαση
2. Παλιό κάταγμα στον βραχίονα
3. Σπονδυλαρθρίτιδα
4. Πρεσβυωπία

Το **οικογενειακό του ιστορικό** αναφέρει :

1. Καρδιακή ανεπάρκεια
2. Σακχαρώδη διαβήτη
3. Ca στομάχου
4. Επιληψία.

Κατά την **κλινική εξέταση** βρέθηκαν τα εξής:

Κεφαλή-τράχηλος :Έλλειψη οδόντων, τραχηλικοί λεμφαδένες αψηλάφητοι.

Θώρακας :Ακρόαση καρδιάς φυσιολογική , ακρόαση πνευμόνων φυσιολογική.

Κοιλιά: Μαλακή, ευπίεστη, χωρίς σύσπαση , ήπαρ και σπλήνα αψηλάφητα. Κοιλιακοί ήχοι φυσιολογικοί.

Άκρα: Φυσιολογικά, ανώδυνα, ψηλαφητές σφίξεις.

Συμπέρασμα :Ca ορθού στα 8 cm και χρειάζεται πρόσθια χαμηλή εκτομή.

Τα **ζωτικά σημεία** του ασθενούς κατά την εισαγωγή ήταν Απ: 130mmHg-90 mmHg, αναπνοές 18/min, σφίξεις 70/min , και θερμοκρασία 36,8 °C.Οι μέρες παραμονής στο νοσοκομείο ήταν συνολικά 23. Ήταν γενικά ήσυχος και απλός άνθρωπος, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των νοσηλευτριών.

Το χειρουργείο του ήταν τακτικό, προγραμματισμένο για τις 13-3-00. Την προηγούμενη του χειρουργείου μεταφερθεί στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ρίου, όπου έγινε ακτινογραφία εντέρου με βαριούχος

υποκλυσμό, όπου και απέδειξε σκιαγραφικό έλλειμμα περιορισμένης έκτασης στην ορθοσιγμοειδική καμπή. Την ίδια ημέρα έγινε και η προεγχειριστική ετοιμασία δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στην αντισηψία του εντέρου με καθαρτικούς υποκλυσμούς και αντιλιωτικά . Στις 13-3-00 χειρουργήθηκε και παρελήφθη από το χειρουργείο απύρεως, με Απ. 140 mmHg – 90mmHg και 80 σφίξεις. Στην περιοχή του τραύματος παρουσίασε ευαισθησία.

Ο ασθενής φέρει ορρό, LEVIN και καθετήρα κύστεως. Ετέθη σε τρίωρη μέτρηση ζωτικών σημείων και του γίνεται επίσης μέτρηση προσλαμβανομένων, ώστε να διατηρείται το ισοζύγιο υγρών.

Τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες ήταν ανήσυχος, αλλά δεν παρουσίασε κανένα ιδιαίτερο πρόβλημα. Την 6^η μετεγχειρητική ημέρα ήταν απύρετος, δίχως άλγος, αλλά παρουσίασε διαρροϊκές κενώσεις κίτρινου χρώματος. Του αφαιρέθη το LEVIN , ενώ μετά την 9^η μετεγχειρητική μέρα δεν είχε άλλους εμετούς ή διάρροιες.

Η πορεία του ασθενούς ήταν ομαλή. Του έγινε αναπνευστική γυμναστική, αφαιρέθηκε ο καθετήρας FOLLEY και έγινε διακοπή του ορού. Στις 23-3-00 του έγινε RO κοιλίας μετά από κατάποση ½ φιάλης γαστρογραφίνης και ½ ποτήρι βάριο, η οποία έδειξε την καλή διάβαση του εντέρου. Την ίδια ημέρα έγινε το εξιτήριο του ασθενούς ,ο οποίος βγήκε από το νοσοκομείο πιο ήρεμος, έχοντας την πεποίθηση για την καλύτερευση της υγείας του, που τον συνόδευσαν.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που του έγιναν κατά τη διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο έδειξαν τα εξής αποτελέσματα:

	13/3	14/3	15/3	20/3	21/3
Λευκά αιμοσφαίρια	6.000	7.000	7.000	6.500	7.000
Αιματοκρίτης	46	43	45	442	42
Ουρία	45	52	48	30	37
Σάκχαρο	128	155	104	113	118
Κρεατίνη	1,2				

Λευκώματα	7,2		
Αμυλάση	9,8		
Φωσφατάση Αλκαλική	58	64	
SGOT	14	11	20
SGPT	4	7	9

Η κάρτα νοσηλείας του ασθενούς περιελάμβανε τα εξής φάρμακα:

Traxiparine	1 x 2
Zantac tb	1 x 2
Bisolvon sir	1 x 3
Imodium drops	20 x 3
Ringer's 1000 ml	1 x 1
Dextrose 5%	1 x 1
Septrin amp	1 x 1

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΘΕΤΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ, ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΦΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Η επίγνωση ασθενούς έχει καρκίνο η εισαγωγή στο οικομείο για χειρουργική μετώπιση του όγκου του.</p> <p>Μειωμένη αυτοεκτίμηση λόγω φόβου άγχος</p>	<p>-Απαλλαγή του ασθενούς από τα απαισιόδοξα αισθήματα του όσο το δυνατόν.</p>	<p>-Συζήτηση με τον ίδιο τον ασθενή, για να του δοθούν οι απαραίτητες εξηγήσεις</p> <p>-Συζήτηση και με τους οικείους του, για να βεβαιωθούν ότι όλα θα πάνε καλά.</p>	<p>-Προσεκτική ακρόαση όλων των φόβων και ανησυχιών του ασθενούς χωρίς βιασύνη.</p> <p>-Σαφείς εξηγήσεις για τα ερωτήματά του και διευκρινίσεις για τις παρανοήσεις του.</p> <p>-Σταθερό ενδιαφέρον και ψυχολογική ενίσχυση ασθενούς και συγγενών αυτού.</p> <p>-Ηρεμη στάση της νοσηλεύτριας, ώστε να διατηρεί και ο ασθενής την ίδια στάση ηρεμίας.</p>	<p>-Ο ασθενής ηρέμησε και έπαψε να διακατέχεται από άσχημα συναισθήματα σε μεγάλο βαθμό. - <u>Απέκτησε εμπιστοσύνη</u> και ένιωθε ασφαλής μέσα στο χώρο που βρίσκεται.</p>
<p>Μείωση των δραστηριοτήτων ασθενούς, εξαιτίας εύκολης κόπωσης.</p>	<p>Αύξηση της μετεγχειρητικής δραστηριότητας του ασθενούς και κίνηση του, για την αποφυγή κατακλίσεων και άλλων δυσάρεστων επιπλοκών</p>	<p>-Προτροπή του ασθενούς για δραστηριότητες που του κινούν το ενδιαφέρον.</p> <p>-Απασχόληση του ασθενούς με οτιδήποτε είναι σε θέση να κάνει προκειμένου να πάψει να σκέφτεται την κατάσταση του.</p>	<p>- Εκτέλεση διαφόρων δραστηριοτήτων από τον ασθενή, έτσι ώστε και να κινείται και να ξεφεύγει από τις σκέψεις του.</p> <p>- Συμπαράσταση και ψυχολογική ενίσχυση του ασθενούς για να απασχολείται με</p>	<p>-Αποφυγή δυσάρεστων επιπλοκών της μειωμένης δραστηριότητας του ασθενούς.</p> <p>- Ο ασθενής δραστηριοποιήθηκε και έπαψε να σκέφτεται διαρκώς την υγεία του.</p>

<p><u>Αδυναμία της τροφής το στόμα,</u> ω της Ξίστασης του ξενούς.</p>	<p>-Θρέψη του ασθενούς.</p>	<p>-Ευρεση τρόπου τεχνητής διατροφής</p> <p>-Προσδιορισμός του μίγματος της τεχνητής διατροφής</p> <p>- Προσδιορισμός του τρόπου χορήγησης των φαρμάκων</p>	<p>δραστηριότητες που του κινούν το ενδιαφέρον.</p> <p>- Τεχνητή διατροφή με ρινογαστρικό σωλήνα, LEVIN, βιταμίνες και το νερό που χρειάζεται ο ασθενής.</p> <p>- Η χορήγηση μπορεί να γίνεται σε γεύματα ή να είναι συνεχής.</p> <p>-Η θερμοκρασία της τροφής να είναι 37,5 ° με 38 ° C.</p> <p>-Η ποσότητα της τροφής πρέπει να μετράται.</p> <p>-Τα χρησιμοποιούμενα αντικείμενα να είναι καθαρά και ζεστά</p> <p>- Στη διάρκεια της διατροφής ο ασθενής παίρνει αναπαυτική θέση.</p>	<p>-Ο ασθενής <u>τρέφεται</u> κανονικά.</p> <p>- Η εξασφάλιση της σωστής διατροφής του ασθενούς, δηλώνει την <u>διατήρηση</u> του <u>ισοζυγίου</u> των αναγκών του οργανισμού σε θερμίδες.</p>
<p><u>Θρεπτικό</u> <u>ισοζύγιο</u> ωρεξία, τοι, φαγία)</p>	<p>-Διατήρηση επαρκούς θρέψης του ασθενούς.</p> <p>- Αποκατάσταση του θρεπτικού ισοζυγίου του ασθενούς.</p>	<p>-Έλεγχος των τροφών που ο ασθενής προτιμά.</p> <p>-Προσπάθεια εξασφάλισης των σωστών συνθηκών διατροφής.</p> <p>- Σε αποτυχία των</p>	<p>- Προσπάθεια θρέψης του ασθενούς με τροφές τις οποίες προτιμά.</p> <p>- Ευχάριστη ατμόσφαιρα και καλοσερβιρισμένες</p>	<p>-Επιτεύχθηκε η <u>θρέψη</u> του ασθενούς.</p> <p>- Η σωστή θρέψη του οδήγησε σε <u>ταχεία</u> <u>ανάρρωση</u>.</p>

		άλλων μέσων, χρησιμοποίηση τεχνητής διατροφής.	τροφές. -Τεχνητή διατροφή με LEVIN.	
Υδατο-κρολυτικά οξεοβασικά σοζύγια.	- Αποκατάσταση των ισοζυγίων	- Προγραμματισμός στη χορήγηση ηλεκτρολυτών παρεντερικά. - Προγραμ-ματισμένη μέτρηση αυτών.	- Κατάλληλη ενυδάτωση του ασθενούς. - Παρεντερική χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών. - Προσεκτική μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.	- Επίτευξη των <u>απαιτούμενων ισοζυγίων.</u>
Επιλογές λητής εροφής (με VIN), όπως θροια, τία, εμετοί, υμονία από ρόφηση π.	-Πρόληψη των επιπλοκών. - Σε περίπτωση που συμβούν, άμεση αντιμετώπιση τους.	-Προσοχή στα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται. -Προσοχή κατά τη διάρκεια της σίτισης του ασθενούς. - Λήψη μέτρων για πρόληψη εισρόφησης σε περίπτωση εμετού.	- Σχολαστικός καθαρισμός των χρησιμοποιούμενων αντικειμένων μετά από κάθε χρήση. - Λήψη μέτρων για την αποφυγή εισόδου αέρα μέσα στον οισοφάγο κατά τη σίτιση. - Εξασφάλιση μίγματος μόνο για 24 ώρες και διατήρηση του στο ψυγείο. - Αποφυγή κίνησης του ασθενούς 2-3 ή μετά τη σίτιση. - Φροντίδα στόματος και ρωθώνων. - Ανάρροπη θέση	-Τεχνητή διατροφή χωρίς επιπλοκές. - Άμεση <u>αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκής.</u>

			του ασθενούς και στροφή της κεφαλής στο πλάι.	
Διάταση μάχου.	-Ανακούφιση του ασθενούς από το δυσάρεστο αυτό συναίσθημα.	-Εκκένωση του στομάχου από το περιεχόμενο του, το οποίο συσσωρεύεται μετά από την επέμβαση.	- Εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα (LEVINE) - Αποβολή του περιεχόμενου του στομάχου. - Πτώση του στομάχου για την απομάκρυνση του περιεχομένου του. -Χορήγηση γαστροκινητικών φαρμάκων.	-Ανακούφιση του ασθενούς.
Πόνος στο ίνιο, τύτους και ινεϊκό τύμα.	- Ο πόνος στις περιοχές αυτές είναι συνήθως απόρροια τοπικής φλεγμονής και η ανακούφιση από τον πόνο.	- Αποφυγή περαιτέρω μόλυνσης του τραύματος.	- Αποφυγή επαφής μας με το τραύμα με μη καθαρό και αποστειρωμένο υλικό. - Κάθε αλλαγή θα πρέπει να γίνεται με μια άσηπτη τεχνική. - Διατήρηση του τραύματος στεγνού και καθαρού. - Χορήγηση του κατάλληλου αντιμικροβιακού ή αντιβιοτικού σχήματος. - Η χορήγηση του αντιβιοτικού σχήματος και η υποχώρηση της	- Υποχώρηση της φλεγμονής και ανακούφιση του πόνου.
		- Θεραπεία της		

		<p>υπάρχουσας φλεγμονής</p> <p>-Εξασφάλιση επαρκούς αναλγησίας του αρρώστου.</p>	<p>φλεγμονής είναι συνήθως αρκετά για την υποχώρηση του πόνου. Σε ισχυρό πόνο δίνονται υποστηρικτικώς, ηρεμιστικά, κατευναστικά στην αρχή και αν ο πόνος δεν υποχωρεί δίνονται ήπια αναλγητικά (παρεταμόλη) ή και αναλγητικά με συνδυασμό βαρβιτουρικού.</p>	
<p><u>Καθαριότητα</u> εντερικού ήνα και του αιατος.</p>	<p>- Διατήρηση του ασθενούς καθαρού και αποφυγή κακοσμίας.</p>	<p>- Τακτικό πλύσιμο του ασθενούς.</p> <p>- Περιποίηση του σώματος, της κεφαλής και των ρούχων του.</p> <p>- Προσοχή κατά την ούρηση και αφόδευση.</p>	<p>- Συχνό μπάνιο επί κλίνης του ασθενούς, λούσιμο του τριχωτού της κεφαλής του και καθαρισμός του, σε κάθε σημείο του σώματος του.</p> <p>- Λήψη μέτρων για την αποφυγή ρύπανσης των ρούχων του κατά την ούρηση και την αφόδευση.</p> <p>- Συχνή αλλαγή των ρούχων του και των κλινοσκεπασμάτων του, ώστε να είναι πάντα καθαρός.</p>	<p>- Ο ασθενής αφού είναι <u>καθαρός</u>, νιώθει <u>άνετος</u> και <u>ασφαλής</u>. Η καθαριότητα τον έκανε να νιώσει <u>ευδιάθετος</u> και πιο χαρούμενος.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ, ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΦΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Αισθήματα _ύπης και <u>απελπισίας</u> για το <u>φόβο</u> του επικείμενου <u>θανάτου</u>, (φόβος για την ατέλειτα τύχη της οικογένειας του).</p>	<p>- Απαλλαγή του ασθενούς από τη σκέψη του θανάτου.</p> <p>- Εμφύσηση ελπίδας για τη συνέχιση της ζωής, πάλι στην αγαπημένη του οικογένεια.</p>	<p>- Υποστήριξη του ασθενούς ότι όλα θα πάνε καλά.</p> <p>- Στροφή του σε νέα ενδιαφέροντα, που θα τον απαλλάξουν από άσχημες σκέψεις.</p> <p>- Πρέπει πάντα να έχει βαθιά πίστη στο Θεό.</p>	<p>- Ψυχολογική ενίσχυση του ασθενούς, ώστε να έχει ελπίδα και αισιοδοξία για τη ζωή. Πρέπει η νοσηλεύτρια να του εμφυσήσει το αίσθημα της ελπίδας και τον καθησυχάσει για την τύχη της οικογένειας του.</p> <p>- Πρέπει ο ασθενής να πάψει να απελπίζεται, ύστερα από την δική μας προτροπή.</p> <p>- Στροφή της προσοχής του ασθενούς σε νέα ενδιαφέροντα και διαρκής απασχόληση του, η οποία δεν του αφήνει περιθώρια άσχημων σκέψεων.</p> <p>- Πρέπει να μάθει ο ασθενής να έχει βαθιά πίστη στο Θεό και να ελπίζει, αν βέβαια δεν είναι από την φύση του πιστός Χριστιανός.</p>	<p>- Ο ασθενής απέκτησε ελπίδα και αισιοδοξία και δεν φοβάται πια το θάνατο.</p> <p>- Έπαψε αν ανησυχεί για την οικογένεια του, ξέροντας <u>ότι ο Θεός φροντίζει για όλους τους χριστιανούς.</u></p>

2^η Κλινική περίπτωση

Η δεύτερη περίπτωση είναι γυναίκα 51 ετών συνταξιούχος του Δημοσίου από την Πάτρα. Η Γ.Κ. προσήλθε στις 4/6/00 στα εξωτερικά ιατρεία, του Γενικού Νοσοκομείου παραπονούμενη για τα προβλήματα από την κοιλιά και το παχύ έντερο.

Το **ιατρικό ιστορικό** αναφέρει ότι οι κενώσεις ήταν βλεννοαιματηρές, διαρροϊκές και συνοδεύταν από αίσθημα τείναϊσμού. Επίσης, η άρρωστη αναφέρει ανορεξία από 10ημέρου και ελαφρά απώλεια βάρους. Τις τελευταίες 5 ημέρες παρουσιάστηκαν κωλικοειδή άλγη σ' όλη την κοιλιακή χώρα.

Στις 4/6/00 έγινε ορθοσιγμοειδοσκόπηση, όπου έδειξε φλεγμονώδες αλλοιώσεις του παχέος εντέρου από το ύψος του σιγμοειδούς έως την αριστερή κολική καμπή. Εγκάρσιο κόλο, αριστερή καμπή, ανιόν και τυφλό φυσιολογικά. Ετέθη διάγνωση ελκώδους κολίτιδας και αποφασίστηκε η εκτομή του φλεγμονώδους τμήματος του εντέρου και η δημιουργία πρόσκαιρης κολοστομίας, έτσι ώστε να απαλλαγεί το έντερο για ένα χρονικό διάστημα από την λειτουργία του και να επέλθει η ίαση του. Η κολοστομία έγινε στο τοίχωμα του εγκάρσιου κόλου.

Το **νοσηλευτικό ιστορικό** αναφέρει ότι προσήλθε στην κλινική με την συνοδεία του συζύγου της και των δυο θυγατέρων της. Ήταν ήσυχη και ήρεμη.

Το ατομικό ιστορικό αναφέρει:

1. Κολίτιδα
2. Ελαφρά βρογχίτιδα
3. Λήψη ηρεμιστικών και αντιδιαρροϊκών φαρμάκων.
4. Σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα.

Το οικογενειακό ιστορικό αναφέρει:

1. Σπαστική κολίτιδα

2. Πνευμονία
3. Υπόταση
4. Εγκεφαλικά επεισόδια.

Κατά την κλινική εξέταση της Γ.Κ. βρέθηκαν

Πρόσωπο- τράχηλος: Λεμφαδένες αψηλάφητοι. Επιπεφυκότες φυσιολογικοί.

Θώρακας: Συμμετρικός, έκπτυξη φυσιολογική, μειωμένο κυψελιδικό, ψιθύρισμα, σαφής πνευμονικός ήχος.

Καρδιά : Απουσία φυσημάτων, φυσιολογικό Η.Κ.Γ.

Κοιλιά: Διατεταμένη με ύπαρξη τυμπανικών ήχων.

Άκρα: Φυσιολογικά

Δακτυλική εξέταση: Ίχνη αίματος στα κόπρανα.

Τα ζωτικά σημεία κατά την εισαγωγή της ασθενούς στην χειρουργική κλινική ήταν ΑΠ: 130/85 mmHg, αναπνοές 18 /min, σφίξεις 65/min και θερμοκρασία 36,7 ° C.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις έδειξαν τα εξής αποτελέσματα:

	1/6/00	4/6/00	6/6/00
Λευκά αιμοσφαίρια	7.100	8.500	7.500
Αιματοκρίτης	40	42	41
Κάλιο	5,4	3,7	4,5

Φωσατάση Αλκαλική	4,7	7,7	5,3
SGOT	25	31	30
SGOT	10	27	20
Ερυθρά αιμοσφαίρια	4.200.000		

Στην γενική εξέταση ούρων (σε 35 κ. εκ. ούρων) ευρέθησαν:

Χροιά: Κίτρινη	Λεύκωμα: όχι
Όψη: Διαυγής	Σάκχαρο: όχι
Αντίδραση: όξινη	Πυοσφαίρια: όχι
Οσμή: ιδιάζουσα	Μικροοργανισμοί: όχι

Στις 4/6/00 προηγούμενη της εγχείρησης πάρθηκε πλήρης αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος, ήταν απύρετη και της έγινε η προεγχειρητική ετοιμασία.

Ετέθη LEVIN και καθετήρας κύστεως. Έγινε η καθαριότητα του εντερικού σωλήνα με καθαρτικούς υποκλυσμούς και της δόθηκαν 3 δόσεις αντιβιοτικών. Η προεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή της περιελάμβανε:

½ STEDON	1X1 10 μ.μ.
ERYTHROCIN	3X1
NEOMYCIN	3X1
FRAXIPARINE	1X1 8π.μ.

Η φαρμακευτική αγωγή στο χειρουργείο ήταν:

SOLVETAN	1FL
FLAGYL	2FL

Η κάρτα νοσηλείας της ασθενούς περιείχε τα εξής φάρμακα:

SODIUM H. 1000 ML	1X1
FLAGYL FL	1X3
DEXTROSE 5% 1000 ML	1X1
BISOLVON AMP	1X3
ZANTAC AMP	1X3
CLAFORAN FL	1X3
STEDON AMP	1/2X1
SEPTRIN FORTE SIR	1X2

Μετεγχειρητικά ακολούθησε η πλήρης παρακολούθηση της ασθενούς, με λήψη 3ώρων ζωτικών σημείων, με μέτρηση του ισοζυγίου των υγρών, ενώ η κατάσταση της ήταν γενικά καλή και παρουσίαζε συχνή βελτίωση. Η κολοστομία ήταν το μελανό σημείο, το οποίο προβλημάτιζε ιδιαίτερα την ασθενή.

Οι πρώτες αλλαγές του τραύματος έγιναν από τον ιατρό, αργότερα βέβαια οι αλλαγές του σάκου και η καθαριότητα της κολοστομίας ήταν ευθύνη της νοσηλεύτριας.

ΒΑΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>νία για την εγχείρηση και ανησυχία για έκβασή της.</p>	<p>Απαλλαγή από αγωνία και την ανησυχία.</p>	<p>Συζήτηση και ενημέρωση της άρρωστης και των οικείων της για ότι αφορά την εγχείρηση και την μετεγχειρητική πορεία.</p>	<p>Προσπαθούμε να καταλάβει η άρρωστη ότι η εγχείρηση δεν θα είναι επικίνδυνη για τη ζωή της γιατί οι δυνατότητες της επιστήμης σήμερα είναι μεγάλες και έτσι δεν θα πρέπει να καταλαμβάνεται από αρνητικά συναισθήματα και αδικαιολόγητους φόβους. Επίσης της εξηγούμε ότι είναι εντελώς απαραίτητη για την αντιμετώπιση της παθήσεώς της και ότι πολλοί άνθρωποι με το ίδιο πρόβλημα έχουν θεραπευτεί και είναι πλέον υγιείς.</p>	<p>Η ασθενής δείχνει να αποδέχεται τις εξηγήσεις μας, δείχνει να πιστεύει στην καλή έκβαση και ελπίζει περισσότερο ότι θα γίνει καλά.</p>
<p>ρος ερχόμενο στην σκέψη κολοστομίας.</p>	<p>Αντιμετώπιση του άγχους.</p>	<p>Προσέγγιση και συζήτηση για το θέμα της κολοστομίας.</p>	<p>Λέμε στην άρρωστη ότι η κολοστομία είναι απαραίτητη για τη θεραπεία της. Της μεταδίδουμε την γνώση και την αίσθηση και την αίσθηση ότι η κολοστομία δεν είναι κάτι μειωτικό γι' αυτή, γιατί πάρα πολλοί άνθρωποι έχουν κολοστομία και ζουν μόνιμα μ' αυτή. Ενώ στην δική της περίπτωση θα την έχει για 6 με 8 μήνες και κατόπιν θα ξαναγίνει το έντερό της όπως ήταν πριν. Η επαφή με ασθενείς με κολοστομία είναι χρήσιμη. Την βοηθούμε να αντιληφθεί ότι η κολοστομία δεν περιορίζει την προσωπική της ζωή και ότι με την προσεκτική</p>	<p>Η άρρωστη δείχνει ικανοποιημένη για την ενημέρωση και ότι άλλο της είπαμε για την κολοστομία γιατί είχε πολύ κακή ιδέα γι' αυτό το θέμα και νόμιζε ότι η κολοστομία είναι μία μεγάλη πληγή που θα την καθήλωνε μέσα στο σπίτι.</p>

			περιτοίησή της δεν θα έχει κανένα πρόβλημα να τον εκθέτει στους άλλους.	
θισμός λατος.	Ανακούφιση της άρρωστης από τον ερεθισμό και πρόληψη περαιτέρω ερεθισμού.	Τοπική εφαρμογή προστατευτικών σκευασμάτων γύρω απ' το στόμιο.	- Εφαρμογή Orabase cream ή stomahesine στο ερεθισμένο δέρμα, περίξ της στομίας. - Συχνή παρακολούθηση του ερεθισμένου δέρματος.	Βελτίωση της δερματίτιδας μετά από 3 – 4 μέρες.
ταση οδόχου της.	Αποχέτευση των παρακρατημένων ούρων από την κύστη.	- Χρήση φυσικών μέσων για να γίνει η ούρηση. * Καθετηριασμός της κύστης.	- Εφαρμογή χλιαρού επιθέματος στο υπογάστριο. - Χορήγηση σπασμολυτικών υπό την μορφή υπόθετων για παύση του σπασμού του σφιγκτήρα της κύστης. * Εισαγωγή καθετήρα Foley ή Tiemann στην ουροδόχο σε αποτυχία του παραπάνω μέτρου.	Λύση της διάτασης και αποβολή των ούρων και ανακούφιση της άρρωστης.
τροπληγία	Αποκατάσταση της κινητικότητας του στομάχου, παροχέτευση των συσσωρευμένων υγρών και πρόληψη επιπλοκών.	- Χορήγηση γαστροκινητικών φαρμάκων. - Εκκένωση στομάχου. - Αποκατάσταση της ισορροπίας των υγρών κι ηλεκτρολυτών.	- Χορήγηση μετοκτοπραμίδης (Peimperan). - Τοποθέτηση σωλήνα Levine για εκκένωση του περιεχομένου που βρίσκεται σε στάση.	Αποκατάσταση της κινητικότητας του στομάχου και αποφυγή ανεπιθύμητων ηλεκτρολυτικών διαταραχών.
σώρευση ριμάτων στο γγικό δέντρο αδυναμία βολής τους ω αδυναμία σα, εξαιτίας τασης της	Αποβολή των εκκρίσεων και προαγωγή της αναπνευστικής λειτουργίας.	- Χορήγηση βλεννολυτικών αποχρεμπτικών. - Πρωιγωγή του βήχα.	- Χορήγηση Mycomyst sir 500 X 3. - Συγκράτηση του τραύματος και παρακίνηση να βήχει για την αποβολή των	Αποβολή των εκκριμάτων του τραχειοβρογχικού δέντρου.

<p>ιοχής του ύματος.</p>		<p>- Αποκατάσταση της αναπνευστικής λειτουργίας.</p>	<p>εκκρίσεων. - Συχνή αλλαγή θέσεως για καλύτερη αναπνευστική λειτουργία. - Αναπνευστική γυμναστική.</p>	
<p>έπτυξη ακής εγμονής στο ουργικό ύμα.</p>	<p>Αναστολή της εξέλιξης της φλεγμονής και πρόληψη πυρετού και γενίκευσης.</p>	<p>Καθαρισμός του τραύματος και λήψη καλλιέργειας.</p>	<p>- Διάνοιξη δύο ραμμάτων, λήψη δείγματος πύου για καλλιέργεια και προσεκτικός καθαρισμός με άσηπτο τεχνική. - Παρακολούθηση του τραύματος. - Χορήγηση αντιβιοτικού σχήματος βάσει των αποτελεσμάτων της καλλιέργειας.</p>	<p>Σταδιακή βελτίωση του τραύματος χωρίς περαιτέρω επιπλοκή.</p>
<p>λειψη ροσεων ετικά με την ωγή της κολοστομίας.</p>	<p>Να αποκτήσει η άρρωστη και οι συγγενείς της τις απαραίτητες γνώσεις για την φροντίδα και την γενικότερη αγωγή της κολοστομίας.</p>	<p>Περιποίηση της κολοστομίας παρουσία των συγγενών του. Συζήτηση και διαφώτιση για ότι σχετίζεται με την κολοστομία.</p>	<p>Η άρρωστη βρίσκεται σε ημικαθιστική θέση και έχει άμεση επαφή με την κολοστομία και τα απαραίτητα αντικείμενα. Αρχίζουμε την περιποίηση εξηγώντας συγχρόνως στον άρρωστο γιατί γίνεται η κάθε συγκεκριμένη ενέργεια. Προοδευτικά ενθαρρύνουμε την ενεργητική συμμετοχή της άρρωστης, συνεργαζόμενοι με αυτή στην περιποίηση της κολοστομίας. Όσο περνούν οι μέρες παραμονής στο</p>	<p>Η άρρωστη έμαθε όλη τη διαδικασία αλλαγής και περιποίησης της κολοστομίας και μπορεί να την εφαρμόσει μόνη της.</p>

			νοσοκομείο, της ζητάμε να περιποιηθεί μόνη της την κολοστομία και εμείς παρακολουθούμε παρεμβαίνοντας όταν απαιτείται να γίνει κάποια υπόδειξη.	
λειψη σεων σε ση με την .στομία, .τα και ικές .στηριότητες.	Η απόκτηση όλων των γνώσεων που θα επιτρέψουν στην άρρωστη την καλύτερη αντιμετώπιση της κολοστομίας του.	Συμβουλευτική συζήτηση με την άρρωστη.	Συμβουλευούμε την άρρωστη για την διαίτά της. Της λέμε να αποφεύγει τη λήψη λαχανικών, κρεμμυδιών, χυμών, αλκοόλ, ξηρών καρπών. Επίσης να τρωει σε τακτικά χρονικά διαστήματα και να αποφεύγει τις καταχρήσεις. Της λέμε ότι μπορεί ελεύθερα να πλένεται, να κινείται, να κολυμπά χωρίς να νοιώθει περιορισμένη.	Η άρρωστη με προσοχή ακούει όλες τις συμβουλές μας και νοιώθει σίγουρη να βγει από το νοσοκομείο.

Επίλογος

Η μεγάλη αύξηση των παθήσεων του πεπτικού συστήματος και ιδιαίτερα του καρκίνου του παχέος εντέρου, που κατέχει πρώτη θέση μεταξύ των πιο συχνών έχει σαν αποτέλεσμα την εκτεταμένη εφαρμογή κολοστομίας, σαν μέσο εκλογής στην εγχειρητική αντιμετώπιση.

Η κολοστομία αποτελεί την κύρια θεραπευτική αγωγή για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Βασικό θέμα αποτελεί η σωστή και εξειδικευμένη φροντίδα των αρρώστων με καρκίνο του παχέος εντέρου και προτείνεται, η ίδρυση και λειτουργία ειδικών τμημάτων αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε Νοσοκομείο. Με την προσπάθεια αυτή θα ενημερώνεται το κοινό και θα υπάρχει ευαισθητοποίηση στο θέμα της πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Προτείνεται επίσης να υπάρχει ειδικευμένο προσωπικό για την ενημέρωση και υποστήριξη των ασθενών με κολοστομία, γνωρίζοντας τα ιδιαίτερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και την ειδική νοσηλευτική φροντίδα που χρειάζονται. Επίσης, λόγω της διαπίστωσης μεγάλης συχνότητας καρκίνος παχέος εντέρου σε άτομα ηλικίας 50 – 70 ετών κρίνεται απαραίτητη η συχνή εξέταση, έστω και του πιο ακίνδυνου συμπτώματος και η έγκαιρη διάγνωση. Προτείνεται επίσης αποφυγή, όσο το δυνατό περισσότερο, των παραγόντων που προδιαθέτουν την εμφάνιση καρκίνου παχέος εντέρου.

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

Βιβλιογραφία



1. Πέτρου Γεώργιος. **Σημειώσεις Συστηματικής Ανατομικής**, έκδοση ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ, ΣΕΥΠ, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα 1983
2. Keir Lucille, Wise Barbara, Kerbes Connie. Επιμέλεια: Καραχάλιος Γεώργιος, μετάφραση: Ταλαντούλου Μαρία, **Ανατομία και Φυσιολογία του Ανθρώπινου Σώματος**. Έκδοση 3^η Εκδόσεις «Έλλην» Αθήνα 1996.
3. Grigioni W.F, Alampi G, Piccaluga A. **Facteurs anatomidus st pronostiques des cancers du colon et du rectum**. Sem Hop. Paris 1981
4. Desporoulos Agamemnon, Silbernagl, Stefan. Μετάφραση: Κωστόπουλος Γ, **Εγχειρίδιο φυσιολογίας με έγχρωμο άτλαντα**. Ιατρικές εκδόσεις «Λίτσας» Αθήνα 1989.
5. Wieser W, **Bionergetik**. Εκδόσεις «Energietransformationen bei Organismen» Thieme, Stuttgart 1986.
6. Johnson L, **Physiology of Gastrointestinal Tract**, Εκδόσεις «Raven press» New York 1981.
7. Κίτρου **Σημειώσεις Φυσιολογίας**. Έκδοση ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ ΣΕΥΠ, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα 1997
8. Dollinger Malin D, Rosenbaum Ernest MD, Camble Greg. Μετάφραση – Επιμέλεια, Μαθάς Χρήστος, Λαμπρόπουλος Σωτήριος. **Ο καρκίνος Διάγνωση, πρόληψη για όλους**. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις «Κάτοπτρο» Αλ. Μάμαλης και ΣΙΑ Αθήνα 1992 (Δεκέμβριος).
9. Κασιούμης Δ, Κάτσιος Χ, **Παραμελημένα νεοπλάσματα του παχέος εντέρου**. 14^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής, Αθήνα 1984.
10. Harrison . Μετάφραση – Επιμέλεια: Ανευλαβής Ε, Βαγενάκης Δ, Βαρώνος Δ, Σολδάτος Γ, Χατζημηνάς Ι, **Εσωτερική παθολογία τόμος**

2^{ος} Έκδοση 12, Εκδόσεις «Γρ. Παρισσιανός» , Μαρία Γρ. Παρισσιανού, Αθήνα 1994

11. Simon J. B. **Occult blood screening for colorectal carcinoma A critical review.** Εκδόσεις «British J. Surgery» England 1984

12. Νιώτης Μ. Θανάσης, Παπαβασιλείου Μ.Θ. **Η γενετική της ανάπτυξης των όγκων του παχέος εντέρου** περιοδικό Ιατρική, Τόμος 76, Τεύχος 2, Εκδόσεις « Εταιρεία Ιατρικών Σπουδών Αθήνα 1999.

13. Umpleby H.C. **Carcinoma of the large bowel in the first hour decades.** Εκδόσεις «British Surgery» England 1990

14. Μπαρμπούνη – Κωνσταντάκου Ε. **Ο νοσηλευτής στη φροντίδα του καρκίνου.** Περιοδικό: Ελληνική Ογκολογία, τόμος 35, Τεύχος 3. Εκδόσεις: «Ένωση Επιστημονικού Προσωπικού Νοσ. Άγιος Σάββας» Αθήνα 1999.

15. Σαχίνη - Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία, **Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική**, Νοσηλευτικές διαδικασίες. Τόμος 1^{ος}. Εκδόσεις «Βήτα medical arts» Αθήνα 1994.

16. Ραγιά Αφροδίτη **Νοσηλευτική της Ψυχικής Υγείας.** Έκδοση 1^η . Εκδόσεις «Γραφικές Τέχνες Λύχνος Ε.Π.Ε.» Αθήνα 1997.

17. Οικονόμου Ξενοφών. **Ειδική Διδακτική** Έκδοση 1^η . Εκδόσεις «Γραφικές Τέχνες Λύχνος Ε.Π.Ε» Αθήνα 1997.

18. Μεταξά Ι. Σοφία **Διατροφικά Προβλήματα Ασθενών με Καρκίνο, Νοσηλευτική Αντιμετώπιση** , περιοδικό Νοσηλευτική, Τόμος 38, Τεύχος 3, Εκδόσεις «Quarterly Publication of the Hellenic National Graduate Nurses Association» Αθήνα 1999.

19. Ποτηράκη – Κουρμάνη Ελισάβετ. **Νοσηλευτική αλγούντων ασθενών με καρκίνο.** Περιοδικό Ελληνική Ογκολογία. Τόμος 34, τεύχος 2, Εκδόσεις «Ένωση Επιστημονικού Προσωπικού, Νοσο. Άγιος Σάββας Αθήνα 1998

20. Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία, Επεξεργασία: Διεθνής Ένωση Στομοπαθών **Κολοστομία Οδηγός.** Εκδόσεις American Cancer Society Atlanta 1992.

21. Linos D.A. Fellow W.M. **Cholecystectomy and carcinoma of the color.** Εκδόσεις «British J. Surgery» England 1991

-
22. A. Bristol- Myers Squibb Company **Preparing for an ostomy**. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Conratec – U.S.A. U.S.A. 1998.
23. A. Bristol- Myers Sqibb Company. **For a better way of living with an ostomy**. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Convatec. U.S.A., U.S.A. 1992
24. Σαχίνη Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία, **Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική- Νοσηλευτικές Διαδικασίες**. Τόμος 2^{ος} Έκδοση Ε', Εκδόσεις «Βήτα medical art» Αθήνα 1996.
25. A Bristol- Myers **Squibb Company Prepenting and Managing Peristomal Skin Problems** Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Convatec USA, USA 1992.
26. Allen Penelope **Enterostomal Therapy Nursing**. Έκδοση 1^η, Εκδόσεις «The clereland Clinic Fouradtiou» Clereland- Ohio U.S.A. 1997.
27. Allen Penelope, Cherylvan Horn. **Having a colstomy**. Έκδοση 1^η, Εκδόσεις « The cleverland Clinic Foundation» Cleeverland – Ohio U.S.A. 1989.

