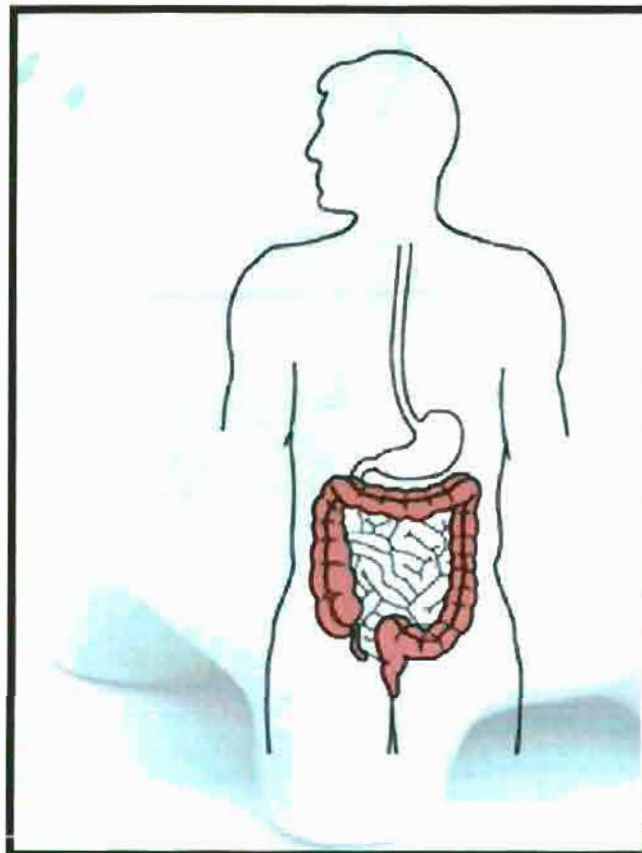


**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Θέμα : «Νοσηλευτική Συμβολή σε Καρκινοπαθή με Καρκίνο Παχέος
εντέρου»**



Εισηγήτρια : Λέφα Βαρβάρα



**Σπουδάστρια:
Πομόνη Αθηνά**

Πάτρα Μάιος 2001

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	3230
----------------------	------

Ευχαριστώ θερμά

Την επόπτρια Καθηγήτριά μου:

κα. Λέφα Βαρβάρα

Για την πολύτιμη βοήθεια

που μου πρόσφερε στην

ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Αφιερώνω αυτό το

Βιβλίο

Στην «οικογένειά μου»

που στήριξε και στηρίζει

τα όνειρά μου

και σε

«όλους» όσους με βοήθησαν

και πίστεψαν σε'μένα

ελπίζω να μην τους διαψεύσω ...

Πρέπει να πιστεύουμε πως ο καρκίνος πολύ σύντομα θα νικηθεί οριστικά.

Στην πάλη εναντίον του , νικητής δεν μπορεί να είναι παρά η ισχυρότερη δύναμη πάνω στον πλανήτη :

Το πνεύμα και η ανθρώπινη ψυχή

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	3
Εισαγωγή	4

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1	7
Ανατομία παχέος εντέρου	8
1.1 Μορφή και θέση παχέος εντέρου	10
1.2 Λεπτή υφή και λειτουργία παχέος εντέρου.	14
1.3 Αγγεία και νεύρα παχέος εντέρου.	18
1.4 Λεμφαγγεία του παχέος εντέρου.	21
Κεφάλαιο 2	23
Παθολογική ανατομία	24
Κεφάλαιο 3	26
Φυσιολογία παχέος εντέρου.	27
3.1 Εντερικά αέρια.	27
3.2 Κινητικότητα παχέος εντέρου.	27
3.3 Οι συνήθειες του εντέρου.	28
3.4 Αφόδευση.	29
3.5 Μικροβιολογία παχέος εντέρου.	29
Κεφάλαιο 4	31
Νεοπλάσματα παχέος εντέρου.	32
4.1 Καλοήθεις όγκοι παχέος εντέρου.	32
4.2 Κακοήθη νεοπλάσματα του παχέος εντέρου.	36
4.3 Αντιμετώπιση των πολυπόδων.	39
Κεφάλαιο 5	41
Επδημιολογία καρκίνου του παχέος εντέρου.	42
Κεφάλαιο 6	45
Στάδια καρκίνου του παχέος εντέρου.	46
6.1 Επέκταση καρκίνου του παχέος εντέρου.	46
Κεφάλαιο 7	47
Αιτιολογία καρκίνου του παχέος εντέρου.	48
7.1 Προκαρκινικές καταστάσεις.	48
7.2 Παράγοντες αμέσως δρώντες.	49
Κεφάλαιο 8	51
Παθολογία – κλινική εικόνα καρκίνου του παχέος εντέρου.	52
Κεφάλαιο 9	54
Διάγνωση	55
9.1 Διαφορική διάγνωση.	59
9.2 Προκλινική διάγνωση καρκίνου του παχέος εντέρου.	60
Κεφάλαιο 10	61
Επιλοκές καρκίνου του παχέος εντέρου.	62
Κεφάλαιο 11	63
Μέθοδοι θεραπείας καρκίνου του παχέος εντέρου.	64
11.1.1 Χειρουργική θεραπεία.	64
11.1.2 Ακτινοθεραπεία.	65
11.1.3 Χημειοθεραπεία.	65
11.1.4 Ανοσοθεραπεία.	66

11.2 Τοπική επέκταση σε άλλα όργανα-Ηπατικές μεταστάσεις.	68
11.3 Επιπλοκές μετά από εγχείριση καρκίνου του παχέος εντέρου.	69
Κεφάλαιο 12	72
Πρόγνωση	73

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1	76
Νοσηλευτική συμβολή στην αποκατάσταση και ποιότητα ζωής αρρώστου με καρκίνο παχέος εντέρου.	76
Κεφάλαιο 2	82
Νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου στο νοσοκομείο κατά την διάρκεια της συντηρητικής αντιμετώπισης.	83
Κεφάλαιο 3	87
Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου στο νοσοκομείο κατά την διάρκεια χειρουργικής αντιμετώπισης.	88
3.1 Προεγχειρητική φροντίδα.	88
3.2 Μετεγχειρητική φροντίδα.	92
3.3 Υποτροπή της νόσου.	94
Κεφάλαιο 4	97
Φροντίδα και αποκατάσταση ατόμων με κολοστομία.	98
4.1 Κολοστομία – Παραφύσιν έδρα.	98
4.1.1 Προεγχειρητικό – Μετεγχειρητικό στάδιο.	99
4.1.2 Επιπλοκές κολοστομίας.	100
4.1.3 Μετεγχειρητική διαίτα.	104
4.1.4 Σκοποί εκτέλεσης της κολοστομίας.	104
4.1.5 Περιποίηση κολοστομίας.	105
4.2 Νοσηλευτική φροντίδα.	105
4.2.1 Πλύση της κολοστομίας.	109
4.2.2 Δίαιτα μετά της έξοδο από το νοσοκομείο.	113
4.3 Ο ρόλος της νοσηλεύτριας Stoma Therapist σε ασθενείς με κολοστομία.	114
Κεφάλαιο 5	116
Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην αποκατάσταση και επανένταξη στην κοινωνική ζωή του αρρώστου.	117
Κεφάλαιο 6	121
Πρόληψη καρκίνου του παχέος εντέρου.	122
6.1 Πρωτογενής πρόληψη.	122
6.2 Δευτερογενής πρόληψη.	123
Κεφάλαιο 7	125
Εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική παρέμβαση σε αρρώστους με εφαρμογή μεθόδου της νοσηλευτικής διεργασίας.	126
Κλινική περίπτωση I	126
Κλινική περίπτωση II	141
Προτάσεις – Συμπεράσματα.	148
Βιβλιογραφία.	150
Παράρτημα.	155

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο άνθρωπος σήμερα αντιμετωπίζει πολλές αρρώστιες . Εκείνη όμως που του δημιουργεί τον μεγαλύτερο φόβο , είναι ο καρκίνος.

Ανεξάρτητα από το διανοητικό επίπεδο του ατόμου , την μόρφωση και την κοινωνική του θέση η διάγνωση του καρκίνου δημιουργεί τεράστια προβλήματα , και αυτό γιατί η αιτιολογία του είναι άγνωστη , η δε θεραπεία του δύσκολη και αμφίβολη.

Οι ψυχολογικοί παράγοντες παίζουν μεγάλο ρόλο στην ικανότητα του ατόμου να δεχτεί και να αντιμετωπίσει την ασθένεια και τις επιπλοκές της. Γι'αυτό είναι απαραίτητο να δούμε πως αντιδρά ο άρρωστος στα διάφορα στάδια της ασθένειάς του και τι περιμένει από το νοσηλευτικό προσωπικό , που βρίσκεται κοντά του στις πιο δύσκολες και αποκαλυπτικές εμπειρίες της ζωής του.

Με την εργασία μου αυτή ελπίζω να συμβάλλω στην καλύτερη κατανόηση των προβλημάτων και των αναγκών του καρκινοπαθού αρρώστου , γιατί ας μη ξεχνάμε ότι : η προσφορά υπηρεσιών στον άρρωστο αυτό , είναι σήμερα ένα από τα σπουδαιότερα καθήκοντα , που δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η λέξη καρκίνος είναι συνώνυμος με τον όρο κακόηθες νεόπλασμα. Το νεόπλασμα διαταραχή της «ομοιοστασίας» των κυττάρων ενός οργανισμού , αποτελείται από κύτταρα παθολογικά , αλλά χωρίς ουσιώδη διαφορά στην λειτουργία τους από τα φυσιολογικά.

Λέγεται ότι το νεόπλασμα αποτελεί ομάδα απείθαρχων , επαναστατικών κυττάρων , που η ανάπτυξή τους είναι άσκοπη , επιζήμια και μπορεί να οδηγήσει τον οργανισμό στον θάνατο. Ένα νεόπλασμα μπορεί να είναι κακοήθες ή καλοήθες.

Το καλοήθες νεόπλασμα είναι η ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων , τα οποία δεν είναι πολύ βλαπτικά, δεν διασπείρονται (μεταναστεύουν) σε άλλα μέρη του οργανισμού και δεν διηθούν τους παρακείμενους ιστούς.

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

Υπάρχουν νεοπλάσματα που θεραπεύονται τελείως και άλλα που αναπαράγονται πολλές φορές και επιτρέπουν μεγάλη διάρκεια ζωής. Όπως το παράδειγμα , η περίπτωση ενός άνδρα 84 ετών , ο οποίος πέθανε από καρκίνο των σιελογόνων αδένων , ένα νεόπλασμα που είχε αρχίσει σε ηλικία των 6 ετών και που διήλθε πολύ καιρό με διάφορες υποτροπές που χειρουργήθηκαν σιγά-σιγά. Νεόπλασμα δηλαδή που επέτρεψε δηλαδή μια ζωή σχεδόν κανονική παρόλο που συνόδευε τον ασθενή για όλη του τη ζωή.

Επίσης σε ένα σύγχρονο περιοδικό , εμφανίστηκε η περίπτωση μια γυναίκας που χειρουργήθηκε για καρκίνο των εντέρων , το 1918 , και που «χαίρει άκρας υγείας»

Ειδικότερα ο καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τους παρακάτω λόγους:

1. Είναι καρκίνος βραδείας σχετικά ανάπτυξης και έτσι η δυνατότητα της έγκαιρης θεραπείας είναι μεγάλη , έστω κι αν η διάγνωσή του δεν είναι πρόωμη , δηλαδή πριν από την εμφάνιση συμπτωμάτων ή ευρημάτων.
2. Είναι ένας από τους λίγους καρκίνους για τον οποίο υπάρχουν σήμερα βάσιμες ελπίδες ότι με τη σωστή δίαιτα μπορεί να προληφθεί.
3. Είναι ένας καρκίνος που με την απλή δακτυλική εξέταση μπορεί να διαγνωστεί σε περιπτώσεις χαμηλής , στο ορθό , εντόπισής του.

4. Υπάρχει δυνατότητα με απλές ετήσιες μαζικές εξετάσεις , όπως η δακτυλική ή η εξέταση των κοπράνων για αίμα , να διαγνωσθεί σε τόσο αρχικά στάδια , ώστε η μόνιμη θεραπεία να εξασφαλίζεται στις περισσότερες περιπτώσεις.

Για τους λόγους αυτούς που αναφέρθηκαν , η απειλή από τον καρκίνο αυτό , μπορεί να ελαττωθεί για τον άνθρωπο σε μεγάλο βαθμό.

ΜΕΡΟΣ Α



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Πριν αναφερθώ στην ανατομία του παχέος εντέρου , νομίζω ότι θα ήταν καλύτερο να αναφερθώ περιληπτικά και στην ανατομία του πεπτικού συστήματος. Και αυτό , για να μπορέσω να γίνω περισσότερο κατανοητή παρακάτω.

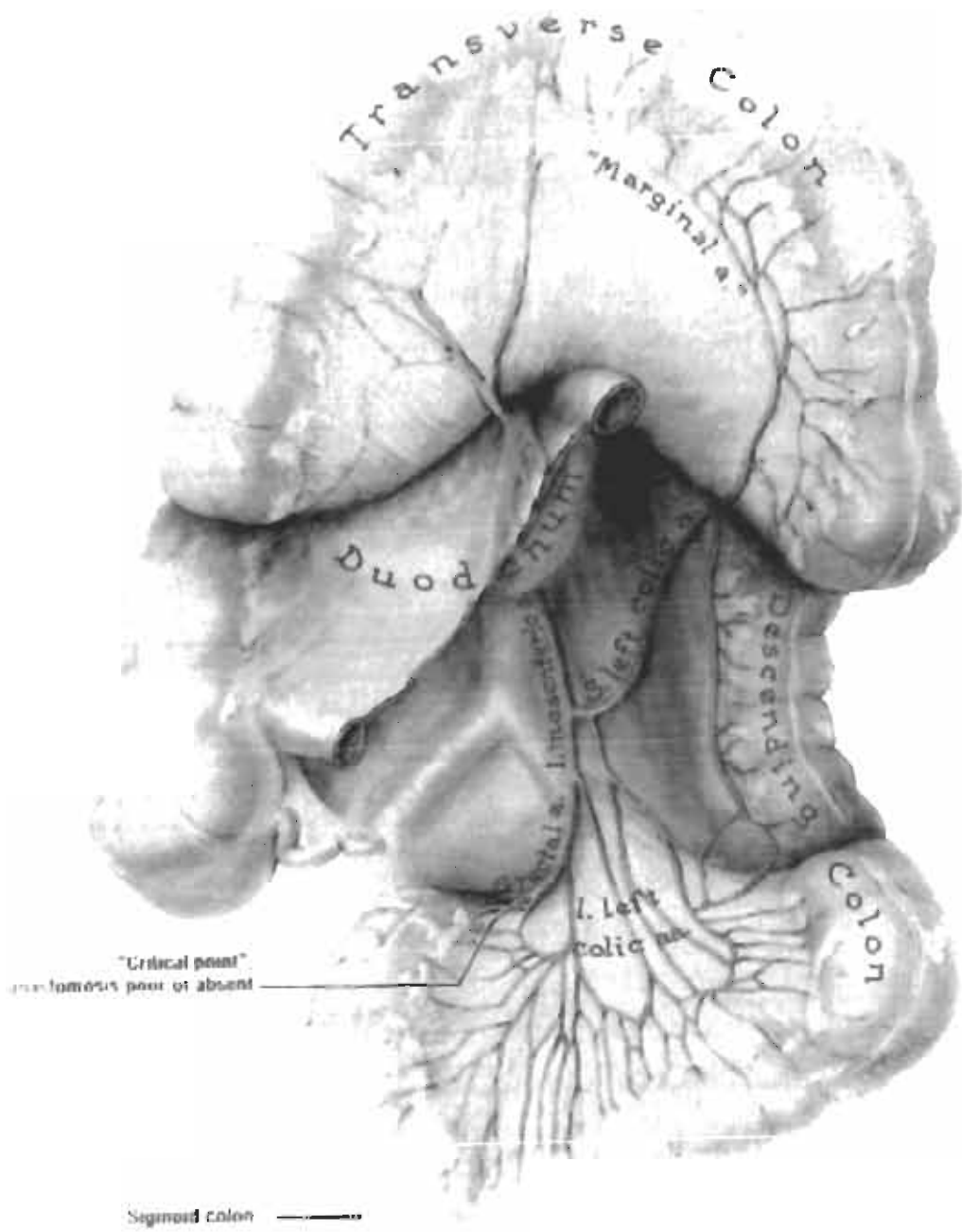
Ο πεπτικός σωλήνας είναι ένας μακρύς , κοίλος σωλήνας που εκτείνεται από τα χείλη ως τον πρωκτό. Ο σωλήνας αυτός δεν έχει παντού το ίδιο πλάτος , αλλού είναι στενότερος , αλλού είναι ευρύτερος και διαιρείται στα παρακάτω μέρη:

- Στο στόμα
- Τον φάρυγγα
- Τον οισοφάγο
- Το στομάχο (στομάχι)
- Το έντερο

Το έντερο διακρίνεται στο λεπτό και το παχύ έντερο. Το λεπτό έντερο έχει μήκος 6-7 μέτρα περίπου και διαιρείται στο δωδεκαδάκτυλο ,τη νηστίδα και το ειλέο¹.

Παχύ έντερο

Το παχύ έντερο (*intestinum crassum*) απορροφώνται νερό και άλατα , που φθάνουν στο έντερο με την τροφή που δεν πέπτονται , αλλά διασπώνται από βακτηρίδια με ζυμωτικές και σηπτικές εξεργασίες.



1.1 Μορφή και θέση του παχέος εντέρου

Το παχύ έντερο έχει συνολικό μήκος 1,5 και – εκτός από τη σκωληκοειδή απόφυση και το απευθυσμένο – χαρακτηρίζεται εξωτερικά από τις επιμήκεις πολικές ταινίες , τις περισφίγγεις και τα εκκολπώματα καθώς και τις επιπλοϊκές αποφύσεις (=λίπος)².

Μορφή και υφή του παχέος εντέρου.

A. τυφλό (ανοιγμένο από εμπρός) με την ειλεοκολπική βαλβίδα και τη σκωληκοειδή απόφυση.

B. δομή του τοιχώματος παχέος εντέρου.

- 1.ειλεός.
- 2.μεσεντερίδιο
- 3.σκωληκοειδής απόφυση
- 4.στόμιο της σκωληκοειδούς αποφύσεως.
- 5.τυφλό
- 6.ειλεοκολπικό στόμιο
- 7.ειλεοκολπικό βαλβίδα
- 8.χαλινός της ειλεοκολπικής βαλβίδας.
- 9.ανιόν κόλον
- 10.επιπλοϊκή απόφυση
- 11.ελεύθερη κολική ταινία
- 12.μηνοειδής πτυχή του κόλπου
- 13-17.χιτώνες του τοιχώματος του παχέως εντέρου.
 - 13.βλενογόσιος
 - 14.υποβλενογόσιος
 - 15.κυκλοτερής στιβάδα
 - 16.επιμήκης στιβάδα (οι επιμήκεις δεσμίδες συμπυκνώνονται στις κολικές ταινίες)
 - 17.ορογόσιος με τον υπορογόσιω χιτώνα.
- 18.βλενογόσια μιθική στιβάδα
- 19.μονήρες λεμφοζίδιο.

Οι επιμήκεις μυϊκές κολικές ταινίες δημιουργούνται με σχηματισμό δεσμών από την επιμήκη μυϊκή στιβάδα. Διακρίνουμε την ελεύθερη ταινία (taenia libera),

που φαίνεται σε όλη την διαδρομή του παχέος εντέρου, τη μεσοκολική ταινία και την επιπλοϊκή ταινία που στο εγκάρσιο κόλον σκεπάζονται από το εγκάρσιο μεσόκολο και το μείζον επίπλουον , όμως στο ανιόν και το κατιόν κόλον η μεσοκολική ταινία βρίσκεται προς τα πίσω και έσω , η δε επιπλοϊκή ταινία , προς τα πίσω και έξω.

Σε όλο το τοίχωμα του παχέος εντέρου προβάλλουν προς τον αυλό οι μηνοειδείς πτυχές (plicae semi magae coli) που μπορεί όμως κατά τόπους να χάνονται. Μεταξύ των περισφίξεων αυτών σχηματίζονται τα εκκολπώματα (κολικές κυψέλες ή κοιλώματα haustra coli).

Οι περισφίξεις και τα εκκολπώματα είναι ιδιαίτερα εμφανή στο γεμάτο με αέρα παχύ έντερο του πτώματος. Φαίνονται όμως και στην ακτινολογική εικόνα του ζωντανού.

Στην ακτινολογική εικόνα φαίνονται και άλλες πτυχές που σχηματίζονται από τον βλεννογόνο και οι οποίες μπορούν να μετατοπίζονται κατά μήκος του παχέος εντέρου , αντίθετα από τις μηνοειδής πτυχές που είναι στάσιμες.

Οι επιπλοϊκές αποφύσεις (appendices epiplioicoe) είναι γωνιώδεις εκκολπώσεις του υπορογονίου συνδετικού ιστού γεμάτες με λίπος και βρίσκονται κυρίως κατά μήκος της ελεύθερης ταινίας.

Στους παχύσαρκους , μπορεί στις επιπλοϊκές αποφύσεις (καθώς και στις πτυχές του περιτοναίου) και συγκεντρώνονται μεγάλες ποσότητες λίπους , δημιουργούν δε έτσι τη διόγκωση της κοιλίας των «καλοθρεμένων» ηλικιωμένων κυρίων.

Το τυφλό έντερο βρίσκεται στην αρχή του παχέος εντέρου και προβάλλει κάτω στην ειλεοκολική βαλβίδα , έχει δε μήκος 6-8 cm. Από το τυφλό εκφύεται η σκωληκοειδής απόφυση.

Η ειλεοτυφλική βαλβίδα (valva ileocaecalis) σχηματίζεται κυρίως από το τέλος του ειλεού που έχει μορφή σφινγκτήρα , «διατρυπά» δε το τοίχωμα του παχέος εντέρου σαν στρογγυλό ή ωοειδές έπαρμα και προβάλλει με τη μορφή θηλής στον αυλό του παχέος εντέρου.

Στο πτώμα λόγω της πληρώσεως του παχέος εντέρου με αέρα το ειλεοτυφλικό στόμιο (ostium ileocaecale) έχει τη μορφή εγκάρσιας σχισμής που το άνω και το κάτω «χείλος» της συνεχίζονται σε μια πρόσθια και μια οπίσθια ταινία του βλεννογόνου , τους χαλινούς της ειλεοτυφλικής βαλβίδας (Frenulum valvae ileocaecalis). Στον ζωντανό το στόμιο είναι στρογγυλό.

Η σκωληκοειδής απόφυση (appendix vermin Formis) θεωρείται μέρος του παχέος εντέρου . έχει όμως στον άνθρωπο ιδιαίτερη λειτουργία , επειδή αποτελεί μέρος του ειδικού αμυντικού συστήματος (σημαντικότερου κατά την πρώιμη παιδική ηλικία για την ανάπτυξη του ανοσοποιητικού συστήματος. , ο δε συνδετικός ιστός του βλεννογόνου της είναι γεμάτος με λεμφοζίδια.

Η σκωληκοειδής απόφυση εκφύεται προς τα έσω και κάτω από τον πυθμένα του τυφλού και έχει μήκος περίπου 8cm (2-20cm) και πάχος 0,5-1cm. Οι τρεις κολικές ταινίες συγκλίνουν αστεροειδώς στη βάση της σκωληκοειδούς αποφύσεως και σχηματίζουν στο τοίχωμα μια κλειστή επιμήκη μυϊκή στοιβάδα.

Η θέση της εκφύσεως της σκωληκοειδούς αποφύσεως μπορεί να βρεθεί ακολουθώντας τις κολικές ταινίες.

Το ανιόν κόλον, μήκους 15cm περίπου, εκτείνεται από την ειλεοτυφλική βαλβίδα μέχρι τη δεξιά κολική καμπή από την οποία αρχίζει το εγκάρσιο. Καλύπτεται από περιτόναιο κατά την πρόσθια και τις πλάγιες επιφάνειες , ενώ η οπίσθια επιφάνειά του βρίσκεται σε ανατομική συσχέτιση με το δεξιό ουρητήρα, Η δεξιά κολική καμπή επικαλύπτει συνήθως τον κάτω πόλο του δεξιού νεφρού.

Το εγκάρσιο κόλον, μήκους 45cm περίπου . εκτείνεται μέχρι την αριστερή κολική καμπή , είναι ευκίνητο λόγω του μακρού μεσεντερίου του , του εγκαρσίου μεσόκολου. Στην αντιμεσεντερική του επιφάνεια προσφύεται το μείζον επίπλουν. Το κατιόν κόλον εκτείνεται από την αριστερή κολική καμπή μέχρι τη λαγόνια ακρολοφία , καλύπτεται από το περιτοναίο κατά την πρόσθια και τις πλάγιες επιφάνειές του και κείται προσθιοπλάγια από τον αριστερό ουρητήρα.

Το σιγμοειδές , ποικίλου μήκους , συνήθως όμως κάτω των 50cm και αποτελεί τη συνέχεια του παχέος εντέρου μέχρι τον πρωκτό (anus). Αντίθετα από την ονομασία του απευθυσμένο παρουσιάζει τρεις καμπές , δύο σε οβελιαία και μία σε εγκάρσια διεύθυνση. Συνεχίζοντας το σιγμοειδές κόλον , παρουσιάζει αρχικά κάμψη με το κοίλο προς τα εμπρός , την ιερή καμπή (Flexura sacralis), προχωρεί κατόπιν στην πρόσθια επιφάνεια του ιερού οστού και ύστερα στο ύψος του κόκκυγα σχηματίζει κάμψη με το κυρτό προς τα εμπρός , την περινεϊκή καμπή (Flexura perinaelis), προς το τέλος του εντέρου , όπου διαπερνά το έδαφος της πυελού. Μεταξύ των δύο αυτών καμπυλών το απευθυσμένο προβάλλει προς τα αριστερά λόγω την εντομής από τα δεξιά στην οποία αντιστοιχεί εσωτερικά μια πτυχή, η εγκάρσια πτυχή του απευθυσμένου (βαλβίδα του Kohirausch , plica transversalis recti). Η πτυχή αυτή απέχει 5-8cm από τον πρωκτό και βρίσκεται περίπου στο ύψος ή λίγο πιο επάνω από

το κατώτερο σημείο την περιτοναϊκής κοιλότητας (στη γυναίκα = ευθυμητρικό κόλλωμα , στον άνδρα=ευθυκυστικό κόλλωμα).

Απευθυσμένο ανοιγμένο από εμπρός και τεντωμένο , έτσι εξαφανίστηκαν οι καμπές (περιοχή της ιεράς καμπής: 1,2 της περινεϊκής καμπής περιφερειακά από το 5). Ανοίχτηκε ένα παράθυρο στο βλεννογόνο της αιμορροϊδικής ζώνης.

1,2. μυϊκός χιτώνας.

1. μυϊκή στιβάδα.

2. επιμήκης στιβάδα.

3,4. εγκάρσιες πτυχές του απευθυσμένου.

5. πτυχή του Kohirausch.

6. κοπροδόχος λήκυθος.

7. πρωκτός.

8. αιμορροϊδική ζώνη.

9. πρωκτικός στίλος με ομάδες αγγείων της άνω αιμορροϊδικής αρτηρίας και κλάδους των αιμορροϊδικών φλεβών (απεικονίζονται στο αριστερό μέρος της εικόνας.)

10. πρωκτικός κόλπος.

11. πρωκτικές βαλβίδες.

12. έξω σφιγκτήρας μυς του πρωκτού.

13. έσω σφιγκτήρας μυς του πρωκτού.

14. ανελκτήρας μυς του πρωκτού.

Επάνω και κάτω από αυτή τη (μέση) εγκάρσια πτυχή του απευθυσμένου προβάλλουν στον αυλό από αριστερά ανά μια μικρότερη εγκάρσια πτυχή.

Η πτυχή του Kohirausch χρησιμεύει κατά την εξέταση του απευθυσμένου ως ωλιωγραφικό σημείο. Κάτω από την πτυχή είναι ψηλαφητή στον άνδρα η πίσω πλευρά του προστάτη, στη δε γυναίκα ο θόλος του κόλλου φτάνει περίπου στο ύψος της πτυχής.

Επάνω από τη (μέση) εγκάρσια πτυχή του απευθυσμένου βρίσκονται ένα τμήμα του παχέος εντέρου που μπορεί να διατείνεται πολύ, η κοπροδόχος λήκυθος (ampulla recti). Η πλήρωση (διάταση) της ληκύθου προκαλεί τάση για αφόδευση (τεινεσμός). Κάτω από την πτυχή , το απευθυσμένο συνεχίζεται μετά την διόδό του από το πυελικό τοίχωμα στον πρωκτικό σωλήνα (canalis analis) που καταλήγει στον πρωκτό.

Το περιτόναιο καλύπτει την οπισθοπεριτοναϊκή ιερή καμπή από εμπρός , ενώ αντίθετα η περινεϊκή καμπή βρίσκεται εξωπεριτοναϊκώς.

Ο πρωκτικός σωλήνας καλύπτεται στο ανώτερο τρίτο από βλεννογόνο του παχέος εντέρου , στα δε κατώτερα δύο τρίτα από λεπτό βλεννογόνο , με λίγη κερατινοποίηση στο πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο του και αισθητική νεύρωση, ο οποίος συνεχίζεται μέσα στο τέλος του πρωκτικού σωλήνα. Έχει κερατινοποιημένη , μελαγχρωματική επιδερμίδα , τρίχες καθώς και σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες.

Στο κατώτερο άκρο της βλεννογονικής ζώνης προβάλλουν στον αυλό 6-10 εξογκώματα σαν επιμήκεις πτυχές , οι πρωκτικοί στύλοι. (του Morgagni , columnae anales) , που προκαλούνται από ομάδες αγγείων και καλύπτονται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο χωρίς κερατινοποίηση. Στο κατώτερο άκρο τους οι πρωκτικοί στύλοι συνδέονται με εγκάρσιες πτυχές , τις πρωκτικές βαλβίδες (valvulae anales). Οι αύλακες μεταξύ των επιμηκών πτυχών , οι πρωκτικοί κόλποι (του Morgagni , sinus anales) , καταλήγουν προς τον πρωκτό σε ρηχούς θυλάκους , καλύπτονται δε από μονόστιβο επιθήλιο με πρισματικά κύτταρα. Η περιοχή των πρωκτικών στύλων και κόλπων έχει πλάτος περίπου 1cm και λέγεται αιμορροϊδική ζώνη. (zona haemorrhoidalis)³.

1.2 Λεπτή υφή και λειτουργία του παχέος εντέρου.

Η βλεννογόνος του παχέος εντέρου απορροφά και άλατα και παράγει βλέννα , σαν λιπαντικό μπορεί δε να αποβάλλει προϊόντα διασπάσεως τοξικών , φαρμάκων , κ.α.

Η βλεννογόνος του παχέος εντέρου παρουσιάζει σημαντικά μικρότερη αύξηση της επιφάνειάς του απ'ότι του λεπτού εντέρου.

Το αδρό ανάγλυφο σχηματίζεται από τις μηνοειδείς πτυχές που περιλαμβάνουν όλους τους χιτώνες του τοιχώματος του παχέος εντέρου. Οι πτυχές , ανάλογα με τη σύσπαση του παχέος εντέρου, προβάλλουν περισσότερο ή λιγότερο στον αυλό.

Οι εγκάρσιες πτυχές του απευθυσμένου , κατ'αναλογία με τις πτυχές του λεπτού εντέρου , περιλαμβάνουν μόνο το βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνιο συνδετικό ιστό. Όμως η κυκλοτερής μυϊκή στιβάδα είναι κάπως πιο παχιά στη βάση τους και μπορεί να εισχωρεί στην πτυχή του Kohrausch.

Λεπτό ανάγλυφο δεν υπάρχει στο παχύ έντερο που δεν έχει λάχνες.

Το υπομικροσκοπικό ανάγλυφο , δηλαδή οι μικρολάχνες της επιφάνειας των απορροφητικών εντερικών κυττάρων περιορίζεται σε σύγκριση με το λεπτό έντερο , επειδή ο αριθμός των απορροφητικών επιθηλιακών κυττάρων είναι πολύ ελαττωμένος ως προς τα εκρηκτικά καλυκοειδή κύτταρα (παραγωγή λιπαντικής βλέννας).

Το επιθήλιο του παχέος εντέρου αποτελείται από απορροφητικά εντεροκύτταρα και βλεννογόνα καλυκοειδή κύτταρα. Οι αδένες του παχέος εντέρου είναι βαθιές κρύπτες , που μερικές φορές διακλαδίζονται , το δε επιθήλιό τους αποτελείται κυρίως από καλυκοειδή κύτταρα , υπάρχουν όμως και ενδοκρινή κύτταρα με κοκκίωση στη βάση τους. Το σύνολο των καλυκοειδών κυττάρων του παχέος εντέρου αντιστοιχεί σε αδένα που έχει το μέγεθος του παγκρέατος.

Το χόριο του βλεννογόνου (lamina propria mucosae) εκτός από τα αιμοδοτά αγγεία και τα νεύρα , περιέχει και αμυντικά κύτταρα σε ποικίλο βαθμό σε κάθε άτομο, επίσης περιέχει λεμφοζίδια , που είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένα ως αθροίσματα λεμφοζιδίων στη σκωληκοειδή απόφυση , όπου μπορεί να επεκτείνονται και στον υποβλεννογόνιο χιτώνα , διαμέσου της βλεννογόνιας μυϊκής στοιβάδας.

Η βλεννογόνια μυϊκή στοιβάδα (lamina muscularis mucosae) είναι έντονα ανεπτυγμένη.

Κατά τη διάρκεια φλεγμονής , ο λεμφικός ιστός μπορεί να συντηχθεί , να διαπυηθεί και να γίνει διάτρηση προς την περιτοναϊκή κοιλότητα.

Ο μυϊκός χιτώνας του παχέος εντέρου (tunica muscularis) αποτελείται από μια εσωτερική ομοιόμορφη κυκλοτερή στιβάδα και μια εξωτερική επιμήκη στοιβάδα , που διατάσσεται κυρίως στις τρεις επιμήκεις κολικές ταινίες. Μεταξύ των ταινιών υπάρχουν πολύ λίγο ανεπτυγμένες μυϊκές δεσμίδες. Στο τοίχωμα όμως της σκωληκοειδούς αποφύσεως και του απευθυσμένου η επιμήκης μυϊκή στοιβάδα σχηματίζει ομοιόμορφο και κλειστό στρώμα. Ιδιαίτερα μορφώματα του μυϊκού τοιχώματος διαμορφώνουν μηχανισμούς συγκλείσεως στην αρχή και στο τέλος του παχέος εντέρου.

Στην ειλεοτυφλική βαλβίδα (valva ileocaecalis) , η κυκλοτερής μυϊκή στιβάδα του παχέος εντέρου απωθείται προς το εσωτερικό και «διαχωρίζεται» από το άκρο του λεπτού εντέρου που προβάλλει μέσα στο παχύ έντερο σαν θηλή. Οι δεσμίδες της κυκλοτερούς μυϊκής στιβάδας περιβάλλουν τη «θηλή» του λεπτού εντέρου με μορφή «σφιγκτήρα» , σχηματίζοντας προβολή του βλεννογόνου , που λέγεται άνω και κάτω χείλος της ειλεοτυφλικής βαλβίδας. Οι δεσμίδες της κυκλοτερούς στιβάδας συ-

νεώνονται πάλι στον πρόσθιο και τον οπίσθιο χαλινό της βαλβίδας. Η θέση όπου «διατιτραίνεται» το τοίχωμα βρίσκεται εμπρός από την επιπλοϊκή ταινία , της οποίας οι επιμήκεις μυϊκές δεσμίδες συνάπτονται εν μέρει με τον «σφιγκτήρα» και έτσι μπορούν και τον ανοίγουν, εν μέρει δε ακτινοβολούν στην επιμήκη μυϊκή στοιβάδα της τελικής μοίρας του ειλεού, που μπαίνει στο παχύ έντερο και έτσι βοηθούν κατά τη σύσπαση να διευρυνθεί ληκυθοειδώς.

Κατά τα άλλα οι κινήσεις της ειλεοτυφλικής βαλβίδας καθορίζονται από το μυϊκό τοίχωμα του τέλους του ειλεού , που μπορεί να μετασχηματίζεται σε σφιγκτήρα. Βράχυνση της επιμήκους μυϊκής στοιβάδας προκαλεί (με σύμπραξη της επιμήκους στιβάδας του παχέος εντέρου) βράχυνση της θηλής και διάνοιξη της βαλβίδας , ενώ σύσπαση της κυκλοτερούς μυϊκής στιβάδας προκαλεί (με τη βοήθεια του σφιγκτήρα της κυκλοτερούς στιβάδας του παχέος εντέρου) επιμήκυνση της θηλής και σύγκλιση της βαλβίδας. Ο σφιγκτήρας ανοίγει περιοδικά και αφήνει περιεχόμενο από το λεπτό έντερο να περάσει στο παχύ , εμποδίζει όμως την παλινδρόμηση. Επιπλέον όταν το τυφλό γεμίζει πολύ πρέπει να εμφανίζεται και ένας μηχανικός βαλβιδικός μηχανισμός που συμπιέζει τα χείλη.

Για την σύγκλιση του πρωκτού ενεργούν ένας έσω , λείος και ένας έξω , γραμμωτός μυϊκός σφιγκτήρας.

Ο έσω σφιγκτήρας μυς του πρωκτού (m.sphincter ani internus) δημιουργείται από πάχυνση μήκους 2cm της εσωτερικής κυκλοτερούς στιβάδας του παχέος εντέρου.

Το σκληρό κάτω χείλος του έσω σφιγκτήρα είναι ψηλαφητό στον ζωντανό.

Η επιμήκης μυϊκή στιβάδα του άκρου του παχέος εντέρου ακτινοβολεί εν μέρει στον έσω σφιγκτήρα , εν μέρει στο περιπρωκτικό δέρμα που έλκεται έτσι προς τον πρωκτό.

Ο έξω σφιγκτήρας μυς του πρωκτού (m.sphincter ani externus) βρίσκεται επάνω στον έσω σφιγκτήρα σαν μανικέτι. Οι μυϊκές ίνες που έχουν σχεδόν οβελιαία κατεύθυνση και περιβάλλουν το άκρο του εντέρου από τις δύο πλευρές , προς τα πίσω δε συνδέονται με το κόκκυγα μέσω του πρωκτοκοκκυγικού συνδέσμου (lig.apococcygeum) και προς εμπρός ακτινοβολούν στο τενόντιο κέντρο του περινέου.

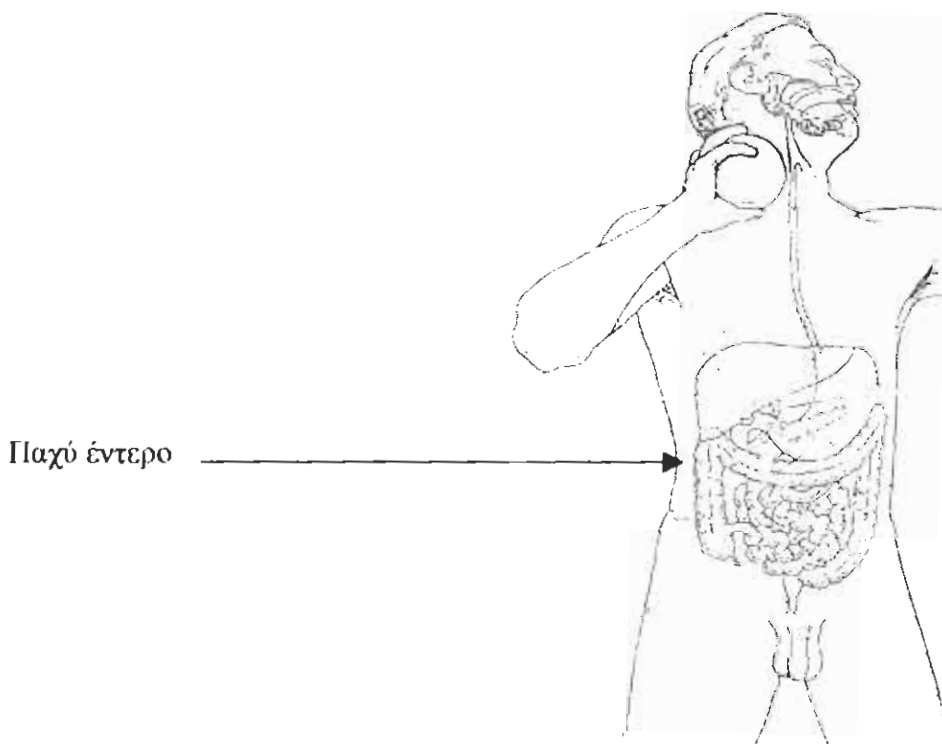
Ο κυριότερος μυς της συγκλίσεως του πρωκτού είναι ο ηβοευθυϊκός μυς που αποτελεί μέρος του ανεγκτήρα μυ του πρωκτού και περνάει με μορφή θηλειάς επάνω από τον έσω και τον έξω σφιγκτήρα , προς το πίσω μέρος του άκρου του εντέρου ,

έλκει δε την περινεϊκή καμπή προς τα εμπρός. Ο ηβουευθικός μυς καθώς και ο έσω και έξω σφιγκτήρας παρουσιάζουν συνεχή τόνο και χαλαρώνουν κατά την αφόδευση.

Τραυματισμός του ηβουευθικού μυ προκαλεί μεγαλύτερο βαθμό ανεπάρκειας συγκλίσεως απ'ότι ο τραυματισμός του έσω ή του έξω σφιγκτήρα⁵

Κινήσεις του παχέος εντέρου. Στο κεντρικό τμήμα του παχέος εντέρου , κατά τη διάρκεια της συμπυκνώσεως , το εντερικό περιεχόμενο κινείται εμπρός και πίσω με περισταλτισμό και αντιπερισταλτισμό. Με λίγες κινήσεις προωθήσεως , που κατευθύνονται περιφερειακά (μεταξύ τους παρεμβάλλεται 2 μέχρι 3 φορές την ημέρα μια «μεγάλη κίνηση» σημαντικής εκτάσεως) , το περιεχόμενο φθάνει μέσω της αριστερής κοιλικής καμπής στο κατίον και το σιγμοειδές κόλον.

Τάση για αφόδευση (τεινισμός) δημιουργείται όταν γεμίσει η κοπροδόχος λήκυθος , που διευρύνεται με τη σύσπαση του επιμήκους μυϊκής στιβάδας. Για την αφόδευση χαλαρώνει αντανακλαστικά ο έσω (αυτόνομος) σφιγκτήρας. Οι άλλοι σφιγκτήρες (γραμμωτοί μύες) χαλαρώνουν με τη βούληση, ο δε πρωκτός ταυτόχρονα με τη διάνοιξη , μετακινείται προς τα πίσω (χαλάρωση του ανεγκτήρα μυ του πρωκτού). Στην κένωση του εντέρου συμβάλλει η ενδοκοιλιακή πίεση (κοιλιακοί μύες , διάφραγμα), που είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική όταν κλείνει η γλωττίδα⁴.



1.3) Αγγεία και νεύρα του παχέος εντέρου.

Αγγεία. Το τυφλό , το ανιόν , και το εγκάρσιο κόλον (μέχρι το «σημείο των Cannon-Bohm», κοντά στην αριστερή κολική καμπή) αιματώνεται από την άνω αριστερά μεσεντέρια αρτηρία , τα δε υπόλοιπα μέρη του παχέος εντέρου από την κάτω μεσεντέρια αρτηρία. Η τελευταία εκφύεται στο ύψος του 3^{ου}-4^{ου} οσφυϊκού σπονδύλου αριστερά από την αορτή, και φέρεται (δευτερογενώς) οπισθοπεριτοναϊκώς για μικρό διάστημα , προς τα αριστερά και κάτω. Στο απευθυσμένο έρχονται επιπλέον και κλάδοι από την έσω λαγόνια αρτηρία. Οι αρτηρίες του παχέος εντέρου σχηματίζουν μόνο 1-2 σειρές από αγγειακά τόξα.

Η ειλεοκολική αρτηρία (a.ileocolica) προχωρεί μέσα στη ρίζα του μεσεντερίου, μέχρι το τυφλό. Από αυτήν εκφύονται πρόσθιοι και οπίσθιοι κλάδοι για το τυφλό , καθώς και η αρτηρία της σκωληκοειδούς (a.appendicularis) που φέρεται πίσω από τον τελικό ειλέο , στο ελεύθερο χείλος του μεσεντεριδίου , προς την σκωληκοειδή απόφυση.

Η δεξιά κολική αρτηρία. (a.colica dextra) έρχεται (δευτερογενώς) οπισθοπεριτοναϊκώς στον ανιόν κόλον , η δε μέση κολική αρτηρία (a.colica media) φθάνει , μέσα από το εγκάρσιο μεσόκολο , στο εγκάρσιο κόλον.

Η αριστερή κολική αρτηρία (από την κάτω μεσεντέρια αρτηρία) φέρεται-ανεβαίνοντας από τα αριστερά – οπισθοπεριτοναϊκώς στο κατιόν κόλον και παρουσιάζει τοξοειδή αναστόμωση με τη μέση κολική αρτηρία. Οι σιγμοειδικές αρτηρίες (aa.sigmoideae) είναι δύο ή περισσότεροι κλάδοι που προχωρούν , μέσα στο μεσοσιγμοειδές , προς το σιγμοειδές κόλον.

Η άνω αιμορροϊδική αρτηρία (a.rectalis superior) είναι μια σε κάθε πλευρά , μπαίνει στην ελάσσονα πύελο πίσω από το απευθυσμένο και αιματώνει με δύο συνήθως κλάδους το τοίχωμα του απευθυσμένου. Η άνω αιμορροϊδική αρτηρία έχει συνήθως μια μοναδική αναστόμωση με την κατώτερη σιγμοειδική αρτηρία (a.sigmoidea ima).

Για το λόγο αυτό η απολίνωση της άνω αιμορροϊδικής αρτηρίας επάνω από αυτήν την αναστόμωση δεν θέτει σε κίνδυνο την αιμάτωση του απευθυσμένου , αντίθετα αν απολινωθεί κάτω από την αναστόμωση δεν είναι εξασφαλισμένη η αιμάτωση του απευθυσμένου⁵.

Βλεννογόνιοι κλάδοι της άνω αιμορροϊδικής αρτηρίας μπαίνουν στον υποβλεννογόνιο προς τον πρωκτό , μέχρι την περιοχή αιματώσεως από τις μέσες και κάτω αιμορροϊδικές αρτηρίες και σχηματίζουν μέσα στους στύλους του Morgagni αρτη-

ριακά δίκτυα με μεγάλη ελίκωση που συνδέονται με τις φλέβες μέσω οζώδων αρτηριοφλεβικών αναστομώνσεων. Τα αγγειακά αυτά δίκτυα ενεργούν σαν σπυραγγώδες σώμα που βοηθάει στην σύγκλιση του πρωκτού.

Διεύρυνση των αγγειακών δικτύων στους πρωκτικούς στύλους δημιουργεί τις αιμορροΐδες , όταν δε αυτές αιμορραγούν ρέει ζωηρό κόκκινο αρτηριακό αίμα.

Το μυϊκό τοίχωμα του κατώτερου μέρους του απευθυσμένου αιματώνεται πάνω μεν από το πυελικό έδαφος από τη μέση αιμορροϊδική αρτηρία (a.rectalis media , από την έσω λαγόνια αρτηρία) κάτω δε απ' αυτό από την κάτω αιμορροϊδική αρτηρία (a.rectalis inferior από την έσω αιδοϊκή αρτηρία). Οι αρτηρίες αυτές είναι μια σε κάθε πλευρά.

Οι συνδέσεις της μέσης και της κάτω αιμορροϊδικής αρτηρίας , με την άνω αιμορροϊδική αρτηρία επαρκούν (συνήθως) , αν γίνει απόφραξη κάποιου αγγείου , για την αιμάτωση της αντίθετης πλευράς.

Αρτηρίες του απευθυσμένου.

Άποψη από πίσω

1. άνω αιμορροϊδική αρτηρία (από την κάτω μεσεντέρια αρτηρία – μονοφυής).
2. μέση αιμορροϊδική αρτηρία (από την έσω λαγόνια αρτηρία – διφυής).
3. κάτω αιμορροϊδική αρτηρία (από την έσω αιδοϊκή αρτηρία – διφυής).
4. πρωκτός.
5. έξω σφιγκτήρας μυς του πρωκτού.
6. ανελκτήρας μυς του πρωκτού.
7. ανάκαμψη του περισπλαχνίου στο τοιχωματικό περιτόναιο , στην πίσω και την πλάγια επιφάνεια του απευθυσμένου⁶.

Οι φλέβες από την περιοχή αιματώσεως της άνω μεσεντέριας αρτηρίας – η ειλεοκολική φλέβα - , η δεξιά κολική φλέβα και η μέση κολική φλέβα – προχωρούν μαζί με τις αρτηρίες και ενώνονται σε άνω μεσεντέρια φλέβα , που φέρεται μέσα στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο , δεξιά από την άνω μεσεντέρια αρτηρία και πίσω από την κεφαλή του παγκρέατος , εκβάλλει στη ρίζα της πυλαιάς φλέβας.

Οι φλέβες από την περιοχή αιματώσεως της κάτω μεσεντέριας αρτηρίας – η αριστερή κολική φλέβα , οι σιγμοειδικές φλέβες και η άνω αιμορροϊδική φλέβα , σχηματίζουν την κάτω μεσεντέρια φλέβα. Η τελευταία προχωρεί ανεξάρτητα από την αρτηρία , μέσα στην άνω δωδεκαδακτυλική πτυχή , πίσω από το σώμα του παγκρέα-

τος και ενώνεται εκεί συνήθως με τη σπληνική φλέβα , σχηματίζοντας τη ρίζα της πυλαίας φλέβας.

Το φλεβικό αίμα από τα κατώτερα μέρη του απευθυσμένου φέρεται στην έσω λαγόνια φλέβα.

Οι μέσες αιμορροϊδικές φλέβες παίρνουν το αίμα κυρίως από τα τοιχώματα του απευθυσμένου πάνω από το έδαφος της πυέλου , οι δε κάτω αιμορροϊδες φλέβες έρχονται από την περιοχή του πρωκτού και εκβάλλουν στην έσω αιδοϊκή φλέβα.

Οι άνω , μέσες και κάτω αιμορροϊδικές φλέβες συνδέονται , σχηματίζοντας δίκτυο γύρω από το απευθυσμένο , το αιμορροϊδικό πλέγμα (plexus venosus rectalis-plexus haemorrhoidalis). Το πλέγμα αυτό αποτελεί μια αναστόμωση ανάμεσα στην πυλαία και την κάτω κοίλη φλέβα (αποχέτευση προς την πυλαία φλέβα μέσω της κάτω μεσεντέριας φλέβας και προς την κάτω κοίλη φλέβα μέσω της έσω λαγόνιας φλέβας.)

Όταν υπάρχει στάση (αυξημένη πίεση) στην πυλαία φλέβα , διευρύνονται οι υποβλεννογόνιες φλέβες του πλέγματος².

Τα νεύρα προς το παχύ έντερο έρχονται με το άνω μεσεντέριο πλέγμα (plexus mesentericus superior , για τα κεντρικά τμήματα του κόλου , μέχρι κοντά στην αριστερή κολική καμπή) και με το κάτω μεσεντέριο πλέγμα (plexus mesentericus inferior , για τα υπόλοιπα τμήματα του κόλου). Τα πλέγματα προχωρούν επάνω στο τοίχωμα των μεσεντερικών αρτηριών και των κλάδων τους.

Οι προγαγγλιακές παρασυμπαθητικές ίνες προς το άνω μεσεντέριο πλέγμα προέρχονται από το πνευμονογαστρικό νεύρο (οπίσθιο πνευμονογαστρικό στέλεχος), οι δε προγαγγλιακές συμπαθητικές ίνες από τα σπλαχνικά νεύρα. Τα κυτταρικά σώματα των μεταγαγγλιακών (των απαγωγών) παρασυμπαθητικών νευρώνων βρίσκονται εν μέρει στα κοιλιακά γάγγλια , εν μέρει στο εντερικό τοίχωμα , τα δε κυτταρικά σώματα των μεταγαγγλιακών (των απαγωγών) συμπαθητικών νευρώνων στα κοιλιακά γάγγλια και το άνω μεσεντέριο γάγγλιο.

Οι προγαγγλιακές συμπαθητικές ίνες του κάτω μεσεντερίου πλέγματος προέρχονται από την ιερή μοίρα του παρασυμπαθητικού και φτάνουν στο πλέγμα μέσω των πυελικών σπλαχνικών νεύρων , οι δε προγαγγλιακές συμπαθητικές ίνες έρχονται από το πλέγμα της κοιλιακής αορτής και από τα γάγγλια της οσφυϊκής μοίρας του συμπαθητικού στελέχους. Τα κυτταρικά σώματα των μεταγαγγλιακών παρασυμπαθητικών νευρώνων βρίσκονται μεταξύ των άλλων στο πυελικό γάγγλιο , εν μέρει δε στο εντε-

ρικό τοίχωμα . Τα κυτταρικά σώματα των μεταγαγγλιακών συμπαθητικών νευρώνων βρίσκονται στο μεγαλύτερο μέρος στο κάτω μεσεντερικό γάγγλιο.

Νεύρωση της συγκλίσεως του πρωκτού: ο έσω σφιγκτήρας του πρωκτού νευρώνεται από ίνες της ιερής μοίρας του παρασυμπαθητικού , που φτάνουν σ' αυτόν με τα πυελικά σπλαγχνικά νεύρα (n.splanchnici pelvini) και από συμπαθητικές ίνες της ιερής μοίρας του συμπαθητικού στελέχους , τα ιερά σπλαγχνικά νεύρα.

Ο έξω σφιγκτήρας μυς του πρωκτού δέχεται διεγέρσεις από τα κάτω αιμοροϊδικά νεύρα (nn.revtalew inferiores) κλάδους του αιδοϊκού νεύρου (n.pudendus) από το 3^ο-4^ο ιερό νευροτόμιο , που νευρώνουν επίσης στο δέρμα του πρωκτού.

Ο ανελκτήρας μυς του πρωκτού νευρώνεται από άμεσους κλάδους του ιερού πλέγματος , που μπαίνουν στον μυ επάνω από το πυελικό έδαφος⁷.

1.3 Λεμφαγγεία του παχέος εντέρου.

Τα λεμφαγγεία του παχέος εντέρου ακολουθούν την πορεία των αρτηριών του παχέος εντέρου. Οι επιχώριοι λεμφαδένες βρίσκονται οπισθοπεριτοναϊκός , στο μεσόκολο , κοντά στο παχύ έντερο.

Οι ειλεοκολικοί λεμφαδένες , στην περιοχή της ειλεοκολικής αρτηρίας , παίρνουν λέμφο από τον κατώτερο ειλέο , το τυφλό με τη σκωληκοειδή απόφυση και το ανιόν κόλον. Οι δεξιοί κολικοί λεμφαδένες αθροίζουν λέμφο από το ανιόν κόλον , οι μέσοι κολικοί λεμφαδένες από το εγκάρσιο κόλον , τέλος δε οι αριστεροί κολικοί λεμφαδένες από το κατιόν κόλον , το σιγμοειδές κόλον και το ανώτερο μέρος του απευθυσμένου.

Συλλεκτικοί λεμφαδένες είναι οι άνω και κάτω μεσεντέριοι λεμφαδένες , κατά μήκος της άνω και κάτω μεσεντέριας αρτηρίας.

Τα λεμφαγγεία από το τμήμα του απευθυσμένου αμέσως πάνω από το πυελικό έδαφος φέρονται στους έσω λαγόνιους λεμφαδένες , επάνω στην έσω λαγόνια αρτηρία και στους ιερούς λεμφαδένες εμπρός από το ιερό όστούν.

Συλλεκτικοί λεμφαδένες είναι οι κοινοί λαγόνιοι λεμφαδένες και στην κοινή λαγόνια αρτηρία , καθώς και οι αορτικοί (οσφυϊκοί) λεμφαδένες δίπλα στην κοιλιακή αορτή.

Λεμφαγγεία από την πρωκτική χώρα (δέρμα) φέρονται κυρίως στους επιπολής βουβωνικούς λεμφαδένες , στη βουβωνική πτυχή , μπορούν όμως (τελικό έντερο

) να διαπερνούν το πυελικό τοίχωμα και να φθάνουν στους ιερούς και τους έσω λαγόνιους λεμφαδένες.

Συλλεκτικοί λεμφαδένες των επιπολής βουβωνικών λεμφαδένων είναι οι εν τω βάθει βουβωνικοί λεμφαδένες , κατά μήκος της μηριαίας φλέβας , καθώς και οι έξω λαγόνιοι λεμφαδένες στην έξω λαγόνια αρτηρία⁸.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Τα κακοήθη νεοπλάσματα του παχέος εντέρου είναι κυρίως τα αδενοκαρκινώματα από κυλινδρικά επιθήλια , αυτά που προέρχονται από τον βλεννογόνο του εντέρου ή τις κρύπτες του Lieberkühn. Γενικά ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι σχετικά χαμηλού βαθμού κακοήθειας και σπάνια μεταφέρεται πέρα από την περιτοναϊκή κοιλότητα.

Τα αδενώματα του παχέος εντέρου αποτελούν σημαντικό προδιαθετικό παράγοντα για τον σχηματισμό θηλωματωδών , ανθοκραμβοειδών καρκινωμάτων , τα οποία κατατάσσονται στην ελάχιστη κακοήθη κατηγορία I ή καμιά φορά στην κατηγορία II. Αλλά και ο δακτυλιοειδής καρκίνος , ο οποίος είναι ο πιο κακοήθης , έχει και αυτός σχετικά καλή πρόγνωση , διότι εμφανίζει ταχέως στενωτικά φαινόμενα , γι' αυτό και η διάγνωσή του γίνεται έγκαιρα⁹.

Ιστολογικώς όλοι οι καρκίνοι είναι αδενοκαρκινώματα που αποτελούνται από αδενικούς σχηματισμούς με πολύ μεγάλα κυλινδρικά κύτταρα. Τα κύτταρα αυτά εμφανίζουν ογκώδεις βαθυχρωματικούς πυρήνες και καμιά φορά παρατηρούνται πυρινοκινήσιες μέσα σε άλλο αριθμό κυττάρων. Ανάλογα της αναπλαστικότητας του όγκου και του βαθμού κακοήθειας, οι αδενικοί σχηματισμοί είναι περισσότερο ή λιγότερο ομαλώς διατεταγμένοι , ενώ στις περισσότερες αναπλαστικές μορφές περιγράφονται κύτταρα με κεντρικό πυρήνα και πρωτόπλασμα που περιέχει βλενώδες υλικό. Το 75% των όγκων του παχέος εντέρου ανήκουν στις κατηγορίες I και II κατά Broder, δηλαδή είναι σχετικά καλοήθεις¹⁰.

Μακροσκοπικώς τα καρκινώματα αυτά προσλαμβάνουν διάφορες μορφές , οι οποίες έχουν σχέση με τη θέση στην οποία αναπτύσσεται ο καρκίνος.

Έτσι περιγράφονται:

1.Ο σκίρρος καρκίνος, ο οποίος είναι ο συνηθέστερος και αναπτύσσεται συχνότερα στο αριστερό ήμισυ του παχέος εντέρου (75%). Η διασπορά του νεοπλάσματος γίνεται τόσο στα λεμφογάγγλια της ρίζας του μεσεντερίου , όσο και στο ήπαρ μέσω της άνω μεσεντερίου φλέβας και της πυλαίας , ενώ οι πνευμονικές μεταστάσεις δεν είναι και τόσο συνήθεις. Μεταστάσεις όπως στο ήπαρ, από νεοπλάσματα τα οποία παράγουν βλέννα , είναι δυνατόν να εμφανίσουν λεπτές αποτιτανώσεις.

2.Ο υπερτροφικός , ανθοκραμβοειδής ή εγκεφαλοειδής όγκος, ο οποίος είναι συχνότερος στο δεξιό κόλον και εμφανίζει ενδοαυλική ανάπτυξη. Είναι πιο σπάνιος από

τον προηγούμενο , λιγότερο επιρρεπής στο σχηματισμό μεταστάσεων αλλά πολλές φορές η διάγνωσή του γίνεται έγκαιρα , διότι δεν προκαλεί αποφρακτικά φαινόμενα.

3.Ο ελκωτικός, ο οποίος εντοπίζεται συνήθως στο αριστερό κόλον και χαρακτηρίζεται από εξέλκωση με ανώμαλα, υπεργειμμένα και ρυπαρά χείλη. Παραμελημένη μορφή αυτού στην οποία υπερισχύουν με ο χρόνο τα ινώδη στοιχεία (σκίρρος καρκίνος) αποτελεί η ζωνοειδής ή περιχειροειδής μορφή.

4.Ο διάγυτος δηθητικός,ο οποίος επεκτείνεται κατά μήκος του εντερικού τοιχώματος και αντιστοιχεί στην πλαστική λινίτιδα του στομάχου. Προκαλεί διάχυτη πάχυνση του εντερικού τοιχώματος και της οποίας η επιφάνεια καλύπτεται από φυσιολογικό εντερικό βλεννογόνο , ενώ συνήθως υπάρχει και εξέλκωση σε κάποιο σημείο. Προσβάλλεται ο υποβλεννογόνιος χιτώνας , ο οποίος γίνεται λείος-λινός κατά μήκος και σκληρός χωρίς ελαστικότητα.

Μικροσκοπικά ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι **αδενοκαρκίνωμα** με μεγάλες όμως διαφορές στο βαθμό διαφοροποίησης των καρκινικών κυττάρων.

Μπορεί να είναι:

1.Μυελοειδής.

2.Θηλώδης και

3.Βλενώδης,ο οποίος αποτελεί μάλλον βαθμό ιστολογικής διαφοροποίησης , αλλά έχει σε ορισμένες μορφές του κακή πρόγνωση , ιδίως στους νέους ασθενείς⁹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Στο παχύ έντερο απορροφώνται κυρίως νερό και ηλεκτρολύτες συμπυκνώνοντας κυρίως προοδευτικώς το περιεχόμενο μέχρι τον τελικό σχηματισμό των κοπράνων. Σε φυσιολογικές καταστάσεις η απορρόφηση υδατανθράκων, λιπών, αμινοξέων ή βιταμινών είναι ασήμαντος. Επί παθήσεων όμως του λεπτού εντέρου η απορρόφηση υδατανθράκων και βιταμινών γίνεται από το παχύ έντερο. Περίπου 1000-2000ml περιεχομένου του ειλεού εισέρχεται στο τυφλό ημερησίως. Αυτό αποτελείται κατά 90% από νερό το οποίο απορροφάται σταδιακά κυρίως στο δεξιό κόλον, έτσι ώστε στις κενώσεις αποβάλλονται μόνο 100-200ml ύδατος.

3.1 Εντερικά αέρια.

Ενώ το λεπτό έντερο υπό φυσιολογικές συνθήκες περιέχει ελάχιστο αέρα, μια ακτινογραφία δείχνει σχεδόν πάντα αέρα στον αυλό του παχέος εντέρου. Μια ποσότητα αερίου απορροφάται κατά μήκος του βλεννογόνου του εντέρου αλλά το περισσότερο 400-1200ml/d αποβάλλεται δια του πρωκτού.

Τα αέρια προέρχονται από την κατάποση, αλλά κυρίως από ζυμώσεις μη απορροφούμενων υδατανθράκων και δημητριακών προϊόντων και από διάσπαση οργανικών ουσιών παρουσία μικροβίων.

Το κύριο συστατικό των εντερικών αερίων είναι το άζωτο (N_2). Ακολουθούν το O_2 , H_2 , CO_2 και το μεθάνιο (CH_4). Το H_2 και CO_2 παράγονται από ζύμωση άπεπτων υδατανθράκων κυρίως κυτταρίνης. Το ένα τρίτου του πληθυσμού παράγει αέριο μεθάνιο (CH_4) το οποίο δείχνει την ύπαρξη μεγάλου αριθμού μικροβίων. Κόπρανα από άτομα που παράγουν μεθάνιο σχεδόν πάντοτε επιπλέουν. Τα H_2 και CH_4 είναι εκρηκτικά αέρια και ο χειρουργός έχοντας τις παραπάνω πληροφορίες πρέπει να προβεί σε λεπτομερή καθαρισμό του αυλού του εντέρου πριν κάνει επέμβαση εντός αυτού, χρησιμοποιώντας ηλεκτροκαυτηρίαση. Ασθενείς με πολλά αέρια παραπονούνται για διάταση της κοιλίας και σημαντική αποβολή υδαρών κοπράνων και αερίων. Εκσεσημασμένη αποβολή αερίων σημαίνει αυξημένη παραγωγή H_2 . Η θεραπεία συνιστάται στην απομάκρυνση από τη διαίτα λακτόζης (γάλα), λαχανικών και δημητριακών προϊόντων.

3.2 Κινητικότητα παχέος εντέρου.

Η κινητικότητα του παχέος εντέρου εκδηλώνεται με τρεις μορφές:

A)Ανάστροφος περίστασις: Είναι δακτυλιοειδείς συσπάσεις κινούμενες κεντρομόλως. Συμβαίνουν στο δεξιό κόλον και κυρίως στο τυφλό και ανιόν. Έτσι αναμιγνύεται το περιεχόμενο του τυφλού και γίνεται απορρόφηση υγρών και ηλεκτρολυτών.

B)Τμηματικές συσπάσεις: Αυτές συμβαίνουν κυρίως στο εγκάρσιον και κατιόν. Δακτυλιοειδείς συσπάσεις διαιρούν τον αυλό σε χωριστά τμήματα προωθώντας το περιεχόμενο συγχρόνως κεντρικώς και περιφερικώς.

Γ)Μαζική περίστασις: Είναι δυνατή περισταλτική κίνηση οδεύουσα περιφερικώς και συμβαίνουσα στο εγκάρσιο και κατιόν. Οι παραπάνω κινήσεις παρ' όλο που φαίνεται ότι συμβαίνουν τυχαία , είναι αποτέλεσμα πολύπλοκων νευροχημικών ερεθισμάτων με μηχανισμούς δράσεως ακόμη άγνωστους στη φυσιολογία. Γνωστές είναι μόνο καταστάσεις που επηρεάζουν την κινητικότητα του παχέος εντέρου όπως:

- i. Γαστροκολικό αντανακλαστικό : με το φαγητό δημιουργούνται μεταβολές στη μυοηλεκτρική και κινητική δραστηριότητα του παχέος εντέρου ,ε συνέπεια την τάση για αφόδευση. Η ένταση της έπειξης για αφόδευση εξαρτάται απ' το είδος του φαγητού και την περιεκτικότητα σε θερμίδες και λίπος.
- ii. Το βάδισμα , η γυμναστική είναι σημαντικά ερεθίσματα προωθήσεως του εντερικού περιεχομένου ενώ η κατάκλιση προκαλεί το αντίθετο.
- iii. Η δίοδος δια του εντέρου επιταχύνεται με την ύπαρξη άπεπτων και αδιάλυτων φυτικών ινών (προϊόντα λαχανικών ή σιτηρών).
- iv. Ψυχικό stress επηρεάζει την κινητικότητα του εντέρου.

Υπάρχει τέτοια ποικιλία κινητικότητας του παχέος εντέρου ώστε είναι δύσκολο να προσδιοριστούν φυσιολογικές από παθολογικές καταστάσεις. Υπό φυσιολογικές συνθήκες τα υπολείμματα ενός γεύματος φθάνουν στον ειλεό μέσα σε 4 ώρες ενώ στο ορθό μετά από 24 ώρες. Η ανάμειξη του εντερικού περιεχομένου οδηγεί ώστε πλήρης αποβολή των υπολειμμάτων ενός γεύματος να γίνεται σταδιακά σε 3-4 ημέρες

3.3 Οι συνήθειες του εντέρου (κένωσης)

Η συχνότης αυτών θεωρείται εντός των φυσιολογικών ορίων όταν κυμαίνεται μεταξύ μια ανά 12ωρον ή μια ανά 2-3 ημέρες.

Διάρροια λέγεται όταν οι κενώσεις είναι άνω των 3 ημερησίως και η περιεκτικότητα σε νερό είναι άνω των 300ml ημερησίως.

Υπάρχει κάποια σύγχυση στον ορισμό της δυσκοιλιότητας που μπορεί να αναφέρεται α) στην αλλαγή της συχνότητας των κενώσεων από 1/d έως 1 ανά 3ήμερον , β) στη σκληρή σύσταση των κενώσεων και γ) στη δυσκολία αποβολής των κοπράνων (δυσχεσία). Γενικώς κάθε αλλαγή στις συνήθειες των κενώσεων πρέπει να διεγείρει το ενδιαφέρον των ατόμων και των θεραπόντων ιατρών για παραπέρα έρευνα πριν από κάθε εμπειρική θεραπεία¹¹.

3.4 Αφόδευση.

Ο μηχανισμός της αφόδευσης αρχίζει με την είσοδο των κοπράνων στο απευθυσμένο έντερο. Ακολουθούν έντονες κινήσεις του απευθυσμένου, σύγχρονη χαλάρωση των σφιγκτήρων , σύσπαση του ανεγκτήρα μυ του πρωκτού και αφόδευση.

Στο μηχανισμό συμμετέχουν οι κοιλιακοί μύες και το διάφραγμα, ενώ η αναπνοή διακόπτεται και επέρχεται σύγκλεια της γλωτίδας. Η αφόδευση που γίνεται με τη θέλησή μας , μπορεί να επιταχυνθεί , να επιβραδυνθεί ή και να διακοπεί. Εξαρτάται από κέντρο που βρίσκεται στο φλοιό του εγκεφάλου, από το οποίο φυγόκεντρες ίνες μεταφέρουν τις ώσεις προς το πρωκτονωτιαίο κέντρο της αφόδευσης και από κει προς τον υποκείμενο στη θέληση πρωκτικό σφιγκτήρα.

Η αναστολή της αφόδευσης , έχει ισχύ για περιορισμένη χρονική διάρκεια. Η μεγάλη διάρκεια, προκαλεί ισχυρές περισταλτικές κινήσεις που υπερνικούν την ελεγχόμενη αντίσταση του έξω σφιγκτήρα και η αφόδευση γίνεται πια χωρίς τη θέληση.

Η αφόδευση είναι συχνά και καθαρά αυτανακλαστική πράξη , εφ' όσον η διέγερση των τασεούποδοχών του απευθυσμένου, φθάνει μέχρι το πρωκτονωτιαίο κέντρο της αφόδευσης, που βρίσκεται στην οσφυϊκή μοίρα του νωτιαίου μυελού. Φυγόκεντρα με τα παρασυμπαθητικά πυελικά νεύρα, οι ώσεις μεταβιβάζονται προς την τελευταία μοίρα του παχέος εντέρου, του οποίου αυξάνουν τις περισταλτικές κινήσεις, ενώ συγχρόνως προκαλούν χαλάρωση του έσω σφιγκτήρα του πρωκτού, με αποτέλεσμα την καθαρά αυτανακλαστική αφόδευση¹².

3.5 Μικροβιολογία παχέος εντέρου.

Το παχύ έντερο των νεογνών είναι στείρο μικροβίων. Αποικίζεται όμως αμέσως μετά τον τοκετό από ένα μεγάλο αριθμό μικροβίων. Η συγκέντρωση και το είδος των μικροβίων εξαρτώνται από τις συνθήκες του περιβάλλοντος και το είδος των τροφών.

Η χλωράδα του παχέος εντέρου είναι μικτή αερόβιος και αναερόβιος με προεξάρχοντα κυρίως τα αναερόβια μικρόβια. Κύριος εκπρόσωπος των αναερόβιων είναι το *Bacteroides fragilis* σε συγκεντρώσεις άνω των 10^{10} ανά gm κοπράνων. Ακολουθούν τα κλωστηρίδια και αναερόβιοι εντερόκοκκοι. Η *Escherichia coli* και ο *Streptococcus faecalis* έχουν τις μεγαλύτερες συγκεντρώσεις του ύψους 10^7 ανά gm κοπράνων.

Τα μικρόβια αυτά που είναι υπόλογα για τις λοιμώξεις σε εγχειρήσεις του παχέος εντέρου συμμετέχουν και στις εξής φυσιολογικές λειτουργίες : α) Διασπών τις χολοχρωστικές δίδοντας και ανάλογο χρώμα στα κόπρανα. β) Διασπών τα αμινοξέα και από τις παραγόμενες αμίνες ινδόλη και σκατόλη εξαρτάται και η οσμή των κοπράνων. γ) Αποσυνδέουν τα χολικά οξέα και σχηματίζουν ελεύθερα χολικά οξέα, τα οποία επιδρούν επί του τοιχώματος του εντέρου και επηρεάζουν την κινητικότητα. δ) Παράγουν αέρια, επηρεάζουν την απορρόφηση και παράγουν Βιτ-Κ ε) Φαίνεται μαζί με άλλες ουσίες συντελούν στην παθογένεση του καρκίνου του παχέος εντέρου¹³.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Πριν αναφερθώ στον καρκίνο του παχέος εντέρου είναι σκόπιμο να αναφέρω ορισμένα στοιχεία για τους πολύποδες , οι οποίοι μπορεί να προκαλέσουν οι ίδιοι συμπτώματα.

Κυρίως , οι αδενωματώδεις πολύποδες και τα αδενοκαρκινώματα είναι οι πιο συχνοί όγκοι του παχέος εντέρου. Οι πολύποδες αιμορραγούν και αποφράσσουν το έντερο, η παρουσία τους όμως καθίσταται σημαντικής , λόγω της δυνητικής κακοήθους εξαλλαγής.

4.1 Καλοήθεις όγκοι παχέος εντέρου.

Πολύποδας είναι μια περιγεγραμμένη προπέτεια του εντερικού βλεννογόνου , η οποία προβάλλει μέσα στον αυλό του εντέρου.

Γενικά οι πολύποδες είναι έμμισχοι ή άμισχοι και σε περίπου 70% των περιπτώσεων ορατοί με το σιγμοειδοσκόπιο. Η μελέτη με βαριούχο υποκλυσμό και ειδικά με την τεχνική της διπλής σκιαγραφικής αντιθέσεως αποκαλύπτει τους περισσότερους πολύποδες του κόλου.

Διακρίνονται πέντε κύριοι τύποι πολυπόδων:

- 1) ο νεοπλαστικός (αδενωματώδης και λαχνωτό θήλωμα)
- 2) ο νεανικός.
- 3) ο κληρονομικός (οικογενής πολυποδίαση).
- 4) ο αμαρτωματώδης πολύποδας (σύνδρομο Peutz – Jeghers).
- 5) ο φλεγμονώδης ψευδοπολύποδας (ελκώδης κολίτιδα ⁸).

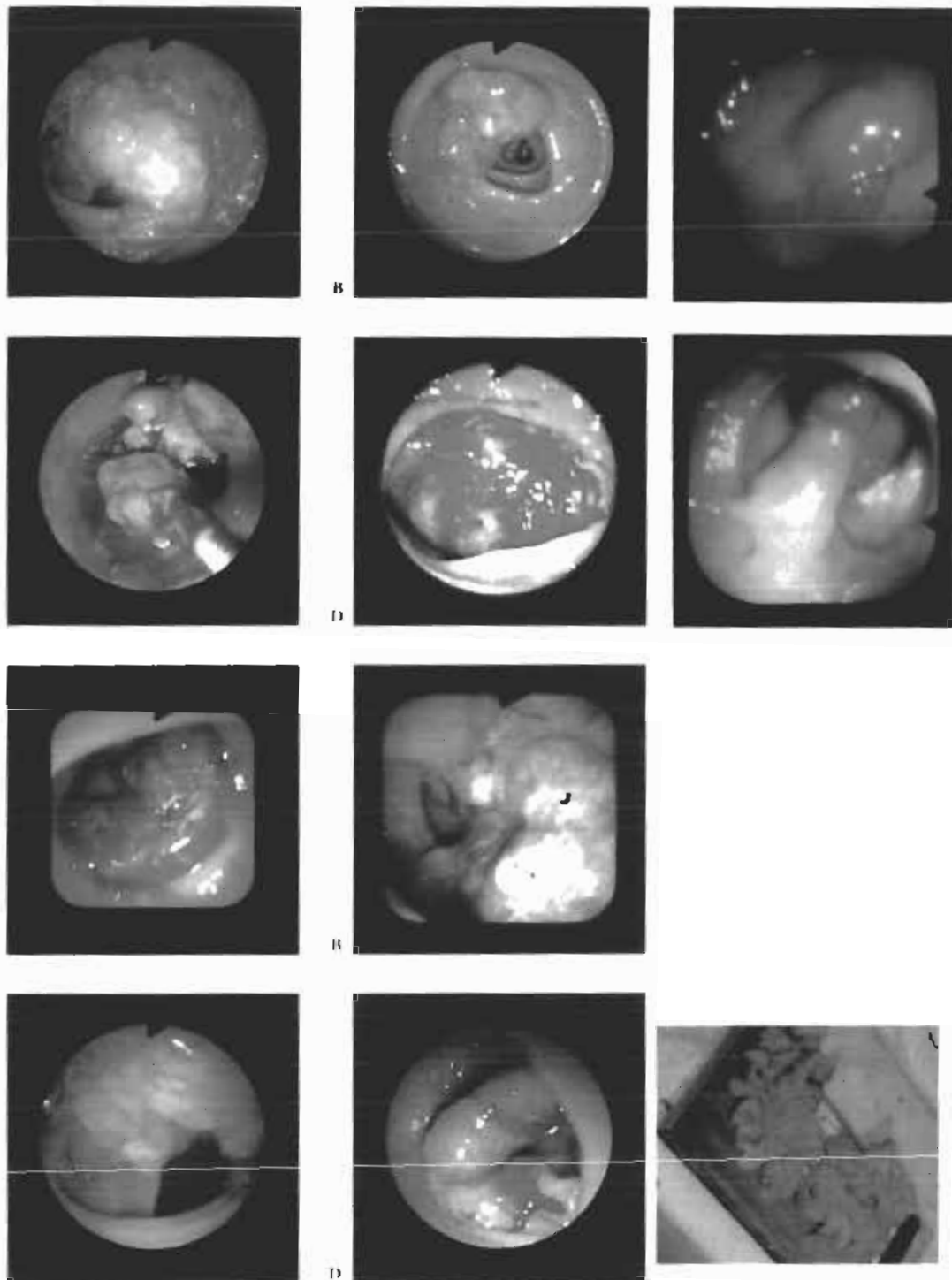
1. Νεοπλαστικοί πολύποδες

Αδενωματώδεις πολύποδες.

Οι αδενωματώδεις πολύποδες (πολυποειδή αδενώματα) είναι οι πιο συχνοί και αποτελούν το 90% των νεοπλαστικών πολυπόδων του παχέος εντέρου. Είναι ανύπαρκτοι σε ηλικίες μικρότερες των 20 ετών , με εξαίρεση την οικογενή πολυποδίαση.

Είναι συχνότεροι στους άνδρες παρά στις γυναίκες.

Ανέρχεται σε ποσοστό τουλάχιστον 5% του γενικού πληθυσμού, αλλά ποικίλει ανάλογα με την ηλικία. Κλινικές μελέτες έχουν αποκαλύψει ότι μετά το 40^ο έτος, περίπου 10% του γενικού πληθυσμού έχουν πολύποδες στο ορθό και στο σιγμοειδές ,



Νεοπλάσματα παχέος εντέρου

νεκροτομικές όμως μελέτες δείχνουν ακόμα μεγαλύτερη συχνότητα (20-50%). Πολλάποδοι πολύποδες παρατηρούνται σε ποσοστό 30% όλων των ασθενών με πολύποδες.

Το μέγεθός τους ποικίλει από μικρά άμισχα σποριώμορφα ογκίδια μέχρι ευμεγέθεις έμμισχες μάζες διαμέτρου πολλών εκατοστών. Ιστολογικά σχηματίζονται από μάζα αδενικών σωλήνων που καλύπτονται από βλεννογόνο ποικίλου βαθμού διαφοροποίησης και αρδεύονται από κεντρικό αγγειακό άξονα. Η διάγνωσή τους γίνεται με την ορθοσιγμοειδοσκόπηση και το βαριούχο υποκλυσμό με διπλή σκιαγραφική αντίθεση, αν έχουν διάμετρο μεγαλύτερη από 0,5cm και με κολοσκόπηση αν έχουν μικρότερο μέγεθος και κεντρικότερη εντόπιση.

Είναι φανερό ότι χρειάζονται και άλλες μελέτες για να διαλευκανθεί η σχέση αδενωματωδών πολυπόδων-καρκίνου. Επί του παρόντος, παραμένει ως συμπέρασμα ότι η καθολική κακοήθης εξαλλαγή των αδενωματωδών πολυπόδων δεν είναι τεκμηριωμένη, είναι όμως γενικά αποδεκτό ότι ο κίνδυνος κακοήθους εξαλλαγής είναι ανάλογος με το μέγεθος του πολύποδα: πολύποδες με ευρεία βάση (άμισχοι) και μεγάλοι (πάνω από 2cm) σχετίζονται με αυξημένη συχνότητα καρκίνου, ενώ οι έμμισχοι πολύποδες θεωρούνται ότι είναι σχετικά καλοήθεις. Πολύποδες με διάμετρο μεγαλύτερη από 1cm εμφανίζουν ποσοστό εξαλλαγής 5% ενώ με διάμετρο μικρότερη από 1cm το ποσοστό εξαλλαγής είναι < 1%.

Θεραπεία: η εκτομή των πολυπόδων, διαμέσου του σιγμοειδοσκοπίου , είναι συνήθως ευχερής και ασφαλής. Οι πολύποδες του ορθού με ευρεία βάση αφαιρούνται με διαπρωκτική προσπέλαση και το τραύμα του ορθικού βλεννογόνου συγκλείεται με συρραφή. Η εισαγωγή του κολοσκοπίου αποτέλεσε θεαματική πρόοδο στην αφαίρεση πολυπόδων από το αριστερό και το δεξιό κόλον, πρέπει να επιχειρείται όμως από έμπειρους ειδικούς , που μπορούν να επιτύχουν εντεροσκοπικό έλεγχο ολόκληρου του παχέος εντέρου, εκτομή μεγάλου αριθμού μικρών ή έμμισχων πολυπόδων, όπως και βιοψία ευμεγεθών άμισχων.

Λαχνωτό Αδένωμα.

Το λαχνωτό αδένωμα (λαχνωτό θήλωμα) είναι λαχνωτός όγκος με ευρεία βάση και βελούδινη σύσταση, ο οποίος αναπτύσσεται και καταλαμβάνει μερικές φορές ολόκληρη την περιφέρεια του εντερικού αυλού. Αποτελεί ποσοστό 10% των νεοπλαστικών πολυπόδων και σε ποσοστό 80% περίπου εμφανίζεται στο ορθό. Επισκοπικά το λαχνωτό θήλωμα είναι προσόμοιο με τον καρκίνο ψηλαφητικά όμως σε αντίθεση με τη σκληρή σύσταση του καρκίνου , είναι τόσο μαλακό ώστε πολλές φορές να μην καθίσταται αντιληπτό κατά την δακτυλική εξέταση.

Έχει διαπιστωθεί ότι αποτελεί προκαρκινική βλάβη, αφού σε ποσοστό 20% ενέχει διηθητικό καρκίνο. Επομένως η δυναμική του κακοήθειας δεν είναι καθολική, όπως των πολύποδων της οικογενούς πολυποδιάσεως.

Κλινική εκδήλωση: χαρακτηρίζεται από παραγωγή και αποβολή βλέννας από το ορθό, σε ποσότητα που ποικίλει ανάλογα με το μέγεθος του όγκου. Σε μερικούς ασθενείς διαπιστώνεται αφυδάτωση, ολιγουρία, υποκαλιαμία και αλκάλωση από τη μεγάλη απώλεια βλέννας. Η αιμορραγία από το ορθό αποτελεί έσχατο σύμπτωμα και υποδηλώνει κακοήθη εξαλλαγή.

Η διάγνωση των λαχνωτών θηλωμάτων γίνεται με το βαριούχο υποκλυσμό και την ενδοσκόπηση. Η βιοψία τεκμηριώνει την διάγνωση, χωρίς όμως ν' αποκλείει την κακοήθη εξαλλαγή¹⁴.



Ευμέγεθες λαχνωτό θήλωμα προσθίου τοιχώματος του κατωτέρου ορθού.

2. Αμαρτωματώδεις πολύποδες

Οι αμαρτωματώδεις πολύποδες δεν είναι γνήσια νεοπλάσματα, αλλά αμαρτωμάτα. Είναι συνήθως μονήρεις και έμμισχοι, εμφανίζονται συχνά στην πρώτη δεκαετία της ζωής και τείνουν προς αυτόματη εξαφάνιση. Παθολογοανατομικά αποτελούνται από κεντρικό αγγειακό πυρήνα με φλεγμονώδη κυτταρική διήθηση που καλύπτεται από φυσιολογικό βλεννογόνο. Εκδηλώνεται με αιμορραγία, οφειλόμενη σε συστροφή του μίσχου ή σε επιφανειακό τραύμα ή με πρόπτωση διαμέσου του πρωκτικού δακτυλίου. Δεν υπόκειται σε κακοήθη εξαλλαγή. Η εκτομή

γίνεται είτε λόγω αιμορραγίας ή προπτώσεως είτε για αποκλεισμό οικογενούς πολυποδιάσεως.

3. Σύνδρομο Peutz – Jeghers

Αποτελεί συγγενή ανωμαλία που χαρακτηρίζεται από καφεοειδείς ή κυανές κηλίδες στα χείλη, στο βλεννογόνο των παρειών , στα δάκτυλα των άκρων και από πολυάριθμους αιμαρτωματώδεις πολύποδες κυρίως στο λεπτό έντερο αλλά και σε ολόκληρο το γαστρεντερικό σωλήνα. Δεν είναι γνήσια νεοπλάσματα και γι'αυτό δεν υπόκεινται σε κακοήθη εξαλλαγή. Εκδηλώνονται συνήθως με αιμορραγία ή με συμπτώματα μερικής ή και πλήρους εντερικής αποφράξεως.

4. Κληρονομικοί πολύποδες

Οικογενής πολυποδίαση.

Είναι σπάνια οικογενής νόσος που κληρονομείται με αυτοσωματικό κυρίαρχο γονίδιο (επικρατών χαρακτήρας). Η γενετική ανωμαλία εκδηλώνεται και μεταβιβάζεται μόνο από τους πάσχοντες. Οι πολύποδες αδενωματώδεις, άμισχοι και έμισχοι, αναπτύσσονται στο παχύ έντερο και οπωσδήποτε πάντοτε στο ορθό κατά την παιδική ηλικία. Ο αριθμός τους ποικίλει από λίγους αδιάσπαρτους μέχρι πολλές εκατοντάδες. Τα συμπτώματα εκδηλώνονται συνήθως στη δεύτερη δεκαετία της ζωής και συνίστανται κυρίως σε αιμορραγία από το ορθό, διάρροια και αποβολή βλέννας. Η κακοήθης εξαλλαγή είναι αναπόφευκτη σε όλους τους πάσχοντες και επέρχεται συνήθως μεταξύ των 30-40 ετών. Η διάγνωση γίνεται με ορθοσιγμοειδοσκόπηση και το βαριούχο υποκλυσμό και τεκμηριώνεται με τη βιοψία.

4.2 Κακοήθη νεοπλάσματα του παχέος εντέρου.

1. Καρκίνος του παχέος εντέρου

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αντιπροσωπεύει το 15% όλων των κακοηθών νεοπλασιών στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Απαντάται σε αυξημένη συχνότητα (ειδικότερα τις τελευταίες δεκαετίες) στο κεντρικό παρά στο περιφερικό τμήμα του παχέος εντέρου¹⁵. Η εξάπλωση του νεοπλάσματος γίνεται κατά μήκος του εντέρου, κυκλοτερώς και είναι δυνατόν να συμβεί εξέλκωση του όγκου και διάτρηση, ενώ σε άλλες περιπτώσεις η δημιουργία του σκίρρου καρκίνου προκαλεί εντερική εκτόνωση.

Η κακοήθης εξαλλαγή αδενωματώδους πολύποδα συνδυάζεται κυρίως με την αλλαγή του σχήματος , του μεγέθους και την εξάλειψη του μίσχου του. Η τοπική

διασπορά του όγκου με λεμφική διήθηση έχει σημασία και αποτελεί τη βάση για την κατάταξη κατά Dukes.

Καλώς διαφοροποιημένα νεοπλάσματα εμφανίζουν 80% πενταετή επιβίωση σε σχέση με το 25% των πτωχώς διαφοροποιημένων¹⁶.

2. Λέμφωμα

Η προσβολή του παχέος εντέρου από λέμφωμα είναι σπάνια. Μπορεί να είναι πρωτοπαθές ή δευτεροπαθές, μονήρες ή διάχυτο. Το πρωτοπαθές ή αποτελεί το 0,5% των κακοηθών όγκων του παχέος εντέρου και το 0,1% των κακοηθών όγκων του ορθού. Είναι δυνατό να εντοπίζεται συγχρόνως στο λεπτό και παχύ έντερο. Η εντοπισμένη μορφή απαντάται ως μονήρης μάζα, ενώ η διάχυτη διηθητική εκτείνεται σε μεγάλο μήκος στο παχύ έντερο.

Η πρωτοπαθής νόσος περιορίζεται στο μη-HodgKin λέμφωμα και είναι δυνατό να εκδηλώνεται ως δακτυλιοειδής πλάκα, πολυποειδής μάζα, διάχυτη πολυποδίαση ή ανευρυσματική διάταση¹⁵. Η συνηθέστερη εντόπιση είναι η ειλεοτυφλική περιοχή καθώς και το ορθό.

Οι κυριότερες επιπλοκές είναι ο εγκολλευσμός και η διάτρηση. Η διαφορική διάγνωση, κυρίως στη διάχυτη μορφή, θα πρέπει να γίνει από την οικογενή πολυποδίαση, την ελκώδη και την κοκκιωματώδη κολίτιδα, τη σχιστοσωμίαση, την οξιδική λεμφοειδή υπερπλασία και από τις μεταστάσεις¹⁶.

3. Καρκινοειδή.

Αποτελούν βραδέως αυξανόμενους όγκους με τάση κακοήθειας και ενδοκρινική δραστηριότητα. Όταν εντοπίζονται στη σκωληκοειδή απόφυση και το ορθό διαγιγνώσκονται πρωτιότερα και εμφανίζουν καλύτερη πρόγνωση, σε αντίθεση με τις περιπτώσεις που εντοπίζονται στο υπόλοιπο παχύ έντερο. Ακτινολογικώς εμφανίζουν σημεία κακοήθειας και δε διαφοροδιαγιγνώσκονται από το αδενοκαρκίνωμα. Το 90% των όγκων αυτών εντοπίζονται στον γαστρεντερικό σωλήνα και η πλειονότητά τους στην ειλεοτυφλική βαλβίδα, τελικό ειλέο, σκωληκοειδή απόφυση και τυφλό. Άλλες εντοπίσεις είναι το βρογχικό δένδρο, η ωοθήκη και οι όρχεις.

4. Καρκινοειδές σκωληκοειδούς απόφυσης.

Συνήθως αποτελεί τυχαίο εύρημα κατά την σκωληκοειδεκτομή ή κατά τη νεκροψία. Θεωρείται ότι αποτελεί τον συχνότερο όγκο της σκωληκοειδούς απόφυσης. Λόγω του μεγέθους και κυρίως της εντόπισής του σπανίως αναδεικνύεται ακτινολογικώς. Σε πλήρωση της σκωληκοειδούς απόφυσης κατά τη διάρκεια εξέτασης με βα-

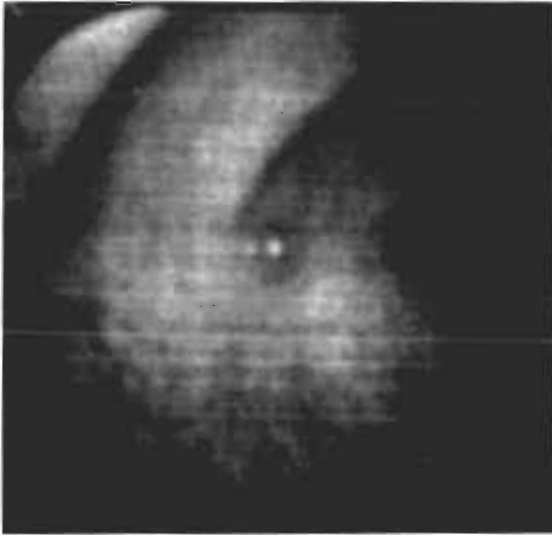
ριούχο υποκλυσμό ο όγκος αναδεικνύεται ως μικρό , εντοπισμένο υποβλεννογόνιο έλλειμμα ή δίνει εικόνα απότομης διακοπής της σκιαγράφησης της σκωληκοειδούς απόφυσης.

5.Καρκινοειδές του παχέος εντέρου.

Περιγράφονται ξεχωριστά οι βλάβες οι εντοπιζόμενες στη σκωληκοειδή απόφυση και στο ορθό καθότι καρκινοειδή εντοπιζόμενα στο υπόλοιπο παχύ έντερο αποτελούν ιδιαίτερη κλινικο-παθολογική οντότητα. Η μέση ηλικία κατά τη διάγνωσή τους είναι 58 έτη, με μέγιστη επίπτωση στην έβδομη δεκαετία. Ο εντοπισμός στο κόλον αντιπροσωπεύει λιγότερο από το 5% του συνόλου των καρκινοειδών. Το μέσο μέγεθος του όγκου ανέρχεται περίπου στα 5εκ.μ. Περισσότεροι από 60% των ασθενών εμφανίζουν μεταστάσεις. Εμφανίζεται ως όγκος με ευρεία βάση, ογκώδους πολυποειδούς μορφής με ορογόνια διήθηση, λεμφαδενικές και ηπατικές μεταστάσεις, ακόμη και στα αρχικά στάδια της ανάπτυξής του¹⁷.

6.Θηλώδες αδένωμα (Villus Tumours)

Το θηλώδες αδένωμα αποτελεί το 10% των αδενωμάτων του παχέος εντέρου. Απαντάται εξίσου σε άνδρες και γυναίκες και με μεγαλύτερη συχνότητα σε ηλικίες 50-70 ετών. Εντοπίζεται πιο συχνά στο ορθό και το σιγμοειδές. Το μέγεθός του ποικίλει. Είναι συνήθως διαμέτρου 0,5 – 1,5 εκ.μ. Δεν είναι δυνατή πάντα η διάκριση μεταξύ αδενωματώδους πολύποδα και θηλώδους αδενώματος. Πιστεύεται ότι καρκίνωμα δημιουργούμενο σε αδενωματώδη πολύποδα είναι δυνατό να προέρχεται από τις θηλώδεις περιοχές του. Υπάρχει υψηλή επίπτωση αδενοκαρκινώματος σε θηλώδη όγκο και ο κίνδυνος αυξάνει με την αύξηση του μεγέθους του¹⁸.



Άμισχος θηλωδης πολύποδας στη σπληνική καμπή



Εγχειρητικό παρασκεύασμα σύγχρονης τετραπλής εντοπίσεως καρκινώματος ου παχέος εντέρου στο τυφλό , στο δεξιό εγκάρσιο , στο κατιόν και στο σιγμοειδές.

4.4 Αντιμετώπιση των πολυπόδων.

Σε περίπτωση που βρεθεί πολύποδας πρέπει οπωσδήποτε να γίνει βαριούχος υποκλυσμός. Ο παραπάνω διακρίνεται σε μονήρη και πολλαπλό.

Συγκεκριμένα , στον μονήρη γίνεται αφαίρεση ` αν ο πολύποδας βέβαια είναι νεανικός δεν απαιτείται παρακολούθηση, αν είναι όμως αδενοματώδης απαιτείται παρακολούθηση γιατί μπορεί να αναπτυχθεί άλλος πολύποδας που να εξελιχθεί σε καρκίνο¹⁵.

Στον πολλαπλό γίνεται κολεκτομή ` απαιτείται βέβαια παρακολούθηση με σιγμοειδοσκόπηση και κολονοσκόπηση.

Όταν ο πολύποδας είναι μισχωτός πρέπει να αφαιρεθεί μέχρι τη βάση γιατί μπορεί να υπάρχει κακοήθης εξαλλαγή στο μίσχο. Γι' αυτό δε συνιστάται η χρησιμοποίηση του κολονοσκοπίου.

Ειδικά στη συγγενή πολλαπλή πολυποδίαση του κόλου και το σύνδρομο Gardner απαιτείται έλεγχος όλης της οικογένειας και τα άτομα τα οποία φέρουν τη νόσο πρέπει να υφίστανται προφυλακτική ολική ορθοπρωκτοκολεκτομή.

Η ψευδοπολυποδίαση είναι παθολογική κατάσταση , η οποία στο παρασκεύασμα του εντέρου δίνει την εικόνα της πολλαπλής πολυποδίασης , εικόνα η οποία είναι εσφαλμένη. Συγκεκριμένα παρατηρούνται κενοτόπια που οφείλονται σε εξελκώσεις

του βλεννογόνου στην ελκώδη κολίτιδα · ο βλεννογόνος πέφτει κατά τόπους, και το κομμάτι που μένει ενδιάμεσα , φαίνεται σαν πολύποδας¹⁹.

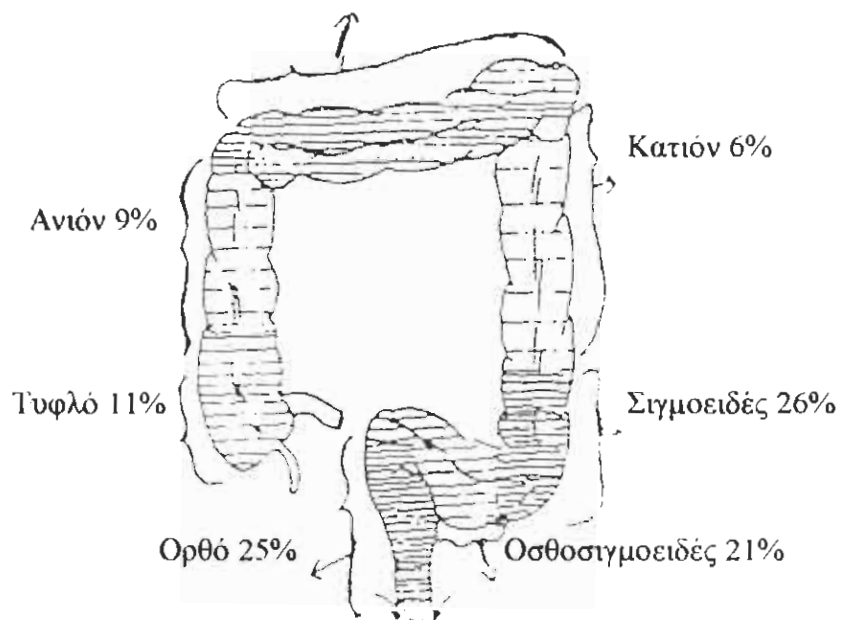
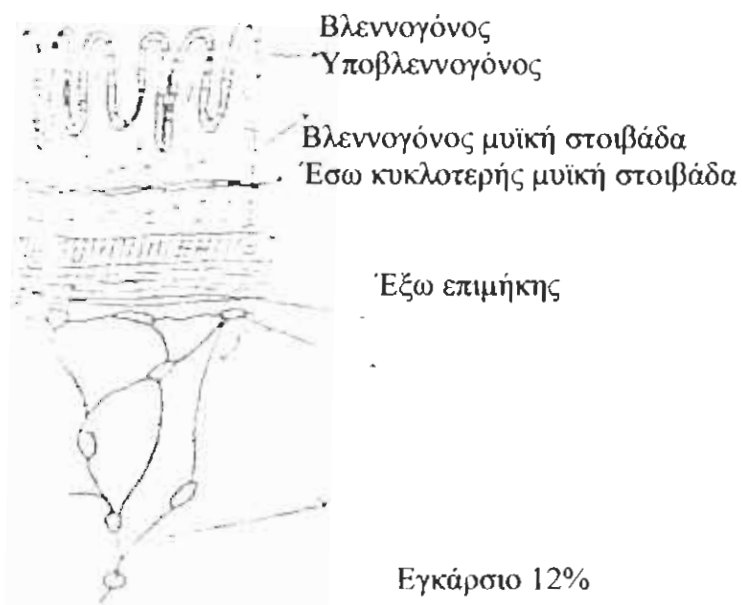
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί σήμερα στην Ελλάδα σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας. Το 1985, καταγράφηκαν 852 θάνατοι στη χώρα μας απ' αυτόν τον καρκίνο (αδρός δείκτης θνησιμότητας 8,7/100.000) και ήταν η τέταρτη συχνότερη αιτία θανάτου από νεοπλάσματα²⁰. Ένα τρίτο των καρκίνων εντοπίζονται στο ορθό και στην ορθοσιγμοειδή συμβολή και 26% στο σιγμοειδές. Περίπου 95% των νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου είναι αδενοκαρκινώματα. Υψηλοί δείκτες επιπτώσεως και θνησιμότητας χαρακτηρίζουν τις πιο αναπτυγμένες οικονομικά χώρες, μέσοι δείκτες την νότια και ανατολική Ευρώπη και χαμηλή την Ασία, την Αφρική και τις περισσότερες χώρες την Λ. Αμερικής. Η Ελλάδα καταλαμβάνει τις χαμηλότερες θέσεις ανάμεσα στις χώρες τις Ε.Ο.Κ. και οι υψηλότεροι δείκτες της χώρας μας έχουν βρεθεί στις αστικές περιοχές. Μετά το 1950 έχει παρατηρηθεί στις Η.Π.Α. και σε άλλες χώρες μικρή σταθερή άνοδος της επιπτώσεως αυτού του καρκίνου. Στην Ελλάδα εμφανίζεται μεταπολεμικά σταθερή άνοδος της θνησιμότητας , αλλά μετά το 1980 οι δείκτες μοιάζουν να έχουν σταθεροποιηθεί σε άτομα ηλικίας κάτω των 65 ετών. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου του ορθού παρουσιάζεται συχνότερα στους άντρες. Η επίπτωσή του ανέρχεται σταθερά με την ηλικία. Σε αντίθεση με τον καρκίνο του στομάχου στον οποίο περιβαλλοντικές επιδράσεις στην παιδική ηλικία καθορίζουν τον κίνδυνο αναπτύξεώς του, στον καρκίνο του παχέος εντέρου περιβαλλοντολογικοί παράγοντες στη ζωή του ενήλικα συνεχίζουν να μεταβάλλουν τον κίνδυνο. Μετανάστες από χώρες χαμηλού κινδύνου σε χώρες υψηλού κινδύνου αποκτούν τους δείκτες θνησιμότητας της νέας χώρας. Παρόμοια τάση έχει περιγραφεί για τους Έλληνες μετανάστες στην Αυστραλία. Υψηλοί δείκτες έχουν περιγραφεί σε εργάτες εκτεθειμένους σε ίνες αμιάντου , σε εργαζόμενους σε κλωστούφαντουργεία, σε εργάτες μετάλλου καθώς και στα καθιστικά επαγγέλματα γενικά. Ο κίνδυνος αναπτύξεώς του καρκίνου του παχέος εντέρου σε άτομα με εκτεταμένη ελκώδη κολίτιδα συνεχίζεται με τη νόσο του Crohn. Τα μέλη των οικογενειών των ασθενών καθώς και ορισμένα σχετικά σπάνια σύνδρομα οικογενούς πολυποδιάσεως διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο αναπτύξεως καρκίνου. Γυναίκες με καρκίνο του παχέος εντέρου βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο αναπτύξεως πρωτοπαθών καρκίνων στο μαστό, στις ωοθήκες και στο ενδομήτριο²¹.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι συχνότερος σε πληθυσμούς που καταναλίσκουν επεξεργασμένα τρόφιμα πλούσια σε ζωϊκές πρωτεΐνες (κυρίως βοδινό κρέας) και λίπη ζωικής προελεύσεως , και φτωχά σε στερεό υπόλειμμα , φρούτα και λαχανικά. Η νόσος ενδέχεται επίσης να συσχετίζεται με την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων μύρας ενώ ορισμένες περιπτώσεις χαρακτηρίζονται από έκδηλη τάση «οικογενούς» συρροής²².

Η πενταετής επιβίωση δεν έχει αλλάξει αισθητά τα τελευταία 25 χρόνια. Με αυτό το δεδομένο, είναι φανερό ότι η έμφαση πρέπει να δοθεί στη πρόληψη διάγνωση²¹. Η επιβίωση και η συχνότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου υποδηλώνουν ότι απαιτούνται συνεχείς ερευνητικές προσπάθειες για την βελτίωση της θεραπείας και της πρόληψης. Σημαντική ελάττωση της θνητότητας θα προκύψει μόνο από τη βελτίωση των μεθόδων πρόληψης διάγνωσης και νέων μεθόδων θεραπείας. Η τελική λύση είναι η πρόληψη της νόσου αυτής²³.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ανάλογα με το βαθμό διήθησης του εντερικού τοιχώματος και των λεμφαδενικών μεταστάσεων, οι όγκοι του Π.Ε. κατατάσσονται σε **τέσσερα στάδια** (DUKES).

A.Στάδιο : όγκος που εντοπίζεται στον βλεννογόνο χωρίς μεταστάσεις σε περιοχές άλλες.

B.Στάδιο : ο όγκος έχει διηθήσει όλο το τοίχωμα του εντέρου και επεκτείνεται στους γύρω ιστούς, χωρίς όμως να κάνει γαγγλιακές μεταστάσεις.

C.Στάδιο : Έχουμε λεμφαδενικές μεταστάσεις.

D.Στάδιο : Μεταστάσεις σε απομακρυσμένα λεμφογάγγλια και όργανα (ήπαρ).

6.1 Επέκταση καρκίνου του παχέος εντέρου.

Η επέκταση του καρκίνου του παχέος εντέρου γίνεται με μία από τις παρακάτω οδούς:

- i. Κατά συνέχεια ιστού.
- ii. Δια της λεμφικής οδού.
- iii. Δια αιματογενούς διασποράς.
- iv. Δια ενδοπεριτοναϊκής εμφυτεύσεως.

Η επέκταση της λεμφικής οδού , αφορά διαδοχικά διάφορες ομάδες λεμφαδένων , δηλαδή :

- i. Τα επικολικά λεμφογάγγλια, τα οποία βρίσκονται σε άμεση επαφή με το μεσεντερικό χείλος του εντέρου.
- ii. Τα παρακολικά λεμφογάγγλια, τα οποία παρατηρούνται στο ύψος του αρτηριακού μεσοκολικού τόξου.
- iii. Τα ενδιάμεσα γάγγλια, τα οποία βρίσκονται κατά μήκος της ειλεοκολικής , δεξιάς, μέσης αριστερής κολικής και των σιγμοειδικών αρτηριών.
- iv. Τα κεντρικά γάγγλια τα οποία βρίσκονται παρααορτικώς στα σημεία εκφύσεως της άνω και της κάτω μεσεντέριας αρτηρίας²⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

;

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕ- ΡΟΥ

Η αιτία του καρκίνου του παχέος εντέρου παραμένει άγνωστη. Δεν μπορούμε όμως να αγνοήσουμε , ότι σε μερικές τουλάχιστον περιπτώσεις υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες , οι οποίοι είναι δυνατόν να ενοχοποιηθούν σαν πιθανά αίτια.

Μελετώντας την πιθανή σημασία των αιτιολογικών παραγόντων θα διαχωρίσουμε αυτούς σε δύο κατηγορίες:

- α) Προδρομικούς παράγοντες ή προκαρκινικές καταστάσεις , και
- β) Παράγοντες αμέσως δρώντες. Στην πρώτη κατηγορία υπάρχουν πολλοί , στη δεύτερη όμως λίγοι²⁵.

7.1 Προκαρκινικές καταστάσεις.

1.Κακοήθης κατάσταση του παχέος εντέρου.

Ήδη το 1926 ο Dukes και το 1941 ο Bargen και άλλοι παρατήρησαν ότι ορισμένες επίκτητες ή κληρονομικές καταστάσεις του εντέρου, είναι δυνατόν να αποτελέσουν αργότερα την αρχή έναρξης κακοήθους νεοπλασματος. Οι τελευταίοι παρατήρησα, ότι ασυνήθιστες λεμφοκυτταρικές συσσωρεύσεις μέσα στο επιθήλιο του εντέρου, (προφανώς καλοήθειες) είναι δυνατόν να αποτελέσουν το πρώτο σύμπτωμα εμφάνισης του καρκίνου. Σήμερα είναι παραδεκτό ότι αυτές είναι το αποτέλεσμα του καρκίνου σε σχέση με την αιτιολογία του και επομένως έχουν ανάγκη αναθεώρησης.

2.Κληρονομική διάθεση.

3.Προηγούμενες φλεγμονές.

Η εκδοχή ότι η φλεγμονή του εντέρου που καταλήγει σε υπερπλασία και αυτή εξελίσσεται σε καρκίνο , παρόλο που είναι πιθανή , όμως δεν έχει αποδειχθεί.

4.Καλοήθειες αδενωματοώδεις πολύποδες.

Είναι πιθανό ότι μερικές περιπτώσεις καρκίνου του παχέος εντέρου προκύπτουν από αδενωματοώδεις πολύποδες που προϋπήρχαν.

Ένα μικρό ποσοστό των καλοήθων πολυπόδων είναι δυνατόν να υποστούν την κακοήθη εξαλλαγή.

5.Οικογενής πολυποδίαση.

Για τους αδενωματοώδεις πολύποδες αυτής της νόσου δεν συμβαίνει το ίδιο όπως και προηγουμένως. Αυτοί πάντοτε αργά η γρήγορα θα υποστούν την κακοήθη εξαλλαγή, και γι'αυτό άμα γίνει η διάγνωση της νόσου πρέπει να εφαρμόζεται η ολική κολεκτομή.

6.Ελκώδης κολίτιδα.

Μόνο στη χρόνια μορφή και μάλιστα μετά το πέρασμα 7 ετών η εμφάνιση των ψευδοπολυπόδων εμφανίζει κινδύνους κακοήθους εξαλλαγής. Το ποσοστό εξαλλαγής των πολυπόδων ευτυχώς δεν είναι μεγάλο , όπως συμβαίνει στην οικογενή πολυπόδωση και κυμαίνεται από 0,7 έως 11% και κατά μέσο όρο 3,5%. Το ποσοστό αυτό στην Ελλάδα φαίνεται ότι είναι μικρότερο, δηλαδή εμείς στις 72 περιπτώσεις χρόνιας ελκώδης κολίτιδας έχουμε μόνο 2 περιπτώσεις κακοήθους εξαλλαγής.

7.Ειδικά λοιμώδη κοκκιώματα του παχέος εντέρου.

Διάφορα είδη σχιστοσώματος προκαλούν κοκκιώματα του παχέος εντέρου , τα οποία είναι δυνατόν να υποστούν την κακοήθη εξαλλαγή²⁶.

7.2 Παράγοντες αμέσως δρώντες.

1. Διηθητοί ιοί.

Παρόλο που μέχρι σήμερα δεν είναι απόλυτα αποδεδειγμένο, ότι ορισμένοι ιοί μπορεί να προκαλέσουν τον καρκίνο του παχέος εντέρου, μερικοί ερευνητές έχουν ανακοινώσει ότι αυτό είναι δυνατόν²⁵.

2. Βακτηρίδια.

Η υπόθεση ότι ορισμένα βακτηρίδια μπορεί να παρουσιάσουν καρκίνο του παχέος εντέρου, είναι λιγότερο ελκυστική. Και αυτό γιατί μερικά αυστηρώς αναερόβια βακτηρίδια του εντέρου , όπως της γενιάς βακτηριοειδή, κλωστουριδίου, αναερόβιοι στρεπτόκοκκοι κ.λ.π. αποδεσμεύουν δεσοξυχολικό οξύ από τα δεσμευμένα χολικά άλατα μαζί με ταυρίνη και γλυκίνη. Ο δε Haddow έχει μελετήσει όλους τους τρόπους με τους οποίους είναι δυνατόν στο εργαστήριο το δεσοξυλικό οξύ να μετατραπεί σε 20-μεθυλαχολανθρένιο, μια λιγότερο ισχυρή καρκινογόνο ουσία.

Προς απόδειξη της σχέσης βακτηριδίων και καρκίνου του παχέος εντέρου η Agies και άλλοι το 1959 , μελέτησαν την εντερική χλωρίδα 40 υγιών ατόμων από την Αγγλία και 48 από την Ουγκάντα.

Είναι γνωστό , ότι η συχνότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι μεγάλη στην Αγγλία και ασήμαντη στην Ουγκάντα. Το αποτέλεσμα της έρευνας είναι πράγματι ενδεικτικό. Τα βακτηρίδια του παχέος εντέρου υπήρξαν τα ίδια και στις δύο ομάδες, πλην όμως με μεγάλες ποσοτικές διαφορές. Έτσι τα βακτηριοειδή βρέθηκαν περισσότερα στους Άγγλους κατά 30 φορές , παρά στους Ουγκαντανούς. Ενώ οι στρεπτόκοκκοι, εντερόκοκκοι, γαλακτοβάκιλλοι και ζυθομύκητες βρέθηκαν σε μεγαλύτερα ποσοστά στους Ουγκαντανούς.

Η μεγάλη ποσοτική διαφορά των βακτηριδίων μπορεί να οφείλεται στη διαίτα, η οποία στην Αγγλία είναι μικτή , ζωική και φυτική, ενώ στην Ουγκάντα φυτική και σχεδόν τελείως στερημένη από ζωικές πρωτεΐνες.

Με αυτό τον τρόπο βγαίνει το συμπέρασμα ότι τα βακτηρίδια αποδεσμεύουν δεσοξυχολικό οξύ, το οποίο μπορεί να μετατραπεί μέσα στο έντερο σε μεθυλαχολαθρένιο , αυτό δε , μπορεί να προκαλέσει τον καρκίνο²⁷.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίζεται συνήθως μετά την πέμπτη δεκαετηρίδα της ζωής αν και δεν είναι άγνωστος και σε νεότερα άτομα. Αυτός είναι συχνότερος στους άνδρες (3/2), αν και ειδικότερα ο καρκίνος του τυφλού και του ανιόντος παρατηρείται συχνότερα στις γυναίκες²⁸.

Γενικά, συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι κυρίως τα κοιλιακά άλγη και οι διαταραχές των κενώσεων, αν και αυτά διαφέρουν σημαντικά ανάλογα με την εντόπιση του όγκου.

Δηλαδή:

1) Στους καρκίνους του δεξιού κόλου, οι οποίοι είναι συνήθως ανθοκραμβοειδούς τύπου και αναπτύσσονται μέσα στο τυφλό και το ανιόν, των οποίων η διάμετρος είναι ευρεία και το περιεχόμενο υδαρές, τα συμπτώματα συνήθως είναι αβληρά.

Αυτά τα συμπτώματα είναι:

i. Αναιμία, λόγω της συνεχής απώλειας αίματος. Αυτό είναι συνήθως μικρής ποσότητας και αναμιγμένο με τα κόπρανα, γι' αυτό και η παρουσία του διαγιγνώσκεται μόνο εργαστηριακά.

ii. Ψηλαφητό όγκο στο δεξιό λαγόνιο βόθρο ο οποίος πολλές φορές είναι το πρώτο σημείο το οποίο οδηγεί τον ασθενή στο γιατρό.

iii. Διαρροϊκό σύνδρομο ή εναλλαγές διάρροιας και δυσκοιλιότητας, αλλά σχεδόν ποτέ μόνιμη δυσκοιλιότητα, καθ' ότι ο όγκος δεν προκαλεί στενωτικά φαινόμενα.

iv. Αίσθημα κακουχίας, ανορεξία, απώλεια βάρους και μερικές φορές πυρετική κίνηση.

v. Κοιλιακά άλγη και εμετοί, οι οποίοι πολλές φορές έχουν σχέση με τη λήψη τροφής και πιθανώς να κατευθύνουν αρχικά την προσοχή προς το ανώτερο πεπτικό σύστημα²⁹.

2) Τα καρκινώματα του εγκαρσίου, λόγω της αναιμίας των επιγαστρικών άλγων και του ψηλαφητού όγκου στο επιγάστριο, λαμβάνονται πολλές φορές σαν καρκινώματα του στομάχου.

3) Το 75% των νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου εμφανίζονται στο αριστερό κόλον. Τα συμπτώματα είναι:

- i. Το άλγος είναι κατ' αρχήν διάχυτο και συνεχές, το οποίο εντοπίζεται στο υπογάστριο.
 - ii. Οι διαταραχές των κενώσεων χαρακτηρίζονται από επιτεινόμενη δυσκοιλιότητα.
 - iii. Διάταση της κοιλίας , συνοδευόμενη από άλγος και η οποία ανακουφίζεται με την αποβολή αερίων.
 - iv. Όγκος ψηλαφητός απ' έξω ή με δακτυλική εξέταση στο ορθό.
 - v. Οξεία εντερική απόφραξη και αποφρακτικός ειλεός αποτελεί την αιτία προσέλευσης των ασθενών στο νοσοκομείο.
- 4) Τα καρκινώματα του ορθού και του ορθοσιγμοειδούς προκαλούν έντονες διαταραχές κενώσεων σε μορφή δυσκοιλιότητας ή διάρροιας, ή συχνότερα εναλλαγής δυσκοιλιότητας και διάρροιας.

Οι διαταραχές αυτές των κενώσεων συνοδεύονται με αποβολή βλέννας και αίματος. Οι αιμορραγίες είναι συχνές και άφθονες και το αίμα αποβάλλεται μαζί με τις κενώσεις.

Αποφρακτικά φαινόμενα είναι σπάνιο στο ορθό ,τα δε γενικά συμπτώματα, δηλαδή η γενική κακουχία, απώλεια βάρους , ανορεξία , κ.λ.π. επέρχονται πολύ αργά. Αντίθετα τα τοπικά συμπτώματα είναι έντονα και πρώιμα.

Ο ασθενής παραπονείται για ανωμαλίες στην αφόδευση , αίσθημα ατελής κενώσεως του ορθού και αιμορραγικές κενώσεις. Άλγος δεν παρατηρείται ή είναι σημείο προχωρημένης πλέον κατάστασης³⁰.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η παρατηρούμενη τελευταία αύξηση της συχνότητας της κακοήθους αυτής νεοπλασίας οφείλεται πολύ στην πρόοδο διαγνώσεως.

Για τη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου υπάρχουν οι παρακάτω διαγνωστικές μέθοδοι:

A) Κλινικές εξετάσεις.

1)**Ιστορικό:** Η λήψη από το γιατρό λεπτομερώς ατομικού και οικογενειακού αναμνηστικού που βασίζεται σε πληροφορίες που δίνει ο ίδιος ο άρρωστος και το άμεσο περιβάλλον του.

2)**Δακτυλική εξέταση:** Η δακτυλική εξέταση του ορθού είναι απλή αλλά πολύτιμη κλινική μέθοδος για τη διάγνωση του καρκίνου του ορθού και δεν πρέπει να παραλείπεται και κυρίως στους ασθενείς που φέρουν συμπτώματα στην περιοχή αυτή.

Με μεγάλη προσοχή και με επιβεβαίωση , με ορθοσιγμοενδοσκόπηση εντοπίζονται όγκοι στο σιγμοειδές. Σχεδόν όλα τα καρκινώματα του ορθού μπορούν να διαγνωστούν με την εξέταση αυτή μετά από μεγάλη προσοχή. Κατά την εξέταση πρέπει να ελέγχονται όλα τα τεταρτημόρια του ορθού καθ' όλη την έκταση καθώς επίσης να γίνεται έλεγχος για παρουσία αίματος ή βλέννης ως προς το χρώμα τυχόν υπάρχοντος κοπρανώδους υλικού μετά την έξοδο του δακτυλίου. Ίχνη αίματος σε αρνητική εξέταση με την έξοδο του δακτυλίου , ίσως σημαίνει ύπαρξη νεοπλασματος σε υψηλή θέση , που δεν μπορεί να ψηλαφηθεί. Με την δακτυλική εξέταση μπορεί να προσδιορισθεί η μορφή του όγκου του ορθού, η έκταση και η κινητικότητά του.

3)**Κλινική εξέταση:** Λεπτομερής κλινική εξέταση της κοιλιάς για τυχόν ύπαρξη εντερικής απόφραξης, μεταστάσεων στο ήπαρ, ελευθέρου υγρού μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα , ύπαρξη ή μη διηθημένων βουβωνικών λεμφαδένων ή ύπαρξη υδρονέφρωσης που αποτελεί συνέχεια νεοπλασματική διήθηση των ουρητήρων³¹.

B) Εργαστηριακές εξετάσεις και μέθοδοι.

1)**Ενδοσκόπηση:** Μπορεί να γίνει με διάφορα όργανα όπως:

α) **Σιγμοειδοσκόπιο :** Με αυτό είναι δυνατό να αποκαλυφθούν αλλοιώσεις του παχέος εντέρου μέχρι ύψος 35-40cm από το δάκτυλο (επίσης και στο σιγμοειδές).

Η ορθοσιγμοειδοσκόπηση είναι επίσης σπουδαία διότι 70% περίπου των καρκινομάτων του παχέος εντέρου μπορούν να διαγνωστούν με τη μέθοδο αυτή. Επίσης μπορεί να καθοριστεί η θέση , η έκταση , η μορφή και η σύσταση του νεοπλασματος. Συνήθως κατά την ορθοσιγμοενδοσκόπηση λαμβάνονται τεμάχια για βιοψία από την κάτω επιφάνεια του όγκου που πλησιάσαμε με το σιγμοενδοσκόπιο. Πριν από την εξέταση επιβάλλεται καλός καθαρισμός του εντέρου 12 ώρες πριν την εξέταση και πάλι 2 ώρες πριν την εξέταση γίνεται στον άρρωστο καθαρτικός υποκλυσμός.

β) **Με το πρωκτοσκόπιο:** Για την εξέταση της περιοχής του ορθού. Η εξέταση αυτή αποτελεί την σπουδαιότερη διαγνωστική μέθοδο για την περιοχή αυτή. Πριν από την εξέταση γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός στον άρρωστο.

γ) **Με το κολονοσκόπιο :** είναι ένα εύκαμπτο όργανο , έχει μήκος 2cm και με αυτό γίνεται δυνατή η εξέταση ολόκληρου του παχέος εντέρου. Με τη βοήθεια του οργάνου αυτού λαμβάνονται τεμάχια για βιοψία από κάθε περιοχή του βλεννογόνου του παχέος εντέρου ως το τυφλό. Πριν την εξέταση πρέπει να γίνει καλός καθαρισμός του εντέρου. Δύο μέρες πριν δίνουμε τροφές χωρίς υπόλειμμα. Από το μεσημέρι της προηγούμενης ημέρας δεν τρώει τίποτα ο άρρωστος , μόνο πίνει νερό. Δυο μέρες πριν την εξέταση δίνεται καθαρτικό φάρμακο όπως X-PREP²⁹.

2)**Ακτινολογικός έλεγχος:** Μετά από προετοιμασία του εντέρου παίρνονται ακτινογραφίες. Συνέχεια ακολουθεί **βαριούχος** υποκλυσμός. Είναι πολύ βασική εξέταση και τις περισσότερες φορές πολύ κατατοπιστική. Πριν την εξέταση ο άρρωστος προετοιμάζεται με καθαρτικούς υποκλυσμούς οι οποίοι γίνονται συνήθως 12 ώρες πριν την εξέταση και 2 ώρες πριν την εξέταση το πρωί. Στη συνέχεια ο άρρωστος δεν λαμβάνει τροφή, διότι τα υπόλειμματά της δημιουργούν διαγνωστικά προβλήματα. Την ώρα της εξέτασης τοποθετείται ρύγχος στο ορθό του αρρώστου και σταδιακά χύνεται θεικό βάριο (BaSO₄), γύρω στα 3KG αραιωμένο με χλιαρό νερό (σκιερό εκμαγείο). Όλα αυτά συμβαίνουν υπο ακτινοσκοπικό και ακτινολογικό έλεγχο. Οι ακτινογραφίες λαμβάνονται πρώτα από ορθό, στη συνέχεια στο ανιόν , εγκάρσιο και κατιόν μέχρι τη σκωληκοειδή απόφυση. Μετά το πέρας της πληρώσεως του εντέρου ο άρρωστος αφοδεύει και επανέρχεται για συνέχεια της ακτινολογικής εξέτασης (σε ανάγλυφο εκμαγείο). Πολλές φορές προσαρτάται στο ρύγχος και πνευμοκόλο (μια φιάλη με αέρα) που χρησιμεύει στο να έρχεται και αέρας στο έντερο, με πολύ προσο-

χή ο αέρας διότι είναι δυνατόν να σπάσει το έντερο. Κατά τη διάρκεια της παραπάνω εργασίας γίνεται συγχρόνως ακτινοσκοπικός και ακτινολογικός έλεγχος. Επίσης του γίνονται ακτινογραφίες θώρακος για τυχόν μεταστάσεις στους πνεύμονες , ακτινογραφίες διαφόρων τμημάτων του σκελετού για τυχόν μεταστάσεις στα οστά.

3)Εξέταση κοπράνων για αιμοσφαιρίνη: Αν μετά από επανειλημμένες εξετάσεις κοπράνων. Βρεθεί έντονα η θετική αντίδραση για αιμοσφαιρίνη αυτό θα σημαίνει ότι υπάρχει οργανική αλλοίωση στο πεπτικό σωλήνα και θα πρέπει να καταβληθεί προσπάθεια να βρεθεί η θέση και η φύση της.

4)Αποφολιδωτική κυτταρολογία: Με την τεχνική αυτή είναι δυνατό να ληφθούν επιθηλάκια κύτταρα από το βλεννογόνο του παχέος εντέρου και εξετάζονται με τη μέθοδο Παπανικολάου. Με τη μέθοδο αυτή είναι δυνατό να βρεθούν καρκινωμάτωση κύτταρα και να οδηγήσουν στη διάγνωση²⁶.

5)Ανίχνευση αίματος στις κενώσεις (HEMATEST): Σε κάθε ασθενή με ακαθόριστα συμπτώματα από το πεπτικό θα πρέπει να γίνεται το TEST της μικροσκοπικής ανιχνεύσεως αίματος στις κενώσεις. Η εκτέλεση του Hematest είναι εύκολη. Η απάντηση δίνεται μέσα σε 2 sec. Η δοκιμασία γίνεται ως εξής: Εξαλείφεται με ειδικό απορροφητικό χαρτί με μια στιβάδα κοπράνων και τοποθετείται πάνω στο μέσο του επαλειφθέντος τμήματος του χαρτιού το μισό ειδικό του δίσκιο. Ενσταλλάσσονται πάνω στο ειδικό δίσκιο 2-3 σταγόνες νερού σε τόπο ώστε να βραχεί αυτό και το δε νερό να πάει στο χαρτί και να επαλείψει τα πλάγια του δισκίου. Αν η δοκιμασία είναι θετική η λεπτή στοιβάδα των κοπράνων γίνεται πράσινη εντός δύο λεπτών³².

6)Διάγνωση με φωσφορικό Na (P³²): Είναι ένα διάλυμα που χορηγείται ενδοφλεβικά και χρησιμοποιείται πρόσφατα για τη διάγνωση νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου. Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι η μέθοδος αυτή έχει μεγαλύτερη αξία στη διαφοροποίηση καλοήθων και κακοήθων αλλοιώσεων πρωτοπαθών και δευτεροπαθών.

7)Ενδοφλέβια πνευλογραφία: Πρέπει να γίνεται πάντοτε όταν τα καρκινώματα του παχέος εντέρου εντοπίζονται σε περιοχές πλησίον της διαδρομής ουρητήρων κύστεως. Προετοιμασία αρρώστου για ενδοφλέβια πνευλογραφία: Δύο μέρες πριν την εξέταση ο άρρωστος υποβάλλεται σε καλό καθαρτικό υποκλυσμό και αυτό γιατί πρέπει να καθαρίζεται καλά το έντερο, για να μην επιπροβάλλονται κόπρανα. Φροντίζουμε να μην ενυδατώνεται ο άρρωστος με ορούς ή άλλα υγρά (νερό ή ροφήματα) και από εκεί και πέρα μέχρι της ώρα της εξέτασης ο άρρωστος παραμένει νηστικός.

Στην συνέχεια μεταφέρεται στο ακτινολογικό όπλο με τη βοήθεια ιωδιούχων σκευασμάτων που του ενώνονται στη φλέβα γίνεται πνευλογραφία. Το φάρμακο έννεται στην αρχή πολύ σιγά για το κίνδυνο αλλεργικών αντιδράσεων. Σε περίπτωση που ο άρρωστος είναι αλλεργικός ειδοποιούμε τον αναισθησιολόγο οπωσδήποτε. Αντενδείκνυται η ενδοφλέβια πνευλογραφία όταν ο άρρωστος έχει υψηλή κρεατινη η ουρία.

8) **Αρτηριογραφική μελέτη του παχέος εντέρου:** Αυτή γίνεται με καθετηριασμό (υπό ακτινολογικό έλεγχο) της κοιλιακής αορτής της άνω και κάτω μεσεντέριας αρτηρίας και έγχυση μέσα σε αυτές σκιεής ουσίας και λήψη ακτινογραφιών.

9) **Ανοσοβιολογικά TEST:** Το σπουδαιότερο των αιματολογικών εξετάσεων είναι το TEST του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA) το οποίο είναι αυξημένο στον καρκίνο του παχέος εντέρου και κυρίως αυξάνεται πριν εμφανιστούν οι κλινικές εκδηλώσεις των υποτροπών της νόσου³³.

9.1 Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου στηρίζεται στο λεπτομερές ιστορικό , την προσεκτική κλινική εξέταση και τον εργαστηριακό έλεγχο.

Η διαφορική διάγνωση με βάση τα συμπτώματα και τα ευρήματα θα γίνεται από παθήσεις αντιστοίχων συμπτωμάτων, όπως ο πόνος , δεξιά που συνοδεύεται από καταβολή και αναιμία θα διαφοροπρογνωσθεί από πεπτικό έλκος , παθήσεις των χολαγγείων, παθήσεις του παγκρέατος , νόσο του Crohn και εκκολπωμάτωση. Οξύς πόνος δεξιά ή ψηλαφητή μάζα στην ίδια περιοχή σε νεαρά άτομα θα οδηγήσει σε σκέψη οξείας σκωληκοειδίτιδας, νόσο του Crohn, συστροφής κύστεως της ωοθήκης, ενώ σε ηλικιωμένα άτομα η διάγνωση θα στραφεί στην εκκολπωμάτωση ή στη διάτρηση πεπτικού έλκους. Σε περιπτώσεις αποφράξεως, η διαφορική διάγνωση θα γίνεται από συμφύσεις, εγκολεασμό , συστροφή του τυφλού , νόσο του Crohn , όγκους λεπτού εντέρου. Στους όγκους του αριστερού κόλου όπου η αιμορραγία αποτελεί συχνό εύρημα , η διαφορική διάγνωση θα γίνεται από αιμορροΐδες , συρίγγια του ορθού , ελκώδη κολίτιδα , νόσο του Crohn , αγγειοδυσπλασία ` σε ορισμένες περιπτώσεις μάζας στο αριστερό πλάγιο, η εκκολπωμάτωση , η νόσος του Crohn και η κύστη της ωοθήκης είναι από τις πιο συχνές παθήσεις που θα διαφοροδιαγνωσθούν από τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Τέλος , σε περιπτώσεις αλλαγής των συνθηκών του εντέρου ή αποφράξεως , η εκκολπωμάτωση, η νόσος του Crohn , ο ειλέος από κοπρόσταση και η ψευδοαπόφραξη είναι παθήσεις που πρέπει να περιλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση.

Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται σε ασθενείς που υπάγονται σε ομάδες υψηλού κινδύνου , όπως σε ασθενείς με καθολική ελκώδη κολίτιδα , ασθενείς με προηγούμενο ιστορικό χειρουργικής επεμβάσεως για νεοπλάσματα του παχέος εντέρου , ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό νεοπλάσματος παχέος εντέρου και συγγενούς πολυποδιάσεως καθώς και σε γυναίκες με ιστορικό όγκου γεννητικών οργάνων ή μαστού. Στις περιπτώσεις αυτές , η παρακολούθηση κατά τακτά χρονικά διαστήματα και ο έγχος των ασθενών πρέπει να είναι συστηματικός , κυρίως με ενδοσκόπηση , ορθοσιγμοειδοσκόπηση και κολονοσκόπηση³⁴.

9.2 Προκλινική διάγνωση καρκίνου του παχέος εντέρου.

Η ενημέρωση του πληθυσμού για τη σημασία της αλλαγής της λειτουργίας του εντέρου και της αιμορραγίας από το ορθό επέφερε βελτίωση της επιβιώσεως , γεγονός που επιβάλλει την προσπάθεια αποκαλύψεως της νόσου σε ασυμπτωματικό στάδιο. Η προσπάθεια αυτή γίνεται :

- 1) Με τη δοκιμασία λανθάνουσας αιμορραγίας (Haemoccult test) στα κόπρανα. Οι ασθενείς εφοδιάζονται με τρία δελτάρια , εμποτισμένα με γουϊάκη, στα οποία τοποθετούν επίχρισμα τριών διαδοχικών πρωινών κενώσεων: αν υπάρχει αίμα , η προσθήκη οξειδωτικού μέσου προκαλεί κυανή χροιά. Οι ασθενείς με θετική δοκιμασία υποβάλλονται σε περαιτέρω διερεύνηση.
- 2) Με την ανίχνευση στον ορό καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA). Το CEA ευρίσκεται αυξημένο σε πολλά αδενώματα και καρκινώματα του παχέος εντέρου , έχει όμως απογοητεύσει ως δείκτης ασυμπτωματικού όγκου γιατί σε υψηλό ποσοστό περιπτώσεων παρατηρούνται ψευδώς θετικά αποτελέσματα. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί στα πλαίσια της τακτικής μετεγχειρητικής παρακολούθησεως για την αποκάλυψη υποτροπής μετά από «θεραπευτική» κολεκτομή³⁵.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Επειδή είναι χαρακτηριστικό των όγκων να διηθούν , πολλοί όγκοι του παχέος εντέρου διαγιγνώσκονται κατά πρώτον από μια επιπλοκή της αρχικής βλάβης.

Ο όγκος μπορεί να διατηρήσει το εντερικό τοίχωμα προκαλώντας οξεία περιτονίτιδα. Μπορεί να διατηρηθούν βραδέως και να περιχαρακωθούν προκαλώντας την δημιουργία τοπικής φλεγμονώδους μάζας και εντοπισμένης περιτονίτιδας. Μπορεί να διηθήσει αιμοφόρο αγγείο και να προκαλέσει αιμορραγία απ' το ορθό. Πιο συχνά ο όγκος αποφράσσει τμηματικά το έντερο επί μακρά περίοδο , κατά τη διάρκεια της οποίας τα κεντρικά της αποφράξεως έντερο διατείνεται χωρίς εντυπωσιακή αλλοίωση των συμπτωμάτων μέχρι την εμφάνιση πλήρους αποφράξεως. Αυτό συμβαίνει συχνότερα όταν ο όγκος είναι στο σιγμοειδές , όπου τα κόπρανα είναι πιο ξερά. Οι όγκοι επίσης εξασθενίζουν το τοίχωμα του εντέρου με τέτοιο τρόπο , ώστε να μπορεί να συμβεί εγκολεασμός. Κατά παρόμοιο τρόπο η ακινητοποίηση του εντερικού τοιχώματος μπορεί να προκαλέσει συστροφή , που είναι συχνότερη στο σιγμοειδές. Πολύ μεγάλοι και βραδέως αναπτυσσόμενοι όγκοι μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα από πίεση γειτονικών οργάνων όπως η μήτρα , η ουροδόχος κύστη , οι ουρητήρες. Βουβωνοκήλες μπορεί να γίνουν εμφανείς ως πρώτο σημείο μια τέτοιας αυξημένης πίεσεως.

Συρίγγια μεταξύ εντέρου και πνευλικών οργάνων οδηγούν στην έρευνα για υποκείμενη νεοπλασματική διήθηση. Μερικές φορές μπορεί να παρατηρηθούν αποστήματα στην περιτοναϊκή κοιλότητα και φλεγμονές του κοιλιακού όγκου³⁶.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

11.1 ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου πρέπει να γίνεται από ομάδα ειδικών γιατρών. Το είδος της αγωγής που ακολουθείται εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων κυριότερη θέση κατέχει το στάδιο της νόσου. Η χειρουργική, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία μπορεί να εναλλάσσονται σε διάφορες περιόδους της αντιμετώπισης του αρρώστου, ενώ η παρηγορητική αντιμετώπιση (π.χ. με Laser), φυλάσσεται για προχωρημένα στάδια. Στα στάδια Α, Β και C η χειρουργική αντιμετώπιση έχει σίγουρα την πρώτη θέση, ενώ σε τοπικά εκτεταμένη νόσο, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις καρκίνου του ορθού, η ακτινοθεραπεία προηγείται της χειρουργικής έχοντας ως στόχο τη σμίκρυνση του μεγέθους του όγκου, έτσι ώστε να καταστεί χειρουργήσιμος.

Η χημειοθεραπεία αναπτύχθηκε ραγδαία τα τελευταία χρόνια. Χρησιμοποιείται κύρια σαν συμπληρωματική θεραπεία αμέσως μετά την επέμβαση. Δυστυχώς τα αποτελέσματα της είναι φτωχά³⁷.

11.1.1 Χειρουργική θεραπεία.

Στόχος της χειρουργικής θεραπείας είναι η ολοκληρωτική αφαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας μαζί με το επίπλουν και τους λεμφαδένες. Γενικότερα, η χειρουργική επέμβαση μπορεί να είναι θεραπευτική (ριζική) ή ανακουφιστική (παρηγορητική).

Α) Ριζικές εγχειρήσεις: Στους όγκους του τυφλού αφαιρείται όλο το έντερο που αιματώνεται από την ειλεοκολική ή ειλεοτυφλική και δεξιά κολική αρτηρία. Η επέμβαση αυτή καλείται δεξιά ημικολεκτομή.

Στα νεοπλάσματα που βρίσκονται σε απόσταση μικρότερη των 7cm από τον δακτύλιο, η μόνη ριζική εγχείρηση είναι πλήρης εκτομή του ορθού και του σιγμοειδούς και μόνιμος παρά φύση έδρα στο αριστερό λαγόνιο βόθρο.

Η ορθοσιγμοειδεκτομή αυτή γίνεται με προσπέλαση του ορθού από την κοιλιά και το περίνεο και αναλόγως της οδού η οποία χρησιμοποιείται πρώτη, καλείται κοιλιοπερινεϊκή ή περινεοκοιλιακή.

Β) Παρηγορητικές εγχειρήσεις (ανακουφιστικές). Εφαρμόζονται στις περιπτώσεις εκείνες όπου υπάρχουν μεταστάσεις σε γειτονικά και απομακρυσμένα όργανα (ήπαρ, πνεύμονες, οστά κ.λ.π.)

Στη θεραπεία αυτή , πρέπει ο χειρουργός να καταβάλλει κάθε δυνατή προσπάθεια για να αφαιρεθεί ο πρωτοπαθής όγκος καθώς και τα τμήματα γειτονικών ιστών ή οργάνων που είχαν διηθηθεί και εφόσον αυτό είναι δυνατόν.

Όταν η αφαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου δεν είναι δυνατή , τότε γίνεται παράκαμψη αυτού με αναστομωτικές επεμβάσεις ή μόνιμη κολοστομία , εφόσον ο όγκος εντοπίζεται στην περιοχή του ορθοσιγμοειδούς , για αποφυγή της επικείμενης απόφραξης του εντέρου από τον όγκο. Η θεραπεία αυτή μπορεί να συμπληρωθεί με χημειοθεραπεία³⁸.

11.1.2 Ακτινοθεραπεία.

Η ακτινοθεραπεία αποτελεί δευτερεύον μέσο θεραπείας , εντούτοις έχει σαφή θέση στην αντιμετώπιση του καρκίνου. Η ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του παχέος εντέρου χρησιμοποιείται στις ακόλουθες περιπτώσεις :

- i. Σε ανεγχείρητους ασθενείς.
- ii. Για την συμπλήρωση της εγχειρήσεως ως προεγχειρητική ή μετεγχειρητική αγωγή
- iii. Για ανακουφιστικούς σκοπούς σε υποτροπές ή μεταστάσεις μετά από χειρουργική επέμβαση.

Η ακτινοθεραπεία σε ανεγχείρητες περιπτώσεις μερικές φορές μπορεί να κάνει ένα καρκίνωμα εγχειρήσιμο.

Οι μέθοδοι ακτινοθεραπείας είναι οι εξής:

- i. Ακτινοθεραπεία εξ επαφής.
- ii. Μέθοδος της μεταφορτίσεως.
- iii. Δια την υπερδυναμικής ακτινοβολίας.
- iv. Ακτινοθεραπεία σαν μέσο συμπληρώσεως της χειρουργικής επέμβασης.
- v. Ακτινοθεραπεία που εφαρμόζεται στις μεταστάσεις ή σε υποτροπές³⁹.

11.1.3 Χημειοθεραπεία.

Η χημειοθεραπεία στον καρκίνο του παχέος εντέρου χρησιμοποιείται τόσο στη γενικευμένη νόσο , όσο και σε συμπληρωματική χημειοθεραπεία μετά την επέμβαση. Οι φθοριοπυριμιδίνες , με κύριο εκπρόσωπο την 5-φθοριουρακίλη , αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπευτικής αντιμετώπισης με κυτταροστατικά. Μεγάλος αριθμός κυτταροστατικών έχουν δοκιμασθεί μόνα ή σε συνδυασμούς , όμως σε λίγα από αυτά παρουσιάστηκε θεραπευτική ανταπόκριση⁴⁰.

Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με την 5-φθοριουρακίλη οι λεγόμενοι φαρμακολογικοί τροποποιητές με κύριο εκπρόσωπο το φολλινικό οξύ.

Τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά , όπως ενθαρρυντικά είναι τα αποτελέσματα με τη χορήγηση ιντερφερόνης και 5-φθοριουρακίλης³⁸.

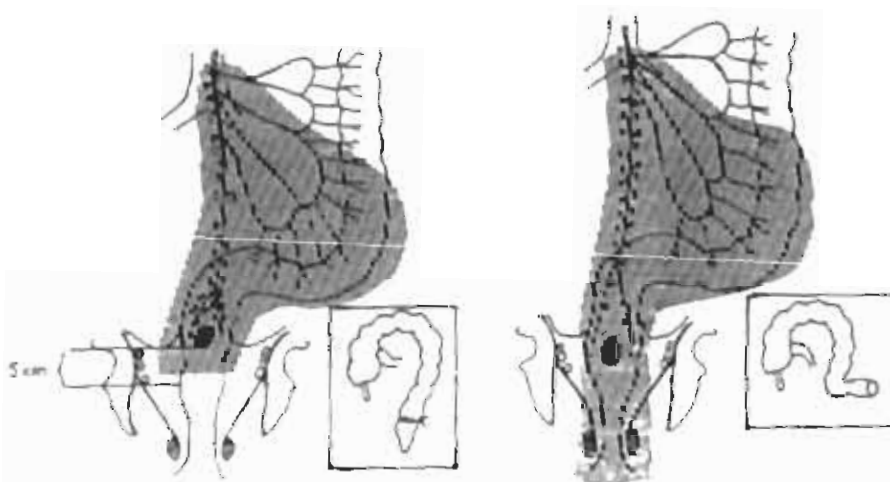
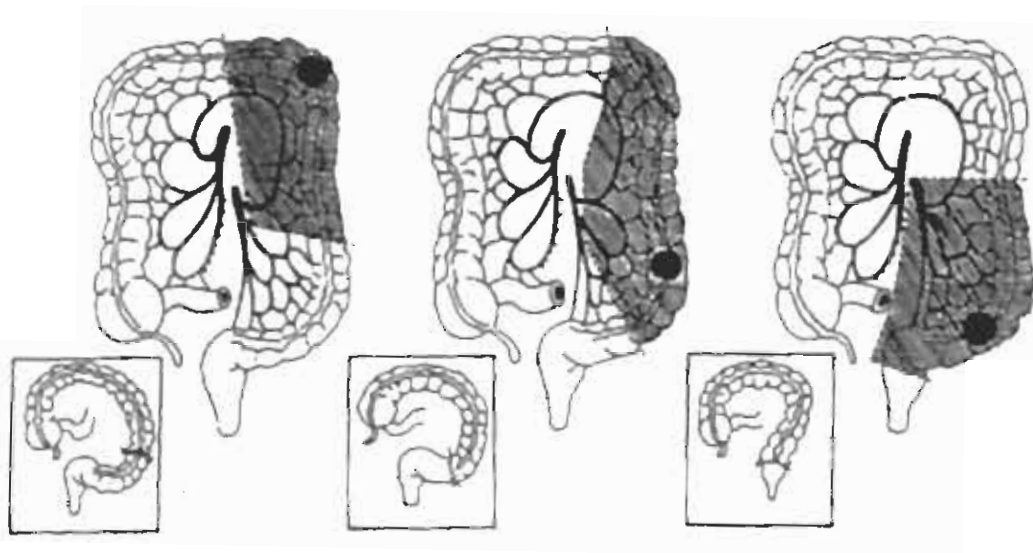
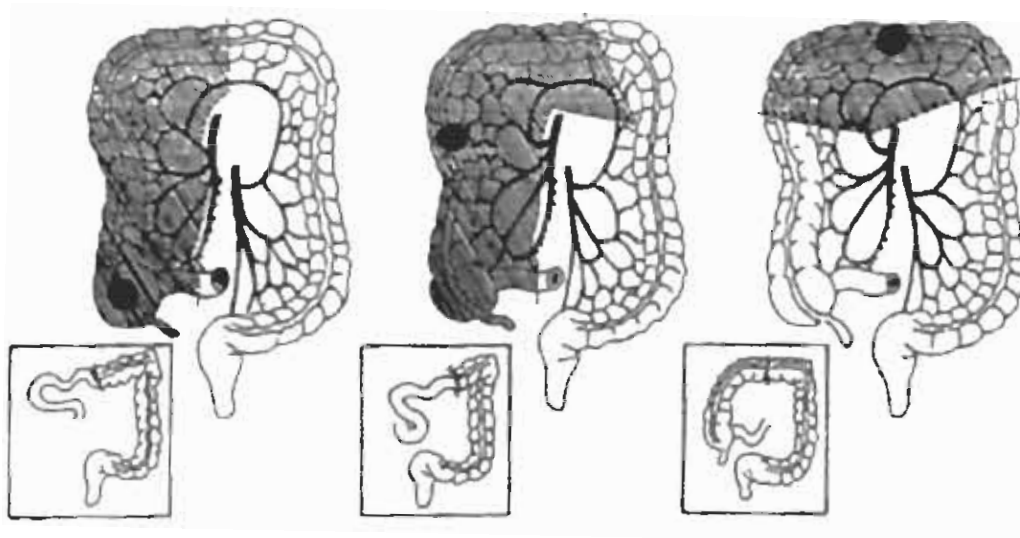
Από τις τελευταία χρησιμοποιούμενες επίσης μεθόδους , η ενδοηπατική έγχυση συνδυασμού κυτταροστατικών μέσω χειρουργικού καθετηριασμού αρτηρίας είναι αρκετά ελπιδοφόρα.

Σε περιπτώσεις ανεγχείρητου αποφρακτικού καρκινώματος η διάνοιξη του αυλού με ακτίνες Laser βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών⁴¹.

11.1.4 Ανοσοθεραπεία.

Η ανοσοθεραπεία πρωτοχρησιμοποιήθηκε το 1893 , όταν ο Cooley δοκίμασε υλικό ερυσιπέλατος. Η ανοσοθεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου δεν έχει δώσει μέχρι στιγμής θετικά αποτελέσματα. Έχουν γίνει ωστόσο πάρα πολλές προσπάθειες με εφαρμογή BCG , Levamisol , ιντερφερόνης , ιντερλευκίνης κ.α.

Τελευταίες μελέτες συνδυασμού ιντερφερόνης με S-Fu ή FA+S-Fu έχουν αρχίσει να δείχνουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα.. Θα χρειασθούν όμως περισσότερες έρευνες. In vitro, έχει δειχθεί συνεργία μεταξύ ιντερφερόνης και S-Fu χρησιμοποιείται πειραματικά στη κλινική, τόσο στη γενικευμένη όσο και στην συμπληρωματική



Σχηματική απόδοση της εκτάσεως εκτομής καρκινώματος του παχέος εντέρου και του ορθού και της αποκαταστάσεώς του (ένθετο)

11.2 Τοπική επέκταση σε άλλα όργανα – Ηπατικές μεταστάσεις.

Όταν ο καρκίνος του παχέος εντέρου έχει διηθήσει στα γειτονικά όργανα όπως το λεπτό έντερο , σπλήνα , μήτρα , ουροδόχο κύστη , ουρητήρα ή νεφρό πρέπει το διηθημένο όργανο ή μέρος αυτού να αφαιρείται μαζί με το αντίστοιχο τμήμα του παχέος εντέρου.

Σε γυναίκες με καρκίνο του ορθού και ιδιαίτερα του πρόσθιου τοιχώματος έστω και αν δεν υπάρχει εμφανής διήθηση πολλοί χειρουργοί πιστεύουν ότι οι κοιλιοπερινεϊκή εκτομή θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει και το οπίσθιο τοίχωμα του κόλπου , τη μήτρα , τους συνδέσμους και τα εξαρτήματά της , επειδή υπάρχει πυκνή επικοινωνία του ορθού με τα γυναικεία γεννητικά όργανα.

Το 30% των αρρώστων με καρκίνο του παχέος εντέρου κάνει μεταστάσεις στο ήπαρ.

Το 25% των μεταστάσεων του ήπατος είναι εξαιρέσιμες. Συνήθως είναι μονήρεις όγκοι ή δύο όγκοι και είναι δυνατόν να αφαιρεθούν με άτυπη ή τυπική ηπατεκτομή αφαιρώντας τον ένα λοβό.

Από τους ασθενείς που χειρουργούνται για ηπατικές μεταστάσεις το 25% συμπληρώνει πενταετή επιβίωση. Επομένως υπάρχουν περιθώρια θεραπείας. Αυτό όμως δεν ισχύει σε αρρώστους που οι μεταστάσεις αφορούν και τους δύο λοβούς και είναι πολλαπλές.

Αν οι ηπατικές μεταστάσεις δεν χειρουργηθούν , η μέση επιβίωση είναι 7 μήνες. Μπορεί ακόμη να εφαρμοστεί χημειοθεραπεία. Παλιά χρησιμοποιούνταν διάφορα μηχανήματα που τοποθετούνταν στον υποδόριο ιστό.

Καθετηριαζόταν η ηπατική αρτηρία και χορηγούνταν χημειοθεραπευτικές ουσίες σε συνεχή έκχυση. Τα φάρμακα αυτά δίνουν τα ίδια αποτελέσματα αν δοθούν από την ηπατική φλέβα. Σήμερα πιστεύεται ότι οι δυνατότητες της χημειοθεραπείας είναι περιορισμένες γι' αυτό δεν χρησιμοποιείται ευρέως. Το ίδιο ισχύει και για την ακτινοθεραπεία η οποία είναι διεισδυτική όσο η χειρουργική επέμβαση αλλά χωρίς δυνατότητες για κάτι καλύτερο.

Τελειώνοντας το κεφάλαιο σχετικά με τις χειρουργικές επεμβάσεις αξίζει να σημειωθεί ότι όταν χειρουργηθεί ασθενής με καρκίνο του παχέος εντέρου , θα πρέπει στη συνέχεια να γίνει βαριούχος υποκλυσμός και κολοσκόπηση για ανάπτυξη δεύτερου καρκίνου , ιδιαίτερα αν ο πρώτος όγκος βρισκόταν στην περιφέρεια⁴³.

11.3 Επιπλοκές μετά από εγχείρηση καρκίνου του παχέος εντέρου.

Ι. Άμεσες : Αιμορραγία – επιπλοκές από την αναστόμωση , από το τραύμα , από τις «στομίες»

ΙΙ. Όψιμες : Συχνότερες κενώσεις , δυσκοιλιότητα , διάρροιες , αναιμία , στένωση στην αναστόμωση , συμφύσεις , υπεραύξηση μικροβίων στο έντερο , επιπλοκές από το ακροποιογεννητικό³⁶.

Πίνακας 1: μέση επιβίωση (σε μήνες) ασθενών ανάλογα με τον αριθμό και την εντόπιση των ηπατικών μεταστάσεων			
Συγγραφείς	Μεταστάσεις		
	Μονήρεις	Πολλαπλές στον ένα λοβό	Διάχυτες
Jaffet et al (1968)*	4,5	3	2,5
Nielsen et al (1971)**	18	9	5
Wood et al (1976)**	16,7	10,6	3,1
*Μεταστάσεις από διάφορες πρωτοπαθείς εστίες. **Μεταστάσεις από καρκίνωμα του παχέος εντέρου.			

Πίνακας 2:Επιβίωση μετά από υπατεκτομή για ηπατικές μεταστάσεις ανάλογα με τον τόπο και την εντόπιση της πρωτοπαθούς εστίας.			
Πρωτοπαθής εστία	Αριθμός ασθενών	Επιβίωση	
		Διετής	Πενταετής
Παχύ έντερο	259	84/192 (44%)	46/206 (22%)
Όγκος Wilm	13	8/11	4/7
Μελάνωμα	12	2/10	1/10
Λειομυσάρκωμα	11	4/8	1/8
Μήτρα	8	1/7	0/7
Πάγκρεας	7	2/7	1/6
Στόμαχος	7	0/7	0/7
Ήμισιός	5	0/4	0/4
Νεφρός	5	2/5	1/5
Διάφορες άλλες	17	6/13	3/10

Πίνακας 3. Επιβίωση μετά από ηπατεκτομή για ηπατικές μεταστάσεις από			
Συγγραφείς	Αριθμός ασθενών	Εγχειρητική Θνητότητα %	Πενταετής Επιβίωση %
Bufter et al (1986)	62	10	34
Gennari et al (1986)	48	2	
Pertelli et al (1985)	36	14	
Coppa et al (1985)	25	4	25
Adson et al (1984)	141	4	25
Furter et al (1981)	58	7	57*
Ίωατσίκι et al (1983)	24	0	52
Thompson et al (1983)	22	5	31
Ματτω et al (1982)	29		27
Ραζα! et al (1982)	34	12	31
Bergmark et al (1982)	33	6	
Logan et al (1982)	19	5	27
Adson και Van Herdeeh (1980)	34	6	20
Foster (1918)	206	5	22**
Starzl και Koep (1978)	43	0	
Wanebo et al (1978)	25	9	28**
Almersjo et al (1976)	46	30	
Wilson και Adson (1976)	36		44***

* Δεκαετής επιβίωση σε ποσοστό 17-20%

** Μονήρεις μόνο μεταστάσεις

*** Τριετής επιβίωση

Πίνακας 4: Επιβίωση, μετά από ηπατεκτομή για ηπατικές μεταστατικές εστίες από καρκίνωμα του παχέος εντέρου.				
Παράμετροι ελέγχου	Αριθμός ασθενών	Εγχειρητική Θνητότητα %	Εμβίτιση	
			Διετής	Πενταετής
Σύνολο πεοιπτώσεων	259	5	44	22
Αριθμός μεταστάσεων				
Μονήρεις	108	1		30
Πολλαπλές	54	13		13
Έκταση εκτομής				
Λοβεκτομή	46	11		13
Τμηματεκτομή	25	0		21
Άτυπη ηπατεκτομή	97	3		24
Χρόνος εμφάνισης μεταστάσεων				
Σύγχρονες	111	49		19
Μετάχρονες	123	42		22
Εντός διαιτίας	60	50		26
Μετά διαιτία	69	34		20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση μετά από εγχειρήσεις ιάσεως ή ριζικές , είναι γενικά καλή και ίδια σε όλα σχεδόν τα τμήματα του παχέος εντέρου.

- i. Όταν το καρκίνωμα περιορίζεται στο τοίχωμα το παχύ έντερο και χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις η πενταετής επιβίωση είναι 80%. (Στάδιο I)
- ii. Όταν διηθείται ολόκληρο το τοίχωμα του παχέος εντέρου , χωρίς όμως να υπάρχουν μεταστάσεις , η πενταετής επιβίωση είναι 71% (Στάδιο II κατά Dukes).
- iii. Όταν διαπιστωθούν λεμφαδενικές μεταστάσεις η πενταετής επιβίωση πέφτει στο 32% (Στάδιο III)
- iv. Επί γενικευμένης νόσου η πενταετής επιβίωση είναι 1,2%³⁴.

Σε μεταστάσεις στο ήπαρ , αν αφαιρεθούν η πρωτοπαθής νόσος και η μετάσταση , έχουμε τριετή επιβίωση στο 30% των ασθενών με καλή ποιότητα ζωής.

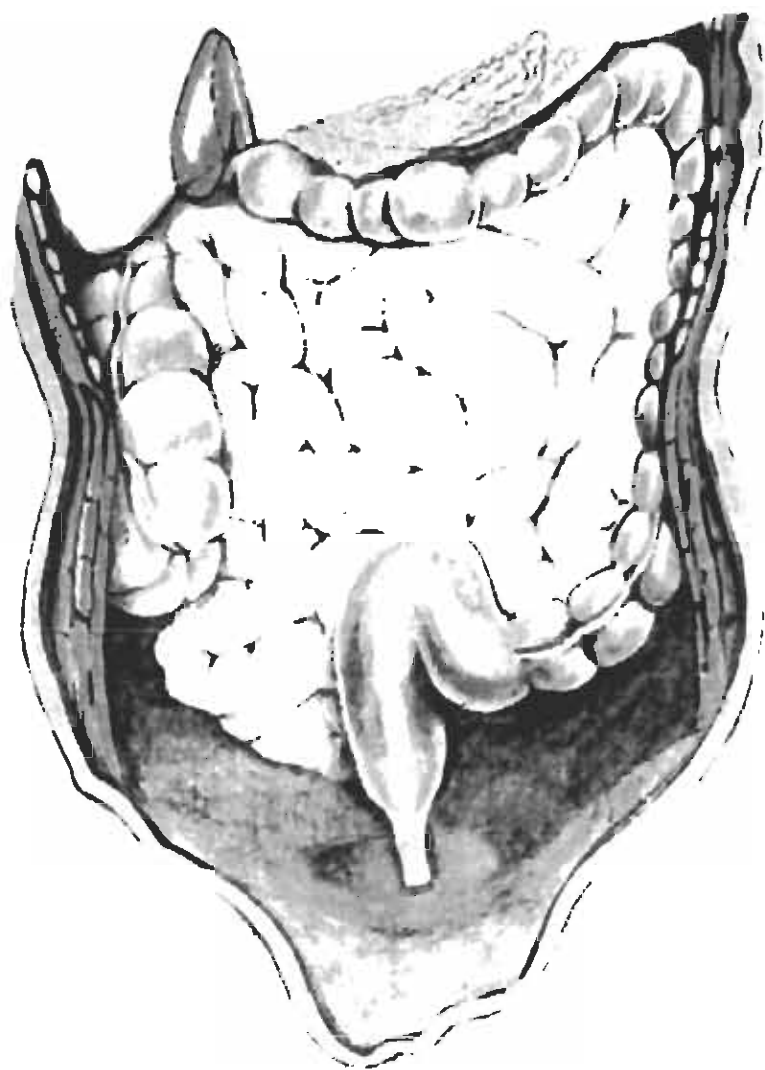
Εκείνο που έχει μεγάλη σημασία στην πρόγνωση , είναι η έγκαιρος διάγνωση και η εγχείρηση σε αρχικά στάδια³¹.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει υπολογίζεται ότι σε ποσοστό 100 πολυπόδων του παχέος εντέρου , οι 100 είναι νεοπλασματικοί.

Γι' αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και επαγρύπνηση⁴⁴.

ΜΕΡΟΣ Β





ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Νοσηλευτική συμβολή στην αποκατάσταση και ποιότητα ζωής αρρώστου με καρκίνο παχέος εντέρου.

Η δικαίωση της ύπαρξής μας , σαν Νοσηλευτικό επάγγελμα , είναι να είμαστε στο προσκέφαλο του νοσηλευόμενου για να τον βοηθήσουμε να προσαρμοστεί ευεργετικά στο μεταβατικό ρόλο του αρρώστου , ν' αντιμετωπίσει τα προβλήματα που προέκυψαν, να ξαναβρεί τη μέγιστη δυνατή ανεξαρτησία του , να πεθάνει με αξιοπρέπεια.

Η σύγχρονη νοσηλευτική προσέγγιση κάθε αρρώστου , που εκφράζεται και πραγματοποιείται με την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας , στοχεύει στην άριστη , ολιστική και ανθρώπινη φροντίδα του.

Η αποκατάσταση αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση της ολοκληρωμένης εξατομικευμένης φροντίδας του αρρώστου , προκειμένου να επανακτήσει την μέγιστη σωματική και ψυχολογική του ισορροπία και να επιστρέψει στον αγώνα της ζωής , με την μεγαλύτερη δυνατή σωματική – ψυχική – πνευματική , κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα και απόδοση.

Στόχος της νοσηλευτικής φροντίδας για τον άρρωστο με καρκίνο του παχέος εντέρου είναι η διατήρηση της ισχύος και της ακεραιότητας του , ώστε να καταπολεμά τα καρκινικά κύτταρα , ν' αντέχει τη θεραπεία και ν' αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν την αρρώστια. Ενώ σκοπός της αποκατάστασής του είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του , με τη μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας και την ελαχιστοποίηση της εξάρτησής του , ανεξάρτητα απ' το προσδόκιμο επιβίωσης.

Ο καρκίνος , αδιάκριτος , ανεπιθύμητος και απρόσκλητος παραβίασε την ζωή του και συν χρόνια νόσος θα παραμείνει μαζί του για κάποιο μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα. Κι εκείνος , θα πρέπει να μάθει να ζει μαζί του , ενώ θα συνεχίζει τον βιολογικό και ψυχολογικό του αγώνα.

Κάθε άνθρωπος με καρκίνο παχέος εντέρου χρειάζεται ευκαιρίες ν' αντιμετωπίσει αυτό που του συμβαίνει με το δικό του βήμα και τον δικό του τρόπο για να ζήσει μια ζωή που θα είναι ποιοτική για εκείνον.

Η 24ωρη θέση της νοσηλεύτριας δίπλα στον άρρωστο και το αυτόνομο γνωστικό επιστημονικό πεδίο της κάνει τη θέση της κεντρική , την ευθύνη της σημαντική

και τη συμβολή της στο πρόγραμμα αποκατάστασης αξιόλογη. Το οδοιπορικό της , ένας μακρύς δρόμος που αρχίζει απ' την πρώτη μέρα των διαγνωστικών εξετάσεων και τελειώνει με το θάνατο ` μια ανηφόρα που εκείνη θα δώσει , αλλά και θα πάρει πολλά.

Η δυνατότητα επιτυχημένης νοσηλευτικής παρέμβασης σ' αυτό τον τομέα φροντίδας εξαρτάται όχι τόσο από τις γνώσεις της φυσιοπαθολογικής διεργασίας της αρρώστιας και των δυσμενών της επιπτώσεων, αλλά της ικανότητας της/του νοσηλεύτριας/τη να κατανοεί το νόημα που έχει η ασθένεια για τον συγκεκριμένο άρρωστο, ποιες ψυχοκοινωνικές ανάγκες του δημιουργήσει και ποια βοήθεια χρειάζεται για να εναρμονίσει τις απαιτήσεις των αναγκών αυτών , με την πραγματικότητα της ασθένειας.

Η θετική νοσηλευτική της ανταπόκριση , αρχίζει με την **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ** που αναζητά απάντηση σε ορισμένα ερωτήματα:

- *Ποιος , ο συγκεκριμένος άρρωστος και ποιες οι βιοψυχοκοινωνικές ανάγκες του:*
- *Πώς αντιδρά ο συγκεκριμένος άρρωστος στα ψυχοκοινωνικά αυτά επώδυνα ερεθίσματα:*
- *Ποιες οι προσωπικές του δυνάμεις και ικανότητες και πως τις έχει χρησιμοποιήσει, σε επώδυνα ερεθίσματα στο παρελθόν*
- *Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την ικανότητα του στην αντιμετώπιση των στρεσογόνων αυτών καταστάσεων:*

Το προφίλ του αρρώστου με καρκίνο παχέος εντέρου: φοβισμένος , ανασφαλής , αδύναμος , ζει μια οδυνηρή εμπειρία. Άνθρωπος με προσωπικό τρόπο βίωσης και έκφρασης των αναγκών που απορρέουν από το πώς εισπράττει την αρρώστια , τη θεραπεία και τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις τους (ψυχολογικές , επαγγελματικές , κοινωνικές , οικονομικές) που τον υποχρεώνουν σε πολυάριθμους συμβιβασμούς.

Άτομο που δεν έχει πάντοτε ικανοποιητική πληροφόρηση , δυνατότητα επιλογής και επαρκή ψυχολογική υποστήριξη.

Με τα πρώτα μηνύματα της αρρώστιας , η υποψία και η διάγνωση του καρκίνου , αλλά και η εισαγωγή στο νοσοκομείο συνεπάγονται μεγάλο αριθμό ψυχικών καταπονήσεων και συνοδεύονται από φόβους ` τον φόβο του αγνώστου και του απροσδόκητου ` του παρόντος και του μέλλοντος ` των στερήσεων και των θυσιών που θα απαιτηθούν ` του πόνου, της αναπηρίας , της χρόνιας αρρώστιας και του θανάτου.

Η μεγαλύτερη ανάγκη που εκφράζεται από τους αρρώστους με Ca παχέος εντέρου , στις νοσηλευτικές έρευνες των Derdarian και Hopkins, σε αυτή τη φάση , είναι οι πληροφορίες.

Σύντομα , έχουν να αντιμετωπίσουν της ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της θεραπείας και των παρενεργειών της. Οποιαδήποτε θεραπεία είναι επίθεση στην εικόνα του εαυτού , στο αίσθημα αυτοεκτίμησης και ισοδυναμεί με πραγματική ή συμβολική απώλεια δυνατοτήτων ή αγαθών.

Κάθε άνθρωπος αντιδρά σε κάθε περίπτωση με μοναδικό τρόπο , είτε με εκτέλεση ή αποφυγή κάποιων πράξεων ή ενεργειών , είτε με ενδοψυχικές διεργασίες , αμυντικές ή οικοδομητικές σκέψεις. Ορισμένοι άρρωστοι επιδιώκουν την πληροφόρηση , ενώ άλλοι αντιμετωπίζουν την αρρώστια υπομονετικά , ηρωικά , πνευματικά. Μερικοί μελαγχολούν και απογοητεύονται , ενώ κάποιοι άλλοι παρουσιάζουν παθολογική εξάρτηση , ανευθυνότητα και παλινδρόμηση σε παθολογικούς ή παιδικούς τρόπους συμπεριφοράς.

Σε όλους είναι γνωστές οι (5) φάσεις που η Koubler Ross περιγράφει τις αντιδράσεις του αρρώστου με καρκίνο , απ' τη στιγμή που έρχεται αντιμέτωπος έμμεσα ή άμεσα με την αρρώστια , μέχρι τις τελευταίες ώρες της ζωής του.

Η ικανότητα ή η αδυναμία να αντιμετωπίσει τις στρεσογόνες καταστάσεις εξαρτάται απ' το φυσικό περιβάλλον που βρίσκεται , την ψυχολογική υποστήριξη ή την έλλειψή της , τις θρησκευτικές αντιλήψεις του , την μόρφωση και το πολιτιστικό του υπόστρωμα, τα κίνητρα και τις πεποιθήσεις του , τις συνυπάρχουσες ή όχι οικονομικές , οικογενειακές και επαγγελματικές μέριμνες , το στάδιο της αρρώστιας και η σοβαρότητα της κατάστασής του.

Γενικότερα, οι σημαντικότεροι νοσηλευτικοί στόχοι του προγράμματος και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις , που απαιτούνται για να εκπληρωθούν , είναι οι εξής:

A) Η ενθάρρυνση και καλλιέργεια ειλικρινούς και ανοικτής επικοινωνίας με τον άρρωστο και το περιβάλλον του.

Με την υιοθέτηση πλήρους επικοινωνίας , ενημερώνεται και πληροφορείται ο άρρωστος στο μέγεθος που ο ίδιος επιθυμεί και μπορεί , επιτρέπεται σ' όλα τα μέλη της οικογένειας να συμμετέχουν στην οικογενειακή κρίση σ' ένα επίπεδο ανάλογο με τις δυνατότητές τους , εμπνέεται και κερδίζεται η ενεργός συμμετοχή τους στο πρόγραμμα διαψεύδονται οι αδικαιολόγητοι φόβοι , καλλιεργείται αίσθημα προσωπικής ασφάλειας και εμπιστοσύνης και καλύπτεται η ανάγκη του αρρώστου να θρηνησει ε-

κείνο που έχασε , να εκδηλώσει τη λύπη του και το θυμό του , για να μην απομονωθεί συναισθηματικά.

Β) Η δημιουργία-ενίσχυση και διαφύλαξη διαπροσωπικού κλίματος.

Ολόκληρη η νοσηλευτική είναι διαπροσωπικό έργο. Επιστήμη και τέχνη του διαλόγου. Όχι μόνο η ακρόαση και η ομιλία , αλλά και η σιωπή , η συμπεριφορά , οι μορφασμοί , η βλεμματική επαφή , η απάντηση στην κλήση του αρρώστου , η τήρηση αποφάσεων και η σωματική φροντίδα , αποτελούν μορφές επικοινωνίας , που αν αξιοποιηθούν , επιτυγχάνεται η δημιουργία άνετου διαπροσωπικού κλίματος , όπου ο νοσηλευτής είναι ικανός να γεφυρώνει αποστάσεις επικοινωνίας , να επιλέγει τον καταλληλότερο χρόνο και τρόπο για διδασκαλία , να φέρνει τον άρρωστο σε επαφή με αναγνωρισμένα σωματεία ομοιοπαθών , που μπορούν να του μεταβιβάσουν «καταλαβαίνω πως αισθάνεσαι. Βρέθηκα και εγώ στη θέση σου και το ξεπέρασα», να προάγει την ανεξαρτησία του , να ενισχύσει τη θέληση και την ελπίδα του για ζωή.

Γ) Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του αρρώστου.

Οι νοσηλευτές οφείλουν να επαινούν την αυτοφροντίδα, να αντανακλούν θετικές εκτιμήσεις με λόγια ή χωρίς λόγια, με πράξεις ή συμπεριφορά , να ακούνε τον άρρωστο , να αποδέχονται τις αντιδράσεις του , να αναγνωρίζουν και να σέβονται τα συναισθήματά του , και να δημιουργούν ευκαιρίες για να ρωτά και να λύνει τις απορίες του , όταν τον φροντίζουν με προσωπικό ενδιαφέρον και ευγένεια. Το σπουδαιότερο είναι η ύπαρξη συναισθηματικού τόνου σε κάθε παρεχόμενη νοσηλεία γιατί μεταβιβάζει προστασία , θαλπωρή , στοργή , γαλήνη , φροντίδα , συμμετοχή.

Δ) Προαγωγή της αποτελεσματικότητας των ικανοτήτων και δυνατοτήτων του αρρώστου.

Ο συγκεκριμένος νοσηλευτικός σκοπός επιτυγχάνεται όταν βοηθάμε τον άρρωστο να γίνει ικανός για ρεαλιστική αντιμετώπιση της κατάστασής του , να συγκεκριμενοποιεί τα προβλήματά του , να θεωρεί τον εαυτό του ικανό να τα αντιμετωπίσει και να αναγνωρίζει την πρόοδο , να μπορεί να μοιράζεται τα συναισθήματά του και να ζητά βοήθεια , ν' αναγνωρίζει και ν' απολαμβάνει τις μικροχαρές της ζωής , να διακρίνει την ρεαλιστική απ' την ψεύτικη ελπίδα και να μπορεί να υλοποιήσει το μήνυμα «κάνε το σήμερα ν' αξίζει». Μπορεί όμως ν' αξίζει όταν ο άρρωστος πονά.

Ε) Ανακούφιση του πόνου.

Ο πόνος αποτελεί το σοβαρότερο πρόβλημα για το 70% των αρρώστων με καρκίνο , ποσοστό που επηρεάζεται από το στάδιο της νόσου και την εντόπιση του όγκου

ενώ υπολογίζεται ότι το 25% αυτών των αρρώστων πεθαίνει χωρίς ικανοποιητική ανακούφισή του . Ο χρόνιος πόνος στον καρκίνο αποτελεί μια πολυδιάστατη μοναδική , υποκειμενική εμπειρία , μια πολύπλοκη ψυχοπνευματική εκδήλωση που επιχειρεί να απεικονίσει σε σχήμα ο Twycross με κύριους άξονες τα αίτια πόνου , την κατάθλιψη , το θυμό και το άγχος.

Κάθε νοσηλευτής οφείλει να συμμετέχει υπεύθυνα στην ομάδα πόνου που αποτελεί τον ιδανικό τρόπο αντιμετώπισης πόνου , είτε συμβάλλοντας στις προσπάθειες των μελών της , είτε με αυτόνομες αρμοδιότητες. Αρχικά αξιολογεί τον πόνο , έργο που απαιτεί συστηματική προσπάθεια για τη συλλογή όλων των στοιχείων, πληροφοριών που αφορούν τις φυσιολογικές και ψυχικές αντιδράσεις του αρρώστου , τις εκδηλώσεις συμπεριφοράς. Που οφείλεται ο πόνος; Πόσο πονά ο άρρωστος; Πού πονά και με ποιες λέξεις περιγράφει τον πόνο του; Ποιες μεθόδους χρησιμοποιεί για την ανακούφισή του; Πως επιδρά στη ζωή του και ποιο νόημα του αποδίδει;

Η σημαντικότερη νοσηλευτική παρέμβαση αν και συχνά υποτιμάται , είναι η ίδια η παρουσία μας κοντά στον άρρωστο. Κι όσο ο πόνος παραμένει επίμονο και δυσεπίλυτο πρόβλημα , αποτελεί πηγή νοσηλευτικής υποχρέωσης και δέσμευσης για συνεχή αξιολόγηση και αναζήτηση τρόπου άμεσης ανακούφισής του.

ΣΤ) Η υποστήριξη της οικογένειας του αρρώστου.

Στη μελέτη της η Martachio υποστηρίζει ότι σημαντικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την υποστήριξή της , η οικογένεια θεωρεί την ανακούφιση του άγχους, σύγχυσης και απελπισίας , την αναστήλωση της ελπίδας για το μέλλον , την αναζήτηση εναλλακτικών επιλογών και τη μεγιστοποίηση των αμυντικών μηχανισμών της.

Η οικογένεια χρειάζεται ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα για να κατανοήσει , να κρατήσει και να φροντίσει το αγαπημένο της πρόσωπο στη θαλπωρή του σπιτιού.

Ζ) Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Σύμφωνα με την παραπάνω ό νοσηλευτής/τρια τροποποιεί ή αναθεωρεί το πρόγραμμα , αναζητώντας τον καλύτερο τρόπο αποκατάστασης των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων του αρρώστου.

Όμως ο ρόλος των νοσηλευτών στο τομέα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για τον άρρωστο με καρκίνο , όπως φαίνεται σε μια πρόσφατη ανασκόπηση της νοσηλευτικής αρθρογραφίας , εκτός από παροχή άμεσης φροντίδας είναι ερευνητικός , εκπαιδευτικός , συμβουλευτικός και ρόλος συντονιστή.

Ο ερευνητικός ρόλος είναι προφανής απ' τις νοσηλευτικές έρευνες που επιχειρούν να δώσουν απάντηση σε νοσηλευτικού προβληματισμούς σ' αυτό το χώρο.

Ο εκπαιδευτικός ρόλος εκφράζεται με την εκπαίδευση του αρρώστου που παρέχεται είτε με οργανωμένα εκπαιδευτικά προγράμματα για όλους τους αρρώστους , είτε με εκπαιδευτικά προγράμματα προσανατολισμένα προς την αρρώστια ή προς την θεραπεία.

Ο συμβουλευτικός ρόλος της νοσηλεύτριας εκφράζεται όταν παραπέμπει και κατευθύνει τον άρρωστο σε ειδικευμένους επαγγελματίες ή σε οργανωμένα προγράμματα καθώς και με συμβουλευτικές παρεμβάσεις προσανατολισμένες προς την αρρώστια ή τη θεραπεία.

Εξίσου σημαντικός είναι και ο ρόλος του νοσηλευτή σαν συντονιστής που συμβάλλει στην διατήρηση και συνέχιση της φροντίδας.

Αναφέρονται αντιπροσωπευτικά έρευνες όπου η νοσηλεύτρια κατέχει το ρόλο κλειδί του συντονιστή σε νοσηλευτικές μονάδες περιπατητικών ασθενών , σε πρόγραμμα νοσηλείας στο σπίτι , σε γυναικολογική , χημειοθεραπευτική , νοσηλευτική μονάδα , στην κοινότητα και σε ομάδα αποκατάστασης ατόμων με λαρυγγεκτομή.

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

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

Οι ασθενείς των οποίων το νόημα της ζωής συνεχίζεται και μετά την εμφάνιση της νόσου , πρέπει να αισθανθούν ότι τίποτα δεν ανέκοψε το σχέδιο της ζωής και ότι μπορούν να συμμετάσχουν σε όλα , έστω και μετά από μια μόνιμη κολοστομία⁴⁵.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ασθενούς με Καρκίνο Παχέος Εντέρου στο νοσοκομείο κατά τη διάρ- κεια της συντηρητικής αντιμετώπισης.

Χωρίς πρόγραμμα οι σύνθετες ανάγκες αυτού του αρρώστου δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά . Εάν η φροντίδα του καρκινοπαθούς βασίζεται μόνο στην εμπειρία , τη διαίσθηση και το ένστικτο , είναι πρόχειρη , επιφανειακή και εμπειρική.

Η νοσηλεύτρια αντιδρά απλώς σε μια κατάσταση χωρίς να έχει την δυνατότητα να την επηρεάσει ή να την αλλάξει.

Η προσπάθεια σχηματοποίησης μοντέλου φροντίδας , ανάλογα με το είδος της θεραπείας του καρκίνου , γίνεται αντιεπιστημονική στη θεωρία της , ισοεδευτική και επικίνδυνη στην εφαρμογή της γιατί αδυνατεί να ανταποκριθεί με επιτυχία , σε κάθε ιδιαιτερότητα της νόσου και ειδικές ανάγκες του καρκινοπαθούς.

Η εισαγωγή του και μόνο, ιδιαίτερα στο αντικαρκινικό νοσοκομείο αποτελεί προσωπική οδυνηρή εμπειρία. Σ' αυτή την κρίσιμη καμπή της ζωής του επιχειρείται η πρώτη επαφή , γνωριμία μαζί του. Για να μάθουμε το πώς θα βοηθήσουμε τον άρρωστο θα πρέπει πρώτα να μάθουμε να ακούμε τον άρρωστο. Ακούω με προσοχή σημαίνει : « αφιερώνω χρόνο». Προϋποθέτει θάρρος , υπομονή , εγκατάλειψη προσωπικών προκαταλήψεων , ολοκληρωτική συγκέντρωση της προσοχής και ευαισθησία για τα προβλήματα και τις εμπειρίες τόσο του ατόμου όσο και της οικογένειάς του.

- Μπορούμε άραγε πάντοτε όχι μόνο να ακούμε , μα και να ερμηνεύσουμε τη λεκτική ή συμβολική επικοινωνία;

- Στην προσπάθειά μας να τον καθησυχάσουμε , μήπως ακούμε μόνο τις λέξεις και όχι τα μηνύματα που μεταδίδει ο άρρωστος;

Ανάλογα με τη γενική ψυχοσωματική κατάσταση , το κοινωνικό μορφωτικό επίπεδο , το βαθμό επίγνωσης της νόσου , τις προσδοκίες του αρρώστου και την αναμενόμενη συνεργασία από το οικογενειακό περιβάλλον , σχεδιάζονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που αποβλέπουν:

1. Εκπλήρωση των βιοψυχοκοινωνικών και πνευματικών αναγκών του αρρώστου.
2. Ανάπτυξη θετικών συναισθημάτων απέναντι στο επικείμενο χειρουργείο.
3. Καλλιέργεια ετοιμότητας για την αποδοχή αλλαγών που θα προκύψουν.

4. Μέριμνα για την ανετότερη εφικτή διαμονή στο νοσοκομείο.

5. Συντονισμός με προεγχειρητικό πρόγραμμα.

Η νοσηλευτική φροντίδα που δίνεται σε έναν άρρωστο με Ca παχέος εντέρου βασίζεται στις αρχές της νοσηλευτικής διεργασίας. Η εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου γίνεται με πληροφορίες που παίρνονται από διάφορες πηγές : ιστορικό υγείας – φυσική εκτίμηση – διαγνωστικές εξετάσεις.

Η φυσική εξέταση γίνεται με τη δακτυλική εξέταση κατά την οποία βρίσκεται συνήθως σκληρός – κινητός – ανώδυνος όγκος με διαφορετική κάθε φορά διάμετρο (ανάλογα με τη περίπτωση) και διαφορετικού βήθους ανάλογα.

Επίσης με την κλινική εικόνα που παρουσιάζει ο ασθενής : απώλεια βάρους λόγω ανορεξίας , βλέννης και αίμα στα κόπρανα – με την ψηλάφηση ενδοκοιλιακών οργάνων και φυσιολογική ή μη υφή τους και ψηλάφηση λεμφαδένων για τυχόν μεταστάσεις.

Τα προβλήματα που συνήθως παρουσιάζει ο άρρωστος είναι τα εξής:

- i. Ψυχολογικά προβλήματα: Παρουσιάζει έντονη ανησυχία για το μέλλον του. Έκδηλο είναι το άγχος και ο φόβος του στο αν θα μπορέσει να συνεχίσει τη ζωή του όπως πρώτα ,να εργάζεται , να αντεπεξέρχεται στις υποχρεώσεις του.
- ii. Μείωση της συμπτωματικής του δραστηριότητας: Εξαιτίας της απώλειας βάρους και της μυϊκής αδυναμίας.
- iii. Θρεπτικό ανισοζύγιο: Λόγω της ναυτίας – εμετού – ανορεξίας που τις περισσότερες φορές παρουσιάζει.
- iv. Αϋπνία – αγωνία και φόβο: Τόσο από τη μεταβολή στο σχήμα και χροιά των κενώσεών του , όσο και για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων.
- v. Μείωση των δραστηριοτήτων του και έλλειψη άνεσης: Λόγω της μεταβολής του χώρου και του τόπο του.

Σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

A./ ΑΜΕΣΟΙ - B./ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΟΙ

Α./ΑΜΕΣΟΙ: 1) Διατήρηση της οξεοβασικής θεραπείας

2) Διατήρηση της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών

3) Διατήρηση της καλής θρέψης.

4) Απόσπαση της προσοχής του αρρώστου από την κατάσταση του.

- 5) Διατήρηση του αρρώστου στην καλύτερη δυνατή φυσική και ψυχολογική κατάσταση του.
- 6) Εξασφάλιση ασφαλούς περιβάλλοντος με λήψη προληπτικών μέτρων για τις λοιμώξεις – μολύνσεις.
- 7) Εξασφάλιση υποστήριξης κατά την διάρκεια των προγνωστικών εξετάσεων.
- 8) Έτοιμασία του αρρώστου και της οικογένειάς του για το πρόγραμμα της θεραπείας.

Β./ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

- 1) Διδασκαλία του αρρώστου για τη φύση της ασθένειάς του.
- 2) Ανάπτυξη των σκοπών αποκατάστασης , μαζί με τον άρρωστο.

Ειδικότερα η νοσηλευτική μας παρέμβαση περιλαμβάνει τα εξής:

1. Ανάπτυξη κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο , της θεραπευτικής σχέσης αρρώστου νοσηλευτή.
2. Προσπαθούμε να πείσουμε τον ασθενή και την οικογένειά του να μας εμπιστευθούν και να συζητήσουν μαζί μας το ψυχικό τους τραύμα – να εκφράσουν τις ανησυχίες τους , την αγωνία τους , όσον αφορά την έκβαση της ασθένειας.
Μετά από προσπάθειες που θα πρέπει να καταβάλλουμε για να πλησιάσουμε τον άρρωστο ή το περιβάλλον του και μέσα από τις συζητήσεις μας , θα πρέπει να αφήσουμε να φανεί έντονα η κατανόηση , το ενδιαφέρον μας και η αγάπη μας προς αυτόν.
3. Σωστή ενημέρωση του αρρώστου για τη διδασκαλία των διαγνωστικών εξετάσεων και παροχή βοήθειας κατά την διάρκεια αυτών.
4. Βοηθάμε τον άρρωστο να συμβάλλει και ο ίδιος , όσο μπορεί ανάλογα με τις δυνάμεις του , τόσο για την διεκπεραίωση των εξετάσεων , όσο και για την περαιτέρω αποκατάστασή του.
- 5 Δίνουμε συμβουλές διαίτας στον ίδιο και στην οικογένειά του επίσης. Η χορήγηση των τροφών και των υγρών , θα πρέπει να είναι τέτοια ώστε να βοηθάει στην κανονική κένωση του εντέρου. Εξασφαλίζουμε τις κατάλληλες συνθήκες , καθώς και η παρουσίαση του φαγητού θα πρέπει να είναι τέτοια ώστε να τρώει με όρεξη ο άρρωστος. (καλύτερα προτιμούνται τα μικρά και συχνά γεύματα).

6. Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.
7. Κάθε 24ωρο θα πρέπει να γίνεται συχνή παρακολούθηση των παραμέτρων του αίματος και παράλληλα να προσέχουμε για τυχόν σημεία αναιμίας.
8. Χορήγηση μετά εντολής γιατρού , ηρεμιστικών και υπνωτικών για την αϋπνία.
9. Εξασφάλιση ενός ζεστού , άνετου περιβάλλοντος , ασφαλούς και υγιεινού. Αλλάζουμε συχνά τα λευχίματα και τα ρούχα του , εξασφαλίζουμε την σωστή θέση του αρρώστου στο κρεβάτι του , την διατήρηση της ησυχίας και την ελάττωση των θορύβων.
10. Μπορούμε αν χρειαστεί να φέρουμε τον άρρωστο σε επαφή με την κοινωνική λειτουργό του νοσοκομείου , ή με άλλους αρρώστους που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα , με σκοπό να αποδεχθεί και να συνηθίσει την κατάστασή του.
11. Παίρνουμε προληπτικά μέτρα για τυχόν μολύνσεις : Διδασκαλία του αρρώστου για να φροντίζει την υγιεινή του σώματός του , την τακτική καθαριότητα του στόματός του , των χεριών του , τα οποία ρέπει να πλένει σχολαστικά πριν και μετά το φαγητό. Αποφυγή του αρρώστου να έρχεται σε επαφή με άλλους ασθενείς που πάσχουν από κάποια λοίμωξη , κυρίως των ανώτερων αναπνευστικών οδών. Αντιβιοτικά χορηγούμε μόνο μετά εντολής γιατρού.
12. Προετοιμάζουμε τον άρρωστο σχετικά με τη θεραπεία του.
13. Ιδιαίτερη βαρύτητα θα πρέπει να δώσουμε και στην έξω νοσοκομειακή του παρακολούθηση.
14. Διδασκαλία του οικογενειακού περιβάλλοντος του αρρώστου για να τον βοηθήσουν όσο μπορούν στην αποκατάστασή του⁴⁶.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου στο νοσοκομείο , κατά την διάρκεια της χειρουργικής αντιμετώπισης

3.1 Προεγχειρητική φροντίδα.

Η προεγχειρητική ετοιμασία κάθε χειρουργικού αρρώστου περιλαμβάνει:

- την γενική προεγχειρητική ετοιμασία.
- την τοπική προεγχειρητική ετοιμασία.
- την τελική προεγχειρητική ετοιμασία.

1. Γενική προεγχειρητική ετοιμασία.

A) *Ενημερώνουμε* τον άρρωστο για την θεραπεία που πρόκειται να του γίνει.

Τον πλησιάζουμε με κατανόηση και με πραγματικό ενδιαφέρον , και

Του εξηγούμε πως θα αλλάξει ο τρόπος κένωσης του εντέρου του και ότι θα του επιφέρει κάποια αναπηρία.

B) *Προετοιμάζουμε Ψυχολογικά* τον άρρωστο. Σήμερα αρκετά άτομα με αναπηρίες εργάζονται και αποδίδουν στην κοινωνία. Η αλματώδης βελτίωση της επιστήμης , οι θετικές προσπάθειες του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και η βοήθεια που προσφέρουν στους αρρώστους , που πρόκειται να ζήσουν με κολοστομία , συντέλεσαν , ώστε οι άνθρωποι αυτοί να καταφέρουν να γίνουν ενεργά μέλη της κοινωνίας.

Η στάση του αρρώστου απέναντι στη χειρουργική παρέμβαση , επηρεάζει αφάνταστα την μετεγχειρητική του πορεία. Ο φόβος και η αγωνία του αρρώστου για την χειρουργική επέμβαση μπορεί να συμβάλλει στην έναρξη της φάσης *STRESS* κατά την προεγχειρητική περίοδο.

Άλλοι παράγοντες εκτός από την χειρουργική επέμβαση που μπορεί να προκαλέσουν φόβο και αγωνία είναι : το άγνωστο της μετεγχειρητικής εξέλιξης , η προκατάληψη , η άγνοια , η αναισθησία , η ανασφάλεια για το επαγγελματικό του μέλλον και τα οικογενειακά του προβλήματα.

Η νοσηλεύτρια με το ειδικό μοναδικό της ρόλο , έχει την ευκαιρία να παρατηρεί την συμπεριφορά του αρρώστου και να ανιχνεύει σημεία αγωνίας ή βαρείας κατάθλιψης.

Ο άρρωστος πρέπει να ενημερωθεί από το γιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό , τι ακριβώς πρόκειται να του συμβεί , τι είναι κολοστομία και πως λειτουργεί.

Οι εξηγήσεις βέβαια που θα δοθούν στον άρρωστο θα εξαρτηθούν από το μορφωτικό του επίπεδο και από το βαθμό αποδοχής της κολοστομίας.

Εξηγούμε στον ασθενή ότι δεν θα πρέπει να αισθάνεται μειονεκτικά απέναντι στην οικογένειά του , στους φίλους του και συναδέλφους του.

Η κολοστομία δεν θα είναι αιτία για να μην μπορεί να συνεχίσει την κοινωνική του ζωή. Μπορεί να ζει όπως και οι άλλοι , χωρίς να φαίνεται η αναπηρία του , το μόνο που θα έχει θα είναι να περιποιείται την κολοστομία του , να την θεωρεί σαν μια φροντίδα από την ατομική του *καθαριότητα*.

Εάν είναι δυνατόν φέρνουμε τον άρρωστο σε επαφή με άρρωστο που έχει ήδη μόνιμη κολοστομία , την έχει αποδεχθεί , ζει και εργάζεται φυσιολογικά.

Γ) *Ενημερώνουμε και την οικογένεια* του αρρώστου για την καλύτερη υποστήριξη των συναισθημάτων του.

Δ) *Προετοιμάζουμε και εκπαιδεύουμε* τον άρρωστο σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων – αναπνοών , κ.τ.λ.

Ε) *Εξασφαλίζουμε πνευματική και συμβουλευτική βοήθεια* στον άρρωστο: συζητώντας μαζί του διάφορα θέματα και απασχολώντας τον με εφημερίδες και περιοδικά. Προσπαθούμε να αποσπάσουμε την προσοχή του και την σκέψη του από την αναμονή της χειρουργικής επέμβασης. Δημιουργούμε ευχάριστο περιβάλλον , βάζοντας όμορφα λουλούδια και τη μουσικά που του αρέσει κ.λ.π.

Η καλή κατάσταση θρέψης στην προεγχειρητική περίοδο βοηθά τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο αζώτου και την πλημμελή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών χωρίς σοβαρές συνέπειες για τον οργανισμό του⁴⁷.

Η γενική προεγχειρητική προετοιμασία του αρρώστου συμπληρώνεται με πληθώρα από κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις. Αυτές είναι :

Ειδικές εξετάσεις : απαραίτητες για την προεγχειρητική προετοιμασία του αρρώστου πριν από την γενική αναισθησία. Γενική αίματος – προσδιορισμός ομάδας αίματος του αρρώστου και διασταύρωση – γενική ούρων – έλεγχος ουρίας, σακχάρου , ηλεκτρολυτών – ακτινογραφία θώρακος – ΗΚΓ. Εξέταση του αρρώστου από τον αναισθησιολόγο για προσδιορισμό της καλής λειτουργίας του αναπνευστικού και κυκλοφορικού του συστήματος , με σκοπό τον καθορισμό του κατάλληλου είδους ναρκώσεως και αναισθητικών⁴⁸.

2) Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία.

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

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

Η θέση και η έκταση της προετοιμασίας της εγχειρήσεως εξαρτάται από το είδος της εγχειρήσεως και πρέπει να περιλαμβάνει αρκετή έκταση γύρω από το σημείο της τομής.

Αρχικά γίνεται καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας του αρρώστου και του ρινοφάρυγγα , για την πρόληψη μολύνσεων του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων καθώς και περιποίηση των νυχιών του.

Στη συνέχεια ετοιμάζεται μια μεγάλη περιοχή γύρω από το εγχειρητικό πεδίο , με καθαρισμό και ξύρισμα. Αν κατά λάθος δημιουργηθεί λύση της συνέχειας του δέρματος , πρέπει να αναφερθεί στο χειρουργείο πριν από την επέμβαση. Ιδιαίτερα προσέχουμε τον ομφαλό και καλύπτουμε την περιοχή με αποστειρωμένες γάζες. Η ωφέλεια βέβαια αυτής της τακτικής , αμφισβητείται σήμερα από πολλούς χειρουργούς. Πιστεύουν ότι αφαιρείται από το δέρμα το λίπος και οι φυσικές του εκκρίσεις , που υποστηρίζεται ότι έχουν βακτηριοστατικό αποτέλεσμα.

Άμεση προεγχειρητική προετοιμασία:

Περιλαμβάνει την αποκατάσταση του θρεπτικού ισοζυγίου: το διαιτολόγιο του αρρώστου είναι πλούσιο σε υδατάνθρακες, βιταμίνες, λευκώματα , άλατα και φτωχό σε κυτταρίνη.

Ενημερώνουμε τον άρρωστο το προηγούμενο βράδυ της εγχείρησης , ότι δεν πρέπει να φάει τίποτα , ενώ μπορεί να πίνει νερό ελεύθερα μέχρι 4 ώρες πριν την εγχείρηση.

Η σπουδαιότερη αρχή στην οποία στηρίζεται η εγχείρηση του εντέρου είναι ο μηχανισμός καθαρισμού αυτού ώστε να ελαττωθεί το περιεχόμενο του εντέρου στο ελάχιστο. Γι αυτό το λόγο οι ασθενείς εισάγονται στο νοσοκομείο μερικές μέρες πριν γίνει η εγχείρηση, τους χορηγείται κατάλληλη διαίτα που δεν αφήνει υπόλειμμα στο έντερο και τις τρεις τελευταίες μέρες προτού χειρουργηθούν τους γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός.

Πολλές φορές χορηγούνται από το στόμα αντισηπτικά φάρμακα του εντέρου όπως σουλφοναμίδες ή και αντιβιοτικά.

Ο σκοπός που χορηγούνται τα φάρμακα αυτά είναι να μειωθούν οι μολύνσεις του τραύματος.

Επειδή οι άρρωστοι σε κάθε εγχείρηση χάνουν υγρά με την απώλεια αίματος , ιδρώτας ή τυχόν εμετών γι' αυτό πρέπει για την προεγχειρητική ετοιμασία να δίνεται μεγάλη προσοχή ώστε να υπάρχει επάρκεια υγρών στον οργανισμό.

Φυσικά πριν την ημέρα της εγχείρησης , εξασφαλίζεται ηρεμία και επαρκής ύπνος. Πάντοτε η αναμονή μιας εγχειρήσεως προκαλεί άγχος και φόβο. Γι' αυτό το λόγο και για να αποφύγουμε δυσάρεστες επιπλοκές από μια όχι ομαλή μετεγχειρητική πορεία , την νύκτα της παραμονής της επέμβασης χορηγούμε στον άρρωστο ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο κατόπιν υποδείξεως του γιατρού.

3) Τελική προετοιμασία

Πριν μεταφερθεί ο άρρωστος στο χειρουργείο γίνεται εκτίμηση της γενικής του κατάστασης. Μισή ώρα πριν την εγχείρηση τον βοηθάμε να φορέσει τα κατάλληλα για το χειρουργείο ρούχα.

Συστήνουμε στον άρρωστο να ουρήσει , και προβαίνουμε σε καθετηριασμό της ουροδόχου κύστεως. Αφαιρούνται όλα τα σχετικά : κοσμήματα , ξένα δόντια , κ.λ.π. Γίνεται λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων του αρρώστου και εφόσον έχουμε τοποθετήσει ρινογαστρικό καθετήρα στον άρρωστο , χορηγούμε την προνάρκωση σύμφωνα βέβαια με την εντολή του αναισθησιολόγου.

Μετά την προνάρκωση , κάνουμε πάλι έλεγχο των ζωτικών σημείων του αρρώστου , έχοντας εξασφαλίσει στον άρρωστο ένα περιβάλλον χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό και χωρίς επισκέπτες.

Συμπληρώνουμε το φύλλο προεγχειρηματικής ετοιμασίας και συνοδεύουμε τον άρρωστο στο χειρουργείο.

Προετοιμασία θαλάμου του αρρώστου.

Μετά την αποχώρηση του αρρώστου για το χειρουργείο , επιστρέφουμε και αερίζουμε τον θάλαμο που θα μεταφέρει μετά την επέμβαση.

Ετοιμάζουμε το κρεβάτι του , το κομοδίνο του , στο οποίο τοποθετούμε : ποτήρι με νερό , νεφροειδές και κύψα με κομμάτια καρτοβάμβακα και τολύπια βάμβακος , τυλιγμένα σε σπάτουλα καθώς και σάκκο για τα ακάθαρτα.

Γενικά το περιβάλλον του θαλάμου θα πρέπει να είναι ζεστό για την προφύλαξη του αρρώστου από ψύξη και μετεγχειρητική πνευμονία, όπως πολύ περισσότερο το κρεβάτι του αρρώστου.

Μαξιλάρι δεν τοποθετούμε έτσι ώστε μετεγχειρητικά, ο ασθενής να αποβάλλει την νάρκωση πιο γρήγορα⁴⁷.

3.2 Μετεγχειρητική φροντίδα.

- 1) Φροντίδα μέχρι την ανάνηψη του αρρώστου – αυτή περιλαμβάνει:
 - i. Κατάλληλη τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Διατήρηση του αρρώστου σε οριζόντια θέση με το κεφάλι πλάι. Η κατάλληλη θέση στο κρεβάτι του αρρώστου προκαλεί χαλάρωση και όχι σύσπαση των μυών και επιτρέπει τη λειτουργία παροχετεύσεων.
 - ii. Παρακολούθηση του αρρώστου μέχρι την αφύπνισή του. Προετοιμασία και προφύλαξη του αρρώστου από τις διεγέρσεις, παρακολούθηση για τυχόν εισρρόφηση εμεσμάτων.
 - iii. Συνεχής λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων.
 - iv. Έλεγχος του αρρώστου για τυχόν αιμορραγία.
 - v. Παρακολούθηση των παροχετεύσεων.
 - vi. Ανακούφιση του αρρώστου από το πόνο, κυρίως κατά τις πρώτες 48 ώρες μετά την εγχείρηση. Παρακολούθηση της ψυχικής και διανοητικής κατάστασης του αρρώστου.
 - vii. Καταγραφή των αποβαλλομένων και προσλαμβανομένων υγρών.
 - viii. Πλύσεις – καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας για ανακούφιση του αρρώστου, πρόληψη στοματίτιδας και παρωτίτιδας.
 - ix. Συχνές εντριβές και αλλαγή θέσεως, βοηθούν τον ασθενή, τον ανακουφίζουν και προλαμβάνονται έτσι οι επιπλοκές. Κινήσεις των κάτω άκρων για αποφυγή θρομβοφλεβίτιδας.
- 2) Μετεγχειρητικά προβλήματα που συνήθως παρουσιάζονται είναι τα εξής:
 - i. **Πόνος:** που οφείλεται στο τραύμα και εμφανίζεται ισχυρότερος τις πρώτες 48 ώρες, για την κατστολή του οποίου χορηγούμε κάποιο ισχυρό αναλγητικό, κατόπιν εντολής γιατρού.

- ii. **Δίψα:** η οποία οφείλεται στην αναστολή των εκκρίσεων μετά από νάρκωση και στην απώλεια μεγάλης ποσότητας υγρών κατά την διάρκεια της εγχείρησης. Βρέχουμε τα χείλη του αρρώστου με βρεγμένο τολύπιο βάμβακος , τυλιγμένο σε σπάτουλα.
- iii. **Εμετοί:** που οφείλονται κυρίως στην νάρκωση. Το κεφάλι του αρρώστου , όπως είπαμε γυρίζεται στο πλάι για τυχόν εισρρόφηση. Προληπτικά είναι δυνατόν να τοποθετηθεί σωλήνας LEVIN.
- iv. **Ηλεκτρολυτικό ανισοζύγιο:** που για τη ρύθμιση του ο άρρωστος παίρνει ορό.
- v. **Θρεπτικό ανισοζύγιο:** Συνήθως μέχρι της 3^η μετεγχειρητική ημέρα , ο άρρωστος σιτίζεται παρεντερικά με ορούς εμπλουτισμένους. Μετά την 3^η μετεγχειρητική ημέρα , αφαιρείται ο σωλήνας LEVIN , και αρχίζει σταδιακή σίτιση του αρρώστου από το στόμα.
Στην αρχή δίνουμε ελαφρά υδρική διαίτα μικρού υπολείμματος , που σταδιακά αυξάνει σε είδος τροφών , μέχρι την λήψη κανονικής τροφής.

3) Φροντίδα μετά την πλήρη ανάνηψη:

- i. Συνεχής εκτίμηση των ζωτικών σημείων του αρρώστου.
- ii. Ακριβής μέτρηση και συσχέτισμό των προσλαμβανομένων υγρών. Διατήρηση της ισορροπίας των υγρών. Διατήρηση της ισορροπίας των υγρών και ηλεκτρολυτών: χορήγηση ενδοφλεβίως υγρών – προσδιορισμός και εκτίμηση των ηλεκτρολυτών του πλάσματος.
- iii. Παρακολούθηση της κύστης του αρρώστου για τυχόν μόλυνση ή διάταση της κύστης. Διατήρηση της κανονικής ροής των ούρων μέσω του αποχετευτικού συστήματος.
- iv. Παρακολουθούμε το τραύμα για τυχόν συλλογή αίματος. Χορήγηση αντιβιοτικών μετά από εντολή του γιατρού, για να αποφύγουμε την μόλυνση. Μετρούμε τον όγκο του υγρού παροχετεύσεως του τραύματος.
- v. Του συνιστούμε να παίρνει βαθιές αναπνοές και να βήχει , ακινητοποιώντας το τραύμα με τις παλάμες του , να αλλάζει θέση κάθε μια ώρα. Συγκεκριμένα με την θέση TRENDELENBURG πετοχάινεται

καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου. Για την ελάττωση του πόνου χορηγούμε αναλγητικά.

- vi. Σύντομη έγερση του αρρώστου δύο μέρες μετά την εγχείρηση , ενθαρρύνουμε τον άρρωστο να σηκωθεί , να κινείται , για την πρόληψη μετεγχειρητικών προβλημάτων. Με την έγκαιρη έγερση πετυχαίνουμε:
 - a) Τη μείωση του μετεγχειρητικού πόνου.
 - b) Επιτάχυνση της επούλωσης του τραύματος.
 - c) Πρόληψη αγγειακών , πεπτικών , πνευμονικών επιπλοκών.
 - d) Συντόμευση του χρόνου επιστροφής στην πλήρη διαίτα.
 - e) Μείωση του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο.
- vii. Καθημερινές αλλαγές τραύματος.
- viii. Κατά την 5^η μετεγχειρητική ημέρα προβαίνουμε σε επαναληπτικές εξετάσεις του αρρώστου.
- ix. Διατήρηση κατάλληλου περιβάλλοντος που να ενισχύει την μέγιστη αυτοφροντίδα.
 - a) Χρόνο στον άρρωστο να προσαρμοστεί στην πραγματικότητα της κολοστομίας και να προχωρήσει προς την πλήρη ανεξαρτησία.
 - b) Παροχή συμβουλών που αφορούν την επαγγελματική και συζυγική του ζωή.
- x. Παρακολούθηση και αξιολόγηση της νοσηλευτικής μας παρέμβασης κάτω από το φως της όλης πορείας του αρρώστου.
- xi. Ενθάρρυνση του αρρώστου να πάρει την παλιά του θέση μέσα στην κοινωνία⁴⁸.

3.3 Υποτροπή της νόσου.

Τουλάχιστον το ήμισυ από τους χειρουργημένους ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου θα καταλήξουν με καρκίνο του παχέος εντέρου και θα καταλήξουν από τη δυσμενή εξέλιξη της νόσου. Σε σειρά 3.371 ασθενών που μελετήθηκαν από τους Malafosse και Fourtanier παρατηρήθηκε υποτροπή της νόσου σε ποσοστό 33,1%.

Οι ηπατικές μεταστάσεις είναι οι πιο συχνές μεταστάσεις στους ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου. Αρκετά συχνά ανακαλύπτονται πριν ή κατά την αρχική θεραπευτική επέμβαση.

Πολύ συχνότερα όμως ανακαλύπτονται κατά τη μακρόχρονη μετεγχειρηματική παρακολούθηση των χειρουργημένων. Το 21,5% των χειρουργημένων και παρακολουθούμενων ασθενών , παρουσιάζει ηπατικές μεταστάσεις , από τις οποίες 12,6% είναι σύγχρονες και 13,2% μετάχρονες. Από τις μεταστάσεις αυτές , το 43% αφορά αποκλειστικώς στο ήπαρ , το 28 στο ήπαρ μαζί με τοπική υποτροπή, το 13% στο ήπαρ και πολλαπλές άλλες εντοπίσεις και στο υπόλοιπο 16% αφορά ηπατικές μεταστάσεις , τοπική υποτροπή και πολλαπλές άλλες εντοπίσεις.

Οι διαφόρου τύπου ηπατεκτομές , η διήθηση των μεταστάσεων με αλκοόλη και η χημειοθεραπεία σε επιλεγμένες σειρές ασθενών , είναι οι θεραπευτικές επιλογές στην αντιμετώπιση των ηπατικών μεταστάσεων.

Η πενταετής επιβίωση μετά τη χειρουργική αντιμετώπιση των ηπατικών μεταστάσεων ανέρχεται σε 15%. Στις περιπτώσεις που εφαρμόζεται μόνο χημειοθεραπεία , η πενταετής επιβίωση φθάνει το 7% , ενώ υπάρχουν μελέτες που εμφανίζουν πενταετή επιβίωση γύρω στο 8% σε ασθενείς που δεν εφαρμόστηκε καμία συστηματική θεραπεία. Οι Nordlinger και συνχειούργησαν το 6,4% των ασθενών τους με ηπατικές μεταστάσεις από καρκίνο του παχέος εντέρου και εκτέλεσαν , είτε περιορισμένες συγκεκτομές , είτε διαφόρου τύπου ηπατεκτομές. Η εγχειρηματική θνητότητα ήταν 5% τον πρώτο χρόνο και η απώτερη επιβίωση 83% τον πρώτο χρόνο , 63% τον δεύτερο , 50% τον τρίτο και 15% τον πέμπτο χρόνο⁴⁹.

Παράγοντες επηρεάζοντες την επιβίωση	Πενταετής επιβίωση - Παρατηρήσεις
Στάδια Κατά Dukes A	76-85%
B	62-69%
C	37-44%
Κυτταρική διαφοροποίηση: Υψηλή	0,6
Μέση	0,5
Χαμηλή	0,4
Φλεβικά καρκινικά έμβολα	Στατιστικώς σημαντικός παράγοντας κακής πρόγνωσης ($p < 0,001$)
Παρουσία βλεννώδους - κολλοειδούς στοιχείου στον όγκο	Χείριστος προγνωστικός παράγοντας ακόμα και σε όγκους σταδίου Dukes A (Μείωση κατά 20% , τουλάχιστον , της επιβίωσης σε σχέση με τους μη-βλεννοπαραγωγούς όγκους).
Τύπος επέμβασης (Σε όγκους του ορθού)	
-Τοπική εκτομή θεραπευτικού χαρακτήρα	52-74%
-Κοιλιοπεριτοναϊκή εκτομή	52-60%
-Μη διατήρηση σφιγκτηριακού μηχανισμού	60-70%
Προεγχειρητική ακτινοθεραπεία (σε όγκους του ορθού)	70-88% σε καρκίνους σταδίου Dukes B
Ύπαρξη επιπλοκών κατά τη χειρουργική επέμβαση.	Κακός προγνωστικός παράγοντας. Μέση πενταετής επιβίωση 22,5%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

4.1 Κολοστομία – παραφύσιν έδρα.

Κολοστομία είναι η εκστόμωση του παχέος εντέρου στο κοιλιακό τοίχωμα.

Σκοπός της στομίας είναι η παροχέτευση του εντερικού περιεχομένου. Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι το πρώτο τεχνητό στόμιο έγινε το 1839 από το Γάλλο Ammusant στο Παρίσι.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η οσφυϊκή εκστόμωση του παχέος εντέρου , μέθοδος που παρέμεινε για πολλά χρόνια η κύρια μέθοδος επεμβάσεως. Από τότε , χρησιμοποιήθηκαν πολλοί τρόποι έως το 1908 , που ο Miles εισήγαγε την κοιλιοπερινεϊκή εκτομή , για τον καρκίνο του ορθού και την ελκώδη κολίτιδα , με αποτέλεσμα να καθιερωθεί η κοιλιακή στομία. Η τεχνητή εκστόμωση του παχέος εντέρου μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη.

Η προσωρινή κολοστομία δίνει την ευκαιρία στο κατώτατο τμήμα του εντέρου να αναστείλει τη δραστηριότητά του για ένα χρονικό διάστημα. Αυτό γίνεται για να εμποδίζονται τα κόπρανα να φθάνουν σε αυτό το σημείο για κάποιο χρονικό διάστημα , ώστε να δοθεί έγκαιρα στο τμήμα του εντέρου να προχωρήσει τις διαδικασίες επουλώσεως μετά από την εξαίρεση του όγκου. Ανάλογα με τη διεργασία της επουλώσεως αυτό μπορεί να διαρκέσει 2 εβδομάδες , ένα μήνα ή και ένα χρόνο.

Η κολοστομία θα καταργηθεί μετά τη χρονική περίοδο επουλώσεως και το έντερο θα συνεχίσει να εργάζεται όπως πριν από την επέμβαση.

Μόνιμη κολοστομία γίνεται όταν το κατώτερο τμήμα του εντέρου ή το ορθό πάσχει και πρέπει να αφαιρεθούν. Η κολοστομία προϋποθέτει τελική έξοδο για τα κόπρανα και δεν μπορεί να αποκατασταθεί στο μέλλον

Η κολοστομία είναι λοιπόν είτε τελική είτε προσωρινή και μπορεί να γίνει σε οποιοδήποτε τμήμα του παχέος εντέρου παίρνει το όνομά της από το τμήμα του εντέρου , στο οποίο γίνεται π.χ. τυφλοστομία στο τυφλό , εγκαρσιοτιμία στο εγκάρσιο , κ.λ.π.

Η τυφλοστομία γίνεται στο δεξιό κάτω τεταρτημόριο της κοιλίας ` βρίσκεται στο ίδιο επίπεδο με το δέρμα και μπορεί να έχει παροχτετευτικό σωλήνα , ο οποίος κατευθύνει τα πολύ υδαρή κόπρανα και αέρια σε ένα σάκκο. Όταν ο παροχτετευτικός σωλήνας αφαιρεθεί , η τυφλοστομία κλείνει σε λίγες μέρες.

Η εγκάρσιοστομία γίνεται συνήθως στο άνω τμήμα της κοιλίας προς το μέσο ή προς τα δεξιά. Η σύσταση των κοπράνων της εγκάρσιοστομίας ποικίλλει και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την απόσταση που υπάρχει από το λεπτό έντερο. Ορισμένες εγκάρσιοστομίες αποβάλλουν συμπαγές περιεχόμενο κατά ακανόνιστα διαστήματα.

Η κατιούσα κολοστομία ή σιγμοειδοστομία αφορά στο τέλος του κατιόντος κόλου και πραγματοποιείται στο αριστερό κάτω μέρος της κοιλίας. Λόγω της αποστάσεως της κολοστομίας από το τυφλό, το περιεχόμενο της στομίας αυτής είναι στερεό και συχνά μπορεί να ρυθμίζεται.

Η σιγμοειδοστομία διαφέρει από την κατιούσα κολοστομία κατά το ότι πραγματοποιείται στο σιγμοειδές. Έτσι τα κόπρανα είναι πιο σκληρά και αποβάλλονται σε φυσιολογικό χρονικό διάστημα. Είναι ίσως η πιο συχνή κολοστομία. Τόσο η κατιούσα όσο και η σιγμοειδοστομία μπορεί να εκτελεσθούν ως στομίες διπλού αυλού.

Η κολοστομία μονού αυλού ή τελική είναι ο πιο κοινός τύπος κολοστομίας. Μπορεί να γίνει ισοϋψώς με το δέρμα ή να προεξέχει περίπου 2cm. Το σημείο της κολοστομίας εξαρτάται από τη νόσο και επιλέγεται από τον χειρουργό.

Η εμφάνιση της στομίας ποικίλει από άτομο σε άτομο. Όλες οι κολοστομίες έχουν μετεγχειρητικώς κάποιο οίδημα. Αυτό εξαρτάται από την κινητικότητα του παχέος εντέρου και από τη φυσική δραστηριότητα του ατόμου.

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

Η κολοστομία είναι απλή επέμβαση. Σήμερα η θνητότητα που οφείλεται αποκλειστικά στην κολοστομία δεν ξεπερνά το 1%.

4.1.1 Προεγχειρητικό στάδιο.

Προεγχειρητικώς, πρέπει να εξασφαλιστούν η συγκατάθεση του ασθενούς ή του άμεσου συγγενικού περιβάλλοντος του για τη διενέργεια της κολοστομίας. Ψυχολογικά, ο ασθενής πρέπει να προετοιμάζεται για την πιθανότητα κολοστομίας, ακόμα και αν ο χειρουργός δεν είναι βέβαιος για τον ακριβή τύπο της επεμβάσεως που θα χρειασθεί. Στην προεγχειρητική συζήτηση με τον ασθενή, πρέπει να τονίζεται ότι επιλέγει μεταξύ του να διατηρηθεί στη ζωή με κολοστομία ή του να διακινδυνέψει την επιβίωσή του χωρίς κολοστομία. Τα ψυχολογικά προβλήματα που προέρχονται από την κολοστομία πρέπει να αναφέρονται στον ασθενή αλλά όχι να υπερτονίζονται.

Όταν πρόκειται για προσωρινή κολοστομία , αυτό πρέπει να τονίζεται – εφόσον όμως υπάρχει πράγματι αυτή η πιθανότητα - . Όταν ο ασθενής οδηγείται στο χειρουργικό τραπέζι , πρέπει να έχει ενημερωθεί πλήρως για την επέμβαση στην οποία θα υποβληθεί και έτσι να αποφεύγεται το συγκινησιακό σοκ από ένα μη αναμενόμενο είδος επεμβάσεως.

Η διαίτα πριν από την επέμβαση πρέπει να είναι υδρική, τουλάχιστον για 3 μέρες. Επίσης, να προετοιμάζεται το έντερο επί 3 μέρες με χημικό και μηχανικό καθαρισμό.

Μετεγχειρητικό στάδιο.

Το μετεγχειρητικό στάδιο είναι δύσκολο για τον ασθενή με στομία για δύο λόγους. Εκτός από τη στομία , ο ασθενής έχει υποστεί πρόσφατα χειρουργική επέμβαση, πονάει και ταλαιπωρείται. Αυτή είναι ψυχολογικά και η πιο δύσκολη περίοδος. Και δικαιολογημένα , γιατί ο ασθενής πρώτη φορά αντικρίζει τη στομία και συνειδητοποιεί το γεγονός ότι από εδώ και στο εξής δεν θα έχει έλεγχο των αερίων και των κοπράνων. Πιθανώς ο ασθενής να έχει χάσει εξαιτίας της στομίας τον αυτοσεβασμό του.

Ο ασθενής με στομία εξαρτάται στην αρχή πλήρως από την βοήθεια και την περιποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού. Μετά την επέμβαση , το δέρμα γύρω από την κολοστομία καθαρίζεται , στεγνώνεται και εφαρμόζεται ένας σάκος με κολλητικό. Ο σάκος πρέπει να έχει βάση που να κολλά στο δέρμα ` το άνοιγμα της βάσεως γύρω από τη στομία πρέπει να απέχει 1cm από αυτή , για να υπάρχει χώρος για το μετεγχειρητικό οίδημα. Ο σάκος , ο οποίος θα κουμπώνει επάνω στη βάση, πρέπει να είναι διαφανής , για να είναι ορατή οποιαδήποτε αλλαγή στο χρώμα της στομίας ή μεταβολή στο μέγεθος και στις εκκρίσεις που αποβάλλονται από το έντερο⁵⁰.

4.1.2 Επιπλοκές κολοστομίας.

Η κολοστομία , φαινομενικώς μια απλή και εύκολη επέμβαση , ακολουθείται από μια σειρά από μετεγχειρητικές επιπλοκές οι οποίες σε παλιότερες στατιστικές συνεπάγοντο ένα ποσοστό θνητότητας 13.4%.

Σήμερα βέβαια με την αναγνώριση των σφαλμάτων και την ορθή αντιμετώπιση όλο και πιο σπάνια παρουσιάζονται οι επιπλοκές αυτές⁴⁷.

Μερικές από τις επιπλοκές αυτές είναι οι εξής:

-Εσχαριοποίηση:

Η εσχαριοποίηση του τελικού τμήματος του παχέος εντέρου , το οποίο εξωτερικεύεται , οφείλεται σε πλημμελή αιμάτωσή του. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε ποικίλους λόγους όπως:

- i. Περίσφιξη του εντέρου από το κοιλιακό τοίχωμα και ιδιαιτέρως από την απονεύρωση η οποία θα πρέπει να διατέμνεται σταυροειδώς και να μπορεί να περνά με ευχέρεια τουλάχιστον το δάκτυλο.
- ii. Απογύμνωση του τελικού τμήματος του εντέρου από την τροφοφόρο αρτηρία του.
- iii. Τάση στο εξωτερικευμένο τμήμα λόγω ατελούς κινητοποίησης της αριστερής κολικής καμπής.
- iv. Απολίνωση τροφοφόρου αρτηρίας στο μεσοκολικό χείλος , όταν τοποθετούνται στο τέλος της επέμβασης ραφές για να συγκλεισθούν τα διάφορα ανοίγματα που δημιουργούνται στην εκτομή.
- v. Ραφές πυκνές και πυκνά δεμένες , όταν δημιουργείται η βλεννογονοδερματική καθήλωση.

-Διολίσθηση της κολοστομίας:

Η διήθηση της κολοστομίας μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα είναι μια σπάνια επιπλοκή, η οποία , αν συμβεί , μπορεί να γίνει μοιραία για τον άρρωστο, διότι η διάχυση του περιεχομένου του εντέρου στην περιτοναϊκή κοιλότητα θα προκαλέσει γενικευμένη περιτονίτιδα και σήψη.

Θεραπευτικώς τα άτομα αυτά θα πρέπει να επαναχειρουργούνται επειγόντως. Μερικές φορές είναι αναγκαίο να παρασκευασθεί το κατιόν μέχρι την αριστερή κολική καμπή , για να έρθει με άνεση η κολοστομία στο δέρμα.

Άλλοτε πάλι το μεσοσιγμοειδές είναι τόσο βραχύ , ώστε δεν είναι δυνατόν να φράσσει στο αριστερό κάτω τεταρτημόριο. Στην περίπτωση αυτή η σιγμοειδοστομία γίνεται στην τομή του τραύματος. Η συχνότητα βέβαια επιπλοκών όπως φλεγμονής , νέας διολίσθησης ή σχηματισμού κήλης είναι αυξημένη⁴⁸.

-Πρόπτωση του λεπτού εντέρου.

Πρόπτωση μια εντερικής έλικας ή του επίπλου είναι δυνατόν να γίνει είτε μέσα στις πρώτες 48 ώρες είτε , σπανιότερα , τη δεύτερη βδομάδα μετά την εγχείρηση.

Παράγοντες που προδιαθέτουν στην επιπλοκή αυτή είναι ο επίμονος βήχας , ο ειλεός , η παρουσία ασκитικού υγρού και η κακή τεχνική.

Κλινικώς παρατηρείται δίπλα από το στόμιο της κολοστομίας και συνήθως στο άνω-έσω τεταρτημόριο ο ορογόνος της έλικας ή το επίπλουν.

Η πρόπτωση εφόσον διαπιστωθεί , εκπλένεται το προπίπτον όργανο και ανατάσσεται και εάν διαπιστωθεί χάσμα , τοποθετούνται 3 ή 4 μεμονωμένες ραφές με μη απορροφήσιμο ράμμα.

-Σχηματισμός συριγγίου και διάτρηση.

Μερικές φορές σχηματίζεται συρίγγιο μεταξύ του προ της κολοστομίας τμήματος του σιγμοειδούς και του δέρματος γύρω από την κολοστομία.

Η πιθανότερη αιτία είναι κάποια ραφή η οποία τοποθετήθηκε για τη στερέωση του εντέρου να πέρασε ολόκληρο το πάχος του τοιχώματος και να αποτέλεσε την αιτία μια μικρής διαφυγής , η οποία οδήγησε στη δημιουργία συριγγίου.

-Στένωση του δέρματος της κολοστομίας:

Αποτελεί την πιο συνήθη απώτερη επιπλοκή μιας κολοστομίας. Οφείλεται στη συρρίκνωση του συνδετικού ιστού ο οποίος σχηματίζεται γύρω από το χείλος της κολοστομίας.

Η στενωμένη κολοστομία προκαλεί δυσφορία ή και διάταση , καθώς και ότι η κένωση του εντέρου γίνεται συνεχώς και σε μικρές ποσότητες.

Θεραπευτικώς , στ' αρχικά στάδια μπορεί να γίνονται διαστολές , σε ημερήσια βάση , και από τον ίδιο τον άρρωστο.

Εάν επιδεινωθεί , χρειάζεται χειρουργική διόρθωση.

-Πρόπτωση

Η πρόπτωση του εντέρου της κολοστομίας είναι σχετικώς σπάνια σε τελική κολοστομία , ενώ είναι πιο συχνή όταν πρόκειται για διπλή κολοστομία.

Η αγωγή αρχικώς είναι συντηρητική. Στις περισσότερες άλλωστε περιπτώσεις η πρόπτωση είναι μικρή και δεν προκαλεί ιδιαίτερα προβλήματα. Εάν όμως προπύπτει όλο και περισσότερο το έντερο και υιάρχει κίνδυνος να προκληθεί οίδημα , στάση και γαγγραινοποίηση , τότε επιβάλλεται η χειρουργική επέμβαση και ο επανασχηματισμός της κολοστομίας.

-Κήλη

Ο σχηματισμός κήλης γύρω από την κολοστομία δεν είναι μια ασυνήθιστη επιπλοκή.

Όπως σε κάθε εγχειρητική τομή, έτσι και στην τομή της κολοστομίας μπορεί να σχηματισθεί μια μετεγχειρητική κήλη και πολύ περισσότερο μάλιστα σε μια κολοστομία , όπου η σύγκλειση του κοιλιακού τραύματος δεν είναι πλήρης. Συχνότερη

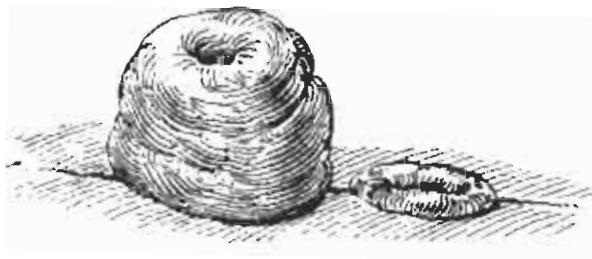
είναι η δημιουργία κήλης , όταν το στόμιο δημιουργείται στην τομή του τραύματος της λαπαροτομίας.

Εφόσον η κήλη είναι σημαντική , χρειάζεται χειρουργική αποκατάσταση.

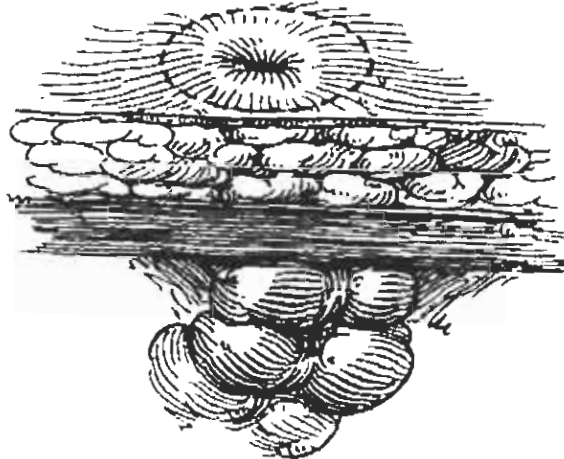
Μετά από επιμελή προετοιμασία του εντέρου αφαιρείται συνήθως η κολοστομία μαζί με το σάκο της κοίλης και συγκλείεται πλήρως η τομή με nylon 1/0⁵¹.



Σχηματισμός κήλης.



Εικόνα πρόπτωσης της κολοστομίας σε σχηματική αναπαράσταση



Στένωση στομίου σιγμοειδοστομίας. Με διακεκομμένη γραμμή η περίμετρος της νέας εκτομής

4.1.3 Μετεγχειρητική διαίτα.

Τις δύο πρώτες ημέρες μετά την εγχείρηση , ο ασθενής δεν παίρνει τίποτε από το στόμα. Τις επόμενες δύο παίρνει μόνο υγρά και κατόπιν συνεχίζει με διαίτα χωρίς υπόλειμμα.

Ο ρόλος της εξειδικευμένης νοσηλεύτριας στη φροντίδα αυτών των ασθενών είναι καθοριστικός. Η ανάγκη για ειδικευμένους στομαχοθεραπευτές διαπιστώθηκε από τον Rupert Turnbull στην Cleveland Clinic. Ο κύριος στόχος ήταν να προσαρμοστεί ο ασθενής στη νέα εικόνα του εαυτού του και να μάθει να περιποιείται τη στομία του σε τέτοιο βαθμό ώστε να έχει την καλύτερη ψυχοκοινωνική λειτουργία.

Η εκπαίδευση του ασθενούς για τη φροντίδα της στομίας του αρχίζει όταν ο ασθενής βρίσκεται στο μετεγχειρητικό στάδιο και έχει συνέλθει από το μετεγχειρητικό σοκ⁵².

4.1.4 Σκοποί εκτέλεσης της κολοστομίας.

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

Φροντίδα-χρήση σάκων με αυτοκόλλητη επιφάνεια και φίλτρο διαφυγής αερίων : Οι αυτοκόλλητοι σάκοι της κολοστομίας εφαρμόζονται σε υγιές δέρμα. Για αποφυγή πιθανού δερματικού ερεθισμού, που προκαλείται από τις επανειλημμένες αλλαγές των αυτοκόλλητων σάκων , εφαρμόζουμε γύρω από το στόμιο , ένα λεπτό στρώμα από ζελατινούχο πήκτωμα Skin Gel (Hollister).

Ο σάκος στο επάνω μέρος έχει φίλτρο διαφυγής των αερίων από ενεργό άνθρακα , που συγκρατεί τις δυσάρεστες οσμές. Ο σάκος κολοστομίας με αυτοκόλλητη επιφάνεια είναι μιας χρήσης.

Η αλλαγή του επιβάλλεται όταν γεμίσει ως την μέση⁵³.

4.1.5 Περιποίηση κολοστομίας

Αντικείμενα:

1. Δίσκος που περιέχει
 - Μπολ με τολύπια και χαρτοβάμβακα.
 - Φυσιολογικό ορό και Phisohex
 - Set αλλαγής.
 - Νεφροειδές.
 - Αδιάβροχο με τετράγωνο
2. Skin Gel της Hollister.
3. Πάστα KARAYA.
4. Σάκοι κολοστομίας.
5. Πλαστικός σάκος για τη συλλογή του μιας χρήσης σάκου.
6. Σαπούνι – νερό και τρίφτης^{53,54}.

4.2 Νοσηλευτική φροντίδα.

Στην καλύτερη αποκατάσταση του ασθενούς σημαντικό ρόλο παίζει η αποδοχή της στομίας και η προσαρμογή στη νέα εικόνα του σώματός του.

Ο ασθενής πρέπει να κατανοήσει ότι ο τρόπος ζωής του μεταβλήθηκε και ότι η φροντίδα της στομίας του θα του δώσει ανεξαρτησία και αυτοπεποίθηση. Ο καθαρισμός του δέρματος είναι σημαντικό τμήμα της καθημερινής φροντίδας της στομίας. Για αυτό τον λόγο, το δέρμα γύρω από την στομία πρέπει να διατηρείται σε πολύ καλή κατάσταση, για να μπορεί να κολλά ο σάκος. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη πρόσφυση του σάκου της κολοστομίας. Ένας συνηθισμένος τρόπος καθαρισμού του δέρματος γύρω από την στομία είναι ο καθαρισμός με χλιαρό νερό και σαπούνι. Το σαπούνι είναι συνήθως αλκαλικό. Αυτό σημαίνει ότι κάθε φορά που καθαρίζεται το δέρμα το φυσικό στρώμα του λίπους και η φυσική προστασία του δέρματος εξαφανίζονται. Το δέρμα συνήθως είναι ικανό να επανακτήσει τη φυσική του ικανότητα για προστασία, όπως και το κανονικό pH. Όμως το συχνό καθάρισμα με σαπούνι ελαττώνει αυτή την ικανότητα και αυξάνει τον κίνδυνο βακτηριακών μολύνσεων. Επομένως ο καθαρισμός με σαπούνι δεν ενδείκνυται. Η χρήση μόνο ζεστού νερού για τον καθαρισμό του δέρματος φαίνεται ότι είναι αρκετή.

Μια άλλη συχνά χρησιμοποιούμενη μέθοδος καθαρισμού του δέρματος είναι με γαλάκτωμα καθαρισμού. Αυτό περιέχει συνήθως βακτηριοστατικό και μυκητοκτόνο παράγοντα , καθώς επίσης και μαλακτικό παράγοντα. Γενικά τα γαλακτώματα καθαρισμού που έχουν τις παραπάνω ιδιότητες ενδείκνυνται απολύτως.

Παρ' όλα αυτά , τα τοπικά προβλήματα του δέρματος είναι πολύ συχνά.

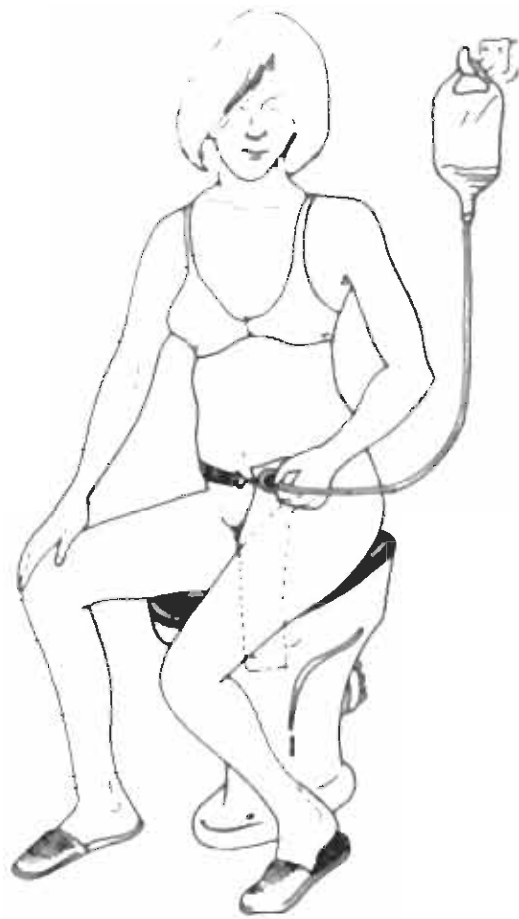
Οι περισσότερες δερματίτιδες είναι δερματίτιδες εξ' επαφής. Πρέπει να κατανοηθεί σωστά από τον ασθενή ο σωστός τρόπος καθαρισμού του δέρματος γύρω από τη στομία καθώς και η σωστή κάλυψη του με το σάκκο. Ο σάκκος που θα χρησιμοποιεί ο ασθενής πρέπει να πληρεί ορισμένους όρους ` να αποτελείται από δύο αυτοκόλλητα μέρη.

Πριν ξαναχρησιμοποιηθεί ο σάκος , το δέρμα πρέπει να είναι εντελώς στεγνό. Το μοντέλο του σάκκου που θα χρησιμοποιεί ο ασθενής εξατομικεύεται. Η επιλογή γίνεται με τη βοήθεια της ειδικής νοσηλεύτριας. Η εκπαίδευση της φροντίδας της στομίας γίνεται όσο καιρό ο ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο. Μέχρι να έρθει η ημέρα της εξόδου του από το νοσοκομείο πρέπει να έχει εκπαιδευτεί στην αλλαγή του σάκκου και στη φροντίδα της στομίας του και να έχει πληροφορηθεί από πού θα τα προμηθευτεί ` να επισκέπτεται την ειδική νοσηλεύτρια για έλεγχο της στομίας του , στην αρχή κάθε μήνα μέχρι να πάρει η στομία το κανονικό μέγεθος και μετά κάθε χρόνο. Σε περίπτωση αύξησης του βάρους του ασθενούς , θα πρέπει , ενδεχομένως , να αλλάξει το μέγεθος του σάκκου που θα χρησιμοποιεί.

Είναι γνωστό , ότι μόλις ο ασθενής πληροφορηθεί για πάθηση στο παχύ έντερο, συγχρόνως καταλαμβάνεται από άγχος.

Το άγχος κορυφώνεται με την πραγματοποίηση της στομίας , και πολλά ερωτήματα τον βασανίζουν : πως βλέπει τη συμβίωση με τον εαυτό του; Πώς θα τον δεχθεί το περιβάλλον; Η στομία θα φαίνεται; Θα μυρίζει; Τι θα σκέφτονται οι φίλοι και οι γείτονες; Θα μπορεί να κάνει μπάνιο; Θα είναι ικανός να επανέλθει στη δουλειά του; Για την εμφάνιση , την οσμή και το θόρυβο κυκλοφορούν στο εμπόριο πολλά καλλυντικά για την περιποίηση του στομίου και πολλά είδη σάκκου που βοηθούν στη συλλογή του περιεχομένου του εντέρου , χωρίς να διακρίνονται και χωρίς να επιτρέπουν την έξοδο των οσμών.

Γενικότερα , όταν δοθούν απαντήσεις στα ερωτήματά του θα κατανοήσει ότι όλη η προηγούμενη κοινωνική ζωή του μπορεί να συνεχισθεί μετά την ανάρρωση. Το κατά πόσο θα μιλήσει ο ασθενής για την κολοστομία του εξαρτάται από τον ίδιο και από τις σχέσεις του με τους άλλους.



Μέθοδος υποκλύσμου.

Νοσηλευτική ενέργεια	Λιτιολόγηση ενέργειας.
ΦΑΣΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ	
1. Χρησιμοποιώντας διαμετρήμετρο στομίων , διαλέγουμε το διαμέτρημα που εφαρμόζει πιο κοντά στο στόμιο , χωρίς να το αγγίζει	1. Μικρότερο διαμέτρημα θα ερεθίσει το στόμιο. Μεγαλύτερο θα αφήσει ακάλυπτο δέρμα και θα οδηγήσει σε δερματικό πρόβλημα. Υπάρχουν σάκοι με 7 έτοιμα διαμετρήματα σε εκατοστά: 2,5/3,2/3,8/4,4/5,1/6,4/7,6
2. Δίνουμε στον άρρωστο θέση αναπαυτική , τέτοια που να μπορεί να παρακολουθεί την όλη διαδικασία. Εξασφαλίζουμε ιδιαιτερότητα.	2. Ο άρρωστος ενθαρρύνεται να παίρνει μέρος και να κατανοεί αυτό που του γίνεται ώστε τελικά να μπορεί μόνος του να κάνει την αλλαγή.
3. Εξηγούμε στον άρρωστο τις διάφορες λεπτομέρειες.	
4. Αποκαλύπτουμε την περιοχή του στομίου και αφαιρούμε τον σάκο κολοστομίας	
5. Τυλίγουμε τον χρησιμοποιημένο σάκο και τον βάζουμε στα άχρηστα.	
6. Τοποθετούμε το αδιάβροχο με το τετράγωνο κάτω από το στόμιο.	
7. Τοποθετούμε το νεφροειδές καλυμένο από την μια πλευρά με χαρτοβάμβακα - κάτω από το στόμιο σε εφαρμογή με το σώμα.	

Η ρητίνη Karaya είναι φυτική ουσία που σιγά σιγά διαλύεται , καθώς προστατεύει την περιοχή γύρω από το στόμιο. Μερικές φορές μάλιστα , κομμάτια αυτής μέσα στο σάκο. Ο σάκος στο πάνω μέρος του έχει φίλτρο διαφυγής αερίων. Για την αποφυγή δημιουργίας κενού αέρα στο κλειστό σύστημα του σάκου τοποθετούμε τσαλακωμένα χαρτοβάμβακα μέσα στο σάκο.

Ο σάκος αυτός είναι μιας χρήσης. Η αλλαγή του πρέπει να γίνεται μέχρι την μέση , ή όταν ο δακτύλιος δείχνει φανερά σημάδια φθοράς, οπότε παύει να προστατεύει το δέρμα.

Επειδή η ρητίνη Karaya είναι φυσική ουσία , ο δακτύλιος μπορεί να διαφέρει σημαντικά στο χρώμα. Η διάρκεια ζωής του δακτυλίου επηρεάζεται από τους εξής παράγοντες:

1. Θερμοκρασία σώματος και περιβάλλοντος.
2. Υγρασία περιβάλλοντος.
3. Κινητικότητα και εφίδρωση του εξερχόμενου υλικού από το στόμιο.
4. Φύση και ποσότητα του εξερχόμενου υλικού από το στόμιο.
5. Σωστή επιλογή του διαμετρήματος του στομίου και σωστή εφαρμογή του σάκου⁵⁵.

4.2.1 Πλύση της κολοστομίας

- Σκοποί: 1. Να βοηθήσει το άδειασμα του κόλου από το περιεχόμενό του: κόπρανα – αέρια – βλέννη.
2. Να καθαρίσει το περιφερικό τμήμα του εντέρου.
 3. Να βοηθήσει στο να εγκαθιδρυθεί ένα προγραμματισμένο άδειασμα του εντέρου , ώστε να είναι δυνατή η ανάληψη κανονικών δραστηριοτήτων από το άτομο⁵⁰.

Αντικείμενα : 1. Δοχείο υγρού πλύσης

2. Δοχεία για το υγρό επιστροφής.
3. Υγρό πλύσης 500-1500ml (χλιαρό νερό βρύσης ή αλατούχο διάλυμα ή άλλο διάλυμα που το παραγγέλνει ο γιατρός) θερμοκρασίας 40,5°C
4. Καθετήρας από μαλακό ελαστικό N22 ή 24 , με κάποιο είδος θωράκισης για την παρεμπόδιση της προς τα πίσω ροής του υγρού πλύσης.
5. Μανίκι ή περίβλημα πλύσης , αυτοκόλλητο ή συγκρατούμενο με

ζώνη, για την παροχέτευση του υγρού πλύσης.

6. Πλαστικός σάκος για την συλλογή των υγρών γαζών και του μιας χρήσης σάκου.

7. Χαρτί τουαλέτας υδατοδιάλυτο και γλισχραντικό.

8. Λαβίδα Kocher⁵⁴.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	
ΦΑΣΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ	
Νοσηλευτική ενέργεια	Λιπολόγηση ενέργειας
1. Διαλέγουμε τον κατάλληλο χρόνο για την πλύση και τη κάνουμε την ίδια πάντα ώρα, κάθε μέρα	1. Η ώρα της πλύσης πρέπει να συμφώνει με το νοσοκομειακό σχήμα δραστηριοτήτων το αρρώστου.
Ενημερώνουμε τον άρρωστο για το είδος της νοσηλείας και τον προτρέπουμε να παρακολουθεί την διαδικασία	2. Η όλη διαδικασία γίνεται σε ρυθμό διδασκαλίας για να μπορεί ο άρρωστος να παρακολουθεί τις διάφορες ενέργειες της νοσηλεύτριας, ώστε να είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετείται στο μέλλον
3. Κρεμάμε το δοχείο πλύσης με το διάλυμα σε ύψος 45-50cm πάνω από το στόμιο (στο ύψος του ώμου όταν κάθεται ο άρρωστος.	
4. Βάζουμε τον άρρωστο να καθίσει στην λεκάνη της τουαλέτας ή σε μια καρέκλα μπροστά στην τουαλέτα.	
5. Αφαιρούμε τις γάζες και τον σάκο και τον βάζουμε στα άχρηστα.	
ΦΑΣΗ ΕΚΤΕΛΕΣΙΣ	
1. Τοποθετούμε το μανίκι πλύσης ή το περιβλήμα στο στόμιο και το άλλο το άκρο μέσα στη λεκάνη.	1. Βοηθά στον έλεγχο της καικοσμίας και του παυλίσματος. Επιτρέπει στο νερό και τα κόπρανα να κατευθύνονται μέσα στη λεκάνη. Εάν χρησιμοποιείται κώνος αντί καθετήρα, το μανίκι πλύσης τοποθετείται μετά την χορήγηση του υγρού.
2. Αφήνουμε λίγο διάλυμα να τρέξει μέσα από τον σωλήνα και τον καθετήρα ή κώνο	2. Για να αφαιρεθεί ο αέρας από την συσκευή ώστε να μην εισαχθεί μέσα στον κόλο και προκαλέσει κολικό πόνο
3. Αλείφουμε τον καθετήρα η κώνο με γλισχραντική ουρία ήπια και τον βάζουμε μέσα στο στόμιο. Ο καθετήρας να μην μπει πάνω από 8cm. Πιέζουμε το στήριγμα ή τον κώνο απαλά αλλά σταθερά προς το στόμιο για να εμποδιστεί η επιστροφή του υγρού.	

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	
ΦΑΣΗ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ	
3. Αλείφουμε τον καθετήρα ή κώνο με γλυσχραντική ουρία ήπια και τον βάζουμε μέσα στο στόμιο. Ο καθετήρας να μην μπει πάνω από 8cm. Πιέζουμε το στήριγμα ή τον κώνο απαλά αλλά σταθερά προς το στόμιο για να εμποδιστεί η επιστροφή του υγρού.	
4. Αν ο καθετήρας δεν προχωρεί εύκολα , αφήνουμε το νερό να ρέει αργά, ενώ ήπια θα σπρώχνουμε τον καθετήρα. ΠΟΤΕ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΒΙΑΖΟΥΜΕ ΤΟΝ ΚΑΘΕΤΗΡΑ.	4. Η αργή ροή του νετού βοηθά στην χαλάρωση του εντέρου και διευκολύνει το πέρασμα του καθετήρα.
5. Αφήνουμε το νερό να μπει στο κόλο αργά. Αν ο άρρωστος αισθανθεί κράμπα, κλείνουμε τον σωλήνα και αφήνουμε τον άρρωστο να ξεκουραστεί, πρώτου προχωρήσουμε. Το νερό πρέπει να μπει σε 5-10 min.	5. Επώδυνες κράμπες προκαλούνται συνήθως από την γρήγορη ροή ή από μεγάλη ποσότητα υγρού. Για την αρχική μετεγχειρητική πλύση , συνήθως 500ml είναι αρκετά. Στις επόμενες πλύσεις ο όγκος μπορεί να αυξηθεί στα 1000-1500ml ώστε το αποτέλεσμα να είναι θετικό.
6. Κρατάμε το στήριγμα του καθετήρα ή τον κώνο στη θέση του για 10sec μετά την είσοδο του νερού. Μετά το αφαιρούμε ήπια.	
7. Αφήνουμε 10-15min για την μέγιστη επιστροφή. Κατόπιν στεγνώνουμε το κάτω άκρο του μανικιού ή το περιβλήματος και το κλείνουμε με Kocher.	7. Το περισσότερο νερό , τα κόπρανα και τα αέρια εξωθούνται σε 10-15min. Ίσως όμως χρειασθεί περισσότερος χρόνος.
8. Αφήνουμε το μανίκι ή το περίβλημα στη θέση του, περίπου 20min καθώς ο άρρωστος θα σηκωθεί και θα κινηθεί.	8. Το σήκωμα διεγείρει την περίσταση και το συμπλήρωμα επιστροφής του υγρού πλύσης ⁵³

4.2.2 Δίαιτα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Μετά την έξοδο από το νοσοκομείο ο ασθενής θα ακολουθήσει δίαιτα χωρίς φυτικό υπόλειμμα. Η επιστροφή σε κανονική δίαιτα πρέπει να γίνει σταδιακά με την προσθήκη φυτικού υπολείμματος. Δεν υπάρχουν απαγορευμένες τροφές για τους ασθενείς με στομία. Απαραίτητη όμως είναι η ενημέρωση για τα είδη των τροφών που προκαλούν μετεωρισμό και αέρια.

Συνηθισμένα τρόφιμα που προκαλούν μετεωρισμό είναι :

- Φασόλια ξερά και χλωρά.
- Μπρόκολο , λαχανάκια Βρυξελλών.
- Λάχανο.
- Κουνουπίδι.
- Καλαμπόκι.
- Πεπόνι.
- Αγγούρι.
- Κρεμμύδια.
- Ραδίκια.
- Παντζάρια , τουρσιά.

Τρόφιμα που μειώνουν τον μετεωρισμό είναι:

- Το γιαούρτι.
- Βούτυρο γάλακτος.

Τροφές που σχετίζονται με την πρόκληση οσμής:

- Μπίρα.
- Λάχανο.
- Τυριά πικάντικα.
- Λυγιά.
- Κρεμμύδια.
- Ξερά φασόλια.
- Αρακάς.

Για την αποφυγή οσμής , ο ασθενής πρέπει να τρώει γιαούρτι και βούτυρο γάλακτος. Πρέπει να αποφεύγονται τα ποπ-κορν και τα αποξηραμένα φρούτα , διότι απορροφούν μεγάλες ποσότητες νερού και μπορεί να προκαλέσουν απόφραξη.

Τροφές που χορηγούνται , όταν υπάρχουν υδαρείς κενώσεις:

- Χυμός καρότου.
- Χυμός μήλου.
- Βρασμένο γάλα.
- Βούτυρο φιστικιών.

Τροφές που χορηγούνται , εφόσον υπάρχει δυσκοιλιότητα , είναι πλούσιες σε υπόλειμμα καθώς και τα εποχιακά φρούτα. Επίσης , για τη δυσκοιλιότητα ενδείκνυται ξερά δαμάσκηνα και φρούτα.

Τα γεύματα να είναι σε τακτά χρονικά διαστήματα⁵⁶.

4.3 Ο ρόλος της νοσηλεύτριας STOMA THERAPIST σε ασθενείς με κολοστομία.

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

Αυτή η μορφή ακρωτηριασμού , η δημιουργία ενός τεχνητού πρωκτού στο εμπρόσθιο μέρος της κοιλίας, η κατάργηση του φυσικού πρωκτού και η απώλεια του ελέγχου αφόδευσης δεν αποτελούν μόνο σωματικό τραύμα αλλά και ψυχικό.

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

Κύριο λόγο θα παίζει η συμβολή της , η οποία και θα πρέπει να διδάξει στον άρρωστο τη φροντίδα της κολοστομίας και να τον πειραματιστεί στην τεχνική της , μια και πρόκειται στη συνέχεια να αναλάβει ο ίδιος την εξυπηρέτησή του.

Κατά την ώρα της αλλαγής , ο ασθενής πρέπει να είναι μόνος του με τη Stoma Therapist μακριά από τα βλέμματα του περιβάλλοντος. Διδάσκεται να περιποιείται το δέρμα σωστά και να αλλάζει τον σάκκο.

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

Σε γενικές γραμμές , ο ρόλος της Stoma Therapist είναι να δημιουργήσει μια ειλικρινή μέθοδο επικοινωνίας με την ασθενή για μεγάλο χρονικό διάστημα πριν και μετά την χειρουργική επέμβαση και να τον βοηθήσει να επανενταχθεί ομαλά στην κοινωνία μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο⁵⁵.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟ- ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩ- ΝΙΚΗ ΖΩΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

1. Φροντίδα στόματος , αλλαγή σάκου , άδειασμα σάκου.
2. Φροντίδα δέρματος :
 - i. Υποαλλεργιογόνα φάρμακα του δέρματος περιλαμβάνουν Stomahesive , Relia Seal , και Hoflihesive. Αυτά φθείρονται βραδύτερα από το στεγανό του ινδικού κόμμεος και συχνά μπορούν να φορεθούν σε περιοχές που έχουν πτυχές.
 - a) Το Stomahesive και το Hoflihesive: μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε τεμάχια διαστάσεων 10x10cm ή μπορεί να κοπούν στο μέγεθος της επιφάνειας που πρέπει να στεγανοποιηθεί. Κολλούν καλά σε υγρό , ερεθισμένο δέρμα και επιτρέπουν την επούλωση.
 - b) Το Relia Seal : υπάρχει σε τεμάχια στρογγυλά (διαμέτρου 10cm). Είναι πιο αποτελεσματικό σε ερυθρό περιστοματικό δέρμα , όχι όμως στο εξεμωμένο και υγρό δέρμα.
 - ii. Μια ομάδα αποτελεσματικών φραγμών του δέρματος γίνεται από ινδικό κόμμι. Είναι διαθέσιμο σε σκόνη , δίσκους ή δακτυλίους , που μπορούν να τοποθετηθούν σε ανοιχτό περιστοματικό δέρμα. Η πάστα και οι δακτύλιοι Karaya είναι εξαιρετικοί για την πρόληψη ερεθισμού του δέρματος αμέσως γύρω από το στόμιο.
 - iii. Καλύμματα του στομίου μπορεί να είναι *σάκοιμιας χρήσης , γάζα και χαρτοβάμβακα απαλειμμένα με βαζελίνη* , κάλυμμα σε Saran ή *υπρόχαρτο* πάνω από γάζα που στερεώνεται με υποαλλεργιογόνο λευκοπλάσμη.
 - iv. Για ανοιχτό περιστοματικό δέρμα βοηθούν , όταν χρησιμοποιούνται με φειδώ , *κορτικοστεροειδή αεροζόλ σπρέι ή σκόνη hystatin*.
 - v. Για αλλεργικές αντιδράσεις γίνεται δοκιμή άλλων υλικών , ώσπου να βρεθούν τα συμβατά. Σε μερικούς ασθενείς τα *αντιόξινα εναιωρήματα* έχουν βρεθεί πολύ αποτελεσματικά.
3. Έλεγχος κακοσμίας.
 - i. Αποφυγή αιτιών που δημιουργούν οσμές (αυγά , ψάρια , κ.λ.π.)

- ii. Το γιαούρτι , ο χυμός ενός είδος μούρου και το αποβουτυρωμένο γάλα μειώνουν τις οσμές των κοπρανιδίων μαζών.
 - iii. Οι οσμές μπορεί να τεθούν κάτω από έλεγχο με λήψη μιας ή 2 ταμπλέτων υποανθρακικού ή υπογαλλικού βισμούθιου την ώρα του φαγητού και του ύπνου.
4. Έλεγχος αερίων.
- i. Η μεγαλύτερη ποσότητα αερίων οφείλεται στον αέρα που καταπίνεται , σε φαγητό με πολλά καρυκείμενα και στα αεριούχα ποτά.
 - ii. Αποφυγή αιτιών που δημιουργούν αέρια.
5. Δίαιτα:
- i. Αποφυγή πολυφαγίας και ακατάστατων γευμάτων , καλή μάσηση της τροφής.
 - ii. Εξατομίκευση της δίαιτας , ώστε να είναι πλήρης και να μην δημιουργεί διάρροια ή δυσκοιλιότητα.
 - iii. Τα φρούτα , οι χυμοί φρούτων και οι ντομάτες μπορεί να προκαλέσουν συχνές κενώσεις. Η μύρα μπορεί να ενεργήσει σαν ηπακτικό και να δημιουργήσει αέρια.
6. Ενδυμασία.
- i. Μπορεί να φορεθεί ζώνη , πρέπει όμως να είναι μεγαλύτερου μεγέθους για να δέχεται και το σάκο.
 - ii. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί μαγιό. Για τους άντρες είναι προτιμότερο μαγιό με σορτς , ενώ για τις γυναίκες με φούστα.
7. Φάρμακα :
- Οι άρρωστοι αυτοί δεν πρέπει να παίρνουν υπακτικά και φάρμακα με κάλυμμα που διαλύεται στο παχύ έντερο.
8. Ταξίδια
- i. Δεν αντεδुकνείεται το ταξίδι με αεροπλάνο ή οποιοδήποτε άλλο μέσο , φτάνει να έχει μαζί του το κουτί φροντίδας του στομίου.
 - ii. Οι άρρωστοι με κολοστομία μπορούν να χρησιμοποιήσουν πόσιμο νερό.
9. Σπορ:
- i. Επιτρέπεται η συμμετοχή σε όλα τα είδη σπορ.
 - ii. Προβλήματα μπορούν να δημιουργηθούν στη συμμετοχή σε σπορ επαφής , όπως το ποδόσφαιρο.

10. Σεξουαλική δραστηριότητα.

- i. Το 10-20% περίπου των ανδρών βιώνουν διαταραχή της σεξουαλικής λειτουργίας . Σε πολλούς η κατάσταση είναι παροδική.
- ii. Οι κολοστομημένοι γενικά ποικίλουν από πλήρη ικανότητα μέχρι πλήρη ανικανότητα.
- iii. Σε πολλές περιπτώσεις , η ικανότητα ξανααποκτείνεται , πράγμα που μπορεί να απαιτήσει 2 χρόνια.

11. Εγκυμοσύνη.

- i. Το στόμιο δεν αποτελεί αντένδειξη για μια επιτυχή εγκυμοσύνη.
- ii. Απαραίτητη είναι η προσεκτική ιατρική παρακολούθηση. Το μέγεθος του στομίου αλλάζει καθώς προχωρεί η εγκυμοσύνη και μαζί με την μεταβολή στο σχήμα της κοιλιάς μπορεί να απαιτήσει προσαρμογή στο χρησιμοποιούμενο υλικό για το στόμιο.

12. Ύπνος

Οποιαδήποτε θέση μπορεί να παρθεί κατά τον ύπνο.

13. Απόφραξη

Γνωριμία σημείων και συμπτωμάτων , πληροφόρηση γιατρού ή θεραπευτή αν είναι απαραίτητο⁵⁷.

Διδασκαλία του αρρώστου για αποδοχή κολοστομίας

Η κολοστομία σε πολλές περιπτώσεις είναι απαραίτητη γιατί σώζει τη ζωή πολλών ασθενών. Εξάλλου δεν είναι ασυμβίβαστη με την ενεργό συμμετοχή στην κοινωνία. Συνεπώς τα μειονεκτήματα θα πρέπει να θεωρούνται ασήμαντα.

Μια φιλοσοφική αποδοχή της κολοστομίας και αναπροσαρμογής στις συνήθειες της καθημερινής ζωής δεν πετυχαίνεται μέσα σε μια μέρα. Πρέπει να την συνηθίσει όπως κάθε αναπηρία.

Διδασκαλία για σωστή αντιμετώπιση του αρρώστου από την οικογένεια.

Ένα από τα περισσότερα συχνά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα μέλη των οικογενειών και φίλοι καρκινοπαθών είναι μια ανησυχία , ένας φόβος και μια αμηχανία ώστε να μην ξέρουν τι να πουν.

Ελικρινή αισθήματα πρέπει να εκφράζονται και όταν λέξεις δεν μπορούν να βρεθούν, μια αίσθηση εγγύτητας μπορεί να μεταδοθεί χωρίς λόγια.

Εκτός από την επιστημονική φροντίδα και προσφορά οποιασδήποτε ιατρικής βοήθειας για την συστηματική θεραπεία του αρρώστου , πρέπει να θυμηθούμε ότι ο άρρωστος έχει ως την τελευταία του στιγμή αισθήματα , επιθυμίες , ανθρώπινες ανάγκες για κατανόηση , συμπάθεια , ζεστασιά , συμπαράσταση.

Ακόμη και ένα απλό κράτημα του χεριού του , μερικές στιγμές σιωπηρής επικοινωνίας μπορεί να βοηθήσουν στην ψυχική γαλήνη και ηρεμία αυτού που υποφέροντας μπορεί να βρεθεί στα τελευταία σκαλοπάτια της σχέσης του με τη ζωή⁵⁸.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

6.1 Πρωτογενής πρόληψη.

Η έγκαιρη ανίχνευση του καρκινώματος του παχέος εντέρου μπορεί να διευκολυνθεί από την εξέταση ρουτίνας των κοπράνων για μικροσκοπική αιμορραγία (Hemoccult , Colotest , κ.λ.π.) Όμως η ευαισθησία για το καρκίνωμα είναι μόνο 50% περίπου ` η ειδικότητα για όγκο του πολύποδα είναι περίπου 25-40%.

Ψευδώς θετικά αποτελέσματα : βρώση ερυθρού κρέατος , λήψη σιδήρου, ασπιρίνης ` αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό.

Ψευδώς αρνητικά : λήψη βιταμίνης C , διαλείπουσα αιμορραγία. Η δακτυλική εξέταση κάθε χρόνο και η εξέταση για μικροσκοπική αιμορραγία στα κόπρανα συνιστώνται για ασθενείς άνω των 40 ετών , η εξέταση με εύκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο κάθε 3 χρονιά μετά την ηλικία των 50 ετών , νωρίτερα σε ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο. Η προσεκτική εκτίμηση όλων των ασθενών με θετικές εξετάσεις κοπράνων για μικροσκοπική αιμορραγία (εξέταση με εύκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο και βαριούχος υποκλυσμός διπλής σκιαγράφησης ή μόνο κολοσκόπηση) αποκαλύπτει πολύποδες στο 20-40% και καρκίνωμα στο 5% περίπου ` η εξέταση ασυμπτωματικών ατόμων επιτρέπει νωρίτερη ανίχνευση του Ca του παχέος εντέρου (δηλαδή πρωιμότερα στάδια κατά Dukes) και επιτυγχάνει μεγαλύτερο ποσοστό χειρουργικής εξαίρεσης ` ελαττωμένη συνολική θνησιμότητα από Ca του παχέος εντέρου παρατηρείται μόνο μετά από 13 χρόνια παρακολούθησης. Λεπτομερέστερη εκτίμηση των συγγενών πρώτου βαθμού των ασθενών με Ca του παχέος εντέρου περιλαμβάνει εξέταση με διπλής σκιαγράφησης βαριούχο υποκλυσμό ή κολονοσκόπηση μετά την ηλικία των 40 ετών.

Γενικότερα η ανεύρεση αίματος στα κόπρανα θα πρέπει να ακολουθείται από ακτινογραφική ή ενδοσκοπική εξέταση ολόκληρου του παχέος εντέρου. Η εφαρμογή της μεθόδου αυτής στο γενικό πληθυσμό αποτελεί ακόμα αντικείμενο κάποιας διχογνωμίας όσον αφορά την στάθμιση κόστους – αποτελεσματικότητα , αν και οι όγκοι που ανακαλύπτονται με την ανίχνευση της παρουσίας αίματος στα κόπρανα τείνουν να βρίσκονται σε πρωιμότερο στάδιο.

Είναι πάντως σαφές ότι τα άτομα που είναι γνωστό ότι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκινώματος του παχέος εντέρου (με ιστορικό οικογενούς πολυποδίασης , προγενέστερου πολύποδα , ή καρκίνου του παχέος εντέρου ή μακρο-

χρόνιας ελώδους κολίτιδας) πρέπει να εξετάζονται συχνότερα από όσο προβλέπεται κμε το παραπάνω σχέδιο ²⁴.

Επίσης , με βάση επιδημιολογικά δεδομένα , τρεις ανεξάρτητες ομάδες ερευνητών υπολόγισαν πρόσφατα ότι το 1/3 των περιπτώσεων κακοηθών νεοπλασιών στον άνθρωπο μπορεί να αποδοθεί σε ποσοτικές ή ποιοτικές διατροφικές εκτροπές. Συγκεκριμένα , συρρέουσες ενδείξεις υποδηλώνουν ότι η κατανάλωση πρωτεϊνών και λιπών ζωικής προελεύσεως αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα προσβολής από Ca του παχέος εντέρου, ενώ αντίθετα η κατανάλωση δημητριακών και λαχανικών μειώνει την πιθανότητα αυτή⁵⁹. Επίσης πρέπει να γίνει ευρέως γνωστό ότι υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που επηρεάζουν τον κίνδυνο ανάπτυξης του καρκίνου και είναι : το ολικό ποσό των προσλαμβανομένων θερμίδων , οι πρωτεΐνες , το λίπος , η βιταμίνη Α και η καροτίνη , οι βιταμίνες Β, C , οι λιπότροποι παράγοντες μεθειονίνη και χολίνη και τα ιχνοστοιχεία ψευδάργυρος και σελήνιο.

Συμπερασματικά , κάποιοι άλλοι παράγοντες που συνίστανται στην άσκηση , την αποφυγή της παχυσαρκίας , το ρυθμισμένο θερμιδικό ισοζύγιο με περιορισμό των τροφών που είναι πλούσιες σε λιπαρά , τα άφθονα φρούτα και λαχανικά , τα όσπρια και οι τροφές μεγάλης περιεκτικότητας σε φυτικές ίνες και γενικότερα η ρυθμισμένη κένωση του εντέρου , μπορούμε να πούμε ότι αποτελούν παράγοντες πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου⁶⁰.

6.2 Δευτερογενής πρόληψη.

Η δευτερογενής πρόληψη συνιστάται και αυτή στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου καθώς και στην κατάλληλη κατεύθυνση του ασθενούς. Βασικά αποσκοπεί στη προ-συμπτωματική διάγνωση του νοσήματος κατά το δυνατόν πρωιμότερο στάδιο.

Η έγκαιρη διάγνωση εξαρτάται κατά πολύ και από την θέληση του ασθενούς να συμβουλευτεί τον γιατρό όταν εμφανιστούν τα πρώτα συμπτώματά του.

Η νοσηλεύτρια είναι αυτή που θα πείσει τον ασθενή να πάει όσο το δυνατόν πιο γρήγορα στο γιατρό. Αυτό το επιτυχαίνει , γιατί λόγω της εργασίας της έρχεται σε επαφή με άτομα μέσα στην οικογένειά του και διαθέτει πολλές ώρες με το να ασχολείται με τα διάφορα προβλήματά του . Η διάθεση αυτή του χρόνου δημιουργεί μεγαλύτερη επαφή νοσηλεύτριας και οικογένειας. Έχει ακριβή στοιχεία του ιστορικού κάθε ατόμου , δηλαδή ασθένειες που πέρασε, εγχειρήσεις που έκανε , γνωρίζει το περιβάλλον του που ζει και εργάζεται. Όλα αυτά είναι βέβαια στοιχεία που έχουν πού ση-

μασία γιατί βοηθούν στην πρώτη διάγνωση του καρκίνου. Η αδελφή φροντίζει για τη διαφώτιση του κοινού , όσον αφορά τον καρκίνο , προσπαθεί να μεταβιβάσει την αισιόδοξη αντίληψη ότι ο καρκίνος μπορεί να θεραπευτεί , εάν διαγνωστεί και ανιχνευθεί έγκαιρα. Αυτό η νοσηλεύτρια το κατορθώνει με το να προσπαθεί να πλησιάσει τους ασθενείς στα σπίτια τους , τις εργασίες τους ,στα σπουδαστήριά του , κ.λ.π.

Οι αγγελίες διαμέσου των εφημερίδων και περιοδικών , ραδιοφώνου και τηλεοράσεως , η κυκλοφορία διαφωτιστικών εντύπων , όσον αφορά τον καρκίνο , η οργάνωση συγκεντρώσεων κ.α. αποτελούν το βασικό κλοιό ενημέρωσης και επαγρύπνησης του κοινού^{31,59}.

Η δευτερογενής πρόληψη λοιπόν βασίζεται στην έγκυρη και σωστή ενημέρωση που πηγάζει από τις διαφωτιστικές προσπάθειες και την προληπτική εκστρατεία των παραγόντων υγείας.

Στον αγώνα λοιπόν για την καταπολέμηση του καρκίνου σήμερα σπουδαίος είναι και ο ρόλος διαφόρων ιδρυμάτων.

Λξίζει ενδεικτικά να αναφέρουμε μερικά από αυτά όπως: Το Αντικαρκινικό Ινστιτούτο Αθηνών « Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ » , Το Θεραπευτήριο « Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ » , το « ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ » αντικαρκινικό Ινστιτούτο Θεσσαλονίκης κ.α.

Η γνώση των υπηρεσιών από τη νοσηλεύτρια και το γιατρό , βοηθά στο να κατευθύνουν σωστά και σύντομα τον ασθενή^{59,61}.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΜΕΘΟΔΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Στην προσπάθειά μου να εφαρμόσω τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας συνέλεξα στοιχεία που προέρχονται τόσο από τη λεκτική μου επικοινωνία με τους ασθενείς όσο και από τη μη λεκτική μου επικοινωνία.

Εκτός από το νοσηλευτικό ιστορικό , συγκέντρωσα αρκετά στοιχεία για τους ασθενείς από το ιατρικό τους ιστορικό , στο οποίο αναφέρονται όλες οι ιατρικές και εργαστηριακές εξετάσεις καθώς και η πορεία της ασθένειάς τους. Επίσης με βοήθησε σημαντικά στην ανάλυση της μεθόδου της νοσηλευτικής διαδικασίας και η βιβλιογραφική ανασκόπηση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Κλινική περίπτωση I:

Ο πρώτος ασθενής είναι άνδρας , ηλικίας 65 ετών , δικηγόρος. Στο ιστορικό του αναφέρεται ότι είναι άγαμος και ζει μόνος του στον Πύργο Ηλείας απ' όπου και κατάγεται. Ο ασθενής συνοδευόμενος από την αδελφή του προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου « Άγιος Ανδρέας » στις 8:00μ.μ. παραπονούμενος για προβλήματα στην κοιλιά και το παχύ έντερο. Προ 5 εβδομάδων παρουσίασε διαταραχές ως προς τις συνήθειες αφόδευσης.

Οι κενώσεις του ήταν βλεννοαιματηρές , διαρροϊκές και συνοδεύονταν από αίσθημα τειναϊσμού. Μερικές φορές υπάρχει αίμα και άλλοτε όμως όχι. Επίσης ο άρρωστος είχε από 10ημέρου ανορεξία , καθώς επίσης και ελαφρά απώλεια βάρους την οποία εξήγησε σαν αποτέλεσμα της ανορεξίας. Τις τελευταίες 5 ημέρες παρουσιάστηκαν κωλικοειδή άλγη γενικά σε όλη την κοιλιακή χώρα , τα οποία έγιναν τις 2 τελευταίες ημέρες εντονότερα με αποτέλεσμα να έλθει ο άρρωστος στο νοσοκομείο.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Ο ασθενής ανέφερε σαφώς ότι είχε προ αρκετών ετών κάποιας μορφής κολίτιδα, η οποία εκδηλωνόταν με πεπτικά ενοχλήματα και λιγότερο με διαταραχές των κενώσεων. ποτέ όμως δεν ήταν τόσο ισχυρά όπως τώρα για να οδηγηθεί σε νοσοκομείο. Τα αντιμετώπιζε με δίαιτα με συμπτωματική λήψη ηρεμιστικών και αντιδιαρροϊκών φαρμάκων. Εκτός του πεπτικού συστήματος εμφανίζει και

ελαφράς μορφής βρογχίτιδα γιατί ήταν καπνιστής και είχε σταματήσει το κάπνισμα μόνο προ 2 μηνών. Αλλά σημαντικά προβλήματα υγείας δεν είχε..

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Ο ασθενής αναφέρει παρουσία σπαστικής κολίτιδας σε ένα άτομο του στενού του συγγενικού περιβάλλοντος.

ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ: Κατά τη φυσική εξέταση η γενική, κατάσταση του αρρώστου ήταν καλή. Η κοιλιακή χώρα ήταν διατεταμένη με ύπαρξη τυμπανικών ήχων. Δακτυλική εξέταση έδειξε ίχνη αίματος στα κόπρανα. Έγινε εισαγωγή για περαιτέρω έλεγχο.

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ: Ο άρρωστος κατά την εισαγωγή του είχε βάρος 62kg

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: Ο αιματολογικός έλεγχος έδειξε τα εξής:

Γενική αίματος: Ερυθρά $4.000\mu 000/\text{mm}^3$, λευκά $8.700 /\text{mm}^3$, αιμοπετάλια $200.000/\text{mm}^3$, Ltc 40% Ηβ 14 g% , χρόνος καθίζησης 8 min και πήξης 14'.

Βιοχημικές εξετάσεις: Γλυκόζη 89 mg%, ούρια 14 mg%, ουρικό οξύ 6 mg% , χολερυθρίνη άμεση 0,12 mg% και έμμεση 0,5 mg%, κάλιο 4 και νάτριο 146 mEq/L.

ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: Ο κυριότερος παρακλινικός έλεγχος στον οποίο υπεβλήθη ο άρρωστος ήταν η ορθοσεγμοειδοσκόπηση. Έγινε προετοιμασία εντέρου με διακοπή χορήγησης τροφής για 3 ημέρες και καθαρτικό υποκλυσμό για την απομάκρυνση κάθε υπολείμματος εντερικού περιεχομένου από το παχύ έντερο. Τα αποτελέσματα της ενδοσκόπησης έδειξαν φλεγμονώδεις αλλοιώσεις του παχέος εντέρου από το ύψος του σιγμοειδούς έως την αριστερή κολική καμπή. Εγκάρσιο κόλου, αριστερή καμπή, ανιόν και τυφλό, φυσιολογικά.

Ετέθη η διάγνωση της ελκώδους κολίτιδας και αποφασίσθη η εκτομή του φλεγμαινόδους τμήματος τον εντέρου και η δημιουργία πρόσκαιρης κολοστομίας, έτσι ώστε να απαλλαγεί για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα το έντερο από τη λειτουργία του και να επέλθει ίασή του. Η κολοστομία αποφασίσθη να γίνει στο τοίχωμα του εγκαρσίου κόλου. Ταυτόχρονα ο ασθενής μπήκε σε θεραπευτικό σχήμα με Asacol 1 X 3, Medamol tabl. 1 X 3 και Reasec tabl. 1 μετά από κάθε διαρροϊκή κένωση.

<p>Ανάγκες - Προβλήματα του αρρώστου. Νοσηλευτική διάγνωση</p>	<p>Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.</p>	<p>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.</p>	<p>Εφαρμογή προγραμματισμού</p>	<p>Αξιολόγηση αποτελεσμάτων</p>
<p>1. Αγωνία για την εγχείρηση και ανησυχία για την έκβασή της.</p>	<p>Απαλλαγή από την αγωνία και την ανησυχία.</p>	<p>Συζήτηση και ενημέρωση του ασθενούς, του οικογενειακού και συγγενικού του περιβάλλοντος για ότι αφορά την εγχείρηση και την μετεγχειρητική πορεία.</p>	<p>Βοηθούμε τον ασθενή να συνειδητοποιήσει ότι η εγχείρηση δεν θα αποβεί μοιραία και επικίνδυνη για τη ζωή του γιατί οι δυνατότητες της επιστήμης σήμερα είναι μεγάλες και έτσι δεν θα πρέπει να καταλαμβάνεται από αρνητικά συναισθήματα και αδικαιολόγητους φόβους. Επίσης του εξηγούμε ότι είναι εντέλως απαραίτητη για την αντιμετώπιση της παθολογίας του και ότι πολλοί άνθρωποι με το ίδιο πρόβλημα έχουν θεραπευτεί και είναι πλέον υγιείς.</p>	<p>Ο ασθενής δείχνει να αποδέχεται θετικά τις εξηγήσεις μας, να αρχίσει να πιστεύει στην καλή έκβαση της εγχείρησης και να ελπίζει περισσότερο ότι θα γίνει καλά.</p>
<p>2. Άγχος του ασθενή προερχόμενο από την σκέψη της τοποθέτησης της κολοστομίας</p>	<p>Αντιμετώπιση του άγχους με ήπιο και ήρεμο τρόπο</p>	<p>Προσέγγιση του ασθενούς και συζήτηση για το θέμα της κολοστομίας</p>	<p>Προσπαθούμε να καταλάβει ο άρρωστος ότι η κολοστομία είναι απαραίτητη για τη θεραπεία του. Του μεταδίδουμε τη γνώση κ' την αίσθηση ότι η κολοστομία δεν είναι κάτι προσβλητικό γ'αυτόν, κάτι που τον υποβιβάζει γιατί πάρα πολλοί συνάνθρωποι μας έχουν κολοστομία, ζουν μόνιμα μ'αυτή κ' συνεχίζουν τον καθημερινό τρόπο ζωής τους χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα. Στην δική του περίπτωση είναι ακόμα καλύτερα. γιατί θα έχει την κολοστομία μόνο για 4-6 μήνες κ' κατόπιν θα λειτουργεί το έντερό του κανονικά όπως και πριν. Η επαφή με ασθενείς με κολοστομία δεν περιορίζει την προσωπική και κοινωνική του ζωή και ότι με την προσεκτική περιποίησή της δεν θα έχει κανένα πρόβλημα να εκτεθεί στους άλλους</p>	

Ανάγκες - Προβλήματα του αρρώστου. Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή προγραμματισμού	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
3. Επίσχεση ούρων. ούρων.	Να διευκολύνουμε τον ασθενή να ουρήσει.	Εφαρμογή συντηρητικών μέτρων για διευκόλυνση της διούρησης.	Άνοιγμα βρύσης μπάνιου για να προκληθεί το αντανακλαστικό της σύρσης	Δεν προκλήθηκε χάλυση του σφιγκτήρα μύδς της ουρήθρας.
		Συσταση στον άρρωστο να σηκώνεται και να αφορύνεται η ακινησία.	Ο άρρωστος σηκώνεται σε καθιστή ή ημικαθιστή θέση και βαδίζει μόνο μέχρι το μπάνιο	Η μυϊκή δραστηριότητα αυξάνει τον τόνο των λείων μυών επομένως και της κύστεως.
		Καθετηριασμός κύστεως και ενημέρωση του γιατρού αν δεν αποδόουν τα προηγούμενα	Ο ασθενής έριξε μόνοι του χλιαρό νερό στα γεννητικά του όργανα προκειμένου να ουρήσει (αυτό δεν απέδωσε)	Η προσπάθεια του ασθενούς απέτυχε.
		Πρόληψη κινδύνου ουρολοίμωξης.	Ενημέρωση του ασθενούς για τον καθετηριασμό και συγκατάθεση του για να γίνει η νοσηλεία. Τοποθετήθηκε παραβάν για την κάλυψη του ασθενούς από τα βλέμματα των άλλων ασθενών. Τηρήθηκαν οι αρχές ασηψίας. Έγινε τοπική καθαριότητα πριν τον καθετηριασμό από το νοσηλευτή της κλινικής	Ενημερώθηκε ο γιατρός κα έγινε προσπάθεια καθετηριασμού από το νοσηλευτή για αποβολή των ούρων. Ο καθετήρας δεν τέθηκε σε σωστή θέση και έγινε προσπάθεια να αλλάχθει. Τελικά τέθηκε ο καθετήρας και ο άρρωστος ουρήσε. Μετρήθηκαν τα ούρα 24ώρου (ήταν 900ml στις 12/7/99 και 1400cc στις 13/7/99)

Ανάγκες - Προβλήματα του αρρώστου. Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή προγραμματισμού	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
3. Επίσχεση ούρων.	Να διευκολύνουμε τον ασθενή να ουρήσει.	Πρόληψη κινδύνου ουρολοίμωξης.	Έγινε πλύσιμο πολύ καλό των χεριών του για την πρόληψη μετάδοσης μικροβίων. Ετέθη καθετήρας Foley Νο 16 και συνδέθηκε με σφκομετρικό ούρων με εντολή γιατρού. Ο ουροσυλλέκτης τοποθετήθηκε κάτω από το επίπεδο της κόστεως για να ακολουθεί την αρχή της βαρύτητας. Χορηγούνται αντιβιοσις Flagyl και Zinacef 1x3	Εξασφαλίζεται συνεχής ροή των ούρων και προλαμβάνεται η παλινδρόμησή τους προς την κύστη με πιθανή μόλυνση. Το Zinacef χορηγείται σε λοιμώξεις από αιμόφιλο της ινφλονέντζας ή γονόκοκκο. Το Flagyl σε λοιμώξεις από αναερόβια μικρόβια. Με την λήψη υγρών επιτεύχθηκε ωριαία αποβολή ούρων τουλάχιστον 50ml και αποφεύγεται η μόλυνση με τη συνεχή ροή των ούρων προς τα κάτω.
4. Έρεθισμός δέρματος.	Ανακούφιση του αρρώστου από τον έρεθισμό και πρόληψη περαιτέρω έρεθισμού.	Τοπική εφαρμογή προστατευτικών εκνευσμάτων γύρω από στόμιο.	Εφαρμογή Orabase cream ή Stomahesive στο έρεθισμένο δέρμα γύρω από τη στομία.	Βελτίωση της δερματίτιδας μετά από 3-4 μέρες.
			Συχνή παρακολούθηση του έρεθισμένου δέρματος	

Ανάγκες - Προβλήματα του αρρώστου. Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή προγραμματισμού	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
5. Συσσώρευση εκκρίμάτων στο βρογχικό δέντρο και αδυναμία αποβολής τους λόγω αδυναμία βήχα, εξαιτίας διάταξης της περιοχής του τραύματος	<p>Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.</p> <p>Προσπάθεια αποβολής των εκκρίσεως και αποκατάσταση της αναπνευστικής λειτουργίας σε σύντομο χρόνο για την αποφυγή υποξαιμίας.</p>	<p>Ετοιμασία του κρεβατιού και του κομοδίνου του αρρώστου</p> <p>Να γίνεται συνεχής έλεγχος των ζωτικών σημείων.</p> <p>Να τοποθετηθεί ο ασθενής σε σωστή και άνετη θέση.</p> <p>Χρήρηση βλεννολυτικών αποχρεπτικών</p> <p>Ενθάρρυνση του ασθενούς να κάνει αναπνευστική γυμναστική και να αλλάξει συχνά θέσεις</p>	<p>Εφαρμογή προγραμματισμού</p> <p>Τοποθετήθηκε αδιάβροχο και τετράγωνο κεφαλή. Το κομοδίνο του περιέχει νεφροειδές, χαρτοβαμβάκο, χαρτοσακούλα.</p> <p>Θ: 36,9°C Α.Π. 120/80mmHg σφύξεις 80/min</p> <p>Τοποθετήθηκε σε θέση Fowler.</p> <p>Ενημερώθηκε ο γιατρός με εντολή του οποίου χορηγήθηκε amp. Bisolvon 1x3</p> <p>Δόθηκε εξασκητής αναπνοών. Αλλάζει θέση κάθε 30min</p>	<p>Αξιολόγηση αποτελεσμάτων</p> <p>είναι καλή η γενική κατάσταση του ασθενούς.</p> <p>Η θέση Fowler βοηθά τον ασθενή στην καλύτερη επίτευξη των πνευμόνων.</p> <p>Η amp. Bisolvon δόθηκε για τη ρευστοποίηση των βρογχικών εκκρίσεων.</p> <p>Ο ασθενής παίρνει 10 βαθιές αναπνοές κάθε 1h και αλλάζει θέση κάθε 30min. Έτσι επιτυγχάνεται η μετακίνηση και αποβολή των βρογχικών εκκρίσεων.</p>
	<p>Προαγωγή του βήχα</p>	<p>Έγινε ενθάρρυνση του ασθενούς να βήχει και εφαρμογή πνευτικής επίδεσης στην περιοχή του τραύματος για υποστήριξη του κατά τον βήχα.</p>		

Αντίκες - Προβλήματα του αρρώστου. Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας:	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας:	Εφαρμογή προγραμματισμού	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
5. Ύπασφρευση εκκρημάτων στο βρογχικό δέντρο και αδυναμία αυτοβολής τους λόγω αδυναμία βήχα. εξαιτίας διάταξη της περιουχής του τραυμάτος:	Προσπάθεια υποβολής των εκκρημάτων και αποκατάσταση της αναπνευστικής λειτουργίας σε νύκτινο χρόνο για την αποφυγή υποταμίας.	Να αποφευχθεί η ανησυχία και η αναπνευστική δυσχέρεια του ασθενούς.	Ετέθη μάσκα Venturi 50% με εκτόλη γατρού στις 12-30 μ.μ.	Μειώθηκε η αναπνευστική δυσχέρεια την 4η μετεγχειρητική μέρα όπου έγινε διακοπή του O ₂
6. Ανάπτυξη τοπικής φλεγμονής στο χειρουργικό τραύμα	Αναστολή της εξέλιξης της φλεγμονής και πρόληψη πυρ.πού και γενικευσης.	Καθαρισμός του τραυμάτος και λήψη καλύψεως	Διάλυση δύο ραμμάτων , λήψη δείγματος πύου και προσεκτικός καθαρισμός με άσηπτη τεχνική. Παρακολούθηση του τραυμάτος	Σταδιακή βελτίωση του τραυμάτος χωρίς περαιτέρω επαύλοχη
7. Ο ασθενής μετά την επέμβαση παραπονείται για πόνο στο τραύμα.	Προσπάθεια να μειωθεί ο πόνος μετά το 48ωρο , και να ανεκουφιστεί ο ασθενής.	Νη ρωτηθεί ο ασθενής αν πονάει σε άλλο σημείο του σώματος, του και τότε εμφανίζει μεγαλύτερη επιδείνωση ο πόνος.	Χορήγηση αναλβηστικού σχήματος βάσει των αποτελεσμάτων της καλύψεως. Ο ασθενής απάντησε ότι πονάει στην κοιλιακή του χώρα , κυρίως όταν βήχει και αναπνέει βαθιά. Καθησυχάστηκε από το γεγονός ότι ο πόνος προέρχεται από την επέμβαση.	
		Να διαπιστωθεί αν ακτινοβολεί και προς τα πόυ , αν έχει σχέση με την αναστολή.	Τη νύχτα ο πόνος συνεχίστηκε και ενημερώθηκε ο γιατρός.	
		Να παρατηρηθούν τα χαρακτηριστικά του πόνου , δηλαδή αν είναι αιμβλός ή οξύς , συνεχής ή διαλείπων.	Χορηγήθηκε Pethidine 0,5mg 1x4	Η Pethidine χορηγείται σε έντονο και επίμονο πόνο. Με την τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση κατά υδρόστα συντηρητικά μέτρα. Ο πόνος υποχώρησε την 3η μετεγχειρητική μέρα

Ανάγκες - Προβλήματα του αρρώστου. Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή προγραμματισμού	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
7. Ο ασθενής μετά την επέμβαση παραπονείται για πόνο στο τραύμα.	Προσπάθεια να μειωθεί ο πόνος μετά το 48ωρο , και να ανακουφιστεί ο ασθενής.	<p>Να τοποθετηθεί ο ασθενής σε κατάλληλη θέση που να τον αναπαύει και να μειώνει το αίσθημα του πόνου</p> <p>Να γίνει επικοινωνία με τον ασθενή για να εκφράσει τα συναισθήματά του και να απαλλαγεί από δυσάρεστες συναισθηματικές ή περιβαλλοντικές καταστάσεις που επιδεινώνουν το ήδη υπάρχοντα πόνο</p>	<p>Τοποθετήθηκε ο ασθενής σε θέση Fowler.</p> <p>Τις πρωινές ώρες έγινε συζήτηση με τον ασθενή και ζήτησε να δει κάποια αγαπημένα του πρόσωπα γιατί νιώθει μόνος του.</p> <p>Εξασφαλίστηκε επικοινωνία με τα πρόσωπα αυτά (συγγενείς , προσωπικού, φίλοι) και τελικά ήρθα να τον επισκεφθούν.</p> <p>Δημιουργήθηκε ήσυχο περιβάλλον χωρίς θορύβους.</p>	<p>Δεν παρατηρείται παρέκκλιση από τα φυσιολογικά επίπεδα.</p>
		<p>Να παρατηρηθεί η περιοχή του τραύματος για διαπίστωση της ύπαρξης άλλων παραγόντων (όπως σωλήνες παρεχόμενης) που προκαλούν πόνο</p> <p>Να γίνει υδρόλουτρο</p>	<p>Δίνεται προσοχή στο τραύμα αλλά δεν διαπιστώθηκαν παράγοντες αλλά που προκαλούν πόνο.</p>	
			<p>Έγινε υδρόλουτρο με τη συγκατάθεση του ασθενούς.</p>	

<p>Ανάγκες - Προβλήματα του αρρώστου. Νοσηλευτική διάγνωση</p>	<p>Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.</p>	<p>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.</p>	<p>Εφαρμογή προγραμματισμού</p>	<p>Αξιολόγηση αποτελεσμάτων</p>
	<p>Να βρεθούν και να εξουδετερωθούν οι ενοχοποιητικοί παράγοντες για μόλυνση</p>	<p>Να τηρούνται άσπτες τεχνικές και αποστειρωμένα εργαλεία κατά τις αλλαγές.</p>	<p>Κατά τη διάρκεια των αλλαγών γίνεται πλύσιμο των χεριών και χρησιμοποίηση αποστειρωμένων εργαλείων. Τηρούνται οι αρχές ασηψιάς.</p>	<p>Με την τήρηση σήπτιων τεχνικών προλαμβάνεται η περαιτέρω επέκταση της μόλυνσης.</p>
		<p>Να δίνεται προσοχή στην καθαριότητα του θαλάμου του ασθενούς.</p>	<p>Οι αλλαγές εκτελούνταν σε ειδικό δωμάτιο αλλαγών.</p>	
<p>8. Μόλυνση στο χειρουργικό τραπέζι.</p>	<p>Να απαλλαγεί ο ασθενής από ευσάρεστα συμπτώματα μέσα σε ένα εικοσιτετράωρο.</p>	<p>Να παρακολουθείται το τραύμα για εμφάνιση σημείων φλεγμονής.</p>	<p>Κατά την επισκόπηση και ψηλάφηση, το τραύμα εξαιτίας της μόλυνσης έγινε επώδυνο, οίδηματώδες και ζεστό.</p>	<p>Τα συμπτώματα της φλεγμονής εμφανίζονται 36-48 ώρες μετά την έναρξη της φλεγμονώδους επεξεργασίας. Υποχώρησαν την 5η μετεγχειρητική μέρα.</p>
		<p>Να παρατηρείται και να αναγράφεται το χρώμα, η οσμή και το ποσό του παροχτευόμενου υγρού.</p>	<p>Αναγράφονται στη λογοδοσία τα σχετικά με το παροχτευόμενο υγρό.</p>	<p>Η παροχέτευση πύδους και δύσσομου υγρού από το τραύμα μειώθηκε με συνεχείς ατσηπτικές πλύσεις του τραύματος και την αλλαγή του επιδεσμικού υλικού που βοηθάει στην προοδευτική επούλωση του τραύματος.</p>
	<p>Να αλλάζεται το επιδεσμικό υλικό.</p>	<p>Να αλλάζεται το επιδεσμικό υλικό.</p>	<p>Γίνεται αλλαγή του επιδεσμικού υλικού δυο φορές την ημέρα</p>	

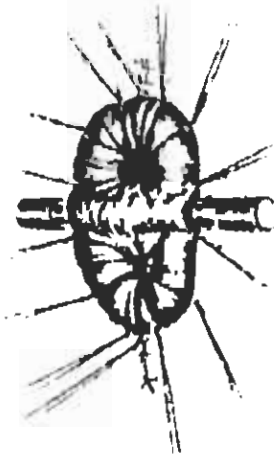
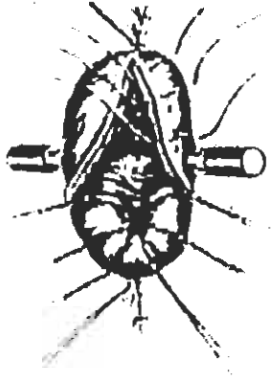
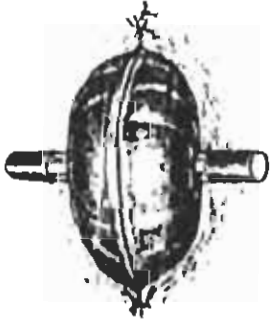
Ανάγκες - Προβλήματα του αρρώστου, Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή προγραμματισμού	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
8. Μόλυνση στο χειρουργικό τραπέζι.	Να απαλλαγεί ο ασθενής από δυσάρεστα συμπτώματα μέσα σε ένα εικοσιτετράωρο.	Να γίνονται υδρόλουτρα 2 φορές την ημέρα ή πιο συχνά κατά την ιατρική οδηγία.	Έγινε υδρόλουτρο το πρωί, σύμφωνα με ιατρική εντολή.	Τα υδρόλουτρα ανακουφίζουν τον πόνο
		Να παρακολουθείται το τραύμα για πιθανή αιμορραγία.	Παρακολουθείται το τραύμα για πιθανή αιμορραγία.	
		Να εξασφαλίζεται άνετη θέση στον ασθενή.	Τοποθετείται ο ασθενής σε θέση ώστε να μην πιέζεται το τραύμα.	Η αναπαντική θέση δεν συντέλεσε στη σημείωσε στη μείωση του πόνου.
		Να γίνεται συχνή λήψη ζωτικών σημείων.	Ετέθη 3ωρη παρακολούθηση ζωτικών σημείων	Ηαύξηση της συχνότητας των σφύξεων και η πυρετική κίνηση είναι ενδεικτική σημεία της φλεγμονής.
		Να χορηγηθεί ειδική αντιβίωση μετά από καλλιέργεια του υγρού του τραύματος.	Χορηγήθηκε αντιβίωση Briklin 1x2 από την τρίτη μετεγχειρητική μέρα.	Το Briklin χορηγείται σε λοιμώξεις από ψευδομονάδα, σταφυλόκοκκο και εντεροβακτηριακά που μπορούν να κάνουν μόλυνση σε χειρουργικό τραύμα
		Να χρησιμοποιηθούν θερμά επίθεματα πάνω στο τραύμα	Χρησιμοποιήθηκαν θερμά επίθεματα πάνω στο τραύμα	Βοήθησαν σημαντικά στη επούλωση μολύνσης του τραύματος.

<p>Ανάγκες - Προβλήματα του άρρωστου. Νοσηλευτική διάγνωση</p>	<p>Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.</p>	<p>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.</p>	<p>Εφαρμογή προγραμματισμού</p>	<p>Αξιολόγηση αποτελεσμάτων</p>
<p>9. Ανάγκη διδασκαλίας σχετικά με την αγωγή της κολοστομίας</p>	<p>Να αποκτήσει ο άρρωστος και οι συγγενείς τους τις απαραίτητες γνώσεις για τη φροντίδα και την γενικότερη αγωγή της κολοστομίας.</p>	<p>Συζήτηση με τον ασθενή και διαφώτιση του για ότι σχετίζεται με την κολοστομία.</p>	<p>Έγινε σαφές στον ασθενή ότι η αλλαγή του σάκου της στομιά θα γίνεται με τη βοήθεια αρχικά του νοσηλευτικού προσωπικού, μια και ο ασθενής δεν έχει κάποιον να τον φροντίσει.</p>	<p>Ο ασθενής ευχαρίστησε τη νοσηλεύτρια γιατί φροντίζει τόσο πολύ γι'αυτόν και φάνηκε ανοικτός και διαλλακτικός κατά τη διάρκεια της συζήτησης.</p>
		<p>Να ληφθούν μέτρα ώστε ο ασθενής να αισθάνεται άνετα κατά την κένωση του εντέρου.</p>	<p>Αφού έγινε συγκέντρωση υλικού, απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες και τοποθετήθηκε παραβάν.</p>	<p>Εξοφάλιστηκε η άνεση και διατηρήθηκε η αξιοπρέπεια του ασθενούς. Έγινε η περιποίηση της κολοστομίας με τη συμμετοχή του ασθενούς μισή ώρα πριν το φαγητό. Η κένωση ήταν φυσιολογική. Στόμιο ροζ διαμέτρου 8cm περίπου. Δεν παρατηρήθηκε ερυθρότητα, οίδημα ή εξέλκωση γύρω από το στόμιο. Μετά τη νοσηλεία ο ασθενής έφαγε ήρεμος.</p>
		<p>Να δοθεί αναπαυτική θέση στον ασθενή για να παρακολουθεί την διαδικασία φροντίδας του στομίου</p>	<p>Τοποθετήθηκε ο ασθενής σε ύπτια, ελαφρώς ανάρροπη θέση, ώστε συμμετείχε και ο ίδιος στη νοσηλεία.</p>	

Ανάγκες - Προβλήματα του αρρώστου. Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή προγραμματισμού	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
9. Ανάγκη διδασκαλίας σχετικά με την αγωγή της κολοστομίας	Να αποκτήσει ο άρρωστος και οι συγγενείς του τις απαραίτητες γνώσεις για τη φροντίδα και την γενικότερη αγωγή της κολοστομίας.	Να γίνει καλό πλύσιμο των χεριών και να φορέσουν γάντια τόσο το νοσηλευτικό όσο και ο ασθενής που θα συμμετέχει στη νοσηλεία.	Έγινε πλύσιμο των χεριών , τοποθετήθηκαν γάντια και τετράγωνο αδιάβροχο αλλαγών κάτω από το σώμα του αρρώστου.	
	Να γίνει περιποίηση κολοστομίου και του περιστοματικού δέρματος , με παράλληλη αξιολόγησή τους.		Έγινε αφαίρεση του σάκου και απομάκρυνση του υλικού στον πλαστικό σάκο των αγρήστων. Με κυκλικές κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια έγινε περιποίηση με βαμβάκι βρεγμένο με χλιαρό νερό , χωρίς σαπούνι	Δεν χρησιμοποιήθηκε σαπούνι προς αποφυγή ερεθισμού του δέρματος.
	Προστασία του δέρματος γύρω από το στόμιο από ερεθισμό και μόλυνση		Ο ασθενής τοποθέτησε μόνος του προστατευτικό υλικό gel στο δέρμα και κάλυψε τις πτυχές του περιστοματικού δέρματος με πάστα Karaya.	Με το υλικό αυτό προστατεύεται το δέρμα από ερεθισμό. Στην επόμενη αλλαγή δεν παρατηρήθηκε διαρροή του περιεχομένου της συσκευής.
			Στη συνέχεια τοποθετήθηκε ο νέος σάκος σε απόσταση 3cm από το κολοστόμιο.	Η απόσταση αυτή είναι κατάλληλη για να μην ερεθίσει το κολοστόμιο. Επίσης δεν αφήνεται μεγάλο μέρος του δέρματος ακάλυπτο.

<p>Ανάγκες - Προβλήματα του αρρώστου. Νοσηλευτική διάγνωση</p>	<p>Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας:</p>	<p>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας:</p>	<p>Εφαρμογή προγραμματισμού</p>	<p>Αξιολόγηση αποτελεσμάτων</p>
<p>9. Ανάγκη διδασκαλίας σχετικά με την αγωγή της κολοστομίας</p>	<p>Να αποκτήσει ο άρρωστος και οι συγγενείς τους τις απαραίτητες γνώσεις για τη φροντίδα και την γενικότερη αγωγή της κολοστομίας.</p>	<p>Να γίνει περιποίηση κολοστομίου και του περιστοματικού δέρματος, με παράλληλη αξιολόγησή τους.</p> <p>Προστασία του δέρματος γύρω από το στόμιο από ερεθισμό και μόλυνση</p>	<p>Έγινε πλύσιμο των χεριών, τοποθετήθηκαν γάντια και τετράγωνο αδιάβροχο αλλαγών κάτω από το σώμα του αρρώστου.</p> <p>Έγινε αφαίρεση του σάκου και απομάκρυνση του υλικού στον πλαστικό σάκο των αγρήστων. Με κυκλικές κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια έγινε περιποίηση με βαμβάκι βρεγμένο με χλιαρό νερό, χωρίς σαπούνι</p> <p>Ο ασθενής τοποθέτησε μόνος του προστατευτικό υλικό gel στο δέρμα και κάλυψε τις πτυχές του περιστοματικού δέρματος με πάστα Kataya.</p> <p>Στη συνέχεια τοποθετήθηκε ο νέος σάκος σε απόσταση 3cm από το κολοστόμιο.</p>	<p>Δεν χρησιμοποιήθηκε σαπούνι προς αποφυγή ερεθισμού του δέρματος.</p> <p>Με το υλικό αυτό προστατεύεται το δέρμα από ερεθισμό. Στην επόμενη αλλαγή δεν παρατηρήθηκε διαρροή του περιεχομένου της συσκευής.</p> <p>Η απόσταση αυτή είναι κατάλληλη για να μην ερεθίσει το κολοστόμιο. Επίσης δεν αφήνεται μεγάλο μέρος του δέρματος ακάλυπτο.</p>

<p>Ανάγκες - Προβλήματα του αρρώστου. Νοσηλευτική διάγνωση</p>	<p>Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.</p>	<p>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.</p>	<p>Εφαρμογή προγραμματισμού</p>	<p>Αξιολόγηση αποτελεσμάτων</p>
<p>9. Ανάγκη διδασκαλίας σχετικά με την αγωγή της κολοστομίας</p>	<p>Να αποκτήσει ο άρρωστος και οι συγγενείς τους τις απαραίτητες γνώσεις για τη φροντίδα και την γενικότερη αγωγή της κολοστομίας</p>	<p>Προστασία του δέρματος γύρω από το στόμιο από ερεθισμό και μόλυνση Ενθάρρυνση του ασθενούς για την ενεργητική συμμετοχή του στη διαδικασία αλλαγής και περιποίησης της κολοστομίας</p>	<p>Τέλος , εφαρμόσθηκε ζώνη στήριξης στη στεφάνη του σάκου.</p> <p>Έχουμε δείξει στον ασθενή τον τρόπο περιποίησης της στομίας και προοδευτικά τον ενθαρρύνουμε να συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία αλλαγής της . Όσο περνούν οι μέρες παραμονής στο νοσοκομείο , του ζητάμε να περπατήσει μόνος του την κολοστομία ενώ εμείς τον παρακολουθούμε παρεμβαίνοντας όταν απαιτείται να γίνει κάποια υπόδειξη</p>	<p>Επιτυγχάνεται η ακινητοποίηση της συσκευής στι σώμα του ασθενούς.</p> <p>Ο άρρωστος έμαθε όλη την διαδικασία αλλαγής και περιποίησης της κολοστομίας και μπορεί να την εφαρμόσει μόνος του.</p>
<p>10. Ανάγκη διδασκαλίας στον ασθενή σχετικά με τη διαίτα του και άλλες γενικές δραστηριότητες.</p>	<p>Η απόκτηση όλων των γνώσεων που θα επιτρέψουν στον άρρωστο την καλύτερη αντιμετώπιση της κολοστομίας του</p>	<p>Συμβουλευτική συζήτηση με τον γιατρό.</p>	<p>Συμβουλεύουμε τον άρρωστο για τη διαίτα του. Του λέμε να αποφεύγει τη λήψη λαχανικών , κρεμμυδιών , χωμών , αλάκωλ , ξηρών καρπών. Επίσης να τρώει σε τακτά χρονικά διαστήματα και να αποφεύγει τις καταχρήσεις. Του λέμε ότι μπορεί ελεύθερα να πλένεται , να κολυμπά , χωρίς να νιώθει περιορισμένος. Να συνεχίζει τις κοινωνικές του δραστηριότητες όπως πριν και να μην νιώθει μειωμένος από την κολοστομία. Επίσης σε κάθε του πρόβλημα να απευθύνεται στους επισκέπτες νοσηλευτές και στο γιατρό του για την επίλυσή του.</p>	<p>Ο άρρωστος με προσοχή ακούει όλες τις συμβουλές μας και νιώθει σίγουρος να βγει από το νοσοκομείο.</p>



Κολοστομιά-αγκύλ.η. Εξωτερική του δεξιού εγκαρσίου. στήριξη, διάνοιξη και άμεση βλεννογονοδερματική καθήλωσή του.

Κλινική περίπτωση II

Ο δεύτερος ασθενής είναι γυναίκα , ηλικίας 54 ετών , πολιτικός μηχανικός. Στο ιστορικό της αναφέρεται ότι είναι παντρεμένη με δύο παιδιά και ζει με την οικογένειά της στην Κεφαλονιά απ' όπου και κατάγεται. Η ασθενής προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου στις 5³⁰ μ.μ για να υποβληθεί σε ιατρική εξέταση με τα παρακάτω συμπτώματα: ζάλη , αδυναμία , αίσθημα εύκολης κόπωσης , μικρή απώλεια βάρους προ διμήνου και προ δεκαημέρου μικρή παρουσία αίματος στα κόπρανα.

Αυτό ήταν το σύμπτωμα που την ανησύχησε και την έφερε στα εξωτερικά ιατρεία.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Η ασθενής δεν είχε περάσει κάποια σοβαρή συστηματική νόσο κατά το παρελθόν, ούτε επίσης είχε εμφανίσει κάποια προδιαθετική νόσο (κολίτις , πολυποδίαση, κ.λ.π.). Είχε αποκτήσει δύο παιδιά με φυσιολογικό τοκετό προ εικοσιπέντε και τριάντα ετών αντίστοιχα και είχε παρέλθει την αναπαραγωγική ηλικία.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Διαπιστώθηκε ιστορικό καρκίνου του πεπτικού της συστήματος σε συγγενικά της πρόσωπα.

ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Κατά τη φυσική εξέταση η γενική της κατάσταση ήταν μέτρια με χαμηλή αρτηριακή πίεση (80-40 mm Hg). Η κοιλιά ήταν ευπίεστη, χωρίς σύσπαση, ήπαρ και σπλήνας αψηλάφητα. Κοιλιακοί ήχοι φυσιολογικοί. Έγινε δακτυλική εξέταση, η οποία επιβεβαίωσε την παρουσία αίματος στα κόπρανα.

Προγραμματίστηκε εισαγωγή για περαιτέρω έλεγχο.

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ: Κατά την εισαγωγή της η άρρωστη είχε βάρος 55 kgf και ζωτικά σημεία Δ.Π.: 95/50 mm Hg, αναπνοές 19/min, σφύξεις 75/min και θερμοκρασία 37,5°C . Η πίεσή της ήταν πάντα σε χαμηλά επίπεδα κυμαινόμενη από 110 έως 80mm Hg η συστολική και 66-55 mm Hg η διαστολική.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: Ο αιματολογικός έλεγχος έδειξε τα εξής: Γενική αίματος: Αριθμός ερυθρών: 4.000.000/mm³, λευκών 9.000/ mm³, αιμοπεταλίων 150.000/mm³, I./tc 31% και Hb 12 g%. χρόνος καθίζησης 18mm, χρόνος πήξης 15'. Βιοχημικές αίματος: Γλυκόζη 90mg%, ούρια 1mg%, ουρικό οξύ 4,5 mg%, χολερυθρίνη άμεση 0,2 mg% και έμμεση 0,4 mg%, κάλιο 4,5 και νάτριο 142 mEq/L..

Από την γενική αίματος φαίνεται ότι ο αιματοκρίτης ήταν μειωμένος λόγω της απώλειας αίματος, ενώ η αιμοσφαιρίνη (Hb) και ο αριθμός των ερυθρών αιμοσφ. ή-

ταν στις χαμηλότερες φυσιολογικές τιμές. Μικρή αύξηση υπήρχε και στην ταχύτητα καθίζησης ερυθρών. Οι υπόλοιπες τιμές των εργαστηριακών εξετάσεων ήταν μέσα στα φυσιολογικά όρια.

ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: Ο σπουδαιότερος παρακλινικός έλεγχος ήταν η ακτινογραφία εντέρου με βαριούχο υποκλυσμό. Έγινε προετοιμασία δύο ημέρες πριν, με διακοπή στη λήψη τροφής και με καθαρτικούς υποκλυσμούς. Την τρίτη ημέρα έγινε ο βαριούχος υποκλυσμός που απέδειξε σκιαγραφικό έλλειμμα περιορισμένης έκτασης στην ορθοσιγμοειδική καμπή.

ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: Κατόπιν η άρρωστη υποβλήθηκε σε ορθοσιγμοειδοσκόπηση κατά την οποία έγινε μακροσκοπική εκτίμηση τον όγκου και λήψη ιστοτεμαχίου για κυτταρολογικό έλεγχο. Η βιοψία έδειξε μέτριας διαφοροποίησης κακοήθεια, με μικρές λεμφαδενικές μεταστάσεις. Αποφασίσθηκε η χειρουργική αφαίρεση του όγκου και η δημιουργία μόνιμης κολοστομίας.

Ανάγκες - Προβλήματα του αρφωστου. Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή προγραμματισμού	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
1. Ανασφάλεια και φόβος της ασθενούς για την χειρουργική επέμβαση.	Ξεπέραςμα του φόβου και την ανασφάλειας της ασθενούς.	Ενημέρωση της ασθενούς με κάθε λεπτομέρεια για την εξέλιξη και την μετεγχειρητική πορεία της.	Εξηγούμε στην άρρωστη με τρόπο που μπορεί να καταλάβει, με απλά λόγια χωρίς επιστημονικούς όρους ότι οι επεμβάσεις στο έντερο είναι πλέον εύκολες. Δεν υπάρχουν πλέον οι επιπλοκές που συνέβαιναν τα παλιότερα χρόνια και θα μπορεί να σηκωθεί από το κρεβάτι της την άλλη μέρα από την εγχείρηση. Επίσης της εξηγήσαμε ότι δεν θα πρέπει να ανησυχεί για τα διάφορα σωληνάκια που θα φέρει μετά το χειρουργείο γιατί αυτά θα αφαιρεθούν πολύ γρήγορα.	Η ασθενής πείθεται από το νοσηλευτικό προσωπικό και αισθάνεται πιο σίγουρη για την αναγκαιότητα της εκτέλεσης της χειρουργικής επέμβασας. Ο φόβος και η ανασφάλεια δεν την χαρακτηρίζουν πιά.
2. Αμφιβολία και ανησυχία για την αποτελεσματικότητα της χειρουργικής επέμβασης.	Εξουδετέρωση κάθε αμφιβολίας και ανησυχίας για την αποτελεσματικότητα της επέμβασης.	Ενημέρωση της ασθενούς και του οικογενειακού της περιβάλλοντος για την σκοπιμότητα και την επιτυχία της εγχείρησης και οποιαδήποτε άλλης θεραπείας απαιτηθεί.	Αναφέρουμε στην άρρωστη τα ποσοστά επιτυχίας καθώς και τους λόγους για τους οποίους πιστεύουμε ότι θα έχει καλή πορεία η εγχείρηση. Επίσης της επιστημαίνουμε ότι η χειρουργική επέμβαση θα την βοηθήσει να απαλλαγθεί από τον όγκο, θα βελτιώσει την υγεία της και θα ζήσει πολύ καλύτερα. Ακόμη το ότι ο όγκος δεν είναι πολύ προχωρημένος και ότι οι πιθανότητες ριζικής ίασης είναι πολλές. Την πείθουμε να μη συγκρίνει άλλες περιπτώσεις ασθενών που έχει υπόψημ της και είχαν άσχημη εξέλιξη με την δική της περίπτωση γιατί ο κάθε ασθενής είναι μοναδικός και διαφορετικός από οποιονδήποτε άλλο ασθενή.	

Ανάγκες - Προβλήματα του αρρώστου. Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή προγραμματισμού	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
3. Πανικός, άγχος και συναισθηματική αστάθεια αίτιας της δημιουργίας της κολοστομίας.	Αλλαγή από τον πανικό και το άγχος και επίτευξη ψυχικής ηρεμίας και ισορροπίας.	Συχνή επαφή με την άρρωστη, συζήτηση για την κολοστομία, απαντήσεις στα ερωτήματα και στις απορίες που θέτει επεξήγηση των λόγων για τους οποίους είναι αναγκαία η τοποθέτηση της κολοστομίας και διαβεβαίωση της ασθενούς για την ομαλή συνέχιση της ζωής της.	Εξηγούμε στην άρρωστη ότι η κολοστομία είναι συνηθισμένο φαινόμενο στις παθήσεις του παχέος εντέρου και ότι πάρα πολλοί συνάνθρωποί μας έχουν κολοστομία χωρίς να επηρεάζεται η προσωπική και κοινωνική τους ζωή. Επίσης μπορούμε να της φέρουμε ως παράδειγμα δημόσια - επιφανή πρόσωπα τα οποία συνεχίζουν να διαπρέπουν στον επαγγελματικό και κοινωνικό στίβο όπως και πριν τη τοποθέτηση της κολοστομίας. Καλύτερη εξοικείωση της ασθενούς με το σάκο ωλαγής της κολοστομίας μπορεί να ελεγχθεί όταν τη φέρουμε σε επαφή με άλλους ασθενείς που είναι στην κλινική και έχουν κολοστομία για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η συζήτηση μαζί τους θα επιδράσει θετικά στη ψυχρσύνθεση της ασθενούς. Επιπλέον, ανφέρουμε τόσο στην άρρωστη όσο και στους οικείους της ότι η περιποίηση και η ρύθμιση της κολοστομίας είναι εύκολη διαδικασία και ότι θα την εκτελούν στο σπίτι χωρίς να προσέρχονται στο νοσοκομείο. Επίσης με προσεκτική δίαιτα μπορεί να ρυθμιστεί η λειτουργία της κολοστομίας και να αποφευχθεί η συνεχής χρήση του σάκου συλλογής.	
4. Εμετός	Αντιμετώπιση του εμετού και των επιπλοκών αυτού.	Διακοπή λήψης τροφής	Δεν λαμβάνει τροφή ή υγρά τις πρώτες 48 ώρες μετά την εγχείρηση.	Έλεγχος του εμετού και πρόληψη κάθε επιπλοκής του

Ανίχνευση - Προβλήματα του αφοστού. Νοσηλευτική διερεύνηση	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή προγραμματισμού	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
4. Εμετός	Αντιμετώπιση του εμετού και των επιλόκων αυτού.	Χορήγηση αντιεμετικών κατά την σύμφορης ιατρικής γνώμης	<p>Όταν αρχίσει η σήση χορηγούνται μικρά, υδρικά, γεύματα σε τακτά χρονικά διαστήματα.</p> <p>Σε πάση για εμετό συμβουλεύεται να πάρνει βαθιές αναπνοές από το στόμα</p> <p>Συχνή μέτρηση του κυλίου του ορού αίματος, για την πρόληψη υπογλυκαιμίας που εμφανίζεται συνήθως λόγω του εμέτου</p> <p>Χορήγηση μετοκλοπραμίδης I.V. (PRIMPETAN) και ONDASEDRON (ZOFKON)</p> <p>I.V. Κατόπιν ιατρικής οδηγίας.</p> <p>Έλεγχος του χαρακτήρα, του ποσού και του χρώματος του εμέτου και σημείωσή του.</p>	
5. Πτώση HJ - αναιμία Ht29% HB:10MG% ερυθρά: 4.000.000MM ³	Αποκατάσταση του HT σε φυσιολογικές τιμές και διάφθοση της αναιμίας	Αντιμετώπιση τυχόν αιμορραγίας	<p>Συχνή λήψη ζωτικών σημείων για ανακάλυψη τυχόν εσωτερικής αιμορραγίας</p> <p>Ανάπυση του αφοστού σε ήπιχο θάλαμο με περιορισμό των θορυβών και αποκατάσταση της ηρεμίας του.</p> <p>Υποστηρικτική χορήγηση O2 με κάσκα για αύξηση της πρόσληψης O2 από τη ερυθροκύτταρα, Αποφυγή έντονων συγκινήσεων</p>	Αποκατάσταση της τιμής του HT σε φυσιολογικά επίπεδα (δηλ. Ht35%) και διάφθοση της αναιμίας.
	Μείωση των αναγίων σε οξύνοο	Χορήγηση αίματος.		

Ανάγκες - Προβλήματα του αρχόστου. Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικαταστάσιμος σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή προγραμματισμού	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων.
5. Πτώση HJ - αναιμία 1Ht29% HB:10MCP% ερυθρά: 4.000.000MM ³	Αποκατάσταση του HJ σε φυσιολογικές τιμές και διόρθωση της αναιμίας	Χορήγηση αντιεμεπικών κατά την σύμφωνης ιατρικής γνώμης	Αποφυγή κόπωσης για περιορισμό των αναγκών της περιφέρειας σε οξυγόνο. Χορηγήθηκε 1 μονάδα παραγόντων πήξης (αιμοπετάλια) Χορηγήθηκαν 2 μονάδες συμπουκλαμίνων ερυθρών. Εφαρμόσθηκε σολίνος αερίων , ο οποίος απέδωσε αλλά δεν επανέφερε πλήρως την κινητικότητα του εντέρου.	Ανακούφιση και ηρεμία της ασθενούς.
6. Διάταση εντέρου.	Άμεση ανακούφιση της ασθενούς από το ενοχλητικό αυτό συναισθημα και επαναφορά της κινητικότητας του εντέρου.	Αποκατάσταση της κινητικότητας του εντέρου με την τοποθέτηση σωλήνα αερίων και αν χρειασθεί στη συνέχεια και με υποκλύσμο.	Αποβολή του περιεχομένου του εντέρου με καθαριστικό υποκλύσμο.	Αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου.
7. Αιμορραγία από το τραύμα	Αντιμετώπιση της απώλειας του αίματος και αντικατάσταση του.	Έλεγχος της αιμορραγίας με αιμόσταση. Χορήγηση προϊόντων αίματος.	Έγινε πύση του αιμορρογόνου σημείου με αποστειρωμένη γάλα (για αποφυγή μόλυνσης του τραύματος) Επειδή η αιμορραγία δεν σταμάτησε έγινε αιμόλυση του αιμορρογόνου αργείου από τον χειρουργό. Χορηγήθηκε 1 μονάδα ολικού αίματος για την αποκατάσταση της αναιμίας που δημιουργήθηκε από την αιμορραγία.	Εξέθθηκε η αιμορραγία και αποκαταστάθηκε η αναιμία.

Ανάγκες - Προβλήματα του άρρωστου. Νοσηλευτική διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή προγραμματισμού	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
8. Ανάγκη διδασκαλίας της άρρωστης σχετικά με την περιποίηση της κολοστομίας.	Απόκτηση γνώσεων γύρω από τη φροντίδα και περιποίηση της κολοστομίας.	Περιποίηση της κολοστομίας μαζί με την άρρωστη και το οικείο περιβάλλον της.	Μετά τις πρώτες αλλαγές που έκανε ο γιατρός, έγινε αλλαγή της κολοστομίας ενώ παρακολούθησαν η άρρωστη και η οικογένειά της, με συστηματική επεξήγηση κάθε ενέργειας. Τονίστηκαν τα σημεία που πρέπει να προσέχει η άρρωστη, το περιστοματικό όξινο, η προσεκτική διαίτα και η σωστή ιατρική παρακολούθηση. Συνεχί επιδείξη της αλλαγής του σώκου της στομίας στην ασθενή και στο οικογενειακό της περιβάλλον από την STOMA THERAPIST ώστε μετά την έξοδο από το νοσοκομείο να μην αντιμετωπίζει πρόβλημα στο σπίτι.	Η ασθενής με την δική μας βοήθεια και την υποστήριξη της οικογένειας της εξοικειώνεται με τις διαδικασίες της περιποίησης της κολοστομίας και συμμετέχει μαζί μας στις αλλαγές.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αν θελήσουμε να ρίξουμε μια ματιά στην Ελληνική πραγματικότητα , θα διαπιστώσουμε ότι στη διάθεση του Έλληνα που υποφέρει από καρκίνο του παχέος εντέρου δεν υπάρχουν οργανωμένες από το κράτος υπηρεσίες.

Η Αντικαρκινική Εταιρεία που λειτουργεί με ιδιωτική πρωτοβουλία, δεν έχει τίποτε εντελώς , εξειδικευμένο , για τους αρρώστους με καρκίνο εντοπισμένο στο έντερο.

Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι τα ασφαλιστικά ταμεία χορηγούν δωρεάν σε ασφαλισμένους αρρώστους με κολοστομίες τις απαραίτητες συσκευές. Επίσης έχει συμπεριλάβει ομοιοπαθείς αλλά σε περιορισμένη ακτίνα.

Όμως τη θα μπορούσε να γίνει σωστά στον τόπο μας , που θα ικανοποιεί τις ποικιλόμορφες ανάγκες των αρρώστων με Ca του παχέος εντέρου;

Θα μπορούσε να υπάρχει ιατροκοινωνική υπηρεσία σε κάθε νοσοκομείο. Η νοσηλεύτρια , βασικό στέλεχος της μονάδας θα αναλάμβανε να παρακολουθεί τους αρρώστους από την περίοδο που ακόμη νοσηλεύονται στο νοσοκομείο – έτσι θα έχει την πρώτη γνωριμία μαζί τους. – μέχρι και μετά την επιστροφή τους στο οικογενειακό περιβάλλον θα παρακολουθεί από κοντά την εξέλιξη της καταστάσεώς του και τα προβλήματα , που αντιμετωπίζει ο ίδιος και τα μέλη της οικογένειάς του , θα αναφέρει τις παρατηρήσεις της στη σωστή αντιμετώπισή του.

Μια άλλη σκέψη για να βοηθούνται αυτοί οι άρρωστοι και να παρακολουθούνται σωστά και αποτελεσματικά θα ήταν η ύπαρξη σε κάθε νοσοκομείο ειδικού εξωτερικού ιατρού, που θα πηγαίνουν άρρωστοι με καρκίνο του παχέος εντέρου και μάλιστα όταν έχουν κολοστομία..

Αυτά τα ιατρεία να είναι επανδρωμένα με ειδικευμένες νοσηλεύτριες οι οποίες και θα τα διευθύνουν,

Έτσι οι άρρωστοι με κολοστομία θα ξέρουν ότι για το οποιοδήποτε πρόβλημα τους θα απευθύνονται σ' αυτά τα ιατρεία.

Επειδή όμως η οργάνωση αυτών των υπηρεσιών παίρνει χρόνο για να ιδρυθούν και να λειτουργήσουν , σ' αυτή τη φάση , θα ήταν σκόπιμη η εκπαίδευση αδελφών που εργάζονται στις περιφερειακές υγειονομικές υπηρεσίες , όπως είναι τα αγροτικά ιατρεία του Ι.Κ.Α. κ.α. για να μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες των αρρώστων με προβλήματα κολοστομίας.

Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία , γιατί έρευνες έχουν αποδείξει ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα στην επαρχία απ'ότι στα αστικά κέντρα. Επομένως οι νοσηλεύτριες αυτές έχουν να σηκώσουν βαρύτερο φορτίο μιας τέτοιας αποστολής.

Κάποτε πρέπει να γίνει η αρχή για μια σωστότερη αντιμετώπιση αυτών των αρρώστων, και θα μπορούσε να γίνει η πρώτη προσπάθεια για την πραγματική οργάνωση μιας υπηρεσίας , που θα έχει αντικειμενικούς σκοπούς την ικανοποίηση των αναγκών , ψυχολογικών , κοινωνικών , σωματικών , οικογενειακών και οικονομικών των αρρώστων , που πάσχουν από καρκίνο του παχέος εντέρου.

Τέλος , νομίζω ότι είναι καθήκον και υποχρέωση όλων όσων ασχολούμαστε με τον άρρωστο να προσφέρουμε τις γνώσεις , τις ικανότητες , το ενδιαφέρον και την αφοσίωσή μας για να βοηθήσουμε ανθρώπους που έχουν ανάγκη την δική μας παρουσία – όσο θα βρίσκονται μακριά από το νοσοκομείο – μέσα στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. SOBOTTA «Άτλας Ανατομικής του Ανθρώπου ». Μετάφραση : Νικηφόρου.Ν.Δ, Τόμος 3^{ος} , 1^η Ελληνική έκδοση , εκδόσεις Παρισιάνος , Αθήνα 1981.
2. Snell S.R., « Κλινική Ανατομική », Τόμος πρώτος , Έκδοση 1^η, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας , Αθήνα 1992.
3. Weston Tr., « Άτλας Ανατομίας », Έκδοση 1^η , εκδόσεις ΚΙΣΣΟΣ , Μετάφραση Σακοδήμος Α. , Αθήνα 1992.
4. Kahle W. – Leonhardt H. – Platzner W. , « Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα – εσωτερικά όργανα », Τόμος 2^{ος} , Μετάφραση – Επιμέλεια Παπαδόπουλος Ν., Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1985.
5. Κατρίτση Δ.Ε. – Παπαδοπούλου Ι.Ν., « Ανατομική του Ανθρώπου , Σπλαχνολογία – Καρδιά », έκδοση 3^η, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1986.
6. Keir L., - Wise A.B. – Krebs C, « Ανατομία και Φυσιολογία του ανθρώπινου σώματος » , Έκδοση 3^η , Εκδόσεις « Έλλην » , Αθήνα 1996.
7. Lipper T.H., « Ανατομική – Κείμενο και Άτλας », Έκδοση 5^η, Επιστημονικές εκδόσεις Τρ. Παρισιάνος , Αθήνα 1993.
8. Σμπαρούνης Χαράλαμπος Ν. « Γενική Χειρουργική », Τόμος Γ, University Studio Press Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και Περιοδικών , Θεσσαλονίκη 1991.
9. Wvnsberghe V.D. – Noback R.C.et all, « Human Anatomy and Physiology », Third Edition , International Edition , 1995.
10. ΠΙΕΤΡΟΥ Μ.Γ., « Σημειώσεις Συστηματικής Ανατομικής », Τμήμα Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Πάτρα ς, Πάτρα 1983.
11. Guyton A., «Φυσιολογία του Ανθρώπου », Έκδοση 3^η, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984.
12. Πλέσσας Τ.Σ. – Κανέλλος Ε., « Φυσιολογία του Ανθρώπου 1 », Έκδοση 2^η βελτιωμένη και επηξημένη, Εκδόσεις:Φάρμακον – τύπος , Αθήνα 1997.
13. Παπαδημητρίου Γιάννης Δ. – Ανδρουλάκης Γιώργος Α., « Αρχές Γενικής Χειρουργικής », Τόμος Β' , επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος , Αθήνα 1989.
14. Papachristou N. – Fortner G. « Adenocarcinoma of the gastric cardia », Surgery, Volume 192, 1980.

15. Καζλάρη Ε., « Παθολογία Νεοπλασμάτων », Επίτομος , Ιατρικές εκδόσεις ΛΕΟ-ΝΤΙΑΔΗ , Αθήνα 1975.
16. Ζευγολάτη Κ. – Σακελλαροπούλου Ν. Οικονομοπούλου Π., « Λι κακοήθαι νεοπλασμάι του παχέος εντέρου », πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Γαστρεντερολογίας , Αθήνα 1979.
17. Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία « Παχύ Έντερο – Γαστρεντερολογία/3 », προσκεκλημένοι εκδότες Ν.Καλαντζής – Ν.Σκανδάλης, Αθήνα 1995.
18. Κοσμίδης Π. – Τριαναφυλλίδης Γ., « Ογκολογία του πεπτικού συστήματος », Επίτομος, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1991.
19. Sherman C.D. – Calman K.C.et all, « Εγχειρίδιο Κλινικής Ογκολογίας ». Μετάφραση – επιμέλεια Σανδρής Π., Έκδοση 4^η, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991.
20. Παπαδημητρίου Μ., Ηλιόπουλου Ν, Αβραμόπουλου Μ., κ.α., « Συγκριτική μελέτη συχνότητας Ca παχέος εντέρου και στομάχου.
21. Κατσουγιάννη Κ. – Κολεξίνας Μ. κ.α., « Θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλασμάτα στην Ελλάδα 1960 – 1985 », Εκδόσεις: Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1990.
22. Σπηλιώτης Ιωάννης – Παναγόπουλος Κων/νος , « Κλινικά Προβλήματα χειρουργικής », Έκδοση 3^η, Ιατρικές εκδόσεις ΒΟΥΛΓΑΡΗΣ, Πάτρα 1989.
23. Παπαδημητρίου Μ, Ηλιοπούλου Ν. και άλλοι, « Συγκριτική μελέτη συχνότητας Καρκίνου Παχέος Εντέρου και στομάχου », περιλήψεις , 7^ο Πανελλήνιο συνέδριο Ογκολογίας, Πειραιάς 4-7 Νοεμβρίου 1998.
24. Τούντας Κ.Ι., « Επίτομος χειρουργική», Τεύχος 3^ο, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος , Αθήνα 1981.
25. Γολεμάτης Χ.Β., « Χειρουργική Παθολογία », Τομος Β', Έκδοση 1^η , Ιατρικές εκδόσεις : Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1991.
26. Μπάλος Π., « Χειρουργική », Τομος Β', Έκδοση 1^η , Ιατρικές εκδόσεις : Πασχαλίδης, Αθήνα 1987.
27. Χανιώτης Ι.Φ., « Παθολογία – Νοσολογία », Τόμος 1^{ος}, Νέα Έκδοση , Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992.
28. Τριχόπουλος Δ., « Επιδημιολογία – αρχές μέθοδοι – εφαρμογές », Εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιάνος , Αθήνα 19812
29. Andreoli E. Th- Carpenter C.ZCh et all, « Cecil Παθολογία », Μετάφραση – Επιμέλεια Μουτσόπουλος Χ., Έκδοση 1^η, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991.

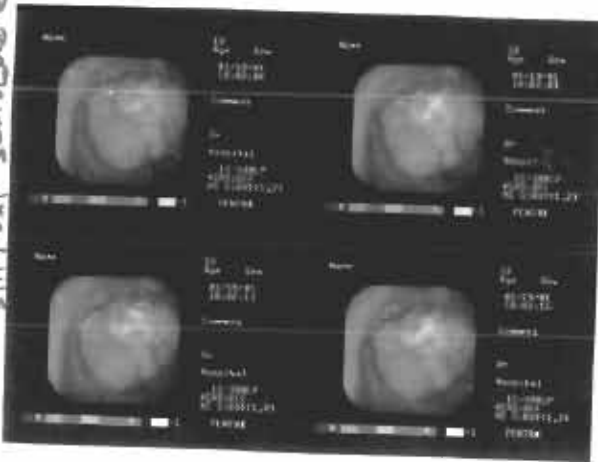
30. Andreoli E. Th- Carpenter C.ZCh et all, « Cecil Παθολογία », Μετάφραση – Επιμέλεια Μουτσόπουλος Χ., Τόμος Α, Έκδοση 3^η , Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1985.
31. Dollinger M. Rosenbaun Er. Et all. « Ο καρκίνος- Διάγνωση , Πρόληψη , Θεραπεία και Καθημερινή αντιμετώπιση », Έκδοση 1^η, Εκδόσεις κάτοπτρο , Αθήνα, Δεκέμβριος 1992.
32. Μπλεσμπεας Σ. – Χαραλάμπους Σ.Χ., « Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση σε ασυμπτωματικά άτομα ηλικίας 50-75 ετών με το Hemoccult Test », Ελληνική Ογκολογία , Τόμος 25^{ος}, Τεύχος 3 , Τριμηνιαία Έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις ΖΗΤΑ, Αθήνα , Ιούλιος – Σεπτέμβρης 1989.
33. Κατσαρός Δ. – Σδούγκος Ηλ. – Βρεττού Β. – Μπαρμπάτζας Χ., « Πρώιμος γαστρικός καρκίνος . Κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα. », Ελληνική Γαστρεντερολογία , Τόμος 1^{ος} , Ιανουάριος 1988.
34. Γαρδίκας Κ.Δ., « Ειδική Νοσολογία », Τόμος Α', Έκδοση 4^η , Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος , Αθήνα 1984.
35. Harrison, « Εσωτερική Παθολογία », Τόμος 2^{ος} , Έκδοση 12^η , Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου , Αθήνα 1994.
36. Λεουτσάκος Β., « Επιπλοκές μετά από εγχειρήσεις στο λεπτό , στο παχύ έντερο , στο ορθό και στον πρωκτικό σωλήνα», Ιατρική , Τόμος 8^{ος} , τεύχος 39^ο, Αθήνα 1981.
37. Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας, « Κλινική Ογκολογία », Έκδοση 1^η, Αθήνα 1981.
38. Παπαβασιλείου Κ. και άλλοι, « Θεραπευτική του καρκίνου – χειρουργική , ακτινοθεραπεία , χημειοθεραπεία. », Τόμος Α', Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ.Κ.Παρισιάνος, Αθήνα 1973.
39. Ζαννή Α.Γ., « Ακτινοβολία και ο ανθρώπινος οργανισμός », Σεμινάριο ακτινοπροστασίας, Κέντρο Πυρηνικών Ερευνών Δημόκριτος , 1970.
40. Farquharson Eric, « Χειρουργική Τέχνη », Μετάφραση – Επιμέλεια: Κάτσας Αριστοτέλης, Τόμος 1^{ος}, 4^η Αγγλική Έκδοση, « Εκδόσεις Τάκης Βοσκάκης, Επιστημονική Βιβλιοθήκη », Αθήνα 1970.
41. Hubrand S., Devita V., « Chemotherapy Research », Amer.I.Of Nursing, April 1976.
42. Ρήγας Α. , « Χειρουργικές παθήσεις πεπτικού συστήματος – Αλγορυθμικοί πόνακες », Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1983.
43. Ράπτης Σωτήριος Α., « Εσωτερική Παθολογία », Τόμος 2^{ος} , Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος , Αθήνα 1981.

44. Καρβέλας Φ. – Τσολάκης Ι. και άλλοι, « Καρκίνος στομάχου , Επιδημιολογία , διάγνωση και αντιμετώπιση στον επαρχιακό πληθυσμό », Ιατρικά χρονικά , Τόμος 9, Τεύχος 3^ο , Μάρτης 1986.
45. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Σεμινάριο νοσηλευτριών με θέμα : « Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή », Συντονιστής: Σταύρος Μπεσμπέας, Αθήνα 1991.
46. Γουλιά Γ.΄., « Εφαρμοσμένη Νοσηλευτική », Έκδοση 1^η , Εκδόσεις « Η ΤΑΒΙΘΑ », Αθήνα 1991.
47. Μαλγαρινού Μ. – Κωνσταντινίδου Σ., « Γενική Παθολογική Χειρουργική », Τόμος Α΄, Έκδοση 19^η, Εκδόσεις « Η ΤΑΒΙΘΑ », Αθήνα 1995.
48. Σαχίνη – Καρδάση Α. – Πάνου Μ., « Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική – Νοσηλευτικές Διεργασίες», τόμος 1^{ος} , Επανέκδοση 5^η, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1996.
49. Harrison T.R., « Εσωτερική παθολογία », Μετάφραση Α.Βαγιωνάκης, Δ.Βαρώνος, Κ.Γαρδίκας, Ν.Διακουμάκος, Ι.Ζωγράφος, Β.Θεοδώρου , Ν.Κανδρεβιώτης , Α.Καλοτούρος , Ι.Κρικέλης , Α.Λιάπης , Σ.Μαρκέτος , Σ.Μουλόπουλος , Θ.Μουντοκοιλιάκης , Ν.Νικηφόρος , Δ.Παντελάκης , Λ.Σπαντιδέας , Λ.Σπάρος , Α.Φερτάκης , Ι.Χατζημηνάς, Τόμος Γ΄, Έκδοση 10^η, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ.Παρισιάνος, Αθήνα 1988.
50. Γεωργιάδης Ν., « Κολοστομία », Ιατρική , Τόμος 8^{ος} , Τεύχος 4^ο , Αθήνα 1965.
51. Barbara Engam, « Νοσηλευτική Φροντίδα στην Παθολογία και Χειρουργική» , Επιμέλεια: Γεώργιος Καραχάλιος, Επίτομος , Εκδόσεις « Έλλην », Αθήνα 1977.
52. Σολωμός Κ., « Διατροφή και Καρκίνος », Τόμος Α΄, εκδόσεις Πασχαλίδης , Αθήνα , Σεπτέμβριος 1981.
53. Σαχίνη – Καρδάση Α. – Πάνου Μ., « Παθολογική και Χειρουργική – Νοσηλευτικές διαδικασίες », Τόμος Β, Επανέκδοση 4^η. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1994.
54. Αθανάτου Κ.Ε., « Κλινική Νοσηλευτική – Βασικές και ειδικές νοσηλείες », Έκδοση 4^η, Βελτιωμένη , Αθήνα 1994.
55. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Σεμινάριο νοσηλευτριών με θέμα : « Πρόληψη και Έγκαιρη Διάγνωση του καρκινοπαθούς », Συντονιστής: Σταύρος Μπεσμπέας, Αθήνα 1991.
56. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία., « Διατροφή και Καρκίνος », Συντονιστής: Δόντας Ν., Αθήνα 1991., σελ. 78-79.

57. Σαββοπούλου Γ., « Ο νοσηλευτής μπροστά στις ανάγκες του αρρώστου με καρκίνο », Νοσηλευτική, Τόμος 33^{ος}, Τεύχος 4^ο, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 1994.
58. Alterescu V., « Ce the Ostomy. What do you teach the patient?», American Journal of Nursing, 1985.
59. Λογοδήμος Διονύσιος, « Σημειώσεις στον Καρκίνο του Παχέος Εντέρου », Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Καθηγητής Νοσοκομείου Αθηνών Χειρουργικής – Ογκολογίας στο Θεραπευτήριο « Υγεία » και στο Τζάνειο, Αθήνα 1983.
60. Τριχοπούλου Α. – Τριχόπουλος Δ., « Προληπτική Ιατρική ». Αγωγή Υγείας – Κοινωνική Ιατρική – Δημόσια Υγιεινή, Επίτομος, Εκδόσεις : Γ.Κ.Παρισιάνος, Αθήνα 1986.
61. Εγκυκλοπαίδεια Ιατρικής, κεφ. « Καρκίνος Παχέος Εντέρου », Τόμος 12^{ος}, Αθήνα 1967

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΡΟΣΒΑΣΙΣ
10/1/21
ΖΗΜΜΟΣ



ΥΠΟΞΕΙΣΤΗΡΕΩΣΗ
11/1/21 Κλινική FX
ΠΟ

Αρ. Μητρώου:

- amp atedol
- amp buscopan
- amp pethidine
- spray cystone ✓

Ενδοσκόπιο
FC380LP

Βιοψία
Κυστεκτομή
Φασ/ηλια

Εξετάστηκε το έντομο μέχρι του γαστρίου του
Σύμφωνα στον ο σφραγισμένο ήμωμο. Γαστρίο
κομμάτι.

Εκκαθαρίστη, χωρίς φλεγμονή. Περιτυρωμένο
βέ σφραγισμένο εντός του εντέρου, ιδιαίτερα βία
εγκλωβισμένο. Στο φάρμακο (βιολογικό) και στο
χρόνιο. Ηρί σφραγισμένο βιολογικό το σφραγισμένο
λακωνίκο χαρακτηριστικό και οι λεπτομέρειες
και βί σφραγισμένο 5 μέτρα σφραγισμένο περιτυρωμένο
έμφραγμα του σφραγισμένου.



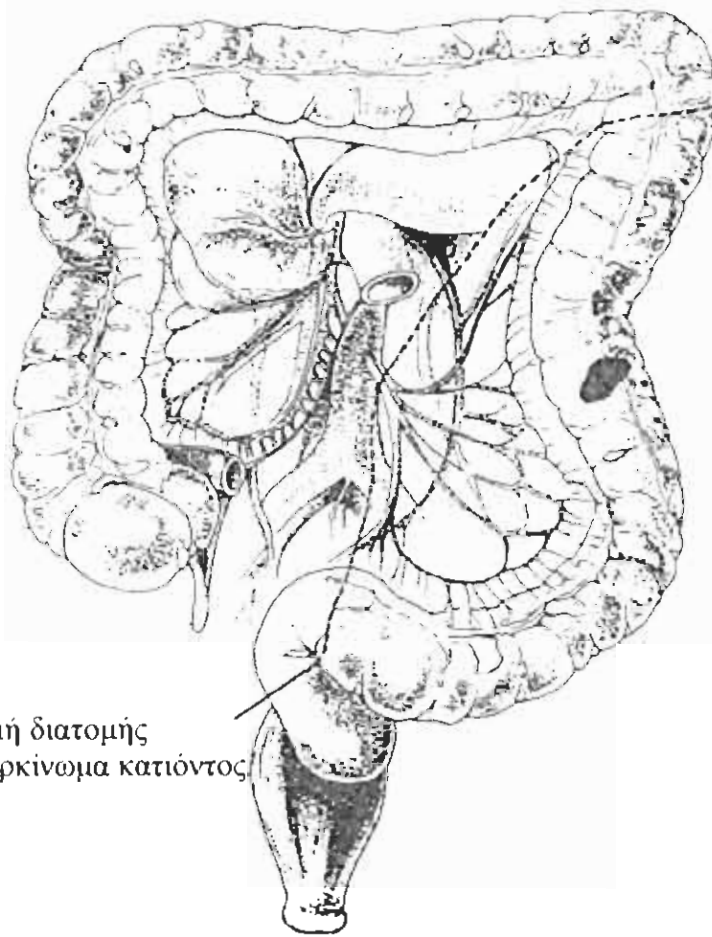
Συμπέρασμα: βίολογικό σφραγισμένο

υπογεγραμμέν
υποβλήθη στην
και οι πιθανοί κίνδυνοι

δηλώνω ότι δέχομαι να
και μου εξηγήθηκε σαφώς το είδος της

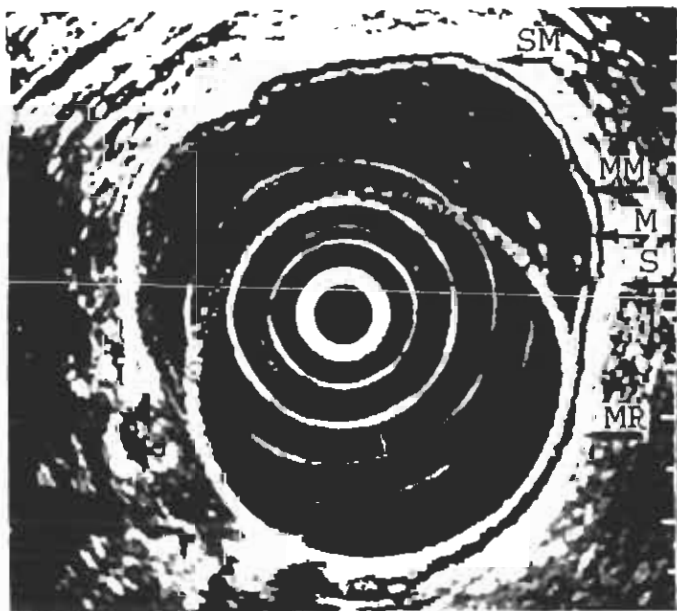
Τμήματα Παχέος Εντέρου	Άτομα	Συχνότητα
Σιγμοειδές	32	38,55%
Ορθό	27	32,56%
Τυφλό	14	16,86%
Ανιόν Κόλον	5	6,02%
Εγκάρσιο Κόλον	3	3,61%
Δεξιά κολική καμπή	1	1,20%
Κατιόν Κόλον	1	1,20%
Αριστερή κολική καμπή	-	-

Συχνότητα εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου.



Γραμμή διατομής
για καρκίνωμα κατιόντος

Λπείκόνιση ορίων εκτομής του παχέος εντέρου σε αριστερή κολεκτομή για όγκο κατιόντος κόλου.



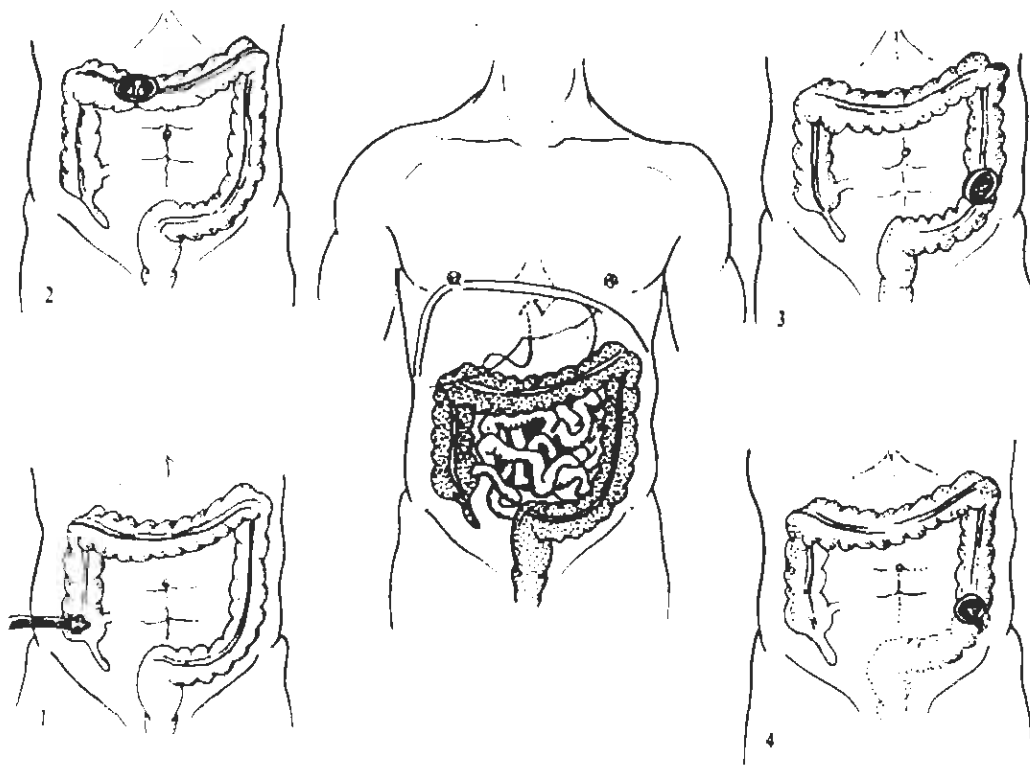
ΕUS: Φυσιολογικό τοίχωμα παχέος εντέρου με τις πέντε στοιβάδες. M: βλεννογόμιος μυϊκή στοιβάδα, sm: υποβλεννογόμιος στιβάδα, mr: μυϊκή στοιβάδα και S: ορογόμιος στιβάδα.



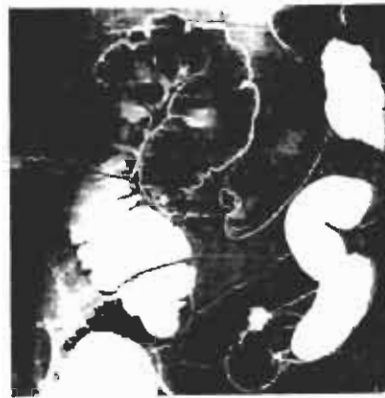
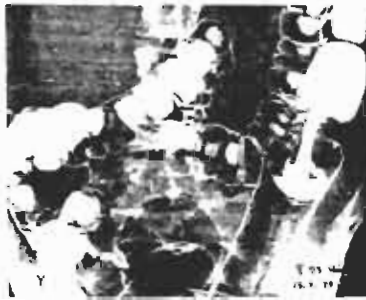
Οικογενής πολυποδίαση με πολλαπλούς πολύποδες στη διαδρομή του παχέος εντέρου.



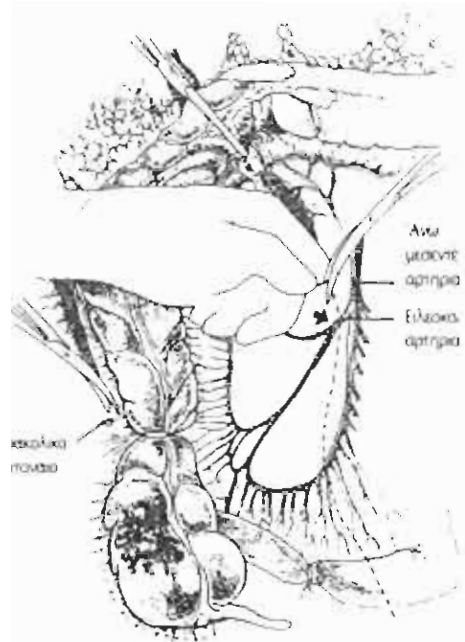
Εγχειρητικό παρασκεύασμα χαμηλής πρόσθιας ορθοσιγμοειδεκτομής για ανθοκραμβοειδές καρκίνωμα που προκαλεί τη στένωση.



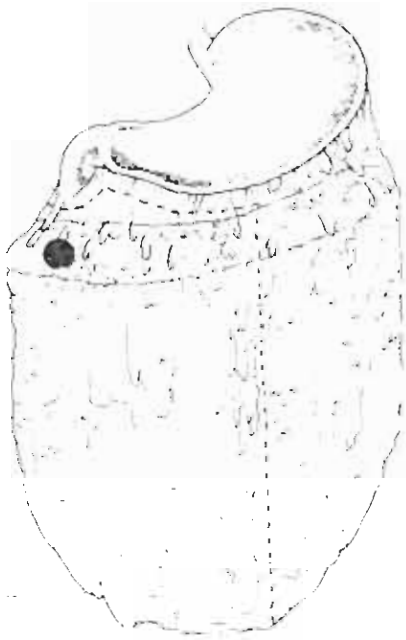
Διάφορα είδη στομιών.



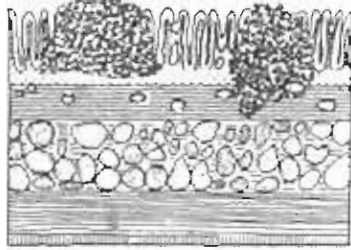
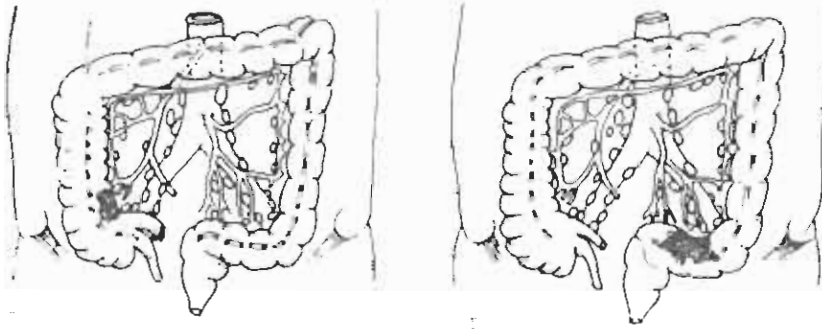
Βαριουχος υποκλιμαδός σε ασθενείς με συμπτώματα από το κατώτερο πεπτικό σύστημα αναδεικνύει στενώση του ανώτερου ορθού που οφείλεται σε αδενοκαρκίνωμα (α), εκτεταμένη στενώση με ελλείμματα στο ορθοσιγμοειδές (β), δακτυλιοειδή στενώση στο σιγμοειδές (γ), ελλείμματα πληρωσέως στη μεσότητα του εγκάρσιου (δ), στη δεξιά κοιλική καμψη (ε) και την αρχή του σιγμοειδούς (στ).



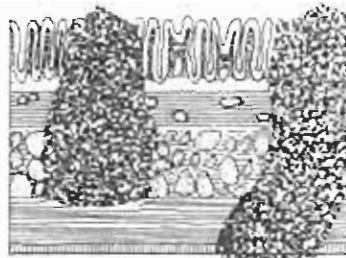
Παρασκευή και διατομή μεταξύ απολινώσεων των αγγείων του μεσοκόλου (είλεοκοιλιακή αρτηρία.) και του μεσεντερίου για δεξιά κολεκτομή.



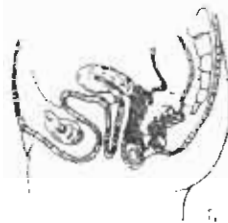
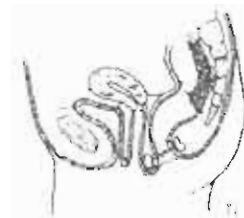
Καρκίνος μετά την δεξιά κολική καμπή. Εμφανίζονται τα όρια δεξιάς κολεκτομής.



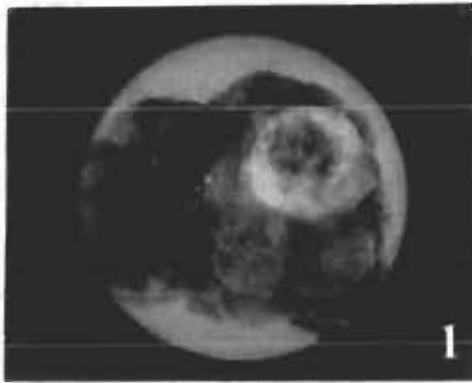
Όγκος που διηθεί τον υποβλεννογόνιο χιτώνα.



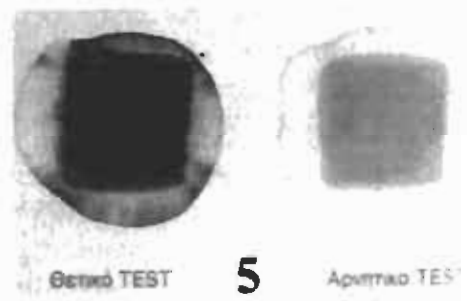
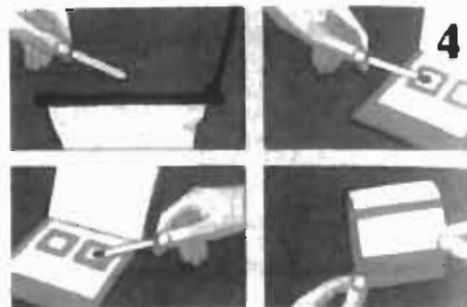
Όγκος που διηθεί τον Μυϊκό χιτώνα.



Όγκοι που διηθούν τον μυϊκό χιτώνα (T₂), τον υπορογόνιο χιτώνα (T₃) και το περιτοναίο(T₄).



ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ
μέ το Hemocult test που μπορεί
νά σωθεί μιá ζωή



HEMOCCULT TEST

ΟΔΗΓΙΕΣ

●Γράψετε το όνομά σας και την ημερομηνία στα 1^ο, 2^ο, και 3^ο ΤΕΣΤ.

●Την πρώτη μέρα ανοίγετε το 1^ο ΤΕΣΤ και παίρνετε με την σπάτουλα ένα μικρό δείγμα από τα κόπρανα και το επαλείφετε στο ένα τετραγωνάκι. Μετά παίρνετε δεύτερο δείγμα από άλλο σημείο των κοπράνων και επαλείφετε το δεύτερο τετραγωνάκι του ΤΕΣΤ με τον ίδιο τρόπο και κλείνετε το ΤΕΣΤ.

●Επαναλάβετε με τον ίδιο τρόπο τη διαδικασία την 2^η και 3^η ημέρα.. Το ΤΕΣΤ γίνεται σε 3 συνεχόμενες ημέρες. Αν μια μέρα δεν έχετε κένωση, το ΤΕΣΤ γίνεται με κόπρανα από την κένωση της επόμενης ημέρας.

●Αποφύγετε την έκθεση του ΤΕΣΤ στο ηλιακό φως και την υψηλή θερμοκρασία .Φυλάξτε το σε δροσερό μέρος στο σπίτι σας . Αποφύγετε την βιταμίνη C 3 ημέρες πριν και τις ημέρες που γίνεται το ΤΕΣΤ γιατί μπορεί να δώσει ψευδές αποτέλεσμα . Με το ΤΕΣΤ αυτό δεν χρειάζεται περιορισμός στην τροφή σας . Συνιστάται, όμως ογκώδης τροφή με λαχανικά , ωμές σαλάτες , ξηρούς καρπούς και δημητριακά , ώστε αν υπάρχει πολύποδας ή καρκίνος στο παχύ έντερο , να αποκαλυφθεί δίνοντας μικροσκοπική αιμορραγία στα κόπρανα που φαίνεται στο ΤΕΣΤ.

●30' μετά την « εμφάνιση » του ΤΕΣΤ της αφανούς αιμορραγίας του παχέος εντέρου στα κόπρανα , εάν αυτό γίνει γαλάζιο είναι θετικό αλλιώς είναι αρνητικό .