

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΑΛΛΑΓΗ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΙΔΩΛΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ
ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ
(Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ)
(ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ)**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
ΜΟΣΧΟΥ – ΚΑΚΚΟΥ ΑΘΗΝΑ**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΚΥΚΕΕΡΑ Ν.Ι. CAROLINE**

ΠΑΤΡΑ 2001

3335

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	1
ΓΕΝΙΚΟΣΜΕΡΟΣ.....	2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ1°: ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ – ΑΝΑΤΟΜΙΑ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ, ΦΥΣΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ.....	4
1 Γαστρεντερικό σύστημα.....	4
1.1 Ανατομία παχέως εντέρου.....	5
1.2 Φυσιολογία παχέως εντέρου.....	7
1.3 Φυσιοπαθολογία παχέως εντέρου με καρκίνο.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°: ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.....	10
2.1 Πρόληψη καρκίνου.....	10
2.2 Ανίχνευση.....	12
2.3 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°: ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	14
3.1 Αιτία.....	14
3.2 Συμπτώματα.....	14
3.3 Κλινική εικόνα αρρώστου με καρκίνο παχέως εντέρου.....	16
3.4 Διαγνωστικές μέθοδοι και νοσηλευτικός ρόλος.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°: ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	21
A. Χειρουργική θεραπεία.....	21
1. προεγχειρητική φροντίδα.....	29
2. Διεγχειρητική ετοιμασία.....	31
3. μετεγχειρητική φροντίδα.....	32
B. Χημειοθεραπεία.....	35
Γ. Ακτινοθεραπεία.....	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°: Η ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ ΩΣ ΑΛΛΑΓΗ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΙΔΩΛΟΥ ΚΑΙ ΩΣ ΑΛΛΑΓΗ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ.....	56
Αποκατάσταση αρρώστου με κολοστομία. Η κοινοτική νοσηλευτική στην εκπαίδευση αρρώστου με κολοστομία.....	58
A. Φροντίδα στομίου.....	58
B. Διαιτητική εκπαίδευση.....	62
Γ. Ψυχολογία υποστήριξη.....	63
Δ. Κοινωνική επανένταξη.....	66
Ειδικότητα νοσηλευτή αποκατάστασης και η συμβολή του στην στήριξη και αποκατάσταση αρρώστου με κολοστομία.....	69
Προτάσεις για την βελτίωση της νοσηλευτικής στην κατ'οίκον φροντίδα αρρώστου κολοστομία.....	73
Η νοσηλευτική διεργασία ως μέθοδος νοσηλευτικής φροντίδας.....	76

Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική παρέμβαση σε αρρώστους με καρκίνο του παχέως εντέρου με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας....	77
♦ Περίπτωση Α'	78
♦ Περίπτωση Β'	82
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	88
ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΕΙΚΟΝΩΝ.....	89
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	91

*Την αφιερώνω στο John και στη μνήμη
των γονέων μου με πολύ αγάπη και
σ' αυτούς που μου συμπαραστάθηκαν
σε όλη τη διάρκεια τις σπουδές μου!!*

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η νοσηλευτική φροντίδα του καρκίνου στην ογκολογία είναι ευρύς και μοναδικός. Κατά την άσκηση τους οι νοσηλευτές συνδυάζουν την εκπαίδευση των υγείων, τη φροντίδα του αρρώστου καθώς και την υποστήριξη και την συμβουλευτική προσφορά στους στενοχωρημένους και λυπημένους.

Σε όλα τα μέρη του κόσμου ο καρκίνος αποτελεί μια από τις κυριότερες αιτίες θανάτου και νόσησης. Κάθε χρόνο 4,8 εκατομμύρια ζωές χάνονται από το καρκίνο. Όμως είναι γνωστό τα περιστατικά του καρκίνου δυνατόν να ελαττωθούν σημαντικά με την προαγωγή υγιεινών συνθηκών ζωής με την συνειδητοποίηση επικίνδυνης συμπεριφοράς και με την ενθάρρυνση συμμετοχής των πολιτών σε προγράμματα ανίχνευσης ή έγκαιρης ασυμπτωματικής νόσου.

Με την πιεστική διδασκαλία και ενημέρωση όλο και περισσότερο οι άνθρωποι αναλαμβάνουν προσωπική ευθύνη για την μελλοντική υγεία και ευεξία τους, πράγμα που γίνεται με φυσικό τρόπο από τους νοσηλευτές όταν χρησιμοποιούν τις ευκαιρίες που το έργο τους προσφέρει. Σήμερα στην αντιμετώπιση του καρκίνου η πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση έχει γίνει παγκόσμιο σύνθημα επιβίωσης.

Η νοσηλεύτρια έχει εξέχοντα ρόλο στην εκστρατεία αυτή κατά του καρκίνου, η συμβολή της είναι απαραίτητη για την επιτυχία του επίμονου αυτού έργου γνωρίζοντας ότι θα πρέπει να αποτελεί ένα υπόδειγμα ζωής για τους άλλους. Έχει άμεση και καίρια συμμετοχή και αποτελεί τον βασικό παράγοντα ενημέρωσης και διδαχής του ελεγχόμενου πληθυσμού. Όσοι παρουσιάζουν καρκίνο σε οποιοδήποτε φάση εκδήλωσης δικαιούται να έχουν φροντίδα και υποστήριξη. Οι νοσηλευτές συμμετέχουν από πολύ κοντά σε όλη την εμπειρία του καρκίνου. Τα πολλά και ειδικά προβλήματα των ασθενών αυτών και η αποτελεσματική αντιμετώπιση τους απαιτούν κατάλληλη νοσηλευτική παρέμβαση¹⁵.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου εξακολουθεί να είναι σήμερα η πιο συχνή κακοήθης πάθηση και καταλαμβάνει την πρώτη θέση μεταξύ των σπλαχνικών καρκινικών τόσο στις ΗΠΑ και στην Μεγάλη Βρετανία, όσο και στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης. Το αδενοκαρκίνωμα του παχέος εντέρου και του ορθού προσβάλλει και τα δύο φύλα, αλλά στις γυναίκες είναι συχνότερος ο καρκίνος του παχέος εντέρου, ενώ στους άνδρες ο καρκίνος του ορθού. Εμφανίζεται από την ηλικία των 30 ετών, με τη μεγαλύτερη συχνότητα κατά την έκτη και έβδομη δεκαετία. Σ' ένα μικρό ποσοστό προσβάλλει και άτομα κάτω των 20 ετών⁵.

Στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη αυτών των καρκινικών περιλαμβάνεται η διατροφή (πλούσια σε κεκορεσμένα λίπη, φτωχή σε ίνες και πιθανώς φτωχή σε ασβέστιο) και η έλλειψη άσκησης. Οι καρκινικοί αυτοί είναι συχνότερη στις βιομηχανικές χώρες με υψηλό βιοτικό επίπεδο, εμφανίζονται δε συνεχώς συχνότερα στην Ιαπωνία όσο αυξάνεται η κατανάλωση λίπους.

Το 1% των καρκινικών του κόλου συσχετίζεται με την κληρονομική κατάσταση που ονομάζεται οικογενής πολυποδίαση, κατά την οποία εμφανίζονται πολλαπλοί πολύποδες ήδη στην παιδική και εφηβική ηλικία. Με το πέρασμα του χρόνου, στα περισσότερα προσβεβλημένα άτομα αναπτύσσεται καρκίνος. Έχει ανακαλυφθεί ότι αρκετοί γενετικοί παράγοντες συνδέονται με τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Στο 50% των ατόμων με αδενώματα ή καρκίνους του παχέος εντέρου βρίσκονται μεταλλάξεις του *Ras* γονιδίου, κυρίως πάνω στο *Ki-ras* γονιδίου, που οφείλονται περισσότερο σε περιβαλλοντικές αιτίες παρά σε κληρονομικούς-γενετικούς λόγους³.

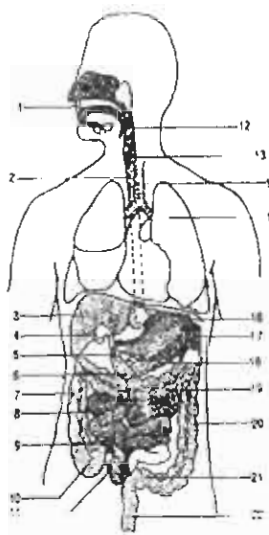
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ – ΑΝΑΤΟΜΙΑ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ – ΦΥΣΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ.

1.1 ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Αυτό αποτελείται από τον οισοφάγο, το στομάχο, και το έντερο (λεπτό και παχύ). Το σύστημα αυτό περιέχει στο σώμα της αναγκαίες θρεπτικές και συμπληρωματικές ουσίες για την παραγωγή κυτταρικής ενέργειας και για τη σύνθεση νέων κυτταρικών και εξωκυτταρικών δομών (δομικές ουσίες).

Οι περισσότερες τροφές αποτελούνται από ένα σύνολο μεγαλομοριακών ουσιών και προέρχονται, κυρίως, από τα φυτά και τα ζώα. Η τροφή, μετά την πρόσληψη της, υπόκειται στο στόμα σε μια πρώτη πέψη (μηχανική, κυρίως και ολιγότερο χημική) και μετά καταπίνεται. Στη συνέχεια, με κινήσεις προωθείται κατά μήκος του γαστρεντερικού σωλήνα, η τροφή διασπάται πρώτα σε ένα όξινο περιβάλλον (στομάχος) και μετά σε ένα αλκαλικό (έντερο) σε απλούστερες ουσίες οι οποίες τελικά σχηματίζουν προϊόντα τα οποία μπορούν να απορροφούνται διαμέσου του εντερικού επιθηλίου και να εισέλθουν στο αίμα.

Τα περισσότερα συστατικά της τροφής απορροφούνται στο λεπτό έντερο, μερικά, όμως, από τα απομένοντα μπορεί να υποστούν βακτηριακή διάσπαση και να απορροφηθούν στο παχύ έντερο. Κάθε τι που απομένει και δεν μπορεί να απορροφηθεί αποβάλλεται από το δακτύλιο σαν κόπρανα.¹⁰



Εικ.1. 1) Στόμα 2) Οισοφάγος 3) Ήπαρ 4) Χοληδόχος κύστη 5) Κοινός χοληφόρος πόρος 6) 12/δάκτυλο 7) Ανιόν κόλον 8) Νήστιδα 9) Ειλεός 10) Ύψιλο 11) Σκωληκοειδής απόφυση 12) Στοματοφάρυγγας 13) Λαρυγγόφάρυγγας 14) Τραχεία 15) Πνεύμονες 16) Στομάχος 17) Σπλήνας 18) Πάγκρεας 19) Εγκάρσιο κόλο 20) Κατιόν κόλο 21) Σιγμοειδές 22) Ορθό¹³

1.2 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Παχύ έντερο

Το παχύ έντερο αποτελεί το τελευταίο τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα και εκτείνεται σε μήκος 1,5 m περίπου από την ειλεοτυφλική βαλβίδα μέχρι τον πρωκτό.

Διακρίνουμε τα εξής τμήματα: το τυφλό, το ανιόν, το εγκάρσιο κόλον, το κατιόν κόλον, το σιγμοειδές και το ορθό. Το τυφλό, το ανιόν, η δεξιά κολική καμπή και το ήμισυ του εγκαρσίου αποτελούν το δεξιό κόλον, ενώ το αριστερό ήμισυ του εγκαρσίου, η αριστερή κολική καμπή, το κατιόν και το ορθοσιγμοειδές αποτελούν το αριστερό κόλον. Ο αυλός του τυφλού έχει τη μεγαλύτερη διάμετρο, ενώ όσο προχωρούμε το αριστερό κόλον ο αυλός του εντέρου στενεύει.

Εξωτερικά το παχύ έντερο χαρακτηρίζεται από: (1) τις επιμήκεις μυϊκές κολικές ταινίες, οι οποίες είναι τρεις, αποτελούν παχύνσεις της επιμήκους μυϊκής στιβάδας, αρχίζουν από τη βάση της σκωληκοειδούς απόφυσης και στο σιγμοειδές ελαττώνονται σε δύο, ενώ στο ορθό εξαφανίζονται, (2) τις κολικές κυψέλες, που είναι εκκολπώματα του τοιχώματος και των οποίων η γένεση οφείλεται στην κατά τόπους σύσπαση των κυκλοτερών μυϊκών ινών και στο ότι η επιμήκης μυϊκή στιβάδα του παχέος εντέρου είναι βραχύτερη από τους υπόλοιπους χιτώνες του. Οι κολικές κυψέλες δεν είναι σταθερές. (3) Τις επιπλοϊκές αποφύσεις, οι οποίες αποτελούνται από λιπώδη ιστό, κρέμονται από ορογόνο και φέρονται κατά μήκος των κολικών ταινιών. Ελλείπουν από το τυφλό και το ορθό. Στην εσωτερική επιφάνεια του παχέος εντέρου προς τον αυλό, σχηματίζονται εγκάρσιες πτυχές που καλούνται μηνοειδείς πτυχές και οι οποίες μεταξύ τους αφορίζουν κοιλώματα, τις καλούμενες κυψέλες.

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

α. Ο **ορογόνος**, που προέρχεται από το περισπλάγγνιο πέταλο του περιτοναίου, καλύπτει τελείως το εγκάρσιο κόλον και το τυφλό, τα οποία είναι κινητά, ενώ το ανιόν και κατιόν κόλον, που είναι ακίνητα και προσκολλημένα στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, τα καλύπτει μόνο κατά τα τρία τέταρτα. Το ορθό καλύπτεται από περιτόναιο κατά τα δύο άνω τριτημόρια.

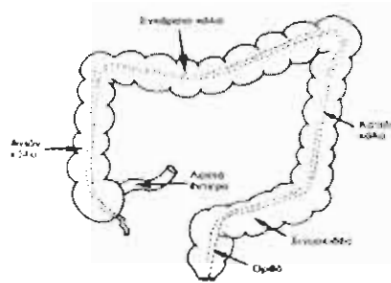
β. Ο **μυϊκός χιτώνας**, που αποτελείται από δύο στιβάδες λείων μυϊκών ινών: την έξω επιμήκη, η οποία προς τις κολικές ταινίες παχύνεται, ενώ προς τις κυψέλες γίνεται λεπτή και αραιή και την έσω κυκλοτερή, που είναι συνεχής. Ιδιαίτερα μορφώματα του μυϊκού χιτώνα διαμορφώνουν σφιγκτηριακούς μηχανισμούς στην αρχή και στο τέλος του παχέος εντέρου (ειλεοτυφλική βαλβίδα, σφιγκτηριακό σύστημα πρωκτού).

γ. Ο **υποβλεννογόνιος χιτώνας**, που αποτελείται από χαλαρό ιστό και παρεμβάλλεται μεταξύ του μυϊκού χιτώνα και του βλεννογόνου.

δ. Ο **βλεννογόνος**, ο οποίος αποτελείται από:

- μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο με καλυκοειδή κύτταρα
- χόριο
- αδένες, σωληνοειδείς, που μοιάζουν με τους αδένες Lieberkühn του λεπτού εντέρου
- βλεννογόνο μυϊκή στιβάδα
- μονήρη λεμφοζίδια

Σε αντίθεση με το βλεννογόνο του λεπτού εντέρου, στερείται λαχνών και πλακών του Peyer⁵.



Εικ. 2. Το παχύ έντερο

Αγγεία και Λεμφαγγεία

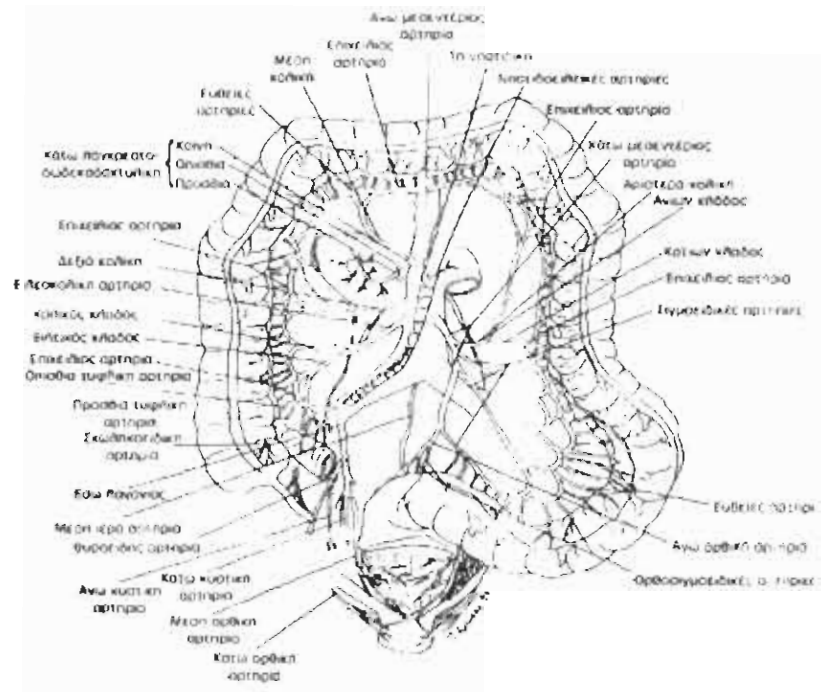
Η αιμάτωση του δεξιού κόλου γίνεται από την άνω μεσεντέριο αρτηρία με τους κλάδους ειλεοτυφλική, δεξιά κολική, μέση κολική αρτηρία. Η φλεβική αποχέτευση γίνεται από τη μέση κολική και δεξιά κολική φλέβα οι οποίες εκβάλλουν στη άνω μεσεντέριο φλέβα.

Το αριστερό κόλο αιματώνεται από τον αριστερό κλάδο της μέσης κολικής και την κάτω μεσεντέριο αρτηρία που εξέρχεται κατ'ευθείαν από την αορτή. Η κάτω μεσεντέριο δίνει την αριστερή κολική, τις 2-3 σιγμοειδικές αρτηρίες και την άνω αιμορροϊδική. Η φλεβική αποχέτευση γίνεται με το σχηματισμό της κάτω μεσεντέριου φλεβός, η οποία εκβάλλει στη σπληνική φλέβα.

Οι κολικές αρτηρίες σε απόσταση 2,5 –3 cm από το χείλος του εντέρου διχάζονται σε ανιόντα και κατιόντα ή δεξιούς και αριστερούς κλάδους, σχηματίζοντας αγγειακά τόξα τα άκρα των οποίων επικοινωνούν μεταξύ τους. Έτσι στην αριστερά κολική καμπή ο αριστερός κλάδος της μέσης κολικής και ο ανιών κλάδος της αριστεράς κολικής επικοινωνούν μεταξύ τους (επικοινωνία άνω μεσεντερίου – κάτω μεσεντερίου αρτηρίας)⁹.

Νεύρα

Η νεύρωση του παχέος εντέρου γίνεται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Συμπαθητικές ίνες από το νευροτομία T10-12 δια του σπλαχνικού πλέγματος φθάνουν στο πλέγμα της άνω μεσεντερίου αρτηρίας. Δια τον κλάδο αυτήν καταλήγουν στον δεξιό κλάδο. Οι παρασυμπαθητικές ίνες του δεξιού (οπίσθιο) πνευμογαστρικό και πορεύονται όπως και οι ίνες του συμπαθητικού κατά μήκος των τροφοφόρων αγγείων . Το αριστερό κόλο λαμβάνει συμπαθητικές ίνες από τα νευροτομία L13. Αυτές αφού σχηματίσουν συνάψεις στα παρασπονδυλικά γάγγλια ακολουθούν τους κλάδους της κάτω μεσεντερίου αρτηρίας. Η παρασυμπαθητική νεύρωση του αριστερού κόλου προέρχεται από τα νευροτομία S24. Οι ίνες αυτές εξέρχονται από τη σπονδυλική στήλη, σχηματίζουν το προιερό μεταγαγγλιακές ίνες στο κατιόν σιγμοειδές και το ενδοπνευλικό τμήμα του παχέος εντέρου⁹.



Εικ. 3. Σχηματική απεικόνιση των διάφορων τμημάτων του παχέως εντέρου και των αγγείων του.

1.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο **βλεννογόνος** του παχέως εντέρου απορροφά νερό και ηλεκτρολύτες (Na^+ , Cl^-) και εκκρίνει βλέννα, που μαζί με τα κύτταρα του βλεννογόνου που στον αυλό, αποτελούν το «έκκριμα» του παχέως εντέρου. Η βλέννα προστατεύει το βλεννογόνο και βοηθά στο σχηματισμό και στη διολίσθηση των κοπράνων.

Στο παχύ έντερο δεν γίνονται πεπτικές διεργασίες διοχετεύονται σ' αυτό ουσίες που δεν υφίστανται πέψη (π.χ. κυτταρίνη κ.λ.π.) και οι οποίες , μαζί με τα συστατικά που προέρχονται από τα επιθηλιακά κύτταρα που αποπίπτουν, τη βλέννα, τα προϊόντα του μεταβολισμού της μικροβιακής χλωρίδας, καθώς και μεγάλο αριθμό μικροοργανισμών, σχηματίζουν τα κόπρανα, αφού πρώτα συμπυκνωθούν όταν απορροφηθεί το μεγαλύτερο μέρος από τα 500 mL του νερού που φθάνει από τον ειλεό στο τυφλό στο 24ωρο. Απορροφούνται επίσης με απλή διάχυση μονοσακχαρίτες, αμινοξέα και λιπαρά οξέα. Τα κόπρανα αποτελούν το περιεχόμενο του παχέως εντέρου και αποβάλλονται με το μηχανισμό της αφόδευσης.

Μέσα στο παχύ έντερο διαβιούν και πολλαπλασιάζονται μικροοργανισμοί, οι οποίοι αποτελούν τη μικροβιακή χλωρίδα του εντέρου. Η χλωρίδα αυτή είναι μικτή, αποτελείται δηλαδή από αερόβια (π.χ. κολοβακτηρίδιο, εντερόκοκκοι) και αναερόβια βακτήρια (π.χ. **Bacteroides fragilis**, κλωστηρίδια. Κ.λ.π), που είναι τα περισσότερα⁵.

Οι δραστηριότητες της μικροβιακής χλωρίδας είναι:

- α. Η διάσπαση μικρών ποσών κυτταρίνης σε CO_2 , H_2 , CH_4 , κατώτερα λιπαρά οξέα, καθώς και σε γλυκόζη.
- β. Η μετατροπή της χολερυθρίνης σε κοπροχολινογόνο και κοπροχολίνη.
- γ. Η μετατροπή των ποσών άπεπτου λευκώματος που φθάνουν στο παχύ έντερο σε τοξικά προϊόντα, όπως υδρόθειο, ινδόλη, σκατόλη, μερκαπτάνες κ.λ.π. οι

παθήσεις του λεπτού εντέρου, μεγάλες ποσότητες άπεπτου λευκώματος διοχετεύουν στο παχύ έντερο και αποτελούν υπόστρωμα για τη δράση των μικροοργανισμών. Στις τοξικές αυτές ουσίες οφείλεται και η δυσάρεστη οσμή των κοπράνων.

δ. Η παραγωγή και απορρόφηση, σε αξιόλογα ποσά, βιταμινών Κ, Β₁, Β₂, νιασίνης βιοτίνης. Η καταστροφή της μικροβιακής χλωρίδας από λήψη αντιβιοτικών από στόμα συνεπάγεται ανεπαρκή σύνθεση και απορρόφηση των βιταμινών αυτών.

Οι μικροοργανισμοί του παχέος εντέρου, με τη συμμετοχή και άλλων παραγόντων φαίνεται ότι συμβάλλουν στην καρκινογένεση. Μέσα στο παχύ έντερο περιέχονται και διάφορα αέρια, τα οποία προέρχονται από κατάποση, τη διάχυση από αίμα προς τον αυλό, καθώς και από τη μεταβολική δραστηριότητα της μικροβιακής χλωρίδας. Τα κυριότερα αέρια είναι το CO₂, το μεθάνιο, το υδρογόνο, το υδρόθειο κλπ. Μια ποσότητα των αερίων αυτών απορροφάται από τον εντερικό βλεννογόνο, αλλά τα περισσότερα (400-500 mL/24ωρο) αποβάλλονται από τον πρωϊνό. Το μίγμα των αερίων είναι εκρηκτικό, γι' αυτό χρειάζεται μεγάλη προσοχή στη χρήση ηλεκτροκαυτηρίασης κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης⁵.

Κινητικότητα του παχέος εντέρου

Οι κινήσεις του παχέος εντέρου διακρίνονται στις μαζικές, που συνίστανται σε εμφάνιση σύσπασης σε κάποιο σημείο του παχέος εντέρου, που ακολουθείται από συστολή τοιχώματος περιφερικότερα της σε άλλοτε άλλη έκταση και παρατηρούνται κατά αρχή χρονικά διαστήματα, λίγη ώρα μετά τη λήψη τροφής (γαστροκολικό αντανεκλαστικό δηλαδή επίταση των κινήσεων του παχέος εντέρου κατά τη διάταση του στομάχου και δωδεκαδακτύλου) και στις δακτυλιοειδείς περισφιξεις, που εμφανίζονται σε διαστήματα λίγων εκατοστόμετρων και παραμένουν αμετάθετες για πολύ ώρα. Οι πρώτες κινήσεις έχουν ως αποτέλεσμα την προώθηση του περιεχομένου, ενώ δεύτερες την ανάμιξη του και συνεπώς την καλύτερη απορρόφηση νερού και ηλεκτρολυτών.

Η κινητικότητα του παχέος εντέρου αυξάνει σε:

- λήψη καθαρτικών φαρμάκων
- φλεγμονώδεις νόσος⁵.

1.4 ΦΥΣΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Ο καρκίνος εντοπίζεται σε οποιαδήποτε μοίρα του παχέος εντέρου. Συχνότερη όμως εντόπιση παρατηρείται στο σιγμοειδές και το ορθό (Brunner, Suddarth 1986). Τα συμπτώματα που παρατηρούνται σε καρκίνο του παχέος εντέρου ποικίλλουν ανάλογα με την εντόπιση και είναι κυρίως πόνος, μεταβολή στη συνήθεια κένωσης του εντέρου, αναιμία και σημεία απόφραξης. Ο πόνος κυρίως παρατηρείται σε όγκο του δεξιού τμήματος. Μεταβολές στη συνήθεια εκκένωσης του εντερικού σωλήνα εμφανίζονται σε όγκους του αριστερού τμήματος. Αναιμία εκδηλώνεται σε καρκίνο του τυφλού και ανιόντος, λόγω συχνών μικρών αιμορραγιών. Τέλος, παρατηρούνται σημεία απόφραξης σε καρκίνωμα του σιγμοειδούς. Η αιμορραγία δεν είναι σπάνια και παρατηρείται κυρίως σε όγκους σιγμοειδούς και ορθού (Γαρδίκας 1971). Η θεραπεία είναι χειρουργική¹⁹.

Οι περισσότεροι καρκίνοι του παχέος εντέρου αναπτύσσονται στους αδένες της εσωτερικής επίστρωσης (βλεννογόνος) και ονομάζονται αδενοκαρκινώματα. Πολύ λιγότερο συχνά είναι άλλα είδη όγκων- λεμφώματα, μελανώματα και καρκινοειδή . Ο καρκίνος του παχέος εντέρου εξαπλώνεται άμεσα από βλεννογόνο (την εσωτερική επίστρωση) διαμέσου του μυϊκού τοιχώματος του εντέρου σε γειτονικούς ιστούς. Όρκος μπορεί να δώσει μεταστάσεις μέσω του λεμφικού συστήματος στους γειτονικούς

λεμφαδένες, στο ήπαρ μέσω της πυλαίας φλέβας και λιγότερο συχνά αιματογενώς στα οστά ή στους πνεύμονες³.

Στις φλεγμονώδεις αρρώστιες που προσβάλλουν το παχύ έντερο, περιλαμβάνονται η νόσος του Crohn's και η ελκώδης κολίτιδα (Watt 1985). Η νόσος του Crohn's είναι φλεγμονώδης επανεμφανιζόμενη επεξεργασία του λεπτού εντέρου και μερικές φορές του στομάχου και του παχέος εντέρου. Παθολογοανατομικά χαρακτηρίζεται από πάχυνση του βλεννογόνου και υποβλεννογόνου χιτώνα και διόγκωση των λεμφαδένων. Τα βασικά συμπτώματα είναι περίοδοι διάρροιας, κωλικοί πόνοι (συνήθως στο δεξιό κάτω τεταρτημόριο της κοιλίας) απώλεια βάρους, κακουχία και χαμηλή πυρετική κίνηση. Η θεραπεία είναι κυρίως συντηρητική και περιλαμβάνει ρύθμιση διαιτολογίου (υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσιο σε πρωτεΐνες), μέτρα ανακούφισης από τα συμπτώματα και χορήγηση σουλφοναμίδων μη απορροφούμενων από το έντερο. Εγχείρηση συνήθως ενδείκνυται για τη θεραπεία των επιπλοκών (απόφραξη, διάτρηση, συρίγγιο κ.ά.)

Η ελκώδης κολίτιδα χαρακτηρίζεται από διάρροιες, κοιλιακούς πόνους, βλεννοαιματηρές κενώσεις και τεινεσμό. Οι κενώσεις μπορεί να έχουν ακόμη και προσμίξεις πύου. Η νόσος εκδηλώνεται ως χρόνια με περιόδους έξαρσης και ηρεμίας και ως οξεία. Στη δεύτερη, παρατηρείται υψηλός πυρετός, διαταραχές ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. Οι αλλοιώσεις αφορούν τον βλεννογόνο και υποβλεννογόνο χιτώνα. Αρχικά σχηματίζονται εξελκώσεις του βλεννογόνου με διάχυτη φλεγμονή, αργότερα εμφανίζεται ίνωση. Οι βλάβες μπορεί να επεκταθούν στο μυϊκό και ορογόνο χιτώνα. Η πορεία της νόσου μπορεί να είναι συνεχείς διαλείπουσα που χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις. Οι αλλοιώσεις, πολλές φορές, περιορίζονται στο ορθό και σιγμοειδές. Άλλοτε οι αλλοιώσεις αφορούν όλο το παχύ έντερο. Αν και οι αιτιολογία της νόσου παραμένει άγνωστη, όμως ενοχοποιούνται η ανάπτυξη αυτοάνοσου μηχανισμού και η αλλεργία, ενώ ο ψυχικός παράγοντας φαίνεται να έχει μεγάλη σημασία (Γαρδίκας 1971). Η θεραπεία είναι συντηρητική και χειρουργική (κολεκτομή)

Διάτρηση εντέρου είναι πιθανόν να παρατηρηθεί λόγο απόφραξης του εντέρου, χημικού ερεθίσματος και οξείας φλεγμονής. Οι καταστάσεις αυτές συνήθως αντιμετωπίζονται ή ανακουφίζονται με κολοστόμιο¹⁹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

2.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η πρωτογενής πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού είναι, σε μεγάλο βαθμό, υποθετική. Σε πολλές μελέτες έχει υποστηριχθεί, ότι η διαίτα με άφθονα λιπαρά, κρέας και πρωτεΐνες ευνοεί την ανάπτυξη καρκίνου σε αυτές τις ανατομικές περιοχές, ενώ, αντίθετα, δίαιτες που περιλαμβάνουν άφθονες ποσότητες λαχανικών φρούτων και ινών, την αποτρέπουν. Απομένει, όμως, να αποδειχθεί ότι με την τροποποίηση των διαιτητικών συνηθειών θα μειωθεί η συχνότητα αυτών των νεοπλασμάτων. Θα πρέπει, επομένως, να διερευνηθεί εάν είναι εφικτή η δευτερογενής πρόληψη, με την ανίχνευση και θεραπεία τυχόν προκαρκινικών βλαβών, όπως είναι οι πολύποδες του παχέος εντέρου και ορθού ή η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου¹.

Κατηγορίες ατόμων αυξημένου κινδύνου

Στη μέγιστη πλειονότητά του (85 –90%) τα κακοήγη αδενοκαρκινώματα του παχέος εντέρου και ορθού αναπτύσσονται σε άτομα που δεν έχουν κάποια προδιάθεση. Είναι, όμως, γνωστό, ότι οι πρώτου βαθμού συγγενείς ατόμων με καρκίνο του παχέος εντέρου και ορθού διατρέχουν δύο με τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν και αυτοί καρκίνο του παχέος εντέρου, συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Μάλιστα, τα μέλη αυτών των οικογενειών που πλήττονται από το συγκεκριμένο κακόηθες νεόπλασμα είναι συχνά νεαράς ηλικίας. Επιπλέον, μερικές καταστάσεις συνοδεύονται από αυξημένη προδιάθεση. Όπως, η οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση, που κληρονομείται κατά τον επικρατούντα χαρακτήρα και εκδηλώνεται πληθώρα καλοήθων όγκων (πολυπόδων) σ'ολόκληρο το παχύ έντερο, ευθύνεται για το 1% περίπου των περιπτώσεων καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού στο Δυτικό κόσμο. Για τη συγκεκριμένη συγγενή προδιάθεση αποδείχθηκε πρόσφατα, ότι ευθύνεται το γονίδιο που εντοπίζεται στο χρωμόσωμα. Ο συγγενή, μη συνδεδεμένος με πολυποδίαση, καρκίνος του παχέος εντέρου και ορθού είναι μια ακόμη κληρονομούμενη κατά τον επικρατούντα χαρακτήρα προδιάθεση, που συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου σε συγκεκριμένα τμήματα του παχέος εντέρου (τύπος α) ή που αφορά οικογένειες με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου και επιπλέον του ενδομητρίου, των ωοθηκών, του ουροποιητικού συστήματος ή αλλαχού (τύπος β). Για να θεωρηθεί ότι κάποιο άτομο έχει κληρονομήσει την προδιάθεση του οικογενούς καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού, μη συνδεδεμένου με πολυποδίαση, θα πρέπει τουλάχιστο τρία μέλη της οικογένειας του σε δύο γενεές να έχουν εμφανίσει καρκίνο του παχέος εντέρου ή ορθού, με ένα εξ αυτών σε ηλικία μικρότερη των 50 χρόνων.

Παθήσεις που συνοδεύονται, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, από αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου είναι η επί μακρόν παραμένουσα ελκώδης κολίτις, καθώς και η νόσος του Crohn. Τέλος, οι ασθενείς που έχουν θεραπευθεί από καρκίνο του παχέος εντέρου και ορθού διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης μετάχρονης πρωτοπαθούς νεοπλασίας στο εναπομείναν τμήμα του παχέος εντέρου¹.

Παράγοντες κινδύνου

Σημαντικά υψηλότερου κινδύνου

- Η προχωρημένη ηλικία, συνήθως άνω των 40 ετών.

- Άτομα με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου, ιδίως συγγενών 1ου βαθμού(σύνδρομο Lynch, τύπος II). Ο κίνδυνος είναι 2-3 φορές μεγαλύτερος απ'ότι στον υπόλοιπο πληθυσμό.
- Άτομα με «σύνδρομο οικογενούς καρκίνου» (σύνδρομο Lynch, τύπος II) παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο για καρκίνο του κόλου και άλλων αδενοκαρκινωμάτων όπως καρκίνο ωοθήκης, ενδομητρίου, μαστού και παγκρέατος.
- Άτομα με οικογενειακό ιστορικό πολλαπλών αδενωματοειδών πολυπόδων μετά την ηλικία των 10 ετών (οικογενής πολυποδίαση).
- Άτομα που είχαν παλαιότερα πολύποδες του κόλου και του ορθού.
- Άτομα με φλεγμονώδη εντερική πάθηση, όπως ελκώδη κολίτιδα και τελική ειλείτιδα(νόσος του Crohn) . Στην ελκώδη κολίτιδα ο κίνδυνος να εμφανιστεί καρκίνος είναι περίπου εικοσαπλάσιος απ'ότι στον γενικό πληθυσμό³.

Σκοπός του γνωστού προγράμματος Ευρώπη κατά του καρκίνου είναι η σημαντική μείωση του αριθμού των θανάτων από καρκίνο στις χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Στόχος είναι η μείωση των θανάτων κατά 15% το έτος 2.000. Για το σκοπό αυτό έχει γίνει μια μεγάλη προσπάθεια να διαδοθεί ο Ευρωπαϊκός Κώδικας κατά του καρκίνου.

Οι πρώτες έξι από τις εντολές του κώδικα αφορούν την πρωτογενή πρόληψη του καρκίνου:

1. Μην καπνίζετε. Καπνιστές σταματήστε το γρηγορότερο δυνατό το κάπνισμα και μην καπνίζετε όταν είστε μαζί με άλλους.
2. Μην κάνετε κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών.
3. Αποφεύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο.
4. Ακολουθείτε τις οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας, ιδιαίτερα στο χώρο εργασίας κατά την παραγωγή, διακίνηση χρήση οποιoδήποτε υλικού που είναι δυνατό να προκαλέσει καρκίνο.
5. Τρώτε συχνά φρούτα, λαχανικά και τροφές μεγάλης περιεκτικότητας σε ίνες.
6. Αποφύγετε την παχυσαρκία και περιορίστε τις τροφές που είναι πλούσιες σε λιπαρά.

Οι επόμενες εντολές αφορούν την δευτερογενή πρόληψη:

7. Επισκεφτείτε το γιατρό αν έχετε επίμονα προβλήματα, όπως παρατεταμένο βήχα ή βραχνάδα φωνής ή αν παρατηρήσετε αλλαγές στις κενώσεις του εντέρου ή αδικαιολόγητο αδυνάτισμα.
8. Επισκεφτείτε το γιατρό, μόλις παρατηρήσετε ένα εξόγκωμα, μια πληγή που δεν επουλώνεται (και στο στόμα ακόμα), μια κρεατοελιά που αλλάζει σχήμα, μέγεθος, ή χρώμα, ή τυχόν μη φυσιολογική αιμορραγία.
9. Κάνετε περιοδικά εξέταση κατά Παπανικολάου για έλεγχο του τραχήλου της μήτρας.
10. Εξετάζεται τακτικά τους μαστούς σας και αν είναι δυνατόν, κάνετε περιοδικά μαστογραφία, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 50ετών.

Στον πίνακα αναλύονται τα ποσοστά θανάτου από καρκίνο σε σχέση με τους διάφορους αιτιολογικούς παράγοντες ή « παράγοντες κινδύνου», σύμφωνα με την εργασία των Doll και Ρετο (1981). Αν και ορισμένοι αιτιολογικοί παράγοντες του πίνακα φαίνονται εκ πρώτης όψεως ασήμαντοι, έχουν τεράστια σημασία σε ορισμένες ομάδες του πληθυσμού, όπως π.χ. σε εργαζομένους σε ορισμένες βιομηχανίες⁸.

Πίνακας 1: Αιτιολογικοί παράγοντες και ποσοστό (%) θανάτων από καρκίνο

Αιτιολογικοί παράγοντες	Ποσοστό % θανάτων
Διαιτητικοί παράγοντες	35
Κάπνισμα	30
Λοίμωξη	10
Σεξουαλική ζωή	7
Επαγγελματικές συνθήκες	4
Γεωφυσικοί παράγοντες	3
Οινόπνευμα	3
Μόλυνση του περιβάλλοντος	2
Ουσίες που προστίθεται στις τροφές	1
Φάρμακα-ιατρογενείς παράγοντες	1
Βιομηχανικά προϊόντα	1
Άγνωστα αίτια	3

2.2 ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ

Η προσδοκία της έγκαιρης ανίχνευσης του καρκίνου του παχέος εντέρου ή της ανίχνευσης προκαρκινικής βλαβών, εξετάζοντας τα κόπρανα για την ύπαρξη αφανούς αιμορραγίας, δε φαίνεται, μέχρι στιγμής να έχει δικαιωθεί με αδιάσειστα στοιχεία. Η γενική εικόνα, προς το παρόν, είναι η ανίχνευση αφανούς αιμορραγίας, με την εξέταση των κοπράνων, έχει χαμηλή ευαισθησία και μέτρα αποδοχή από μέρους του πληθυσμού, ως δοκιμασία πρόληψης του καρκίνου. Θα πρέπει να αναμείνουμε τα αποτελέσματα των δοκιμών που πραγματοποιούνται αυτή την εποχή στη Δανία, τη Σουηδία και το Nottingham της Αγγλίας πριν να συστηθεί η συγκεκριμένη δοκιμασία ως κατάλληλη για πληθυσμιακό έλεγχο.

Η κατανομή των εντοπίσεων του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού είναι, περίπου, σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες. Γίνεται φανερό ότι περίπου 70% των νεοπλασμάτων εντοπίζονται σε σημεία που εύκολη μπορούν να διερευνηθούν με τη βοήθεια του εύκαμπτου ορθοσιγμοειδοσκοπίου¹.

Στην Αγγλία, η συμμετοχή του πληθυσμού στο Haemoccult test κυμάνθηκε περί το 55%. Η αρνητική στάση του πληθυσμού σε μια, ούτως ή άλλως, αηδιαστική πράξη, όπως αυτή του να πρέπει κανείς να πάρει δείγμα κοπράνων, έχει να κάνει με το επίπεδο της μόρφωσης, τη γνώση της νόσου και των συνεπειών της και τη γενική στάση του πληθυσμού σε εθελοντικές πράξεις. Αυτοί που αποδέχονται να υποβληθούν στη δοκιμασία είναι γενικά άτομα με θετική στάση στον προληπτικό έλεγχο ενόσω είναι κανείς υγιής, διακατέχονται από το φόβο ότι η δοκιμασία θα τους προκαλέσει μεγάλη ανησυχία και έχουν, γενικότερα, τη αντίληψη, ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι μια τραγική και ανίατη πάθηση. Θετικό φαίνεται να είναι το να έχουν αποκτήσει κάποιες εμπειρίες από συγγενικό ή φιλικό τους άτομο που αρρώστησε από αυτής της μορφής καρκίνο.

Από δυο μελέτες που συνέκριναν διαφορετικούς τρόπους πρόσκλησης των προς εξέταση ατόμων φάνηκε, ότι η αποδοχή ήταν καλύτερη(57%) όταν αυτή υποβλήθηκε από τον οικογενειακό γιατρό, στο πλαίσιο των γενικών του συμβουλών για τη διατήρηση της καλής υγείας, ενώ η αποδοχή ήταν μικρή (38-40), όταν η πρόσκληση έγινε μέσω αλληλογραφίας. Η συμμετοχή των ατόμων δε φαίνεται να είναι μεγαλύτερη εάν χρησιμοποιηθούν τα ειδικά test με τα οποία μπορεί το ίδιο το άτομο να κάνει τη δοκιμασία στο δείγμα των κοπράνων (αποδοχή του haemoccult 49.1%, του Coloscreen 50.6% και του Early Dectector 52.1%).

Όσον αφορά την αποδοχή της ορθοσιγμοειδοσκοπησης ως δοκιμασίας προληπτικού ελέγχου, αυτή έχει κυμανθεί περί το 70%. Κατάποσον, όμως, αυτό το υψηλό ποσοστό μπορεί να επιτευχθεί στο πλαίσιο ενός ευρύτερου πληθυσμιακού ελέγχου μένει να αποδειχθεί με τη διεξαγωγή προοπτικής και τυχαιοποιημένης μελέτης[†].

2.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ο δεύτερος σε συχνότητα στις βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες της Δύσης. Αγγλία υπάρχουν περισσότερες από 20.000 νέες περιπτώσεις με 15.000 θανάτους απ' αυτή την αρρώστια, κάθε χρόνο. Στην Αμερική οι νέες περιπτώσεις (καρκίνου) το χρόνο, είναι 140.000 περίπου, ενώ το 60% απ' αυτές θα καταλήξουν κακώς. Κατά μέσο όρο 16,6 άνδρες μέσα σε 100.000, και 14,7 γυναίκες σε 100.000 θα εμφανίσουν αυτή την αρρώστια. Στο καρκίνο του ορθού η αναλογία είναι 11,9 στους άνδρες και 7,7 στις γυναίκες σε 100.000 πληθυσμό. Ανατομικός, 50% εντοπίζονται στο ορθό, 20% στο σιγμοειδές, 15% στο ανιόν, 6 –8% στο εγκάρσιον, 6 –7% στο κατίον και στον πρωκτό 1%. Στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες και στην Άπω Ανατολή, η συχνότητα αυτής της αρρώστιας είναι μικρότερη. Στην Ελλάδα νόσος δεν είναι άγνωστη, αλλά δεν υπάρχουν ακριβή επίσημα στοιχεία για τη συχνότητά της στον Ελληνικό πληθυσμό.^{4,8}

Η επίπτωση της νόσου αυξάνεται σε συνάρτηση με την ηλικία, είναι μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές, και κάπως μεγαλύτερη στις ανώτερες οικονομικό – κοινωνικές τάξεις. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου συσχετίζεται έντονα με τη οικογενή πολυποδίαση και σε μικρότερο βαθμό με την ελκώδη κολίτιδα τους πολύποδες του παχέος εντέρου. Είναι συχνότερος σε πληθυσμούς που καταναλίσκουν επεξεργασμένα τρόφιμα πλούσια σε ζωικές 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 μπύρας ενώ ορισμένες περιπτώσεις χαρακτηρίζονται από έκδηλη τάση «οικογενούς» συρροής.¹¹

Οι επιδημιολογικές, γενετικές και βιοχημικές έρευνες έχουν φωτίσει αρκετά την αιτιολογία του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού, όχι όμως τόσο ώστε να έχουν πρακτική εφαρμογή. Από έρευνες στη γενετική των κυττάρων και τη μοριακή βιολογία τους έχει διαπιστωθεί ότι η περιοχή 5q21 του χρωματοσώματος περιέχει το υπεύθυνο γονίδιο για την οικογενή αδενωματώδη πολυποδίαση η περιοχή αυτή συχνά δεν υπάρχει στα αδενώματα και καρκινώματα αρρώστων που δεν έχουν οικογενή πολυποδίαση⁸.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3° : ΔΙΑΓΝΩΣΗ

3.1 ΑΙΤΙΑ

Αιτιολογική καρκινογένεσως παράγοντες

Υπάρχουν πολλοί ενδογενές ή εξωγενές παράγοντες που συμβάλλουν και υποβοηθούν στην καρκινογένεση. Άλλοι καρκινογόνοι παράγοντες είναι δυνατόν να ταξινομηθούν, όπως παρακάτω:

Χημική: Παράγωγα αρσενικού, χρωμίου, νικελίου και άλλων βαρέων μετάλλων. Αμιάντος, αρωματικοί και πολυκυκλικοί υδρογονάνθρακες.

Ορμόνες: Οιστρογόνα, ανδρογόνα.

Γενετικοί παράγοντες: Χρωμοσωματικές ανωμαλίες όπως στη χρόνια μυελογενή λευχαιμία, το λέμφωμα Burkitt-διαμετάθεση από το μακρύ βραχίονα του χρωμοσώματος 8 προς εκείνο του χρωμοσώματος 14 το μηνιγγίωμα όπου απουσιάζει το υπάριθμο 22 χρωμόσωμα, κ.ο.κ.

Ηλικία και φύλο : Ανάπτυξη διαφόρων τύπων νεοπλασιών ανάλογα με την ηλικία και το φύλο.

Διατροφή: Τροφές πλούσιες σε λευκώματα, οδηγούν σε αύξηση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού, διότι ελλείπει φυτικών ινών υπάρχει δυσκοιλιότητα που επιτρέπει στα διαιτητικά καρκινογόνα να παραμένουν επί μακρόν σε επαφή με το βλεννογόνο του εντέρου.

Συνήθειες της ζωής: Το κάπνισμα ενοχοποιείται, μεταξύ άλλων, για την ανάπτυξη νεοπλασμάτων του πνεύμονος, του λάρυγγος της ουροδόχου κύστεως και της στοματικής κοιλότητας, κυρίως, διότι κατ' αυτό εκλύονται οι περιοχόμενοι στον καπνό αρωματικοί υδρογονάνθρακες. Η καθημερινή λήψη σημαντικών ποσοτήτων οινοπνεύματος με το κάπνισμα ευνοεί την αύξηση της δραστηριότητας των καρκινογόνων.

Κυτταροστατικά- ακτινοθεραπεία – ανοσοκατασταλτικά : Η μακρά χρήση κυτταροστατικών ευνοεί την ανοσοκαταστολή και επομένως δρα όπως τα ανοσοκατασταλτικά. Η καρκινογένεση από ακτινοθεραπεία και ανοσοκατασταλτικά, αναφέρεται στα οικεία κεφάλαια.

Διάφοροι ογκογόνοι ιοί : Ιός της ηπατίτιδας Β, των ογκογόνων ρετροϊών, κλπ.⁴

3.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η συμπτωματολογία εξαρτάται από την εντόπιση του καρκίνου, γι' αυτό τα συμπτώματα θα διαχωριστούν σε συμπτώματα του δεξιού κόλου, του αριστερού κόλου και του ορθού.

Τα **συμπτώματα του καρκίνου του δεξιού κόλου** είναι αόριστα και όχι τόσο χαρακτηριστικά, για τους λόγους:

(α) εύρος του αυλού του εντέρου είναι μεγαλύτερο περίπου κατά 2½ φορές από του αριστερού κόλου,

(β) το περιεχόμενο του τελικού ειλεού προς το τυφλό είναι υδαρές και (γ) η μακροσκοπική μορφή του καρκίνου είναι κυρίως ανθοκραμβοειδής και όχι στενωτικού τύπου.

Έτσι, για όλα αυτά, οι ασθενείς προσέρχονται καθυστερημένα και χωρίς σαφή κλινική εικόνα. Τα **σπουδαιότερα συμπτώματα του καρκίνου του δεξιού κόλου είναι τα εξής:**

α. Ανεξήγητη αναιμία με τα ανάλογα επακόλουθά της, όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση, ζάλη, αδυναμία και δύσπνοια μετά από κόπωση. Η αναιμία αυτή προέρχεται

από τη μικροσκοπική αιμορραγία του όγκου. Μακροσκοπική αιμορραγία δεν είναι συχνή.

β. Διάφορα δυσπεπτικά ενοχλήματα ή και πόνος κατά τη δεξιά κοιλία με επέκταση στον ομφαλό. Μπορεί να θεωρηθούν ενοχλήματα από χολοκυστοπάθεια ή γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος ή και σκωληκοειδίτιδα.

γ. Στο 10% των ασθενών με καρκίνο του δεξιού κόλου, το πρώτο σημείο είναι η ανεύρεση **ψηλαφητής μάζας** στο δεξιό λαγόνιο βόθρο.

δ. Η αλλαγή των συνηθειών του εντέρου και η εντερική απόφραξη δεν είναι χαρακτηριστικά ούτε συχνά συμπτώματα στον καρκίνο του δεξιού κόλου.

Τα **συμπτώματα του καρκίνου του αριστερού κόλου** είναι πιο χαρακτηριστικά, αρκεί μόνο να μη θεωρηθούν συμπτώματα άλλων παθήσεων. Χαρακτηριστική είναι η αλλαγή των συνηθειών του εντέρου, είτε υπό μορφή δυσκοιλιότητας είτε υπό μορφή διαρροϊκών κενώσεων ή η εναλλαγή και των δύο. Είναι δυνατόν να υπάρχει αίμα στα κόπρανα, συνήθως ανακατεμένο με βλέννα. Η αιμορραγία που προκαλείται από τον καρκίνο του παχέος εντέρου σπάνια είναι σοβαρής μορφής. Η παρουσία όμως αναιμίας ή ψηλαφητής μάζας υποδηλώνει προχωρημένο καρκίνο. Άλλο χαρακτηριστικό σύμπτωμα του καρκίνου του αριστερού κόλου είναι η πλήρης ή ατελής εντερική απόφραξη. Στο τμήμα αυτό, ο αυλός του εντέρου είναι μικρότερος και το εντερικό περιεχόμενο πιο συμπαγές. Επίσης στην περιοχή αυτή ο μακροσκοπικός τύπος του καρκίνου είναι δακτυλιοειδής, με αποτέλεσμα την προϊούσα εντερική απόφραξη.

Στον καρκίνο του ορθού, το συχνότερο σύμπτωμα είναι η αποβολή καθαρού αίματος, που σπάνια όμως είναι άφθονη ή εμφανίζεται με τη μορφή πηγμάτων αίματος. Η απώλεια αίματος είναι επίμονη και μπορεί να συνοδεύεται με πρόσμιξη βλέννας. Το μεγαλύτερο πρόβλημα είναι ότι οι περισσότεροι αποδίδουν την αποβολή αίματος στις αιμορροΐδες και έτσι χάνεται πολύτιμος χρόνος. Τις περισσότερες φορές η δακτυλική εξέταση λύνει το διαγνωστικό πρόβλημα.

Υπάρχει συχνά τενεσμός και αίσθημα ατελούς αφόδευσης. Ο πόνος σε καρκίνο του ορθού συνήθως δεν υπάρχει, αλλά η παρουσία του υποδηλώνει επέκταση του ορθού συνήθως δεν υπάρχει, αλλά η παρουσία του υποδηλώνει επέκταση της νόσου και διήθηση των γύρων ιστών και ιδιαίτερα του ιερού και υπογαστρίου πλέγματος. Διάφορα άλλα συμπτώματα εμφανίζονται όταν τελικά ο όγκος διηθήσει γειτονικά όργανα. Έτσι, όταν διηθηθούν η ουροδόχος κύστη ή ο προστάτης, είναι δυνατόν να εμφανισθούν συμπτώματα κυστίτιδας ή ουρηθρίτιδας. Επίσης, μπορεί να δημιουργηθούν εσωτερικά συρίγγια, όπως ορθοκυστικά ή ορθοκολπικά, με αποτέλεσμα την αποβολή αερίων ή κοπράνων κατά την ούρηση ή από τον κόλπο. Σε πολύ προχωρημένα στάδια και σε ηπατικές μεταστάσεις εμφανίζεται συχνά κακουχία, ανορεξία απώλεια βάρους. Η κλινική εξέταση των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου μπορεί να δείξει ψηλαφητή μάζα, ηπατομεγαλία, ασκίτη και διογκωμένους λεμφαδένες. Είναι απαραίτητο να τονισθεί και πάλι ότι με τη δακτυλική εξέταση και την ορθοσιγμοειδοσκόπηση είναι δυνατόν να διαγνωσθεί το 50 –60% των περιπτώσεων του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού⁵.

3.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Κλινική εικόνα.

Τα αδενοκαρκινώματα του παχέος εντέρου και του ορθού εμφανίζουν σχετικά βραδύ ρυθμό ανάπτυξης. Ο μέσος χρόνος διπλασιασμού του όγκου που εντοπίζεται στο παχύ έντερο είναι περίπου 620 ημέρες, που σημαίνει ότι μεσολαβούν πολλά χρόνια μέχρι ότου ο καρκίνος καταστεί κλινικά εμφανής. Έτσι, οι προσπάθειές μας θα πρέπει να στραφούν κυρίως στη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου στα πρώιμα αυτά υποκλινικά στάδια, κατά τα οποία και τα θεραπευτικά αποτελέσματα θα είναι καλύτερα.

Αυτή εξαρτάται από την εντόπιση του όγκου στο παχύ έντερο. Αριστερή εντόπιση προκαλεί κοιλιακό άλγος και αλλαγές στις κενώσεις, με διάρροια συνήθως και ναυτία, εμετό και τεινεσμό. Δεξιά εντόπιση μπορεί να ψηλαφηθεί σαν μάζα στη δεξιά κοιλιακή χώρα.

Χαρακτηρίζεται επίσης από αλλαγή των συνηθειών του εντέρου προς αποπάτηση, αιμοτοχεσία και απώλεια βάρους, οι μεταστάσεις δε, από ηπατομεγαλία, κακοήθη ασκίτη, δύσπνοια με πνευμονική διήθηση, οστικά άλγη κ.α.^{2,4,5}.

3.4 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ

I. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

α. Δακτυλική εξέταση

Όγκοι στο ορθό απόσταση 10 –12 εκ. από το πρωκτικό δακτύλιο, μπορεί να ψηλαφηθούν με τη δακτυλική εξέταση. Οι όγκοι αυτής περιοχής είναι και οι συχνότεροι αλλά και γι' αυτούς χρειάζεται ειδική θεραπευτική επιλογή. Με την εξέταση αυτή διαπιστώνεται η κινητικότητα του όγκου και η επέκτασή του έξω από το τοίχωμα του ορθού. Η διάγνωση μικρών όγκων σταδίου I καθώς και εκτεταμένων, στάδιο II γίνεται κατά 80%. Στο στάδιο I ο όγκος εντοπίζεται από τοίχωμα του ορθού ή έχει ελάχιστα επεκταθεί προς τα έξω στο στάδιο II η επέκταση έχει γίνει στους έξω ορθικούς και παρακείμενα όργανα με πιθανότητα μη εξαιρεσιμότητας του όγκου. Τα στάδια I και II έχουν μια υποομάδα το καθένα, δηλ. το Ia, όταν ο όγκος εντοπίζεται μόνο στο εντερικό τοίχωμα και το IIβ όταν υπάρχει διήθηση των παρακειμένων. Η επιβίωση και η τοπική υποτροπή έχουν σχέση με την τοπική επέκταση του όγκου. Με την δακτυλική εξέταση και τους ενδοαυλικούς υπερήχους, γίνεται προσπάθεια διαπίστωσης διηθημένων οπισθοαρτικών λεμφαδένων, η ύπαρξη των οποίων είναι καθοριστική για την εφαρμογή της πιο κατάλληλης θεραπείας¹.

β. Ορθοσκόπηση – Σιγμοειδοσκόπηση – Κολονοσκόπηση:

Με την ορθοσιγμοειδοσκόπηση ελέγχεται η φύση του βλεννογόνου του κατώτερου τμήματος του εντέρου, σε έκταση 25 – 30 εκ. από τον πρωκτό, η περισταλτικότητά του, η παρουσία εκκολπωμάτων, η ανάπτυξη νεοπλασματικών επεξεργασιών ή άλλων παθολογικών καταστάσεων της μορφολογίας του τμήματος αυτού.

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

Η προετοιμασία του αρρώστου, τόσο για την ορθοσκόπηση, όσο και για τη σιγμοειδοσκόπηση περιλαμβάνει:

- ✓ Αποχή του αρρώστου από τροφή 8 – 10 ώρες, πριν από την ενδοσκόπηση.

✓ Εκκένωση του εντέρου από το περιεχόμενο του με υποκλυσμό την προηγούμενη από την ορθοσκόπηση μέρα και το πρωί της ίδιας μέρας, πάντοτε όμως δύο ώρες πριν από την ενδοσκόπηση για να ελαττωθεί η υπερκινητικότητα του εντέρου. Σε περίπτωση που η εκκένωση του δεν είναι ικανοποιητικό ή μέρος από το υγρό του υποκλυσμού έμεινε μέσα στον εντερικό σωλήνα, ενημερώνεται ο ιατρός , προτού να αρχίσει την ενδοσκόπηση. Το υγρό του υποκλυσμού αποφεύγεται να είναι ερεθιστικό στο βλεννογόνο, για να μη δημιουργηθεί λανθασμένη εικόνα την ώρα της εξετάσεως. Εάν ο άρρωστος έχει φυσιολογική κένωση του εντερικού σωλήνα, ο υποκλυσμός δε γίνεται.

✓ Ενημέρωση και προετοιμασία του ασθενούς για τη νοσηλεία, που είναι επώδυνη και πολύ δυσάρεστη και επίσκεψη του χώρου της εξετάσεως.

✓ Τοπική καθαριότητα.

Η εξέταση αυτή γίνεται στο ενδοσκόπηση τμήμα του νοσοκομείου ή της κλινικής. Ο ασθενής τοποθετείται σε γονατοαγκωνιαία θέση στο εξεταστικό κρεβάτι και σκεπάζεται με σεντόνι που να έχει άνοιγμα στην περιοχή του σφυγκτήρα του ορθού.

Ο ιατρός αρχικά κάνει δακτυλική εξέταση του ορθού και κατόπιν αφού επαλείψει με βαζελίνη το ορθοσκόπηση με ήπιες κινήσεις μέσα στο ορθό και το σιγμοειδές.

Για να επιτύχει η ορθοσκόπηση, αρχικά απομακρύνονται βλέννες, υπολείμματα κοπράνων κ.λ.π από τα τοιχώματα του εντέρου, καθώς και υγρά.

Μετά την εξέταση αφαιρείται από τον ιατρό το ενδοσκόπηση. Η αδελφή καθαρίζει την περιοχή του πρωκτού και βοηθά τον ασθενή να επιστρέψει στο κρεβάτι. Στη συνέχεια τακτοποιεί τα αντικείμενα που χρησιμοποιήθηκαν.

Κατά την ενδοσκόπηση του στομάχου, του οισοφάγου και του παχέος εντέρου, μπορεί να γίνει λήψη βλεννογόνου για βιοψία.

II. Ακτινολογικός Έλεγχος Πεπτικού Συστήματος.

Με την ακτινολογική μελέτη, που μπορεί να είναι ακτινοσκοπική ή ακτινογραφική, ελέγχονται νεοπλασματικές εξεργασίες, μη φυσιολογική κινητικότητα κάποιου τμήματος του γαστρεντερικού σωλήνα, έλκη, εκκλιπώματα, φλεγμονώδεις εξεργασίες, τοπογραφικές ανωμαλίες και άλλες ανωμαλίες του γαστρεντερικού σωλήνα. Το είδος αυτό της διαγνωστικής μελέτης έχει γίνει πολύ προσιτό και πολύ διαδεδομένο μέσο.

Η εφαρμογή των ακτίνων X ή Roentgen στηρίζεται στο γεγονός ότι διαφορετικοί ιστοί και ουσίες έχουν διαφορετική αντίσταση στο πέρασμα των ακτίνων X ή Roentgen. Έτσι οι ακτινολόγοι διακρίνουν 4 βαθμούς διεισδυτικότητας ή πυκνότητας ακτίνων X. Το φιλμ καταγράφει το ποσό των ακτίνων X που διαπερνούν τους ιστούς. Όσο μεγαλύτερη είναι η διαπερατότητα, τόσο μεγαλύτερη θα είναι η σκιά του φιλμ.

α. Ακτινοσκόπηση: Η ακτινοσκόπηση είναι ακτινολογική μέθοδος στην οποία το είδωλο δεν αποτυπώνεται πάνω σε φιλμ αλλά συγκεντρώνεται σε ακτινευαίσθητη πλάκα και οι σκιές άμεσα μελετούνται από τον ακτινολόγο .Π.χ εξετάζεται η κίνηση του διαφράγματος, η κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα κ.λ.π.

β. Ακτινογραφία: Η χρήση ουσιών που δεν είναι διαπερατές από τις ακτίνες τόσο στην ακτινοσκόπηση, όσο και στην ακτινογραφία βοηθεί στην ακριβέστερη έρευνα του οργάνου ή του συστήματος που εξετάζεται π.χ. η χορήγηση βαρίου (ουσία μη διαπερατή από τις ακτίνες X) από το στόμα ή με υποκλυσμό δίνει ολόκληρη την εικόνα του πεπτικού σωλήνα.

Το είδος της σκιερής ουσίας που θα χρησιμοποιηθεί εξαρτάται από το όργανο ή το σύστημα που εξετάζεται. Στην ακτινολογική μελέτη του πεπτικού σωλήνα χρησιμοποιείται θεικό βάριο (Barium – surfate) .

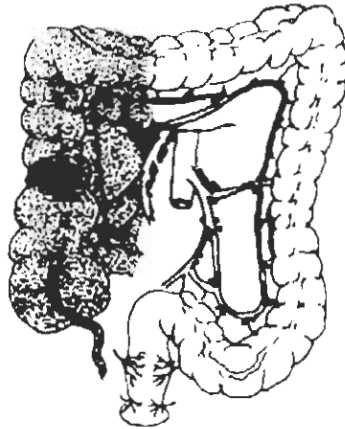
Το τμήμα ή το όργανο του γαστρεντερικού σωλήνα, που πρόκειται να ακτινογραφηθεί, πρέπει να είναι όσο το δυνατό κενό, έτσι ώστε η σκιερή ουσία να καλύψει όλη την κοιλότητα του οργάνου.

γ. Διάβαση εντέρου: Για τον ακτινολογικό έλεγχο του κατώτερου τμήματος του πεπτικού σωλήνα, δηλ. του παχέος εντέρου, το βάριο δίνεται με υποκλιισμό.

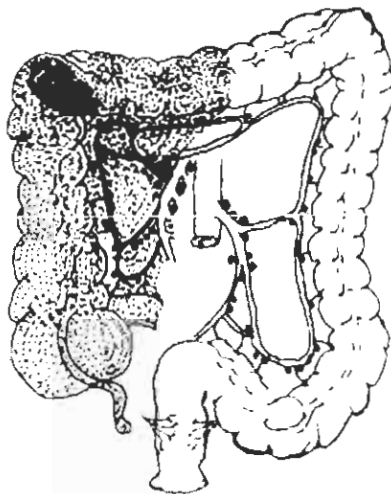
Η προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει καθαρτικό υποκλιισμό το βράδυ της παραμονής και το πρωί της μέρας της εξέτασης.

Η τροφή της προηγούμενης μέρας είναι εύπεπτη και χωρίς να αφήνει υπολείμματα. Στον ασθενή που έχει μεταφερθεί στο ακτινολογικό εργαστήριο, γίνεται βαριούχος υποκλιτισμός και η εξέταση ονομάζεται διάβαση εντέρου με βαριούχο υποκλιτισμό. Ενώ το βάριο προωθείται στα τμήματα του παχέος εντέρου, γίνονται ακτινογραφίες και ακτινοσκοπικός έλεγχος κατά τον οποίο φαίνεται ο αυλός και η κινητικότητα του εντέρου

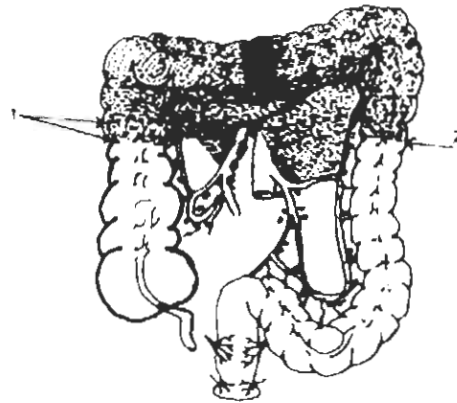
20



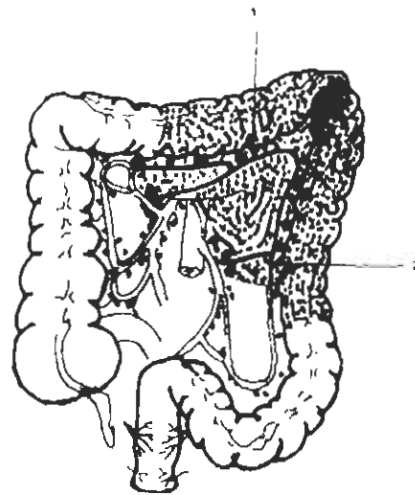
Εικ. 4. Καρκίνος του ανιόντος. Το τελικό τμήμα του ειλεού το παχύ έντερο έως λίγο πιο πέρα από τη δεξιά κολική καμπή, εκτέμνονται μαζί με τα σύστοιχα λεμφαγγλία που πορεύονται κατά μήκος της δεξιάς κολικής αρτηρίας και των δεξιών κλάδων της μέσης κολικής



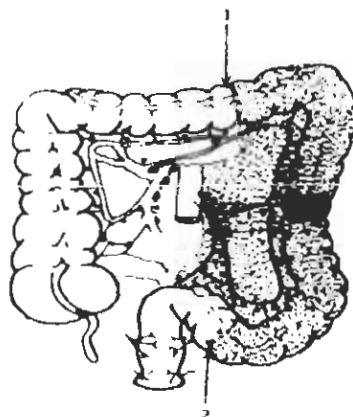
Εικ. 5. Καρκίνος της δεξιάς κολικής καμπής



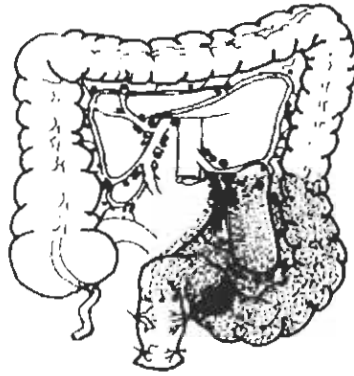
Εικ.6. Καρκίνος του εγκάρσιου κόλου



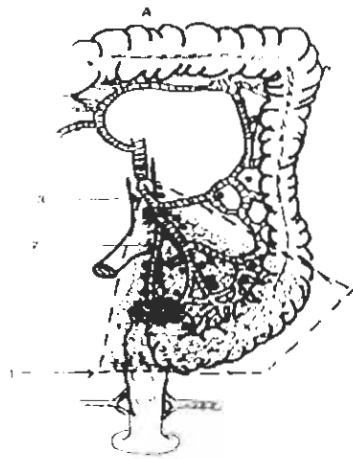
Εικ.7. Στο καρκίνο της σπληνικής καμπής αφαιρείται το αριστερό τμήμα του εγκάρσιου και το κατόν, έως την άνω μοίρα του σιγμοειδούς. Συναφαιρούνται τα λεμφογάγγλια που ευρίσκονται κατά μήκος των αριστερών κλάδων των μέσων κολικών αγγείων και αριστερών κολικών. 1= αριστεροί κλάδοι των μέσων κολικών αγγείων, 2= αριστερά κολικά αγγεία



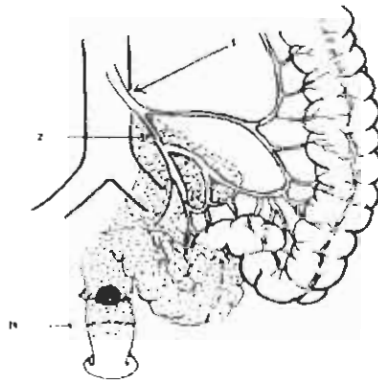
Εικ.8. Σε προχωρημένους καρκίνους του κατόντος με διηθημένα λεμφαγγεία κινητοποιούνται ή εκτέμνονται το αριστερό τμήμα του εγκάρσιου, το κατόν και το σιγμοειδές μαζί με τους επιχώριους λεμφαδένες. Η έκταση εκτομής είναι πιο σκούρα χρωματισμένη. Σε μη προχωρημένους καρκίνους του κατόντος, μπορεί να γίνει ταπτική κολεκτομή. Αφαίρεση της έλικας που φέρει τον όγκο σε έκταση ασφαλείας. Η αποκατάσταση της συνέχειας γίνεται με τελικοτελική αναστόμωση όπως στη προηγούμενη. 1= Σημείο διατομή του αριστερού τμήματος του εγκάρσιου, 2= Σημείο διατομή του σιγμοειδούς



Εικ. 9. Σε εντόπιση του όγκου χαμηλότερα στο σιγμοειδές, η εκτομή του εντέρου με τον όγκο, μεσεντέριο και σύστοιχους λεμφαδένες είναι αυτή που περικλείεται με τη διακεκομμένη γραμμή



Εικ.10. Στο καρκίνο του κατώτερου σιγμοειδούς η αφαίρεση του γίνεται με υψηλή πρόσθια εκτομή 1=Σημείο διατομής του ορθού στην υψηλή πρόσθια εκτομή του ορθού, 2=Ανω αιμορροϊδική, 3= Κάτω μεσεντέριος



Εικ. 11. Καρκίνοι στο ορθοσιγμοειδές ή στο άνω ή στο μέσο ορθό απόσταση από το δακτύλιο αφαιρούνται με πρόσθια εκτομή του ορθού υψηλή ή χαμηλή. Α= Υψηλή εκτομής του ορθού (εικ.17³) Β Τομή χαμηλής εκτομής του ορθού. 1=Κάτω μεσεντέριος, 2= Ανω αιμορροϊδική, 3= Τομή χαμηλής εκτομής του ορθού

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4° : ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διατήρηση του σφιγκτηριακού μηχανισμού σε πολλές περιπτώσεις μετά από την ολική κολεκτομή για διάφορες παθήσεις του παχέος εντέρου δεν κατήργησε τις κολοειλεο-στομίες οι οποίες σε αρκετές περιπτώσεις είναι απαραίτητες. Η ποιότητα της ζωής των αρρώστων με διαφορές «στομίες»

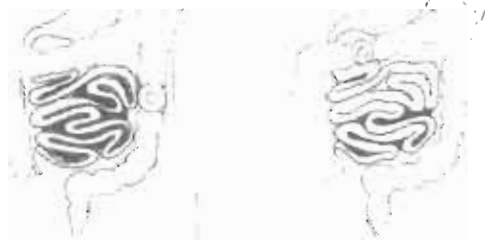
Έχει πολύ βελτιωθεί τα τελευταία 15 χρόνια, γιατί τώρα υπάρχουν πιο ανεκτές «συσκευές» και γιατί έχουν εκπαιδευθεί μερικά πρόσωπα που απασχολούνται ειδικά με τις «στόμιες»⁸.

A. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΕΣ

Κολοστομία είναι όταν το στόμιο του παχέος εντέρου που έχει διαταμεί, εξωτερικευθεί στην επιφάνεια του σώματος και αποτελέσει ένα τεχνικό άνοιγμα αποβολής των κοπράνων. Οι κολοστομίες γίνονται σε δυο περιπτώσεις:

α) Μετά από αφαίρεση του ορθού και του πρωκτού στην περίπτωση αυτή γίνεται μια τελική κολοστομία αριστερά και **β)** Ως προσωρινή, για να παρακαμφθεί η αποβολή κοπράνων από τη φυσιολογική οδό. Αυτό γίνεται όταν υπάρχει στο περιφερικό έντερο απόφραξη, φλεγμονή, συρίγγιο, ή διατήρηση, ή όταν γίνει μία δύσκολη κολεκτομή με επισφαλή αναστόμωση.



Εικ. 12. Κατιούσα και σιγμοειδική κολοστομία αριστερά και Εγκάρσια κολοστομία δεξιά



Εικ.13 Κολοστομία άιτλου αυλού αριστερά και Αγκυλωτή κολοστομία δεξιά

- Τύποι κολοστομιών:**
1. Τελική κολοστομία
 - α. Μόνιμη
 - β. Προσωρινή
 - γ. Μαγνητική
 2. Ανακουφιστική κολοστομία
 - α. Κολοστομία σε έλικα εντέρου.
(loop colostomy)
 - β. Κολοστομία με δύο στόμια ή σαν δίκανο όπλο

1. Τελική κολοστομία

Το τελικό άκρο του σιγμοειδούς μετά την εκτομή του ορθού εξωτερικεύεται ως τελική κολοστομία. Ο όρος « παρά φύσιν έδρα» είναι κακόηχος γιατί προδιαθέτει άσχημα τον άρρωστο. Η επιτυχής λειτουργία της εξαρτάται κυρίως από την θέση και την καλή κατασκευή της. Το στόμιο πρέπει να μην είναι κοντά σε πτυχές του δέρματος – συμπεριλαμβάνεται και ο ομφαλός – σε ουλές από προηγούμενες εγχειρήσεις και προβολές οστών πρέπει να είναι ορατή και προσιτή από τον άρρωστο για να τοποθετεί και αλλάζει τις κατάλληλές συσκευές και δεν θα πρέπει να ενοχλείται το άτομο όταν κάθεται, όταν διπλώνει το κορμί του, όταν περπατάει και όταν εργάζεται. Έτσι η κολοστομία πρέπει να δημιουργείται κάτω από τη μέση – ζώνη του παντελονιού – αλλά όχι τόσο χαμηλά ώστε η συσκευή της κολοστομίας να μην έρχεται σ'επαφή με το μηρό όταν ο άρρωστος κάθεται με το μηρό σε κάμψη. Το σημείο εφαρμογής της πρέπει να σημειώνεται προεγχειρητικά και να τοποθετείται η συσκευή σε όρθια θέση του αρρώστου. Η κατασκευή της οπής της κολοστομίας πρέπει να γίνεται στην αρχή της εγχείρησης, πριν από την λαπαροτομία, η οποία διαταράσσει την αρχιτεκτονική των κοιλιακών τοιχωμάτων.

Το σημείο εκλογής για την τοποθέτηση του τελικού στομίου πρέπει να είναι μακριά από το εγχειρητικό τραύμα και να απέχει ίση απόσταση από τον ομφαλό πρόσθια λαγόνια ακρολοφία και ηβικό φύμα. Η κατασκευή της γίνεται στον αριστερό λαγόνιο βόθρο γιατί το σιγμοειδές πορεύεται πολύ κοντά στην πρόσθια επιφάνεια του κοιλιακού τοιχώματος και έτσι είναι πολύ μικρός ο παρακολικός χώρος – χώρος μεταξύ σιγμοειδούς και πλαγίου κοιλιακού τοιχώματος – και συγκλείεται εύκολα. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγονται οι εσωτερικές κήλες του λεπτού εντέρου γύρω από τη τελική έλικα της κολοστομίας⁸.

Κατασκευή της τελικής κολοστομίας

α. Μόνιμη

Η σημειωμένη περιοχή του δέρματος που έχει από τα πριν επιλεγεί για να γίνει η κολοστομία, αφαιρείται κυκλικά με διάμετρο 2,5 εκατοστά. Η αφαίρεση γίνεται και στον υποδόρια ιστό τον ίδιο τρόπο έως την απονεύρωση, η οποία διατέμνεται σε σταυρός οι γωνίες του οποίου αφαιρούνται με το ψαλίδι. Στη συνέχεια απομακρύνονται – (διαχωρίζονται) – οι μυϊκές ίνες του ορθού κοιλιακού μυός και διατέμνονται το οπίσθιο πέταλο της θήκης του ορθού κοιλιακού και το αντίστοιχο περιτόναιο κατά τον ίδιο τρόπο. Είναι σημαντικό το άνοιγμα αυτό να μην είναι πολύ στενό γιατί περισφίγγεται το έντερο και η αιμάτωσή του, με αποτέλεσμα ισχαιμία και νέκρωση του εξωτερικευμένου τμήματος του εντέρου, αλλά ούτε και πολύ ευρύ, γιατί θα σχηματισθούν κήλες παρά την κολοστομία. Για πρακτικούς λόγους στο άνοιγμα αυτό πρέπει άνετα να περνάνε δύο δάκτυλα. Μετά τη κινητοποίηση του εντέρου σε αρκετό μήκος, επιλέγεται το σημείο που θα διαταμεί και θα εξωτερικευθεί ως κολοστομία, έχει υπολογισθεί ότι, όταν η διατομή γίνει σε σημείο που να φθάνει στο ηβικό φύμα, το έντερο αυτό είναι αρκετό για μία άνετη κολοστομία. Η διαίρεση του εντέρου γίνεται μεταξύ δύο ειδικών λαβίδων, γίνεται

δε σε αυτό το στάδιο σύγκλειση του παρακολικού χώρου. Αυτοί μπορεί να γίνει με διακεκομμένα μη απορροφήσιμα ράμματα ή με αυτά βραδείας απορρόφησης ή με συνεχόμενο ράμμα που αρχίζει από το κομμένο μεσεντέριο και το αντίστοιχο τμήμα του πλαγίου περιτονίου φέρεται προς τα πάνω έως το τελικό άκρο του εντέρου που τελικά διεκβάλλεται από το άνοιγμα του κοιλιακού τοιχώματος, μετά τη περίσφιγξη του ράμματος γύρω από το εσωτερικό άνοιγμα της κολοστομίας. Με τη σύγκλειση αυτού του χώρου εξουδετερώνεται μια αιτία στραγγαλισμού του λεπτού εντέρου μεταξύ του πλαγίου περιτοναίου και του τελικού άκρου του κόλου που έχει εξουδετερωθεί. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται να μη διεκβάλλεται η βελόνη από τον αυλό του εντέρου γιατί μπορεί έτσι ν' αναχπυχθούν αποστήματος στο πλάγιο τοίχωμα της κοιλιάς.

Η εξωτερικευμένη εντερική έλικα από το τεχνικό στόμιο του αριστερού λαγονίου βόθρου πρέπει να έχει αρκετό μήκος και να μην έχουν συστραφεί τα αγγεία της σε αντίθετη περίπτωση υπάρχει μεγάλος κίνδυνος ισχαιμίας και νέκρωσης του εντέρου. Το τελικό άκρο της ρέπει να προεξέχει της επιφάνειας του δέρματος 3-5 εκατοστά, ώστε να είναι εφικτή η αναστροφή του με τα διακεκομμένα ράμματα από ντο χείλος του στα χείλη του κυκλικού δερματικού κρημνού. Το έντερο καθηλώνεται με τέσσερα ράμματα στο πρόσθιο περιτόναιο και οπίσθιο πέταλο της θήκης εσωτερικά, στο άνοιγμα του κοιλιακού τοιχώματος, και στο πρόσθιο πέταλο της εξωτερικά.

Η καθήλωση αυτή είναι απαραίτητη γιατί προλαμβάνεται τόσο η εισρόφηση όσο και η πρόπτωση της κολοστομίας. Στο στάδιο αυτό σκεπάζεται η περιοχή με αποστειρωμένες γάζες, ελέγχεται η περιτοναϊκή κοιλότητα, απορροφώνται όλα τα υγρά, τοποθετούνται οι παροχευτικοί σωλήνες, εάν έχει αυτό αποφασισθεί και τελικά γίνεται σύγκλειση της περιτοναϊκής κοιλότητας. Η εγχείρηση τελειώνει με το τελευταίο στάδιο της κατασκευής της κολοστομίας με απορροφήσιμα ράμματα, τα οποία διεκβάλλονται από τα χείλη του εντέρου αυτά αναστρέφονται και καθηλώνονται στα χείλη του δερματικού κρημνού. Συνολικά χρησιμοποιούνται οκτώ ράμματα, που τοποθετούνται το ένα με το άλλο ακριβώς αντίθετα.

Η συσκευή της κολοστομίας τοποθετείται αμέσως στο άνοιγμα του εντέρου στο τέλος της εγχείρησης. Αυτό επιτρέπει την άμεση αποβολή αερίων και κοπράνων, την καθημερινή επισκόπηση του εντέρου για τη βιωσιμότητά του και ελέγχεται η εισρόφηση ή όχι στη περιτοναϊκή κοιλότητα. Στο τέλος της εγχείρησης εισάγεται πολύ προσεκτικό από το νέο δημιουργημένο στόμιο ο δείκτης του δεξιού χεριού καλά επαλειμμένος με βαζελίνη, για να διαπιστωθεί η καλή βατότητα της, αλλά και με την αφαίρεσή του να φέρει προς τα έξω το βλεννογόνο του εντέρου⁸.

β. Προσωρινή

Στη προσωρινή τελική κολοστομία το κεντρικό τμήμα του εντέρου διαμορφώνεται όπως ακριβώς στη τελική μόνιμη κολοστομία. Το περιφερικό όμως έχει συγκλεισθεί κατά Hartman και αφαιθεί στη περιτοναϊκή κοιλότητα ή έχει εξωτερικευθεί χαμηλότερα, σε κάποιο σημείο της μέσης γραμμής, εάν αυτό είναι εφικτό, ως δερματικό συρίγγιο. Η επανένωσή τους γίνεται με κινητοποίηση και νεαροποίηση των δύο άκρων, η δε συρραφή τους ή με το παραδοσιακό τρόπο με ράμματα ή με τη χρήση κυκλικών αναστομωτήρων. Στις περιπτώσεις που υπάρχει τυφλό κολόβωμα του περιφερικού εντέρου, η κεφαλή του αναστομωτήρα διεκβάλλεται από το κλειστό τοίχωμα, χωρίς προηγούμενη του αυτό εξοικονομεί πολύ χρόνο⁸.

2. Ανακουφιστική κολοστομία

Με τις ανακουφιστικές κολοστομίες οι οποίες συνήθως γίνονται στο δεξιό του τμήμα του εγκάρσιου ή σπανιότερα στο αριστερό του ή και στο σιγμοειδές, επιδιώκεται η

μεταφορά των κοπράνων προς τα έξω να γίνεται από το καινούργιο στόμιο και όχι από τη παλαιά φυσιολογική οδό. Με τις ανακουφιστικές κολοστομίες δεν μειώνεται ο αριθμός της διαφυγής από τις διάφορες αναστομώσεις, αλλά σαφώς μειώνονται τα επακόλουθα αυτής της επιπλοκής, καθώς και η θνησιμότητα.

- Σε οξείες εντερικές αποφράξεις του αριστερού κόλου.
- Σε διατρήσεις του σιγμοειδούς
- Σε διαφυγή από την αναστόμωση
- Σε κολοκυστικά κολο- κολπικά- δερματικά συρίγγια
- Σε απλασία του δακτυλίου ή στη νόσο Hirschprung

Η αποσυμφόρηση του δεξιού τμήματος του παχέος εντέρου – τυφλό ανιόν και δεξιό τμήμα του εγκαρσίου, γίνεται καλύτερα με ειλεοστομία ή ειλεοεγκαρσία αναστόμωση. Η προσωρινή κολοστομία γίνεται είτε μετά από την ερευνητική λαπαροτομία ή κατευθείαν πριν από την εγχείρηση. Η δεύτερη επιλογή είναι προτιμότερη γιατί στο σημείο που επιλέγεται δοκιμάζονται οι διάφορες συσκευές συλλογής των εντερικών υγρών. Στις κολοστομίες του δεξιού τμήματος του εγκαρσίου η τομή συνήθως είναι κάθετη ή και οριζόντια, ενώ του σιγμοειδούς είναι λοξή. Στις του δεξιού εγκαρσίου η τομή γίνεται στο δεξιό άνω τέταρτη μόριο της κοιλιάς στο μέσω της απόστασης από το πλευρικό τόξο στον ομφαλό στο όριο του ορθού κοιλιακού μυός. Η τομή για το σιγμοειδές γίνεται στη γραμμή που ενώνει τον ομφαλό με τη πρόσθια λαγόνιο ακρολοφία σε τέτοιο σημείο που να μη δυσκολεύεται η ζωή του αρρώστου μετά τη εφαρμογή της συσκευής συλλογής των κοπράνων. Η τομή συνήθως έχει μήκος 5 εκατοστών.

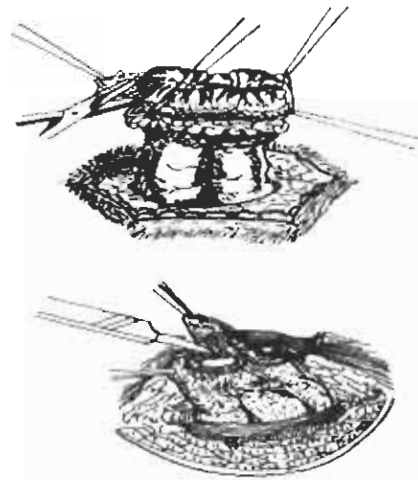
Γίνεται η διάνοιξη των ινών του ορθού κοιλιακού και το επιλεγέν σημείο του εγκαρσίου εξωτερικεύεται αφού ελευθερωθεί από το μείζον επίπλου αντιστοιχα. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται ώστε το τμήμα αυτό να είναι δεξιά της μέσης κολικής αρτηρίας η ακεραιότητα της οποίας θα αιματώνει το περιφερειακό τμήμα του εντέρου. Η τομή δια των ορθών κοιλιακών πρέπει να είναι αρκετά ευρεία ώστε να μην στραγγαλίζεται το εξωτερικευμένο τμήμα του εντέρου, αλλά όχι πάρα πολύ γιατί αυτό προδιαθέτει σε πρόπτωση της κολοστομίας. Η εξωτερικευμένη έλικα του εντέρου καθλώνεται με τέσσερα ράμματα στην απονεύρωση (έσω και έξω πέταλο) για να προληφθεί η πρόπτωση της, αφού εισρόφηση τους εμποδίζεται από το μικρό γυάλινο σωλήνα που διεκβάλλεται από το μεσεντέριο μεταξύ της επιθηλίου αρτηρίας και του τοιχώματος του εντέρου ή από τη στήριξη της έλικας με πλαστικούς στείλεους. Μετά τη σύγκλειση του τραύματος το εξωτερικευμένο τμήμα του εντέρου διανοίγεται κατά μήκος της κολικής ταινίας και μερικά ράμματα καθλώνουν τα χείλη του εντέρου στα χείλη του δέρματος και στην συνέχεια τοποθετείται η συσκευή της κολοστομίας όπως και όταν είναι τελική. Έχουν περιγραφεί πάρα πολλές τεχνικές για να δώσουν καλύτερα προστατευτικά αποτελέσματα όπως έχουν και χρησιμοποιηθεί ποικίλα υλικά⁸

ΣΥΓΚΛΕΙΣΗ ΤΗΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

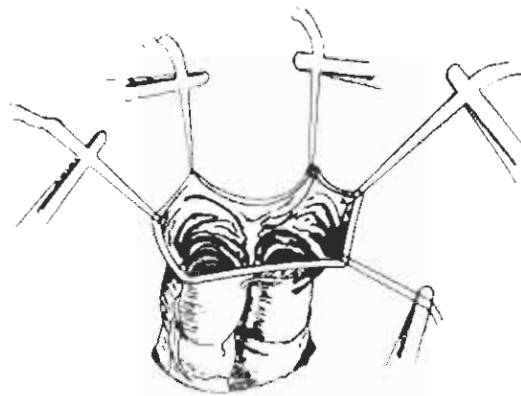
Η σύγκλειση της κολοστομίας πρέπει να γίνεται όταν επιτευχθεί ο σκοπός για τον οποίο έγινε, π.χ. η καλή επούλωση της αναστόμωση κ.λ.π. και ακόμη όταν υποχωρήσει το οίδημα και η συμφόρηση της. Ο καλύτερος χρόνος για την εγχείρηση είναι μεταξύ του ενός και των τριών μηνών. Όχι πολύ γρήγορα γιατί παρουσιάζονται επιπλοκές, όχι πολύ αργά (περισσότερο από 3 μήνες) γιατί στενεύει η αναστόμωση από την ανενεργησία.

Η σύγκλειση της μπορεί να γίνει έξω από την περιτοναϊκή κοιλότητα ή μέσα σ' αυτή. Η πρώτη είναι προτιμότερη γιατί αποφεύγεται η επιμόλυνση παρακειμένων ιστών. Πριν την σύγκλειση της γίνεται σχεδόν η ίδια προετοιμασία εντέρου όταν πρόκειται για κολεκτομή. Αρχικά γίνεται τομή του δέρματος και του υποδορίου ιστού πολύ κοντά στα χείλη της κολοστομίας (εικ. 14.) στην συνέχεια απελευθερώνεται το έντερο από το

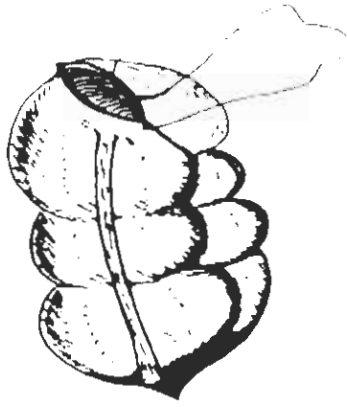
πρόσθιο πέταλο της θήκης του ορθού κοιλιακού και με ισχυρή έλξη η εντερική έλικα φέρεται προς τα έξω. Το δέρμα και ο υποδόριος ιστός που είναι κολλημένα στην κολοστομία, αφαιρούνται προσεκτικά με ψαλίδι και στην συνέχεια ελευθερώνεται ο βλεννογόνος από τα χείλη της κολοστομίας, ώστε να είναι εφικτή η αναστροφή του προς τα μέσα τη συρραφή, η οποία μπορεί να είναι συνεχής ή διακεκομμένη με απορροφήσιμα ράμματα, τύπου Connell (εικόνα 15,16). Το στρώμα αυτό ενταφιάζεται με ραφές τύπου Lembert με πολύ ψιλό ή μεταξύ ή τα συνθετικά απορροφήσιμα τύπου Dexon ή Vicryl (εικόνα 17).



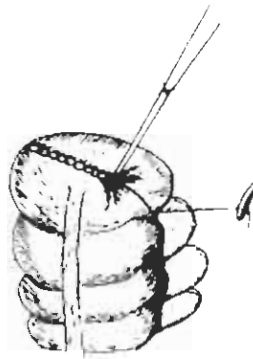
Εικ. 14. Νεαροποίηση των χειλέων της κολοστομίας με αφαίρεση του ουλώδους ιστού και του γύρω – γύρω δέρματος



Εικ. 15. Οι έλικες του εντέρου μετά την αφαίρεση των ουλωδών στοιχείων και τη νεαροποίηση των χειλέων της κολοστομίας

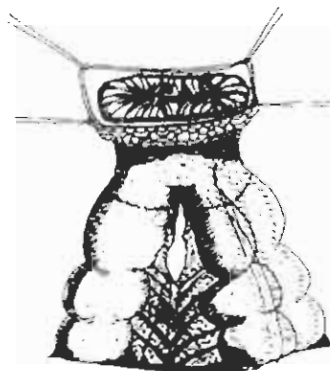


Εικ. 16. Σύγκλειση της προσωρινής κολοστομίας με συνεχή ραφή τύπου Connell.

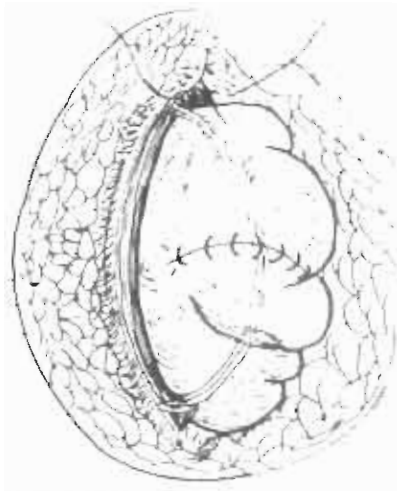


Εικ. 17. Τελεία σύγκλειση του αυλού του εντέρου της κολοστομίας σε δύο στρώματα. Στο δεύτερο γίνεται η ραφή τύπου Lembert

Το έντερο επανατοποθετείται στην περιτοναϊκή κοιλότητα, το άνοιγμα της οποίας συγκλείεται με διακεκομμένα ράμματα σε ένα στρώμα με Prolene ή Vicryl. Το σημείο της σύγκλεισης παροχετεύεται με αντιστόμιο πάντοτε με ελαστικό σωλήνα σε περιπτώσεις που η κολοστομία είναι συμφορητική και οιδηματώδης (πρώιμη σύγκλειση) συστήνεται η καλή κινητοποίηση της εντερικής έλικας ώστε να παρασκευασθούν αρκετά και τα δύο σκέλη της (προσιούσα και απιούσα) αυτά διατέμνονται σε αρκετή απόσταση από τα χείλη της κολοστομίας και η συνέχεια του εντέρου γίνεται με τελικοτελική αναστόμωση (εικόνα 8,8^α)⁹.



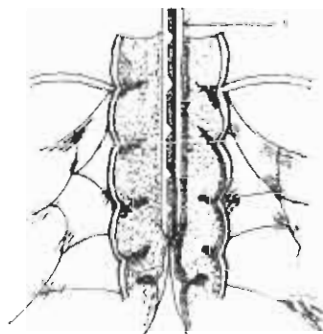
Εικ. 18. Διατομή των εξωτερικευμένων εντερικών ελίκων, αρκετά μακριά από τα χείλη της κολοστομίας. Η διατομή γίνεται αντίστοιχα με την διακεκομμένη γραμμή



Εικ. 19 Τελικοτελική αποκατάσταση της συνέχειας του εντέρου με διακεκομμένα ράμματα

Προσωρινή κολοστομία με δύο στόμια ή σαν δίκανο όπλο

Η τεχνική αυτή της κολοστομίας εφαρμόζεται όταν γίνεται εξωτερίκευση των βλαβών του εντέρου και αφαίρεσή τους κατά Paul – Mickulitz. Μετά την αφαίρεση τα δύο τμήματα του εντέρου που έχουν εξωτερικευθεί συρράπτονται και μετά τη διατομή τους επανεισάγονται στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Στο κεντρικό τμήμα του εντέρου εισάγεται και στερεώνεται ένας γυάλινος σωλήνας τύπου Paul, ο οποίος απομακρύνει το εντερικό περιεχόμενο, το οποίο τις περισσότερες φορές είναι άφθονο, ιδιαίτερα όταν υπήρχε απόφραξη. Ο σωλήνας αυτός αφαιρείται την τρίτη ημέρα και έτσι υπάρχει μια κολοστομία με δύο στόμια που λειτουργεί καλά. Δέκα ημέρες αργότερα, εισάγεται εντεροτόμος μεταξύ των επιφανειών που έχουν συρραφεί και με ισχυρή πίεση διατέμνει τα τοιχώματα, έτσι που γίνεται αποκατάσταση της συνέχειας του εντέρου. Για λίγες ημέρες παραμένει ένα εντερικό κοπροχόο συρίγγιο που σιγά-σιγά αυτόματα επουλώνεται. Με την τεχνική αυτή αποφεύγεται η δεύτερη εγχείρηση της σύγκλεισης της κολοστομίας με όλες τις επιπλοκές της (εικόνα 9)⁸.



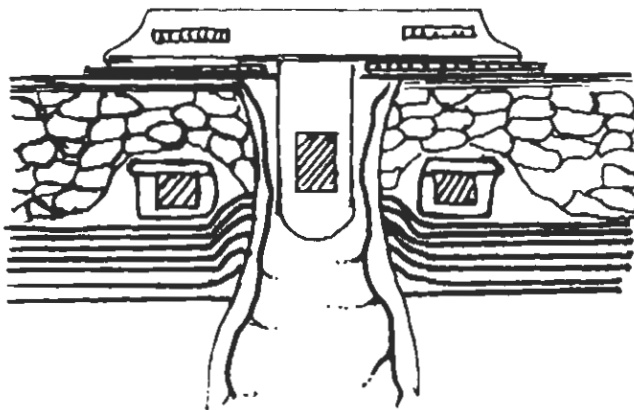
Εικ. 20. Εισαγωγή ισχυρού εντεροτόμου στο κοινό τοίχωμα των δύο ελίκων. Η νεκρωσή που προκαλείται ενδοπνεί τους δύο αυλούς. 1= Εντεροτόμος



Εικ. 21^{αβ} α=Για λίγες ημέρες το εντεροδερματικό συρίγγιο είναι μεγάλο.
β=λίγες ημέρες αργότερα είναι μικρότερο και τελικά κλείνει.

Μαγνητική κολοστομία

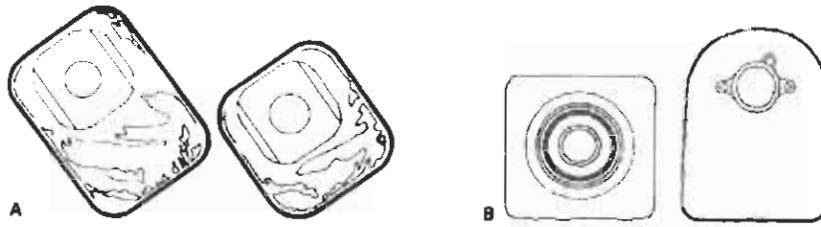
Στην προσπάθεια τους οι χειρουργοί να δώσουν καλύτερη ποιότητα ζωής στο άτομο με την κολοστομία έχουν επινοήσει διάφορες τεχνικές κολοστομίας. Μια απ' αυτές είναι η τοποθέτηση ενός συστήματος μαγνητών ώστε να υπάρχει πλήρης σύγκλειση του στομίου και απόλυτος έλεγχος των κενώσεων. Ο ένας μαγνητικός δάκτυλος τοποθετείται υποδορίως γύρω από την έλικα της κολοστομίας και το άνοιγμα της συγκλείεται με μία μαγνητική πλάκα, από το κέντρο της οποίας μία προσεκβολή εισέρχεται στον αυλό του εντέρου. Η τοποθέτηση της συσκευής πρέπει να γίνει τουλάχιστον 6 εβδομάδες μετά την κατασκευή της κολοστομίας.⁸



Εικ.22. Μαγνητική τελική κολοστομία. Διακρίνονται οι μαγνητικοί δακτύλιοι σε διατομή

Συσκευές κολοστομίας

Αυτές αποτελούνται από έναν αυτοκόλλητο δίσκο με μία φλάντζα στο μέσο και από τον πλαστικό σάκκο ο οποίος στερεώνεται μ' ένα λάστιχο γύρω από την φλάντζα, ή επικολλάται στον αυτοκόλλητο δάκτυλο στο δέρμα, με αντίστοιχο άνοιγμα της κολοστομίας, για αρκετές μέρες. Οι πλαστικοί σάκοι μπορεί να έχουν άνοιγμα στο κάτω άκρο τους και να αδειάζουν όταν γεμίσουν ή είναι χωρίς άνοιγμα, οπότε αφαιρούνται και πετιόνται όταν γεμίσουν.⁸



Εικ. 23. Συσκευές Κολοστόμιου: Α Ένός τεμαχίου. Β Δυο τεμαχίων

1.ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η γενική προεγχειρητική προετοιμασία περιλαμβάνει:

α Τόνωση ηθικού

Προεγχειρητική οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση προκαλεί πάντοτε στον ασθενή κάποια διαταραχή φανερή ή όχι. Από ψυχολογικής πλευράς γνωρίζουμε ότι η ανησυχία του ασθενούς επηρεάζει άμεσα την ομαλή λειτουργία του σώματος του.

Ο φόβος του αγνώστου της επιτυχίας της επέμβασης, της αναισθησίας ή του θανάτου, μπορεί να είναι περισσότερο ή λιγότερο εμφανής, ενώ άλλο είδος φόβου π.χ. φόβος για πιθανή απώλεια της εργασίας του ή ανάγκες συντηρήσεως της οικογένειας του ή μια πιθανή μόνιμη αναπηρία. Συνήθως βλέπει κανείς ένα ασθενή που κατέχεται από συναίσθημα ανασφάλειας. Έντονες συγκινησιακές διαταραχές είναι φανερές.

Συνεπώς ο νοσηλευτής-τρια ο οποίος έγκαιρα θα κατανοήσει τα παραπάνω πρέπει να είναι περισσότερο ανεκτικός και προσιτός σε σχέση με τον ασθενή. Ο φόβος εκδηλώνεται ποικιλοτρόπως στα διάφορα άτομα.

Μερικοί ασθενείς εκδηλώνουν έμμεσα τον φόβο τους με ερωτήσεις. Άλλα άτομα καταφεύγουν σε ακατάπαυστη ομιλία για θέματα μικρής αξίας. Το να υποτιμάται τους φόβους του ασθενή λόγω του ότι δεν υπάρχει τίποτα να φοβηθεί κάνει του ασθενή να καταφύγει στα δικά του και λιγότερο αποτελεσματικά μέσα αντιμετώπισης του φόβου του.

β Τόνωση του σωματικού

- Επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα βιταμίνες και φτωχό σε λίπη.
- Ο νοσηλευτής-τρια χορηγεί στον άρρωστο αντισηπτικά φάρμακα του εντέρου είτε από το στόμα είτε υπό μορφή υποκλυσμού.
- Χορηγεί αντιβίωση.
- Προετοιμάζει το έντερο για εγχείρηση. Έτσι τις 5 τελευταίες μέρες πριν την εγχείρηση χορηγείται ελαφρό υπακτικό, όπως γάλα μαγνησίας και τροφή με λίγα κατά το δυνατό υπολείμματα.
- Κατά την προεγχειρητική ετοιμασία δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά γιατί ο ασθενής χάνει υγρά με την απώλεια αίματος, τον ιδρώτα και τους τυχόν εμέτους.
- Την προηγούμενη της εγχείρησης μέρα ο ασθενής τρέφεται ελαφρά, το βράδυ γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός καθώς και το πρωί της μέρας της εγχείρησης²⁰.

γ. Ιατρικές εξετάσεις.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις πριν από κάθε εγχείρηση είναι:

1. Εξέταση αίματος
2. Γενική ούρων
3. ΗΚΓ
4. Ακτινογραφία θώρακος

δ. Καθαριότητα του ασθενούς

1) Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται:

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

2) Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς:

Την παραμονή της εγχείρησης εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος. Στην καθαριότητα του σώματος περιλαμβάνεται η καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα, για την πρόληψη μόλυνσεως του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων

ε. Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου

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

Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία

Σκοπός της είναι η απαλλαγή του δέρματος από μικρόβιο χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λύσης. Γίνεται καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία στη κοιλιακή χώρα και κάλυψη της με αποστειρωμένο πεδίο, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μόλυνσεις.

Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

Η τελική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

α) Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής καταστάσεως του ασθενούς. Ο νοσηλευτής κατά την πρωινή θερμομέτρηση και σφυγμομέτρηση παρατηρεί την τυχόν παρέκκλιση τους από τα φυσιολογικά όρια.

β) Αν η εγχείρηση προγραμματιστεί το πρωί της επόμενης ημέρας, το βράδυ χορηγείται ελαφρά δίαιτα, ενώ το νερό δίνεται ελεύθερα μέχρι τέσσερις ώρες πριν από την επέμβαση. Πριν από την μεταφορά του αρρώστου χειρουργείο, ο νοσηλευτής:

1. Τον ντύνει με τα ειδικά ρούχα για το χειρουργείο .
2. Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη.
3. Αφαιρεί δακτυλίδια και άλλα κοσμήματα που παραδίδονται στην προϊστάμενη για φύλαξη προτού καταγραφούν.
4. Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης.
5. Χορηγεί την προνάρκωση μισή ώρα πριν την εγχείρηση ή αμέσως μετά την εντολή του αναισθησιολόγου.

Τα φάρμακα της προνάρκωσης εξαρτώνται τον συγκεκριμένη άρρωστο.

Πιο συχνά χρησιμοποιούνται:

- α). Οπιούχα
- β). Παράγωγα της μπαλλαντόνας.
- γ). Βαρβιτουρικά

Τα οπιούχα και τα βαρβιτουρικά απαλλάσσουν τον άρρωστο από το άγχος και την αγωνία. Εξάλλου τα παράγωγα της μπελλαντόνας ελαττώνουν τις εκκρίσεις της στοματικής κοιλότητας και του αναπνευστικού δένδρου. Αν για οποιοδήποτε αιτία η προνάρκωση δεν γίνει στην κανονική ώρα, πρέπει να αναφερθεί στον αναισθησιολόγο. Ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία του αρρώστου πριν και μετά τη προνάρκωση. Ανύψωση της θερμοκρασίας, αναφέρεται αμέσως. Συμπληρώνει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του αρρώστου, τον συνοδεύει στο χειρουργείο και μένει κοντά του ώσπου να του δοθεί η νάρκωση²⁰.

2. ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Μετά τη κατάλληλη αντισηπτική προετοιμασία του δέρματος στο σημείο που έχει επιλεγεί, αφαιρείται δέρμα κυκλικά διαμέτρου 2 εκατοστών. Το υποδόριο λίπος αφαιρείται αντίστοιχα το πρόσθιο πέταλο της θήκης του ορθού κοιλιακού διατέμνεται με το νυστέρι σταυρωτά οι μύες του ορθού κοιλιακού διαχωρίζονται, άλλοι τις τέμνουν οριζόντια, και τελικά διατέμνεται το οπίσθιο πέταλο της θήκης και το πρόσθιο περιτόναιο. Από την οπή αυτή άνετα διεκβάλλονται δύο δάκτυλα. Γίνεται προσεκτική αιμόσταση και τέλος τοποθετείται μια γάζα από το άνοιγμα του δέρματος στη περιτοναϊκή κοιλότητα για να ασκεί πίεση στα τοιχώματα της οπής. Σε περιπτώσεις που έχει ήδη διανοιγεί η περιτοναϊκή κοιλότητα το δεξιό τμήμα του τραυματικού κρημνού έλκεται ισχυρές λαβίδες προς τη μέση γραμμή για να αποκατασταθεί, όσο είναι δυνατόν, η φυσιολογική αρχιτεκτονική των κοιλιακών τοιχωμάτων και διανοίγεται η οπή όπως περιγράφηκε πιο πάνω. Στη συνέχεια κινητοποιείται και αφαιρείται το παχύ έντερο, εάν ήδη αυτό δεν έχει γίνει ως πρώτο στάδιο της εγχείρησης⁸.

Η διάνοιξη και η καθήλωση των χειλέων της κολοστομίας στο δέρμα πρέπει να γίνεται στο τέλος της επέμβασης και όχι στο θάλαμο νοσηλείας. Υπό συνθήκες χειρουργείου και λαμβάνοντας τις κλασσικές προφυλάξεις αντισηψίας δεν αυξάνει ο κίνδυνος διαπύησης του τραύματος, και το αποτέλεσμα είναι καλύτερο λειτουργικά και αισθητικά. Η επιλογή του τύπου της κολοστομίας εξαρτάται από το αίτιο που την επιβάλλει. Παρότι τα τελευταία χρόνια προτιμάται είτε η εκτομή του πάσχοντος εντέρου και η αναστόμωση σε ένα χρόνο είτε η εκτομή, δημιουργία τελικής κολοστομίας και αναστόμωση σε δεύτερο χρόνο, σε περιπτώσεις ασθενών που η γενική τους κατάσταση δεν το επιτρέπει εκτελείται ανακουφιστική κολοστομία αγκύλης αρχικά(δηλ. εκτομή και αναστόμωση σε τρεις χρόνους)²¹.

Αφού έχει γίνει η εκτομή του πάσχοντος τμήματος (προτιμότερο με αυτόματο συρραπτικό, για αποφυγή διασποράς του κοπρανώδους περιεχομένου) και μετά από προσεκτική απομόνωση του εγχειρητικού πεδίου, αρχικά αφαιρείται ο αέρας με έναν φλεβοκαθετήρα διαμέτρου 16-18 G, και στη συνέχεια το περιεχόμενο προωθείται ανάστροφα για να μειωθεί τελικά το πάχος του τμήματος του εντέρου που πρέπει να περάσει δια του κοιλιακού τοιχώματος και να καθηλωθεί ως κολοστομία. Η κολοστομία ανοίγεται και καθλώνεται στο ύελος της επέμβασης. Παρά το οίδημα που εμφανίζει αρχικά, το μέγεθος και η εμφάνιση της γίνονται φυσιολογικά σε περίπου 3-4 εβδομάδες²¹.

3. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ

Μετεγχειρητική φροντίδα

Ειδικότερα ο ασθενής ο οποίος έχει υποστεί κολοστομία ή ειλεοστομία οποιαδήποτε μορφής, τα δύο πρώτα 24 ώρα δεν παίρνει τίποτε από το στόμα. Μετά το δεύτερο 24ώρο ο ασθενής παίρνει υγρά και εμπλουτίζεται το διαιτολόγιο του με τη λειτουργία του εντέρου. Κατά τα δύο πρώτα 24 ώρα ο ασθενής έχει σωλήνα Ievín αφαιρείται και διακόπτεται η παρεντερική χορήγηση υγρών, εφόσον ο ασθενής δέχεται τα χορηγούμενα υγρά.

Ο ασθενής με πρόσκαιρη « παραφύσιν έδρα» έχει τομή στα κοιλιακά τοιχώματα όπου προβάλλει και η « παραφύσιν έδρα». Ενώ στη μόνιμη, ο ασθενής μπορεί να έχει τραύμα επώδυνο στην έδρα από περινεοτομή. Το ασθενή αυτόν ανακουφίζουμε τον πόνο που προκαλείται από το βάρος του σώματος, με την τοποθέτηση του αεροθαλάμου και τη συχνή αλλαγή της θέσεως του. Η τοποθέτηση επιδέσεως ταφ (τ) βοηθάει στην αλλαγή θέσεως του ασθενούς χωρίς μετακίνηση των επιδεσμικού υλικού. Αργότερα γίνονται εδρόλουτρα για την καθαριότητα και συντομότερη επούλωση του τραύματος. Ο ασθενής με περινεοτομή έχει μόνιμο καθετήρα και λαμβάνεται πρόνοια για την ακριβή μέτρηση των ούρων, την πρόληψη αποφράξεως του καθετήρα και μόλυνσεως της κύστεως.

Βασικό μέρος της μετεγχειρητικής φροντίδας του ασθενούς είναι η περιποίηση της « παραφύσιν έδρα». Η περιποίηση αυτή γίνεται κατά τα πρώτα 24 ώρα άσηπτα, παρά το γεγονός ότι το τραύμα είναι σηπτικό, ένεκα του γεμάτου μικρόβια περιεχόμενου του παχέος εντέρου. Μετά την επούλωση του τραύματος η αλλαγή της « παραφύσιν έδρα» γίνεται με καθαρά όχι όμως αποστειρωμένα αντικείμενα. Προφυλάσσεται το γύρω από την « παραφύσιν έδρα» δέρμα προς αποφυγή ερεθισμού από τα εντερικά υγρά με τοποθέτηση σ' αυτό προστατευτικής αλοιφής ή stomahensive. Την ώρα της αλλαγής προστατεύεται ο ασθενής από τα βλέμματα του περιβάλλοντος με την τοποθέτηση παραβάν και την απομάκρυνση των επισκεπτών από το θάλαμο. Πρέπει να αποφεύγονται οι μορφασμοί, οι οποίοι δείχνουν δυσαρέσκεια της αδελφής για το της εκτελούμενης εργασίας. Η « παραφύσιν έδρα» αλλάζεται, όταν υπάρχει ανάγκη αλλαγής και πάντα μισή ώρα προ του φαγητού. Αποσμητικές κρέμες ή Spray μπορούν να χρησιμοποιηθούν την ώρα της αλλαγής για εξουδετέρωση της κακοσμίας²⁰.

Επιπλοκές

Οι επιπλοκές μετά από κολοστομία σχετίζονται στην πλειονότητα τους, όπως σε όλες τις χειρουργικές πράξεις, με σφάλματα κατά την εκτέλεση την αυτής, δηλαδή με κακή χειρουργική τεχνική. Οι επιπλοκές των κολοστομιών είναι κατά βάση μηχανικού παρά μεταβολικού τύπου, σε αντίθεση με τις ειλεοστομίες. Οι περισσότερες τοπικές επιπλοκές εμφανίζονται σύντομα στη μετεγχειρητική περίοδο. Παρόλα αυτά οι κήλες παρά την κολοστομία και η πρόπτωση αυτής, συνήθως εμφανίζονται αρκετές εβδομάδες ή μήνες μετά την επέμβαση. Γενικά οι πιο πολλές τοπικές επιπλοκές οφείλονται σε τεχνικά σφάλματα ή σε λανθασμένο προεγχειρητικό σχεδιασμό.

Για την πρόληψη τους προτείνονται οι παρακάτω βασικές αρχές:

1. Αποφυγή δερματικών πτυχών, ουλών, οστικών προεξοχών.
2. Καθήλωση των κολοστομιών στο τοίχωμα δια του ορθού κοιλιακού μυός.
3. Αφαίρεση του λίπους και των επιπλοϊκών αποφύσεων του εντέρου, πριν την καθήλωση στο δέρμα.
4. Διάνοιξη της κολοστομίας σε πρώτο χρόνο, στο τέλος της κύριας επέμβασης.

• Κήλη παρά την κολοστομία

Η ανάπτυξη κάποιου βαθμού κήλης παρά την κολοστομία, είναι μια συχνή επιπλοκή που κατά κύριο λόγο αποδίδεται σε κακή χειρουργική τεχνική, μετεγχειρητική μεταβολή των σωματικών αναλογιών (απίσχνανση). Ο βαθμός μπορεί να διαφέρει, κατ' επέκταση και η αντιμετώπιση.

Πιο συχνά εμφανίζεται όταν η κολοστομία δε διέρχεται δια του ορθού κοιλιακού μυός, όπως μπορεί να συμβεί στις loop εγκαρσιοστομίες που εξέρχονται δια του κοιλιακού τραύματος. Το ποσοστό κυμαίνεται γύρω στο 20%, και θα πρέπει να διακρίνεται από την πρόπτωση του εντέρου στο υποδόριο. Οι περισσότερες περιπτώσεις εμφανίζονται περίπου 2 χρόνια μετά την επέμβαση και έχουν ως προδιαθεσικούς παράγοντες, εκτός από τεχνικά σφάλματα, τους ίδιους με τους άλλους τύπους κηλών. Η χρόνια χρήση κορτικοστεροειδών, η παχυσαρκία, καθώς και παθήσεις του αναπνευστικού και ουροποιητικού συστήματος που αυξάνουν την ενδοκοιλιακή πίεση, είναι από τους κύριους παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν σε κήλη παρά την κολοστομία.

Η οριστική λύση του προβλήματος είναι μόνο χειρουργική, εκτός αν συνυπάρχουν παράγοντες σημαντικού χειρουργικού κινδύνου, οπότε και αντιμετώπιση, με χρήση ειδικού κηλεπίδεσμου. Εάν εμφανισθεί επίμονος πόνος και εγκλωβισμός εντερικής έλικας ή εάν το μέγεθος είναι σημαντικό και προκαλεί λειτουργικά προβλήματα, το χειρουργείο συνιστάται να γίνει άμεσα, παρά τυχόν συνυπάρχοντα προβλήματα. Σαν χειρουργική λύση προτείνεται η δημιουργία κολοστομίας σε άλλη θέση και η σύγκλειση του προηγούμενου κοιλιακού χάσματος. Βιβλιογραφικά ωστόσο περιγράφεται και η παραμονή της κολοστομίας στην ίδια θέση και η πλαστική της κήλης ενισχύονται το κοιλιακό τοίχωμα με συνθετικό πλέγμα.

• Νέκρωση κολοστομίας

Η νέκρωση του τελικού τμήματος της κολοστομίας οφείλεται σε ανεπαρκή αιμάτωση, σχετιζόμενη είτε με σημαντικού βαθμού απαγγείωση κατά τη διάρκεια της εκτομής, είτε σε συμπίεση των αγγείων στο επίπεδο της περιτονίας. Προσεκτικοί χειρισμοί κατά τη διάρκεια της επέμβασης μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης αυτής της επιπλοκής. Η ισχαιμία και κατ' επέκταση η νέκρωση μπορεί να αφορά μόνο το βλεννογόνο, οπότε η αντιμετώπιση είναι συντηρητική, με πιο πιθανό επακόλουθο τη στένωση της κολοστομίας. Εάν η νέκρωση αφορά όλο το πάχος του εντέρου και επεκτείνεται κάτωθεν της περιτονίας, όπως προκύπτει μετά από προσεκτικό έλεγχο με το εύκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο, η μόνη λύση είναι επανεγχείρηση, εκτομή του νεκρωμένου τμήματος και δημιουργία νέας κολοστομίας σε άλλη θέση.

Νέκρωση της κολοστομίας σε συνδυασμό με ανεπαρκή κινητοποίηση του εντέρου και αυξημένη τάση, δυνατόν, άμεσα μετεγχειρητικά να προκαλέσει ενδοπετοναϊκή « πτώση» αυτής. Πρόκειται για βαρεία κοπρανώδη περιτονίτιδα και απαιτεί άμεση χειρουργική αντιμετώπιση και επανακατασκευή της στομίας σε άλλη θέση, μετά επαρκή κινητοποίηση του εντέρου.

• Πρόπτωση κολοστομίας

Με την πάροδο των χρόνων μικρού βαθμού πρόπτωση εμφανίζεται στην πλειονότητα των περιπτώσεων, και συνήθως ούτε δημιουργεί κάποια ιδιαίτερη ενόχληση στον ασθενή ούτε χρειάζεται ιδιαίτερη αντιμετώπιση. Εάν όμως η πρόπτωση υπερβαίνει τα 5 cm, χρειάζεται χειρουργική αντιμετώπιση. Για την πρόληψη της, κατά τη δημιουργία της κολοστομίας το προβάλλον τμήμα του εντέρου δε θα πρέπει να είναι πάνω από 2cm από την δερματική επιφάνεια, καθώς και το ενδοκοιλιακό τμήμα του εντέρου της κολοστομίας δε θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα χαλαρό.

Η αντιμετώπιση συνήθως είναι επιτυχής με τοπική εκτομή του προσπίπτοντος τμήματος του εντέρου και επαναδημιουργία της κολοστομίας με ύψος από την επιφάνεια του δέρματος περίπου 1,5 –2 cm.

• Διαπύηση-απόστημα πέριξ της κολοστομίας

Η επιπλοκή αυτή δεν είναι συχνή παρά την άμεση διεγχειρητική διάνοιξη της κολοστομίας. Εάν συμβεί, μια απλή παροχέτευση της συλλογής αρκεί και το τραύμα αφήνεται να κλείσει κατά δεύτερο σκοπό.

• Στένωση κολοστομίας

Με την διεγχειρητική διάνοιξη της κολοστομίας η στένωση του έξω δερματικού στομίου σπανίζει. Μία πιθανότητα ανάπτυξης της μπορεί να είναι η διαπύηση πέριξ της κολοστομίας και η σύγκλειση κατά δεύτερο σκοπό. Η αντιμετώπιση συνίσταται στην εκτομή του ρικνού δέρματος και εντέρου και στην επανακαθήλωση αυτής στο νεαροποιημένο δέρμα²¹.

Προβλήματα από το δέρμα

Η επαφή των υγρών του εντέρου με το δέρμα μπορεί να το ερεθίσουν, όπως το ίδιο μπορεί να συμβεί όταν υπάρχει αλλεργική αντίδρασή του με τα υλικά της συσκευής κολοστομίας. Η αλλεργική αντίδραση είναι πιθανή εάν η δερματίτιδα αφορά το σημείο που είναι τοποθετημένα τα υλικά. Η επιπλοκή αυτή αντιμετωπίζεται με απομάκρυνση των ερεθιστικών υλικών, καλό τοπικό καθαρισμό με Stomahesive ή επάλειψη με στρώμα από Karaya προτού επανατοποθετηθεί η κατάλληλη συσκευή. Οι αλοιφές που περιέχουν στεροειδή ανακουφίζουν των άρρωστο. Σε μερικές περιπτώσεις στη δερματίτιδα μπορεί να αναπτυχθεί Candida.

Η διαφυγή από τη συσκευή της κολοστομίας μπορεί να γίνει, είτε γιατί δεν έχει κολλήσει καλά στο δέρμα γύρω από το στόμιο της κολοστομίας ο αυτοκόλλητος δίσκος, είτε γιατί το δέρμα έχει πτυχώσεις, είτε γιατί υπάρχουν εξελκώσεις ή έχει συρρικνωθεί η κολοστομία. Οι δύο πρώτες αιτίες αντιμετωπίζονται με αλλαγή του αυτοκόλλητου δίσκου κατάλληλου μεγέθους ή με επίστρωση των δερματικών τυχών με αλοιφή Karaya ή Stomahesive.

Η εισρόφηση και οι εξελκώσεις αντιμετωπίζονται με επανακατασκευή της κολοστομίας. Καμιά φορά η αιμορραγία από τα χείλη της κολοστομίας γίνεται γιατί ο αυτοκόλλητος δακτύλιος πιέζει πολύ δυνατά. Άλλες επιπλοκές είναι η πρόπτωση του βλεννογόνου του εντέρου, η παρακολοστομιακή κήλη και η στένωση, σε σπανιότερες περιπτώσεις, μπορεί να αντιμετωπισθεί μόνο με διαστολές. Η πρόπτωση του βλεννογόνου είναι 10 φορές πιο συχνή στη προσωρινή με έλικα εντέρου κολοστομία παρά στη τελική. Η επιπλοκή αυτή διορθώνεται με εκτομή του προσπίπτοντος βλεννογόνου ή με επανακατασκευή της κολοστομίας.⁸

Επιπλοκές μετά από τη σύγκλειση της προσωρινή κολοστομίας

Αυτές είναι οι εξής:

- Μόλυνση τραύματος. Συχνότητα περίπου 13,5%.
- Μετεγχειρητική κοιλιοκήλη. Συχνότητα άγνωστη.
- Εντερικό συρίγγιο(συγκλείεται αυτόματα) συχνότητα 6,8%.
- Πνευμοπεριτόναιο. – σπάνια είναι ενοχλητικό, συστήνεται παρακέντηση και αφαίρεση του αέρα.
- Επιπλοκές στη περιφερική αναστόμωση (διαφυγή δημιουργία αποστήματος) διανοίγεται πάλι η κολοστομία⁸.

B. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Χημειοθεραπεία είναι η προσπάθεια να αντιμετωπίσουμε και κατά συνέπεια να θεραπεύσουμε διάφορα νοσήματα χορηγώντας ενώσεις φυσικώς ή τεχνικώς παρασκευασμένες. Ο όρος χημειοθεραπείας προέρχεται από το συνδυασμό δύο λέξεων: «χημικός» και «θεραπεία». Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται είτε ως θεραπευτική είτε ως συμπληρωματική μέθοδος. Είναι δυνατόν να συνδυάζεται με ανοσοθεραπεία ή με ακτινοβολία. Παλαιότερα, η εφαρμογή της χημειοθεραπείας γινόταν σε ασθενείς που εμφάνιζαν μεταστάσεις σε επιχώριους λεμφαδένες ή στο ήπαρ^{5,7}.

Πολλοί άνθρωποι έχουν κάνει κάποιο σχήμα χημειοθεραπείας για ασθένεια στη ζωή τους, π.χ. πήραν penicilline για κάποια μόλυνση. Σήμερα, η λέξη «χημειοθεραπεία» χρησιμοποιείται πιο συχνά για να περιγράψει μια μέθοδο θεραπείας του καρκίνου (Ca). Η εποχή της άρχισε το 1940, κατά τη διάρκεια του β' παγκόσμιου πολέμου, με την ανακάλυψη της Νιτρογένου Μουστάρδας (Nitrogen Mustard), που οι ιδιότητες της χρησιμοποιήθηκαν αργότερα στο αιμοποιητικό σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού. Χημειοθεραπεία εννοούμε, σήμερα, στην ογκολογία έναν από τους τέσσερις τρόπους καταπολεμήσεως κακοήθων νεοπλασμάτων. Οι άλλοι τρόποι καταπολεμήσεως είναι η χειρουργική επέμβαση η ραδιοθεραπεία και η ανοσοθεραπεία.⁷

Πως δρα η χημειοθεραπεία

Τα χημειοθεραπευτικά παρασκευάσματα δρουν στο παθολογικό κύτταρο με το να εμποδίζουν την ανάπτυξη και τον πολλαπλασιασμό του και με το να επιφέρουν την καταστροφή του. Το κάθε φάρμακο δρα με τον δικό του τρόπο, π.χ. με άλλο τρόπο δρα η κυκλοφωσφαμιδη (cyclophosphamide) και με άλλο η πλατίνη (cisplatin). Όλα τα κυτταροστατικά φάρμακα σκοτώνουν τα παθολογικά και τα φυσιολογικά κύτταρα. Τα φυσιολογικά, όμως, κύτταρα έχουν τη δυνατότητα της αναγεννήσεως. Έτσι, σε μικρά διαστήματα μερικών μόνον ημερών, αναγεννώνται και επανέρχονται στον αρχικό αριθμό τους. Μερικές φορές τα φάρμακα χρησιμοποιούνται για να επιτύχουν ένα τοπικό αποτέλεσμα και άλλες φορές ένα γενικό.⁷

Πώς επιλέγονται τα κυτταροστατικά φάρμακα

Η επιλογή των κυτταροστατικών φαρμάκων για κάθε άρρωστο εξαρτάται από τον τύπο, το σημείο εμφάνισης και το στάδιο της εξελίξεως της νόσου. Από το πώς επηρεάζει τις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού και τη γενική κατάσταση της υγείας του αρρώστου.

Ποιος συμμετέχει στη χορήγηση της χημειοθεραπείας

Τα κυτταροστατικά φάρμακα συνήθως προετοιμάζονται και χορηγούνται στον άρρωστο από πεπειραμένο και ειδικευμένο γιατρό (Παθολόγο, ογκολόγο), φαρμακοποιό και πεπειραμένο και αν είναι δυνατό ειδικά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Ο γιατρός ορίζει το είδος του φαρμάκου και ελαττώνει ή αυξάνει τη δόση, ανάλογα με την περίπτωση του αρρώστου.⁷

Πόσο συχνά γίνεται η χημειοθεραπεία

Η διάρκεια και η συχνότητα της χημειοθεραπείας εξαρτάται από ένα μεγάλο αριθμό παραγόντων:

1. Από τον τύπο της νεοπλασίας.
2. Από το χρόνο που χρειάζεται ο οργανισμός να απαντήσει θετικά στη θεραπεία.
3. Από τις συνυπάρχουσες παθήσεις (ηπατική βλάβη, καρδιακή, αναπνευστική και νεφρική ανεπάρκεια).
4. Από το χρόνο αναπλάσεως των υγιών κυττάρων.

Γενικά, για κάθε θεραπεία θα ακολουθήσει μια περίοδος αναπαύσεως. Η περίοδος αναπαύσεως είναι συνήθως μεγαλύτερη τις θεραπείας. Αυτές οι περίοδοι βοηθούν τον οργανισμό να συνέρθει από ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας.

Η χημειοθεραπεία μπορεί να δίνεται καθημερινά (για λίγες μέρες), εβδομαδιαίως ή μηνιαίως . Ο γιατρός θα εκτιμήσει για πόσο χρονικό διάστημα θα γίνεται η θεραπεία. Το προσχεδιασμένο πρόγραμμα θεραπείας μπορεί να προσαρμοστεί στην προσωπική αντίδραση του αρρώστου καθώς περνάει ο καιρός ώστε να ανταποκριθεί και στις ανάγκες της θεραπείας.

Χρήση άλλων φαρμάκων

Μερικά άλλα φάρμακα ίσως επιδρούν στα χημειοθεραπευτικά φάρμακα που παίρνει ο άρρωστος . Δηλαδή , η χρήση ενός είδος φαρμάκου , μπορεί να αλλάξει , το αποτέλεσμα ενός άλλου.

Πριν αρχίσει ο άρρωστος η χημειοθεραπεία, θα πρέπει να ενημερώσει το γιατρό ή τη νοσηλεύτρια-τη για τα φάρμακα που παίρνει. Επίσης , να δείξει και όσα φάρμακα χρησιμοποιεί εκτός συνταγής γιατρού, π.χ φάρμακα για δυσκοιλιότητα, φάρμακα για γρίπη όπως ασπιρίνη, βιταμίνες κ.λ.π.

Που γίνεται η χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί σε ιδιωτικό ιατρείο, σε κλινική ή σε νοσοκομείο. Μερικοί ασθενείς παίρνουν το φάρμακο στο σπίτι. Ο χώρος που θα γίνει η θεραπεία εξαρτάται από το πρόγραμμα της θεραπείας, τη μέθοδο του γιατρού, τους κανόνες του νοσοκομείου και τη ευκολία του αρρώστου. Όταν αρχίσει η θεραπεία ο άρρωστος ίσως χρειαστεί να μείνει για λίγο χρόνο στο νοσοκομείο , ώστε ο γιατρός να μπορέσει να παρακολουθήσει από κοντά το αποτέλεσμα των φαρμάκων , η δόση των οποίων εξαρτάται από την επιφάνεια του σώματος (ύψος – βάρος) και από τις μετρήσεις στοιχείων του αίματος (λευκά, ερυθρά, αιμοπετάλια). Επίσης, ο γιατρός θα πρέπει να παρακολουθεί την αντίδραση του οργανισμού στα φάρμακα , για να αντιμετωπίσει τις τυχόν παρενέργειες. Στην πραγματικότητα, μπορεί ένας άρρωστος να έχει κάποια παρενέργεια μετά από μια θεραπεία και να μην έχει την ίδια την επόμενη φορά.

Χημειοθεραπεία και άλλες θεραπείες

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορεί να δοθούν σε συνδυασμό και παράλληλα με ακτινοθεραπεία. Επίσης, πριν ή μετά το χειρουργείο. Έχουμε δηλαδή την προεγχειρητική ή τη μετεγχειρητική χημειοθεραπεία. Σε επιθετική χημειοθεραπεία τα φάρμακα δίνονται μετά το χειρουργείο ή την ακτινοθεραπεία για να καταστρέψουν τα εναπομείναντα παθολογικά κύτταρα. Μερικές φορές διαφορετικά είδη θεραπείας συνδυάζονται για να καταστρέψουν τα μη φυσιολογικά κύτταρα και να ανακουφίσουν τον πόνο (ανοσοθεραπεία).

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΡΡΩΣΤΟΣ

Δραστηριότητες

Κατά το διάστημα της χημειοθεραπείας πολλοί άρρωστοι είναι δραστήριοι. Μερικοί όμως , βρίσκουν αναγκαίο να εφαρμόσουν έναν αργό τρόπο ζωής. Ο χρυσός κανόνας είναι « να κάνεις αυτό που σου αρέσει χωρίς να πιέζεσαι».

Διατροφή

Οι γιατροί , οι νοσηλεύτριες-τές, οι διαιτολόγοι, και όσοι ασχολούνται με τη διατροφή, βρίσκουν πως οι ασθενείς που τρέφονται σωστά κατά τη διάρκεια της θεραπείας, μπορούν καλύτερα να αντεπεξέλθουν στις παρενέργειές της.

Καλή διατροφή σημαίνει να διαλέξει ο άρρωστος μια ποικιλία τροφών που περιλαμβάνει βιταμίνες, μεταλλικά άλατα, πρωτεΐνες και άλλα στοιχεία, που δίνουν τη δυνατότητα στον οργανισμό να λειτουργεί κανονικά.

Μια σωστή διαίτα, σημαίνει διαίτα με υψηλές θερμίδες και πολλές πρωτεΐνες που βοηθούν στο να αναπλάθονται, το επιθήλιο του γαστρεντερικού συστήματος, τα μαλλιά, το δέρμα, οι μύες και άλλα. Οι πρωτεΐνες χρησιμοποιούνται για την καλή υγεία των ιστών του σώματος που μπορεί να καταστραφούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Μερικοί ειδικοί επί της διατροφής πιστεύουν ότι κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, μπορεί να χρειάζεται ο οργανισμός 50% περισσότερες πρωτεΐνες από τις συνηθισμένες και 20% περισσότερες θερμίδες. Για να πετύχουμε να διατηρηθεί μια σωστή διαίτα, πρέπει να συμπεριληφθούν οι ακόλουθες τέσσερις κατηγορίες τροφών στο καθημερινό πρόγραμμα διατροφής του αρρώστου.

Φρούτα και λαχανικά: Περιλαμβάνονται σαλάτες, βρασμένα λαχανικά, ωμά φρούτα ή χυμοί φρούτων. Αυτές οι τροφές προμηθεύουν τον άρρωστο με σπουδαίες βιταμίνες και μεταλλικά άλατα που χρειάζεται ο οργανισμός του.

Πουλερικά, ψάρια και κρέατα: Τρώγοντας ψάρια, πουλερικά, αυγά και κρέας (ή αν είναι χορτοφάγος, φασόλια, μπιζέλια και μεταλλικά άλατα).

Δημητριακά και ψωμί : Οι τροφές αυτές της κατηγορίας δίνουν πρωτεΐνες και μια ποικιλία βιταμινών, μεταλλικών στοιχείων και υδατανθράκων. Η διαίτα πρέπει να περιλαμβάνει δημητριακά όπως καλαμπόκι, σιτάρι, ρύζι, βρώμη ή ψωμί ολικής αλέσεως και μακαρόνια.

Γαλακτερά: Το γάλα και τα άλλα γαλακτοκομικά προϊόντα όπως το παγωτό και το τυρί, δίνουν πρωτεΐνες, ασβέστιο και πολλές βιταμίνες. Προσοχή! Έχει αναφερθεί αντίδραση σε tyramine (τυριά) κατά τη χορήγηση Procarbazine.

Λήψη υγρών: Μερικά χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορεί να επηρεάσουν την κύστη ή τα νεφρά. Ο άρρωστος θα πρέπει να ρωτήσει το γιατρό, ή τη νοσηλεύτρια-τη εάν αυτό συμβαίνει με τα δικά του φάρμακα και πόσα υγρά πρέπει να πίνει καθημερινά. Ίσως χρειαστεί να πίνει και πλέον υγρά για να διατηρήσει καλή τη λειτουργία των νεφρών του (έως 8 ποτήρια ημερησίως). Το νερό, οι χυμοί, το τσάι, τα αναψυκτικά, ο ζωμός, το παγωτό, η σούπα, οι γρανίτες και τα ζελέ θεωρούνται όλα υγρά. Τα ποτά που έχουν οινόπνευμα πρέπει να εξεταστούν χωριστά. Το οινόπνευμα μπορεί να επηρεάσει μερικά από τα φάρμακα εμποδίζοντας την αποτελεσματικότητά τους, ή να προκαλέσει περισσότερες παρενέργειες. Γι' αυτό το λόγο μερικοί πρέπει να περιορίζουν τη λήψη του οινοπνεύματος κατά τη χημειοθεραπεία. Να ρωτήσουν το γιατρό πριν πίνουν μπύρα, κρασί ή λικέρ (όχι μπύρα ή κόκκινο κρασί σε χορήγηση Procarbazine).

Εκείνο που θα πρέπει να προσέξει ο άρρωστος κατά την ημέρα της θεραπείας είναι, τα γεύματα του να είναι ελαφρά και ακόμα καλύτερα να μην τρώει 2-3 ώρες πριν και μετά τη θεραπεία.

Παρενέργειες και αντιμετώπισή τους

Οι παρενέργειες που εμφανίζονται συνήθως είναι ναυτία, εμετός, κούραση και απώλεια μαλλιών. Το αν θα έχει και άλλες παρενέργειες ο άρρωστος, εξαρτάται από τα φάρμακα που χρησιμοποιεί και από την αντίδραση του οργανισμού του.

Μερικές παρενέργειες, π.χ. κούραση, απώλεια μαλλιών, μπορεί να αρχίσουν από τις πρώτες εβδομάδες της θεραπείας και για να συνεχιστούν μέχρι το τέλος. Άλλες, όπως η ναυτία και ο εμετός μπορεί να συμβούν για λίγες μόνον ώρες κατά ή μετά τη

θεραπεία. Οι περισσότερες παρενέργειες θα εξαφανιστούν βαθμιαίως μόλις σταματήσει η θεραπεία.

Οι άνθρωποι που κάνουν θεραπεία ίσως αποθαρρυνθούν εξαιτίας του μήκους της θεραπείας ή των παρενεργειών. Γι αυτό ας μιλήσουν στο γιατρό τους, οπότε τα φάρμακα ή ο προγραμματισμός της θεραπείας μπορεί να αλλάξει. Να ξέρει ο άρρωστος ότι ο γιατρός δε θα ζητήσει να συνεχιστεί η θεραπεία, εκτός εάν τα αναμενόμενα καλά αποτελέσματα υπερκαλύπτουν τα προβλήματα που έχει. Μερικές παρενέργειες μπορεί να μειώνονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Πάντως, θα πρέπει να ξέρει ο άρρωστος, ότι ο χρόνος που χρειάζεται να ξεπεράσει μερικές από τις ενοχλητικές παρενέργειες και να αποκτήσει δυνάμεις ποικίλλει από πρόσωπο σε πρόσωπο και από θεραπεία σε θεραπεία. Το πόσο γρήγορα θα αισθανθεί καλύτερα ένας άρρωστος εξαρτάται από πολλούς παράγοντες συμπεριλαμβανομένης της ανοσοκαταστάσεώς του και του είδους του φαρμάκου που παίρνει.

Ανορεξία: Η χημειοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στις συνήθειες διατροφής. Άνθρωποι που πάντα έτρωγαν λίγο μπορούν να δουν πως η όρεξή τους αυξήθηκε. Το αντίθετο είναι που δημιουργεί πρόβλημα. Άνθρωποι που εάν γνωρίζουν ότι η καλή διατροφή είναι σημαντική, μπορεί να υπάρχουν ημέρες που δεν μπορούν να φάνε όσο πρέπει. Εάν ο άρρωστος δεν έχει όρεξη ή βλέπει ότι χάνει βάρος, θα προσπαθήσει να τρώει συχνά και σε μικρά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας. Μπορεί ακόμη να δοκιμάσει να κάνει έναν περίπατο πριν τα γεύματα, πράγμα που βοηθάει να αυξάνει η όρεξη του.

Να τρώει περισσότερο τις ημέρες που έχει όρεξη ώστε να ισοβαθμίσει τη λήψη της τροφής. Γενικά, είναι καλύτερα να μην προσπαθήσει να χάνει βάρος κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας. Πολλοί, χάνουν την όρεξη τους για το κόκκινο κρέας, γιατί οι αλλαγές στους γευστικούς κάλυκες της στοματικής κοιλότητας μπορεί να κάνουν το κρέας να έχει πικρή γεύση. Εάν αυτό είναι το πρόβλημα του, να προσπαθήσει να μαρινάρει ή να μαγειρεύει το κρέας με σάλτσα, με χυμούς φρούτων ή κρασί. Μερικοί ασθενείς βρίσκουν ότι χρησιμοποιούν πλαστικά μαχαιροπήρουνα αντί για μεταλλικά, μειώνεται η πικρή γεύση του κρέατος.

Ναυτία – εμετός : Ναυτία και εμετός είναι γενικά συνέπειες της επιδράσεως της χημειοθεραπείας στο κεντρικό νευρικό σύστημα, γι' αυτό ωφέλιμα αντιεμετικά φάρμακα είναι αυτά με καταπραυντική δράση. Προληπτικά, πριν από τη χημειοθεραπεία πρέπει να δίνονται αντιεμετικά και ειδικά σε ορισμένα φάρμακα 1-2 ώρες πριν τη θεραπεία, κατά τη διάρκεια, και αργότερα σε κανονικά διαστήματα για 24 ώρες μετά τη θεραπεία. Οι εξωτερικοί ασθενείς πρέπει να προειδοποιούνται να μην οδηγούν αυτοκίνητο ή να χειρίζονται μηχανήματα κατά το διάστημα που παίρνουν αντιεμετικά φάρμακα.

Εκτός από τα φάρμακα υπάρχουν πολλοί τρόποι που μπορεί να προσαρμοστούν με τη θεραπεία του αρρώστου, ώστε να μειωθεί η ναυτία και ο εμετός, όπως:

- Ο άρρωστος να τρώει σε μικρά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας, έτσι ώστε να μην αισθάνεται βάρος στο στομάχι.
- Να αποφεύγει τα γλυκά, τα τηγανιτά, ή τα λιπαρά φαγητά.
- Να τρώει τροφές σε θερμοκρασία περιβάλλοντος, μάλλον κρύες παρά ζεστές ή παγωμένες και μαλακές.
- Να τρώει αργά, ώστε μόνο μικρές ποσότητες τροφής να μπαίνουν στο στομάχι του κάθε φορά.
- Να μασάει την τροφή του καλά, ώστε να τη χωνεύει πιο εύκολα.
- Να τρώει ξηρές τροφές, όπως τoστ, ξηρά δημητριακά ή κράκερς. Αυτά συχνά βοηθούν να ηρεμίσει ένα αναστατωμένο στομάχι.

- Να αποφεύγει να τρώει βαριά γεύματα αμέσως μετά τη θεραπεία. Την ημέρα της θεραπείας να ελαφρά του γεύματα νωρίς για καλύτερη χώνευση.
- Να πίνει δροσερά αλλά άγλυκα ποτά, όπως χυμό, μήλου, ανθρακούχα ποτά αφού φύγει το αέριο.
- Να αποφεύγει μυρωδιές που ενοχλούν (π.χ. μυρωδιές φαγητού, καπνό, αρώματα). Εάν η μυρωδιά του φαγητού του προκαλεί ναυτία, να προσπαθήσει να είναι μακριά από την κουζίνα (όταν βρίσκεται στο σπίτι του) όση ώρα ετοιμάζονται τα γεύματα.
- Να αποφεύγει να κουράζεται για ώρες τουλάχιστο μετά τα γεύματα.
- Να βγάλει τις μασέλες τις μέρες που παίρνει τα φάρμακα της θεραπείας, διότι τα διάφορα αντικείμενα μέσα στο στόμα του αυξάνουν την τάση για εμετό.
- Να προσπαθήσει να αναπνέει με το στόμα ανοικτό όταν έχει ναυτία.
- Μερικοί άρρωστοι έχουν ναυτία όταν σκέπτονται ότι θα κάνουν χημειοθεραπεία. Και ακόμα με την είσοδο τους στο Νοσοκομείο.

Διάρροια: Σε έντονες καταστάσεις δίνεται στον άρρωστο αντιδιαρροϊκό φάρμακο.

Να δοκιμάσει μια δίαιτα υγρών για να επιτρέψει στο έντερο του να ξεκουραστεί.

- Να πίνει πολλά υγρά για να αντικαταστήσει αυτά που χάνει. Ιδιαίτερα ήπια υγρά όπως χυμό μήλου, ελαφρό τσάι ή ζυμό. Τα υγρά πρέπει να πίνονται χλιαρά ή σε θερμοκρασία δωματίου. Δεν πρέπει να είναι πολύ ζεστά ή παγωμένα.
- Να αφήσει ο άρρωστος να φύγει το αέριο από τα ανθρακούχα ποτά, πριν τα πιει.
- Να τρώει μικρές ποσότητες φαγητού, αλλά πιο συχνά. Να μην παραλείπει γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Να αποφεύγει τροφές που προκαλούν, αέρια (π.χ. πουρέ, φασόλια, ξηρούς καρπούς, λάχανο, μπρόκολο, κουνουπίδι, καρυκεύματα).
- Όταν αισθάνεται καλύτερα, να προσθέτει σταδιακά τροφές χαμηλές σε ίνες π.χ. ρύζι, μπανάνες, μαρμελάδα μήλου, πουρέ πατάτας, τوست και κράκερς. Ο άρρωστος σε διάρροια χάνει κάλλιο, που είναι πολύ σημαντικό για τη λειτουργία του οργανισμού. Γι' αυτό θα προσπαθήσει να αυξήσει την ποσότητα των τροφών με μεγάλη περιεκτικότητα σε κάλλιο (KCl). Οι πατάτες, οι μπανάνες και τα πορτοκάλια είναι πολύ καλές πηγές.

Δυσκοιλιότητα: Μερικά χημειοθεραπευτικά φάρμακα προκαλούν δυσκοιλιότητα.

- Να πίνει πολλά υγρά που διευκολύνουν το έντερο.
- Να συμπεριλαμβάνει στη δίαιτα τροφές με πολλές ίνες (π.χ. ωμά φρούτα και λαχανικά, ψωμί ολικής αλέσεως και ξηρούς καρπούς).

Στοματίτιδα: Μερικά χημειοθεραπευτικά φάρμακα προκαλούν ξηρότητα και ερεθισμό στο στόμα και στο λαιμό. Ας ακολουθήσει ο άρρωστος τις ακόλουθες συμβουλές για να αυξηθεί η υγρασία του στόματος και να διευκολυνθεί η κατάποση.

- Να πίνει πολλά υγρά.
- Να τρώει άγλυκα μαλακά ζαχαρωτά ή τσίχλα χωρίς ζάχαρη που αυξάνουν την υγρασία.
- Να τρώει υγρές τροφές, όπως π.χ. φρούτα, παγωτό.
- Να μαλακώνει τις τροφές με βούτυρο, μαργαρίνη, σάλτσες και χυμό.
- Να βουτάει τις ξηρές και σκληρές τροφές μέσα σε καφέ, τσάι, γάλα.
- Να βάλει μαγειρευμένες τροφές στο μπλέντερ ώστε να γίνουν μαλακές και πιο εύκολες στην κατάποση.

- Να αποφεύγει τροφές με οξύ περιεχόμενο, όπως ντομάτες, πορτοκάλια και γκρέιπ-φρούτ.
- Να παίρνει τροφές που δεν ερεθίζουν το στόμα, όπως πεπόνι, χυμό ροδάκινου, αχλάδι, κολοκύθια κ.λ.π.
- Να αποφεύγει αλμυρές και πικάντικες τροφές.
- Οι σκληρές και γλυκές τροφές καταστρέφουν τα ούλα, γι' αυτό να βουρτσίζει τα ούλα του με μαλακή βούρτσα αμέσως μετά το φαγητό.
- Να διατηρεί το στόμα και τα ούλα του καθαρά για να αποφεύγει τη μόλυνση. Η καλή φροντίδα του στόματος κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας είναι πολύ σπουδαία, γιατί οι ιστοί του στόματος γίνονται πιο επιρρεπείς στις μολύνσεις.
- Μπορεί επίσης να πάρει φάρμακο (με εντολή γιατρού) που καταπραΰνει τους πόνους (xylocain viscus).
- Να χρησιμοποιεί αντισηπτικά υγρά.
- Να συμβουλευτεί τον οδοντίατρο του για να του δείξει τις καλύτερες τεχνικές για το βούρτσισμα και τον καθαρισμό των δοντιών με κλωστή κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας
- Επειδή η χημειοθεραπεία κάνει πιο επιρρεπή την καταστροφή των δοντιών, ο οδοντίατρος θα μπορούσε να συστήσει τη χρησιμοποίηση φθορίου, για καθημερινή χρήση.
- Να ρωτήσει τον οδοντίατρο εάν χρειάζεται κάποιες οδοντιατρικές εργασίες πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας

Λευκοπενία (έλλειψη λευκών αιμοσφαιρίων): Να ενημερωθεί ο άρρωστος ότι είναι προσωρινή.

- Να ζει σε καθαρό και υγιεινό περιβάλλον
- Όταν νοσηλεύεται στο νοσοκομείο, πρέπει να λαμβάνονται προστατευτικά μέτρα για τις λοιμώξεις(π.χ.μονόκλινο δωμάτιο, και αν είναι δυνατό να έχει απολυμανθεί πρίν). Το προσωπικό του νοσοκομείου και οι συγγενείς να φορούν μάσκα προσώπου, γάντια και πόδια όταν βρίσκονται στο θάλαμο του.
- Ο άρρωστος να κυκλοφορεί στους διαδρόμους του νοσοκομείου με μάσκα.
- Να αποφεύγει τα ωμά φαγητά και φρούτα.
- Να ενισχυθεί με αντιβιοτικά(με εντολή γιατρού)
- Να φροντίσει να πλένει τα χέρια του συχνά για αποφυγή μολύνσεων.
- Να αποφεύγει τον συνωστισμό, καθώς και όσους πάσχουν από μεταδοτικές αρρώστιες, όπως ανεμοβλογιά, γρίπη κ.λ.π.
- Να μην κόβει τα πετσετάκια των νυχιών του. Να χρησιμοποιεί κρέμα που τα αφαιρεί.
- Να αποφεύγει σκληρή οδοντόβουρτσα
- Να μη ξύνει τα σπυράκια του
- Να κάνει ένα μπάνιο με αντισηπτικό υγρό, όπως Betadine scrub καθημερινά, και να σκουπίζεται απαλά αντί να τρίβει δυνατά το δέρμα του.
- Εάν το δέρμα του γίνει ξηρό και σκάει, να χρησιμοποιεί losion ή λάδι για να το μαλακώσει
- Μετά από κάθε κένωση να καθαρίζει την περιοχή του πρωκτού απαλά και πολύ καλά. Εάν υπάρχει ερεθισμό ή πρόβλημα αιμορροΐδων, ας συμβουλευτεί το γιατρό ή τη νοσηλεύτρια- τη (για αποφυγή περιπρωκτικού συριγγίου).
- Μετάγγιση λευκών αιμοσφαιρίων (μόνο σε ειδικευμένα ογκολογικά κέντρα)

Αναιμία.(μείωση των ερυθρών αιμοσφαιρίων):

- Ο άρρωστος πρέπει να ξεκουράζεται και να μην ξοδεύει την ενέργεια του άσκοπα.
- Στο διαιτολόγιο του να προστεθούν περισσότερα πράσινα , συκώτι και κόκκινο κρέας.
- Να κινείται αργά για να αποφεύγει τη ζαλάδα. Για παράδειγμα, όταν ξυπνήσει αντί να κατεβεί από το κρεβάτι του γρήγορα, να καθίσει στην άκρη του κρεβατιού για λίγο.
- Η μετάγγιση αίματος είναι ένας τρόπος γρήγορης αντιμετώπισης.

Θρομβοπενία (μείωση αιμοπεταλίων):

- ✓ Να αποφεύγει αθλοπαιδιές και ασπιρίνη.
- ✓ Να καθαρίζει τη μύτη του φυσώντας απαλά. Να μη χρησιμοποιεί το δάκτυλό του.
- ✓ Να προσέχει πολύ όταν χρησιμοποιεί μαχαίρια ή εργαλεία (να μην κοπεί).
- ✓ Να προσέχει να μην καίγεται όταν είναι στο σπíti (μαγείρεμα, σιδέρωμα).
- ✓ Να φορά γάντι με βάτα όταν βάζει το χέρι του μέσα στο φούρνο.
- ✓ Να φροντίζει το στόμα του πρωί βράδυ μετά το φαγητό. Το ίδιο ισχύει και για τις οδοντοστοιχίες.
- ✓ Να πλένει το στόμα του με σόδα. Να χρησιμοποιεί ειδικά ξυλαράκια με βαμβάκι αντί για οδοντόβουρτσα.
- ✓ Να χρησιμοποιεί ηλεκτρική ξυριστική μηχανή.
- ✓ Να μην κάνει ενδομυϊκές ενέσεις.
- ✓ Να αποφεύγει τροφές που τραυματίζουν.
- ✓ Να αποφεύγει ξινά, καρκεύματα, οινόπνευμα, κάπνισμα.

Σε δυσκοιλιότητα να αποφεύγει τον υποκλυσμό ή τα υπόθετα, καθώς και την θερμομέτρηση από τον πρωκτό.

Εάν τα αιμοπετάλιά του πέσουν πολύ χαμηλά θα κάνει μετάγγιση αιμοπεταλίων (αιμοπεταλιοφαίρεση).

Τριχόπτωση (αλωπεκία) : Ο άρρωστος δεν είναι εύκολο να δεχθεί την τριχόπτωση στο κεφάλι, το πρόσωπο ή το σώμα του, γι' αυτό θα χρειαστεί κάποια ψυχολογική προσαρμογή.

Ο γιατρός και η νοσηλεύτρια-της θα βοηθούν τον άρρωστο να δεχθεί την παροδική του σωματικού του ειδώλου. Να μάθει ότι τα μαλλιά του θα ξαναμεγαλώσουν, όταν τελειώσει η θεραπεία ή κατά τη διάρκεια της θεραπείας και ότι τα νέα μαλλιά θα έχουν διαφορετικό χρώμα, υφή και θα είναι καλύτερα σε ποιότητα.

- Ο άρρωστος , λοιπόν, να είναι ενημερωμένος σχετικά με την τριχόπτωση, και καλό θα είναι να υπογράψει προηγουμένως ότι ενημερώθηκε.
- Εάν αισθάνεται καλύτερα με καλυμμένο το κεφάλι, μπορεί να φορεί καπέλο, μαντήλι ή τυρμπάν.
- Μπορεί να θέλει να χρησιμοποιήσει περούκα και μάλιστα εάν είναι δυνατόν εγκαίρως από τα ίδια του τα μαλλιά. Ο γιατρός θα συστήσει υποθερμία του κρανίου στον άρρωστο (δηλαδή να χρησιμοποιήσει κάσκα ψύξεως).
- Σε όγκους εγκεφάλου ή εγκεφαλικές μεταστάσεις να μην τη χρησιμοποιεί, γιατί εμποδίζει τα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας αν και τελευταία αποφεύγεται η χρήση της διεθνώς.
- Να μη λούζεται συχνά και να μη χρησιμοποιεί βούρτσα με σκληρές τρίχες.
- Να αποφεύγει την περμανάντ και τις βαφές κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Ευαισθησία στο φως: Να χρησιμοποιεί γυαλιά ηλίου και να αποφεύγει το δυνατό φως.

Προβλήματα εκ του ουροποιητικού συστήματος: Μερικά χημειοθεραπευτικά φάρμακα αλλάζουν το χρώμα και την οσμή των ούρων.

- Να μη φοβηθεί ο άρρωστος εάν τα ούρα του είναι κόκκινα (Doxotrexate), ή εάν έχουν έντονη μυρωδιά.
- Να πίνει πολλά υγρά, για να έχει πολλά ούρα και να αποφεύγει τα προβλήματα, από το ουροποιητικό σύστημα.
- Ο γιατρός ή η νοσηλεύτρια-της θα συστήσει στον άρρωστο τα σημάδια που πρέπει να προσέχει σε νεφροτοξικά φάρμακα όπως π.χ. Cisplatin, ή τοξικά της ουροδόχου κύστεως, όπως Ifosfamide (Holoxan).

Προβλήματα νευροφυτικού συστήματος: Η αναιμία και η επίδραση μερικών χημειοθεραπευτικών φαρμάκων μπορεί να προκαλέσει μουδιάσματα δακτύλων, καθώς επίσης « μυρμήγκιασμα» ή « κάψιμο».

- ❖ Σε περίπτωση μουδιάσματος δακτύλων, θα πρέπει ο άρρωστος να προσέχει όταν πιάνει κοφτερά αντικείμενα ζεστά, για να μην τραυματιστεί ή καεί.
- ❖ Εάν χάνει την ισορροπία του, να κινείται αργά και να χρησιμοποιεί τα κάγκελα για να πιάνεται όταν ανεβοκατεβαίνει σκάλες.

Σε μερικά φάρμακα οι παρενέργειες αυτές μπορεί να είναι προσωρινές, ίσως όμως να χρειαστούν ιατρική παρακολούθηση, γι' αυτό θα πρέπει να αναφερθούν στο γιατρό.

Προβλήματα δέρματος : (κνησμός, ερυθρότητα, ξηρότητα, εγκαύματα).

- ❖ Σε ξηρές επιφάνειες να χρησιμοποιείται λοσιόν (loesion). Εάν τα ενοχλήματα δεν υποχωρούν, να συμβουλευτείται γιατρό.
- ❖ Προστατευτική κρέμα με δείκτη υγρασίας 15 για αποφυγή ηλιακών εγκαυμάτων (π.χ episol).
- ❖ Ταλκ σε κνησμό, και σε αρνητικό αποτέλεσμα, συμβουλή γιατρού.

Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων μερικές φλέβες παρουσιάζουν σκούρο χρώμα. Αυτό το φαινόμενο είναι προσωρινό.

Προβλήματα από το γεννητικό σύστημα: Οι παρενέργειες που μπορεί να συμβούν στη γεννητική σφαίρα κατά τη χημειοθεραπεία, εξαρτώνται από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, από την ηλικία του αρρώστου και από την γενική του κατάσταση. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν επηρεάζουν την ικανότητα ή την επιθυμία για σεξ. Μερικοί άρρωστοι, όμως, βρίσκουν ότι το στρες (stress) της αρρώστιας τους ή το πρόγραμμα της θεραπείας τους κάνει να αισθάνονται κουρασμένοι.

Για τις γυναίκες: Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία μπορεί να παρατηρήσουν αλλαγές στην περίοδό τους. Οι κύκλοι περιόδου μπορεί να είναι ανώμαλοι ή να σταματήσουν εντελώς κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Μερικά χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν στειρότητα, που μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη. Μπορεί να έχουν εξάψεις και άλλα συμπτώματα εμμηνοπαύσεως. Επίσης κνησμό, κάψιμο ή ξηρότητα του κόλπου. Ο γυναικολόγος θα τους προτείνει μια κρέμα για να βοηθούν στο πρόβλημά τους. Η περίπτωση εγκυμοσύνης να συζητηθεί με το γιατρό. Αν και όλα τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα αντενδείκνυνται στην εγκυμοσύνη.

Για τους άνδρες: Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορεί να μειώσουν τον αριθμό των σπερματοζωαρίων, να ελαττώσουν την κινητικότητά τους, να νεκρώσουν τα ίδια τα

σπερματοζωάρια (αζωοσπερμία) π.χ. σε chlorambucil (Leukeran), cyclophosphamide (Endoxan).

- ❖ Επειδή η μόνιμη στειρότητα είναι η πιο πιθανή, θα πρέπει ο άρρωστος να συζητήσει με το γιατρό αυτή την παρενέργεια, πριν αρχίσει η θεραπεία.
- ❖ Να πάρει εάν θέλει πληροφορίες για την αποταμίευση σπέρματος (δηλαδή να διατηρήσει το σπέρμα του κατεψυγμένο και να το χρησιμοποιήσει για τεχνική γονιμοποίηση μελλοντικά).
- ❖ Και τα δύο φύλα , πρέπει να λαμβάνουν οπωσδήποτε αντισυλληπτικά, και πολλές φορές και μετά τη θεραπεία για να αποφευχθεί πιθανή γέννηση μη υγιών παιδιών, όπως π.χ. σε θεραπεία με cyclophosphamide (Endoxan) όπου τα αντισυλληπτικά μέτρα συνεχίζονται για τρεις μήνες μετά τη θεραπεία.

Πρόληψη παρενεργειών με φάρμακα.

Με την έναρξη της χημειοθεραπείας πολλές φορές γίνεται μια φαρμακευτική αγωγή στον άρρωστο για πρόληψη παρενεργειών, όπως π.χ. στο σχήμα VAD χορηγείται αντιβίωση (Septtrin), αντιόξινα (Riopan), και για το ουρικό οξύ (Ziloric) και διουρητικά (Lasix). Για πρόληψη και αντιμετώπιση των εμετών κατά τη θεραπεία γίνεται στον άρρωστο αντιεμετικό σχήμα, όπως π.χ. 125 mg Solu-Cortef + 1 amp Primperan, 2 ώρες πριν τη θεραπεία και 2 ώρες μετά. Σε σχήμα με cisplatin η δόση αυξάνεται σε 250 mg (εντολή γιατρού).

Παρενέργειες μετά τη θεραπεία.

Ο γιατρός και η νοσηλεύτρια-της ενημερώνει τον άρρωστο για τα συμπτώματα που πρέπει να προσέχει εκτός νοσοκομείου, τα οποία πρέπει να αναφέρει επικοινωνώντας με το γιατρό ή την ίδια τη νοσηλεύτρια-της. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να είναι:

- Ασυνήθιστες αιμορραγίες (αίμα στα ούρα, στα εμέσματα, στα ούλα, στα κόπρανα, ρινική στο δέρμα.
- Εξάνθημα και πετέχιες στο δέρμα.
- Υπερπυρεξία.
- Κόπωση, δύσπνοια.
- Στοματαλγία ή δυσκαταποσία , στοματίτις.
- Μούδιασμα ή υπαισθησία των δακτύλων χειρών ή ποδών.
- Αλλαγή στις συνήθειες αφοδεύσεως.
- Δυσκολία στην ούρηση.
- Απότομη αύξηση ή μείωση του σωματικού βάρους.
- Πόνοι ασυνήθιστης εντάσεως.
- Κεφαλαλγίες.
- Διόγκωση αδένων.

Φάση προετοιμασίας.

Ο γιατρός, αλλά και η νοσηλεύτρια-της πρέπει να είναι ενημερωμένοι από το ιστορικό του εάν ο άρρωστος :

- ❖ Είναι αλλεργικός.
- ❖ Είναι έγκυος.
- ❖ Θηλάζει
- ❖ Παίρνει άλλα φάρμακα
- ❖ Έπαιρνε φάρμακα κατά το παρελθόν και ποια φάρμακα.

Πριν την έναρξη και κατά τη διάρκεια της θεραπείας, απαιτείται να ελεγχθούν ορισμένα τοξικά φάρμακα, ώστε να γίνουν στον άρρωστο εκτός από τις εξετάσεις ρουτίνας και άλλες εξετάσεις, όπως:

- ◆ Καθημερινή εξέταση ούρων (ΚΟΠ) για έλεγχο τυχόν φλεγμονής της ουροδόχου κύστεως όταν κάνει θεραπεία με Ifosfamide (Holoxan).
- ◆ Τεστ ούρων για pH σε θεραπεία με Methotrexate, δηλαδή αφού αλκαλοποιηθούν τα ούρα με διττανθρακικό νάτριο, ελέγχεται η αποβολή του φαρμάκου.
- ◆ Παρακολούθηση των επιπέδων Methotrexate στο αίμα του αρρώστου σε θεραπεία με αυτό το φάρμακο.
- ◆ Πριν από θεραπεία με νεφροτοξικά φάρμακα, π.χ. σε θεραπεία με cisplatin να εξετάζεται η καθαρή (clearance) κρεατινίνης των ούρων του αρρώστου (ούρα 24 ώρου) και η κρεατινίνη αίματος για να ελεγχθεί η λειτουργία των νεφρών. Δώδεκα (12) ώρες πριν από τη χορήγηση του νεφροτοξικού φαρμάκου να αρχίζει ενυδάτωση του αρρώστου με ορούς και να συνεχίζεται δώδεκα (12) ώρες μετά.
- ◆ Ακουόγραμμα πριν τη θεραπεία με Cisplatin.
- ◆ Σπειρομέτρηση και ακτινογραφία θώρακος πριν τη θεραπεία με Bleomycin.
- ◆ Ηλεκτρομυογράφημα πριν από τη χορήγηση αλκαλοειδών της Vinca όπως είναι τα Vincristine και Vinblastine (Veble).
- ◆ Εάν ένα φάρμακο έχει αποδειχθεί ότι είναι τοξικό, μπορεί να το αλλάξει ο γιατρός με ένα άλλο φάρμακο λιγότερο τοξικό, όπως π.χ. Vincristine με Vinblastine (νευροτοξικά).
- ◆ Απαιτείται η παρακολούθηση για σημάδια αφυδατώσεως και ηλεκτρολυτικής ανισορροπίας (σε διάρροια, εμετούς και απώλεια ούρων) του αρρώστου, γι' αυτό γίνεται μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών του.
- ◆ Προσοχή στην ενδοφλέβια (iv) χορήγηση ορισμένων φαρμάκων, τα οποία πρέπει να προφυλάσσονται από το φως (καλυμμένο οροί) π.χ. Oncovin.
- ◆ Να υπάρχει κοντά στον άρρωστο συσκευή οξυγόνου (O₂) για τυχόν αλλεργικό shock.
- ◆ Να ευρίσκονται έγκαιρα στον όροφο και τοποθετημένα στον κατάλληλο χώρο (ψυγείο εάν χρειάζονται) τα φάρμακα που θα χρειαστούν για τη θεραπεία (σχήμα). Προσοχή να μην βγαίνουν την τελευταία στιγμή από το ψυγείο (όχι παγωμένα) , π.χ. Oncovin.
- ◆ Να υπάρχουν τα αντίδοτα των φαρμάκων όπως π.χ. για Methotrexate, το Leucovorine. Για Ifosfamide (Holoxan) το Uromitexan, για προστασία της ουροδόχου κύστεως. Φάρμακα για αντιμετώπιση παρενεργειών, όπως αντιεμετικά, αντιδιαρροϊκά. Γλυκογόνο ασβέστιο (Calcium Gluconate) και χλωριούχο μαγνήσιο (Magnesium Chloride), για αντιμετώπιση των σπασμών (εντολή γιατρού). Ακόμα, αντίδοτα για νέκρωση φλεβών, π.χ. θειικό νάτριο (sodium sulfate). Εφόσον οι εξετάσεις είναι φυσιολογικές και ο άρρωστος αρχίζει θεραπεία, η νοσηλεύτρια- της πριν ξεκινήσει για το θάλαμο με το γιατρό κάνει ένα γρήγορο έλεγχο στα εξής:

- 1 . Στο σχήμα της θεραπείας που έχει δώσει υπογεγραμμένο ο γιατρός στον όροφο ή έχει έλθει έτοιμο από το φαρμακείο.
- 2 . Στα στοιχεία του αρρώστου.
- 3 . Εάν βρίσκεται στο θάλαμο του ο άρρωστος (να μην απουσιάζει για κάποια εξέταση).
- 4 . Εάν ο άρρωστος είναι ενημερωμένος για το σχήμα. Θα πρέπει να έχει προηγηθεί εκπαίδευση του άρρωστου από τη νοσηλεύτρια-τη για το σχήμα.
- 5 . Τη γενική του κατάσταση (υψηλός πυρετός).
- 6 . Να ελέγξει για τελευταία φορά το υλικό της.

7. Και όταν τελειώσει το σχήμα να το ελέγξει και να υπογράψει

ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.

Όλα τα φάρμακα πρέπει να χορηγούνται με προσοχή ώστε να αποφεύγονται οι παρενέργειες κατά την ενδοφλέβια χορήγηση.

1. Αυστηρή αντισηπτική φροντίδα πρέπει να λαμβάνεται στο στάδιο προετοιμασίας και χορηγήσεως του φαρμάκου.

2. Καινούργια αποστειρωμένη βελόνα πρέπει να χρησιμοποιείται κάθε φορά που προστίθεται ένα φάρμακο στον ορό ή στο λαστιχάκι του ορού.

3. Εάν ένα φάρμακο είναι γνωστό ότι προκαλεί εκδορές, πρέπει να χορηγείται πρώτο, γιατί στην αρχή η φλέβα είναι υγιής και ο κίνδυνος για έγχυση έξω από τη φλέβα είναι μικρότερος.

4. Η φλέβα πρέπει να είναι σταθερή και ελαστική και κατά το δυνατόν να μην έχει τρυπηθεί.

5. Εξελκωμένες και ερεθισμένες περιοχές πρέπει να αποφεύγονται.

6. Σε μέρος που δυσκολεύετε η κυκλοφορία του αίματος, η θεραπεία πρέπει να αποφεύγεται. π.χ. θρομβοφλεβίτις, τραύμα, ακινητοποιημένο μέλος λόγω κατάγματος, όπως και στο χέρι από τη πλευρά που έχει προηγηθεί μαστεκτομή, γιατί δημιουργείται λεμφοίδημα.

7. Για το καλό όλων να μην γίνεται απόπειρα φλεβκεντήσεως από το ίδιο πρόσωπο περισσότερες από τρεις φορές. Να συνεχίσει άλλο άτομο.

8. Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων πρέπει να χρησιμοποιείται βελόνα Νο 21 ή 23, διότι αφήνοντας το φάρμακο να περάσει από λεπτή βελόνα, προστατεύεται το επιθήλιο της φλέβας.

9. Κάθε φλέβα πρέπει να δοκιμάζεται με φυσιολογικό ορό (NS) πριν τη χορήγηση και να ξεπλένεται καλά μετά.

10. Αν πρόκειται να δοθούν πολλά φάρμακα, η φλέβα πρέπει να ξεπλένεται καλά μετά με φυσιολογικό ορό (NS) μεταξύ χορηγήσεως κάθε φαρμάκου, για να αποφεύγεται η αντίδραση του φαρμάκου.

11. Η εφάπαξ ενδοφλέβια χορήγηση του φαρμάκου πρέπει να γίνεται βραδέως.

12. Φάρμακα που φυλάσσονται στο ψυγείο μπορεί να είναι κρύα για τη φλέβα και είναι σημαντικό ο θεράπων να μπορεί να ξεχωρίσει μεταξύ αυτού και της αισθήσεως του καψίματος που προκαλείται από την έγχυση.

13. Εάν αμφισβητείται η καταλληλότητα της φλέβας, η έγχυση πρέπει να επαναληφθεί σε άλλη φλέβα και κατά προτίμηση στο άλλο χέρι.

14. Ιατρικές οδηγίες για την έγχυση έξω από τη φλέβα πρέπει να γραφούν στο δελτίο του αρρώστου και να υπογραφούν από το γιατρό, πριν αρχίσει η θεραπεία (9 το σχήμα).

15. Να δοθούν οδηγίες στον άρρωστο ή στην οικογένεια του για συμπτώματα που πρέπει αμέσως να αναφερθούν στο σημείο της φλεβοκεντήσεως.

16. Ο γιατρός ή η νοσηλεύτρια-της πρέπει να διακόψει τη θεραπεία, εάν υποψιαστεί έγχυση έξω από τη φλέβα. Αυτό θα γίνει αντιληπτό:

α. Εάν δημιουργηθεί πρήξιμο στο σημείο της φλεβοκεντήσεως.

β. Εάν ο ασθενής παραπονεθεί για αίσθηση καψίματος γύρω από τη φλέβα.

γ. Όταν έλκοντας το έμβολο της σύριγγας το αίμα δεν έρχεται μέσα στη σύριγγα.

Όταν υπάρχει υποψία εγχύσεως φαρμάκου έξω από τη φλέβα πρέπει:

1. Να βγει αμέσως η βελόνα.

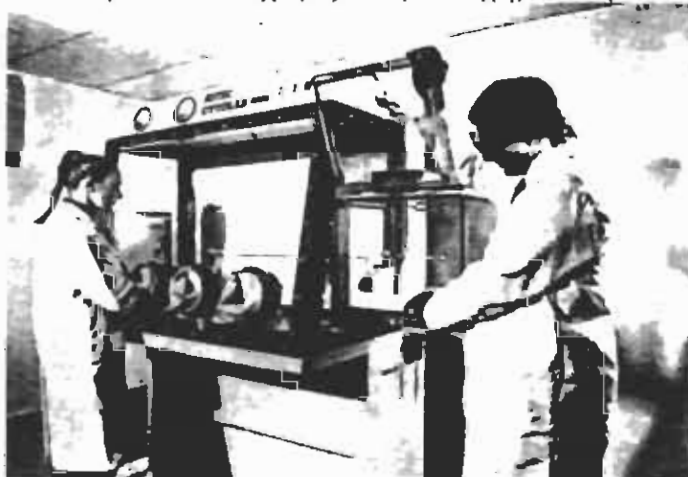
2. Να σκεπαστεί με παγάκια η περιοχή.

3. Να γίνει ένεση Hydrocortizone 100 mg ή Dexamethazone 4 mg στην περιοχή του εξαγγειώματος , ενδομυϊκώς και υποδορίως, με βελόνα Νο 25.
4. Να απλωθεί σ' όλη την περιοχή κρέμα Hydrocortizone 1% . Να συνεχιστεί να τοποθετείται κρέμα 2 φορές την ημέρα να υποχωρήσει ο ερεθισμός.
5. Συνιστάται προσοχή στη χρήση διττανθρακικού νατρίου (Sodium Bicarbonate) γιατί μπορεί να προκληθεί νέκρωση ιστών.

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Μέτρα ασφαλείας για το υγειονομικό προσωπικό (Φάση της προετοιμασίας και της χορηγήσεως)

Στη δεύτερη φάση της προετοιμασίας υπάγονται και τα μέτρα ασφαλείας που πρέπει να λαμβάνει το υγειονομικό προσωπικό που χειρίζεται τα κυτταροστατικά φάρμακα, για να απαλλαγεί από τις μεταλλαξιογόνες και καρκινογόνες επιδράσεις που ασκούν πάνω του. Στις περιπτώσεις που τα κυτταροστατικά φάρμακα προετοιμάζονται στα νοσοκομεία, στους ορόφους ή στα εξωτερικά ιατρεία, θα πρέπει να υπάρχει διαφανές διάφραγμα μεταξύ εργαζομένων και χώρου προετοιμασίας τους. Ο ιδεώδης τρόπος θα είναι αυτά τα φάρμακα να ετοιμάζονται σε ειδικό χώρο με απαγωγό εστία (Laminar air flow hood) με νηματική ροή αέρος, και ακόμα η διαδικασία αυτή να γίνεται σε ειδικό χώρο που το προσωπικό χειρίζεται μόνο χημειοθεραπευτικά φάρμακα.



Εικ.24. Απαγωγός εστία

Η προετοιμασία χημειοθεραπευτικά φαρμάκων με hood ακολουθεί τα εξής υποχρεωτικά στάδια (εικ. 23 α,β,γ,δ,ε,ζ).



Εικ.25. Στάδια προετοιμασίας χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

Κατά τη διάλυση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων στους ορόφους ή τα εξωτερικά ιατρεία, και ειδικά για φάρμακα που πρέπει να χορηγούνται αμέσως μετά τη διάλυση τους, όπως π.χ. Nitrogen Mustard (Mustin), **απαιτούνται τα εξής εφόδια για το προσωπικό ώστε να αποφεύγονται τα ατυχήματα :**

1. Πλαστική ποδιά ή φόρμα με μακρυνά που να κλείνουν καλά. (Το ίδιο και κατά έγχυση του φαρμάκου στη φλέβα).
2. Μάσκα προσώπου καλής ποιότητας (ειδικά διαλύονται φάρμακα υπό μορφή σκόνης).
3. Προστατευτικά γυαλιά (και να αλλάζονται κατά την έγχυση του φαρμάκου στη φλέβα).
4. Γάντια καλής ποιότητας (και να αλλάζονται κατά την έγχυση του φαρμάκου στη φλέβα).
5. Ρολό απορροφητικού χαρτιού (για τα χέρια και τον πάγκο).
6. Νερό.
7. Διάλυμα φυσιολογικού ορού (Sodium Chloride 0,9%) για ξέπλυμα ματιών.
8. Μεταλλικό δοχείο με καλό πώμα για τις βελόνες και τα αιχμηρά αντικείμενα.
9. Πλαστική σακούλα για τα άχρηστα.
 - Τα χέρια πρέπει να πλένονται καλά πριν φορεθούν τα γάντια, καθώς και μετά την αφαίρεση των γαντιών.
 - Σε περίπτωση οποιαδήποτε μόλυνσεως του δέρματος, πρέπει να πλένεται καλά η περιοχή με σαπούνι και νερό και να σκουπίζεται καλά με απορροφητικό χαρτί. Σε περίπτωση μόλυνσεως ματιών, ξέπλυμα με φυσιολογικό ορό και αμέσως στον οφθαλμίατρο.

- Να αναφερθεί στην προϊσταμένη του τμήματος οποιοδήποτε ατύχημα και εκείνη να το αναφέρει στο τμήμα Εργατικών Ατυχημάτων του ασφαλιστικού φορέα του εργαζομένου.

Όταν τελειώσει η διαδικασία της διαλύσεως των φαρμάκων, όλα τα μολυσμένα υλικά, όπως μπλούζες, γάντια, κενά φιαλίδια φαρμάκων, μισοχρησιμοποιημένα φάρμακα κ.λ.π. Πρέπει να μαζεύονται σε δοχεία ή πλαστικές σακούλες που δένονται καλά και να τοποθετείται επάνω κόκκινη ετικέτα με την επιγραφή « Επικίνδυνα Υλικά». Επίσης, το δοχείο με τις βελόνες πρέπει να ασφαρίζεται καλά. Προσοχή στην απόρριψη απεκκριμάτων των ασθενών που μπορεί να περιέχουν αναλλοίωτα φάρμακα ή κυτταροστατικούς μεταβολίτες.

Τα κυτταροστατικά φάρμακα απεκκρίνονται από τα ούρα τα κόπρανα ή και από τα δύο π.χ. η Adriblastina της οποίας η απέκκριση από τα κόπρανα αντιστοιχεί στο 40-50% της χορηγηθείσης δόσεως σε 7 ημέρες, ενώ η απέκκρισή της από τα ούρα αντιστοιχεί στο 5% της χορηγηθείσης δόσεως σε 5 ημέρες. Η Cisplatin απεκκρίνεται από τα ούρα στο 27-43% της χορηγηθείσης δόσεως τις πρώτες 5 ημέρες μετά τη χορήγηση της. Επίσης, έχει αναφερθεί φάρμακο στο μητρικό γάλα π.χ. σε θεραπεία με Carmustine.

Καλό είναι οι επίτοκες (νοσηλεύτριες, γιατροί, φαρμακοποιοί) να αποφεύγει όλες τις φάσεις χρήσεως των κυτταροστατικών φαρμάκων, ειδικά τους τρεις πρώτους μήνες της κύσεως για αποφυγή τερατογενέσεως.

Το τμήμα του Φαρμακείου είναι ο πιο κατάλληλος χώρος για τη διάλυση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Εδώ τοποθετείται μια εστία η οποία φιλτράρει τον αέρα (Luminal air flow hood), νηματικής ροής αέρος, όπου γίνονται οι διαλύσεις των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων και ειδικά για τα φάρμακα που μεσολαβεί ένα χρονικό διάστημα από τη διάλυση μέχρι τη χορήγηση τους. Η εστία αυτή χρησιμεύει για να προστατεύει το φαρμακοποιός ο οποίος ασχολείται με τη διάλυση των φαρμάκων. Ο φαρμακοποιός θα πρέπει να φορά γάντια και ποδιά τα οποία πρέπει να αλλάζονται συχνά. Προκειμένου να γίνει μια θεραπεία (σχήμα) στέλλονται οι ιατρικές οδηγίες από το νοσηλευτικό τμήμα (υπογεγραμμένες από το θεράποντα γιατρό) στο Φαρμακείο. Όταν γίνουν οι διαλύσεις των φαρμάκων και ετοιμαστεί το σχήμα, επιστρέφεται στο τμήμα συσκευασμένο, με γραμμένα τα στοιχεία του αρρώστου το είδος και τη δόση του φαρμάκου και υπογεγραμμένο από τον φαρμακοποιό.

Τέλος, ανακεφαλαιώνω τα μέτρα προφυλάξεως υγειονομικού προσωπικού αναφέροντας τις συστάσεις της Αμερικανικής Επιτροπής μελέτης κυτταροστατικών φαρμάκων:

1. Να χρησιμοποιείται εστία Luminal air flow hod.
2. Να φοριούνται χειρουργικά γάντια και ποδιά (όταν γίνεται η διάλυση σε απαγωγό εστία), γάντια-μάσκα-ποδιά-γυαλιά, σε ορισμένα φάρμακα (εκτός απαγωγού εστίας), διπλά τα ζεύγη γαντιών και να αλλάζονται κάθε 30 min.
3. Να στρώνεται ο πάγκος με απορροφητικό χαρτί, όταν τελειώσει η διαδικασία της διαλύσεως των φαρμάκων, και να καθαρίζεται με οινόπνευμα 70%.
4. Να πετιούνται τα άχρηστα υλικά σε ειδικό δοχείο με την επιγραφή « Επικίνδυνα Υλικά», να πηγαίνουν στα τοξικά υλικά του νοσοκομείου και να καίγονται σε 800°C -1000°C (κλιβάνους).
5. Κατά τη διάλυση των φαρμάκων (εκτός hood), βγάζοντας τον αέρα από τη σύριγγα, να τοποθετείται μπροστά στη βελόνα γάζα εμποτισμένη με οινόπνευμα για να μη διασκορπίζονται τα σωματίδια των φαρμάκων στην ατμόσφαιρα.
6. Προσθέτοντας διαλυτικό μέσα σ' ένα φιαλίδιο, μπορεί να παρουσιαστεί δυσκολία και να εκτιναχθεί το φάρμακο προς τα έξω. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να προσέξει

όποιος ασχολείται με τη διάλυση να δημιουργηθεί ίση περίπου πίεση έξω και μέσα στο φιαλίδιο.

7. Το προσωπικό που ασχολείται με τη χημειοθεραπεία να κάνει συχνά εξετάσεις αίματος και να είναι καλά πεπειραμένο και εκπαιδευμένο.
8. Ο πιο κατάλληλος χώρος για τη διάλυση των κυτταροστατικών φαρμάκων είναι το Φαρμακείο (με απαγωγό), όπως έχει πλέον καθιερωθεί σε διεθνή κλίμακα.

ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

ΦΛΟΥΡΟΥΡΑΚΙΛΗ (Flououracil, 5-FU)

Γενικό όνομα:

5-Flououracil

Εμπορικό όνομα:

5-Flououracil, Efudix(τοπικά μόνο)

Συσκευασία:

Το σκεύασμα κυκλοφορεί σε amp των 250mg/10ml, 500mg/20ml, σε κάψουλες των 250 mg και σε κρέμα.

Αποθήκευση:

Φυλάσσεται σε θερμοκρασία δωματίου, μακριά από τα φως. Το αραιωμένο διάλυμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί εντός 24 ωρών από την ώρα της παρασκευής του.

Συνήθειες δόσεις:

1. Από το στόμα (PO) 500 mg/m²-1g/m² καθημερινώς για ημέρες.
2. Δια της ενδοφλεβίου (IV) χορηγήσεως η μεγαλύτερη ημερήσια δόση είναι 1 g για 5 συνεχείς ημέρες.
3. Ενδοαρτηριακώς 5 –7,5 mg/kg ημερησίως.
4. Τοπική χρήση 1 –2 επαλείψεις ημερησίως.

Μέθοδοι χορηγήσεως:

Ενδοφλεβίως(IV), ενδοαρτηριακώς (IA), τοπικά και το στόμα (PO).

Τρόποι χορηγήσεως:

1. Το διάλυμα χορηγείται κατ' ευθεία στη φλέβα ή στάγδιν αραιωμένο σε γκλυκοζέ ορό (D5W) ή φυσιολογικό ορό (NS).
2. Σε από το στόμα (PO) χορήγηση μπορεί να διαλυθεί και σε χυμό φρούτων.

Μεταβολισμός:

Ένα μικρό μέρος της δόσεως του φαρμάκου αποβάλλεται δια των ούρων και το περισσότερο αποβάλλεται δια της αναπνοής με το διοξείδιο του άνθρακος (CO₂)

Ενδείξεις:

Ca στομάχου, εντέρου, ωοθηκών, προστάτου, παγκρέατος , τραχήλου της μήτρας, δέρματος , ουροδόχου κύστεως.

Παρενέργειες:

Πρώιμες: Διάρροια σε υψηλές δόσεις, ναυτία (κατά διαστήματα), βλεννογονίτις, αιμορραγίες πεπτικού συστήματος (σπάνιες).

Ώσιμες: Στοματίτις, αλωπεκία, χρώση βλεβών κατά μήκος της ενδοφλεβίου εγχύσεως, καταστολή μυελού (λευκοπενία 7 – 14 ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας) , περιτονίτις.

Χρήσιμες πληροφορίες και οδηγίες:

Για τον άρρωστο : Παρενέργειες που χρειάζονται άμεση προσοχή μετά το τέλος της θεραπείας είναι πυρετός , ρίγη, πονόλαιμος, ασυνήθιστες αιμορραγίες και αιματώματα.

ΔΟΞΟΡΟΥΒΙΚΙΝΗ ΥΔΡΟΧΛΩΡΙΚΗ (DOXORUBICIN HYDROCHORIDE)

Γενικό όνομα:

Doxorubicin Hydrochloride

Εμπορικό όνομα:

Adriamycin, Adriblastina

Συσκευασία :

Το φάρμακο κυκλοφορεί σε φιαλίδια των 10 mg και 50 mg (σκόνη).

Αποθήκευση :

Το σκεύασμα φυλάσσεται σε θερμοκρασία δωματίου, μακριά από το φως. Το διάλυμα διατηρείται σε θερμοκρασία δωματίου 24 ώρες και στο ψυγείο 48 ώρες (4° c).

Συνήθεις δόσεις:

40-70 mg/m² ημερησίως κάθε 21 ημέρες ή 30 mg/m² για συνεχείς ημέρες κάθε μήνα. Η συνολική δόση μέχρι 550 mg/m². Οι μεγάλες δόσεις προκαλούν καρδιοτοξικότητα.

Τρόποι χορηγήσεως:

Ενδοφλεβίως (IV), ενδοκυστικώς. Ενδοαρτηριακώς (IA) χορηγείται μόνο σε ειδικευόμενα ογκολογικά κέντρα.

Διάλυση:

Το φιαλίδιο των 10 ml και 50 mg σε 25ml δισαππεσταγμένου νερού (WFI).

Μέθοδοι χορηγήσεως:

Ενίεται στη φλέβα κατ'ευθείαν ή χορηγείται ενδοφλεβίως αραιωμένο σε φυσιολογικό ορό (NS) ή σε γλυκοζέ ορό (D5W) εντός 2-3 min.

Μεταβολισμός:

Μεταβολίζεται στο ήπαρ και αποβάλλεται δια της χολής και των ούρων. Δεν διαπερνά τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό.

Ενδείξεις:

Νόσος του Hodgkin, μη Hodgkin λεμφώματα, Ca νεφρών, μαστού, ωθηκών, ουροδόχου κύστεως, όρχεων, εντέρου κ.τ.λ.

Παρενέργειες:

Άμεσες: Ερύθημα. Τοπική αντίδραση σε υψηλές δόσεις, πόνος κατά μήκος της φλέβας.

Πρώιμες: Κόκκινα ούρα (όχι αιματουρία) 1-2 ημέρες ύστερα από κάθε δόση φαρμάκου που χορηγείται. Ναυτία, έμετος, στοματίτις.

Ώσιμες: Καρδιοτοξικότητας, αλωπεκεία ολική θρομβοφλεβίτις, μελάνιασμα νυχιών και δέρματος. Μυελοτοξικότητας (10^η-15^η μέρα από την έναρξη της θεραπείας), περιτονίτης.

ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ

Είναι χημειοθεραπευτικά φάρμακα που η σύνθεσή τους είναι χημική ή προέρχεται από βιοσυνθετικά προϊόντα.

ΜΙΤΟΜΥΚΙΝΗ –C (MITOMYCIN-C)

Γενικό όνομα:

Mitomycin – C , Mutamycin

Εμπορικό όνομα:

Mitomycin-C

Συσκευασία:

Το σκεύασμα κυκλοφορεί σε φιαλίδια των 2 mg, 10mg (γαλάζιο ανοικτό χρώμα).

Αποθήκευση:

Το σκεύασμα φυλάσσεται στο ψυγείο. Το διάλυμα μένει σταθερό.

1. Για 24 ώρες, μακριά από το φως και στο ψυγείο.

2. Σε γλυκοζέ ορό (D5W) 3 ώρες σε θερμοκρασία δωματίου.
3. Για 12 ώρες σε φυσιολογικό (NS).
4. Για 24 ώρες σε sodium lactate.

Συνήθεις δόσεις:

1. 2 mg/m² ή 0,04 mg/kg επί 5 ημέρες.
2. 20 mg/m² κάθε 10 ημέρες.

Τρόποι χορηγήσεως:

Ενδοφλεβίως (IV), ενδαρτηριακώς (IA), ενδοπεριτοναϊκώς (IP).

Διάλυση:

Τα φιαλίδια των 2 mg διαλύονται σε 10-20 ml δισαππεσταγμένου νερού (WFI), των 10 mg διαλύονται σε 10-20 ml δισαππεσταγμένου νερού (WFI).

Μέθοδοι χορηγήσεως:

1. Ενδοφλεβίως (IV) κατ' ευθεία στη φλέβα.
2. Ενδοφλεβίως (infusion) σε 500ml γλυκοζέ ορό (D5W) επί 1 ώρα.
3. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ενδοκυστικώς 10-40 mg σε διάλυση 20-40 ml (WFI).

Μεταβολισμός:

Μεταβολίζεται στο ήπαρ και αποβάλλεται δια της χολής και των ούρων.

Ενδείξεις:

Όγκος κεφαλής και τραχήλου, Ca μαστού, στομάχου, εντέρου, παγκρέατος , ήπατος.

Παρενέργειες:

Πρώιμες: Ναυτία, εμετός , (σε υψηλές δόσεις0.

Ώσιμες: Στοματίτις (5-7 ημέρες από την έναρξη της θεραπείας), ανορεξία, καταστολή μυελού, βλεννογονίτις, νεφροτοξικότητας, αλωπεκία (2-3 3βδομάδες μετά τη θεραπεία), λήθαργος, εξασθένηση, κνησμός.

Χρήσιμες πληροφορίες και οδηγίες:

Για τον άρρωστο: Προσοχή στην εξαγγείωση . Συνήθως χορηγείται κάθε 6-8 εβδομάδες γιατί προκαλεί καταστολή μυελού. Χρησιμοποιείται σε ηπατικές καταστάσεις στην ηπατική αρτηρία (infusion).

ΝΙΤΡΟΖΟΥΡΙΕΣ

Οι νιτροζουρίες αλκυλιώνουν το DNA και το RNA, δεσμεύουν τα διάφορα ένζυμα και έχουν μικρή διάρκεια ζωής.

**ΛΟΜΟΥΣΤΙΝΗ
(LOMUSTINE)**

Γενικό όνομα:

Lomustine

Εμπορικό όνομα:

Cecenu, CCNU

Συσκευασία:

Το φάρμακο κυκλοφορεί σε κάψουλες (caps) 10mg, 40 mg (χρώματος θαλασσί).

Αποθήκευση:

Φυλάσσεται στο ψυγείο.

Συνήθεις δόσεις:

Οι συνήθεις δόσεις είναι 80-130 mg/m²

Τρόπο χορηγήσεως:

Από το στόμα (PO).

Μέθοδοι χορηγήσεως:

Χορηγείται εφάπαξ ή τρεις (3) φορές ημερησίως κάθε 4-8 εβδομάδες.

Μεταβολισμός:

Αποβάλλεται δια των ούρων και περνά από τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό.

Ενδείξεις:

Νόσος του Hodgkin , μη Hodgkin λεμφώματα, όγκοι κεφαλής και τραχήλου, Ca παχέος εντέρου, μελάνωμα, σαρκώματα, Ca πνεύματος.

Παρενέργειες:

Πρώιμες: Ανορεξία, ναυτία και εμετός.

Ώσιμες: Καταστολή μυελού 95-6 εβδομάδες μετά τη θεραπεία). Στοματίτις , αλωπεκία, ηπατοτοξικότητας (σπάνια).

Χρήσιμες πληροφορίες και οδηγίες:

Ο άρρωστος να αποφεύγει την θεραπεία με (Cecenu) τα αλκοολούχα ποτά.

**ΚΑΡΜΟΥΣΤΙΜΗ
(CARMUSTINE)****Γενικό όνομα:**

Carmustine, Bis-chloronitrosurea, 1,3-bis-chloro-(2-chloroethyl)-1-nitrosurea.

Εμπορικό όνομα:

BiCNU

Συσκευασία:

Το σκεύασμα κυκλοφορεί σε φιαλίδια των 100 mg.

Αποθήκευση:

Το σκεύασμα φυλάσσεται στο ψυγείο. Το διάλυμα διατηρείται στο ψυγείο μέχρι 48 ώρες, μακριά από το φως. Σε ισότονο διάλυμα φυσικού ορού (NS) ή γλυκοζέ ορού (D5W) είναι σταθερό για 24 ώρες στο ψυγείο.

Συνήθεις δόσεις:

200mg/m² κάθε 6 εβδομάδες.

Τρόποι χορηγήσεως:

Ενδοφλεβίως (IV).

Διάλυση:

Κάθε συσκευασία περιέχει ένα φιαλίδιο των 100mg (carmustine) και ένα φιαλίδιο των 3ml διασπασταγμένου νερού.

Μέθοδοι χορηγήσεως:

Χορηγείται ενδοφλεβίως (infusion) σε διάλυμα αραιωμένο σε φυσιολογικό ορό (NS) ή γλυκοζέ (D5W) και χορηγείται εντός 1-2 ωρών.

Μεταβολισμός:

Το φάρμακο αποβάλλεται δια των ούρων τις πρώτες 24 ώρες της θεραπείας. Περνά τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό. Carmustine έχει βρεθεί σε μητρικό γάλα σε μητέρες που έπαιρναν το φάρμακο.

Ενδείξεις:

Πολλαπλούν μυέλωμα, νόσος του Hodgkin, μη Hodgkin λεμφώματα, αδενοκαρκίνωμα στομάχου, Ca παχέος εντέρου, ηπάτωμα, κακόηθες μελάνωμα, όγκος εγκεφάλου.

Παρενέργειες:

Άμεσες: Πόνος στη φλέβα κατά την ενδοφλέβια χορήγηση. Εξάψεις.

Πρώιμες: Ναυτία, εμετός.

Ώσιμες: Μυελοτοξικότητας εκδηλώνεται 3-4 εβδομάδες μετά τη θεραπεία (λευκοπενία, θρομβοπενία). Γυναικομαστία, νεφροτοξικότητας ή ηπατοτοξικότητας (σπάνια).

Χρήσιμες πληροφορίες και οδηγίες:

Για το προσωπικό: Το άτομο που μολυνθεί με BiCNU (απορροφάται από το δέρμα) θα πρέπει να ξεπλυθεί με πολύ νερό ή φυσιολογικό ορό (Sodium chloride 0,9%). Το φάρμακο προκαλεί υπέρχρωση στο δέρμα⁷.

Γ. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θέση της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση των κακοήθων νεοπλασιών.

Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση των κακοήθων νεοπλασιών από τις αρχές του αιώνα. Στη Μεγάλη Βρετανία η ετήσια επίπτωση κακοήθων νεοπλασιών είναι 200.000 και οι μισοί από τους ασθενείς αυτούς υποβάλλονται σε κάποια φάση της θεραπείας σε ακτινοθεραπεία. Στα 2/3 των ασθενών αυτών η ακτινοθεραπεία χορηγείται με στόχο την ίαση είτε αμιγώς είτε σε συνδυασμό με χειρουργική ή και χημειοθεραπεία.

Υπολογίζεται ότι η τοπική θεραπεία, που περιλαμβάνει χειρουργική ή και ακτινοθεραπεία, επιφέρει την ίαση στο 40% των ασθενών. Παράλληλα το 15% του συνολικού αριθμού των ασθενών με συμπαγή νεοπλάσματα αντιμετωπίζονται με αμιγή ακτινοθεραπεία. Ο ακτινοθεραπευτής, όταν καλείται να αντιμετωπίσει ένα κακοήθες νεόπλασμα, θα πρέπει να καθορίσει σαφώς το στόχο της θεραπείας που θα εφαρμόσει.

Μία ακτινοθεραπευτική αγωγή είναι δυνατόν να είναι:

α). **Ριζική.** Χορηγείται ως μόνη αντινεοπλασματική θεραπεία με στόχο την ίαση του ασθενούς. Στην ακτινοθεραπεία αυτού του είδους χορηγούνται οι υψηλότερες δόσεις ακτινοβολίας, που συνήθως είναι της τάξης των 65-70 Gy ή και μεγαλύτερες. Χρησιμοποιούνται σχήματα με μία συνεδρία ημερησίων των 1.8 –2 Gy (κλασικός κερματισμός) ή σχήματα υπερκερματισμού ή επιταχυνόμενου κερματισμού².

β). **Μετεγχειρητικά.** εφαρμόζεται κυρίως σε τυπική υποτροπή νόσου ή σε ανεγχείρητες περιπτώσεις, είτε λόγω μεγάλης έκτασης του όγκου είτε λόγω κακής γενικής κατάστασης του ασθενούς. Στις ανεγχείρητες περιπτώσεις, η ακτινοβολία προσφέρει μεγάλη βοήθεια και βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

γ). **Προεγχειρητικά,** η ακτινοβολία φαίνεται να έχει καλά αποτελέσματα και κυρίως σε περιπτώσεις σταδίου C κατά Dukes. Επίσης, μη εξαιρέσιμοι όγκοι, μετά από ακτινοβολία μπορεί να καταστούν εξαιρέσιμοι, πιθανών λόγω συρρίκνωσης του όγκου από καταστολή της αντιδραστικής φλεγμονής γύρω από αυτόν.

Γενικά, η εφαρμογή προεγχειρητικής ή μετεγχειρητικής ακτινοβολίας στις εγχειρήσεις του καρκίνου του ορθού αποδεικνύεται με την πάροδο των ετών πολύ χρήσιμη⁵. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις διηθητικών όγκων του τυφλού (το σημείο ένωσης λεπτού και παχέος εντέρου), η ακτινοθεραπεία μπορεί να μειώσει τις πιθανότητες να εμφανιστεί τοπική υποτροπή³.

ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στόχος του ογκολόγου ακτινοθεραπευτή είναι να επιλέξει την αποτελεσματικότερη δόση ακτινοβολίας που θα καταστρέψει τον όγκο χωρίς να βλάψει τους φυσιολογικούς ιστούς. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όμως, παρατηρούνται οξεία προβλήματα κυρίως στους ταχέως αναπτυσσόμενους ιστούς, όπως το δέρμα, οι βλεννογόνοι του οισοφάγου, της ουροδόχου κύστης, του λεπτού εντέρου και του ορθού. Συνήθως αυτοί οι ιστοί επουλώνονται σε διάστημα λίγο εβδομάδων μετά την ακτινοβολία. Υπάρχουν όμως και καθυστερημένα χρόνια αποτελέσματα λόγω των οποίων δημιουργούνται έλκη, ουλώδης ιστός ή βλάβες σε κάποιο όργανο.

Η εμφάνιση ειδικών προβλημάτων που θα επηρεάσουν την ικανότητα σας να παίρνετε αρκετή τροφή εξαρτάται από το ποιο τμήμα του σώματος ακτινοβολείτε. Πολλά από αυτά τα προβλήματα προλαμβάνονται ή αντιμετωπίζονται με προσεκτικό σχεδιασμό και θεραπεία. Αν συνεργαστείτε στενά με τον ογκολόγο, ακτινοθεραπευτική και το διαιτολόγο, θα ολοκληρώσετε τη θεραπεία σας με τις λιγότερες δυνατές παρενέργειες³.

Ο νοσηλευτής είναι αυτός που πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή που προέρχεται για ακτινοθεραπεία για τις τυχόν βλάβες που μπορούν να του δημιουργηθούν κατά τη διάρκεια και μετά το πέρας αυτής της θεραπείας καθώς και για μετά τα μέτρα που πρέπει να λάβει για την καλύτερη αντιμετώπιση.

Η νοσηλεύτρια ενημερώνει τον ασθενή για τα φαινόμενα που μπορεί να του προκαλέσει η ακτινοθεραπεία όπως :

- Γενική καταβολή δυνάμεων.
- Ναυτία, εμετούς.
- Ανορεξία.
- Απώλεια βάρους.
- Πυρετό.
- Τοπικές βλάβες που εκδηλώνονται με ερυθρότητα στην περιοχή της νεοπλασίας, η οποία δύναται να φθάσει μέχρι νεκρώσεως της περιοχής, εάν ληφθεί η κατάλληλη μέριμνα.

Για την αντιμετώπιση αυτών των φαινομένων η νοσηλεύτρια παροτρύνει τον ασθενή:

- 1 . στη λήψη των ανατελλόντων την ναυτία φαρμάκων
- 2 . στη λήψη επαρκούς τροφής και υγρών, μερικές φορές και βιταμινών
- 3 . στη φροντίδα της καλής υγείας του δέρματος του προτης ενάρξεως της θεραπείας
- 4 . κατά τη διάρκεια της θεραπείας, να διατηρεί το δέρμα του καθαρό και να μην χρησιμοποιεί σαπούνι και νερό στην περιοχή ακτινοβολήσης
- 5 . να αποφεύγει τον κνησμό με την τοποθέτηση στην περιοχή αλοιφών με μεταλλικά στοιχεία π.χ. ψευδάργυρο, γιατί τα μεταλλικά στοιχεία έχουν τη δυνατότητα να απορροφούν ακτίνες και έτσι αυξάνουν την αντοχή του δέρματος στην ακτινοβολία.
- 6 . να αποφεύγει την πίεση ή την επίτριψη της περιοχής
- 7 . να διατηρεί το δέρμα καθαρό και ξηρό, μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας, με την χρησιμοποίηση σκόνης που περιέχει μεταλλικές ουσίες¹⁵.

Ο σχεδιασμός της ακτινοθεραπείας (treatment planning)

Το σχέδιο (πλάνο) της ακτινοθεραπείας είναι έργο του ακτινοφυσικού και απεικονίζει τις κατευθύνσεις των δεσμών της ακτινοβολίας, τα σημεία εισόδου αυτών στον ασθενή και την κατανομή της φυσικής δόσης στα όργανα και τους ιστούς αναφοράς. Εκτελείται πλέον με ειδικά προγράμματα Η/Υ, τα οποία επιτρέπουν την τρισδιάστατη μελέτη κατανομής της δόσης. Στο πλάνο ακτινοθεραπείας απεικονίζεται σαφώς η κατανομής της δόσης με τις ονομαζόμενες ισοδοσιακές καμπύλες (ή ισοδοσιακά επίπεδα, στον τρισδιάστατο σχεδιασμό). Αυτές ενώνουν τα σημεία που λαμβάνουν ίση δόση και ονομάζονται ανάλογα με την % δόση κάποιου σημείου αναφοράς (π.χ. 90% ισοδοσιακή, 30% ισοδοσιακή κλπ.) Σκοπός του σχεδιασμού της ακτινοθεραπείας είναι η περιοχή- στόχος να περικλείεται ομοιογενώς από την υψηλότερη δυνατή ισοδοσιακή καμπύλη ενώ τα δοσοπεριοριστικά όργανα να περιλαμβάνονται στη χαμηλότερη δυνατή ισοδοσιακή καμπύλη.. Αυτό σημαίνει ότι αποφεύγεται η ύπαρξη σημείων μέσα στην περιοχή – στόχο, που λαμβάνουν χαμηλότερη ή υψηλότερη δόση από την επιθυμητή².

Η διαδικασία της εξομοίωσης (simulation)

Η εξομοίωση είναι η διαδικασία που εφαρμόζει και επαληθεύει τα δεδομένα του πλάνου θεραπείας. Γίνεται σε μηχάνημα που λέγεται εξομοιωτής (simulator). Ο εξομοιωτής είναι ένα ακτινολογικό μηχάνημα, που παράγει τις συνθήκες της ακτινοβολήσης. Έχει μηχανικά μέρη και γεωμετρικές παραμέτρους (απόσταση πηγής-δέρματος, περιστροφή της κεφαλής του μηχανήματος κλπ.) πανομοιότητες με το μηχάνημα της ακτινοθεραπείας. Σ' αυτόν ο ασθενής τοποθετείται ακριβώς όπως και στο μηχάνημα ακτινοθεραπείας, με τους ίδιους μηχανισμούς ακτινοποίησης, προθέματα και ακτινοσκοπεύς δείκτες. Στη συνέχεια εφαρμόζονται τα πεδία που προέκυψαν από τον προηγηθέντα σχεδιασμό και ελέγχονται ακτινοσκοπικά (μέγεθος και τύπος πεδίων, η σχετική θέση φυσιολογικών ιστών και όγκου, οι κατευθύνσεις της δέσμης της ακτινοβολίας κλπ.) Μετά την αποδοχή λαμβάνονται ακτινογραφίες και τοποθετούνται μόνιμα σημάδια στο δέρμα του ασθενούς για την καθημερινή αναπαραγωγή της θέσης θεραπείας. Η εξομοίωση επαναλαμβάνεται κατά τη διάρκεια μιας ακτινοθεραπευτικής αγωγής, οπότε χρειάζεται τροποποίηση τεχνικής ή νέα επαλήθευσή της.

Η ακτινοβολήση του ασθενούς

Ο ασθενής τοποθετείται στο μηχάνημα θεραπείας, εφαρμόζονται ειδικοί μηχανισμοί ακινητοποίησης, που εξασφαλίζουν την ακριβή καθημερινή επανάληψη των συνθηκών της ακτινοθεραπείας, και λαμβάνονται ειδικές ακτινογραφίες. Οι ακτινογραφίες αυτές δεν είναι μεγάλης ευκρίνειας, επιτρέπουν όμως τη σύγκριση με τις ακτινογραφίες που ελήφθησαν κατά την εξομοίωση της θεραπείας. Εάν είναι πανομοιότυπες, προχωρούμε στη χορήγηση της πρώτης συνεδρίας της ακτινοθεραπείας. Η διαδικασία της τοποθέτησης (set-up) του ασθενούς απαιτεί προσοχή και σχολαστικότητα εκ μέρους του ιατρού και των τεχνολόγων του μηχανήματος θεραπείας και πρέπει να επαναλαμβάνεται πανομοιότυπη καθημερινά επί 6-7 εβδομάδες. Κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπευτικής αγωγής οι ασθενείς παρακολουθούνται και εξετάζονται 1-2 φορές την εβδομάδα για τυχόν αντιδράσεις και για παρακολούθηση, όπου είναι εφικτό, της μεταβολής του ακτινοβολούμενου όγκου. Παραγγέλλονται νέες εξετάσεις (αιματολογικές, βιοχημικές, απεικονιστικές) ή χορηγείται ανάλογη φαρμακευτική αγωγή.

Η επιλογή του ακτινοθεραπευτικού-δασολογικού σχήματος

Το ύψος της ημερήσιας δόσης, ο αριθμός των κλασμάτων (συνεδριών), ο συνολικός χρόνος ακτινοθεραπείας και η συνολικά χορηγούμενη δόση περιγράφονται με τον όρο "ακτινοθεραπευτικό σχήμα". Η επιλογή του σχήματος ακτινοθεραπείας εξαρτάται από το σκοπό της θεραπείας (ριζική, παρηγορική κλπ.), τη φύση του νεοπλασματος, την έκταση της νόσου και τη γενική κατάσταση του ασθενούς. Είναι δυνατό κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας να τροποποιηθεί το ακτινοθεραπευτικό σχήμα, ανάλογα με τις οξείες αντιδράσεις των φυσιολογικών ιστών, την ανταπόκριση της νόσου.

Παρακολούθηση του ασθενούς

Μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας ο ασθενής ελέγχεται μετά 6-8 εβδομάδες για την εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Στη συνέχεια επανεξετάζεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα και καταγράφεται η πορεία της νόσου και των μετακινητικών αντιδράσεων των φυσιολογικών ιστών. Η παρακολούθηση γίνεται παράλληλα με τους ιατρούς των άλλων ειδικοτήτων, που αντιμετώπισαν τη νόσο σε κάθε ασθενή κατά περίπτωση².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: Η ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ ΩΣ ΑΛΛΑΓΗ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΙΔΩΛΟΥ ΚΑΙ ΩΣ ΑΛΛΑΓΗ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κολοστομία είναι η χειρουργική κατασκευή μιας διόδου μέσα από το κοιλιακό τοίχωμα με σκοπό την έξοδο των κοπράνων, παρακάμπτοντας την έδρα. Δεν είναι λοιπόν η ίδια η κολοστομία μια αλλαγή στην ανατομία του σώματος του ατόμου που τη φέρει. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη διαφοροποίηση της κανονικής λειτουργίας εκκένωσης του εντέρου και οφείλεται σε ασθένεια ή τραυματισμό. Η χειρουργική επέμβαση που οδηγεί στη δημιουργία κολοστομίας μπορεί να οφείλεται σε αρκετές διαφορετικές ασθένειες ή καταστάσεις. Οι περισσότερες δημιουργούνται εξαιτίας της ύπαρξης καρκίνου. Η αλλαγή την οποία υφίσταται η εικόνα του σώματος του νέου οστικού είναι έντονη και εμφανής στον ίδιο. Ο ασθενής αισθάνεται ακρωτηριασμένος. Το ψυχικό τραύμα που έχει υποστεί τον κάνει να αντιλαμβάνεται το σώμα του ως κάτι που έχει πληγωθεί και που είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο. Το βασικότερο πρόβλημα των αρρώστων αυτών είναι η δύσκολη παραδοχή της νέας πραγματικότητας. Οι ψυχικές επιπτώσεις αυτής της επέμβασης είναι δυνατόν να ακολουθήσουν τον ασθενή σε όλη τη διάρκεια της ζωής του. Η σωστή προετοιμασία του ασθενούς πριν από την εγχείρηση παίζει βασικό ρόλο στην όλη πορεία του ασθενούς και στην προσαρμογή του στην καινούργια του κατάσταση. Η προετοιμασία συνιστάται σε ενημέρωση και απλές συμβουλές για την κατάσταση του από τον ιατρό και το εξειδικευμένο νοσηλευτικό πρόσωπο.

Μετά από την εγχείρηση οι περισσότερη ασθενείς εκφράζουν, σχεδόν ολοκληρωτικά ένα μόνο συναίσθημα, το φόβο. Στην αρχή ο φόβος αυτός συνοψίζεται σε πρακτικά προβλήματα, όπως οι οσμές, οι θόρυβοι και οι διάρροιες. Με τη βοήθεια της Stoma-Therapist τα προβλήματα αυτά αρχίζουν σταδιακά να εξαφανίζονται. Ευτυχώς σήμερα υπάρχουν όλα τα μέσα που βοηθούν ώστε να ξεπεράσουν τα προβλήματα τους. Η τελευταία μέθοδος είναι η πλύσης του εντέρου με το με το irrigation set, το οποίο κατά κάποιο τρόπο ελέγχει και αναγκάζει το έντερο να εκκενωθεί μόνο μια φορά την ημέρα και μετά χρησιμοποιείται ένα μικρό πώμα. Ο άρρωστος αφοδεύει καθημερινά σε ώρα που καθορίζει ο ίδιος και μπορεί άνετα να επιδοθεί σε όλες τις δραστηριότητες και να απολαύσει τις χάρες της ζωής.

Με την αποκατάσταση επιτυγχάνουμε:

1. Ομαλή συζυγική συμβίωση. Αρχικά φαίνεται δύσκολη. Αυτή η ευαισθησία είναι φυσική όταν όμως η αγάπη στηρίζεται στην αληθινή κατανόηση του άλλου προσώπου δεν υποτάσσεται εύκολα. Η κολοστομία δεν αποτελεί εμπόδιο.
2. Επαγγελματική αποκατάσταση. Οι στομιοπαθείς μπορούν να ασχοληθούν με όλες σχεδόν τις δουλειές.
3. Ανεμπόδιστη κοινωνική δραστηριότητα.
4. Ελεύθερη εκλογή ενδυμάτων. Δεν χρειάζεται να φορούν ειδικά ρούχα γιατί οι μοντέρνες συσκευές κολοστομίας είναι τελείως επίπεδες και διακριτικές.
5. Διαιτητική ελευθερία. Δεν υπάρχει ειδική δίαιτα για τους στομιοπαθείς. Διαπιστώνουν από μόνοι τους ποιες τροφές παράγουν αέρια ή δυσάρεστες οσμές, ποιες δημιουργούν διάρροια ή δυσκοιλιότητα. Έχοντας επίγνωση όλων αυτού μπορούν να ρυθμίσουν σημαντικά τη συμπεριφορά του εντέρου των.
6. Άσκηση και σπορ. Η κολοστομία δεν αποτελεί εμπόδιο σε κανένα είδος άσκησης ή σπορ.

Βασικός στόχος είναι η εκπαίδευση του ασθενούς μετά την έξοδο του το νοσοκομείο και η επανένταξή του στη κοινωνία με μια όσο το δυνατό καλύτερη ποιότητα ζωής. Η προσφορά του εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού ξεπερνά τον απρόσωπο επαγγελματισμό. Πρέπει να σταθούμε κοντά σε αυτούς τους ανθρώπους να τους ακούσουμε για να τους βοηθήσουμε. Η ενθάρρυνση και η μετάγγιση ελπίδας θα περιορίσει την απαισιοδοξία και απογοήτευση τους¹⁵.

Αλλαγές στη μορφή του σώματος.

Οι μεταβολές που επέρχονται στο σώμα εξαιτίας των χειρουργικών επεμβάσεων, της ακτινοθεραπείας ή της χημειοθεραπείας ενδέχεται να έχουν ολέθριο αντίκτυπο στην αυτοεκτίμηση του ασθενούς, ιδίως αν είναι εμφανείς. Αν μείνουν μετεγχειρητικές ουλές, αλλάξει η υφή του δέρματος, χάσει τα μαλλιά του ή αδυνατίσει υπερβολικά, οι αλλαγές δεν περνούν απαρατήρητες. Και οπωσδήποτε θα αισθανθεί άσχημα, τουλάχιστον τη πρώτη φορά που θα έρθει σε επαφή με άλλους. Αν έχει παρά φύσιν έδρα ίσως νιώθει ταπεινωμένος που θα πρέπει να συλλέγει τα περιττώματα του σε ειδική σακούλα.

Ο εαυτός μας όμως δεν είναι μόνο το σώμα. Ο πραγματικός εαυτός είναι η ψυχή και το πνεύμα. Ίσως είναι δύσκολο να αποδεχθεί ο ασθενής αυτής την αλήθεια, αν όμως το κατορθώσει, το ηθικό του θα εξυψωθεί. Μια καλή σκέψη είναι να έρθει σε επαφή με τα μέλη της ομάδας συμπαράστασης που έχουν επίσης υποστεί σωματικές αλλαγές. Μια τέτοια σχέση μπορεί να αποβεί επωφελής, διότι η κοινή αντιμετώπιση των δυσκολιών φέρνει πιο κοντά τους ανθρώπους. Όσοι απασχολούνται εθελοντικά στις ομάδες αυτές ή άλλους οργανισμούς κοινωνικής πρόνοιας μπορούν να βοηθήσουν στη συναισθηματική προσαρμογή. Αλλά και ο ίδιος ο ασθενής μπορεί τελικά να αποδειχθεί πολύτιμος σύντροφος για άλλους και να ξεπεράσουν από κοινού τις αναπόφευκτες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν.

Σεξουαλικά προβλήματα από καρκίνο του παχέος εντέρου.

Η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι δύο φορές σοβαρότερη όταν γίνει επέμβαση για καρκίνο του παχέος εντέρου παρά για να αντιμετωπιστούν καλοήθεις αιτίες, όπως ειλεοστομία για την ελκώδη κολίτιδα. Οι ασθενείς με στομίες έχουν αυξημένα σεξουαλικά προβλήματα λόγω αμηχανίας ή ανησυχίας για την αντίδραση των συντρόφων τους.

Η σεξουαλικότητα μετά τη θεραπεία.

Με όλες αυτές τις πιθανές επιδράσεις της αντικαρκινικής θεραπείας, η προσδοκία για φυσιολογική σεξουαλική φαίνεται απραγματοποίητη. Οποιαδήποτε και αν η μορφή του καρκίνου, όμως, υπάρχουν αρκετοί τρόποι για να αυξήσετε τη σεξουαλική σας απόλαυση.

Εάν υπάρχει στομία. Τόσο οι ασθενείς με στομία όσο και οι σύντροφοι τους πρέπει να ενημερωθούν για τη φροντίδα και την περιποίηση της στομίας και να προσέχουν τις φαινομενικά αναμένοντας λεπτομέρειες, λόγω χάρη τα ειδικά εσώρουχα για τις γυναίκες τα οποία καλύπτουν τη στομία αλλά και επιτρέπουν τη σεξουαλική διέγερση. Επίσης υπάρχουν ειδικά σχεδιασμένοι αισθητικοί και ελκυστικοί σάκοι στομίας.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ . Η ΚΟΙΝΩΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

Α. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΜΙΟΥ

Ετοιμασία υλικού

1. Καθαρό τροχήλατο πάνω στο οποίο τοποθετείται το πιο κάτω υλικό :
 - Ένα set αλλαγής
 - Φυσιολογικός ορός και Phisohex.
 - Κάψα με τολύπια βαμβακιού και τεμάχια χαρτοβάμβακα
 - Συσκευή κολοστομίου
 - Προστατευτικό υλικό το περιστομιακό δέρμα π.χ skin gel ή άλλο.
 - Πάστα Karaya ή stomahesive ή άλλο υλικό για την εφαρμογή της συσκευής αν χρειάζεται.
 - Σάκος πλαστικός για τη συλλογή του χρησιμοποιημένου υλικού μίας χρήσης.
 - Νεφροειδές
 - Τετράγωνο αδιάβροχο και τετράγωνο αλλαγών
 - Σαπούνι (κατά προτίμηση γλυκερίνης) , τρίφτης, κανάτα με νερό και λεκάνη.
 - Άλλο υλικό όπως λευκοπλάστη κ.α.
 - Γάντια μίας χρήσης. Πρέπει λοιπόν τα γάντια να χρησιμοποιούνται κατά την καθαριότητα του στομίου, όταν κατά την εφαρμογή της νοσηλείας ο νοσηλευτής έρχεται σε επαφή με αίμα και υγρά του σώματος του αρρώστου. Επειδή, όμως , με τα γάντια δυσχεραίνεται η εφαρμογή της συσκευής στο δέρμα λόγω της κολλητικής ουσίας που έχει αυτή, συνιστάται μετά την καθαριότητα του στομίου η αφαίρεση των γαντιών για την εφαρμογή της συσκευής.
2. Παραβάν , (αν δεν υπάρχει μόνιμο στο κρεβάτι)¹⁹.

Φροντίδα στομίου – χρήση σάκων με αυτοκόλλητη επιφάνεια και φίλτρο διαφυγής αερίων.

Διαδικασία :

Νοσηλευτική ενέργεια και αιτιολόγηση ενέργειας.

Φάση προετοιμασίας.

1. Χρησιμοποιώντας διαμετρώμετρο στομίων, διαλέξτε το διαμέτρημα που εφαρμόζει πιο κοντά στο στόμιο χωρίς να το εγγίζει. Παραγγείλτε το διαμέτρημα που αντιστοιχεί στην κάτω τυπωμένη σειρά του διαμετρώμετρο . Μικρότερο διαμέτρημα θα ερεθίσει το στόμιο . Μεγαλύτερο διαμέτρημα θα αφήσει ακάλυπτο δέρμα και θα οδηγήσει σε δερματικό τρύβλημα. Υπάρχουν σάκοι με 7 έτοιμα διαμετρήματα σε εκατοστά: 2,5 , 3,2 , 3,8 , 4,4 , 5,1 , 6,4 και 7,6.
2. Δώστε στον άρρωστο αναπνευστική θέση , τέτοια που να μπορεί να παρακολουθεί την όλη διαδικασία. Εξασφαλίστε ιδιαιτερότητα. Ο άρρωστος ενθαρρύνεται να παίρνει μέρος και να κατανοεί αυτό που του γίνεται, ώστε, τελικά να μπορεί να κάνει την αλλαγή μόνος του.
3. Εξηγήστε στον άρρωστο τις λεπτομέρειες
4. Αποκαλύψτε την περιοχή του στομίου και αφαιρέστε το σάκο κολοστομίας.
5. Τυλίξτε το χρησιμοποιημένο σάκο και βάλτε τον στον πλαστικό αχρήστων .
6. Τοποθετήστε το αδιάβροχο με το τετράγωνο κάτω από το στόμιο.
7. Τοποθετήστε το νεφροειδές (καλυμμένο από τη μία πλευρά με χαρτοβάμβακο). Κάτω από το στόμιο σε επαφή με το σώμα.

Φάση εκτέλεσης

1. Καθαρίστε καλά με χλιαρό νερό ή σαπουνόνερο (προτιμάστε το σαπούνι γλυκερίνης) και στεγνώστε την περιοχή του δέρματος γύρω από το στόμιο με απαλές κινήσεις. Το σαπούνι γλυκερίνης διατηρεί το δέρμα μαλακό και ελαστικό.
2. Πλύντε τα χέρια σας.
3. Ανοίξτε το σετ αλλαγής.
4. Καθαρίστε το στόμιο, χρησιμοποιώντας λαβίδα, με Phisohex και ισότονο διάλυμα NaCl, αρχίζοντας από το κέντρο προς την περιφέρεια με κυκλικές κινήσεις , όσες φορές χρειαστεί για να μείνει καθαρό
5. Απομακρύντε το νεφροειδές με το χαρτοβάμβακο και στεγνώστε καλά το στόμιο με ήπιες κινήσεις.
6. Αν υπάρχει ένδειξη δερματικού ερεθισμού , επαλείψτε με ζελατινούχο πήκτωμα (skin gel).
7. Αφαιρέστε το προστατευτικό χαρτί μόνο από το κεντρικό τμήμα της αυτοκόλλητης επιφάνειας. Το προστατευτικό που μένει στα δύο πλάγια χρησιμεύει για το πιάσιμο του σάκου.
8. Κρατώντας από το προστατευτικό των δύο στεγνών λωρίδων, στα πλάγια , φέρτε το κέντρο του ανοίγματος στο κέντρο του στομίου.

Νοσηλευτική ενέργεια και αιτιολόγηση ενέργειας.

9. Εφαρμόστε πρώτα το κάτω μέρος της αυτοκόλλητης επιφάνειας, αρχίζοντας την τοποθέτηση ακριβώς κάτω από το στόμιο. Πιέστε σταθερά προς τα κάτω και έξω, ισιώνοντας συγχρόνως τόσο το δέρμα , όσο και την αυτοκόλλητη επιφάνεια. Η δημιουργία πτυχών τόσο στην αυτοκόλλητη επιφάνεια όσο και στο δέρμα πρέπει να αποφεύγεται . Αν ο άρρωστος χρειαστεί να μείνει στο κρεβάτι όλο το 24 ώρο , η κατεύθυνση του σάκου πρέπει να είναι ελαφρά πλάγια , ίδια δηλαδή με την κατεύθυνση των εξερχόμενων κοπράνων.
10. Κολλήστε με τον ίδιο τρόπο το επάνω μέρος. Τέλος, αφαιρέστε το χαρτί και κολλήστε τις δύο στενές λωρίδες στα πλάγια.
11. Αν το στόμιο είναι ασύμμετρο, για να καλύψετε τις δερματικές πτυχές, χρησιμοποιήστε πάστα Kagaya.
12. Αφαιρέστε το αδιάβροχο με το τετράγωνο.
13. Τοποθετήστε τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση.
14. Απομακρύνετε τα αντικείμενα σας και πετάξτε το χρησιμοποιημένο σάκο στο εξωτερικό δοχείο απορριμμάτων ή σε κλίβανο αποτέφρωσης. Προσοχή , μην τον πετάτε στο σύστημα αποχέτευσης¹².

ΠΛΥΣΗ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

Σκοποί:

1. Να βοηθήσει στο άδειασμα του κόλου από το περιεχόμενο του: κόπρανα,αέρια,βλέννα.
2. Να καθαρίσει το περιφερικό τμήμα του εντέρου.
3. Να βοηθήσει σε μια προγραμματισμένη κένωση του εντέρου, ώστε να είναι δυνατή η ανάληψη κανονικών δραστηριοτήτων από το άτομο.

Αντικείμενα:

1. Δοχείο υγρού πλύσης
2. Δοχείο για το υγρό επιστροφής

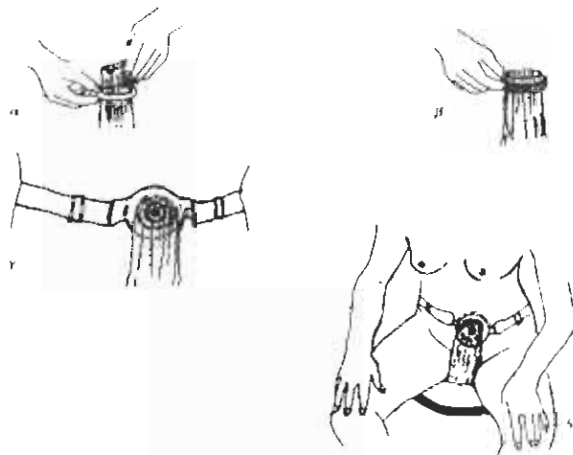
3. Υγρό πλύσης 500-1500ml(χλιαρό νερό βρύσης ή αλατούχο διάλυμα-4g αλάτι σε 500ml νερό –ή άλλο διάλυμα που παράγγειλε ο γιατρός) θερμοκρασίας 40,5 C°
4. Καθετήρας από μαλακό ελαστικό Νο 22 ή 24, με κάποιο είδος θωράκισης για παρεμπόδιση της προς τα πίσω ροής του υγρού πλύσης (ή μαλακό ελαστικό ή πλαστικό κώνο laird tip)
5. Μανίκι ή περίβλημα πλύσης, αυτόκλητο ή συγκρατούμενο με ζώνη(μπορεί ακόμα να χρησιμοποιηθεί ένα τυλιγμένο σε ρολό αδιάβροχο για παροχέτευση του υγρού πλύσης)
6. Πλαστικός σάκος για συλλογή των υγρών γαζών και του σάκου μιας χρήσης
7. Χαρτί τουαλέτας και υδατοδιαλυτή γλισχραντική ουσία
8. Λαβίδα Kocher.

Νοσηλευτική ενέργεια και αιτιολόγηση ενέργειας Φάση προετοιμασίας

1. Διαλέξτε τον κατάλληλο χρόνο για την πλύση και κάντε την ίδια πάντα ώρα της κάθε μέρας. Η ώρα της πλύσης πρέπει να συμφωνεί με το μετανοσοκομειακό σχήμα δραστηριοτήτων του αρρώστου.
2. Ενημερώστε για το είδος της νοσηλείας και προτρέψτε τον να παρακολουθεί τη διαδικασία. Η όλη διαδικασία γίνεται σε ρυθμό διδασκαλίας,για να μπορεί ο άρρωστος να παρακολουθεί τις διάφορες ενέργειες του νοσηλευτή, ώστε να είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετείται στο μέλλον.
3. Κρεμάστε το δοχείο πλύσης με το διάλυμα σε ύψος 45-50cm πάνω από το στόμιο (στο ύψος του ώμου όταν ο άρρωστος κάθεται).
4. Βάλτε τον άρρωστο να καθίσει στη λεκάνη της τουαλέτας ή σε μια καρέκλα μπροστά στη τουαλέτα.
4. Αφαιρέστε τις γάζες και το σάκο και βάλτε τα στον πλαστικό σάκο ακρήστων.

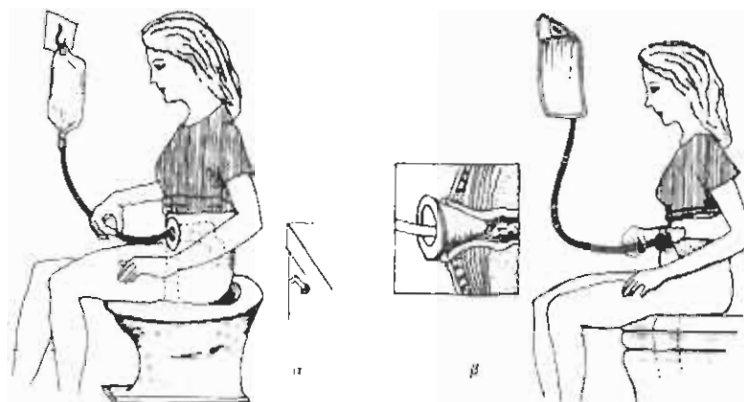
Φάση εκτέλεσης

1. Τοποθετήστε το μανίκι πλύσης ή το περίβλημα στο στόμιο (εικόνα.24^{α,β}) και το άλλο άκρο του μέσα στη λεκάνη(εικόνα.24γ,δ).Βοηθά στον έλεγχο της κακοσμίας και του πιτσιλίσματος. Επιτρέπει στο νερό και τα κόπρανα να κατευθύνονται μέσα στη λεκάνη. Αν χρησιμοποιείται κώνος αντί καθετήρα, το μανίκι πλύσης τοποθετείται μετά τη χορήγηση του υγρού.



Εικ.26. Ετοιμασία και τοποθέτηση μανικιού πλύσης. α. Πετάστε το άκρο του μανικιού πλύσης μέσα από έναν πλαστικό δακτύλιο β. Διπλώστε προσεκτικά τα άκρα πάνω από το δακτύλιο γ. Τοποθετήστε τον καλυμμένο πλαστικό δακτύλιο πάνω στο στόμιο και στερεώστε τον με ζώνη. Κάντε μια οπή στο μανίκι πλύσης πάνω από το στόμιο της κολοστομίας για την είσοδο του καθετήρα. Μετά τη χορήγηση της επιθυμητής ποσότητας υγρού, η οπή κλείνεται. δ. Τοποθετήστε το άλλο άκρο του μέσα στη λεκάνη της τουαλέτας. Με την κλειστή οπή πάνω από το στόμιο της κολοστομίας αποφεύγεται η διαρροή υγρών κατά την παροχέτευσή τους

2. Αφήστε λίγο διάλυμα να τρέξει μέσα από το σωλήνα και τον καθετήρα ή κώνο. Για να αφαιρεθεί ο αέρας από τη συσκευή, ώστε να μην εισαχθεί μέσα στο κόλο και προκαλέσει πόνο.
3. Αλείψτε τον καθετήρα ή κώνο με γλισχραντική ουσία και ήπια βάλτε τον μέσα στο στόμιο(εικόνα 25). Ο καθετήρας να μη μπει πάνω από 8cm. Πιέστε το στήριγμα του καθετήρα ή τον κώνο απαλά αλλά σταθερά προς το στόμιο, για να εμποδιστεί η επιστροφή του υγρού. Όλα αυτά είναι απαραίτητα για την πρόληψη διάτρησης του εντέρου.



Εικ.27. Πλύση κολοστομίας με καθετήρα (α) ή με Laird tip (β) Το ένθετο δείχνει σε μεγέθυνση το Laird tip εφαρμοσμένο στο σωλήνα

4. Αν ο καθετήρας προχωρεί εύκολα, αφήστε το νερό να ρέει αργά, ενώ ήπια θα σπρώχνετε τον καθετήρα. **ΠΟΤΕ ΜΗ ΒΙΑΖΕΤΕ ΤΟΝ ΚΑΘΕΤΗΡΑ.** Η Αργή ροή του νερού βοηθά στη χαλάρωση του εντέρου και διευκολύνει την εισαγωγή.
5. Αφήστε το νερό να μπει στο κόλο αργά. Αν ο άρρωστος αισθανθεί κράμπα, κλείστε το σωλήνα και αφήστε τον άρρωστο να ξεκουραστεί, προτού προχωρήσετε. Το νερό πρέπει να μπει σε 5-10min. Επώδυνες κράμπες προκαλούνται συνήθως από τη 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. Κρατήστε το στήριγμα του καθετήρα ή τον κώνο στη θέση του για 10 sec μετά την είσοδο του νερού. Μετά, ήπια αφαιρέστε το.
7. Αφήστε 10-15min για τη μέγιστη επιστροφή. Κατόπιν, στεγνώστε το κάτω άκρο του μανικιού ή περιβλήματος και κλείστε το με λαβίδα Kocher. Το περισσότερο νερό τα κόπρανα και τα αέρια εξωθούνται σε min. Ίσως όμως χρειαστεί περισσότερος χρόνος.
9. Αφήστε το μανίκι ή περίβλημα στη θέση του για περίπου 20 min, καθώς ο άρρωστος θα σηκωθεί και θα κινηθεί. Το σήκωμα διεγείρει την περισταλση και την ολοκλήρωση της επιστροφής του υγρού πλύσης.

Φάση παρακολούθησης

1. Καθαρίστε την επιφάνεια με ήπιο σαπούνι και νερό και σπογγίστε την.
2. Επαλείψτε σκεύασμα καράγια ή άλλο φραγμό του περιστομιακού δέρματος. Αντικαταστήστε το σάκο με γάζες. Ο άρρωστος θα χρησιμοποιήσει σάκο μέχρις ότου η κολοστομία θα τεθεί κάτω από επαρκή έλεγχο.

3. Καθαρίστε τα αντικείμενα με σαπούνι και νερό και στεγνώστε τα προτού τα φυλάξετε σε καλά αεριζόμενο χώρο. Αυτό θα θέσει κάτω από έλεγχο τη δυσοσμία και θα παρατείνει το χρόνο ζωής των αντικειμένων¹².

B) ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Αυτό που χρειάζεται είναι μία εντελώς διαφορετική προσέγγιση της διατροφής. Ξεχάστε οτιδήποτε σας έχουν πει για το πότε θα φάτε και πότε θα σταματήσετε. Δεν αποτελούν πλέον αξιόπιστες οδηγίες. Πρέπει να προσεγγίσετε το θέμα διατροφής ως ένα απαραίτητο μέρος της θεραπείας σας και να μάθετε να τρώτε ακόμη και εάν δεν αισθάνεστε τη σχετική ανάγκη.

Η θρεπτική υποστήριξη καθορίζεται καλύτερα από το γιατρό σας, και κατά προτίμηση με την έναρξη της θεραπείας. Οι νοσοκομειακοί διαιτολόγοι έχουν τη δυνατότητα να σας σχεδιάσουν ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα αφού σας παρακολουθήσουν δύο ή τρεις μέρες και αναλύσουν κάθε έλλειμμα στην πρόσληψη θερμίδων, λευκωμάτων (πρωτεϊνών) ή λίπους.

Εσείς και η οικογένειά σας μπορείτε να διδαχθείτε ποιες είναι οι βασικές θρεπτικές ανάγκες σας για τις τέσσερις βασικές ομάδες τροφής: λεύκωμα, γάλα, λαχανικά-φρούτα και ψωμί-δημητριακά. Ο διαιτολόγος πρέπει να σας εξηγήσει πώς θα αντιμετωπίσετε τα ειδικά διαιτητικά σας προβλήματα, τα οποία έχουν σχέση με τον καρκίνο και την θεραπεία του, όπως είναι η ανορεξία, το φούσκωμα, το σπασμοειδές κάψιμο, η δυσκοιλιότητα, η διάρροια, η ναυτία, ο εμετός, το ερεθισμένο και στεγνό στόμα, η δυσπεψία και η αγευσία.

Ειδικά διαιτολόγια. Οι διαιτητικές ανάγκες σας μπορεί να μεταβληθούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Μετά την εγχείρηση, επί παραδείγματι, μπορεί να χρειαστείτε υδρική διαίτα και κατόπιν να προχωρήσετε σε μαλακή τροφή πριν επιστρέψετε στην κανονική διαίτα. Ενδέχεται να χρειαστείτε διατροφή μειωμένη σε λακτόζη, ένα διαιτολόγιο με περίσσεια ινών ή διαιτολόγιο πλούσιο σε λευκώματα. Είναι επίσης πιθανό να χρειαστείτε ειδικά συμπληρώματα τροφής είτε μαζί είτε ανάμεσα στα γεύματα, ώστε να αυξηθεί η καθημερινή σας πρόσληψη θρεπτικών ουσιών.

Ορισμένες δίαιτες προφυλάσσουν τα νεφρά από το σχηματισμό λίθων, μερικές δεν προκαλούν διάρροια, δυσκοιλιότητα, ναυτία ή εμετούς, ενώ κάποιες άλλες βελτιώνουν τη γεύση και την όρεξη. Όλες αυτές οι προφυλακτικές και ανακουφιστικές τεχνικές, όπως και η εργασιοθεραπεία που βελτιώνει την ικανότητά σας για κατάποση, χρησιμοποιούνται μαζί με άλλα υποστηρικτικά προγράμματα που έχουν στόχο να ελεγχθεί η κατάθλιψη και ο πόνος και να βελτιωθεί η φυσική σας δραστηριότητα.

Θυμηθείτε ότι η καλή διατροφή είναι συλλογική προσπάθεια. Απαιτείται όχι μόνο η εμπειρία των διαιτολόγων και της ιατρικής ομάδας αλλά και η διακριτικότητα και προσεκτικό ενδιαφέρον της οικογένειας και των φίλων. Η ομάδα που σας υποστηρίζει πρέπει να γνωρίζει ότι θα σας είναι συμμετέχете σε μια ευχάριστη συντροφιά που θα σας ενθαρρύνει προσεκτικά παρά σε κάποια άλλη που θα σας ταλαιπωρεί με τους κακούς χειρισμούς της. Η προετοιμασία, το σερβίρισμα και η μερίδα του φαγητού εκφράζουν το ενδιαφέρον όσων σας φροντίζουν, ενδιαφέρον που θα σας κάνει να νιώθετε καλύτερα.

Αν προγραμματίσετε την καλή διατροφή από την αρχή της ασθένειάς σας, θα μπορέσετε να υποβληθείτε σε εντατικότερα θεραπεία. Θα νιώσετε καλύτερα τόσο ψυχικά όσο και σωματικά. Έπειτα από οποιαδήποτε επέμβαση το τραύμα σας θα επουλωθεί ταχύτερα και οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας ή της ακτινοθεραπείας θα είναι λιγότερο δυσάρεστες. Θα μπορείτε να ανεχτείτε περισσότερη χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία σας δεν θα πρέπει να διακοπεί ως συνήθως. Το ανοσολογικό σας

σύστημα θα αντιστέκεται καλύτερα στις λοιμώξεις, και γενικά θα είστε ικανοί για μια ζωή πιο δραστήρια και ευχάριστη³.

Γ. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Νοσηλευτική ψυχικής υγείας αρρώστων με καρκίνο

Ο άρρωστοι με κακοήγη νοσήματα αντιμετωπίζουν διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, που επηρεάζουν τόσο την πορεία και έκβαση της αρρώστιας τους. Η ψυχοκοινωνική φροντίδα ως αναπόσπαστη άποψη της ολιστικής νοσηλευτικής μπορεί να ενισχύσει τις εσωτερικές δυνάμεις των αρρώστων να τους βοηθήσει για την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων τους.

Ψυχολογικά προβλήματα του αρρώστου με καρκίνο

Κύριος σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου με καρκίνο είναι η διατήρηση της ισχύος και της ακεραιότητας του, ώστε να καταπολεμά τα καρκινικά κύτταρα, να αντέχει στη θεραπεία και να αντιμετωπίζει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την αρρώστια.

Πράγματι, η καταπολέμηση του καρκίνου είναι τόσο βιολογική όσο και ψυχολογική μάχη, επειδή οι επιπτώσεις εκτείνονται πιο πέρα από τις σωματικές βλάβες. Πολλοί αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις ψυχολογικές εντάσεις (stress), που σχετίζονται με την αρρώστια και τη θεραπεία τους. Υπάρχουν όμως και άλλοι που δυσκολεύονται. Οι ψυχολογικές αυτές δυσκολίες και καταπονήσεις επιδρούν αρνητικά και στην πορεία της αρρώστιας, και στην ποιότητα της ζωής των αρρώστων.

Γι' αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να αξιολογεί έγκαιρα τις προσωπικές δυνάμεις και ικανότητες κάθε αρρώστου για την αντιμετώπιση του καρκίνου του και να προβλέπει τα ενδεχόμενα προβλήματα, ώστε να προγραμματίζει ανάλογες υποστηρικτικές παρεμβάσεις στα πλαίσια της νοσηλευτικής διεργασίας. Κατά την αξιολόγηση, ο νοσηλευτής θυμάται ότι η αντίδραση κάθε αρρώστου προς τον καρκίνο είναι προσωπική και μοναδική. Επομένως, οι ανάγκες και οι ικανότητες του μπορεί να διαφέρουν από τις ανάγκες άλλων ατόμων με την ίδια αρρώστια. Επίσης κατά τη νοσηλευτική αξιολόγηση επισημαίνονται και οι παράγοντες, που επηρεάζουν θετική ή αρνητικά την ικανότητα αντιμετώπισης της αρρώστιας στον κάθε άρρωστο¹⁷.

Μερικές από τις εμπειρίες που οι περισσότεροι άρρωστοι περιγράφουν ως αρνητικές και ψυχοπιεστικές, είναι:

Ο φόβος της διάγνωσης του καρκίνου

Έχει βρεθεί από έρευνες, ότι όσοι γνωρίζουν ότι έχουν καρκίνο δοκιμάζουν μεγαλύτερο ψυχικό stress από εκείνους που δεν το ξέρουν ή μόνο το υποπτεύονται ή δεν είναι βέβαιοι ότι έχουν καρκίνο.

Η θεραπευταγωγή

Οι άρρωστοι που κάνουν ακτινοβολία, συγκριτικά με εκείνους που δεν κάνουν, δοκιμάζουν μεγαλύτερη ψυχολογική υπερένταση και δυσφορία, ίσως επειδή καθημερινά πρέπει να πηγαίνουν στο νοσοκομείο, διασπάται η καθημερινή τους ζωή και θυμούνται καθημερινά το γεγονός ότι έχουν καρκίνο. Ακόμη, τους προβληματίζει η σχετικά απρόσωπη φύση της ακτινοβολίας, αφού μένουν μόνοι στο χωριό της θεραπείας. Επί πλέον, η αναπηρία που συχνά δημιουργείται από τη χειρουργική θεραπεία, προκαλεί στον άρρωστο αμφισβήτηση της προσωπικής του αξίας, μειονεκτικότητα, ακόμη και μελαγχολία.

Η ζωή με τον καρκίνο

Οι άρρωστοι ανησυχούν καθώς συνεχίζουν να ζουν με τον καρκίνο. Ο φόβος της υποτροπής είναι πάντα παρών. Και αυτοί ακόμη που θεραπεύθηκαν, ποτέ δεν ξεχνούν τελείως ότι είχαν καρκίνο-αν βέβαια το ήξεραν – και ποτέ δεν χάνουν το φόβο μιας νέας μετάστασης.

Το αίσθημα της μόνωσης

Οι άρρωστοι με καρκίνο δοκιμάζουν ένα διαπροσωπικό δίλημμα. Από το ένα μέρος, έχουν ανάγκη να συζητήσουν τα συναισθήματά τους με τα αγαπημένα τους πρόσωπα, και από το άλλο, φοβούνται την απόρριψη. Το ίδιο δοκιμάζουν μόνωση και όταν δεν έχουν κοντά τους κατάλληλα πρόσωπα για να εξωτερικεύσουν τις μυστικές τους αγωνίες και το φόβο τους για τον ενδεχόμενο θάνατο. Ο φόβος της αποξένωσης και απαλλοτρίωσης από τα δικά τους πρόσωπα, μπορεί να είναι μεγαλύτερος και από το φόβο του θανάτου.

Στην κοινωνική απομόνωση του αρρώστου συντελούν: τα συμπτώματα, οι θεραπείες, η αποφυγή έκθεσης σε μολυσματικές εστίες και απόσυρση φιλικών προσώπων, για να μη φαίνεται τάχα η ζωτικότητά τους σε αντιπαράθεση με την αδυναμία του αρρώστου. Το δίλημμα που βιώνει ο άρρωστος είναι: να μη εξωτερικεύεται και να υποφέρει μόνος ή να εκφράζει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του, ριψοκινδυνεύοντας να τον βαρεθούν οι άλλοι και να απομακρυνθούν.

Η ψυχική μόνωση ευνοεί την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων και η σωματική αρρώστια επισπεύδει αισθήματα μόνωσης. Από έρευνες βρέθηκε ότι η μόνωση σχετίζεται με την αρρώστια, την υπερβολική χρήση υπηρεσιών υγείας και τον πρόωρο θάνατο. Μερικοί δεν μπορούν να αντέξουν τη μόνωση δεν μπορούν να την υπερβούν πνευματικά και καταφεύγουν σε καταχρήσεις ακόμη και στην αυτοκτονία. Πρέπει ακόμη να τονισθεί ότι και ο πόνος, ως υποκειμενική εμπειρία, συντελεί στο αίσθημα της τόνωσης.

Τα παραπάνω προβλήματα αντιμετωπίζονται από τους αρρώστους με την εκτέλεση ή αποφυγή ορισμένων πράξεων, με μελαγχολία ή υπομονή και ελπίδα. Όταν ο δέκτης της ψυχής του αρρώστου συλλάβει το βαθύτερο πνευματικό νόημα της αρρώστιας, τότε την αντιμετωπίζει με πίστη, ελπίδα και υπομονή. Πάντως, οι περισσότεροι άρρωστοι δυσκολεύονται, λυγίζουν, τα χάνουν, αδυνατίζουν ψυχική οδύνη. Αυτοί ακριβώς έχουν ανάγκη να ανακουφιστούν και να βοηθούν με ειδικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις, που αναφέρονται στη συνέχεια¹⁷.

Ψυχολογικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Το θέμα της ικανότητας του αρρώστου να αντιμετωπίζει τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της αρρώστιας του και πως μπορεί η νοσηλευτική να παρεμβαίνει και να βοηθεί αποτελεσματικά, χρειάζεται έρευνα. Από την κλινική όμως παρατήρηση και εργασία καθώς και από κλινικές μελέτες, έχουν ήδη αναπτυχθεί ορισμένοι τρόποι παροχής ψυχοκοινωνικής βοήθειας, στα πλαίσια της ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου.

Νοσηλευτικός διάλογος με τον άρρωστο

Ο διάλογος με τον άρρωστο χρησιμοποιείται ως υπεύθυνη νοσηλεία. Διαθέτουμε ετοιμότητα και χρόνο διπλά στον άρρωστο. Ενθαρρύνουμε την αυτοέκφραση και ψυχική εκτόνωση του αρρώστου και αξιολογούμε:

- ◆ Πως βλέπει την αρρώστια του ο ίδιος και η οικογένεια του
- ◆ Ποιες αλλαγές χρειάζεται να κάνει στη ζωή του λόγω της αρρώστιας του
- ◆ Ποια πρόσωπα και ποια μέσα έχει να τον βοηθήσουν στην κάλυψη των αναγκών του
- ◆ Τι περιμένει στο μέλλον
- ◆ Ποια πράγματα έχουν αξία γι' αυτόν και τι πιστεύει.

Στο διάλογο με τον νοσηλευτή οι άρρωστοι συνήθως εξωτερικεύουν τους φόβους των. Φοβούνται τον πόνο, την εγκατάλειψη, την εξάρτηση από τους άλλους. Εκφράζουν μειωμένη αυτοεκτίμηση με την αλλαγή της ιδεατής ή και φυσικής εικόνας του σώματος τους και με την ελάττωση των δυνάμεων τους για εργασία, για το σχολείο και για κοινωνικές δραστηριότητες. Φοβούνται να συζητήσουν τα συναισθηματικά τους με την οικογένεια και τους φίλους των για να μην τους λυπήσουν.

Ο νοσηλευτής ακούει τον άρρωστο με προσοχή, θερμό ενδιαφέρον και σεβασμό. Η ακρόαση αυτή προσφέρει ευρύτερη βάση για μια πιο ολοκληρωμένη αξιολόγηση του αρρώστου από τις αντικειμενικές μετρήσεις των ζωτικών σημείων και τις αξονικές απεικονίσεις των οργάνων του. Ακόμη δρα και ψυχοθεραπευτικά διότι καταστέλλει τους φόβους του αρρώστου σε μεγάλο βαθμό.

Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί όχι μόνο τη σιωπή και την ακρόαση αλλά και την ομιλία για να διαβάσει στον άρρωστο την κατανόηση και την ευαισθησία του απέναντι στον πόνο, τις ανάγκες, τα προβλήματα, τις αδυναμίες ή και τις δυνατότητες του. Ακόμη, για να τον βεβαιώσει ότι αληθινά ενδιαφέρεται και μέριμνα για τη βελτίωση της υγείας του.

Ο νοσηλευτής μιλά και με τα λόγια του νοσηλεύει και θεραπεύει:

- ◆ Μεταβιβάζει πληροφορίες σχετικές με την υγεία, τη νοσηλεία και θεραπεία μέσα στο νοσοκομείο και τις κοινωνικές υπηρεσίες που υπάρχουν για τη βοήθεια του.
- ◆ Βοηθεί τον άρρωστο να εστιάζει την προσοχή του στη σημασία και στην ποιότητα του παρόντος χρόνου, στο τι είναι δυνατόν να γίνει μάλλον, παρά στις δυνατότητες που χάθηκαν. Δηλαδή το μήνυμα είναι: κάνε το σήμερα να αξίζει.
- ◆ Ελαττώνει ή και εξαλείφει το αίσθημα μόνωσης του αρρώστου
- ◆ Μεταγγίζει πίστη και ελπίδα στον απελπισμένο. Ενθαρρύνει τον φοβισμένο. Καταπραΰνει τον ταραγμένο. Προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη, ασφάλεια και παρηγοριά.

Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του αρρώστου

Η αυτοεκτίμηση είναι πανανθρώπινη ανάγκη, ουσιαστικό στοιχείο και προϋπόθεση για τη σωματική και ψυχική υγεία του ανθρώπου. Γι' αυτό πρέπει να εκτιμάται κατά τη νοσηλευτική αξιολόγηση και να προγραμματίζεται σαν νοσηλευτική παρέμβαση η αναστήλωση και η αύξησή της.

Ελέχθη παραπάνω ότι ο καρκινοπαθής συνήθως παρουσιάζει μειωμένη αυτοεκτίμηση και υποβαθμισμένο το αίσθημα της προσωπικής αξίας, διότι ο καρκίνος επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογία του. Ο νοσηλευτής προσπαθεί να εξυψώσει και να διατηρήσει υψηλή την αυτοεκτίμηση του αρρώστου με τις εξής παρεμβάσεις:

- ◆ Επαινεί την προοδευτική ανάκτηση της ικανότητας για αυτοεξυπηρέτηση.
- ◆ Βοηθεί τον άρρωστο να επισημαίνει τις θετικές πλευρές και δυνατότητες που έχει, τα διανοητικά και ψυχικά του χαρίσματα, το ενδιαφέρον περιβάλλον του και την ικανότητα να εκφράζει τις ανησυχίες του.
- ◆ Αντανakλά θετικές εκτιμήσεις χωρίς λόγια, με πράξεις και με τη συμπεριφορά. Μεταβιβάζει ο νοσηλευτής στον άρρωστο μια στάση φροντίδας, ενδιαφέρον γι' ότι τον αφορά, αναγνώριση και αποδοχή των συναισθημάτων του και σταθερή εκτίμηση της αξίας του ως πρόσωπο.

Σπουδαίο πράγματι αλλά δύσκολο το έργο της αναστήλωσης της αυτοεκτίμησης του αρρώστου με καρκίνο, γιατί απαιτεί συνεχή μετάδοση αισθημάτων αξίας και αξιοπρέπειας άνευ ορίων.

Ο νοσηλευτής στοιχεί στον μοναδικό κανόνα: τον απόλυτο σεβασμό της ζωής. Αν υπάρχει τρόπος παράστασης της ζωής του αρρώστου ακόμη και για ένα δευτερόλεπτο, αυτό πρέπει να γίνει. Το πρωτεύιο το έχει πάντα η ιερότητα της ζωής και ακολουθεί η ποιότητα της ζωής, που και γι' αυτή δεν μειώνεται ποτέ η νοσηλευτική προσοχή και το ενδιαφέρον. Σαν συμπέρασμα, τονίζονται τα εξής:

Ο άρρωστος με τον καρκίνο είναι αδιαίρετη και ανεπανάληπτη βιοψυχοκοινωνική οντότητα, που αντιδρά προς την αρρώστια με προσωπικούς μοναδικούς τρόπους και χρειάζεται εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα.

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα ως αναπόσπαστη διάσταση της ολιστικής νοσηλευτικής μπορεί να ενισχύσει τις εσωτερικές δυνάμεις του αρρώστου για την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων του.

Ο νοσηλευτής για να αριστεύει στην ψυχοκοινωνική νοσηλευτική αντιμετώπιση αρρώστων με κακοήθη νοσήματα, χρειάζεται συνεχή επιμόρφωση ώστε:

- Να εκσυγχρονίζει τις επιστημονικές του γνώσεις
- Να τελειοποιεί τις κλινικές τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες του και
- Να πλουτίζει την προσωπικότητά του με :

Ευγένεια, λεπτότητα, ανθρωπιά, θερμό ενδιαφέρον, ευαισθησία, συμπόνια, αγάπη για τον άνθρωπο και τη ζωή του¹⁷.

Δ . ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

Ζώντας με τον καρκίνο

Παλαιότερα ο καρκίνος ισοδυναμούσε, στην κυριολεξία, με θανατική καταδίκη. Ωστόσο, σήμερα συνεχώς περισσότεροι άνθρωποι μαθαίνουν να τον βλέπουν από διαφορετικό πρίσμα και να συνειδητοποιούν ότι η ζωής με τον καρκίνο σημαίνει εξοικείωση με μια χρόνια πάθηση. Μαθαίνουν δηλαδή να αντιμετωπίζουν τα συμπτώματα και τις θεραπευτικές αγωγές και ταυτόχρονα να επιστρέφουν σε όσο το δυνατόν περισσότερες φυσιολογικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

Είναι απολύτως σημαντικό να κατορθώσει κανείς να διατηρήσει τον συνηθισμένο ρυθμό της ζωής του, ή τουλάχιστον όσο περισσότερο γίνεται. Ενδεχομένως δεν θα μπορεί να προγραμματίσει τις διακοπές του, να αθλείται όσο θα ήθελε ή να κάνει έρωτα τόσο έντονα και συχνά όπως πριν. Ίσως όμως και να μπορεί. Το θέμα είναι ότι η διάγνωση του καρκίνου δεν συνεπάγεται απαραίτητα το τέλος της ζωής, εκτός και αν ο ασθενής εγκαταλείψει τον εαυτό του.

Το μυστικό είναι να μη νιώσει σαν αβοήθητο θύμα, έρμαιο της αδυσώπητης της μοίρας. Αν σκεφτεί κάτι τέτοιο, θα χάσει αυτόματα τη θέληση να παλέψει για τη ζωή του. Αν σκοπεύει να θεραπευτεί ή να ανακουφιστεί από τα συμπτώματα της νόσου ή απλώς να βελτιωθεί την ποιότητα της ζωής του, πρέπει να υιοθετήσει μια μαχητική στάση απέναντι στη ζωή.

Η μάχη με τον καρκίνο είναι συλλογική προσπάθεια, μια ευθύνη που τη μοιράζεται ο ασθενής με την ιατρική ομάδα. Η συνεργασία βασίζεται στην εντιμότητα, την επικοινωνία, την ενημέρωση και τη θέληση του ασθενούς να κάνει ότι καλύτερο μπορεί. Η ιατρική ομάδα αναλαμβάνει την ευθύνη να προγραμματίσει την αποτελεσματικότερη θεραπευτική αγωγή και να προσφέρει τη συμπαράστασή της. Ο ασθενής αναλαμβάνει την ευθύνη να διατρέφεται σωστά, να ασκείται σωστά και να τηρεί θετική στάση απέναντι στα προβλήματα του.

Αν παίξει αυτό το ρόλο σωστά, θα αντιμετωπίζει τις δυσκολίες με μεγαλύτερη ικανότητα. Η θέληση του να ζήσει θα κάνει οπωσδήποτε πιο ευχάριστη τη ζωή του. Μερικές φορές η προσπάθεια αυτή ίσως σαν δυσκολότατη πάλη, όμως ο καρκινοπαθής- όπως και πολλοί άλλοι πριν από αυτόν- μπορεί να μάθει να ζει με τον καρκίνο του.

Η συζήτηση με την οικογένεια και τους φίλους

Μερικές δεκαετίες πριν, ορισμένες παθήσεις δεν συζητούνταν ποτέ δημοσίως, ακόμη και μεταξύ φίλων και συγγενών. Σιγά σιγά ο καρκίνος κατέληξε η μόνη λέξη που

προκαλεί πανικό . Και σήμερα ακόμη, πολλοί εξακολουθούν να αποφεύγουν να μιλούν για καρκίνο, παρότι είναι πλέον μια μάλλον συνηθισμένη πάθηση και συχνά ίασιμη.

Από τον ασθενή και μόνο εξαρτάται πόσο ειλικρινής και ανοιχτός θα είναι στο θέμα του καρκίνου ή της θεραπευτικής αγωγής. Δεν υπάρχει κανένας συγκεκριμένος «κατάλληλος» λέξεις για να χρησιμοποιήσει. Ακριβώς όπως οποιοσδήποτε άλλος στη θέση του, πρέπει μόνος του να βρει τον δικό του άνετο χώρο και τις δικές τους κατάλληλες λέξεις. Αν δεν θέλει να χρησιμοποιήσει τη λέξη «καρκίνος», μπορεί να μιλήσει για «κακοήθεια» ή «όγκο» ή «πρόβλημα».

Τι θα συζητηθεί Μολονότι φαίνεται σκληρό, είναι λογικό να ανοιχτεί κανείς στην οικογένεια του και τους στενούς του φίλους, αν έτσι νιώθει άνετα. Η έλλειψη ειλικρίνειας και αυθορμητισμού δημιουργεί στους ενδιαφερόμενους φίλους και συγγενείς τις πιο σκοτεινές υποψίες. Οι φόβοι και οι ανησυχίες τους θα εξελιχθούν σε τρομακτικά φαντάσματα αναφερθούν πίσω από ένα πέπλο μυστικότητας και άγνοιας όσον αφορά τις αγωνίες που περνά ο καρκινοπαθής. Ο καλύτερος τρόπος για να ελεγχθούν οι φόβοι του ασθενούς και του περιβάλλοντος του είναι να τους αντιμετωπίσουν από κοινού.

Κάποιος στρατιωτικός, που ήταν και φαρμακοποιός, έπασχε από λεμφοκυτταρική λευχαιμία και συγχρόνως από καρκίνος του παχέος εντέρου. Ήταν ιδιαίτερα εξωστρεφής κι όταν κάποιος τον ρώτησε «πως νιώθεις;», απαντούσε πάντοτε «ποτέ δεν ήμουν καλύτερα στη ζωή μου». Για τον ίδιο η φράση αυτή ήταν μια θαυμάσια εισαγωγή που έθετε τέρμα οποιαδήποτε συζήτηση της πάθησης του που θα μπορούσε να τον καταθλίψει ή να του φθείρει το ηθικό. Εκτός αυτού, μ' αυτόν τον τρόπο οι σχέσεις του με τους άλλους γίνονταν πολύ πιο άνετες και ζεστές, αφού κανείς δεν ένιωθε άσχημα.

Η αποφυγή κάθε οδυνηρής συζήτησης δεν είναι ο μοναδικός τρόπος να ξεπερνά κανείς τις δυσκολίες και να συνεχίζει τη ζωή του. Ο καθένας επιλέγει ότι ο ίδιος θεωρεί σωστό. Ορισμένους μπορεί να τους βοηθά να απαντούν «είμαι καλά» όταν τους ρωτούν «πως είσαι;» Μια τέτοια αυτόματη κοινωνική αντίδραση ίσως είναι κατάλληλη για φίλους, συγγενείς ή συνεργάτες με τους οποίους δεν έχει κανείς ιδιαίτερες σχέσεις, σίγουρα όμως δεν είναι κατάλληλη για τα άτομα του στενού περιβάλλοντος του που προσπαθούν να του συμπαρασταθούν.

Από την άλλη πλευρά, όταν νιώθει κανείς πεσμένος, ηθικά ή σωματικά, πολλοί θα προσπαθήσουν να τον τονώσουν λέγοντας του: «Μη ανησυχείς, όλα θα πάνε καλά». Είναι μια συνηθισμένη κοινωνικά αποδεκτή φράση που όλοι μας έχουμε μάθει να τη λέμε όταν θέλουμε να εκφράσουμε τη συμπάραστασή μας. Το αληθινό νόημα της φαίνεται πως είναι «Μη μου λες ότι δεν νιώθεις καλά, είμαι καλά, πως δεν έχεις τίποτε». Όταν πράγματι ο ασθενής δεν νιώθει καλά, είναι φανερό ότι αυτού του είδους η συμπάρασταση έρχεται σε αντίφαση με την αλήθεια. Σε τέτοιες στιγμές είναι όμορφο να υπάρχει κάποιος στενός φίλος ή συγγενής που μπορεί να του πει: «Λυπάμαι που νιώθεις άσχημα, αλλά χαίρομαι που είμαι κοντά σου για να σε βοηθήσω». Όμως, για να μπορέσει να του προσφέρει την πολύτιμη συμπάραστασή του, ο ασθενής πρέπει να του με κάθε ειλικρίνεια για τις πραγματικές του έγνοιες και τα συναισθήματα του.

Επιστροφή στην εργασία

Ασφαλώς, η επιστροφή στην εργασία ίσως δημιουργήσει προβλήματα. Μια πιθανή αναπηρία μπορεί να μην επιτρέπει πια την ενασχόληση του ασθενούς με την προηγούμενη εργασία. Ακόμη, ο ασθενής ίσως αντιμετωπίζει κάποια δυσμενή διάκριση ή προκατάληψη στο χώρο εργασίας.

Είναι λυπηρό, αλλά δυστυχώς υπάρχουν ακόμη άτομα που στιγματίζουν τους καρκινοπαθείς. Εργοδότες και συνάδερφοι τους ίσως αντιδρούν έτσι λόγω κάποιου αορίστου φόβου ή ανησυχίας ως προς την αφηρημένη έννοια του καρκίνου. Οι συνάδερφοι μπορεί να μένουν σε απόσταση είτε διότι δεν έχουν κάποιες παράλογες

ιδέες και λανθασμένες αντιλήψεις και φοβούνται μήπως κολλήσουν τη φοβερή αρρώστια αν έρθουν σε επαφή με τον καρκινοπαθή. Οι εργοδότες ίσως φοβούνται τη μειωμένη απόδοση του καρκινοπαθούς υπάλληλου ή τις οικονομικές απώλειες εξαιτίας των αναρρωτικών αδειών για θεραπευτικούς λόγους.

Το ιδιαίτερο είναι να διατηρήσει ο καρκινοπαθής μια θετική στάση παρά τις οποιεσδήποτε απορρίψεις. Οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι εργασιοθεραπευτές, οι φυσικοθεραπευτές, καθώς και οι επαγγελματικοί σύμβουλοι μπορούν στην ομαλή επανένταξη του στο εργασιακό δυναμικό, στην ανεύρεση εργασίας που να ανταποκρίνεται στις ικανότητες του ή, αν είναι απαραίτητο, στην επανεκπαίδευση του. Όμως το μυστικό είναι να μάθει κανείς να ζει με το καρκίνο. Η θετική στάση θα ενισχύσει την αποφασιστικότητα και θα εξομαλύνει τις τυχόν δυσκολίες με εργοδότες και συνάδερφους³.

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ.

Γενικές αρχές φροντίδας ογκολογικού ασθενούς στο Νοσηλευτικό Τμήμα.

Αυτές θα μπορούσαν να χωριστούν σε 2 κατηγορίες:

- α) Κατηγορία: αφορά την υποδομή του Νοσηλευτικού Τμήματος και η
- β) Κατηγορία: αφορά τα προσόντα που πρέπει να έχει ο Νοσηλευτής για να νοσηλεύσει τον ογκολογικό ασθενή.

Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν:

1. Το νοσηλευτικό προσωπικό που θα πρέπει να είναι επαρκές ανάλογα με το μοντέλο νοσηλείας των ασθενών, δηλαδή εάν μιλάμε για μοντέλο ατομικής ή ομαδικής νοσηλείας.
2. Καλή τεχνική υποδομή στο Τμήμα π.χ κατάλληλα κρεβάτια, κεντρική παροχή οξυγόνου, καρότσια αναψυχής, ευχάριστο περιβάλλον κ.λ.π.
3. Εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό κατά περίπτωση, π.χ stoma therapist κ.λ.π
4. Ομάδες ψυχοκοινωνικής στήριξης-αποκατάστασης.
5. Δυνατότητα άμεσης επέμβασης σε έκτακτο πρόβλημα π.χ αιμορραγία, ανακοπή κ.λ.π
- 6.

Δεύτερη κατηγορία:

Προσόντα Νοσηλευτού σε σχέση με τη νοσηλεία του Ο.Α.

Σαν γενική αρχή παίρνουμε το ότι ο ασθενής διαισθάνεται τη στάση του Νοσηλευτού απέναντι στο πρόβλημα του. Το να αναγνωρίσει ο ασθενής τη θετική στάση του Νοσηλευτού στην αρρώστια του είναι το πρώτο και το πιο σημαντικό βήμα στη συνεργασία τους. Σαν δεδομένο παίρνουμε το ότι ο Νοσηλευτής είναι έμπειρος τεχνικός.

Η προσοχή του πρέπει να δοθεί στην προσέγγιση του στον ασθενή συνάνθρωπο. Γι' αυτό Αγάπη – Ευαισθησία – Κατανόηση – και Σεβασμός στον ασθενή θα πρέπει να είναι τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του Ογκολογικού Νοσηλευτή.

Για την προσέγγιση του ασθενή και την προσφορά των παραπάνω ο Νοσηλευτής χρειάζεται:

- α) γνώσεις και συνεχή ενημέρωση
- β) ανάπτυξη φιλοσοφίας για τη ζωή σε αρμονία με την Ογκολογική Νοσηλευτική
- γ) θετική ενίσχυση από τους συνεργάτες και το περιβάλλον
- δ) βοήθεια και υποστήριξη από ομάδες υποστήριξης που θα πρέπει να υπάρχουν σε κάθε Ειδικό Νοσοκομείο.

Κλείνοντας απαραίτητη θεωρείται η ανάπτυξη φιλοσοφίας γύρω από το θάνατο. Η κατ' οίκον νοσηλεία ανήκει στην Π.Φ.Υ. και προσφέρεται σ' όλη την οικογένεια από την βρεφική ηλικία έως. Ειδικότερα θα μπορούσε να ορισθεί μία μορφή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης που περιλαμβάνει ένα άθροισμα υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας και παρέχεται σε άτομα με χρόνια νοσήματα περιπατητικούς και μη ανεξαρτήτως ηλικίας και οικονομικής καταστάσεις.

Ο ΣΤΟΧΟΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΛΗΡΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Για ν' αρχίσει η ανάρρωση και η αποκατάσταση είναι απαραίτητο να κατανικήσει ο ασθενής το θυμό και το φόβο, να υιοθετήσει σωστή στάση, να προσφύγει στο σύστημα υποστήριξης, και τέλος να ασχοληθεί με κάποια παραγωγική εργασία αλλά και με τη ψ Όλα αυτά συνθέτουν την εικόνα όσων πρέπει να γίνουν στη δύσκολη περίοδο που τον αναμένει. Μόλις ληφθεί η κρίσιμη απόφαση ότι πράγματι ο ασθενής επιθυμεί να γίνει

καλά, πρέπει να δείξει την προθυμία να υποβληθεί σε θυσίες και να πιστέψει ότι η ολοκλήρωση αυτού του στόχου αξίζει κάθε προσπάθεια.

Ιδιαίτερη προσοχή οφείλει να δείξει σε όλα τα θέματα που αναλύονται λεπτομερώς παρακάτω, δηλαδή: αντιμετώπιση των παρενεργειών, φροντίδα για σωστή διατροφή, επαρκής άσκηση, εκμάθηση του τρόπου χαλάρωση, ενίσχυση της αυτοπεποίθησης, ώστε να εκφράζεται ερωτικά κ.λ.π. Πρέπει να γνωρίζει τα όρια αντοχής του και να θέτει ρεαλιστικούς στόχους.

Επίσης, οφείλεται να είναι έτοιμος για συμβιβασμούς, να αποδέχεται τις μόνιμες αλλαγές και να προχωρεί παραπέρα. Ο καρκίνος σημαίνει ότι πρέπει ο ασθενής να αναδιοργανώνει τη ζωή του, αν θέλει να πετύχει την πληρέστερη δυνατή αποκατάσταση. Δεν χρειάζεται βέβαια ν'αλλάξει τις συνήθειες μιας ολόκληρης ζωής, ακόμη κι αν θα το μπορούσε. Οφείλει όμως να κάνει τις αναγκαίες προσαρμογές στην καθημερινή του ζωή ώστε να χρησιμοποιήσει το χρόνο του με τον πιο εποικοδομητικό και αποτελεσματικό τρόπο.

Τέλος, αν φροντίσει προσεκτικά να διατηρήσει την πνευματική και ψυχική διαύγεια και τη σωματική του ευεξία, θα έχει μάθει όχι μόνο πώς να ζει με τον καρκίνο, αλλά και πώς να επιτυγχάνει το καλύτερο δυνατό μέσα στις αντιξοότητες των περιστάσεων³.

Συμμετοχή του ασθενούς στη μάχη για την ψυχική κοινωνική αποκατάστασή του.

Σήμερα οι καρκινοπαθείς έχουν δύο επιλογές: είτε να γίνουν δραστήριοι ασθενείς, μέλη της ομάδας που μάχεται για την αποκατάστασή τους, είτε παθητικοί, αναθέτοντας την ευθύνη της αποκατάστασής τους στην ομάδα περίθαλψής τους. Τρεις – τέσσερις δεκαετίες τώρα, οι περισσότεροι καρκινοπαθείς δεν ήξεραν ότι είχαν τη δυνατότητα εκλογής. Ήταν παθητικοί ασθενείς και ο ρόλος τους ήταν ξεκάθαρος. Έπρεπε να ακολουθούν τις οδηγίες του γιατρού, αποδεχόμενοι τις επιταγές του, και αν είχαν τέτοια διάθεση, να προσεύχονται για τη θεία παρέμβαση. Αυτός ο μόνος ρόλος που νόμιζαν ότι μπορούσαν να παίξουν.

Σήμερα όμως υπάρχει ένα νέο πεδίο επιστημονικής προσέγγισης, μια άλλη μέθοδος μάχης για την αποκατάσταση, η οποία βρίσκεται σε εξέλιξη, και ονομάζεται ψυχονευροανοσολογία (ή PNI) . Πολύ γενικά, η ορίζεται ως η μελέτη της επίδρασης που έχει η διανοητική και ψυχολογική δραστηριότητα στην ευεξία του οργανισμού. Η προσέγγιση αυτή μας έχει διδάξει ότι οι ασθενείς μπορούν να παίξουν πολύ σπουδαιότερο ρόλο στην αποκατάστασή τους, επηρεάζοντας πραγματικά την έκβαση της ασθένειάς τους βελτιώνοντας την ποιότητα της ζωής τους.

Υπάρχουν τρία σημεία που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όταν σκεφτόμαστε τις πιθανότητες αποκατάστασης:

- Όσο ισχυρότερο είναι το ανοσολογικό σύστημα τόσο πιθανότερη είναι η αποκατάσταση.
- Το ανοσολογικό σύστημα μπορεί να ενισχυθεί από τα ευχάριστα συναισθήματα.
- Το ανοσολογικό σύστημα μπορεί να καταπονηθεί από μακροχρόνια, συνεχή, δυσάρεστα συναισθήματα.

Πρώτον, η θεραπευτική αγωγή που παρέχεται από την κατάλληλη υγειονομική ομάδα είναι η κύρια μέθοδος μάχης για την ανάρρωση από τον καρκίνο. Οι ψυχοκοινωνικές μέθοδοι που περιγράφονται εδώ υποστηρίζουν και βοηθούν την ιατρική αγωγή και δεν είναι εναλλακτικοί τρόποι, θεραπείας.

Δεύτερον, υπάρχει πραγματικά δυνατότητα επιλογής. Δεν υπάρχει όμως σωστή ή λανθασμένη επιλογή, ούτε καλή ή κακή, γενναία ή δειλή. Κάθε απόφαση που παίρνετε

είναι η σωστή σας. Διαλέξτε τον παθητικό ρόλο ή τον ενεργητικό. Αν αποφασίσετε να δοκιμάσετε όλες ή καμία από τις παρακάτω προτάσεις, η απόφασή σας θα είναι η σωστή για σας. Δεν είναι δυνατό να πάρετε λανθασμένη απόφαση.

Σημαντικό είναι δοκιμάσετε κάποια ή και όλες τις προτάσεις και βλέπετε ότι δεν φαίνεται να αποδίδουν αυτό δεν σημαίνει ότι δεν τις ακολουθείτε σωστά ή ότι δεν προσπαθείτε αρκετά ή ότι είστε ανεπαρκής κατά κάποιο τρόπο. Να είστε βέβαιος πως κάνετε ότι πρέπει και τόσο καλά όσο είναι δυνατό³.

Στάσεις και δραστηριότητες που σας βοηθούν στον αγώνα σας.

Πριν εξετάσετε τις παρακάτω προτάσεις, πρέπει να καταλάβετε ότι δεν εφαρμόζονται όλες σε όλους τους καρκινοπαθείς ούτε και είναι εύκολες. Αναφέρονται εδώ γιατί θα θέλαμε να μάθετε ποιες μέθοδοι υπάρχουν ώστε να διαλέξετε όποιες σας ταιριάζουν καλύτερα.

Να θυμάστε επίσης ότι αν και ο κύριος σκοπός κάθε πρότασης είναι να προσπαθήσετε να ξαναβρείτε την υγεία σας, ενισχύοντας το ανοσοποιητικό σας σύστημα, η εμπειρία μας δείχνει ότι το σπουδαιότερο όφελος για όσους ακολουθούν αυτές τις προτάσεις είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Και αυτός είναι επαρκής λόγος για να τις λάβει κανείς σοβαρά υπόψη του.

1. Κάντε σχέδια για το μέλλον.

Οι άνθρωποι δεν κάνουν σχέδια για το μέλλον αν πιστεύουν ότι δεν υπάρχει μέλλον. Αν δεν κάνετε σχέδια μπορεί, χωρίς να το καταλάβετε, να παραιτηθείτε. Θα σας βοηθήσει, λοιπόν, η κατάρτιση ενός καταλόγου με βραχυπρόθεσμους στόχους και μακροχρόνια σχέδια. Ο σχεδιασμός, αυτός καθ' εαυτόν, είναι ευχάριστη και θετική εμπειρία. Για να μην απολαμβάνετε τη ζωή σας, ταυτόχρονα θα δίνετε στον εαυτό σας ελπίδα για το μέλλον.

2. Καταπολεμήστε ανεπιθύμητη μοναξιά.

Αυτό είναι να λέγεται παρά να γίνεται. Οι καρκινοπαθείς γνωρίζουν ότι πολλοί φίλοι και συγγενείς τους συμπεριφέρονται διαφορετικά μετά τη διάγνωση. Εάν αντιμετωπίσετε μια τέτοια κατάσταση, προσπαθήστε να επικοινωνείτε, να επικοινωνείτε, να επικοινωνείτε. Να πείτε στους φίλους και την οικογένειά σας τι επιθυμείτε τι περιμένετε από αυτούς. Όταν το συζητάτε ανοιχτά μερικοί, όχι όλοι, ίσως αλλάξουν στάση. Μπορεί επίσης να συμμετάσχετε σε ομάδα υποστήριξης που εδρεύει στην περιοχή σας. Ίσως αυτό σας βοηθήσει να καταπολεμήσετε την ανεπιθύμητη μοναξιά που είναι τόσο καταθλιπτική.

3. Βεβαιωθείτε ότι ενεργείτε ως παραγκωνισμένος.

Πολλοί καρκινοπαθείς δυσκολεύονται να επικοινωνούν με φίλους και συγγενείς όπως επικοινωνούσαν πριν από τη διάγνωση. Αν νιώθετε έτσι, αποφασίστε αν αυτή είναι όντως η επιθυμία σας. Εφόσον δεν είναι, θυμηθείτε ότι, αν και ο καρκίνος μεταβολές, οι οποίες μπορεί να δυσκολέψουν την επικοινωνία, εντούτοις, κατά βάση είστε το ίδιο πρόσωπο και πριν ασθενήσετε. Η αναζωογόνηση των παλιών σχέσεων είναι ίσως ευκολότερη απ' όσο νομίζετε. Κάντε ότι μπορείτε για να ανανεώσετε τις σχέσεις και να μη μένετε μόνος περισσότερο απ' όσο επιθυμείτε. Να λέτε στους φίλους σας τι αισθάνεστε και να τους ζητάτε να σας βοηθήσουν να βγείτε από το περιθώριο. Επικοινωνείτε, επικοινωνείτε, επικοινωνείτε.

4. Επανακτήστε και διατηρήστε όσο γίνεται τον έλεγχο στη ζωή σας.

Οι περισσότεροι καρκινοπαθείς αναγκάζονται να παραιτηθούν ως κάποιο βαθμό από τον έλεγχο της ζωής τους, που τον αναλαμβάνουν οι επαγγελματίες, η οικογένεια και οι φίλοι. Το ίδιο ίσως μπορεί να συμβεί και σ' εσάς. Μην παραιτείστε όμως περισσότερο απ' όσο χρειάζεται ή θέλετε. Κάντε έναν κατάλογο των πραγμάτων ή δραστηριοτήτων που έχετε χάσει τον έλεγχο τους και αποφασίστε τι

είναι εύλογο να ανακτήσετε. Η αίσθηση ότι έχετε χάσει τον έλεγχο είναι ιδιαίτερα δυσάρεστη.

5. Χρησιμοποιήστε κάποια μέθοδο για να επιτύχετε χαλάρωση .

Η χαλάρωση είναι ο όρος που χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε τη φυσική κατάσταση στην οποία περιέχεται κανείς με διάφορες μεθόδους, όπως η τοπική πίεση, η περισυλλογή και η οπτική φαντασίωση. Η χαλάρωση είναι σημαντική για τους καρκινοπαθείς, διότι ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα, με θετικά αποτελέσματα στην πορεία της ασθένειας. Εύκολα την επιτυγχάνει κανείς, απαιτεί πολύ λίγο χρόνο, δεν έχει δυσάρεστες παρενέργειες και σχεδόν πάντοτε σας κάνει να νιώθετε πιο ήρεμος και χαλαρωμένος.

Σας προτείνουμε να διαλέξετε κάποια μέθοδο ονειροπόλησης ή οπτικής φαντασίωσης ανάλογα με τις προτιμήσεις σας και να χρησιμοποιείτε τακτικά. Μερικοί πιστεύουν ότι το να μάθει κανείς να προκαλεί τη χαλάρωση παίζει τον σημαντικότερο ρόλο στο να γίνει ενεργητικός ασθενής.

6. Να προσέχετε τις λέξεις που χρησιμοποιείτε για την ασθένειά σας

Όταν περιγράφετε τον εαυτό σας σαν θύμα που πληγή από μια καταστροφική ή μοιραία ασθένεια αφήνετε πολύ λίγα περιθώρια για οτιδήποτε άλλο εκτός από την απελπισία, που είναι ένα ιδιαίτερα δυσάρεστο συναίσθημα. Γιατί λοιπόν να μην χρησιμοποιείτε λιγότερο δραματικές και λιγότερο δυσοίωνες λέξεις; Αν πείσετε τον εαυτό σας με τις λέξεις που χρησιμοποιείτε ότι είστε καταδικασμένος, ίσως ασυνείδητα να παραιτηθείτε από κάθε προσπάθειά . Προσπαθήστε να περιγράψετε την ασθένειά σας και τον αγώνα σας εναντίον της με λέξεις όσο πιο ελπιδοφόρες γίνεται.

7. Συνεργαστείτε με το γιατρό σας.

Μερικοί ασθενείς δεν θέλουν ν'ακούνε τίποτε άλλο παρά μόνο οδηγίες. Άλλοι θέλουν να μαθαίνουν και να συμμετέχουν στη διαδικασία λήψεως των αποφάσεων. Οι περισσότεροι γιατροί είναι σήμερα αρκετά ευέλικτοι ώστε να ενεργούν ανάλογα με τα ενδιαφέροντα των ασθενών τους, ακόμα και να παίζουν το ρόλο του συνεργάτη σας, με στόχο να βελτιωθεί η υγεία σας. Γι'αυτό αποφασίστε μαζί με το γιατρό σας ποια θέλετε να είναι η σχέση σας. Επικοινωνείτε, επικοινωνείτε, επικοινωνείτε. Μια τεταμένη σχέση μ'ένα πρόσωπο τόσο σημαντικό για τη ζωή σας ίσως γεννήσει δυσάρεστα συναισθήματα και τους δυο σας.

8. Να συναναστρέψετε άλλους καρκινοπαθείς.

Πολλοί καρκινοπαθείς λένε ότι κάποιος με την ίδια ασθένεια γνωρίζει πραγματικά πώς αισθάνεται όποιος έχει καρκίνο και καταλαμβάνει τον αγώνα. Η συναναστροφή με τους ανθρώπους που σας κατανοούν δημιουργεί πνεύμα ομάδας και συντροφιάς, οπότε γεννιούνται ευχάριστα συναισθήματα. Επίσης, ανακουφίζει από την ένταση, αφού δεν υπάρχει περίπτωση να τρομάξετε τους ανθρώπους αυτούς, όπως γίνεται με τους φίλους και τους συγγενείς σας. Δεν χρειάζεται να βρίσκεστε συνέχεια σε αμυντική θέση.

Αν δεν υπάρχει ομάδα υποστήριξη στην περιοχή σας, μπορείτε να βρείτε άλλους καρκινοπαθείς μέσω του γιατρού σας, της τοπικής αντικαρκινικής εταιρίας ή άλλων οργανισμών που παρέχουν υπηρεσίες στους καρκινοπαθείς.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ.

Προετοιμασία Ασθενούς για Αναχώρηση εκ του Νοσοκομείου

Ο ασθενείς με μόνιμη «παραφύσιν έδρα», προ της αναχωρήσεως του από το νοσοκομείο, έχει ανάγκη ειδικής προετοιμασίας. Αυτή συνιστάται στην προετοιμασία του προς απόκτηση δεξιοτήτων για την αυτοεξυπηρέτηση του και περιλαμβάνει τα ακόλουθα στάδια:

1. Εξήγηση της προετοιμασίας για τη νοσηλεία, δηλαδή:
 - α) Απαραίτητα είδη για τη νοσηλεία
 - β) Ετοιμασία τους
2. Εξήγηση της σειράς εργασίας.
3. Παρακολούθηση από τον ασθενή του τρόπου προετοιμασίας των αντικειμένων και της εκτελέσεως της αλλαγής
4. Ο ασθενής στη συνέχεια βοηθεί την αδελφή κατά την προετοιμασία και την εκτέλεση της αλλαγής.
5. Ο Ασθενής εκτελεί κατόπιν το μεγαλύτερο μέρος της προετοιμασίας και αλλαγής.
6. Ο Ασθενής προετοιμάζει τα της αλλαγής και την εκτελεί υπό την επίβλεψη της αδελφής.
7. Ο Ασθενής, ενώ προετοιμάζει και εκτελεί τη νοσηλεία, παρακολουθείται κατά διαστήματα.
8. Ο Ασθενής υπεύθυνα ετοιμάζει και εκτελεί την αλλαγή.
9. Ο Ασθενής διδάσκεται τον τρόπο εκτελέσεως υποκλυσμού στην «παραφύσιν έδρα» και τον εκτελεί.
10. Ο Ασθενής αναλαμβάνει την εκτέλεση της αλλαγής της κολοστομίας και του υποκλυσμού όταν:
 - α) Έχει αποκτήσει δυνάμεις.
 - β) Έχει αποδεκτεί την «παραφύσιν».
 - γ) Δεν αηδιάζει κατά την αλλαγή της από την αδελφή.
 - δ) Μπορεί υπεύθυνα να διεκπεραιώσει αυτήν την εργασία.

Σε υπερήλικές, μικρά παιδιά και μη ισορροπημένα συναισθηματικά ή διανοητικά άτομα, την αλλαγή της «παραφύσιν έδρα» διδάσκεται ο πλησιέστερος κατάλληλος για την εκτέλεση αυτής της νοσηλείας, συγγενής του ασθενούς. Ο βαθμός της αποδοχής της «παραφύσιν έδρα» από τον ασθενή καθώς και η ατομική καθαριότητα του άμεσου περιβάλλοντός του θα επηρεάσει και το βαθμό της ασθενούς από το περιβάλλον του. Μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο ο ασθενής με «παραφύσιν έδρα» πρέπει να επισκέπτεται περιοδικά τον θεράποντα ιατρό του. Πολλές φορές επιβάλλεται η κατά διαστήματα διαστολή του στομίου της «παραφύσιν έδρα» με δάκτυλο ή κηρίο προς αποφυγή συσφιγξέως του. Ο ασθενής που πρόκειται να ζήσει με «παραφύσιν έδρα» πρέπει να μην αφήνει ίχνη αναπηρίας του στο άμεσο ή έμμεσο περιβάλλον με τη σχολαστική τήρηση των όρων, υγιεινής και καθαριότητας²⁰.

Κατ' οίκον περίθαλψη.

Πολλοί αισθάνονται πολύ άνετα στο ζεστό, γνωστό περιβάλλον του σπιτιού τους παρά στο νοσοκομείο ή το αναρρωτήριο. Φυσικά, οι ιατρικές εγκαταστάσεις φαίνονται αλλόκοτες: Κυριαρχεί η αντισηψία, λειτουργούν σύμφωνα με κανονισμούς και μερικές φορές παρουσιάζονται αποκρουστικές. Μολαταύτα πολλοί καρκινοπαθείς παρατείνουν την παραμονή τους στο νοσοκομείο διότι είτε οι ίδιοι είτε η οικογένεια τους φοβούνται ότι

δεν θα έχουν τη σωστή περίθαλψη στο σπίτι ή δεν θα μπορέσουν να ανταποκριθούν στα προβλήματα που θα προκύψουν.

Οι φόβοι είναι κατανοητοί αλλά μπορεί να υπερνικηθούν. Οι διάφορες κρίσεις, είτε έχουν σχέση είτε όχι με κλινικά προβλήματα, μπορεί να προβλεφθούν και συχνά να αποφευχθούν αν οι ασθενείς και οι συγγενείς τους διδαχθούν σωστά την κατ' οίκον περίθαλψη πριν την έξοδο από το νοσοκομείο.

Είναι η περίθαλψη στο σπίτι κατάλληλη για σας; Η περίθαλψη στο σπίτι μπορεί να παίζει ζωτικό ρόλο στην ανάρρωση, δεν είναι όμως κατάλληλη για όλους. Σε ορισμένες περιπτώσεις δεν είναι καθόλου πρακτικό το να πάει κανείς στο σπίτι του. Πρέπει λοιπόν να εκτιμηθούν όχι μόνο οι οργανικές σας ανάγκες αλλά και η ικανότητα η δική σας και της οικογένειά σας να αντιμετωπίσετε το ψυχολογικό στρες που προκαλεί κατ' οίκον περίθαλψη.

Πολλές φορές είναι δύσκολο για τον καρκινοπαθή να υποφέρει την προσβολή της αξιοπρέπειάς του, που οφείλεται στην εξάρτησή του από μέλη της οικογένειάς του. Επίσης το στρες που προκαλείται από την ύπαρξη στο σπίτι ενός ασθενούς με χρόνια πάθηση μπορεί να αποδειχθεί υπερβολικά έντονο για μια οικογένεια επιβαρημένη με άλλες υποχρεώσεις. Ίσως να είστε καλύτερα σε ιδιωτική κλινική. Η κατ' οίκον περίθαλψη είναι μια συλλογική προσπάθεια που προϋποθέτει τη συνεργασία. Θα αποφασίσετε λοιπόν από κοινού με την οικογένειά σας και την υγειονομική σας ομάδα αν θα επιστρέψετε στο σπίτι³.

Στόχοι κατ' οίκον νοσηλείας

1. Η υποστήριξη των ατόμων και των οικογενειών τους ώστε να αποφύγουν για μη αναγκαία εισαγωγή στο Νοσοκομείο.
2. Η βοήθεια να διατηρηθούν οι ηλικιωμένοι και οι χρόνιοι πάσχοντες στην οικογένεια.
3. Η κοινωνική στήριξη της οικογένειας.
4. Προσφορά προγραμμάτων ψυχολογικής στήριξης.
5. Η προσφορά υπηρεσιών στο σπίτι στους αρρώστους τελικού σταδίου με σκοπό την δυνατότητα αντιμετώπισης του θανάτου στο οικογενειακό περιβάλλον.

Προϋποθέσεις νοσηλείας στο σπίτι.

Προκειμένου ο ασθενής να νοσηλευθεί στο σπίτι, εκτός της σωστής οργανωτικής και οικονομικής υποδομής της μονάδας κατ' οίκον νοσηλείας, πρέπει να διασφαλίζονται και οι παρακάτω προϋποθέσεις:

1. απαραίτητη θεωρείται η συγκατάθεση του ασθενούς και η συνεργασία του
2. να μην έχει ανάγκη συνεχούς νοσοκομειακής παρακολούθησης
3. απαραίτητη η παρουσία οικογενειακού περιβάλλοντος γιατί συμβάλλει ενεργά στην καλή νοσηλεία του ασθενούς στη δημιουργία κλίματος ασφάλειας, στην κοινωνική επανένταξη του και τέλος στην ηθική και ψυχολογική υποστήριξη για την αντιμετώπιση της νόσου του
4. στοιχειώδης οικονομική δυνατότητα
5. ασφαλιστική κάλυψη: προκειμένου να αντιμετωπισθούν οι έκτακτες που παρουσιάζονται συχνά στους χρόνιους αυτούς ασθενείς
6. κοινωνική πραγματικότητα και κοινωνικός περίγυρος, στοιχεία που διερευνώνται από την κοινωνική λειτουργό, ώστε στη συνέχεια να ενεργοποιηθούν οι κοινωνικοί φορείς, φιλανθρωπικοί σύλλογοι, εκκλησιαστικές οργανώσεις για τη συμμετοχή τους στα προβλήματα του καρκινοπαθούς

7. δυνατότητα άμεσης και ταχείας αντιμετώπισης των εκτάκτων αναγκών σε μονάδα βραχείας νοσηλείας.

8.

Προσφερόμενες νοσηλευτικές φροντίδες

Η αδελφή Νοσηλεύτρια έχει τη δυνατότητα στο σπίτι του ασθενούς να αναπτύξει πολλαπλές δραστηριότητες και να ασχοληθεί με το σύνολο των προβλημάτων του ασθενούς.

Στις νοσηλευτικές της φροντίδες περιλαμβάνονται:

- α) τακτική παρακολούθηση του ασθενούς και η πιστή εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών από μέρος του,
- β) η πραγματοποίηση των απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων (βιοχημικές εξετάσεις, διάφορες καλλιέργειες, ΗΚΓ κ.λ.π),
- γ) αλλαγές τραυμάτων προσώπου, κορμού, άκρων,
- δ) αλλαγές ουροκαθετήρων (Foley) ,
- ε) φροντίδα των μονίμων φλεβοκαθετήρων (Hickman – Intraport κ.λ.π),
- στ) παρεντερική χορήγηση ορών και μεταγγίσεων,
- ζ) εφαρμογή χημειοθεραπειών,
- η) φροντίδα κολοστομιών .

Οι παραπάνω φροντίδες πραγματοποιούνται αποκλειστικά από τις εμπειρίες και εξειδικευμένες αδελφές της «μονάδας κατ'οίκον νοσηλείας» χωρίς τη συμμετοχή άλλου βοηθητικού προσωπικού, πάντα όμως υπό την κάλυψη και τις ιατρικές οδηγίες του υπεύθυνου γιατρού της μονάδας. Από τις αναφερθείσες νοσηλευτικές φροντίδες θα πρέπει να σταθεί κανείς για λίγο στην εφαρμογή μεταγγίσεων και χημειοθεραπειών.

Η Εφαρμογή Χημειοθεραπειών πραγματοποιούνται πάντα παρούσα της Προϊστάμενης της μονάδας-πλην εκείνων που αφορούν 24ωρη έγχυση με αντλία Micreal- και μετά από αυστηρά προγραμματισμένες οδηγίες του θεράποντος γιατρού ώστε η χορήγηση κυτταροστατικών να είναι ασφαλής. Εκτός της προσφοράς των παραπάνω νοσηλευτικών φροντίδων η νοσηλεύτρια έχει και μια άλλη αποστολή σημαντική και αυτή, είναι η μεταφορά όλων εκείνων των πληροφοριών που θα βοηθήσουν στην προοδευτική προσαρμογή, εκτίμηση και σωστή αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενούς τόσο από μέρος της νοσηλευτικής υπηρεσίας όσο και της οικογένειας του¹⁴.

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Νοσηλευτική Διεργασία είναι η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου ανάλυσης και λύσης προβλημάτων, η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση των αποφάσεων αυτών που βασίζονται στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου. Ακολουθεί η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που έγιναν. Η Νοσηλευτική Διεργασία επομένως αποτελεί μια σειρά διανοητικών ενεργειών και σκέψεων που οδηγούν σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες βασίζονται στην αξιολόγηση του ατόμου και κατευθύνονται προς τους σκοπούς που έχουν τεθεί. Η τοποθέτηση σκοπών κάνει σαφές τι ακριβώς θέλει να επιτύχει η νοσηλευτική παρέμβαση ή τι θέλει να μεταβάλει σε σχέση με την κατάσταση του συγκεκριμένου ατόμου. Τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων κρίνονται και επανακρίνονται συνέχεια με σκοπό την αναπροσαρμογή ή την αλλαγή του προγράμματος ή των ίδιων των παρεμβάσεων.

Ο επιστημονικός αυτός τρόπος εργασίας δεν χρησιμοποιείται μόνον από τους νοσηλευτές αλλά και από άλλους επιστήμονες στο χώρο της υγείας και ιδιαίτερα τους γιατρούς, με την διαφοράν ότι τα προβλήματα (ή ανάγκες) που έχουν σχέση με την αρρώστια, με σκοπό την διάγνωση και την θεραπεία

Ο νοσηλευτής δεν σκοπεύει μόνο στην αρρώστια, αλλά κυρίως στην σημασία και τις επιπτώσεις που έχει η αρρώστια αυτή, η εισαγωγή στο νοσοκομείο, η οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα στο συγκεκριμένο άτομο, στην οικογένεια του αρρώστου και στην κοινότητα. Μελετά τις ψυχολογικές, πνευματικές και κοινωνικές επιπτώσεις²².

**ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΜΕ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ
ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.**

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α'

Ο ασθενής **Δ.Α.**, ηλικίας 71 ετών, βάρους 63 κιλών, έγγαμος με τρία παιδιά κάτοικος Αθηνών εισήλθε στις 20/06/2001 στην χειρουργική κλινική του **Π.Γ.Ν.Α** «Ιπποκράτειο» **Ζωτικά σημεία του ασθενούς κατά των εισαγωγή του.**

Απ: 130/70 mmHg

Σφ: 70/min

Θερμοκρασία: 37,6 °C

Ατομικό αναμνηστικό:

Αναπνευστικό: Ιστορικό μολυβδίασης

Προηγούμενες επεμβάσεις: Γαστρεκτομή προ 30 ετών

Ο ασθενής υποβλήθηκε στις εξής εξετάσεις:

- **Γενική αίματος:** HT: 31%
HGB: 9,9 gr/dl
WBC: $6,30 \cdot 10^3$ /μl
RBC: $4,25 \cdot 10^6$ /μl
PLT: $345 \cdot 10^3$ / μl
- **Βιοχημικές εξετάσεις:** Ουρία : 35
Σάκχαρο: 70
K⁺ : 4,3
Na⁺ : 147
- **Αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας:** Παρατηρείται πάχυνση του αριστερού οπισθίου τοιχώματος του ορθού, εύρημα το οποίο χρήζει συσχέτισης με τον κλινικό και λοιπό έλεγχο του ασθενούς. Παρατηρήθηκε βαθμός ασαφопоποίησης του περιεδρικού λίπους σύστοιχα.
- **Ορθοσκόπηση:** Παρατηρήθηκε στο ορθό ,όργανο μέχρι 1,8 cm, με πιθανή διηθητική ογκική ικανότητα, στη δεξιά λαγώνιο περιοχή βάθους 8cm –10cm από τη δακτυλική.
- **Βιοψία:** Θετική.

Εφαρμόζεται χημειοθεραπεία με LOMUSTINE. Ο ασθενής παρουσιάζει κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας ανορεξία, αδυναμία και κόπωση, πόνος στοματικός.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ.
α.) Ο ασθενής νιώθει κόπωση λόγω κακής θρέψης.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Μείωση της κόπωσης 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Διατήρηση επαρκής θρέψης. ◆ Αποφυγή κούρασης που μπορεί να επιφέρει εξάντληση. ◆ Παροχή βοήθειας στις ανάγκες του ασθενούς. ◆ Παροχή βοήθειας στις ανάγκες του ασθενούς. ◆ Περιορισμός των αριθμών των επισκεπτών και το χρονικό διάστημα παραμονής τους. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Η τροφή του ασθενούς είναι πλούσια σε λευκώματα και βιταμίνες, πρωτεΐνες. ◆ Ο ασθενής αποφεύγει εργασίες που προκαλούν κόπωση και εξάντληση. ◆ Περιορίστηκαν οι δραστηριότητες του αρρώστου. ◆ Ενθάρρυνση του ασθενούς για ενέργειες που δεν προκαλούν κόπωση και ταυτόχρονα τον ενισχύουν ψυχολογικά ούτως ώστε να μην αισθάνεται ότι πλέον δεν είναι λειτουργικό μέλος. ◆ Περιορίστηκαν οι επισκέπτες, οι θόρυβοι και δημιουργήθηκε καλό περιβάλλον. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ο ασθενής παρουσιάζει μείωση της κόπωσης και συναισθηματικής αστάθειας.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
β.) Παρατηρείται ανορεξία.	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Μείωση της ανορεξίας του ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Φροντίδα για την καλή σίτιση και ενυδάτωσης. ♦ Προσφορά στον ασθενή τροφή της προτίμησής του. ♦ Φροντίδα για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του ασθενούς. ♦ Διατήρηση της θρέψης και ενυδάτωσης του ασθενούς σε επαρκή επίπεδα. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Ο ασθενής σιπίζεται καλά και ενυδατώνεται. ♦ Προσφέρουμε στον ασθενή τροφή της προτίμησής του με ποικίλα καλοβρασμένα και σε περιβάλλον ωραίο. ♦ Έγινε φροντίδα για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του ασθενή και του προσφέρθηκε ότι ζήτησε. ♦ Η τροφή του αρρώστου είναι πλούσια σε λευκώματα και βιταμίνες και υψηλής θερμιδικής αξίας για κάλυψη των αναγκών του οργανισμού. ♦ Τα γεύματα είναι μικρά και συχνά. ♦ Ο ασθενής ενισχύθηκε να παίρνει υγρά. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Η όρεξη του αρρώστου αυξήθηκε ικανοποιητικά. ♦ Άρχισε να τρώει μικρά γεύματα και το βάρος του αυξήθηκε.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>γ.) Πόνος στοματικός λόγω της δράσης των κυτταροστατικών φαρμάκων.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Μείωση του στοματικού πόνου. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Αποφυγή ουσιές που μπορεί να ερεθίσουν περισσότερο το γαστρεντερικό βλεννογόνο. ♦ Καθοδήγηση του ασθενή να κάνει γαργάρες. ♦ Χορήγηση τοπικών αναισθητικών, προστατευτικές κρέμες ή καλυπτήριους παράγοντες για το στοματικό βλεννογόνο, τοπικά ή συστηματικά αναλγητικά και αντιόξινα. ♦ Παρακολούθηση των ζητικών, σημείων, θερμοκρασία, αρτηριακή πίεση και σφύξεις. ♦ Φροντίδα στον ασθενή σε ανακουφιστική θέση στο κρεβάτι. ♦ Ενισχύστε το ηθικό του ασθενή, να αποφεύγει ερεθίσματα που προκαλούν συγκίνηση. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Χορηγήθηκαν δροσερά, καταπραυντικά υγρά μη όξινους χυμούς, αναψυκτικά και παγωτά. ♦ Έγιναν γαργάρες με το διάλυμα φυσιολογικό ορό κάθε 2 ώρες, και καταπραυνήθηκε ο στοματικός βλεννογόνος. ♦ Χορηγήθηκαν στον ασθενή τοπικό αναισθητικό, Pethidine 50mg, μορφίνη IV, Χορηγήθηκαν επίσης Deron, Panadol, Aspirini επίσης του δόθηκε η κρέμα Daktarin. ♦ Ο ασθενής είναι σε ανακουφιστική θέση. ♦ Ο ασθενής νιώθει λιγότερος συγκινημένος. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Ο ασθενής παρουσιάζει μείωση του στοματικού πόνου, στην κατάποση.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β'

Ο ασθενής **Μ.Ν.**, ηλικίας 65 ετών, βάρος 65 kg, έγγαμος με τρία παιδιά, κάτοικος Πύλου. Εισήλθε στις 27/06/2001 και χειρουργήθηκε έκτακτος, αφού διαγνώσθηκε Ca ορθού, εγκάρσιοστομία και εντερικό (ειλεϊκό) συρίγγιο. Κατόπιν μεταφέρθηκε στη χειρουργική του **Π.Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο»**

Ζωτικά σημεία του ασθενούς κατά την εισαγωγή του:

Απ: 120/70 mmHg

Σφ: 86/min

Θ: 37,8 °C

Ατομικό αναμνηστικό:

- Ηπατική κύρρωση εισήχθη με εικόνα απόφραξη ειλεός Ca ορθού έγινε εγκάρσιοστομία προ 12 ημέρες.
- Έγινε εγχείρηση δια κύστη προ 15 ετών.

Ο ασθενής υποβλήθηκε στις εξής εξετάσεις:

- **Γενική αίματος:** HT: 30,6%
HGB: 8,7 gr/dl
WBC: 5,34 $10^3/\mu\text{l}$
RBC: 4,74 $10^6/\mu\text{l}$
PLT: 460000 $10^3/\mu\text{l}$
- **Βιοχημικές εξετάσεις:** Ουρία: 22
Σάκχαρο: 109
K⁺: 4,6
N⁺: 140
- **Ορθοσκόπηση:** Ελήφθησαν βιοψίες από ανθοκραμβοειδή μάζα ορθού σε απόσταση 7cm από το δακτύλιο.
- **Εξετάσεις:**
Α/α θώρακος → Κ.φ
Α/α κοιλίας → Ατελή υγραερικά επίπεδα.
Ηκγ → Κ.Φ

Εφαρμόζεται χημειοθεραπεία με CARMUSTINE. Ο ασθενής παρουσιάζει κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας εμετός και αλωπεκία, διάρροια, πυρετός με ρίγος.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
α). Πυρετός με ρίγος λόγω λοίμωξης.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Μείωση του πυρετού, ρύθμιση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα και ανακούφιση του ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ακριβής μέτρηση ανά 3 ωρο της θερμοκρασίας αφηρητική πίεση και σφίξεων ◆ Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων Λήψη υγρών ◆ Χορήγηση αντιπυρετικού φαρμάκου ◆ Χορήγηση αντιπυρετικού υπόθετου. ◆ Προσθήκη μάλλινων κουβερτών ◆ Αλλαγή λευχειμάτων. ◆ Διατήρηση της πρόσληψης 2.500ml υγρών ημερησίως. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Έγινε ακριβής μέτρηση των ζωτικών σημείων ανά 3 ωρο και καταγραφή του στο θερμομετρικό διάγραμμα. ◆ Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα. ◆ Χορηγήθηκαν αντιπυρετικά (Deron + Aprotel). ◆ Χορηγήθηκε το αντιπυρετικό υπόθετο. ◆ Χορηγήθηκαν μάλλινες κουβέρτες για να ζεσταθεί ο ασθενής. ◆ Έγιναν αλλαγές των λευχειμάτων για πρόληψη των επιπλοκών του δέρματος. ◆ Ο ασθενής ενισχύθηκε να παίρνει πολλά υγρά ημερησίως. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ο ασθενής παρουσιάζει απουσία ρίγους και πυρετού η θερμοκρασία του είναι στα φυσιολογικά όρια.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ.
β). Εμφάνιση Αλωπεκία	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ψυχολογική υποστήριξη και πρόληψη της επιπλοκής. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Εξήγηση στον ασθενή ότι τα μαλλιά θα ξανά φυτρώσουν. ◆ Εξήγηση στον ασθενή ότι όταν τα μαλλιά αρχίζουν να πέφτουν γίνεται αποτρίχωση. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Εξηγήθηκε στον ασθενή ότι τα μαλλιά του θα ξανά πέσουν αλλά θα ξανά φυτρώσουν. ◆ Μειώθηκε η αλωπεκία με εφαρμογή ελαστικού επιδέσμου και παγκοκύστης στη διάρκεια της θεραπείας και 10 – 15 λεπτά μετά από αυτή. ◆ Ο ασθενής βοηθήθηκε να εκφράσει τα συναισθήματα του με τη συμπαράσταση και ενθάρρυνσή μας. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Στην αρχή παρατηρήθηκε μείωση της αλωπεκίας . ◆ Έπειτα όμως έπεσαν τα μαλλιά και έγινε αποτρίχωση.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
γ). Ναυτία-εμετός	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Μείωση της ναυτίας και των εμετών. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Προσφορά θρεπτικών με ενδοφλέβια χορήγηση διαλυμάτων γλυκόζης εμπλουτισμένων με βιταμίνες. ◆ Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων. ◆ Φροντίδα της στοματικής κοιλότητας του ασθενούς, πριν και μετά από κάθε γεύμα. ◆ Τοποθέτηση νεφροειδούς στο κομοδίνο και κλίση του κεφαλιού πλάγια. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Η τροφή του αρρώστου είναι πλούσια σε βιταμίνες και λευκώματα. ◆ Χορηγήθηκε αντιεμετικό υπόθετο Dripaperan. ◆ Γίνεται φροντίδα της στοματικής κοιλότητας και πλύσεις με Hexalen. ◆ Υπάρχει νεφροειδές στο κομοδίνο. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Βελτίωση της κατάστασης του αρρώστου. ◆ Άρχισε να παίρνει υγρά και κατόπιν τροφή από το στόμα. ◆ Περιορίστηκαν οι εμετοί και η ναυτία και η κατάσταση του αρρώστου έχει βελτιωθεί.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ.
δ). Απώλεια βάρους λόγω κοπώσεως	Αντιμετώπιση της απώλειας βάρους και αίσθημα κοπώσεως.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Χορήγηση του ασθενούς τις απαιτούμενες θερμίδες κάθε μέρα. ◆ Φροντίδα του ασθενούς σε επαρκή ποσότητα φυσικών. ◆ Περιορισμός στις δραστηριότητες του αρρώστου. ◆ Προσφορά στον ασθενή τις συμπληρωματικές βιταμίνες. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ο ασθενής παρακολουθείτε και παίρνει τις απαιτούμενες θερμίδες. ◆ Έγινε φροντίδα και παίρνει επαρκή ποσότητα λευκωμάτων και υδατανδράκων και παρεντερική χορήγηση σακχάρων υγρών. ◆ Περιορίστηκαν οι δραστηριότητες του ασθενή. ◆ Δόθηκαν συμπληρωματικές βιταμίνες (Α, Β σύμπλεγμα, C και Κ). 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Η απώλεια βάρους και το αίσθημα κοπώσεως περιορίστηκαν. ◆ Το βάρος του αρρώστου αυξήθηκε.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ.
ε). Διάρροια λόγω φόβου και άγχος.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Μείωση της δραστηριότητας του εντέρου. ◆ Μείωση του φόβου και άγχος. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Χορήγηση σταδιακά από τη λήψη υγρών σε μικρά γεύματα. ◆ Αποφυγή στις τροφές πλούσιες σε ίνες, που παράγουν αέρια (π.χ. κρεμμύδια, φασόλια, κουνουπίδι, λάχανο). Πικάντικες ή υπερβολικά ζεστές ή κρύες, πλούσιες σε λίπος (π.χ. βούτυρο, κρέμα, τηγανισμένες τροφές. ◆ Χορήγηση των αντιδιαρροϊκών φαρμάκων. ◆ Ενθάρρυνση του ασθενή να ξεκουράζεται. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ο ασθενής ενισχύθηκε να παίρνει υγρά. ◆ Τα γεύματα είναι μικρά και συχνά. ◆ Η τροφή του ασθενούς είναι πλούσια σε λευκώματα και βιταμίνες. ◆ Έγινε η χορήγηση των φαρμάκων Λοπεραμίδη και ελατώθηκε ο περιστολιτισμός του πεπτικού σωλήνα. ◆ Έγινε επίσης πολυανθρακόφιλο ασβέστιο και απορροφήθηκε νερό από το έντερο και τα κόπρανα έγιναν περισσότερο σχηματισμένα ◆ Ο ασθενής δόθηκε μια θέση και νιώθει καλύτερα. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ο ασθενής διατηρεί της συνήθειες κενώσεις του. ◆ Η κατάσταση του ασθενούς είναι καλύτερη χωρίς φόβους και άγχους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου και ορθού αποτελεί σοβαρό πρόβλημα υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες. Οι πρόοδοι της μοριακής βιολογίας και γενετικής δημιουργούν την αισιόδοξη πρόβλεψη, ότι στο μέλλον τα άτομα θα μπορούν να ελέγχονται για γονίδια που προδιαθέτουν σ' αυτής της μορφής καρκίνο (πιθανόν 5% έως 10% του συνόλου των περιπτώσεων), ώστε να τίθενται υπό τακτικό προληπτικό έλεγχο.

Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού με τη ανίχνευση αίματος στα κόπρανα, παρά το γεγονός, ότι από μερικές μελέτες φαίνεται να εφικτή, δεν μπορεί να συστηθεί, προς το παρόν, για πληθυσμιακό έλεγχο. Θα πρέπει να αναμείνουμε τα αποτελέσματα των κλινικών που διεξάγονται σε ορισμένες χώρες της Ευρώπης. Η ανίχνευση και αφαίρεση πολυπόδων από το περιφερικό τμήμα του παχέος εντέρου και το ορθό με το εύκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο, είναι ενδεχόμενο να αποτελεί οικονομική και παράλληλα αποτελεσματική μέθοδο πρόληψης του καρκίνου, αντί της θεραπείας του σε πρώιμο στάδιο. Πρέπει, όμως, η συγκεκριμένη πρόταση να ελεγχθεί στα πλαίσια προοπτικής και τυχαιοποιημένη κλινικής δοκιμής¹.

Ο νοσηλευτής, με την επιδέξια επικοινωνία και την προσεκτική παρατήρηση, διαπιστώνει τις διάφορες ανάγκες υγείας, αναλαμβάνει να αντιμετωπίσει όσες εμπίπτουν στην αρμοδιότητά του και μεταφέρει στις ανάλογες επιστημονικές ειδικότητες όσες ανάγκες πρέπει να αντιμετωπισθούν από άλλους παράγοντες υγείας. Ο νοσηλευτής έχει τη μοναδικότητα να αντιμετωπίζει το άτομο σαν ενιαίο σύνολο με κοινές αλλά και ειδικές, ιδιαίτερες ανθρώπινες ανάγκες οι οποίες πρέπει να διαπιστωθούν και να αντιμετωπισθούν.

Οι προτάσεις είναι οι ακόλουθες:

Για την πρόληψη του καρκίνου στον υγιή πληθυσμό, η ενημέρωση και εκπαίδευση που μπορεί να προσφέρει ο νοσηλευτής συνίσταται:

- ❖ Στην ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντος (π.χ. μείωση καπνού – καυσαερίων).
- ❖ Στην εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες.
- ❖ Στην παρατήρηση και τη λήψη μέτρων σε εμφάνιση προκαρκινικών αλλοιώσεων ή εκδηλώσεων στον εαυτό του και το περιβάλλον.
- ❖ Στην ενεργό συμμετοχή κατά την διεξαγωγή ερευνών σχετικών με τον καρκίνο.
- ❖ Στην διαφώτιση του κοινού αποτελεί ίσως τον κυριότερο παράγοντα για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου και ο νοσηλευτής καθίσταται σημαντικό μέλος εγκαίρου διαγνώσεως φροντίζοντας:
 1. για την ενθάρρυνση του κοινού για περιοδικό ιατρικό εργαστηριακό έλεγχο. Μετά την ηλικία 45 – 50 ετών η ιατρική εξέταση ανά εξάμηνο ή έτος είναι απαραίτητη.
 2. για την παραπομπή των προσερχομένων για εξέταση στο κατάλληλο για την περίπτωση κέντρο έρευνας ή θεραπείας.
 3. για την ενημέρωση του κοινού, κατά την εμφάνιση υπόπτων σημείων, για την καταφυγή σε ιατρό, λόγω της αναπόφευκτης θνησιμότητας εάν δεν θεραπευθεί και της ζωτικής σημασίας της έγκαιρης θεραπείας¹⁴.
- ❖ Ενθαρρύνει τον άρρωστο να φροντίσει τον εαυτό του. Η φροντίδα αυτή αφορά τις δραστηριότητες της καθημερινής ρουτίνας (διατροφή, καθαριότητα, υγεία κ.λ.π.) αλλά και την ενασχόληση με πράγματα που τον ενδιαφέρουν.
- ❖ Οργανώνει το πρόγραμμα του αρρώστου ώστε να υπάρχει κάποια σταθερότητα, ένας σχεδιασμός, μια δυνατότητα να προβλέψει ορισμένα γεγονότα στην κάθε μέρα που περνά. Με τον τρόπο αυτό το άτομο βρίσκεται αντιμέτωπο με μειωμένες απαιτήσεις προσαρμογής στο περιβάλλον του και έτσι ενισχύεται η αίσθηση κυριαρχίας και αυτοελέγχου¹⁵.

ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΕΙΚΟΝΩΝ

Όνομασία	Σελ
Εικόνα 1: Γαστρεντερικό σύστημα.....	4
Εικόνα 2: Παχύ έντερο.....	6
Εικόνα 3: Σχηματική των διάφορων τμημάτων του παχέος εντέρου και των αγγείων του.....	7
Πίνακα 1: Αιτιολογικοί παράγοντες και ποσοστό (%) θανάτων από καρκίνο.....	12
Εικόνα 4: Καρκίνος του ανιόντος.....	18
Εικόνα 5: Καρκίνος της δεξιάς κοιλικής καμπής.....	18
Εικόνα 6: Καρκίνος του εγκάρσιου κόλου.....	19
Εικόνα 7: Στο καρκίνο της σπληνικής καμπής.....	19
Εικόνα 8: Σε προχωρημένους καρκίνους του κατιόντος.....	19
Εικόνα 9: Σε εντόπιση του όγκου χαμηλότερα στο σιγμοειδές, η εκτομή του εντέρου με τον όγκο, μεσεντέριο και σύστοιχους λεμφαδένες.....	20
Εικόνα 10: Στο καρκίνο του κατώτερου σιγμοειδούς.....	20
Εικόνα 11: Καρκίνοι στο ορθοσιγμοειδές ή στο άνω ή στο μέσο ορθό απόσταση από το δακτύλιο.....	20
Εικόνα 12: Κατιούσα και σιγμοειδική κολοστομία αριστερά και Εγκάρσια κολοστομία δεξιά.....	21
Εικόνα 13: Κολοστομία διπλού αυλού αριστερά και Αγκυλωτή κολοστομία δεξιά.....	21
Εικόνα 14: Νεαροποίηση των χειλέων της κολοστομίας με αφαίρεση του ουλώδους ιστού και του γύρω – γύρω δέρματος.....	25
Εικόνα 15: Οι έλικες του εντέρου μετά την αφαίρεση των ουλωδών στοιχείων και τη νεαροποίηση των χειλέων της κολοστομίας.....	25
Εικόνα 16: Σύγκλειση της προσωρινής κολοστομίας με συνεχή ραφή τύπου Connell.....	26
Εικόνα 17: Τελεία σύγκλειση του αυλού του εντέρου της κολοστομίας σε δύο στρώματα.....	26
Εικόνα 18: Διατομή των εξωτερικευμένων εντερικών ελίκων, αρκετά μακριά από τα χείλη της κολοστομίας.....	26
Εικόνα 19: Τελικοτελική αποκατάσταση της συνέχειας του εντέρου με διακεκομμένα ράμματα.....	27
Εικόνα 20: Εισαγωγή ισχυρού εντεροτόμου στο κοινό τοίχωμα των δύο ελίκων.....	27
Εικόνα 21^{α,β}: Εντεροδερματικό συρίγγιο.....	28
Εικόνα 22: Μαγνητική τελική κολοστομία.....	28
Εικόνα 23: Συσκευές Κολοστόμιου.....	29
Εικόνα 24: Απαγωγός εστία.....	46
Εικόνα 25: Στάδια προετοιμασίας χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.....	47
Εικόνα 26: Ετοιμασία και τοποθέτηση μανικιού πλύσης.....	60
Εικόνα 27: Πλύση κολοστομίας με καθετήρα (α) ή με Lairdtip (b). Το ένθετο δείχνει σε μεγέθυνση το Lairdtip εφαρμοσμένο στο σωλήνα.....	61
Πίνακα 2: Περίπτωση Α'	
(α).....	79
(β).....	80
(γ).....	81

Πίνακας 3. Περίπτωση Β'

(α).....	83
(β)	84
(γ).....	85
(δ).....	86
(ε).....	87

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Austoker Joan. : "Προληπτικός έλεγχος για CA του παχέος εντέρου και ορθού". " Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου". Ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας, μετάφραση Περικλής Π. Βασιλόπουλος, Επιστημονικές εκδόσεις "ΓΚ Παρισιανός" Μαρία Γ. Παρισιανού, Ναυαρίνου 20, Αθήνα 1997.
2. Π. Πιστευού – Γομπάκη Κυριακή, Σ. Παπαδόπουλος Λεωνίδας Α. Πλατανιώτης Γεώργιος.: " Ακτινοθεραπεία" , Μαθήματα ακτινοθεραπείας, Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1998.
3. Dollinger Malin,M.D., Rosenbaum Ernest,M.D., και Cable Greg.: Ο καρκίνος "Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση", Ένας οδηγός για όλους, Μετάφραση Χρήστος Μαθάς, Εκδόσεις Κάτοπτρο Αθήνα 1992.
4. Χατζηγιαννάκη Μ.Ι.: "Θεραπεία Νεοπλασμάτων, Λευχαιμίες, Λεμφώματα, Συμπαγεία όγκοι ", Έκδοση β' Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης Π.Χ. Αθήνα 1996.
5. Παπαχριστοδούλου Α.Ι.: "Χειρουργική παχέος εντέρου", Επιμέλεια έκδοσης: ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις ΕΠΕ Αθήνα 1995.
6. Βουδούρης Α.: "Καρκίνος στομάχου, λεπτού και παχέος εντέρου," Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία Αθήνα 1994.
7. Μπαρμπουνάκη Ευαγγελία – Κωνσταντίνου.: "Χημειοθεραπεία" Β' έκδοση Αθήνα 1989.
8. Λεουτσάκος Βασ. Γ.: " Παθήσεις παχέος εντέρου και ορθού", Επιστημονικές εκδόσεις "Γρηγόριος Παρισιανός", Μαρία ΓΡ. Παρισιανού Αθήνα 1994.
9. Παπαδημητρίου - Γ.Α.: "Αρχές γενικής χειρουργικής", Τόμος Β, Έκδοση Παρισιανός ΓΡ., Αθήνα 1989.
10. Πλέσσας Σταύρος, Τ., Κανέλλος Ευάγγελος.: " φυσιολογία του ανθρώπου 1", Εκδόσεις φαρμάκου – τύπος, Αθήνα 1994.
11. Τριχοπούλου Αντωνία –Τριχόπουλος Δημήτρης.: " Προληπτική Ιατρική, Αγωγή υγείας κοινωνική Ιατρική δημόσια υγιεινή", Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιανός Αθήνα 1986.
12. Σαχίνη – Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία.: " παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική", Β' Έκδοση 2^{ος} τόμος, Βήτα – Ιατρικές Εκδόσεις Μονοπρόσωπη ΕΠΕ 1997.
13. Αθανάτου Ελευθερία Κ.: "Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική", έκδοση Ε Αθήνα 1999.

14. Βουδούρης Α.: "Προβλήματα νοσηλευτικής στον καρκίνο", Νοσηλευτική ογκολογία, Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, Επιμέλεια Εκδόσεως Αθήνα 1994
15. Μπεσμπέας Σταύρος.: "Συνεχιζόμενη Νοσηλευτικής φροντίδα στον καρκινοπαθή", Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας Αθήνα 1991.
16. Βουδούρης Α.:. "Βοηθήματα νοσηλευτικής πρόληψης και έγκαιρης Διάγνωσης Καρκίνου", Νοσηλευτική ογκολογία, Επιμέλεια Εκδόσεως Α – Βουδούρης, Μακέτες Α.Ρ. Βουδούρης, Δ. Βερνάρδου, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία Αθήνα 1994.
17. Ραγιά Αφροδίτη ΧΡ.: " Νοσηλευτική ψυχικής υγείας", Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Αθήνα 1993.
18. Παπαβασιλείου Κ, Κουβάρης Ι., Γεννατάς Κ., Βώρος Δ.: " ογκολογία" , Επιστημονικές Εκδόσεις" Γρηγόριος Κ. Παρισσιανός. Μαρία ΓΡ. Αθήνα 1991.
19. Γουλιά Ειρήνη Γ.: " Εφαρμοσμένη Νοσηλευτική" Εκδόσεις η " Η ΤΑΒΙΘΑ" Αθήνα 1991.
20. Κωνσταντινίδου Σ., Μαλγαρινού Μ.: " Νοσηλευτική Γενική – Παθολογική – χειρουργική", Τόμος Α, Έκδοση 19", Εκδόσεις " Η ΤΑΒΗΘΑ", Αθήνα 1995.
21. Καραλιώτας Κωνσταντίνος Χ.: "Στόμιες, χειρουργική, τακτική εναλλακτικές τεχνικές", σειρά: Εξελίξεις στη χειρουργική, Σύμβουλος έκδοσης και επιστημονική Επιμέλεια Κωνσταντίνος Χ. Καραλιώτας. Σύνοδρον 2000.
22. Κυριακίδου Ελένη Θ.: "Κοινωνική Νοσηλευτική", Έκδοση δεύτερη, Αθήνα 1997.
23. Ulrich. Canale. Wendell.: "Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας", Έκδοση τρίτη. Εκδόσεις: Λαγός Δ. Αθήνα 1997.