

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

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ
ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**

**ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ :
Κ.ΦΙΔΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
ΛΥΚΟΥΡΕΣΗ ΕΛΛΗ-ΝΙΚΗ**

ΠΑΤΡΑ 2005

**Σήμερα έσωσα μια ζωή.
Παρηγόρησα μια οικογένεια ερειπωμένη από την αρρώστια
Ανακούφισα ένα φοβισμένο και πονεμένο παιδί.
Χάιδεψα το ευαίσθητο «εύθραυστο » χέρι μιας 70χρονης
χημειο-θεραπευτικής άρρωστης.
Όλα αυτά σε μια μέρα δουλειάς. Μιας δουλειάς που
«ΑΓΑΠΩ»**

Kathleen Thomas

ΑΦΙΕΡΩΣΗ.....	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'.....	10
✓ Ανατομία του πεπτικού συστήματος.....	11
✓ Ανατομία του παχέως εντέρου.....	12
✓ Ανάλυση τμημάτων του παχέως εντέρου.....	13
✓ Λειτουργία του παχέως εντέρου.....	14
✓ Αγγείωση και νεύρωση παχέως εντέρου.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'.....	16
✓ Φυσιολογία του πεπτικού συστήματος.....	17
✓ Αναλυτική φυσιολογία του παχέως εντέρου.....	19
✓ Εντερικά αέρια-βακτήρια.....	20
✓ Αφόδευση.....	20
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'.....	23
✓ Επιδημιολογικά δεδομένα.....	24
✓ Τύποι καρκινωμάτων παχέως εντέρου.....	26
✓ Νεοπλάσματα παχέως εντέρου.....	27
✓ Παράγοντες κινδύνου.....	29
✓ Κλινική εικόνα – συμπτωματολογία.....	30
✓ Διάγνωση- διαγνωστικές μεθόδους.....	31
✓ Επιπλοκές της νόσου.....	37
✓ Θεραπεία	37
✓ Πρόγνωση και έγκαιρη διάγνωση με το haemoccult τέστ.....	39
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'.....	43
✓ Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με ca παχέως εντέρου.....	44
<i>ΜΕΡΟΣ Α.....</i>	<i>45</i>
✓ Προεγχειρητική προετοιμασία.....	45
Ø Ψυχολογική προετοιμασία.....	45
Ø Σωματική προετοιμασία.....	46
✓ Προεγχειρητική εκπαίδευση του αρρώστου.....	48
✓ Διεγχειρητική φροντίδα.....	50
✓ Μεταεγχειρητική φροντίδα.....	50

✓ Μετεγχειρητικές δυσχέρειες	54
✓ Μετεγχειρητικές επιπλοκές.....	56
<i>ΜΕΡΟΣ Β</i>	67
✓ Χημειοθεραπεία.....	67
<i>ΜΕΡΟΣ Γ</i>	74
✓ Ακτινοθεραπεία.....	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'	75
✓ Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με στομία πεπτικού συστήματος	76
✓ Είδη στομίων πεπτικού συστήματος.....	76
✓ Ειδική νοσηλευτική παρέμβαση σε αρρώστους με κολοστομία.....	78
✓ Περιποίηση και πλύση κολοστομίας	79
✓ Επιπλοκές κολοστομίας	83
✓ Έξοδος αρρώστου από το νοσοκομείο.....	87
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	90
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	92
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	92
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	93
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	98

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Ογκολογική Νοσηλευτική είναι ένα πεδίο πρακτικής που καλύπτει όλες

τις ηλικιακές ομάδες και νοσηλευτικές ειδικότητες και παρέχεται σ' όλα τα πλαίσια φροντίδας υγείας. Η ειδικότητα της Ογκολογικής Νοσηλευτικής έχει αναπτυχθεί παράλληλα με την Ιατρική Ογκολογία και τις μεγάλες θεραπευτικές προόδους που σημειώθηκαν στη φροντίδα αρρώστων με κακοήθη νεοπλάσματα. Υπάρχει μια ειδική σύμφυτη πρόκληση στη φροντίδα αρρώστων με κακοήθη νεοπλάσματα, γιατί αυτά, στην κοινωνία μας, συχνά εξισώνονται με πόνο και θάνατο.

Ο νοσηλευτής πρέπει να έχει τα απαραίτητα εφόδια για να υποστηρίξει τον άρρωστο και την οικογένειά του στις φυσικές, συγκινησιακές, κοινωνικές, πολιτισμικές και πνευματικές κρίσεις. Για να πετύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα, ο νοσηλευτής παρέχει ρεαλιστική υποστήριξη χρησιμοποιώντας πρότυπα πρακτικής και νοσηλευτική διεργασία ως βάση της φροντίδας.

Τα κακοήθη νεοπλάσματα προσβάλλουν κάθε ηλικιακή ομάδα. Ωστόσο, τα περισσότερα συμβαίνουν σε άτομα άνω των 65 ετών. Η επίπτωση στους άνδρες είναι υψηλότερη από ό,τι στις γυναίκες επίσης, είναι υψηλότερη στις εκβιομηχανισμένες χώρες απ' ό,τι στις αναπτυσσόμενες. Είναι, μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η κύρια αιτία θανάτου στις εκβιομηχανισμένες χώρες. ¹

Σκοπός της εργασίας που ακολουθεί είναι, να δώσει μια μικρή γενική εικόνα του θέματος **καρκίνος παχέως εντέρου** και να επικεντρώσει το ενδιαφέρον του αναγνώστη στο ειδικό μέρος αυτής, που είναι η **νοσηλευτική φροντίδα του καρκινοπαθούς με καρκίνο παχέως εντέρου**.

Στο σημείο αυτό αναφέρεται μια περίπτωση ασθενούς που νοσηλεύτηκε χειρουργήθηκε και τελικά υγιής πλέον αποχώρησε από το νοσοκομείο. Αναφέρονται μια σειρά από προβλήματα που αντιμετώπισε και η νοσηλευτική παρεμβάση για την αντιμετώπιση και επίλυση των προβλημάτων αυτών, για την ανακούφιση του Ψυχικού και σωματικού πόνου του ασθενούς. θελήσαμε ακόμα να αναφέρουμε όλες τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει μία κολοστομία και τον τρόπο που η νοσηλεύτρια θα διδάξει τον ασθενή να ζήσει φυσιολογικά μ' αυτήν στο μέλλον.

Βασικός στόχος μας είναι να τονίσουμε τη θέση και το ρόλο της νοσηλεύτριας - υτή, στην φροντίδα του καρκινοπαθούς και την τεράστια προσφορά σ' αυτόν, ώστε να διατηρήσει τις δυνάμεις και την ακεραιότητά του.

Εύχομαστε να το κατορθώσαμε. ²

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα κακοήθη νεοπλασματικά νοσήματα που συλλογικά ονομάζουμε καρκίνο

αποτελούν Ένα προοδευτικά αυξανόμενο πρόβλημα Δημόσιας υγείας στον τόπο μας Όπως και σε πολλές άλλες χώρες του κόσμου Έχουν περιγραφεί από τα πρώτα βήματα της Ιατρικής και μάλιστα από τον Ιπποκράτη και των γαληνό Οι οποίοι πρώτοι ονόμασαν καρκίνο τα κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού ακόμη η ονομασία καρκίνος (κάβουρας) του κακοήθους νεοπλάσματος. Παρουσιάζει τον πόνο από τον καρκίνο όμοιο με αυτόν που δοκιμάζει κάποιος όταν τον δαγκώσει ένας Κάβουρας της θάλασσας. Η σύγχρονη αντίληψη για τα νεοπλάσματα σαν ανωμαλία της αναπτύξεως του κυττάρου δεν είναι παλαιότεροι από 130 χρόνια περίπου. ο johannes muller το 1838 Είναι ο πρώτος που έκανε την περιγραφή της κυτταρικής φύσεως του καρκίνου.

Ένα νεόπλασμα μπορεί να είναι καλοήθες η κακοήθες, το καλοήθες νεόπλασμα είναι η ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων τα οποία δεν είναι πολύ βλαπτικά δεν διασπείρονται σε άλλα μέρη του Οργανισμού και δεν διηθούν τους παρακείμενους ιστούς Το κακοήθες νεόπλασμα είναι ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων πάντοτε επιβλαβείς στον οργανισμό που διασκορπίζονται η μεταναστεύουν σε άλλους ιστούς μακριά από την αρχική τους εμφάνιση.²

Ο καρκίνος του παχέως εντέρου είναι από τους συχνότερους στον άνθρωπο είναι εντυπωσιακό όμως το γεγονός ότι η συχνότητα του αλλά και η επιβίωση των ασθενών μετά την εγχείρηση δεν έχουν μεταβληθεί ουσιωδώς κατά τα τελευταία 40 χρόνια και αυτό παρά το γεγονός ότι σήμερα γνωρίζουμε πολύ περισσότερα για την φυσική ιστορία της νόσου ,τη βιολογική συμπεριφορά του καρκίνου αυτού, τη γενετική του την ύπαρξη και τη σημασία των ογκογονιδίων καθώς επίσης και τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες

Σήμερα έχουμε τη δυνατότητα απομονώσεως ατόμων υψηλού κινδύνου που η παρακολούθησή τους και κατ επέκταση η διάγνωση του καρκίνου γίνεται ευχερέστερα με τη χρήση των ενδοσκοπήσεων ιδιαίτερο ενδιαφέρον αποκτά η χημειοθεραπεία η οποία είτε ως συμπληρωματική της εγχειρήσεως είτε στη γενικευμένη νόσο φαίνεται ότι αξίζει να παίζει σημαντικό ρόλο. Η ακτινοθεραπεία έχει αδιαμφισβήτητη θέση στη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του ορθού τέλος η παρακολούθηση των ασθενών γίνεται ευχερέστερα με τον προσδιορισμό του καρκινοεμβρυικού αντιγόνου έτσι ώστε οι υποτροπές να αποκαλύπτονται έγκαιρα.³

Ο καρκίνος του παχέως εντέρου αυξάνεται στη χώρα μας συνέχεια και τείνει να θτάσει στα υψηλά επίπεδα που παρατηρούνται σε άλλες χώρες, όπως η νέα ζηλανδία, η σκοτία , η ιρλανδία και άλλες.

Στην εργασία μας αυτή θα ασχοληθούμε γενικά με τον καρκίνο του παχέως εντέρου και την αντιμετώπισή του αλλά και με την πρώιμη διάγνωσή του και πρόληψή του.

Έχοντας συνειδητοποιήσει τον ρόλο μας στη πρόληψη, θα προσπαθήσουμε μέσα από

αυτή την εργασία να παρουσιάσουμε τρόπους και προγράμματα πρόληψης και πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου του παχέως εντέρου.

Επίσης θα αναφέρουμε το ρόλο της νοσηλεύτριας στην πρώιμη διάγνωση και μπορεί να συμβάλει στην πρόληψή του ακόμα και μέσα από την κοινότητα , την οικογένεια, το σχολείο.

Εξάλλου ένας από τους κυριότερους σκοπούς της νοσηλεύτικής, είναι η πρόληψη της αρρώστιας και όχι η αρρώστια.⁴

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το σώμα διατηρεί τη μορφολογία και τη λειτουργία των οργάνων του με τη συνεχή πρόσληψη ενέργειας. Η ενέργεια προσλαμβάνεται με τις τροφές οι οποίες αποτελούνται από πρωτεΐνες, λίπη, υδατάνθρακες καθώς και βιταμίνες. Η πέψη περιλαμβάνει όλες τις επεξεργασίες με τις οποίες θρεπτικές ουσίες με την δράση ενζύμων, απελευθερώνονται από τις τροφές και τελικά απορροφούνται. η πέψη γίνεται από τα όργανα του πεπτικού συστήματος.

Τα όργανα του τελευταίου βρίσκονται εν μέρει στην κεφαλή και στον τράχηλο και εν μέρει στις κοιλότητες του κορμού. Το πεπτικό σύστημα διαχωρίζεται σε ανώτερο και κατώτερο. Το ανώτερο τμήμα αποτελείται από τη στοματική κοιλότητα έως την αρχή του οισοφάγου ενώ το κατώτερο αποτελείται από τα εξής όργανα: οισοφάγο-στόμαχο-λεπτό-παχύ έντερο.

Ο οισοφάγος λειτουργεί σαν ινομώδης σωλήνας διέλευσης τις τροφής. έχει μήκος 25-30 cm και ο αυλός του παρουσιάζει 4 στενώματα: το κρικοειδές, το αορτικό, το βρογχικό και το φρενικό. κύρια λειτουργία του οισοφάγου είναι η μεταφορά τις τροφής στο στόμαχο.

Ο στόμαχος βρίσκεται στην άνω κοιλία, κάτω από τον αριστερό θόλο του διαφράγματος.⁵ Ο στόμαχος εμφανίζει τα εξής μέρη:

A) **θόλος** : είναι το τμήμα που βρίσκεται πάνω από την καρδιοοισοφαγική συμβολή.

B) **σώμα** : είναι το μέρος που εκτείνεται από το κάτω όριο του θόλου μέχρι το πάνω όριο του πυλωρικού άντρου και καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος του στόμαχου.⁶

Γ) **πυθμένας η πυλωρικός στόμαχος**: υποδιαιρείται στο πυλωρικό άκρο και στο πυλωρικό σωλήνα. το πυλωρικό άντρο καλύπτει τα τελευταία 5-6- cm του στομάχου και εκτίνεται μέχρι τον πυλωρικό σφικτήρα όπου είναι και το τελευταίο μέρος του στομάχου.⁶

Κύρια λειτουργία του στομάχου είναι η χημική διάσπαση των τροφών με την επίδραση του γαστρικού υγρού το οποίο περιέχει πρωτεϊνολυτικά ένζυμα, υδροχλωρικό οξύ και βλέννα.⁵



Το τμήμα του πεπτικού σωλήνα του οποίου ξεκινούν από τον πυλωρό και καταλήγουν στην ειλεοτυφλική βαλβίδα αποτελεί το λεπτό έντερο. Έχει μήκος 3-4 m και εύρος 3-5 cm και αποτελείται από τα εξής τρία μέρη:

A) **δωδεκαδάχτυλο** το οποίο υποδιαιρείται σε τέσσερις μοίρες .

1. την πρώτη ή άνω
2. την δεύτερη ή κατιούσα
3. την Τρίτη ή εγκάρσια ή οριζόντια ή κάτω
4. την τέταρτη ή ανιούσα

το δωδεκαδάχτυλο αρχίζει από τον πυλωρό και τελειώνει στην νυστιδοδωδεκαδακτυλική καμπή .^{5,7}

B) **Η νήστιδα** : αποτελεί τα 2/5 του λεπτού εντέρου .

Γ) **Ο ειλεός** : είναι το τελευταίο τμήμα του λεπτού εντέρου και καλύπτει τα 3/5 αυτού . η κύρια λειτουργία του λεπτού εντέρου είναι η πέψη και η απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών .⁵

Τέλος το παχύ έντερο ξεκινά από την ειλεοτυφλική βαλβίδα ,καταλήγει στο ορθό και έχει μήκος περίπου 1-1,5 m .⁶

1.1. ANATOMIA ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το παχύ έντερο ονομάζεται έτσι γιατί έχει άυλο ευρύτερο του αυλού του λεπτού εντέρου και αποτελεί την τελική μοίρα του πεπτικού σωλήνα που επεκτείνεται από την ειλεοτυφλική βαλβίδα μέχρι τον ορθοπρωκτικό δακτύλιο. Η ειλεοτυφλική βαλβίδα λειτουργεί ως βαλβίδα μονής κατευθύνσεως και παρεμποδίζει την παλινδρόμηση περιεχομένου του τυφλού στον τελικό ειλεό.⁸ το παχύ έντερο διαιρείται στις ακόλουθες μοίρες :

A) το τυφλό (7-8cm) με τη σκωληκοειδή απόφυση .

B) το κόλο απου με την σειρά του αποτελείται από

1. ανιόν (15-25cm)
2. εγκάρσιο (45-50cm)
3. κατίον (25-45cm)
4. σιγμοειδές (16-66cm)

Γ) το ορθό (15 cm)

Τα τελευταία 5 cm του σιγμοειδούς και τα πρώτα 5cm του ορθού καλούνται επίσης ορθοσιγμοειδές .⁹



1.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΜΗΜΑΤΩΝ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Κάθε τμήμα του παχέως εντέρου έχει τα δικά του χαρακτηριστικά και εκτελεί συγκεκριμένες λειτουργίες .

A) το τυφλό εμφανίζεται σαν τυφλός διευρισμένος θύλακας του παχέως εντέρου . βρίσκεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο κοντά στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα . καλύπτεται από περιτόναιο κατά την πρόσθια και τις πλάγιες επιφάνειες του και μερικές φορές και κατά την οπίσθια επιφάνεια,οπότε δημιουργείται οπισθοτυφλικός χώρος αλλά και μαύρο μεσεντέριο που ευνοεί την πρόκληση τις ειστροφής .⁸

η τελική μοίρα του ειλεού εισδύει στο τυφλό σαν στρογγυλή προβολή σχηματίζοντας την ειλεοτυφλική ή ειλεοκολική βαλβίδα. Η λειτουργία της βαλβίδας αυτής είναι να χρησιμεύει σαν σφικτήρας όπου ανοίγει περιοδικά και επιτρέπει τη διέλευση του εντερικού περιεχομένου στο παχύ έντερο ενώ παρεμποδίζει την παλινδρόμηση του.⁵ η σκωληκοειδή απόφυση στο έμβρυο επικοινωνεί με τη βάση του τυφλού, ενώ στον ενήλικα λόγω της διαφορετικής ανάπτυξης που έχει το τοίχωμα του

τυφλού μετακινείται και εκβάλλει στο μέσο οπίσθιο τοίχωμα.⁸ το μήκος της κυμαίνεται από 2 έως 20cm και έχει διάμετρο 0.5-1cm .⁵

β) το ανιόν εκτείνεται από την ειλεοτυφλική βαλβίδα μέχρι την δεξιά κολική καμπή από την οποία αρχίζει το εγκάρσιο. καλύπτεται από περιτόναιο κατά την πρόσθια και τις πλάγιες επιφάνειες ενώ η οπίσθια επιφάνεια του βρίσκεται σε ανατομική συσχέτιση με τον δεξιό ουρητήρα.

Το **εγκάρσιο κόλο** εκτείνεται μέχρι την αριστερά κολική καμπή, είναι ευκίνητο λόγω του μακρού μεσεντέριού του, του εγκάρσιου μεσοκόλου. Στην αντιμεσεντερική του επιφάνεια προσφύεται το μείζον επιπλούν.

Το **κατιόν κόλον** εκτείνεται από την αριστερή κολική καμπή μέχρι την λαγόνια ακρολοφία, καλύπτεται με περιτόναιο κατά την πρόσθια κ' τις πλάγιες επιφανείες του κ' βρίσκεται προσθιοπλάγια από τον αριστερό ουρητήρα.

Το **σιγμοειδές ποικίλου μήκους**, συνήθως κάτω των 50cm καλύπτεται από περιτόναιο σε όλες τις επιφανείες του όπως και το εγκάρσιο κόλον και συνεπώς έχει μεσεντέριο που σχηματίζει αγκύλη σαν «S».

Το **ορθό** αρχίζει συνήθως στο ύψος του I3, εκεί όπου το σιγμοειδές αρχίζει να αποστερείται του μεσεντεριού του. Κατέρχεται κατά μήκος του κοίλου του ιερού οστού για να καταλήξει στην ορθοπρωκτική συμβολή 2,5cm μπροστά και λίγο χαμηλότερα από την κορυφή του κόκιγα, σημείο που στο οριζόντιο επίπεδο αντιστοιχεί στην κορυφή του προστάτη στον άντρα.

Το ορθό διαιρείται λειτουργικά σε τρία (3) τριτημόρια :**το κάτω**, **το μέσο** και **το άνω**

1.3 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Πρωταρχική λειτουργία του παχέως εντέρου είναι η απορρόφηση ύδατος και νατρίου από το υδώρες εντερικό περιεχόμενο, καθώς αυτό προωθείται από την ειλεοκολική βαλβίδα και η ασήμαντη αποβολή καλίου. Περίπου έξι χιλιάδες (6000) ml υγρού διέρχονται από την ειλεοκολική βαλβίδα στο 24ωρο, η πλειονότητα του οποίου απορροφάται στο δεξιό κόλον και μόνο 200-400ml παραμένει στα κόπρανα. Το κάλιο αποβάλλεται στα κόπρανα με παθητική διάχυση και βλευνογονική έκκριση. η αμμωνία παράγεται και απορροφάται στο παχύ έντερο.

Σημαντικές ποσότητες αερίων που αποτελούνται κυρίως από άζωτο και προέρχονται από τον καταπνόμενο αέρα και από την βακτηριακή αποσύνθεση τροφών, κυρίως στο ανιόν κόλον αθροίζονται στο παχύ έντερο και τα περισσότερα αποβάλλονται από τον πρωκτό, μικρό όμως ποσοστό απορροφάται στο αίμα. Το δεξιό κόλον αποτελεί απορροφητική επιφάνεια, ενώ το αριστερό «αποθήκη» κοπράνων μέχρι να αποδευθούν. η βλέννα που εκκρίνεται από τα λαγνοειδή κύτταρα ως γλισχραντικό – ολισθητικό μέσο, αλλά και ως εξουδετερωτικό ερεθιστικών οξέων που προέρχονται από βακτηριδιακή δραστηριότητα.⁸

2. ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΚΑΙ ΝΕΥΡΩΣΗ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το παχύ έντερο αρδεύεται από την άνω μεσεντέριο αρτηρία μέχρι την αριστερή κολική καμπή και από την κάτω μεσεντέριο αρτηρία περιφερικά της αριστερής κολικής καμπής ενώ το ορθό έχει επιπρόσθετη άρδρευση από την μέση ιερά αρτηρία κλάδο του διχασμού της αορτής και από την μέση και κάτω αιμορροϊδική αρτηρία , κλάδος της έσω λαγονίου αρτηρίας. Οι αρτηρίες του παχέως εντέρου κατά την πορεία τους στο κολικό μεσεντέριο ανασταμώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν κοντά στο κολικό τοίχωμα μια συνεχή αρτηρία την επιχείλιο, από την οποία αξορμώνται αγγεία που διακλαδιζόμενα στο μεσεντερικό χείλος περιβάλλουν το έντερο.

Από αυτά εκπορεύονται πολλοί μικρότεροι κλάδοι που διασχίζουν το μυϊκό χειτώνα και φτάνουν στο υποβλενογόννιο . οι διακλαδώσεις αυτές αποτελούν θέσεις του μυϊκού χειτώνα μέσα από τις οποίες γίνεται η πρόπτωση του κολικού βλενογόννου στην εκοπλωμάτωση . τα φλεβικά στελέχη του παχέως εντέρου συνοδεύουν τις αντίστοιχες αρτηρίες και εκβάλλουν στην πυλαία κυκλοφορία εκτός από τις μέσες και κάτω αιμορροϊδικές φλέβες που εκβάλλουν στην συστηματική κυκλοφορία. Η κολική λέμφος παροχεύεται αλληλοδιάδοχα στους επικολλικούς αδένες , που βρίσκονται επί του εσωτερικού τοιχώματος και από αυτούς στους παρακολλικούς που βρίσκονται μεταξύ κόλου και επιχείλιου αρτηρίας , στους διαμέσους κατά μήκος των κυρίως κολίων αγγείων και τους κυρίους αδένες στη ρίζα των άνω και κάτω μεσεντερίων αγγείων. Η ορθική λέμφος παροχεύεται κυρίως προς τα άνω στους μεσεντέριους λεμφαδένες αλλά και προς τα πλάγια κατά μήκος των μέσων αιμορροϊδικών αγγείων στους έσω λαγόνιους λεμφαδένες. Η περοφερική προς τα κάτω λεμφική παροχετεύεται αποτελεί εξαίρεση για το ορθό , ενώ η λεμφική παροχέτευση του πρωκτικού σωλήνα και του περιπρωκτικού δέρματος γίνεται στους βουβονικούς λεμφαδένες. 8

Η νεύρωση του παχέως εντέρου γίνεται από το ΑΝΣ . συμπαθητικές ίνες ζδια του σπλαχνικού πλέγματος φθάνουν στο πλέγμα της άνω μεσεντερίου αρτηρίας και μέσω των κλάδων της καταλήγουν στο δεξιό κόλον. Οι παρασυμπαθητικές ίνες του δεξιού κόλου προέρχονται από το δεξιό πνευμονογαστρικό και πορεύονται όπως και οι ίνες του συμπαθητικού κατά μήκος των τροφοφόρων αγγείων . το αριστερό κόλον λαμβάνει συμπαθητικές ίνες οι οποίες αφού σχηματίσουν συνάψεις στα παρασπονδυλικά γαγγλεία ακολουθούν τους κλάδους της κάτω μεσεντερίου αρτηρίας . η παρασυμπαθητική νεύρωση του αριστερού κόλου γίνεται αν οι ίνες οι οποίες εξέρχονται από τη σπονδυλική στήλη , σχηματίζουν το ενδοπυελικό πλέγμα και στέλνουν μεταγαγγλειακές ίνες στο κατιόν –σιγμοειδές και το ενδοπυελικό τμήμα του παχέως εντέρου.6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

1. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Οισοφάγος αποτελείται από δύο σφικτήρες :τον ΑΝΩ και τον ΚΑΤΩ. Ο άνω οισοφαγικός σφικτήρας παρουσιάζει πιέσεις υποατμοσφαιρικές [-2 , 6 ±1,3] mmHg με διακύμανση των τιμών. Η προώθηση του βλωμού προς τον οισοφάγο θα επιτευχθεί μόνο αν προκληθεί χάλαση των Α.Ο.Σ. ταυτοχρόνως με τη φαρυγγική σύσπαση. Ο Α.Ο.Σ. εκδηλώνει τη μέγιστη σύσπασή του αμέσως μετά την χάλαση, τη στιγμή που το κύμα πίεσης προωθείται προς τον οισοφάγο για να εμποδίσει την παλλινδρομική του βλωμού. Όσον αφορά τον περιστελισμό του οισοφάγου είναι γνωστό ότι ο οισοφάγος σε κατάσταση ηρεμίας παρουσιάζει μέση πίεση $2\pm 2,7$ mmHg που μεταβάλλεται ευρέως από τις αναπτυσσόμενες ενδοθωρακικές πιέσεις .

Κατά την κατάποση αναπτύσσονται συσπάσεις ή αλλιώς κύματα . τα κύματα αυτά καλούνται πρωτογενή ή κύματα καταπόσεως και έχουν σκοπό την προώθηση του βλωμού στο στομάχι. Υπάρχουν δευτερογενή ή περισταλτικά κύματα που έχουν σκοπό τον περιοδικό καθαρισμό του οισοφάγου από τα παλλινδρομούντα γαστρικά υγρά και συμβαίνουν κατά τον ύπνο.

Τέλος υπάρχουν και οι τριτογενείς συσπάσεις που ονομάζονται και μη περισταλτικά αυτόματα κύματα , συνήθως είναι παθολογικά αλλά συμβαίνουν και σε υγιή άτομα , προχωρώντας προς τα κάτω διακρίνεται ο κατώτερος οισοφαγικός σφικτήρας ή αλλιώς ζώνη υψηλών πιέσεων . όταν εκδηλωθεί το κύμα πίεσης στον ανώτερο οισοφάγο ο οποίος εκδηλώνει τη μέγιστη σύσπασή του, τότε ο κατώτερος αρχίζει την πλήρη χαλασή του ώστε να διέλθει ο βλωμός στο στομάχι και αμέσως ακολουθεί η μέγιστη σύσπασή του σκοπός του Κ.Ο.Σ. είναι η προστασία του οισοφάγου από τα βλαπτικά γαστρικά υγρά .⁶

1.1 ΣΤΟΜΑΧΟΣ-ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ο στόμαχος δέχεται τις τροφές από τον οισοφάγο και χρησιμεύει για την ανάμειξη, πολτοποιήση , την προσωρινή εναποθήκευση και στη συνέχεια την προώθηση τους στον δωδεκαδάχτυλο. Η εναποθήκευση γίνεται κυρίως στο θόλο και στο σώμα , τα οποία διατείνονται παθητικός και είναι δυνατόν να περιέχουν μέχρι 1000ml περίπου η προώθηση επιτυγχάνεται με περισταλτικές κινήσεις του άντρου ενώ ο πυλωρικός σφικτήρας χαλαρώνει.

Όταν ο στόμαχος είναι κένος δημιουργούνται ασθενή περισταλτικά κύματα με ρυθμό 3/min των οποίων η ένταση αυξάνεται όταν ο στόμαχος είναι πλήρης . δηλαδή εξαρτάται από την ποσότητα των τροφών , το μέγεθος των τεμαχιδίων , το είδος της τροφής ,το ΡΗ του στομάχου ,την οσμωτική πυκνότητα των τροφών κ.α. μετά την λήψη τροφής ακολουθούν έντονες συσπάσεις που διαρκούν 3-4 h . σε κάθε κύμα προωθούνται 5-15 ml βλωμού περίπου. ⁶

1.2 ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΕΚΚΡΙΣΗ

Ο βλενογόνος του στομάχου κυρίως του σώματος περιέχει πλήθος αδένων οι οποίοι έχουν τρία (3) είδη κυττάρων : τα θεμέλια ή ζυμογόνα τα οποία παράγουν πεψιγόνο , τα τοιχωματικά ή καλυπτήρια ή οξυδικά τα οποία παράγουν το HCl οξύ και τα βλενοποία που παράγουν την βλέννη. Βλέννη μπορεί επίσης να παραχθεί και στους πλωρικούς και καρδιακούς αδένες του στομάχου. Η βλέννη αυτή αποτελεί προστατευτικό παράγοντα για το βλενογόνο γιατί αδρανοποιεί και εξουδετερώνει το HCl οξύ του στομάχου⁷ . το HCl οξύ εκκρίνεται από τους αδένες του θόλου του στομάχου. Ο γαστρικός χυμός σε πείνα αποτελείται :

- α) από ιόντα Na^+ , K^+ , Mg^{2+} , H^+ , Cl^- , $HPO_4 = SO_4$.Το PH του στομάχου σε πείνα είναι < 1 ($PH \approx 1$) .
- β) Πεψίνες
- γ) Βλέννη
- δ) γαστρική λιπάση
- ε) Ενδογενής παράγον (B₁₂) η έλλειψη του οποίου προκαλεί μεγαλοβλαστική αναιμία .
- στ) ρενίνη
- ζ) νερό¹⁰

1,3 ΣΥΣΠΑΣΕΙΣ ΠΕΙΝΑΣ

Το μυϊκό τοίχωμα του στομάχου σπάνια αδρανοποιείται . μόλις κενωθεί ο στόμαχος αρχίζουν ήπιες περισταλτικές συσπάσεις. Σε περίοδο μερικών ωρών οι περισταλτικές κινήσεις αυξάνουν σε έκταση σε βαθμό που να προκαλούν ήπιο πόνο. Οι συσπάσεις τις πείνας συνδυάζονται με το αίσθημα της πείνας και αποτελούν σπουδαίο παράγοντα που ρυθμίζει την όρεξη.¹⁰

2. ΛΕΠΤΟ ΕΝΤΕΡΟ

Στο λεπτό έντερο γίνεται η απορρόφηση των προϊόντων της πέψεως η οποία συμπληρώνεται με την έκκριση ενζύμων από τα επιθηλιακά κύτταρα του εντερικού βλενογόνου. Η συνολική απορροφητική επιφάνεια του είναι $200 - 500m^2$ και είναι συνάρτηση του μήκους του , του αριθμού των κυκλοτερών πτυχών του , των λάχνων και των μικρολάχνων του . καθημερινά 5-8 l υγρών περνούν στη νήστιδα και κάτω από φυσιολογικές συνθήκες μόνο τα 1-2 l αυτών φτάνουν στο τυφλό .⁷

3.ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ

Η κύρια λειτουργία του παχέως εντέρου είναι η απορρόφηση ύδατος, N⁺ και άλλων μετάλλων, μετατρέποντας τα 400 -1500ml ισότονου εντερικού χυμού που εισέρχεται σε αυτό από το ειλέο, σε 150 gr ημιστερεών κοπράνων. Στο παχύ έντερο απορροφούνται επίσης μερικές βιταμίνες, ενώ άλλες συντίθεται σε αυτό από το μεγάλο αριθμό βακτηρίων που βρίσκονται στο παχύ έντερο.¹⁰

3.1 ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Στο παχύ έντερο απορροφούνται κυρίως νερό και ηλεκτρολύτες συμπηκνώνοντας προοδευτικά το περιεχόμενο μέχρι τον τελικό σχηματισμό των κοπράνων. Σε φυσιολογικές καταστάσεις η απορρόφηση υδατανθράκων, λιπών, αμινοξέων ή βιταμινών είναι ασήμαντη. Όταν όμως έχουμε παθήσεις στο λεπτό έντερο η απορρόφηση υδατανθράκων και βιταμινών γίνεται στη παχύ έντερο. Περίπου 1000-2000ml περιεχομένου του ειλεού εισέρχεται στο τυφλό καθημερινός. Αυτό αποτελείται κατά 90% από νερό το οποίο απορροφάται σταδιακά, κυρίως στο δεξιό κόλο έτσι ώστε στις κενώσεις αποβάλλονται μόνο 100-200ml ύδατος.⁶

3.2 ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ – ΑΠΟΡΡΟΦΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Όπως προαναφέραμε οι κύριες λειτουργίες του παχέως εντέρου είναι δυο :

1) η κινητικότητα

2) η απορροφητικότητα .

1) κινητικότητα :

Το παχύ έντερο παραμένει ακίνητο σε συνθήκες ηρεμίας και επομένως η ειλεοκολική βαλβίδα είναι κλειστή. Η βαλβίδα αυτή ανοίγει για λίγο μόνο σε κάθε περιστατικό κύμα και μικρή ποσότητα απ τον εντερικό χυμό του ειλεού εισέρχεται στο κόλον. Όταν η τροφή εισέρχεται στο στομάχι εραθίζεται το πνευμονογαστρικό νεύρο αντανακλαστικά και έτσι το κόλον ηρεμεί και η είσοδος της τροφής από την ειλεοκολική βαλβίδα αυξάνεται. Στη συνέχεια ερεθίζεται το συμπαθητικό νεύρο με αποτέλεσμα να αυξάνεται η τονική σύσπαση της βαλβίδας.

Οι μεταβολές του ενδογενούς τόνου και οι τμηματικές συσπάσεις που είναι κινήσεις του παχέως εντέρου συμβάλλουν στην καλύτερη ανάμειξη του περιεχομένου. Τα περισταλτικά αυτά κύματα βοηθούν το παχύ έντερο να συσπάται, να ευθυάξεται και εξαφανίζονται οι εκκολπώσεις του. Οι συσπάσεις αυτές διαρκούν 2-3 sec και συμβαίνουν 2-3 φορές την ημέρα.

Στόχος τους είναι η προώθηση του εντερικού περιεχομένου προς το ορθό και έτσι προκαλείται το αίσθημα της αφόδευσης. Στο παχύ έντερο δεν έχουμε έκκριση ενζύμων αλλά ούτε και ορμονική ή νευρική παρέμβαση κατά την εκκριτική του λειτουργία. Όλα αυτά γίνονται αντανακλαστικά.¹⁰

2) απορροφητικότητα :

Η απορροφητική ικανότητα είναι πολύ μεγάλη και αποτελεί πλεονέκτημα για την χορήγηση φαρμάκων κυρίως στα παιδιά. Συγκεκριμένα η απορροφητικότητα είναι

μεγαλύτερη στο δεξιό μισό του παχέως εντέρου και αφορά το νερό (1,2 lt/24h) και τους ηλεκτρολύτες .

Στην περίπτωση που εισέρχονται στο παχύ έντερο μεγαλύτερες ποσότητες υγρών προκαλείται διάρροια. Οι ηλεκτρολύτες που απορροφούνται είναι το Na^+ και Cl^- και οι ηλεκτρολύτες που απεκκρίνονται είναι το K^+ και HCO_3^- . τέλος τα δισθενή ιόντα δεν απορροφούνται επειδή δεν κατακρατούν υγρά και χρησιμεύουν σαν καθαρτικά (MgSO_4)⁹

3.3 ΕΝΤΕΡΙΚΑ ΑΕΡΙΑ-ΒΑΚΤΗΡΙΑ

A) Εντερικά αέρια.

Ενώ το λεπτό έντερο σε φυσιολογικές συνθήκες περιέχει ελάχιστο αέρα, μια απλή ακτινογραφία δείχνει σχεδόν πάντα αέρα στον αυλό του παχέως εντέρου. Μια ποσότητα του αέρα αυτού απορροφάται κατά μήκος του βλενογόνου, αλλά το περισσότερο 400-200ml/d αποβάλλεται μέσω του πρωκτού. Τα αέρια προέρχονται από την κατάποση και κυρίως από ζυμώσεις υδατανθράκων και δημητριακών προϊόντων που δεν έχουν απορροφηθεί, όπως και από διασπάσεις οργανικών ουσιών παρουσία μικροβίων. Κύριο συστατικό των εντερικών αερίων είναι το άζωτο (N_2), το O_2 το H_2 , το CO_2 και το μεθάνιο (CH_4). Το H_2 και το CO_2 παράγονται από ζύμωση άπεπτων υδατανθράκων και κυρίως κυτταρίνης. Το 1/3 του πληθυσμού παράγει το αέριο μεθάνιο το οποίο αποτελεί ένδειξη μεγάλου αριθμού μικροβίου, κόπρανα, από άτομα που παράγουν μεθάνιο σχεδόν πάντοτε επιπλέον. Ασθενείς με πολλά αέρια παραπονιούνται για διάταση της κοιλίας και σημαντική αποβολή υδαρών κοπράνων και αερίων. Μαζική αποβολή των αερίων σημαίνει αυξημένη παραγωγή H_2 .⁶

B) Εντερικά βακτήρια.

Ο κύριος όγκος των βακτηρίων υπάρχει στο παχύ έντερο, ενώ μόνο ελάχιστα υπάρχουν στην νήστιδα και στον ειλεό. Η άνιση αυτή κατανομή οφείλεται στη δράση του HCL στο στομάχι και στη γρήγορη διέλευση του περιεχομένου του. Το είδος των βακτηριδίων που υπάρχουν στο παχύ έντερο είναι βάκιλοι, κόκκοι διαφόρων τύπων όπως και μικροοργανισμοί διαφόρων τύπων π.χ. ο βάκιλος της αερογόνου γάγγραινας. Οι μεγαλύτερες ποσότητες αυτών αποβάλλονται με τα κόπρανα. Τα βακτήρια αυτά γενικά θεωρούνται χρήσιμα για τον ανθρώπινο παράγοντα πλύν όμως μπορεί να προκαλέσουν παθογεννητική κατάσταση. Το καφέ χρώμα των κοπράνων οφείλεται σε χρωστικές οι οποίες σχηματίζονται από τις χολοχρωστικές με τη δράση των βακτηρίων . τέλος όταν η χολή δεν μπορεί να πέσει στο δωδεκαδάχτυλο, πράγμα που συμβαίνει σε παθολογικές καταστάσεις όπως π.χ στην απόφραξη χοληφόρων, τότε τα κόπρανα γίνονται λευκά. Η κατάσταση αυτή ονομάζεται αποχρωματισμός κοπράνων.¹⁰

3.4 ΑΦΟΔΕΥΣΗ

Η αυξανόμενη τάση στα τοιχώματα του ορθού λόγω της εισόδου των κοπράνων αποτελεί ερέθισμα για αφόδευση. Στο ερέθισμα αυτό συμβάλει το συμπαθητικό που προκαλεί ακούσια διέγερση του έσω σφικτήρα ενώ το παρασυμπαθητικό νεύρο προβάλλει αναστολή. Κατά την διάταση του απευθυσμένου ο σφικτήρας αυτός είναι σε

χάλαση. Το αιδοϊκό νεύρο είναι αυτό που συμβάλει στην νεύρωση του έξω σφικτήρα ο οποίος παραμένει σε τονική σύσπαση και η χάλασή του προκάλειται εθελοντικά. Η κένωση λοιπόν είναι σπονδυλικό αντανακλαστικό το οποίο αναστέλεται εκούσια κρατώντας έτσι τον έξω σφικτήρα σε σύσπαση.

Όταν τελικά ενεργοποιηθεί με την θέλησή μας, διευκολύνεται η κένωση με την σύσπαση των κοιλιακών μυών. Η διάταση του στομάχου από την τροφή έχει σαν συνέπεια τη δημιουργία συσπάσεων του απευθυσμένου και τάση για κένωση. Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται γαστροκολικό αντανακλαστικό.¹⁰

*ΕΙΔΙΚΟ
ΜΕΡΟΣ*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'

Ο καρκίνος του παχέως εντέρου είναι ο πιο συχνός καρκίνος του πεπτικού σωλήνα. είναι η δεύτερη αιτία θανάτου από τον καρκίνο στις γυναίκες μετά τον καρκίνο του μαστού και η τρίτη αιτία θανάτου από CA στους άντρες μετά τον καρκίνο του πνεύμονα και του προστάτη¹¹. Είναι ο δεύτερος από πλευρά θνησιμότητας καρκίνος στον δυτικό

κόσμο. Ειδικότερα στις Η.Π.Α ευθύνεται για το θάνατο 60.000 ατόμων ετησίως , ενώ η ετήσια επίπτωσή του πλησιάζει τις 160.000 νέες περιπτώσεις. Ο κίνδυνος αυξάνει μετά την ηλικία των 40 ετών και υπολογίζεται ότι ένα άτομο 50 ετών έχει 5% πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του παχέως εντέρου στο υπόλοιπο της ζωής του και 2.5% πιθανότητα να πεθάνει από αυτή την αιτία.

Άρα είναι προφανές γιατί οι προσπάθειες ανάπτυξης προγραμμάτων πρόληψης είναι έντονες και συνεχείς.¹² Ο καρκίνος του κόλου και του ορθού ευθύνεται για 15% των θανάτων. Παλαιότερη αναφορά στην κατανομή του καρκίνου του παχέως εντέρου υποστηρίζει ότι ο καρκίνος αυτός παρατηρείται κυρίως στο 16% στο τυφλό και το ανιόν κόλο, κατά 5% στο εγκάρσιο κόλο, 9% στο κατιόν , 20% στο σιγμοειδές και 50% στο ορθό¹³. Ο CA του παχέως εντέρου εμφανίζεται ως αδеноματώδες πολύποδες και αδενοκαρκινώματα. Οι πολύποδες αιμοραγούν και αποφράζουν το έντερο, η παρουσία τους όμως καθίσταται σημαντική κυρίως της κακοήθους εξάπλωσης.⁸

1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ο καρκίνος του παχέως εντέρου αποτελεί σήμερα στην Ελλάδα σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας. Το 1985, καταγράφηκαν 852 θάνατοι στη χώρα μας από αυτό τον καρκίνο (αδρός δείκτης θνησιμότητας 8,7/1 00.000) και ήταν η τέταρτη συχνότερη αιτία θανάτου από νεοπλάσματα. Ένα τρίτο των καρκίνων εντοπίζονται στο ορθό και στην ορθοσιγμοειδή συμβολή και 25% στο σιγμοειδές. Περίπου 95% των νεοπλασμάτων του παχέως εντέρου είναι αδενοκαρκινώματα. Υψηλοί δείκτες επιπτώσεως και θνησιμότητας χαρακτηρίζουν τις πιο αναπτυγμένες οικονομικά χώρες, μέσοι δείκτες τη νότια και την ανατολική Ευρώπη και χαμηλοί την Ασία, την Αφρική και τις περισσότερες χώρες της Λ. Αμερικής. Η Ελλάδα καταλαμβάνει τις χαμηλότερες θέσεις ανάμεσα στις χώρες της ΕΟΚ (εγκ. 1) και οι υψηλότεροι δείκτες στη χώρα μας έχουν βρεθεί στις αστικές περιοχές.² Μετά το 1950, έχει παρατηρηθεί στις ΗΠΑ και σε άλλες χώρες μικρή σταθερή άνοδος της επιπτώσεως αυτού του καρκίνου. Στην Ελλάδα, εμφανίζεται μεταπολεμικά σταθερή άνοδος της θνησιμότητας, αλλά μετά το 1980 οι δείκτες μοιάζουν να έχουν σταθεροποιηθεί σε άτομα ηλικίας κάτω των 65 ετών. Ο

καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίζεται εξίσου συχνά στα δύο-φύλα, ενώ ο καρκίνος του ορθού παρουσιάζεται συχνότερα στους άνδρες .

Στον καρκίνο του παχέος εντέρου περιβαλλοντικοί παράγοντες στη ζωή του ενήλικα συνεχιζουν να μεταβάλλουν τον κίνδυνο. Μετανάστες από χώρες χαμηλού κινδύνου σε χώρες υψηλού κινδύνου αποκτούν τους δείκτες θνησιμότητας της νέας χώρας. Παρόμοια τάση έχει περιγραφεί για τους Έλληνες μετανάστες στην Αυστραλία. 3 υψηλοί δείκτες έχουν καταγραφεί σε εργάτες εκτεθειμένους σε ίνες αμιάντου, σε εργαζόμενους σε κλωστουφαντουργεία, σε εργάτες μετάλλου καθώς και στα καθιστικά επαγγέλματα γεν).κά.

Ο κίνδυνος αναπτύξεως καρκίνου του παχέος εντέρου σε άτομα με εκτεταμένη ελκώδη κολίτιδα διάρκειας τουλάχιστον 10 χρόνων είναι περίπου 20 φορές μεγαλύτερος από αυτόν του μέσου πληθυσμού, ενώ πιο περιορισμένος κίνδυνος σχετίζεται με τη νόσο του Crohn.4 Τα μέλη των οικογενειών των ασθενών καθώς και ορισμένα σχετικά σπάνια σύνδρομα οικογενούς πολυποδιάσεως διατρέχουν υψηλό κίνδυνο αναπτύξεως καρκίνου. Γυναίκες με καρκίνο του παχέος εντέρου βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο αναπτύξεως πρωτοπαθών καρκίνων στο μαστό, στις ωοθήκες και στο ενδομήτριο. Διεθνείς συγκρίσεις και άλλες επιδημιολογικές έρευνες δείχνουν ότι η επίπτωση αυτού του καρκίνου σχετίζεται με την κατανάλωση κρέατος (ιδιαίτερα βοδινού) και ζωικών λιπών.

Έχει συστηματικά βρεθεί θετική σχέση ανάμεσα στη συνολική πρόσληψη ενέργειας και στον καρκίνο του κόλου, παρόλο που η αυξημένη πρόσληψη θερμίδων σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Εντούτοις, η παχυσαρκία αυτή καθαυτή δεν φαίνεται να αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα. Μηχανισμοί που έχουν προταθεί για τη σχέση καταναλώσεως λιπών και καρκίνου του κόλου αναφέρονται στην αυξημένη έκκριση χολικών αλάτων και στην ανάπτυξη βακτηριδίων που μετατρέπουν τα χολικά άλατα σε καρκινογόνες ουσίες. Η πρόσληψη τροφών με υψηλό υπόλειμμα θεωρείται ότι συντομεύει το χρόνο διελεύσεως των τροφών και αραιώνει τη συγκέντρωση καρκινογόνων ουσιών στα κόπρανα. Η υψηλή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών (ιδιαίτερα ανθοκραμβοειδών) έχει συστηματικά βρεθεί να σχετίζεται με χαμηλό κίνδυνο αναπτύξεως καρκίνου, αλλά διατροφικές ίνες προερχόμενες από δημητριακά είτε δεν σχετίζονται καθόλου είτε σχετίζονται θετικά με την επίπτωση αυτού του καρκίνου. υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ότι η κατανάλωση

οινοπνευματωδών ποτών - και ιδιαίτερα μπίρας- σχετίζεται με την αύξηση της επιπτώσεως του καρκίνου στο ορθό, ενώ τα στοιχεία για τον καρκίνο του κόλου είναι αντιφατικά.¹²

Άλλοι προστατευτικοί ή παράγοντες κινδύνου που έχουν διερευνηθεί, χωρίς να υπάρχουν ωστόσο αποδείξεις, είναι οι βιταμίνες E και C, η βιταμίνη A και η β-καροτίνη, το σελήνιο, το ασβέστιο, ινδόλες σε διάφορα φυτά, ορισμένα λιπαρά οξέα.³

2. Τύποι καρκινωμάτων παχέος εντέρου

1. **Αδενοπλακώδες καρκίνωμα.** Θεωρείται πιο επιθετικό από το απλό αδενοκαρκίνωμα. Πρέπει να διαστέλλεται από το αδenoακάνθωμα, όπου το πλακώδες στοιχείο δεν είναι νεοπλασματικό.

2. **Καρκίνωμα από πλακώδη κύτταρα (μαληγιακό).** Είναι πολύ σπάνιο και για την διάγνωσή του ως πρωτοπαθούς θα πρέπει να αποκλείεται πιθανή μεταστατική προέλευση. Π.χ. από τους πνεύμονες ή η κατά συνέχεια ιστού διήθηση από την πρωκτική περιοχή.

3. **Μικροκυτταρικό αδιαφοροποίητο καρκίνωμα.** Είναι σπάνιο, απαντά κυρίως στο ορθό και ομοιάζει στην ιστολογική εικόνα, στην βιολογική συμπεριφορά και στα προβλήματα διαφορικής διάγνωσης με το μικροκυτταρικό καρκίνωμα του πνεύμονα. Από ορισμένους περιγράφεται και ένας σπανιότατος τύπος μεγαλοκυτταρικού αδιαφοροποίητου καρκινώματος που συγχέεται με το αδιαφοροποίητο αδenoκαρκίνωμα.

Όγκοι από ενδοκρινικό κύτταρα.

Είναι σπάνιοι και συχνότερα αναπτύσσονται στο τυφλό και το ορθό. Ιστολογικό ανήκουν στον τύπο Β των καρκινοειδών και αποτελούνται από κύτταρα διατασσόμενα κατά δοκίδες ή ταινίες. Αντιθέτα τα καρκινοειδή του λεπτού εντέρου ανήκουν στον τύπο Α με κύτταρα που διατάσσονται κατά νησίδες ή και κυψέλες. Τα καρκινοειδή του παχέος εντέρου εκκρίνουν 5 υδροξυτρυπταμίνη, εντερογλυκαγόνη, σωματοστατίνη αγγειοδραστικό εντερικό πολυπεπτίδιο και άλλες δραστικές πεπτιδές. Πάντως τα καρκινοειδή του ορθού συνήθως δεν είναι αργενταφινικό.

Η πρόγνωση των καρκινοειδών του παχέος εντέρου εξαρτάται από το μέγεθος, την διηθητικότητα και τον ρυθμό ανάπτυξης. Κακό προγνωστικό σημεία αποτελούν η διάμετρος πάνω από 1 cm, η διήθηση της βλενογόνιας μυϊκής στιβάδας, η εξέλκωση του όγκου και οι πολυάριθμες μετώσεις.

Νεοπλάσματα παχέος εντέρου

1. **Πρωτοπαθή κακοήθη λεμφώματα:** Τα περισσότερα είναι Β κυτταρικής αρχής, από τον σχετιζόμενο με βλννογόνους λεμφικό ιστό. Συνήθως μακροσκοπικό αποτελούν μεγάλες εξελκώμενες μάζες. Συχνότερα εντοπίζονται στο τυφλό (60%) και στο ορθό (20%). Από άποψη ιστολογικής προγνωστικής

ταξινόμησης μπορεί να είναι χαμηλού, μέσου ή υψηλού βαθμού .κακοηθείας. Τα τελευταία συνήθως είναι κεντροβλαστικό ή ανοσοβλαστικό και στα παιδιά τύπου Burkitt. Πρωτοπαθής νόσος του Hodgkin πρακτικό είναι ανύπαρκτη.

Εκτός από τα κακοήθη λεμφώματα στο παχύ έντερο απαντούν και ψευδολεμφωματώδεις λεμφοϋπερπλασίες. Αυτές μακροσκοπικό είναι πολυποειδείς, μονήρεις ή πολλαπλές. Μικροσκοπικό αποτελούνται από οργανωμένο λεμφικό ιστό με βλαστικά κέντρα. Όχι σπάνια αναπτύσσονται σε έδαφος ανοσοανεπάρκειας. Πολυποειδή εμφάνιση και μάλιστα πολλαπλή, με συχνότερη εντόπιση στο δεξιό κόλο και τον ειλεό δυνατόν να παρουσιάζουν και κακοήθη λεμφώματα (πολλαπλή κακοήθης λεμφωματώδης πολυποδίαση). Στην ιστολογική εικόνα επικρατούν κεντροκυτταρα.

2. **Νεοπλάσματα από λείες μυϊκές Ινες.** Τα μικρά λειομυώματα που προέρχονται από την βλενογόνια μυϊκή στιβάδα και συνήθως έχουν πολυποειδή μακροσκοπική εμφάνιση είναι καλοήθη. Αντίθετα όλα τα λειομυώματα που προέρχονται από τον μυϊκό χιτώνα του εντέρου είναι συνήθως διηθητικά, είναι μεγάλα, εξελκώνονται και θεωρούνται κακοήθη ανεξάρτητα από την υπαρξη ή μη ουσιώδους κυτταρικής ατυπίας.

Ιδιαίτερη σημασία έχει ο αριθμός των μιτώσεων. Μιτώσεις πάνω από 10 ανά 10 μεγάλα οπτικά πεδία δηλώνουν υψηλό βαθμό κακοηθείας. Για τους ανωτέρω λόγους πολλοί κάνουν λόγο για λειομυώματωση του εντέρου και όχι για λειομυώματα.

3. **Λιπώματα.** Είναι πολύ σπάνια και έχουν υποβλεννογόνια εντόπιση. Μπορεί να εμφανίζουν πολυπώδη διαμόρφωση. .

4. **Όγκοι από αγγεία.** Εκτός από τις αλλοιώσεις αγγειοδυσπλασίας που έχουν αναφερθεί και τις τελαγγειεκτασίες στα πλαίσια άλλων συνδρόμων (νόσος Osler. Rendu, αταξία τελαγγειεκτάσια) τόσο στο λεπτό, όσο και στο παχύ εντέρου απαντούν και τυπικά, συνήθως σηραγγώδη, αιμαγγειώματα. Αυτά συνήθως εντοπίζονται στον βλεννογόνο και στον υποβλεννογόνο χιτώνα.

5. **Νευρογενείς όγκοι.**

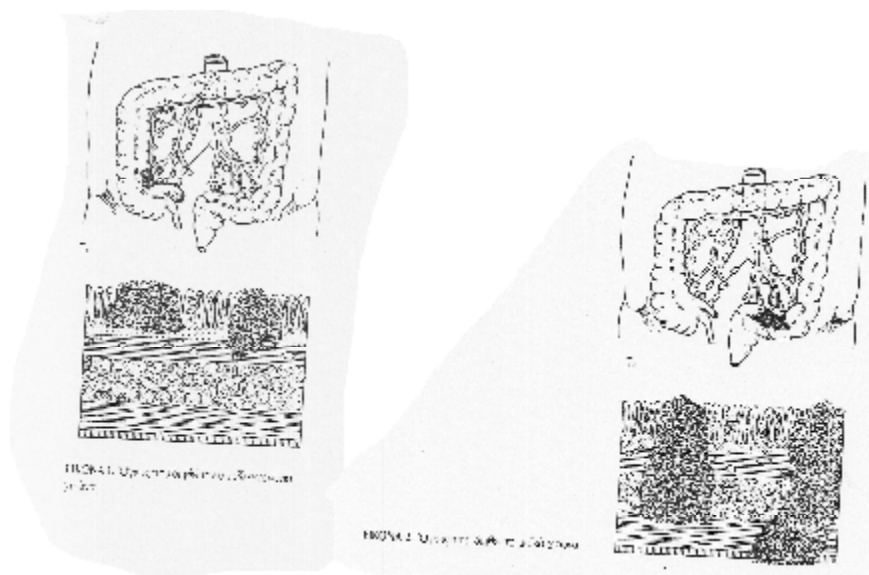
Εδώ υπάγονται:

α) *τα νευρινώματα.* Αυτά δυνατόν να είναι πολυποειδή. Συχνότερα και μάλιστα πολλαπλά αναπτύσσονται στην νόσο του Recklinghausen. Αντίθετα τα μονήρη είναι εξαιρετικά σπάνια.

β) *Γαγγλιονευρώματα.* Αυτά μπορεί να είναι πολυπώδη μεγέθους μέχρι και 12 cm. Συνήθως συνοδεύουν την νόσο του Recklinghausen ή αναπτύσσονται στα πλαίσια της πολλαπλής ενδοκρινικής νεοπλασίας (MEN) τύπου 2b.

γ) *Κοκκιοκυπαρικό μνοβλάστωμα.* Είναι σπανιότατο. Μοιάζει με το αντίστοιχο της γλώσσας και όπως εκείνο, παρά την ονομασία του, θεωρείται ότι προέρχεται από κύπαρα Schwann.

6. **Σύνδρομο Cowden ή πολλαπλόν αμαρτώμα.** Είναι οικογενές και χαρακτηρίζεται από πολλαπλά αμαρτώματα της γαστρεντερικής οδού, του δέρματος και του στόματος σε συνδυασμό με αλλοιώσεις από τον θυρεοειδή αδένα και τον μαστό. Στο έντερο οι αλλοιώσεις είναι πολυποειδείς και ιστολογικά αποτελούνται από στοιχεία λιπώδους, συνδετικού ιστού και λείων μυϊκών ινών.¹⁴



3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ο κίνδυνος εμφάνισης μιας νόσου υπολογίζεται με βάση της ύπαρξης παραγόντων κινδύνου συνθηκών οι οποίες αποδεδειγμένα αυξάνουν τις πιθανότητες κάποιου να

νοσήσει από μία δεδομένη ασθένεια ειδικά για τον καρκίνο του παχέως εντέρου υπάρχουν διάφοροι παράγοντες κινδύνου όπως:

Δίαιτα και η διατροφή

Η θεωρία ότι οι διαιτητικοί παράγοντες σχετίζονται με τον ορθοκολικό καρκίνο βασίζεται σε επιδημιολογικές μελέτες που δείχνουν ότι η θνησιμότητα αυξάνει σε πληθυσμούς που καταναλώνουν πολλές θερμίδες, πολλές πρωτεΐνες ζωικής προέλευσης και κορεσμένα λίπη και λίγες φυτικές ίνες.

Οι πληθυσμοί που έχουν αυξημένο ποσοστό στεφανιαίας νόσου και υψηλά επίπεδα χοληστερίνης έχουν και αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση ορθοκολικού καρκίνου.κάποια είδη λιπών μπορεί να συμβάλουν κατά το στάδιο ανάπτυξης του καρκίνου. Το αλκοόλ είναι ένας ακόμα προδιαθεσικός παράγοντας,χωρίς να είναι καθολικά παραδεκτό.η αυξημένη πρόσληψη αντιοξειδωτικών συστατικών όπως (βιταμίνη C και E) φαίνεται πως μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης αυτού του καρκίνου.η ασπιρίνη φαίνεται ότι παρεμποδίζει την ανάπτυξη όγκων του παχέως εντέρου.

Ηλικία

Η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου αυξάνεται με την ηλικία παρά το ότι σπάνια παρουσιάζεται σε νέα άτομα,εννέα στους δέκα πάσχοντες είναι άνω των πενήντα ετών.

Παχυσαρκία

Κυρίως στους άνδρες.η παχυσαρκία συνδέεται με τον καρκίνο του παχέως εντέρου.άνδρες βάρους μεγαλύτερο του ιδανικού κατά 35% έχουν 40% μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο.

Κάπνισμα

Σε σειρές μελετών έχουν δειχθεί η άμεση σχέση του καπνίσματος με τον καρκίνο του παχέως εντέρου.μάλιστα έχει ενοχοποιηθεί για την πρόμη εμφάνιση καρκίνου του Παχέως εντέρου.Σταματώντας το κάπνισμα προφυλασσόμαστε και από πλήθος άλλων καρκίνων (πνεύμονος λάρυγγα,οισοφάγο, στόματος ουροδόχου κύστης νεφρών και παγκρέατος) όπου αυτό εμπλέκεται.

Κληρονομικότητα

Οι συγγενείς πρώτου βαθμού (γονείς αδέρφια παιδιά) ατόμου με καρκίνο του παχέως εντέρου έχουν αυξημένο κίνδυνο,ιδίως αν ο συγγενής το παρουσίασε σε νεαρή ηλικία.αν περισσότερα του ενός μέλη της οικογένειας παρουσίασαν καρκίνο οι πιθανότητες για τους υπολοίπους αυξάνουν.Παρά τις μεγάλες προόδους της γενετικής δεν έχει αποσαφηνιστεί ακόμα η σχέση των γονιδίων μας με την εμφάνιση καρκίνου. Εκτιμάται ότι 5-10% των περισσότερων τύπων καρκίνου οφείλονται σε μεμονομένες μεταλλάξεις γονιδίων που αφορούν οικογένειες. Έτσι,για τον καρκίνο του παχέως εντέρου,καρκίνος σε γονέα ή αδερφό επιμένει 1,7 φορές αυξημένη πιθανότητα,ενώ 2 γονείς ή αδέρφια σημαίνει τριπλάσια πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου.

Καθιστική ζωή

Η έλλειψη σωματικής άσκησης επηρεάζει την κινητικότητα του εντέρου με αποτέλεσμα να αυξάνει ο κίνδυνος για ορθοκολικό καρκίνο.

Βεβαρυμένο προσωπικό ιστορικό

Οι έρευνες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες με ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών ,μήτρας ή μαστού έχουν αυξημένη πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο του παχέως εντέρου.Επίσης ασθενής που ήδη παρουσίασε πολύποδες ή καρκίνο μπορεί να ξαναεμφανιστεί. Η ελκώδης κολίτιδα , μια φλεγμονώδης νόσο του παχέως εντέρου ενέχει μεγάλο κίνδυνο να επιπλακεί με καρκίνο.Η σπαστική κολίτιδα δεν ενέχει κίνδυνο.

Μεταλλαξιγόνες ουσίες

Έχουν βρεθεί και στα ανθρώπινα κόπρανα. Άλλες βρίσκονται στην καθημερινή διατροφή και άλλες παράγονται από τη μικροχλωρίδα του γαστρεντερικού σωλήνα. Το να έχει κανείς έναν ή περισσότερους από του παραπάνω προδιαθεσικούς παράγοντες σημαίνει ότι θα αναπτύξει καρκίνο. Έχει όμως περισσότερες πιθανότητες και πρέπει να είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένος στα θέματα πρόληψης. Μιλώντας με ειδικό γιατρό για αυτά τα θέματα είναι δυνατόν να προγραμματιστεί τακτικός έλεγχος και να διαγνωστεί - θεραπευτεί εγκαίρα οποιαδήποτε ανωμαλία.^{14,15}

4. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Στα πρώτα στάδια αναπτύξεως του ο καρκίνος του παχέως εντέρου δεν προκαλεί συνήθως συμπτώματα.η φυσική ιστορία του καρκίνου αυτού χαρακτηρίζεται από την παρατεταμένη ασυμπτωματική του περίοδο.είναι δυνατόν να διαδράμει επί έτη πριν προκαλέσει τα συμπτώματα.με βαριούχο υπόκλιση διπλής αντιθέσεως διαπιστώθηκε ο βραδύς ρυθμός αυξήσεως ενός αδενοκαρκινώματος του εγκάρσιου στη διάρκεια 7,5 ετών. σε είκοσι επιπλέον καρκίνους του παχέως εντέρου που μελετήθηκαν με τον ίδιο τρόπο βρέθηκε ότι ο όγκος διπλασιάζεται σε εξακόσιες περίπου μέρες.Υπολογίστηκε ότι μέχρι να προσλάβει ο όγκος μέση διάμετρο 6cm διανύεται χρόνος έξι με οχτώ ετών.Σε ηπατικές και πνευμονικές μεταστάσεις,ο ρυθμός αυξήσεως της μεταστατικής μάζας είναι πέντε με δώδεκα φορές ταχύτερος από το αριθμό αυξήσεως του πρωτογενούς όγκου.

Μετα την εμφάνιση των συμπτωμάτων 15% των περιπτώσεων που θεωρούνται ανεγχείρητοι καρκίνοι λόγω πολλαπλών μεταστάσεων η ενδοπεριτοναϊκής διασποράς της νόσου.στο υπόλοιπο 85% δηλαδή στους χειρουργήσιμους ασθενείς,η πρόγνωση επιδεινώνεται λόγω διηθήσεως στους τοπικούς λεμφαδένες (50%) συνυπάρξεως απόφραξεως παχέως εντέρου (15%) η διηθήσεως παρακείμενων οργάνων (15%)³ η σοβαρότητα της κινητής μορφής χαρακτηρίζεται από την ένταση των κλινικών συμπτωμάτων και ευρημάτων.αυτά τα συμπτώματα είναι δυνατόν να υπάρχουν μόνα η σε συνδυασμό συγκεκριμένα είναι:

Παρουσία αίματος

Στις κενώσεις,σκούρου η ανοιχτού χρώματος, πριν η μετά κένωση σπάνια άφθονη αλλά έστω και ελάχιστη επιβάλλει την ακτινολογική εξέταση του παχέως εντέρου με βαριούχο υποκλισμό,Χωρίς αργοπορία και χωρίς να μιλάνε για αιμορροΐδες.^{3,11,16}

Αλλαγή των συνηθειών του εντέρου

Δηλαδή η πρόσφατη εγκατάσταση δυσκοιλιότητας ή διάρροϊκών κενώσεων η συνδυασμού των δύο ^{3,11}.και εδώ πρέπει πολύ να προσέξουμε και στην πιο μικρή αλλαγή

των διαταραχών του να τον εξετάσουμε προσεκτικά και να επαναλάβουμε τις ακτινογραφίες.

Κοιλιακό άλγος.

Μας κάνει να σκεφτόμαστε δραστηρική χολοκηστική ή και σκωληκοειδική προέλευση.

Παρουσία βλέννας στις κενώσεις

Καταβολή ή και απώλεια βάρους λόγω αναιμία, ανορεξίας και απίσχνασης 3,11,16

5. ΔΙΑΓΝΩΣΗ- ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Τα συμπτώματα του καρκίνου του παχέως εντέρου εξαρτώνται από την εντόπιση του και ποικίλλουν αρκετά πολλά από αυτά εμφανίζονται και σε άλλες παθήσεις του παχέως εντέρου μόνο τέσσερις στους δέκα από αυτούς παρουσιάζονται στο γιατρό με τυπικά συμπτώματα. Τα δεδομένα αυτά αποδεικνύουν τη σημασία της καλής λήψεως του ιστορικού και της λεπτομερούς παρακλινικής μελέτης σε οποιοδήποτε άρρωστο με ελάχιστη έστω πιθανότητα ύπαρξης καρκίνου η διαγνωστική μεθοδολογία στηρίζεται στην ακτινολογική μελέτη του παχέως εντέρου με τη μέθοδο της διπλής αντιθέσεως και την ενδοσκόπηση με άκαμπτο η ευκαμπτο ενδοσκόπιο.

Η διαγνώση πολλές φορές βραδίνει αδικαιολόγητα για αρκετούς μήνες αυτό μπορεί να οφείλεται τόσο σε αμέλεια των αρρώστων από υποσυνείδητο φόβο για την αρρώστια η ακόμη και από άγνοια όσο και στους θεράποντες γιατρούς που δεν υποπτεύεται τη νόσο. ανεξάρτητα αν πράγματι η κατάδειξη του καρκίνου του παχέως εντέρου και σε πρωιμότερο στάδιο βελτιώνει η όχι τη επιβίωση, είναι αδικαιολόγικο το υψηλό ποσοστό καθυστερημένης διαγνώσεως. ο κλινικός γιατρός πρέπει να έχει κατα νού τον καρκίνο του παχέως εντέρου, όταν αντιμετωπίζει αρρώστους με τα συμπτώματα που εκτίθενται στην συνέχεια. αυτό θα μειώσει τον αριθμό των αρρώστων που θα προσέρχονται στο νοσοκομείο με διάτρηση ή απόφραξη ή βαριά αιμοραγία απο τον όγκο πράγμα που ενδέχεται να έχει ευμενή επίπτωση τουλάχιστον στην εγχεορητική θνητότητα 3η διαγνωστική διερεύνηση της παθολογικής αυτής κατάστασης ακολουθεί τις εξής διαδικασίες.

5.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Οι νόσοι του παχέως εντέρου μπορεί να εκδηλωθούν με κοιλιακό άλγος με αλλαγή της εντερικής λειτουργίας υπο μορφή δυσκοιλιότητας ή διάρροιας ή εναλλασόμενων επεισοδίων αυτών και με αποβολή αίματος και βλέννες. το κοιλιακό άλγος μπορεί να συνοδεύεται απο ναυτία ή σε ερίπτωση αποφράξεως απο διάταση της κοιλίας και αργότερα έμετο. η κακουχία η απώλεια βάρους και η αναιμία αποτελούν σπουδαία αλλά μή ειδικά συμπτώματα . η εξέταση της κοιλίας μπορεί να αποκαλύψει διάταση, εμφανή μάζα ή και περισταλτισμό (σε ισχνά άτομα) το τυφλό είναι μάλλον ψυλαφίτο σε ισχνά άτομα όπως και το κατίον (σπανιότερα) και το σιγμοειδές όταν είναι πλήρη κοπράνων. τα υπόλοιπα τμήματα του παχέως αντέρου είναι αψηλάφητα, τα κατώτερα όμως 2

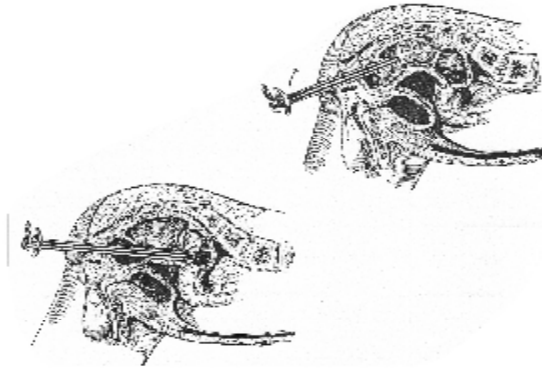
τριτημόρια του ορθού είναι προσιτά στην δαχτυλική εξέταση απο το ορθό

1) **ΔΑΧΤΥΛΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ** (πρωκτού και ορθού)

Μετά την εφαρμογή προστατευτικού χειροκτίου επισκοπείται και ψειλαφείται η περιπρωκτική περιοχή προς αποκάλυψη τυχών αποστημάτων, στομίων ,συριγγίων ή και όγκων.στη συνέχεια επαλείφονται με αναισθητική αλοιφή ο πρωκτός και ο δείκτης. ο εξεταζόμενος προειδοποιείται ότι θα αισθανθεί επιθυμία προς απόδευση και ο δείκτης εισάγεται δια μέσου του πρωκτικού σωλήνα στην ορθική λύκηθο.στην αρχή επιβάλλεται η αναγνώριση φυσιολογικών οδηγιών ανατομικών σημείων, όπως είναι ο ορθοπρωκτικός δακτύλιος,η κορυφή του κόκκυγα πίσω, ο προστάτης εμπρός - στους άντρες-το μλεγεθος και τα όρια του οποίου καθορίζονται. ο τράχυλος της μήτρας στις γυναίκες ψυλαφάται ακριβέστερα με αμφίχειρη εξέταση με το αριστερό χέρι στο υπογάστριο. Μετά την αναγνώριση των οδηγιών αυτών σημειών, ο δείκτης ψηλαφά τα πλάγια και το οπίσθιο τοίχωμα του ορθού για την αναγνώριση οποιασδήποτε ανωμαλίας που εξορμάται από αυτό ή και από εξωορθικούς ιστούς.

Η ψηλαφητική εμβέλεια του δακτύλου φθάνει μέχρι το επίπεδο του ορθομητρικού ή ορθοκυστικού κολπώματος του περιτόναιου, ώστε να καθίσταται αντιληπτή οποιαδήποτε διόγκωση του σιγμοειδους που βρίσκεται στο πυελικό κόλπωμα του περιτόναιου. Το ίδιο ισχύει και για τους όγκους ή διογκώσεις των έσω γεννητικών στις γυναίκες της σπερματοδόχους κύστεως στους άνδρες , όπως επίσης κ για δευτεροπαθώς νεοπλασματικές διηθήσεις στο έδαφος του πυελικού κολπώματος του περιτόναιου. Προς τα πίσω είναι δυνατόν να αναγνωριστούν οπισθογραφικοί όγκοι που εξορμόνται από μεσεγχωματογενή στοιχεία,εκτός βέβαια του κοίλου του ιερού οστού και του κόκκυγα, τα οποία είναι φυσιολογικά οδηγία σημεία.

2. ΣΙΓΜΟΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ



ΕΞΕΤΑΣΗ ΜΕ ΤΟ ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΣΚΟΠΙΟ

Γίνεται ως εξής :

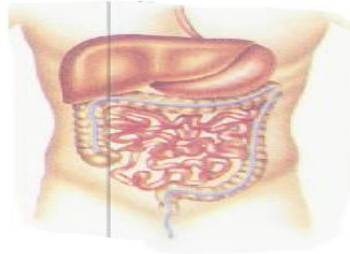
- α)** Ο υποκλισμός όταν γίνεται 30min πριν από την ενδοσκόπηση παρέχει καθαρό οπτικό πεδίο. Δεν είναι πάντα απαραίτητος, ιδίως αν ο ασθενής είχε κένωση 2-3 ώρες πριν από την εξέταση. Δεν πρέπει να γίνεται σε έξαρση ελκώδους κωλήτιδας.
- β)** συνίσταται τοποθέτηση του ασθενούς σε θέση SIM ή γονατοαγκωνιαία ή ήπια σε τράπεζα ή όποια καταστάται στο ύψος των ισχίων (θέση λιθοτομίας)
- γ)** η δακτυλική εξέταση του ορθού και η εφαρμογή σταθερής ήπιας πίεσεως από τον αυλό προς τα έξω προς το περίναιο, επι μερικά sec απιφέρει χαλάρωση των σφιγκτήρων του ορθού.
- δ)** η συνεχής ενημέρωση και καθυσίχηση του ασθενούς βοηθά στην χαλάρωση και στην ευκολία της εξέτασεως.
- ε)** το σιγμοειδοσκόπιο εισάγεται και υπο άμεση όραση προωθείται. Μετά την ,κατά το μέγιστο δυνατό προωθησή του, αποσύρεται αργά και ολόκληρη η περιφέρεια του εντερικού αυλού ελέγχεται μεθοδικά.
- στ)** η εξέταση μπορεί να είναι ενοχλητική, ουδέποτε όμως οδυνηρή γιατί εξαφανίζεται η προθυμία του ασθενούς για επανεξέταση. Τα κατώτερα 10-15 cm (όπου η ακτινολογική εξέταση δεν είναι ακριβής) αποτελούν τη σπουδαιότερη περιοχή η οποία πρέπει να εξετάζεται σχολαστικά.οδυνηρή και βίαη προώθηση άνω των 10-15cm (όπου η ορθοσιγμοειδική καμπή αποτελεί ασταθές αμπόδιο) δεν επιτρέπεται, μπορεί όμως να γίνει μετά από προσεκτική προετοιμασία με έυκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο ή με κολοσκόπιο.

5.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ

Περίπου 70% των πολύποδων και το Ca του παχέως εντέρου εξορμούνται από την περιοχή της εμβέλειας του σιγμοειδοσκοπίου (25-30 cm) από την πρωκτική δακτύλιο. Η σιγμοειδοσκόπηση εξασφαλίζει την επισκόπηση του βλενογόννου, τη βιοψία υπόπτων περιοχών, τη λήψη επιχρησμάτων και καλλιιεργειών αν εξελκώσει, την εισαγωγή σωλήνων προς ανακούφιση του διατεταγμένου εντέρου και γενικά βοηθά περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη εξέταση στη διάγνωση καλοήθων και κακοήθων νεοπλασμάτων όπως και φλεγμονώδων παθήσεων, οι οποίες προσβάλλουν το περιφερικό τμήμα του παχέως εντέρου.

5.3 ΕΝΤΕΡΟΣΚΟΠΗΣΗ (ΚΟΛΟΣΚΟΠΗΣΗ)

Το έυκαμπτο ινοοπτικό εντεροσκόπιο (fiberoptic colonoscope) εισαγόμενο και από τον άμεσο και διαρκή οπτικό έλεγχο και συχνά με σύστημα βίντεο επιτρέπει αφενώς λεπτομερή επισκόπηση ολόκληρου του παχέως εντέρου σε ποσοστό ανω των 90% όλων των ασθενών και αφετέρου τη λήψη βιοψίας ή και την αφαίρεση μικρών έμμισχων πολύποδων (γενική χειρουργική) η κολοσκόπηση αποτελεί την καλύτερη μέθοδο ολόκληρου του παχέως εντέρου. έχει βέβαια και αυτή η μέθοδος τους περιορισμούς της, όπως σε περιπτώσεις πολλαπλών εκκρίσεων από προηγηθήσες χειρουργικές επεμβάσεις, πολλαπλών εκκολπομάτων τα οποία προκαλούν ελλεικοειδή πορεία ή και στένωση του αυλού, σε ασθενείς που δεν συνεργάζονται. στις περιπτώσεις αυτές η κολοσκόπηση δεν είναι δυνατή και είναι σημαντική η διαγνωστική βοήθεια του βαριούχου υποκλισμού.



ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ Με μπλε χρωμα το κολονοσκόπιο όργανο που εισάγεται από τον πρωκτό και φτάνει μέχρι το τυφλό έντερο για να διερευνήσει το έντερο και το περιεχιμένο του

5.4 ΒΑΡΙΟΥΧΟΣ ΥΠΟΚΛΙΣΜΟΣ – ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑ

Αποτελεί κλασική μέθοδο αποκαλύψεως ανδρών παθολογοανατομικών βλαβών του αυλού του παχέως εντέρου. Ο βαριούχος υποκλισμός διπλής σκιαγραφικής αντιθέσεως (με εμφύσηση αέρα ως δεύτερο μέσο αντιθέσεως μετα την εκούσια κένωση του βαρίου)εξασφαλίζει λεπτομερέστερη εξέταση του βλεννογόνου ικανή να αποκαλύψει μικρούς πολύποδες και έλukes. Ο βαριούχος υποκλισμος δεν πρέπει να γίνεται τις πρώτες 5-7 μέρες μετά από την βιοψία για τον κίνδυνο διατηρήσεως του εξασθενημένου από τη βιοψία τοιχώματος



Σε προχωρημένες βλαβες τα χαρακτηριστικά είναι ίδια με τα αδενοκαρκινώματα, εκτός από την τάση να αποτανώνονται τόσο στην πρωτοπαθή εστία, όσο και στις μεταστάσεις (ηπατικές ή περιτοναϊκές). επέκταση της βλάβης μπορεί να γίνει κατά μήκος ή κυκλοτέρας του εντέρου. Οι προχωρημένοι όγκοι του εντέρου εξελκόνονται και μπορεί να προκαλέσουν διάτρηση του τοιχώματος ενώ σε άλλες περιπτώσεις να προκαλέσουν σπυρρώδη αντίδραση. Τα ακτινολογικά σημεία του Ca παχέως εντέρου είναι 1,2,3,4.



ΕΙΚΟΝΑ 1. Στοιχειώδη διαταραχή με κλάση της βλάβης και σπυρρώδη αντίδραση στο στέφανο του κόλπου αδενομάτιο.



ΕΙΚΟΝΑ 2. Απώλεια όλης της αντίδρασης από το στέφανο του κόλπου αδενομάτιο.

5.5 ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΟΠΡΑΝΩΝ

Γίνεται με άμεση μικροσκοπική εξέταση και με καλλιέργεια για απόμόνωση βακτηριδίων, μεταξύ των οποίων και το *Cl Difficile* και τοξινών του που αποτελεί ένα από τα αίτια της ψευδομεμβρανοδενούς κολιάδας. Άρα η πρόωγη διάγνωση έχει τεράστια σημασία, γιατί ένας Ca στο στάδιο τι μπορεί να γιατρευτεί 100% ενώ όσο η διάγνωση αργοπορεί τόσο τα αποτελέσματα γίνονται πιο πενιχρά και τόσο η εγχείρηση θα είναι πιο

ακρωτηριαστική , πιο επικύνδηνη ,με τις ψυχοσωματικές συνέπειες που έχει η παρα φύση έδρα και τόσο η επιβίωση στα 5 χρόνια θα είναι σπανιότερη ¹⁶

6. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ο καρκίνος του παχέως εντέρου μπορεί επίσης να εκδηλωθεί με μια επιπλοκή : Κυρίως μία απόφραξη, ή χρόνια ή υποξεία ή ακόμα και οξεία. Ένας στους δέκα καρκίνους του παχέως εντέρου φανερώνεται με αυτόν τον τρόπο, προπάντως οι καρκίνοι του αριστερού κόλου, που συχνά είναι δαχτυλιοειδείς σκίρροι.

Πιο σπάνια μια επιμόλυνση, που σχεδόν σταθερά συνηπάρχει, προπαντός στους καρκίνους του δεξιού κόλου. Αυτή εμφανίζεται με 3 μορφές : το κλασικό περινεοκλασματικό απόστημα, τη ψευδοσκωλικοειδική μορφή και τη βαρία σιψελική κατάσταση χωρίς πυώδη συλλογή.

Πιο σπάνια ακόμα με διάτρηση που μπορεί να βρίσκεται πλάι στον όγκο ή μακριά από αυτόν και που προκαλεί μια γενικευμένη ή εντοπισμένη περιτονίτιδα.

7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία του καρκίνου του παχέως εντέρου έχει το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό ότι παρά την προοδό της χειρουργικής της ακτινοθεραπείας και της χημειοθεραπείας κατά τις τελευταίες δεκαετίες , δεν έχει καταφέρει να επιμικύνει την επιβίωση των ασθενών αυτών. Η αντιμετώπιση του ασθενούς με Ca του παχέως εντέρου πρέπει να γίνεται από ομάδα ειδικών γιατρών. Το είδος της εισαγωγής που θα ακολουθήθει εξαρτάται από πολλούς παράγοντες από τους οποίους ο σπουδαιότερος είναι το στάδιο της νόσου. Η χειρουργική, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία συνήθως εναλλάσσονται. Σε αρχικά στάδια η χειρουργική έχει τον πρώτο λόγο ενώ σε τοπικά εκτεταμένη νόσο –ιδίως σε ορθό- η ακτινοθεραπεία έχει την δυνατότητα να σμικρύνει τη μάζα και να διευκολύνει την επέκταση ώστε καταστεί ριζικότερη. Η χημειοθεραπεία παίζει ολοένα και σημαντικότερο λόγο κυρίως συμπτωματικά αμέσως μετά την εγχείρηση.

Είναι ίσως η πρώτη φορά που με το συνδυασμό χειρουργικής και χημειοθεραπείας έχει φανεί βελτίωση της επιβίωσης, αναμφίβολα και στις προχωρημένες καταστάσεις παρηγορητικές θεραπείες έχουν σημαντική θέση για την βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών αυτών.³

7.1 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χειρουργική αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στη θεραπεία του καρκίνου του παχέως εντέρου ειδικά στις περιπτώσεις εντοπισμένης νόσου. Έστω και αν η πρόγνωση του Ca του παχέως εντέρου δεν έχει αλλάξει τα τελευταία 40 χρόνια παρά τις όποιες προόδους της ιατρικής στον τομέα αυτό η χειρουργική αποτελεί σπουδαία προσφορά στον ασθενή τόσο κατά τη στιγμή της εμφανισεώς της νόσου όσο και στη διευκόλυνση των μετέπειτα χειρισμών.³

Στόχος της χειρουργικής επέμβασης είναι :

- ✓ Η εκτομή του πασχόντος τμήματος στο είδος και η έκταση της οποίας ποικίλλουν ανάλογα με τη θέση του νεοπλάσματος
- ✓ Την αποκατάσταση της συνέχειας του εντέρου με αναστόμωση των δύο κολοβωμάτων του κεντρικού με το περιφερικό
Οι διάφορες τεχνικές ποικίλλουν ανάλογα με την εντόπιση του όγκου, την κλινική συμπτωματολογία την ηλικία του ασθενή. Είναι πολύ σημαντικό για τον ασθενή με καρκίνωμα του παχέως εντέρου, η εγχείρηση να γίνει σε προγραμματισμένη βάση και όχι υπό επείγουσες συνθήκες.¹²

7.2 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Υπάρχουν όμως καταστάσεις που η χειρουργική μόνη δεν μπορεί να επέμβει λόγω της εκτεταμένης βλάβης ή και αν τα περιστατικά είναι χειρουργήσιμα το ποσοστό των υποτροπών είναι υψηλό (10-50% στην 5τια) και το ποσοστό αυτό είναι πιο υψηλό όσο τα στάδια είναι εκτεταμένα

Στις περιπτώσεις αυτές, η ακτινοθεραπεία παρεμβαίνει συνδιαζόμενη με τη χειρουργική και σε ορισμένες περιπτώσεις συνειπικουρούμενη από τη χημειοθεραπεία, αυξάνοντας κατ' αρχάς την εξαιρεσημότητα των όγκων αλλά και μειώνονται με μεγάλο βαθμό οι τοπικές υποτροπές. Μπορεί να χορηγείται προεγχειρητικώς ή και μετεγχειρητικώς και κατά τη διάρκεια της εγχειρήσεως (διεγχειρητικώς)³

A) προεγχειρητική ακτινοθεραπεία:

Συνήθως χορηγείται σε όγκους T₃ 4-6 βδομάδες πριν την εγχείρηση. Στόχος της είναι :

1. να γίνει «δυνητικά» εξαιρέσιμος ο όγκος και
2. να ελαττωθεί η πιθανότητα «τοπικών υποτροπών»

μάλιστα έχει δείξει ότι σε ασθενείς με καρκίνο του ορθού που υποβλήθηκαν σε προεγχειρητική ακτινοθεραπεία ελαττώθηκε κατά 10-15% το ποσοστό των κοιλιοπερινεϊκών εκτομών και κατά 40% οι τοπικές υποτροπές.

B) μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.

Συνήθως εφαρμόζεται 3-4 βδομάδες μετά την χειρουργική επέμβαση. Κύριως στόχος της είναι η εξάλειψη των τοπικών υποτροπών

Γ) διεγχειρητική ακτινοθεραπεία.

Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται από το 1985. αρχικά στην ΙΑΠΩΝΙΑ έπειτα στην ΕΥΡΩΠΗ και στις Η.Π.Α. γίνεται με την εισαγωγή ειδικών κώνων μέσα στο χειρουργικό πεδίο και την εφαρμογή δέσμης ηλεκτρονίων με την τεχνική αυτή χορηγούνται υψηλές δόσεις στο χώρο που εξαιρέθηκε το νεόπλασμα και είναι εφικτή η τοπική «αποστείρωση»

Από προσωπική εμπειρία του γράφοντος από το ιστιτούτο καρκίνου του πανεπιστημίου του monpellier της ΓΑΛΛΙΑΣ , η διεγχειρητική ακτινοθεραπεία βελτίωσε τα ποσοστά των τοπικών υποτροπών από 50% σε στάδιο C κατά DUKES σε ποσοστό 18% και από 35% σε στάδιο B κατά DUKES σε ποσοστό 8%.¹²

7.3 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

1. να ελέγχθει η κατάσταση του μυελού των οστών
2. να μην υπάρχουν λοιμώξεις (η καταπολέμιση τους πρέπει να προηγηθεί)
3. να είναι καλή η λειτουργία των νεφρών και του ήπατος ¹⁷

επίσης χρησιμοποιείται τόσο στην γενικευμένη νόσο όσο και ως συμπληρωματική χημειοθεραπεία μετα την επέμβαση.

Οι φθοριοπυριμιδικές με κύριο εκπρόσωπο την 5-fluorouracil (5-fl) αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της χημειοθεραπείας του καρκίνου του παχέως εντέρου. Έχουν δοκιμαστεί όλα τα κυκλοφορούντα συστατικά καθώς και πολλά από αυτά που βρίσκονται στο στάδιο της μελέτης. Λίγα παρουσίασαν ανταπόκριση και αυτή δεν ήταν μεγάλη. Η μεγάλη ωστόσο συχνότητα του καρκίνου του παχέως εντέρου οδήγησε τις κλινικές προσπάθειες και μελέτες σε όλα τα είδη θεραπευτικών προσπαθειών³ (ογκολογία).

Η χορήγηση fu + λεβαμιζόλης μετά την εγχείρηση οδήγησε σε άυξηση Κατά 10-15% της επιβίωσης στο καρκίνο στάδιο C κατά DUKES.

Τα αποτελέσματα αυτά οδήγησαν το εθνικό σύστημα υγείας των Η.Π.Α. να εκδόσει ανακοίνωση προς τους ιατρούς που καθόριζε τις οδηγίες για συμπληρωματική θεραπεία του καρκίνου του παχέως εντέρου.¹²

8. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΜΕ ΤΟ ΗΑΕΜΟCCULT TEST

Η πρόγνωση του καρκίνου του παχέως εντέρου στηρίζεται στα χειρουργικά , ιστολογικά και κλινικά ευρήματα. Λαμβάνονται υπόψιν όλη η ιστολογική διαφοροποίηση του όγκου, το μέγεθος του όγκου, η εντόπιση και η μακροσκοπική εμφάνιση του όγκου, ο βαθμός διήθησης του τοιχώματος του εντέρου και η κατάληξη των λεμφαδένων

Χειρουργικά ιστολογικά ευρήματα

✓ σε βάθος διήθησης του τοιχώματος

✓ κατάληψη τοπικών λεμφαδένων

✓ ιστολογία του όγκου

✓ βλενώδης ή κύτταρα δίκην δακτυλίου

✓ διήθηση αγγείων

✓ τοπική φλεγμονή+ ανοσοαντίδραση

✓ μέγεθος όγκου

✓ μορφολογία όγκου

✓ αυξημένο DNA όγκου

Αποτέλεσμα στην πρόγνωση

✓ μεγάλη διήθηση κακή πρόγνωση

✓ ένας με 4 λεμφαδένες καλύτερος < 4 λεμφαδένες

✓ καλή διαφοροποίηση καλύτερη πρόγνωση

✓ κακή πρόγνωση

✓ κακή πρόγνωση

✓ καλή πρόγνωση

✓ μη προγνωστικό

✓ πολυποειδής –προβάλλουν καλύτερα από ελκωτικό ή διηθητικό

✓ καλή πρόγνωση

Πάνω από το 90% των ασθενών με καρκίνωμα του παχέος εντέρου και του ορθού επιδέχεται είτε θεραπευτική είτε παρηγορητική εκτομή, με ποσοστό χειρουργικής θνησιμότητας 3-6%. Το γενικό ποσοστό 5ετούς επιβίωσης, μετά από εκτομή, είναι γύρω στο 50%. Όταν η αλλοίωση περιορίζεται στο έντερο και δεν υπάρχουν στοιχεία λεμφικής ή αγγειακής διήθησης, το ποσοστό 5ετούς επιβίωσης είναι 60-70%. Τοπική υποτροπή του καρκινώματος στη θέση της αναστόμωσης ή στην περιοχή του τραύματος εμφανίζεται στο 10-15% των περιπτώσεων. Η συχνότητα τοπικής υποτροπής μπορεί να μειωθεί, αν ληφθούν ειδικές προφυλάξεις κατά την εγχείρηση, για να αποφευχθεί η εμφύτευση κακοήθων κυττάρων.

Το 5% περίπου των ασθενών αναπτύσσει πολλαπλά πρωτοπαθή καρκινώματα του παχέος εντέρου. Η πρόωπη διάγνωση τοπικών υποτροπών νέου νεοπλασματος, που μπορούν να εκταμούν, εξαρτάται από την προσεκτική παρακολούθηση με σιγμοειδοσκόπηση και βαριούχο υποκλυσμό, κάθε 6 μήνες για 2 χρόνια και μία φορά το χρόνο, στη συνέχεια. Το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) αποτελεί επίσης δείκτη αντίχνευσης υποτροπής του νεοπλασματος (τα επίπεδα αυξάνουν) στους ασθενείς στους οποίους έπεσε στα ΨΥσιολογικά επίπεδα μετά την εκτομή και ίσως . αποδειχτεί χρήσιμο στην παρακολούθηση κατά διαστήματα 6 μηνών.¹²

8.1 ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΟΡΘΟΥ - ΗΑΕΜΟCCUL T TEST

«Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΔΕΝ ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΕΙ ΣΤΗΝ ΑΡΧΗ ΤΟΥ»

Σήμερα η ελπίδα της ίασης στηρίζεται στην ανεύρεση εύκολης μεθόδου πρόληψης (αφαίρεση πολύποδων) ή έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου. Έγκαιρα, σημαίνει προτού να καταλάβετε την παρουσία του στον εαυτό σας. Τότε μπορεί να θεραπευτεί.

Η αιμορραγία από τους πολύποδες ή τον καρκίνο του παχέος εντέρου στα αρχικά στάδια δεν φαίνεται στα κόπρανα. Η διαπίστωση αφανούς αιμορραγίας από το παχύ έντερο δεν είναι πάντοτε καρκίνος, αλλά μπορεί να οφείλεται σε καλοήθεις παθήσεις του εντέρου.

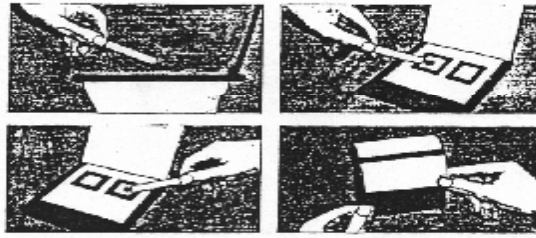
Η αφανής αιμορραγία είναι μια προειδοποίηση, που δεν θα πρεπε να παραμεληθεί.

Η αξία της αντίχνευσης της αφανούς αυτής αιμορραγίας έγινε νωρίς αντιληπτή και άρχισε να εφαρμόζεται ειδικό τεστ (Haemoccult Test), η προσφορά του οποίου στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του Παχέος Εντέρου και Ορθού, έχει αναγνωρισθεί και χορηγείται σε άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών, προτού εμφανισθούν συμπτώματα, οπότε και θεραπεύεται όπως κάθε άλ/η αρρώστια.

«Η ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΝΕΙ ΔΥΝΑΤΗ ΤΗΝ ΙΑΣΗ»

Έρευνες που έχουν γίνει, έδειξαν ότι σε άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών, το ΤΕΣΤ της αφανούς αιμορραγίας είναι θετικό μόνο σε τρία άτομα από τα εκατό περίπου. Έτσι υπάρχει μια μικρή πιθανότητα το ΤΕΣΤ να είναι θετικό. 9 από τα 10 θετικά ΤΕΣΤ με αφανή αιμορραγία στα κόπρανα δείχνουν την παρουσία μιας καλοήθους αρρώστιας και όχι καρκίνου. Μερικές, όμως, απ' αυτές μπορούν να εξελιχθούν σε καρκίνο στο μέλλον, γι' αυτό καλό είναι να διαγνωσθούν και να θεραπευθούν, προτού πάρουν αυτή την κακή εξέλιξη. Ένα θετικό ΤΕΣΤ στα 10 οφείλεται σε καρκίνο του παχέως εντέρου, που η έγκαιρη διάγνωσή του κάνει και την ίασή του δυνατή.¹⁸

ΠΡΟΣΟΧΗ: Είναι απαραίτητο να το στείλετε άμεσα μετά την τελευταία ημέρα του TEST:



Εικ. 1



Θετικό TEST



Αρνητικό TEST

*ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ
ΜΕΡΟΣ*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η νοσοκόμα από τη φύση της δουλειάς της έρχεται πολύ κόντα στον άρρωστο, αλλά και στον υγιή άνθρωπο αφού η δραστηριότητά της δεν περιορίζεται μόνο στο νοσοκομείο, αλλά και σε αγροτικά ιατρεία (που έχει ιδιαίτερη ευθύνη για τον πλυθησμό της κοινότητας) σε σχολεία και σε άλλες υπηρεσίες.⁴ Η νοσηλεύτρια, η οποία παίζει σπουδαίο ρόλο στην πρόληψη, στην έγκαιρη διάγνωση και στη θεραπεία του καρκίνου, έχει να εκτελέσει ένα δύσκολο έργο με πολλές απαιτήσεις,¹⁹ επίσης πρέπει να παρακολουθεί στενά κάθε άρρωστο που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο και παρουσιάζει συμπτώματα από το πεπτικό σύστημα. Να παρατηρεί καθημερινά τα κόπρανα του και να ενημερώνει το γιατρό για οποιαδήποτε αλλαγή παρατηρήσει στο χρώμα των κοπράνων ή για την παρουσία αίματος ή βλέννας στα κόπρανα.⁴

Το κυριότερο χαρακτηριστικό που πρέπει να έχει η νοσηλεύτρια είναι το εσωτερικό χάρισμα να κερδίζει την εμπιστοσύνη του αρρώστου και να τον βοηθά να αισθάνεται άνετα μιας και η μεταχειρητική κατάσταση του προκαλεί φόβο, αμφιβολία και ίσως ντροπή. Για τον ίδιο σκοπό απαιτούνται και γνώσεις. Αυτή θα πληροφορήσει τους αρρώστους για την αντιμετώπιση της αρρώστιας τους και της θεραπείας και θα του εξηγήσει τις αναμενόμενες απορίες, οι απαιτήσεις της αδερφής στις ερωτήσεις των ασθενών πρέπει πάντοτε να βαδίζουν σύμφωνα με το πνεύμα του γιατρού.²⁰ Καλό θα είναι η νοσοκόμα να μπορεί να εκτελεί μόνη της haemocult test που είναι ένας εύκολος τρόπος για την ανίχνευση αίματος στα κόπρανα και που όπως έχει αποδειχτεί έχει συμβάλει σωματικά στην πρόληψη διάγνωση του CA παχέως εντέρου. παράλληλα όμως μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη με διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του πλυθησμού σε θέματα σχετικά με τα πρώιμα συμπτώματα του CA παχέως εντέρου και τη σκοπιμότητα των συστηματικών περιοδικών εξετάσεων. αξίζει όμως να τονίσουμε ότι πρέπει να γνωρίζει ότι ο άρρωστος έχει αξιοπρέπεια, χρειάζεται βέβαια το ενδιαφέρον και την αγάπη τους αλλά όχι τον οίκτο τους. τέλος πρέπει η νοσοκόμα να προσέχει να μην εμπλακεί συναισθηματικά σε κάθε περίπτωση ασθενούς, γνωρίζοντας το αναπόφευκτο τέλος αλλά να παλέψει τόσο για την παράταση ζωής όσο και για την ποιότητα ¹⁹ της δίνεται μια ασυνήθιστη ευκαιρία ανάμεσα στον καρκινοπαθή και το περιβάλλον του. έτσι πρέπει να είναι ανεξάντλητη πηγή για να προσφέρει, να συμπαθεί, να κατανοεί, να τονώνει και να καθοδηγεί σωστά στη ζωή ή στο θάνατο. ²⁰

ΜΕΡΟΣ Α

1. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Ο ασθενής που εισέρχεται στο νοσοκομείο και πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, διακατέχεται απ αισθήματα φόβου ,ανυσηχίας ,αγωνίας και αυτά τα αισθήματα γίνονται ακόμα πιο έντονα ανάλογα με τη σοβαρότητα της νόσου,και τη νευροψυχική κατάσταση του αρρώστου. Όλα αυτά τα συναισθήματα του ασθενή έχουν σχέση με το άγνωστο της εγχείρησης, με την άγνοια και την προκατάληψη πολλών ανθρώπων καθώς επίσης και με το πώς θα εξελιχθεί η μεταγχειρητική κατάσταση. Σε αυτό το σημείο εισέρχεται το καθήκον της νοσοκόμας η οποία με την ευγενεία,την κατανόηση,τη λεπτότητα και την ευσυνειδησία της θα βοηθησει τον ασθενή να ξεπεράσει το ψυχολογικό του stress και να δώσει απόλυτη εμπιστοσύνη στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου.η νοσηλεύτρια βρίσκεται κοντά στον ασθενή από την πρώτη στιγμή που θα εισαχθεί στο νοσοκομείο και είναι το άτομο που θα καθυσηχάσει τον ασθενή ,θα απαντήσει στα δικά του ερωτήματα και των οικείων του και θα διαλύσει τους φόβους και της ανυσηχίες τους.

Επίσης θα φέρει τον ασθενή σε επαφή με άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου όπως την κοινωνική υπηρεσία, τον ιερέα κ.τ.λ. η προεγχειρητική ετοιμασία εξαρτάται από το είδος και τη σοβαρότητα της εγχείρησης και από την κατάσταση του αρρώστου. Γίνεται λοιπόν φανερό ότι ο ασθενής με καρκίνο του παχέως εντέρου που πρόκειται να εγχειρηστεί και να υποστεί μία «παρα φύσιν έδρα» είναι πολύ πιο ευάλωτος ψυχικά και σωματικά από άλλους χειρουργικούς αρρώστους , γι' αυτό και χρειάζεται ιδιαίτερη μεταχείριση και φροντίδα.

Η προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει :

Α) την ψυχολογική ετοιμασία

Β) την σωματική ετοιμασία

1.1ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Κάθε ασθενής που έρχεται στο νοσοκομείο για κάποια επέμβαση φέρνει μαζί οτι τον άγχος του και την ανυσηχία του.πολύ περισσότερο ο ασθενής εκείνος που έχει να αντιμετωπίσει το γεγονός της μόνιμης αναπηρία ζτης κολοστομίας. Για το λόγο αυτό η βασική μέριμνα της νοσηλεύτριας είναι η ενημέρωση του ασθενούς για το τι πρόκειται να του συμβεί και κυριώς η ηθική συμπαράσταση. Πρέπει βέβαια να μιλά κατανοήτα,ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο του ασθενή¹⁹.Αυτό θα το πετύχει η νοσηλεύτρια ανακαλύπτοντας τις προσωπικές ανάγκες και ικανοποιώντας αυτές.

Εάν ο ασθενής πρόκειται να κάνει «παρα φύσιν έδρα» η αποδοχή της είναι ευκολότερη και έτσι η νοσηλεύτρια άνετα εξηγεί σε αυτόν το είδος της επεμβασής και την προσωρινη του αναπηρία. Ο ασθενής όμως που θα υποστεί μόνιμη κολοστομία χρειάζεται την ευκαιρία να εξωτερικεύση τα συναισθηματά του ,χρειάζεται συμπαράσταση ,ψυχολογική ενίσχυση και τόνωση του ηθικού του².σε αυτά θα βοηθήσει πολύ η νοσηλεύτρια εάν τον φέρει σε επαφή σε κάποιον άλλον ασθενή που έχει δεχτεί την κολοστομία και ζεί φυσιολογικά. ¹⁹

1.2 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η καλή κατάσταση θρέψης στην προεγχειρητική περίοδο βοηθάει τον άρρωστο να αντιμετωπίσει τις μετεγχειρητικές δυσχέρειες των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών χωρίς σοβαρές συνέπειες για τον οργανισμό του². Η σωματική προεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει:

-*σωματική τόνωση* του οργανισμού: χορηγείται τροφή πλούσια σε θερμίδες και φτωχή σε κυτταρίνη και λίπη για την σωματική τόνωση του οργανισμού και τη μείωση του περιεχομένου του εντέρου. Όταν ο άρρωστος έχει μεγάλη απώλεια βάρους και η προσλαμβανόμενη τροφή δεν είναι επαρκής η τόνωση του οργανισμού γίνεται με ολική παρεντερική διατροφή¹⁹. Ο καχεκτικός άρρωστος έχει μικρή αντοχή στο χειρουργικό Stress είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις, στο Shock και την αιμορραγία και καθυστερεί η επούλωση του τραύματος του². Επίσης, δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά. Η συμβολή της νοσηλεύτριας για την καλή θρέψη του αρρώστου είναι αποφασιστική. Παρακολουθεί τη διατροφή του και μελετά τα προβλήματα που προκύπτουν και τον τρόπο αντιμετώπιση τους. Όταν ο άρρωστος παίρνει ΟΠΔ εκτός από την Παρασκευή του διαλύματος (που γίνεται με άσηπτες τεχνικές) χρειάζεται συστηματική παρακολούθηση:

1. Τρίωρη λήψη ζωτικών σημείων
2. Αυστηρή καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλόμενων υγρών
3. Μέτρηση ζακχάρου στα ούρα ανά 6ωρο, test γλυκόζης στο αίμα
4. Καθημερινός έλεγχος σωματικού βάρους
5. Συλλογή ούρων 24ωρου, 2 φορές την βδομάδα για μέτρηση αζώτου
6. Καθημερινή περιποίηση της στοματικής κοιλότητας
7. Καθημερινή περιποίηση του στομίου εισόδου του καθετήρα στο δέρμα με καθαρισμό και κάλυψη του καθετήρα με ειδικό αποστειρωμένο διαφανές κάλλυμα (OP-SITE)

-*τη φροντίδα* να γίνουν όλες οι απαραίτητες ιατρικές και εργαστηριακές εξετάσεις και η προετοιμασία του αρρώστου για κάθε εξέταση¹⁹. Στη σωματική προετοιμασία περιλαμβάνεται η εξέταση του ασθενούς που θα χειρουργηθεί από χειρουργό, παθολόγο και αναισθησιολόγο. Ο χειρουργός θα κάνει την εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς και την επιβεβαίωση της ακριβούς διαγνώσεως καθώς επίσης και τη λήψη του ιστορικού. Ο παθολόγος θα κάνει την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων, ενώ αν παρουσιαστεί ανωμαλία σε κάποιο σύμπτωμα θα κλιθεί ο ειδικός για το σύστημα και θα καθορίσει το είδος της νάρκωσης και το είδος και την ποσότητα του αναισθητικού. Οι απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις που προηγούνται της εγχειρήσεως είναι η εξέταση αίματος (γενική αίματος, λευκά, ερυθρά, τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, χρόνος ροής και πήξεως αίματος, ομάδα και R, ζάχαρο και ουρία αίματος) και γενική ούρων. Σε πολλά νοσοκομεία η ακτινογραφία θώρακος και το Η.Κ.Γ. αποτελούν εξετάσεις ρουτίνας. Εξαιτίας του stress ελαττώνεται ο χρόνος πήξης, γι' αυτό πολλοί χειρουργοί χορηγούν μικρή δόση ηπαρίνης πριν από την εγχείρηση προκειμένου να μειώσουν τον κίνδυνο μετεγχειρητικής θρομβώσεως²

-*την καθαριότητα* του ασθενή η οποία περιλαμβάνει την ατομική καθαριότητα και την καθαριότητα του εντερικού σωλήνα. Για κάθε προγραμματισμένη εγχείρηση στο παχύ έντερο είναι απαραίτητα η προετοιμασία του εντέρου και αυτό γιατί έτσι μειώνονται

σημαντικά οι μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως τα ενδοκοιλιακά αποστήματα, η διάσπαση των αναστομών, η διαπίσηση του εγχειρητικού τραύματος κτλ. Σκοπός της προετοιμασίας είναι αφ' ενός η πρόληψη της δημιουργίας και η απόμάκρυνση από τον αυλό του εντέρου των κοπράνων και αφ' ετέρου η μείωση του μικροβιακού πλυθισμού αυτά επιτυγχάνονται με :

1 χορήγηση τροφών που δεν αφήνουν υπόλειμα

2 μηχανικός ή χημικός καθαρισμός του εντέρου

3 χορήγηση αντιβιοτικών¹⁹

Την προηγούμενη της εγχείρησης ο ασθενής τρέφεται ελαφρά με υδρική διαίτα. Έξι ώρες πριν την εγχείρηση δεν παίρνει τίποτα από το στόμα για τον κίνδυνο εμέτων και μετεορισμού της κοιλιά . το βράδυ της προηγούμενης γίνεται καθαρτικός υποκλισμός καθώς και το πρωί της μέρας της εγχείρησης.παίρνει από το στόμα και με μορφή υποκλισμού αντισηπτικά φάρμακα του εντέρου και αρχίζει αντιβίωση. Προετοιμάζοντας το έντερο για αεγχείρηση της τελευταίες 5 μέρες χορηγείται ελαφρό υπακτικό όπως γάλα μαγνησίας και τροφές με λίγα κατά το δυνατόν υπολείματα².η αναμονή κάθε εγχείρησης προκαλεί αγωνία και φόβο αυτά μπορεί να προκαλέσουν αυπνία και φόβο. Η αυπνία και η κόπωση μπορεί να οδηγήσουν σε μετεγχειρητικές ανωμαλίες ή και σε εμφάνιση επιπλοκών γι' αυτό δίνεται ηρεμιστικό και υπνωτικό χάπι την νύχτα της παραμονής της εγχείρησης επίσης γίνεται προετοιμασία και εκπαίδευση του ασθενή σε μετεγχειρητικές ασκήσεις των άκρων αναπνευστικών μυών κτλ. καθώς και προσανατολισμός του ασθενούς στο θάλαμο που θα μεταφερθεί μετά την επέμβαση

-τοπική προεγχειρητική ετοιμασία :

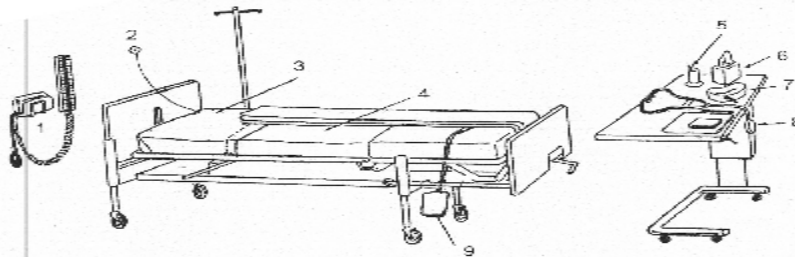
Είναι η ετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου δηλαδή του μέρους που θα γίνει η επέμβαση.αυτη συνίσταται στην αποτρίχωση,καθαριότητα και αντισηψία του δέρματος για αποφυγή μολύνσεων . η θέση και η έκταση του εγχειρητικού πεδίου εξαρτάται από το είδος της εγχείρησης.. στην συγκεκριμένη επέμβαση το εγχειρητικό πεδίο περιλαμβάνει την πρόσθια επιφάνεια του κορμού από το ύψος των θηλών των μαστών μέχρι την ηβική σύμφυση. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στη καλή καθαριότητα του ομφαλού και των βουβονικών πτυχών .σε πολλά νοσοκομεία το εγχειρητικό πεδίο γίνεται στο χειρουργείο .

-Τελική προεγχειρητική ετοιμασία:

Αυτή περιλαμβάνει τη πατατήρηση και την εκτίμηση της γενικής κατάστασης του αρρώστου, το ντύσιμό του μισή ώρα πριν από τη καθορισμένη ώρα του χειρουργείου με τη ρόμπα, τα ποδονάρια και το σκούφο. Πριν ο ασθενής ντυθεί πηγαίνει να ουρήσει αν δεν έχει καθετήρα. Επέισης αφερούνται όλα τα ξένα σώματα (οδοντοστιχίες – κοσμήματα⁰ και δίνονται στους συγγενείς για φύλαξη ή στην προεσταμένη του τμήματος. Τέλος γίνεται η προνάρκωση που έχει καθοριστεί από τον αναισθησιολόγο και αποβλέπει στη μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, στην ελάττωση εκκρίσεων του βλενογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνιλίας. Για το λόγο αυτό συνίσταται στον άρρωστο να μη σηκωθεί από το κρεβάτι του.

Μετά την προνάρκωση εξασφαλίζεται στον ασθενή ένα περιβάλλον χωρίς θόρυβο και έντονο φωτισμό. Να μην παραλείψουμε ότι σε περίπτωση που ο ασθενής έχει βαμμένα νύχια ξεβάφονται για να παρακολουθείται η τυχόν εμφάνιση κυανώσεως κατά τη νάρκωση¹⁹. Στη συνέχεια η νοσηλεύτρια μετρά τα ζωτικά σημεία του ασθενούς , τον καθησυχάζει για μια ακόμα φορά και αφού του ευχηθεί καλή επιτυχία ο ασθενής είναι πλέον έτοιμος για τη μεταφορά του στο χειρουργείο όπου είναι δυνατόν να τον συνοδεύει και η νοσοκόμα²¹⁹. Μετά την αποχώρηση του ασθενούς για το χειρουργείο η νοσηλεύτρια

φροντίζει για τον αερισμό του θαλάμου και ετοιμάζει το χειρουργικό κρεβάτι. Ανοιχτό δηλαδή από όλες τις πλευρές για να είναι εύκολη η μεταφορά του ασθενούς από το φορείο σε αυτό. Το κωμοδίνο τοποθετείται τετράγωνη αλλαγή για να αποφεύγονται οι θόρυβοι κατά την τοποθέτηση αντικειμένου. Ακόμη πάνω στο κωμοδίνο τοποθετούνται ποτήρι με δροσερό νερό , πορτ- κοττόν , νεφροειδές και κάψα με κομμάτια χαρτοβάμβακα και τολύπια με βαμβάκι. στο πλάι χάρτινη σακούλα για τα άχρηστα. πριν βέβαια τοποθετηθούν όλα αυτά ο θάλαμος πρέπει να έχει καθαριστεί και να διατηρείται σκοτεινός και δροσερός 19



Εικ. 5. Χειρουργικά κρεβάτι και ετοιμασία κωμοδίνου: 1. Σφυγμομανόμετρο 2. Καυδούνι 3. Τετράγωνο, αδιάβροχο κεφαλής 4. Ημισένδονα και αδιάβροχο 5. Θερμόμετρο 6. χαρτοβάμβακα 7. Νεφροειδές 8. Ακουστικά 9. Ουροσηλέκτης

2. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η αξία της προεγχειρητικής διδασκαλίας έχει προ πολλού αναγνωριστεί, ιωτε να αποτελεί σημαντικό μέρος της προεγχειρητικής ετοιμασίας ενός αρρώστου Η αρχική εκτίμηση του αρρώστου περιλαμβάνει και τις ανάγκες του σε μάθηση και διδασκαλία τόσο για την προεγχειρητική περίοδο, όσο και για ολόκληρη την περιεγχειρητική περίοδο, συμπεριλαμβανομένης και της αποκατατάστασης στο σπίτι. Κάθε άρρωστος διδάσκεται ως άτομο σε ό,τι αφορά Τις αγωνίες, ανάγκες και ελπίδες του. Το πρόγραμμα διδασκαλίας σχεδιάζεται και εφαρμόζεται στο σωστό χρόνο, ούτε πολύ ούτε στην άμεση προεγχειρητική περίοδο. Ιδεωδώς, η διδασκαλία γίνεται σε αρκετά μακρύ χρόνο, για να μπορεί ο άρρωστος να αφομοιώσει το περιεχόμενό της. Συχνά, αυτή συνδυάζεται με διάφορες διαδικασίες προετοιμασίας, ώστε να γίνεται πιο εύκολη η ροή πληροφοριών. Σε αρρώστους που εισάγονται τη μέρα της εγχείρησης, είναι απαραίτητο να γίνεται η διδασκαλία και να δίνονται απαντήσεις σε τυχόν ερωτήσεις τους όταν αυτοί επισκέπτονται το νοσοκομείο για Τις προεγχειρητικές εξετάσεις.

Οι αρχές της προεγχειρητικής διδασκαλίας είναι οι εξής .

- 1. Για διατήρηση ομοιομορφίας και ακρίβειας περιεχομένου, συμβουλευτείτε το γιατρό για να προσδιορίσετε Τις πληροφορίες που ήδη έχει πάρει ο άρρωστος.**
- 2. Καθορίστε πόση πληροφόρηση θέλει ή χρειάζεται ο άρρωστος.**
- 3. Μιλάτε καθαρά και χρησιμοποιείτε γλώσσα που καταλαβαίνει ο άρρωστος**
- 4. Σχεδιάζετε σύντομες, συχνές συνεδρίες διδασκαλίας, ώστε να δίνετε λίγες πληροφορίες κάθε φορά**
- 5. Δίνετε πάντοτε επαρκή χρόνο στον άρρωστο για υποβολή ερωτήσεων.**
- 6. Ρωτάτε τον άρρωστο αν καταλαβαίνει αυτό που του λέτε.**
- 7. Αν πρόκειται για διαδικασία, ζητάτε από τον άρρωστο να την κάνει.**
- 8. Επαναλαμβάνετε Τις πληροφορίες αν είναι ανάγκη. Να θυμάστε ότι το προεγχειρητικό άγχος συχνά εμποδίζει τη μάθηση και τη συγκράτηση νέων πληροφοριών.**
- 9. Να θυμάστε ότι κάθε άτομο είναι μοναδικό. Αλλάζετε Τις μεθόδους διδασκαλίας, ώστε να ταιριάζουν με Τις ατομικές ανάγκες.**
- 10. Περιλαμβάνετε στη διδασκαλία και άτομα σημαντικά για τον άρρωστο.**

2.1 ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΒΑΘΙΑΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ ΚΑΙ ΒΗΧΑΣ

Ένας από τους σκοπούς της προεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας είναι να διδαχθεί ο άρρωστος τον τρόπο προαγωγής αερισμοί των πνευμόνων για πρόληψη μετεγχειρητικής βρογχοπνευμονίας και ατελεκτασίας. Ο άρρωστος διδάσκεται πώς να εισπνέει αργά από τη μύτη, εκτείνοντας τους κοιλιακούς μυς και να Εκπνέει από συρωμένα χείλη, συσπώντας τους κοιλιακούς μυς, ενώ ταυτόχρονα υποστηρίζει την τομή του τραύματος. Αυτές οι αναπνευστικές ασκήσεις πρέπει να γίνονται πέντε με δέκα φορές κάθε ιορα στη μετεγχειρητική περίοδο ακινησίας. Ο σκοπός των ασκήσεων βήχα είναι η κινητοποίηση και αποβολή των εκκρίσεων από το βρογχικό δένδρο. Για τη διέγερση του αντανακλατικού βήχα προηγούνται βαθιές αναπνοές

2.2 ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΣΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

Ο σκοπός αυτών των ασκήσεων είναι η βελτίωση της κυκλοφορίας για πρόληψη φλεβικής στάσης και για άριστη ανταλλαγή αερίων. Ο άρρωστος διδάσκεται πώς να γυρίζει από πλάγιο σε πλάγιο, καθώς και Τις ασκήσεις των κάτω άκρων. Αυτές περιλαμβάνουν έκταση και κάμψη των αρθρώσεων γόνατος και ισχίου, ενώ ο άρρωστος είναι σε θέση ημι-Fowler, και κυκλικές ασκήσεις της ποδοκνημικής άρθρωσης. Γνωστικός έλεγχος. Για μείωση της έντασης, υπερνίκηση του άγχους και επίτευξη χαλάρωσης, ο άρρωστος:

Διδάσκεται να συγκεντρώνει τη σκέψη του στις πιο ευχάριστες από Τις πρόσφατες εμπειρίες του.

Ενθαρρύνεται να σκέπτεται και να διηγείται κάτι που του αρέσει.

Παροτρύνεται να λέει στον εαυτό του ότι όλα θα πάνε καλά.

Άλλες πληροφορίες. Βοηθά πολύ στη μετεγχειρητική προσαρμογή του αρρώστου αν αυτός γνωρίζει από πριν με τι συσκευές θα είναι συνδεδεμένος όταν έρθει από το χειρουργείο, ποιος είναι ο σκοπός τους και τι πρέπει να προσέχει. Επίσης, αν υπάρχει πιθανότητα να χρησιμοποιηθεί αναπνευστήρας ή οξυγόνο.

Τέλος, ο άρρωστος θέλει να γνωρίζει πότε να περιμένει μέλη της οικογένειας ή φίλους να τον ενημερώνει για Τις οξείες φάσεις της μετεγχειριστικής του εμπειρίας .

3.ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Από τη στιγμή που ο άρρωστος μεταφέρεται στο δωμάτιο αναισθησίας, την ευθύνη για τη φροντίδα του αναλαμβάνει η χειρουργική ομάδα.

Η χειρουργική ομάδα αποτελείται από ειδικά εκπαιδευμένα άτομα που εργάζονται μαζί, ή συντονισμένα, για την ευημερία και ασφάλεια του αρρώστου. Ο χειρουργός γιατρός αποφασίζει για τον τύπο της επέμβασης και πρέπει να είναι συνεχώς ενήμερος για αλλαγές στις μεταβαλλόμενες λειτουργικές ανάγκες του αρρώστου. Ο αναισθησιολόγος εξαλείφει τον πόνο και προάγει τη χαλάρωση μέσω ανίσθησίας. Επιπλέον, πρέπει

(α) να διατηρεί τον αεραγωγό του αρρώστου,

(β) να εξασφαλίζει επαρκή ανταλλαγή αερίων,

(γ) να χορηγεί αίμα, υγρά και φάρμακα ανάλογα με τις ανάγκες,

(δ) να παρακολουθεί. Στενά την κυκλοφορία και αναπνοή του αρρώστου και

(ε) να ενημερώνει αμέσως τον χειρουργό για οποιαδήποτε επιπλοκή

Ο νοσηλευτής κυκλοφορίας ενεργεί ως χειριστής του χειρουργείου. προάγει την ασφάλεια και καλύπτει τις ανάγκες υγείας του αρρώστου με

(α) εξασφάλιση καθαρού περιβαλλοντος και σωστής θερμοκρασίας και φωτισμού,

(β) έλεγχο της λειτουργίας εξοπλισμού (αναρροφητήρες, διαθερμίες) και σύνδεσής του με άσηπτα εξαρτήματά του,

(γ) εξασφάλιση εφοδίων και υλικού,

(δ) στενή παρακολούθηση ώστε να εφαρμόζεται συνεχώς η άσηπτη τεχνική,

(ε) ζύγιση και μέτρηση των μεγάλων γαζων,

(στ) επικοινωνία με ακτινολογικό τμήμα και εργαστήρια, αν το ζητήσει ο χειρουργός,

(ζ) ετοιμασία και αποστολή στο παθολογοανατομικό τμήμα δειγμάτων για εξέταση

Ο πλυμένος νοσηλευτής παίρνει μέρος άμεσα στη χειρουργική επέμβαση.

Ετοιμάζει τα άσηπτα χειρουργικά τραπέζια, με όλα τα απαραίτητα γενικά και ειδικά εργαλεία, ράμματα, βελόνες, γάζες. Βοηθά το χειρουργό και τους βοηθούς του κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης προβλέποντας και παρέχοντας σε αυτούς τα απαραίτητα εργαλεία, σπόγγους Κ.λπ. Μετρά βελόνες, εργαλεία και μεγάλες γάζες προτού κλείσει ο χειρουργός το τραύμα

4. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

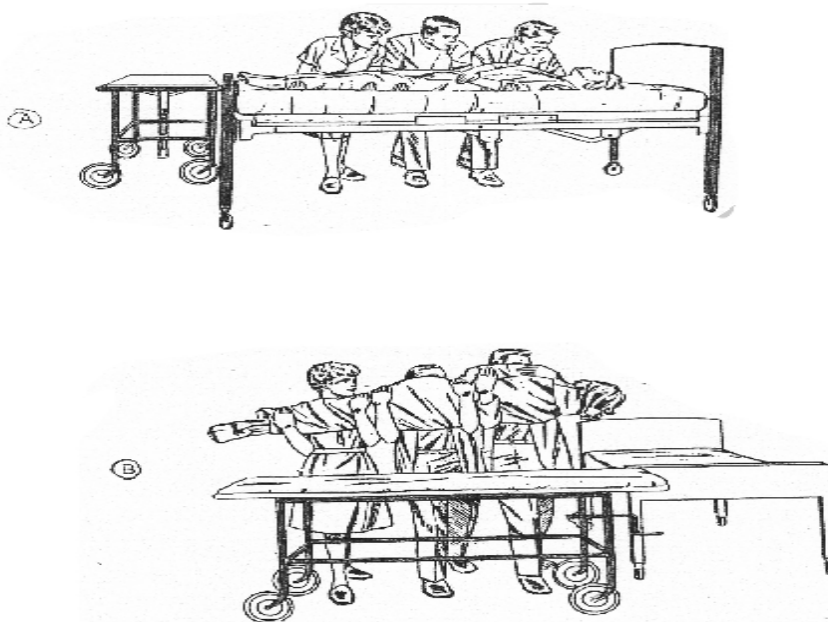
Μετά τη χειρουργική επέμβαση, ο νοσηλευτής κυκλοφορίας ντύνει τον άρρωστο με καθαρή ρόμπα και βοηθά στη μεταφορά του στο φορείο, που γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να αποφεύγονται έκθεση, απότομοι χειρισμοί, βεβιασμένες κινήσεις και γρήγορες αλλαγές θέσης, που προδιαθέτουν' τον άρρωστο σε λοιμώξεις, δημιουργούν τάση στα ράμματα του τραύματος και προδιαθέτουν τον άρρωστο σε υπόταση, αντίστοιχα. Στο

φορείο ο άρρωστος σκεπάζεται με κουβέρτες και στερεώνεται με λωρίδες. Για αύξηση της ασφάλειάς του σηκώνονται οι προφυλακτήρες του φορείου
Ο χειρουργημένος μετά την εγχείρηση περνα στο δωμάτιο ανάνηψης;

4.1 ΔΩΜΑΤΙΟ ΑΝΑΝΗΨΗΣ

Είναι μια μονάδα που αποτελεί μέρος του χειρουργείου βρίσκεται κάτω από την άμεση επίβλεψη ενός αναισθησιολόγου και πλαισιώνεται από ειδικά εκπαιδευμένους νοσηλευτές και άλλο προσωπικό. Η χρησιμοποίησή του έχει, πρακτικά, εξαλείψει τους άμεσους μετεγχειρητικούς κινδύνους της αναισθησίας και της επέμβασης. Εδώ οι άρρωστοι βρίσκονται κάτω από συνεχή παρακολούθηση. Αναπνευστικές και κυκλοφορικές καταστολές ανιχνεύονται έγκαιρα και αντιμετωπίζονται. Τα απαραίτητα μηχανήματα, συσκευές, εργαλεία, διαλύματα και φάρμακα, καθώς και δίσκοι τραχειοτομίας, καρδιακών μαλάξεων και βρογχοσκόπησης, είναι διαθέσιμα κάθε στιγμή¹ το οποίο είναι ένα Οργανωμένο μέρος πλαισιωμένο από αναισθησιολόγο γιατρό. Ο άρρωστος; μένει στο δωμάτιο ανάνηψης; μέχρις ότου ανανήψει δηλαδή αντ'ιδρασει από το αναισθητικό και η θερμοκρασία, πίεση και αναπνοές; του σταθεροποιηθούν μετά τη χειρουργική επέμβαση. Η νοσηλεύτρια μένει στο πλάι του ασθενούς; και φροντίζει να μένει ο ασθενής; σε οριζόντια θέση με το κεφαλι στο πλάι ,παρακολουθεί τη γενική κατάσταση , του άρρωστου και τα ζωτικά του σημεία επίσης παρακολουθεί τις γάζες του τραυματος για διαπίστωση αιμορραγίας και τη διανοητική και ψυχική κατάσταση του αρρώστου.

Μετά την πλήρη ανάνηψη του ασθενούς με μεγάλη προσοχή τοποθετείται στο κρεβάτι του θαλάμου, όπου θα αρχίσει η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς² .Όταν ο ασθενής μεταφερθεί στο θάλαμό του,τον παραλαμβάνει, η νοσηλεύτρια και φροντίζει κατ'αρχήν για την σωστή τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι.¹⁹



Εικ. 4. Α. Μεταφορά αρρώστου από το κρεβάτι στο φορείο Β. Μεταφορά αρρώστου από το φορείο στο κρεβάτι

Η θέση του αρρώστου είναι ύπτια χωρίς μαξιλάρι., με το κεφάλι στο πλαι,για τη διευκόλυνση αποβολής των εκκρίσεων της στοματικής κοιλότητας και την απελευθέρωση των αεραγωγών.²

Γίνεται η λήψη και η καταγραφή των ζωτικών σημείων, ο έλεγχος του τραυματος και των παροχετευσεων που έχει. των ορών, που παίρνει και. όλα αυτά καταγράφονται Τα ζωτικά σημεία ελέγχονται ανά μία ώρα ή και συχνότερα αν είναι ανάγκη το πρώτο 24ωρο.¹⁹

Ο ασθενής δεν παίρνει τίποτα από το στόμα τα δύο πρώτα 24ωρα, ενώ μετά το δεύτερο 24ωρο παίρνει υγρά και εμπλουτίζεται το διαιτολόγιό του με τη λειτουργία του εντέρου. Κατά τα δύο πρώτα 24ωρα ο ασθενής έχει σωλήνα LEVIN,και παίρνει υγρά μόνο παρεντερικά.

Το LEVIN αφαιρείται,και διακόπτεται η παρεντερική χορήγηση υγρών, εφόσον ο ασθενής δέχεται τα χορηγούμενα υγρά.

Η σίτιση του ασθενούς θα παίζει σημαντικό ρόλο στην αναρρωσή του, ενώ θα δοθεί μεγάλη σημασία στη μέτρηση των προσλαβανομένων και αποβαλομένων. Ο ασθενής υποφέρει από τους πόνους και γι' αυτό χρειάζεται παυσίπονα, συχνή αλλαγή της θέσης του ,και τοποθέτηση αεροθαλάμου στην έδρα του. Επίσης ο ασθενής φέρει καθετήρα και γίνεται ακριβής μέτρηση των ούρων, ενώ παρακολουθείται ο καθετήρας για πρόληψη απόφραξης του και μόλυνσης της κύστης.

Η έγκαιρη έγερση του ασθενούς από το κρεβάτι προλαμβάνει πνευμονικές,αγγειακές,πεπτικές επιπλοκές, επιταχύνει την επούλωση του τραύματος μειώνει τον μετέγχειρητικό πόνο,συντομεύει το χρόνο επιστροφής στην πλήρη δίαιτα και τέλος μειώνει το χρόνο παραμονής του αρρώστου στο νοσοκομείο.Ο ασθενής που έχει

υποστεί την κολοστομία θα καθυστερήσει την έγερσή του από το κρεβάτι, αλλά είναι απαραίτητο να κάνει διάφορες ασκήσεις στο κρεβάτι, που φέρνουν τα ίδια αποτελέσματα με την έγκαιρη έγερση.

Η νοσηλεύτρια είναι εκείνη που θα παρακινήσει τον ασθενή γι' αυτές τις ασκήσεις και θα τον βοηθήσει στην εκτέλεσή τους. Θά κάνει βαθιές αναπνευστικές κινήσεις για πλήρη έκπτυξη των πνευμόνων, ασκήσεις άκρων ποδών και χεριών, ασκήσεις σύσπασης γλουτιαίων και κοιλιακών μυών και τέλος ασκήσεις προετοιμασίας για την έγερση του αρρώστου από το κρεβάτι.

Βασικό μέρος της μετεγχειρητικής φροντίδας του ασθενούς είναι η περιποίηση της παρά φυσιν έδρας Η περιποίηση αυτή γίνεται κατά τα πρώτα 24ωρα άσηπτα, παρά το γεγονός ότι το τραυμα είναι σηπτικό, ένεκα του γεμάτου μικρόβια περιεχομένου του παχέως εντέρου. Μετά την επούλωση του τραυματος η αλλαγή της παρά φύσιν έδρας γίνεται με καθαρά όχι όμως αποστειρωμένα αντικείμενα.

Προφυλάσσεται το γυρω από την παρά φυσιν έδρα δέρμα, προς αποφυγή ερεθισμού από τα εντερικά υγρά, με τοποθέτηση σ' αυτό προστατευτικής αλοιφής. 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 με κάθε τρόπο να αποφευχονται οι μορφασμοί, οι οποίοι δείχνουν δυσανεξία της νοσηλεύτριας για το είδος της εκτελούμενης εργασίας.

Για την αλλαγή του συγκεκριμένου αυτού τραύματος, που διαφέρει απο οποιοδήποτε άλλο, χρησιμοποιείται ειδικός δίσκος με κάποια συγκεκριμένα αντικείμενα αποσμητικές κρέμες ή SPRAY που χρησιμοποιούνται για την εξουδετέρωση της κακοσμίας και η αλλαγή γίνεται όταν υπάρχει ανάγκη και πάντα μισή ώρα, προ του φαγητού. Μετά από κάθε αλλαγή γίνεται και η περιποίηση και πλύση του γύρω υγιούς δέρματος προς αποφυγή μολύνσεων. πάντα σε κάθε αλλαγή βάλλεται η σχολαστική τήρηση των όρων υγιεινής και καθαριότητας. πριν την αποχώρηση του ασθενούς από το νοσοκομείο πρέπει να έχει ρυθμιστεί η λειτουργία του εντέρου (κενώσεις). Η ρύθμιση των κενώσεων αναφέρεται στο σχήμα, τον αριθμό και το χρόνο τους και πραγματοποιείται με την προσπάθεια συνθέσεως του διαιτολογίου του έτσι, ώστε οι κενώσεις του να παίρνουν σχήμα και κατά συνέπεια να περιορίζονται σε αριθμό, με υποκλισμούς επί σειρά ημερών, ρυθμίζεται ο χρόνος της κενώσεως του ασθενούς. Επίσης πριν αποχωρήσει ο ασθενής από το νοσοκομείο πρέπει να έχει κατανοήσει τον τρόπο περιποίησης και αλλαγής της κολοστομίας του. Πρέπει να μπορεί υπεύθυνα να διεκπεραιώνει αυτήν την εργασία, ύστερα από την διδασκαλία που του έχει γίνει από την νοσηλεύτρια, κατά τη διάρκεια παραμονής του στο νοσοκομείο²

Μετα από την εγχείρηση οι περισσότεροι ασθενείς εκφράζουν, σχεδόν ολοκληρωτικά, ένα μόνο συναίσθημα, τον φόβο. Στην αρχή ο φόβος αυτός συνοψίζεται σε πρακτικά προβλήματα, όπως οι οσμές, οι θόρυβοι και οι διαρροές. Αυτά είναι συνήθως πραγματικά προβλήματα, και οφείλονται στο γεγονός ότι ο ασθενής δεν έχει ακόμα προσαρμοστεί στην τεχνική πλευρά της νέας του κατάστασης. Με την βοήθεια της νοσηλεύτριας τα προβλήματα αυτά αρχίζουν σταδιακά να εξαφανίζονται.¹⁷

4.2 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ

Οι κυριότερες μετεγχειρητικές δυσχέρειες που μπορεί να παρουσιαστούν στον χειρουργημένο ασθενή είναι:

α) **πόνος**. Ο ασθενής που υποβάλλεται σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση, βρίσκεται σε σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπερένταση, η οποία επιδεινώνει τον φυσιολογικά αναμενόμενο πόνο από την εγχείρηση² ο πόνος είναι μια από τις πιο πρώιμες μετεγχειρητικές δυσχέρειες. Ο μετεγχειρητικός πόνος μπορεί να ξεκινά από το δέρμα, τους μυς, τους τένοντες, τα οστά, το περιτόναιο ή τα σπλάγχνα. Ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται στο τραύμα (τομή, απαγωγή, συρραφή ιστών), γι' αυτό χορηγούμε, με ιατρική οδηγία, μορφίνη ή παρόμοια ναρκωτικά. Ο ισχυρότερος πόνος εμφανίζεται τις πρώτες 12 - 36 ώρες και υποχωρεί μετά 48 ώρες. Όταν ο άρρωστος πονά, ο νοσηλευτής οφείλει:

α. Να εντοπίζει τον πόνο.

β. Να διαπιστώνει αν είναι συνεχής ή διαλείπων, αμβλύς ή οξύς.

γ. Να διαπιστώνει αν ακτινοβολεί και προς τα πού, αν έχει σχέση με την αναπνοή, αν επιδεινώνεται τη νύκτα.

δ. Να καταγράφει τις διαπιστώσεις του και να τις γνωστοποιεί στο χειρουργό και τον αναισθησιολόγο

Το αίσθημα του πόνου σε εγχειρήσεις της κοιλιάς και του θώρακα γίνεται ισχυρότερο με τον έμετο, το βήχα και τις αναπνευστικές κινήσεις. Εξάλλου, η υπολειμματική δράση των μέσων αναισθησίας εξαρτάται από το βαθμό διαλυτότητάς τους στο αίμα, διήθησής τους στους ιστούς και απέκκρισής τους από τον οργανισμό.

Η αντίδραση του κάθε αρρώστου στον πόνο είναι διαφορετική και εξαρτάται από την προσωπικότητά του. Ο μετεγχειρητικός πόνος είναι λιγότερο οξύς στους ηλικιωμένους από ό,τι στους μεσήλικες και στους νέους σε ηλικία αρρώστων.

Τα αναλγητικά για την αντιμετώπιση του πόνου δεν χορηγούνται, μέχρις ότου αναφέρει άρρωστος ότι αισθάνεται πόνο. Το είδος και η δόση πρέπει να είναι προσεκτικά καθορισμένα γιατί οι μεγάλες δόσεις μειώνουν την αναπνευστική λειτουργία. Οι εκκρίσεις κατακρατούνται στο βρογχικό δέντρο με αποτέλεσμα ατελεκτασία και πνευμονία, αν και ο πόνος τω 24ωρών οφείλεται συνήθως στην εγχείρηση, ο νοσηλευτής δεν πρέπει να παραλήπτει να εξετάζει διεξοδικά το τραύμα για διαπίστωση και άλλων παραγόντων που μπορεί να επιδεινώνουν τον πόνο τέτοιοι παράγοντες είναι καρφίτσες ασφαλείας, σωλήνες παροχέτευσης, σφιχτές επιδέσεις. Η μορφίνη πρέπει να αντικαθίσταται όσο πιο γρήγορα γίνεται με κωδεΐνη, ασπιρίνη κτλ εξ' άλλου χαμηλή και ασταθής αρτηριακή πίεση αποτελεί προειδοποίηση για χορήγηση της μορφίνης με επιφύλαξη, γιατί μπορεί να προκληθεί SHOCK¹

β) δίψα:

Η δίψα παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση ή και ακόμα από τοπική αναισθησία. λόγω της ατροφίας η οποία προκαλεί ελάττωση των εκκρίσεων, αλλά και της μείωσης των υγρών του οργανισμού η οποία προέρχεται από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την εγχείρηση (αίμα, ιδρώτα, έμετό)¹⁹

Σε εγχειρήσεις του γαστρεντερικού σωλήνα απαγορεύεται η χορήγηση νερού επι 24 ώρες ή και περισσότερο. Τολυπια εμποτισμένα με διάλυμα σόδας βοηθούν στη διάλυση της βλέννας στο στόματος ακόμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί μίγμα διαλύματος βορικού

οξέος 4% και γλυκερίνης,σε αναλογία 1/1 Γάζα υγρη,που τοποθετείται στο στόμα βοηθά στην εφυγρανσή του εισπνεόμενου αέρα.

Η μάσηση σκληρών καραμελών, μαστίχας ή κεριού, προάγει την έκκριση του σιέλου και διατηρεί το στομα υγρό ¹

Η νοσηλεύτρια ανακουφίζει την αίσθηση δίψας του ασθενούς με συχνές πλήσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγρανση των χειλίων και της γλώσσας με βαμβάκι ποτισμένο σε νερό και με χορήγηση υγρών παρεντερικά. Από την γενική κατάσταση του ασθενούς θα εξαρτηθεί το είδος και η ποσότητα των υγρών που θα χορηγηθούν²

γ) εμετος.

Μετεγχειρητικά, ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει ναυτία και εμέτους αιτίες είναι η συλλογή υγρών στο στομαχι ή η ληψη απο το στομα υγρων ή τροφής πριν από την αποκατάσταση της περίσταλσης του γαστρεντερικού σωλήνα.¹

Ο εμετος και η ναυτια ειναι φαινομενα συνηθισμενα μετά από γενική νάρκωση και σπάνια διαρκούν πάνω από 24 ώρες. Εάν ο ασθενής έχει εμετους το κεφαλι του στρεφεται στο πλαι και η νοσηλεύτρια του προμηθεύει Το νεφροειδές,το οποίο αποσύρει μετά,από τον ασθενή για να αποφύγει μια προδιάθεση άλλων εμέτων ή ναυτίας.

Μετα απο καθε εμετο,πρεπει να πλενεται Το στομα του ασθενους Και να διατηρούνται καθαρά Τα κλινοσκεπάσματα.Αν ο ασθενής παρουσιάσε ι συνεχης εμετους, δυνατον να γίνει διασωλήνωση στομάχου από τη μυτη με σωληνα LEVIN. Τα εχοντα σχεση με τους εμετους(ποσο,συχοτητα,χαρακτηρας εμεσματος Κ.λ.π)πρεπει να αναγραφονται λεπτομερως στο νοσηλευτικό δελτίο του ασθενούς²

Ο μετεγχειρητικός έμετος διακρίνεται

α. Στον έμετο κατά την αποδρομη της δρασης του αναισθητικού

β στον εμετο που διαρκεί την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα και νύκτα

γ στον εμετο που συνεχίζεται¹

δ) ανυσηχία-δυσφορία.

Αιτίες που δημιουργούν ανησυχία και δυσφορία στον αρρωστο είναι οι εξής

α. Βρεγμένο επιδερμικό υλικό του τραύματος

β. Επίοχεση ούρων

γ. Μετεωρισμός και λόξυγκας

δ Αϋπνία.

Ο νοσηλεύτης οφείλει να μειώσει τους θορύβους στο ελάχιστο, να βοηθήσει τον άρρωστο να απαλλαγει απο τις δυσαρεστες σκεψεις και να μειώσει τον ημερήσιο ύπνο του με απασχόληση

Την ώρα του υπνου του κανει ελαφρά εντριβή, ειδικά στη ράχη και τον αυχένα, αεριζει το δωματιο και χαμηλώνει τα φώτα. Του δίνει ζεστό γάλα ή κακάο αν αυτό το βοηθάει για να κοιμηθει. ¹

ε) διατασή του εντέρου

Αποτελει συνηθισμενη δυσχερεια.ο τραυματισμος των κοιλιακών οργάνων καταργεί την περίσταλση για 24 - 48 ώρες. Ο αέρας και οι εκκρίσεις συγκεντρώνονται στο στομάχι και το έντερο και προκαλούν διάταση. Για την έξοδο των αερίων από τη παχύ έντερο εφαρμόζεται σωλήνας αερίων ή χαμηλός υποκλυσμός, ενώ ακόμα βοηθά η συχνή μετακίνηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Η δυσχέρεια αυτή μπορεί να προληφθεί με ρινογαστρικό ή ρινοεντερικό σωλήνα.

στ)διάταση κύστης

Η κατακράτηση ούρων μπορεί να παρατηρηθεί μετά από κάθε επέμβαση, συχνότερα όμως εκδηλώνεται μετά από επεμβάσεις στο ορθό, τον πρωκτό ή το κόλλο, σε κήλες και σε επεμβάσεις στο επιγάστριο. Οφείλεται σε σπασμό του σφιγκτήρα. Χρησιμοποιούνται όλα τα συντηρητικά μέτρα, αν όμως αποτύχουν καταφεύγουμε στον καθετηριασμό.

ζ)δυσκοιλιότητα

αίτια μετεγχειρητικής δυσκοιλιότητας μπορεί να είναι:

α. Ερεθισμός ή τραυματισμός του εντέρου κατά τη διάρκεια της εγχείρησης

β. Τοπική φλεγμονή

γ Περιτονίτιδα

δ. Τοπικό απόστημα.

Μπορεί όμως το άτομο να έχει: χρόνια δυσκοιλιότητα, την οποία αντιμετωπίζει με λήψη υπακτικών στο σπίτι. Στον άρρωστο αυτόν, το συντομότερο δυνατό μετά την εγχείρηση πρέπει να επιτρέπεται η εφαρμογή των βοηθητικών μέτρων που χρησιμοποιούσε στο σπίτι.εξ' άλλου μπορεί να βοηθήσουν στη λύση του προβλήματος η έγκαιρη έγερση,το είδος της διαίτας , η χορήγηση άφθονων υγρών και οι χαμηλοί υποκλισμοί'

4.3 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Οι επιπλοκές στις κλασσικές (ανοικτές) και λαπαροσκοπικές χειρουργικές επεμβάσεις του παχέος εντέρου είναι σχεδόν οι ίδιες. Παρ' αυτό όμως, λόγω των ιδιαιτεροτήτων που εμφανίζουν οι λαπαροσκοπικές χειρουργικές επεμβάσεις, οι συγγραφείς προτιμούν τον διαχωρισμό περιγραφής των επιπλοκών μεταξύ των δύο αυτών τρόπων χειρουργικής αντιμετώπισης των παθήσεων του παχέος εντέρου. Είναι εύλογο εξάλλου να γίνεται ο διαχωρισμός αυτός, διότι επιτρέπει την καλύτερη σύγκριση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων μεταξύ της ανοικτής και λαπαροσκοπικής χειρουργικής επέμβασης του παχέος εντέρου, γεγονός το οποίο μπορεί ενδεχόμενα να διευκολύνει τους χειρουργούς στην επιλογή του ενός ή του άλλου τρόπου χειρουργικής αντιμετώπισης των διαφόρων παθήσεων του παχέος εντέρου. Γι' αυτούς τους πρακτικούς κυρίως λόγους είναι σκόπιμο να γίνεται ο διαχωρισμός περιγραφής των μετεγχειρητικών και διεγχειρητικών επιπλοκών μεταξύ των ανοικτών και λαπαροσκοπικών χειρουργικών επεμβάσεων του παχέος εντέρου.

4.3.1. ΜΕΤΑΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΤΙΣ ΑΝΟΙΚΤΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Οι επιπλοκές που συνήθως ακολουθούν τις μεγάλες και μικρές ανοικτές χειρουργικές επεμβάσεις του παχέος εντέρου είναι πολλές και συχνές Αυτές μπορούν να διακριθούν στις επιπλοκές που πηγάζουν από τη φύση αυτής καθ' εαυτής της εγχείρησης και στις επιπλοκές που αντικατοπτρίζουν τους ηλικιωμένους ή επιβαρυσμένους και με άλλα νοσήματα ασθενείς.Στην πλειονοτητά τους οι μετεγχειρητικές επιπλοκές του παχέος εντέρου είναι οι ίδιες με τις επιπλοκές και των άλλων χειρουργικών επεμβάσεων

της κοιλιακής χώρας. Σε ηλικιωμένους ασθενείς και σε ασθενείς που συνηπάρχουν και άλλες παθήσεις, ιδίως των ζωτικών οργάνων οι μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι συχνότερες και σοβαρότερες.

Συχνότερες και βαρύτερες είναι επίσης οι μετεγχειρητικές επιπλοκές του παχέως εντέρου στις επείγουσες χειρουργικές επεμβάσεις όπου δεν είναι δυνατή η προετοιμασία του εντέρου και η διόρθωση της διαταραγμένης συχνά γενικής κατάστασης των ασθενών, όπως η ρύθμιση υγρών και ηλεκτρολυτών, η βελτίωση της θρέψης κ.α. σε μελέτη που έκαναν ο crystal και ο chang σε προετοιμασμένους ασθενείς το ποσοστό των μετεγχειρητικών επιπλοκών του παχέως εντέρου φτάνει στο 31%, ενώ στα περιστατικά που είχαν χειρουργηθεί επειγόντως το ποσοστό των επιπλοκών ήταν 53% σε μελέτη επίσης του mzabi και των συνεργατών του, το ποσοστό των επιπλοκών ήταν 20% και 40% στις δύο αυτές κατηγορίες ασθενών αντίστοιχα.

Οι σοβαρότερες από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές του παχέως εντέρου είναι η φλεγμονή (ιδιαίτερα μετά από ρήξη της αναστόμωσης), η εντερική απόφραξη και η αιμοραγία.

1) Αιμορραγία

Η μετεγχειρητική αιμορραγία στις εγχειρήσεις του παχέως εντέρου είναι συχνή και πολλές φορές επικίνδυνη μετεγχειρητική επιπλοκή και συνήθως χρειάζεται επανεπέμβαση. Οι κυριότερες πηγές αιμορραγίας στις εγχειρήσεις του παχέως εντέρου είναι

**η αναστόμωση,
τα μεσεντερικά αγγεία,
ο σπλήνας και
το κοίλον του ιερού οστού.**

Δεν είναι σπάνιο όμως η αιμορραγία να εμφανισθεί και με τη μορφή ενός εκτεταμένου αιματώματος. Η αιμορραγία από την αναστόμωση συμβαίνει κυρίως σε ασθενείς που χειρουργούνται για καρκίνο του παχέως εντέρου και προέρχεται από τα σημεία των ραφών της αναστόμωσης. Εμφανίζεται είτε αμέσως μετά την εγχείρηση ή μια εβδομάδα αργότερα και η κύρια εκδήλωσή της είναι οι αιμορραγικές κενώσεις και η πτώση του αιματοκρίτη.

Ευτυχώς τις περισσότερες φορές η αιμορραγία αυτή δεν είναι μεγάλη και υποχωρεί αυτομάτως. Στις περιπτώσεις όμως που αυτή είναι μαζική, χρειάζεται αντιμετώπιση με έκχυση αγγειοσπαστικών φαρμάκων ή εμβολισμό δια μέσου του καθετήρος του προηγηθέντος εκλεκτικού αρτηριογραφικού καθετηριασμού των μεσεντερικών αγγείων. Εάν με τον τρόπο αυτό δεν καταστεί δυνατή η αναχαίτιση της αιμορραγίας, επιβάλλεται η χειρουργική αντιμετώπιση αυτής.

Η τοποθέτηση επιπρόσθετων ραφών στην αναστόμωση συνήθως σταματά την αιμορραγία, άλλως είναι αναγκαία η δημιουργία νέας αναστόμωσης. Η αιμορραγία από τα μεσεντερικά αγγεία οφείλεται στην διαφυγή μιας ή σπανιότερα περισσοτέρων απολινώσεων των μεσεντερικών αγγείων και η απώλεια αίματος είναι συνήθως μεγάλη. Εκδηλώνεται με ταχυκαρδία, πτώση της αρτηριακής πίεσης και πτώση του αιματοκρίτη, ενώ άλλες φορές παρά τη συσσώρευση μεγάλης ποσότητας αίματος στην περιτοναϊκή κοιλότητα δεν υπάρχουν εμφανή κλινικά σημεία εκτός από την πτώση του αιματοκρίτη. Δεν είναι σπάνιο όμως σε μια αιμορραγία εκ των μεσεντερικών αγγείων το αίμα να διαρρεύσει δια μέσου των ραφών της αναστόμωσης και να προκαλέσει διαγνωστική

σύγχυση στην εντόπιση της εστίας της αιμορραγίας. Στην πλειονότητά των περιπτώσεων οι αιμορραγίες από τα μεσεντέρια αγγεία εμφανίζονται αμέσως μετά την εγχείρηση.

Στην ύπαρξη ακόμη και υποψίας μιας τέτοιας αιμορραγίας είναι απαραίτητη η ερευνητική λαπαροτομία το δυνατόν συντομότερα. Η αιμορραγία από ρήξη του σπληνός στις κολεκτομές συμβαίνει συνήθως κατά την προσπάθεια κινητοποίησης της αριστεράς κολικής καμπής. Τις περισσότερες φορές αυτή γίνεται αντιληπτή, ενώ διαρκεί η εγχείρηση και αντιμετωπίζεται αμέσως. Στην περπτωση όμως που αυτή εκδηλωθεί μετεγχειρητικά και είναι απειλητική, επιβάλλεται η αντιμετώπιση με επανεγχείρηση. Εάν η ρήξη του σπληνός είναι μικρή και επιπολής, πρέπει να γίνεται προσπάθεια αναχαίτισης της αιμορραγίας με την πιεστική τοποθέτηση αιμοστατικής γάζας ή εάν το τραύμα είναι βαθύτερο να γίνεται συρραφή του σπληνικού πολφού, ενώ αντίθετα σε μεγάλες ρήξεις του σπληνός η σπληνεκτομή είναι η μόνη θεραπευτική λύση.

Η αιμορραγία από το κοίλον του ιερού οστού είναι η πιο επικίνδυνη και όχι σπάνια θανατηφόρα επιπλοκή, που μπορεί να γίνει κατά την κινητοποίηση του ορθού και οφείλεται σε ρήξη των προίερων φλεβών. Η αιμορραγία αυτή συμβαίνει και γίνεται αντιληπτή ως επί το πλείστον στη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης. Είναι βασική η παρατήρηση ότι ανατομικά μερικές από τις προίερες φλέβες διατιτραίνονται τα ιερά τρήματα. Και επικοινωνούν άμεσα με το έσω σπονδυλικό φλεβικό πλέγμα. Ο έξω χιτώνας αυτών των φλεβών συγχωνεύεται με το περίστωο του ιερού οστού και όταν κακοποιηθούν συσπώνονται και φέρονται μέσα στο ιερό τρήμα. Οι φλέβες αυτές επικοινωνούν επίσης με το προίερό φλεβικό πλέγμα. Και με μερικές αβαλβιδικές φλέβες, οι οποίες αποτελούν την εστία της ανεξέλεγκτης αιμορραγίας.

Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης της αιμορραγίας από το κοίλο του ιερού οστού είναι η πρόληψή της κάνοντας την κινητοποίηση του ορθού έμπροσθεν της προίερας περιτονίας και αν είναι δυνατόν υπό τον έλεγχο της όρασης και όχι τυφλά. Η αποκόλληση του ορθού διευκολύνεται και ελαττώνεται έτσι η πιθανότητα κάκωσης των προίερων φλεβών, όταν διαιρεθεί το σιγμοειδές και το περιφερικό τμήμα του εντέρου τραβηχθεί προς τα πάνω και μπροστά, με αποτέλεσμα ο οπισθοορθικός χώρος να αποκαλύπτεται καλύτερα. Σε περίπτωση αιμορραγίας από το κοίλο του ιερού οστού το πρώτο και βασικό μέλημα είναι να εντοπισθεί το σημείο προελευσης της και να γίνει πιεστικός επιπωματισμός της έσω επιφάνεια του ιερού οστού. Ο ασθενής πρέπει να επαναφέρεται από την *trendelenburg* θέση σε οριζόντια για την αποσυμφόρηση της φλεβικής κυκλοφορίας και η αφαίρεση του ορθού να γίνεται το δυνατόν ταχύτερα. Εάν μετά την προσεκτική αφαίρεση της πιεστικής γάζας εξακολουθεί να υπάρχει αιμορραγία είναι μεγάλης πρακτικής σημασίας να αναγνωριστεί εάν η αιμορραγούσα φλέβα είναι προίερη ή και κάποια εκ των φλεβών που λόγω της σύσπασης εισέρχεται εντός του ιερού τρήματος.

Εάν η αιμορραγία ελέγχεται με πίεση των παρακείμενων φλεβών τότε η κάκωση αφορά προίερα φλέβα, η οποία μπορεί να απολινωθεί. Εάν όμως η αιμορραγία έρχεται από το ιερό τρήμα η απολίνωση της φλέβας είναι αδύνατη και επιβάλλεται να γίνει επιπωματισμός με ειδική απορροφητική γάζα. Στην περίπτωση που και ο τρόπος αυτός αναχαίτισης της αιμορραγίας αποτύχει, γίνεται πιεστικός επιπωματισμός ολόκληρου του κοίλου του ιερού οστού με αποστειρωμένες γάζες οι οποίες αφαιρούνται μετά από 24-48 ώρες.

Η χρήση ειδικά τελευταίου σχεδιασμένου καρφιού το οποίο μπορεί να σφηνωθεί εντός του τρήματος που βρίσκεται η αιμορραγούσα φλέβα, είναι μια μεθοδος

αναχαιτισης της αιμοραγίας η οποία από άλλους είναι αποδεκτή και από άλλους αμφισβητείται. Η απολίνωση των έσω λαγονίων φλεβών ή η διεκβολή ράμματος με με βελόνη για την απολίνωση της συνεσπασμένης εντός του ιερού τρήματος φλεβός είναι ανεπιτυχής τρόπος αιμόστασης. Στα μεγάλα περιτοναϊκά αιματώματα είναι αναγκαία η χειρουργική επέμβαση μόνο σε ασθενείς χαμηλού κινδύνου 21

2)Υποστατική πνευμονία

Αυτή οφείλεται στην συνεχή κατάκλιση, στο μη καλό αερισμό των πνευμόνων και στο μηχανικό αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα από βλεννώδεις εκκρίσεις. Η πρόληψη της εκδήλωσης αυτής της επιπλοκής επιτυγχάνεται με την συχνή αλλαγή θέσης του ασθενούς στο κρεβάτι. Ακόμα ενθαρρύνεται ο ασθενής να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει και να κινεί τα άκρα, συχνή περιποίηση στόματος και αντισηψία ρινοφάρυγγα.¹⁹

3)Shock.

Αποτελεί μια από τις πιο σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές. Παλιότερα, ήταν η κύρια αιτία μετεγχειρητικών θανάτων. Σήμερα, όμως, με την προεγχειρητική ρύθμιση υγρών και την ορθή αναπλήρωση αίματος, πλάσματος και υγρών κατά και μετά τη χειρουργική επέμβαση, καθώς και με τη χρησιμοποίηση του κατάλληλου για κάθε άρρωστο αναισθητικού και τον περιορισμό του χειρουργικού τραύματος στο ελάχιστο, η επιπλοκή αυτή έχει μειωθεί ικανοποιητικά.

Το shock μπορεί να οριστεί ως η δυσαναλογία μεταξύ χωρητικότητας του κυκλοφορικού συστήματος και όγκου του κυκλοφορούμενου αίματος. Η δυσαναλογία αυτή έχει ως αποτέλεσμα την κυκλοφορική κατάπτωση. Είναι, δηλαδή, ένα σύνδρομο διαταραχής της μικροκυκλοφορίας των ιστών. Τα διάφορα συμπτώματα οφείλονται ακριβώς στην ιστική υποξία των διαφόρων οργάνων.

Το shock, ανάλογα με την αιτιολογία του, διαίρεται σε:

✓ **Υπογκαμικό** (μείωση όγκου του κυκλοφορούμενου αίματος), που προκαλείται από:

- Απώλεια αίματος
- Απώλεια πλάσματος (έγκαιμα, περιτονίτιδα, εντερική απόφραξη)
- Απώλεια νερού (έμετοι, διάρροια, εφιδρώσεις).

Η βαρύτητα του υπογκαμικού shock εξαρτάται από τον όγκο του υγρού που χάνεται και από την ταχύτητα απώλειάς του.

✓ **Καρδιογενές** (μείωση της απόδοσης της καρδιάς ως αντλίας). Παρουσιάζεται σε:

- Έμφραγμα του μυοκαρδίου
- Αρρυθμίες
- Καρδιακό επιπωματισμό
- Πνευμονική εμβολή.

✓ **Σηπτικό**. Οφείλεται σε τοξίνες μικροβίων, κυρίως Gram αρνητικών, (70%), αλλά και Gram θετικών, οι οποίες επιδρούν στο τοίχωμα των τριχοειδών, του οποίου αυξάνουν τη διαβατότητα.

✓ **Αναφυλακτικό**. Συμβαίνει κατά τη χορήγηση φαρμάκων ή άλλων ουσιών (πενικιλίνης, ιωδιούχων σκιαγραφικών σκευασμάτων, ιππείου αντιτετανικού ορού)

ή μετά από ρήξη εχινοκοκκου κύστης στην υπεζωκοτική ή περιτοναϊκή κοιλότητα. Προκαλείται εξαιτίας δράσης της ισταμίνης στα περιφερικά αγγεία, τα οποία διαστέλλονται και αυξάνεται η διαβατότητα του τοιχώματός τους.

✓ Νευρογενές. Οφείλεται στην απότομη ελάττωση του τόνου του αγγειακού συστήματος και στην περιφερική λίμναση του αίματος.

Συμβαίνει:

- Σε κακώσεις του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού

- Εξαιτίας λήψης γαγγλιοπληγικών ή βαρβιτουρικών και αναισθητικών

- Από ψυχογενή αίτια (φόβος επέμβασης, θέα αίματος)

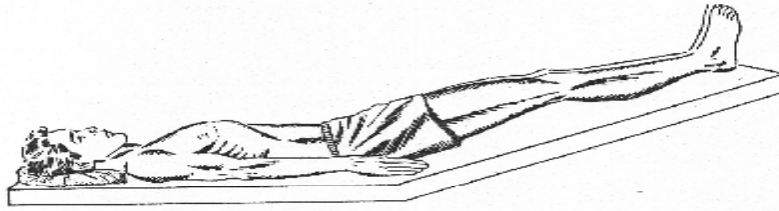
- Εξαιτίας πόνου

- Εξαιτίας εκτεταμένου χειρουργικού τραύματος¹

Μπορεί να εμφανιστεί μετεγχειρητικά και δηλώνει την κατάπτωση του κυκλοφορικού συστήματος, η οποία επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού. Παράγοντες που προδιαθέτουν την εμφάνιση του SHOCK είναι η νάρκωση, η αιμορραγία, ο ισχυρός πόνος, ο ψυχικός κλονισμός κ.λ. Εμφανίζεται με συμπτώματα όπως, μικρό, συχνό και μόλις αισθητό σφυγμό, επιπόλαιη και ανώμαλη αναπνοή, βλέμματα απλανά και αδιάφορα, πτώση της θερμοκρασίας και της Α.Π., ωχρο δέρμα και βλεννογόνους, ψυχρά άκρα και ψυχρούς ιδρώτες. Ο ασθενής αισθάνεται μεγάλη καταβολή δυνάμεων και εμφανίζει μείωση της αισθητικότητας και κινητικότητας.

Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να αντιμετωπίσει την κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής, αφαιρώντας το μαξιλάρι από το κεφάλι του και σηκώνοντας τα πόδια του, δίνοντάς του δηλ. θέση αντίρροπη για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου. Τον ζεσταίνει προσθέτοντας κουβέρτες και θερμοφόρες και περιορίζει τις κινήσεις του στο ελάχιστο. Αν επιτρέπεται του χορηγεί ζεστά υγρά από το στόμα και ύστερα από την εντολή ιατρού χορηγεί καρδιοτονωτικά και ενδοφλέβια αίμα, ορό ή πλάσμα.

Επίσης η νοσηλεύτρια συμβάλλει με τις ενέργειές τις στην προφύλαξη του ασθενούς από το SHOCK. Προτρέπει τον ασθενή να αναπνέει για να αποβάλει γρήγορα το ναρκωτικό, ανακουφίζει τους πόνους που φυσιολογικά έχει ο κάθε ασθενής και του χορηγεί άφθονα υγρά μετεγχειρητικά. Φροντίζει για τον έλεγχο της καλής λειτουργίας του κυκλοφορικού συστήματος και συμβάλλει στην ηθική τόνωση του ασθενούς. Ο ασθενής εμφανίζει δύσπνοια και η νοσηλεύτρια καλείται να προλάβει τυχόν τέτοιες επιπλοκές. Έτσι παρακολουθεί στενά τον ασθενή και φροντίζει για την ταχεία απονάρκωση του, τον τοποθετεί σε ζεστό κρεβάτι και σε ανάρροπη θέση, τον προφυλάσσει από ρεύματα αέρα.²



ΘΕΣΗ SHOCK

4) Διάταση στομάχου

Τα αίτια που προκαλούν την επιπλοκή αυτή είναι η μείωση της φυσιολογικής λειτουργίας του στομάχου, η υποτονία των μυών, η μείωση της κινητικότητας του ασθενούς και η ελλιπής προεγχειρητική καθαριότητα του εντερικού σωλήνα.

Τα συμπτώματα της επιπλοκής αυτής είναι:

- **Μετεωρισμός της κοιλιάς,**
- **Δυσφορία και βάρος στο επιγάστριο.**
- **Λόξυγγας**
- **Δύσπνοια**
- **Εμέτοι λόγω πίεσης του διαφράγματος από το διατεταμένο στομάχι.** Η πρόληψη της εμφάνισης της επιπλοκής αυτής συνιστάται στην καταπολέμηση των αιτιών.

5) Μετεωρισμός της κοιλιάς

Είναι η συσώρευση αερίων στο παχύ έντερο. Αίτια που προκαλούν τον μετεωρισμό της κοιλιάς είναι η υποτονία των μυών και πάρεση (αδράνεια) του εντέρου, ο ερεθισμός του περιτόναιου κατά την εγχείρηση, ανεπαρκής καθαριότητα του εντερικού σωλήνα, μείωση της κινητικότητας του ασθενούς και κακή λήψη τροφών που προκαλούν αέρια.

Ο ασθενής υποφέρει από μετεωρισμό (φούσκωμα) της κοιλιάς και κολικούς πόνους που προέρχονται από την κυκλοφορία αερίων στο έντερο, τα οποία ο οργανισμός δεν μπορεί να αποβάλλει. Για την ανακούφιση του ασθενούς, τον στρέφει ελαφρά προς το

πλάι, τοποθετεί σωλήνα αερίων μέσα στο απευθυσμένο, τοποθετεί θερμοφόρα στο επιγάστριο και τέλος χορηγεί φάρμακα που αυξάνουν την περισταλτικότητα των εντερικών ελίκων, κατόπιν οδηγίας ιατρού. ²

6) Μόλυνση τραύματος

Είναι μια επιπλοκή που αφορά το τραύμα και έχει **τοπικά συμπτώματα:**

- τον πόνο,
- τη θερμότητα,
- την ερυθρότητα,
- το οίδημα και
- την πυώδη εκροή.

Και **γενικά συμπτώματα,**

- τον πυρετό,
- το ρίγος,
- την κεφαλαλγία και
- την ανορεξία.

Ασφαλώς για να προληφθεί μία μόλυνση πρέπει να δοθεί μεγάλη προσοχή στην σκόνη του αέρα που κυκλοφορεί στους θαλάμους των ασθενών, στα μολυσμένα σταγονίδια που βγαίνουν από τη μύτη και το στόμα, τόσο του ιατρού, όσο και της νοσηλεύτριας, από τα ακάθαρτα χέρια αυτών, από τη χρησιμοποίηση ακάθαρτων ή μολυσμένων αντικειμένων, από άλλα μολυσμένα τραύματα και από άλλους επισκέπτες μικροβιοφορείς. Η προσοχή επίσης που χρειάζεται στο χειρισμό των αποστειρωμένων αντικειμένων και υλικού είναι τεράστια.

7) Ρήξη τραύματος

Συμβαίνει σε παχύσαρκα άτομα, σε υπερήλικες και σε άτομα με βίαιους εμέτους ή έντονο βήχα. Η νοσηλεύτρια φροντίζει για την πρόληψη αυτής της επιπλοκής υποστηρίζοντας το τραύμα με τοποθέτηση χειρουργικής ζώνης, καταστέλλοντας τον έμετο και το βήχα και διδάσκοντας τον ασθενή να συγκρατεί με τις δύο παλάμες του το τραύμα. Εάν κατά τη ρήξη τραύματος βγει έξω τμήμα εντέρου, ειδοποιείται αμέσως ο ιατρός και καλύπτεται το έντερο με αποστειρωμένο τετράγωνο, βρεγμένο σε φυσιολογικό ορό και ακινητοποιείται ο ασθενής. Η νοσηλεύτρια καθησυχάζει τον ασθενή και φυσικά τον ενθαρρύνει

8) Πνευμονική εμβολή

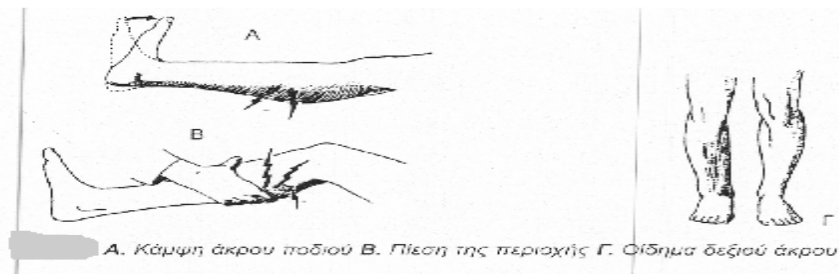
Οφείλεται στη μετακίνηση θρόμβου και απόφραξη από αυτόν κάποιου αγγείου, το οποίο αιματώνει τμήμα του πνεύμονα. Ο ασθενής παρουσιάζει απροσδόκητο και έντονο πόνο στο θώρακα, δυσκολία στην αναπνοή και άγχος. Η νοσηλεύτρια βοηθά στην πρόληψη της επιπλοκής αυτής, δίνοντας στον ασθενή καθιστή θέση στο κρεβάτι, προτρέποντάς τον να κάνει αναπνευστικές κινήσεις, καθώς επίσης και ελεύθερες και συχνές κινήσεις των κάτω άκρων, φροντίζοντας για την έγερση του ασθενούς από το κρεβάτι, όταν η κατάστασή του το επιτρέπει και τέλος αποφεύγοντας τις στενές επιδέσεις, που περιορίζουν τις κινήσεις των μυών και του διαφράγματος.

9) Ασφυξία

Αφορά επίσης τα όργανα του αναπνευστικού συστήματος και κατά την οποία ο ασθενής εμφανίζει δυσκολία στην αναπνοή, με παραλλαγή του ρυθμού της αναπνοής και κυάνωση, λόγω έλλειψης οξυγόνου. Η νοσηλεύτρια για την προφύλαξη του ασθενούς τοποθετεί το κεφάλι του πλάι, για την αποφυγή εισρόφησης εμεσμάτων, καθαρίζει το στόμα του με PORT - COTTON, απαλλάσσοντας έτσι τη στοματική κοιλότητα από τις εκκρίσεις, σε περίπτωση ασφυκτικών φαινομένων, ανοίγει το στόμα του ασθενούς και τραβά τη γλώσσα προς τα εμπρός διατηρεί καλό αερισμό στο δωμάτιο και χορηγεί O₂ στον ασθενή.

10) Θρομβοφλεβίτιδες.

Είναι επιπλοκές που έχουν σχέση με το κυκλοφορικό σύστημα, οφείλονται στο σχηματισμό θρόμβου και παρουσιάζουν πυρετό, οίδημα και πόνο στην περιοχή του αποφραχθέντος αγγείου. Η νοσηλεύτρια προλαμβάνει την επιπλοκή αυτή με την αποφυγή πίεσης πάνω στις κνήμες, με το έγκαιρο σήκωμα από το κρεβάτι, με την αποφυγή εντριβών των άκρων και με ασκήσεις κάτω άκρων για την επιβοήθηση της κυκλοφορίας. Επίσης απαιτείται απόλυτη ακινησία του άκρου, τοποθέτηση θερμών, υγρών επιθεμάτων, τοποθέτηση στεφάνης που θα σηκώνει το βάρος των κλινοσκεπασμάτων, καθώς επίσης έναρξη αντιπηκτικής αγωγής.



11) Μετεγχειρητική ψύχωση

Είναι μία επιπλοκή με άγνωστες αιτίες και προδιαθεσικούς παράγοντες, την ίδια την ψυχολογία του ατόμου, καθώς και τη νάρκωση με την παρατεταμένη χρήση της. Ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται αυστηρά και να δοθεί φαρμακευτική αγωγή από ψυχίατρο. Η πρόληψη της επιπλοκής συνίσταται στην καλή ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς πριν από την εγχείρηση και γι' αυτό κυρίως υπεύθυνη είναι η νοσηλεύτρια.²

12) Ενδοκοιλιακά (υπολειμματικά) αποστήματα.

Τα ενδοκοιλιακά αποστήματα μπορεί να προκληθούν όχι μόνο σε εκτομές του παχέος εντέρου, αλλά και σε κάθε άλλη χειρουργική επέμβαση. Εάν το συρίγγιο δεν είναι επιπλεγμένο με απόστημα του κοιλιακού τραύματος ή με απόστημα της ενδοπεριτοναϊκής κοιλότητας, η επούλωσή του γίνεται συνήθως αυτομάτως μετά από λίγες εβδομάδες. Στις περιπτώσεις όμως που αυτό δεν συμβαίνει, το σύριγγιο πρέπει να αφαιρείται μαζί με το παραπλεύρως αλλοιωμένο έντερο και να γίνεται νέα αναστόμωση.

13) Εντερική απόφραξη (ειλεός)

Η μετεγχειρητική εντερική απόφραξη στις εγχειρήσεις του παχέος εντέρου δεν είναι ασυνήθης. Το 5% των μετεγχειρητικών αποφράξεων του παχέος εντέρου εμφανίζεται στις πρώτες δύο εβδομάδες. Η συνήθης αιτία είναι οι συμφύσεις, είτε γύρω από την αναστόμωση ή σε άλλα μέρη της περιτοναϊκής κοιλότητας. Τα αίτια της εντερικής απόφραξης είναι πολλά και σύνθετα. Συχνά σε ευρείες εκτομές του παχέος εντέρου γίνεται τοιχωματικός αποπεριτοναϊσμός σε μεγάλη έκταση που δεν είναι δυνατόν να συγκλεισθεί, με αποτέλεσμα το λεπτό έντερο να συμφύεται στο αποπεριτοναϊσμένο κοιλιακό τοίχωμα.

Τμήμα του λεπτού εντέρου μπορεί επίσης να περάσει δια μέσου στενώματος της ελάσσονος πυέλου που γίνεται κατά την εγχείρηση ή να διέλθει δια μέσου ανοίγματος, που παρέμεινε εξ αιτίας της μη καλής σύγκλεισης του μεσεντερικού ανοίγματος, το οποίο προκύπτει από την αφαίρεση του εντέρου. Η σύγκλιση του μεσεντερικού ανοίγματος είναι δύσκολη στις αριστερές κολεκτομές, ενώ αντίθετα είναι πολύ απλούστερη σε εκτομές του δεξιού κόλου. Σε εκτομές του εγκαρσίου κόλου, λόγω της ευρείας διάνοιξης του ελάσσονος επιπλοϊκού θυλάκου, είναι δυνατόν τμήμα του λεπτού εντέρου δια μέσου του ανοίγματος αυτού να εισέλθει εντός του τμήματος του Winslow και να στραγγαλισθεί.

Επίσης όταν υπάρχει κολοστομία, το λεπτό έντερο μπορεί να περιστραφεί γύρω από αυτή και να στραγγαλισθεί. Η εντερική απόφραξη είναι συχνότερη στις πρόσθιες χαμηλές και κοιλιοπεριτοναϊκές εκτομές του εντέρου, πιθανώς λόγω της μεγάλης τραυματικής επιφάνειας που προκύπτει από την εγχείρηση και του στενώματος της πυέλου.

Δεν είναι σπάνιο επίσης η εντερική απόφραξη να οφείλεται σε παράλυση του εντέρου εξ αιτίας των χειρισμών κατά την εγχείρηση ή να οφείλεται σε ενδοπεριτοναϊκή φλεγμονή. Η παντελής και παρατεταμένη εξ άλλου έλλειψη περισταλτικών κινήσεων του λεπτού εντέρου πρέπει να δημιουργεί έντονες υποψίες ενδοπεριτοναϊκής σήψης.

Η διαφορική διάγνωση μεταξύ μηχανικού και παραλυτικού ειλεού σαν αιτία μετεγχειρητικής εντερικής απόφραξης είναι δύσκολη και συχνά για να γίνει αυτό χρειάζονται επιπρόσθετες παρακλινικές εξετάσεις. Στον παραλυτικό ειλεό εκτός των υδραερικών επιπέδων που φαίνονται στην απλή ακτινογράφιση κοιλίας σε όρθια θέση, υπάρχει συγχρόνως και απουσία των εντερικών ήχων κατά την ακρόαση. Η λειτουργία του παχέος εντέρου σε μια φυσιολογική μετεγχειρητική πορεία επανέρχεται συνήθως την 3η με 4η ημέρα μετά την εγχείρηση. Οπωσδήποτε όμως εάν το πρόβλημα του ειλεού συνεχίζει να υπάρχει πέραν της εβδομάδας, πρέπει να υποψιαζόμαστε την μηχανική απόφραξη. Ο ειλεός επιτείνεται με την αεροφαγία, την επίσπευση της διατροφής από του στόματος, την μη λειτουργία του ρινογαστρικού σωλήνος και την διαλείπουσα μηχανική αναπνευστική υποστήριξη. Η εγκατάσταση του μετεγχειρητικού ειλεού είναι συχνότερη

σε ασθενείς με κακή θρέψη, σε περιπτώσεις μεγάλων ακρωτηριαστικών επεμβάσεων της κοιλιακής χώρας, σε περιτονίτιδα και σε μεγάλους χειρισμούς του λεπτού εντέρου.

Η τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνος για την αποσυμφόρηση του στομάχου ή ακόμη καλύτερα η διέλευση μακρού εντερικού σωλήνος για την αποσυμφόρηση του εντέρου είναι βασικής και ουσιαστικής σημασίας θεραπευτικές πράξεις. Δυστυχώς όμως η διέλευση του μακρού εντερικού σωλήνος πολλές φορές είναι δύσκολη ή αδύνατη, λόγω της έλλειψης των περισταλτικών κινήσεων του λεπτού εντέρου. Ο ακτινολογικός έλεγχος με χορήγηση γαστρογραφίνης από του στόματος είναι ιδιαίτερα χρήσιμη παρακλινική εξέταση, όταν η διαφορική διάγνωση μεταξύ μηχανικού και παραλυτικού ειλεού είναι υπό αμφισβήτηση. Στις περιπτώσεις που υπάρχουν κλινικά σημεία, τα οποία είναι ενδεικτικά του στραγγαλισμού του εντέρου (όπως απουσία περισταλτισμού, έντονο κοιλιακό άλγος και σύσπαση του κοιλιακού τοιχώματος) ή όταν τα κλινικά σημεία δεν βελτιώνονται μετά από λίγες ημέρες ή υπάρχει διαγνωστική αμφιβολία, κρίνεται σκόπιμη η χειρουργική αντιμετώπιση του ειλεού.

14) Φλεγμονή

Η φλεγμονή είναι η πιο συχνή και ενοχλητική μετεγχειρητική επιπλοκή του παχέος εντέρου και περιλαμβάνει τη σήψη του τραύματος, τη γενικευμένη περιτονίτιδα και τα ενδοκοιλιακά υπολειμματικά αποστήματα. Η συχνότερη αιτία της ενδοπεριτοναϊκής σήψης είναι η ρήξη της αναστόμωσης. Ο μηχανικός καθαρισμός του εντέρου και η προφυλακτική χρήση αντιβιοτικών σε προγραμματισμένους ασθενείς κατεβάξει το ποσοστό σήψης στο 5% περίπου, ενώ αντίθετα το ποσοστό των επιπλοκών είναι πολύ μεγαλύτερο σε ασθενείς που χειρουργούνται επείγοντως.

Στο γενικό νοσοκομείο της Μασαχουσέτης εξάλλου βρέθηκε ότι, το ποσοστό φλεγμονής του εγχειρητικού τραύματος στο σύνολο των περιστατικών με εγχειρήσεις του παχέος εντέρου ήταν 5,7%. Οι προσεκτικοί εγχειρητικοί χειρισμοί, η εφαρμογή όλων των κανόνων αντισηψίας και η αποφυγή πλήρους σύγκλεισης του κοιλιακού τοιχώματος στον ίδιο χρόνο, όταν προϋπάρχει μεγάλη φλεγμονή, είναι σημαντικοί προληπτικοί παράγοντες αποφυγής της φλεγμονής του τοιχωματικού τραύματος. Είναι ευτύχημα ότι βαριές και επικίνδυνες μορφές φλεγμονής του τοιχωματικού εγχειρητικού τραύματος είναι σπάνιες. Τα αποστήματα, τα οποία οφείλονται σε αιματώματα του εγχειρητικού τραύματος των κοιλιακών τοιχωμάτων αντιμετωπίζονται σχετικά εύκολα με την διάνοιξη και παροχέτευση του αιματώματος.

Στις περιπτώσεις που η φλεγμονή είναι βαρειάς μορφής, αυτή οφείλεται σε ποικίλους μικροοργανισμούς και κυρίως σε αερόβια και αναερόβια αρνητικά κατά Gram μικρόβια. Ως σοβαρότερη φλεγμονή του εγχειρητικού τοιχωματικού τραύματος χαρακτηρίζεται η γάγγραινα, η οποία μπορεί να προκαλέσει ευρεία νέκρωση του δέρματος και της υποκείμενης απονεύρωσης. Η γάγγραινα είναι σπάνιο συμβάν και αντιμετωπίζεται με ευρέως φάσματος αντιβιοτικά, ευρεία διάνοιξη του τραύματος και σχολαστικό καθαρισμό των γαγγραινοποιημένων ιστών. Στις πολύ σοβαρότερες μορφές γαγγραίνης είναι αναγκαία η αφαίρεση μεγάλου τμήματος του κοιλιακού τοιχώματος, όταν δεν είναι δυνατή η ολοκληρωτική εκτομή των προβαλλομένων νεκρωμένων ιστών.

Κάθε φλεγμονή του εγχειρητικού κοιλιακού τραύματος σε άτομα με διαβήτη απαιτεί επιθετικότερο καθαρισμό και παράλληλη ρύθμιση του ζακχάρου.

Η παρουσία μεγάλης κοιλιακής ευαισθησίας, η σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων και ο πυρετός, είναι σοβαρά ενδεικτικά στοιχεία νέκρωσης και μεγάλου ανοίγματος της αναστόμωσης, η οποία σχεδόν πάντοτε συνοδεύεται από βαρεία γενικευμένη περιτονίτιδα. Η χειρουργική επέμβαση σ' αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να γίνεται το ταχύτερο δυνατό και υπό την κάλυψη αντιβιοτικών. Ο καθαρισμός της περιτοναϊκής κοιλότητας από το πύο και τα κόπρανα.

η σχολαστική πλύση αυτής με φυσιολογικό ορό,

η εξωτερίκευση της αναστόμωσης και

η αποσυμφόρηση του εντέρου από το περιεχόμενό του είναι οι βασικότεροι και πλέον ενδεδειγμένοι χειρισμοί σ' αυτές τις περιπτώσεις

Η εξωτερίκευση της αναστόμωσης και η δημιουργία στομίας είναι εύκολη στις εκτομές του δεξιού κόλου και του σιγμοειδούς, ενώ αντίθετα στις εκτομές του αριστερού και του εγκαρσίου κόλου είναι δύσκολη και χρειάζεται κατάλληλη παρασκευή του παχέος εντέρου. Η εξωτερίκευση των χαμηλών προσθίων αναστομώσεων είναι αδύνατη και ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης της ρήξης αυτών είναι η προστατευτική κολοκοστομία και η τοποθέτηση ευρέως παροχετευτικού σωλήνα κάτω από την αναστόμωση, προσδοκώντας με τον τρόπο αυτό την δημιουργία κατευθυνόμενου κοπροχόου συριγγίου. Σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι αναμενόμενο η μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς να είναι χρονοβόρα και θυελλώδης.²¹

ΜΕΡΟΣ Β

1.ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χρήση των κυτταροστατικών φαρμάκων στη θεραπεία της κακοήθους νόσου αυξήθηκε σημαντικά την τελευταία 10ετία και αυτή η τάση συνεχίζεται. Η άριστη φροντίδα των ασθενών που δέχονται τη χημειοθεραπεία θα είναι αποτελεσματική, εάν υπάρχει επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ γιτρών και νοσηλευτριών-τών και άλλου υγειονομικού προσωπικού. Μια αύξηση των εξωτερικών αρρώστων στη μιας μέρας νοσηλεία καθιστά τον σύνδεσμο μεταξύ νοσοκομείου και κοινωνικής λειτουργού ακόμα απαραίτητο. Αυτή η ομάδα πρέπει επίσης να περιλαμβάνει τον άρρωστο, τα μέλη της οικογένειας ή και τους φίλους του. Καθώς λοιπόν μεγαλύτεροι αριθμοί ασθενών δέχονται χημειοθεραπεία, όλο και εμπλέκονται περισσότερες νοσηλεύτριες-τές στη φροντίδα τους σε ειδικευμένα κέντρα, Γενικά Νοσοκομεία και στην κοινωνία, αναπτύσσοντας μεγαλύτερη ικανότητα στη νοσηλευτική φροντίδα των χημειοθεραπευτικών αρρώστων. Έτσι, θα αναφερθούμε σήμερα στο ρόλο που θα παίζει η νοσηλεύτρια-τής στην αποτελεσματικότητα της χημειοθεραπείας σε αρρώστους με κακοήθη νεοπλάσματα.

1.1 ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Με την απόφαση να χορηγηθεί χημειοθεραπεία στον άρρωστο θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν και να μελετηθούν εκτός από τη διάγνωση και σταδιοποίηση:

- 1). Η ηλικία και η γενική κατάσταση του αρρώστου.
- 2). Η σχεδιασμένη σειρά φαρμάκων και η συστημένη οδός χορηγήσεως (PO, IM, IV).
- 3). Η αναγκαιότητα για πρόσθετη θεραπεία, δηλαδή ενδοφλέβια ενυδάτωση.
- 4). Η ανάγκη να διορθωθούν (εάν χρειάζεται) ορισμένες βλάβες (αναιμία, θρομβοπενία) πριν να αρχίσει η χημειοθεραπεία με μετάγγιση στοιχείων αίματος και π διαιτητική υποστήριξη.
- 5). Στην προβλεπόμενη οξύτητα των παρενεργειών, η άμεση επέμβαση, π.χ. χορήγηση αντιεμετικών, διουρητικών σκευασμάτων.
- 6). Η εκπλήρωση επιθυμίας αρρώστου, οικογένειας ή των φίλων του για ενημέρωση και συμμετοχή στη θεραπεία.

1.2 ΠΡΟΣΙΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η προστασία του αρρώστου κατορθώνεται με την προσέγγιση. Η προσέγγιση αυτή τονίζει με έμφαση τη φροντίδα και αυτοφροντίδα του αρρώστου που βοηθιέται από τη νοσηλεύτρια-τή και είναι εξίσου εφαρμοσμένη στους εξωτερικούς και εσωτερικούς αρρώστους.

Προκειμένου να αρχίσει ένας άρρωστος θεραπεία, η φροντίδα του είναι περίπου η ίδια αλλά η προσέγγιση θα χρειασθεί να προσαρμοσθεί ειδικά σε κάθε άρρωστο. Οι σκοποί αυτής της προσέγγισης πρέπει να κατευθύνουν τη φυσική και ψυχολογική προετοιμασία του αρρώστου και υποστήριξή του και μπορεί να περιλαμβάνει:

2.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Μερικά φάρμακα μπορεί να δοθούν σε εξωτερικούς αρρώστους, αλλά πολλοί πρέπει να εισαχθούν στο νοσοκομείο για τη χορήγηση των φαρμάκων και την αντιμετώπιση των παρενεργειών τους, πολλές ημέρες ή μιας ημέρας νοσηλεία (day klining).

Οι άρρωστοι που παίρνουν μεγάλες δόσεις (π.χ. κατά την αυτόλογη μεταμόσχευση μυελού των οστών) θα έχουν πολλά ειδικά προβλήματα όπως:

- **Λευκοπενία (1 έως 100)**
- **Θρομβοπενία**
- **Υψηλό πυρετό (40,4°C)**
- **Στοματίτιδα (μυκητίαση στοματικής κοιλότητας).**

Εδώ λοιπόν η νοσηλεύτρια-τής καλείται να αντιμετωπίσει

- τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας με την ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα, η οποία είναι ένα σημαντικό τμήμα της προσέγγισης της στον άρρωστο.

- την νοσηλευτική φροντίδα η οποία θα εξασφαλίσει στον άρρωστο (με χημειοθεραπεία) μια πρόσθετη φροντίδα και υποστήριξη σε ειδικά προβλήματα (προβλήματα από τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας).

Κατά τη νοσηλευτική φροντίδα σύμφωνα με την νοσηλευτική διεργασία θα πρέπει να γίνει:

- *Ανίχνευση των προβλημάτων του αρρώστου.*
- *Οργάνωση και προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας*
- *Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας*
- *Εκτίμηση*
- *Αξιολόγηση.*

2.1ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Αυτή θα γίνει από πληροφορίες και από το ιατρικό ιστορικό του αρρώστου. Η νοσηλεύτρια-τής δεν θα παραλείψει να ρωτήσει:

- Είστε αλλεργικός σε κάποιο φάρμακο;
- Είστε έγκυος (σε γυναίκα) ή σκοπεύεται να κάνετε παιδιά;(Μερικά φάρμακα μπορεί να δημιουργήσουν ελαττώματα στο έμβρυο ή να επηρεάσουν την ικανότητα τεκνοποίησης στο μέλλον).
- Θηλάζετε; (Μερικά φάρμακα περνούν στο γάλα και επηρεάζουν το παιδί).
- Παίρνετε κάποια άλλα φάρμακα; (Η χρήση ορισμένων φαρμάκων μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα).
- Έχετε άλλα ιατρικά προβλήματα; (Μερικές παθήσεις μπορεί να επηρεάσουν τη θεραπεία του).

Στη συνέχεια θα σημειώνονται η πορεία της νόσου και οι αντιδράσεις του αρρώστου.

2.2 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κατά τη νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει η νοσηλεύτρια-τής να φροντίσει και να οργανώσει τη σωστή εφαρμογή του Πρωτοκόλλου των κυτταροστατικών φαρμάκων.

- ✓ Το Πρωτόκολλο των κυτταροστατικών φαρμάκων
- ✓ Το υλικό της/του για την χημειοθεραπεία
- ✓ Την αντιμετώπιση της αντίδρασης του αρρώστου κατά την χημειοθεραπεία
 - Πρωτόκολλο κυτταροστατικών φαρμάκων, δηλαδή τη σωστή εφαρμογή του χωρίς καθυστέρηση.
 - Υλικό που θα χρησιμοποιήσει κατά την εφαρμογή του σχήματος.
 - Υλικό ανάγκης. Εάν χρειασθεί για υποστήριξη του αρρώστου δίσκος αντιδότην σε νέκρωση φλεβών.
 - Να παρακολουθεί, να καταγράφει την αντίδραση, δηλ τα σημεία και τα συμπτώματα, ιδιαίτερα όταν ο άρρωστος πλησιάζει την ολική δόση των φαρμάκων και να δράσει ανάλογα, π.χ. διουρητικά, αντιεμετικά (εντολή γιατρού) .
 - Αναφορά στο ιατρικό προσωπικό.
 - Να ελέγχει με *MONITOR* τη λήψη και αποβολή υγρών, κατά την θεραπεία και 48 ώρες μετά (νεφροτοξικά φάρμακα) π.χ. η ολιγουρία μπορεί να είναι μια ένδειξη τερματισμού της χημειοθεραπείας
 - Πληροφόρηση του αρρώστου για τα σημαντικά γεγονότα που μπορεί να συμβούν και να ενημερωθεί ο γιατρός.
 - Φροντίδα στον άρρωστο με στοργή και αγάπη.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ - ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Εδώ η νοσηλεύτρια-τής θα κάνει την αξιολόγηση της/του, δηλαδή κατά πόσο φρόντισε να χορηγηθεί στον άρρωστο η χημειοθεραπεία χωρίς να του στερηθεί η άνεση, χωρίς να ταλαιπωρηθεί πολύ, να πονέσει και να τραυματισθεί, προσπαθώντας να ανιχνεύσει, να προλάβει τις παρενέργειες και να τις αντιμετωπίσει έγκαιρα.

3. ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ-ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ-ΤΗ

Την πληροφόρηση-εκπαίδευση όπου ο άρρωστος θα κερδίσει με αίσθηση προσωπικού ελέγχου πάνω στη νόσο του και τη θεραπεία της.

1. Πληροφόρηση - εκπαίδευση του αρρώστου

Η πληροφόρηση είναι το πρώτο σκαλοπάτι μιας επικοινωνίας με τον άρρωστο όπου μπορεί να στηριχθεί η εκπαίδευση. Η πληροφόρηση του ογκολογικού αρρώστου για τη διάγνωση είναι έργο του κλινικού γιατρού και ίσως έργο της υγειονομικής ομάδας. Η νοσηλεύτρια-της όμως, μέσω του ρόλου της θα δώσει πληροφορίες και θα εκπαιδεύσει τον άρρωστο στο επίπεδο που θέλει και μπορεί ο άρρωστος, η οικογένεια ή οι φίλοι του. Όπως αναφέραμε το άγχος, η αγωνία, ο φόβος, η κατάθλιψη, η αβεβαιότητα είναι κοινές συγκινήσεις που δοκιμάζουν οι άρρωστοι και οι οποίες είναι πιο έντονες σε αρρώστους που δεν έχουν ακριβή γνώση της θεραπείας τους.

Οι νοσηλεύτριες-τές λοιπόν, μέσω του ρόλου τους θα δώσουν τις κατάλληλες πληροφορίες όπου μπορεί να κρατήσει όλο αυτό το stress του αρρώστου σε άριστο επίπεδο. Σε χειρουργικούς αρρώστους, για παράδειγμα, μελέτες απέδειξαν τις υστερεκτομηθείσες γυναίκες που είχαν δεχθεί εκπαιδευτικές συμβουλές δοκίμαζαν λιγότερο προεγχειρητικό άγχος και λιγότερη μετεγχειρητική αναλγησία από ασθενείς που είχαν αφεθεί στο να το αντιμετωπίσουν μόνες τους.

Στη χημειοθεραπεία θα δώσει πληροφορίες (φάρμακα, διάρκεια και τρόπο θεραπείας, παρενέργειες) μεμονωμένα ή καθ'ομάδες και θα δώσει το χρόνο στον άρρωστο να συνηθίσει στην ιδέα της χημειοθεραπείας και στη σημασία της, μοιράζοντας έτσι κάθε σκέψη ή άγχος του.

2. Εκπαίδευση-διδασκαλία του αρρώστου

- ✓ Αναγνώριση των αναγκών του αρρώστου.
- ✓ Σχεδιασμός διδασκαλίας
- ✓ Τρόποι και μέσα διδασκαλίας.
- ✓ Περιεχόμενο διδασκαλίας.
- ✓ Εκτίμηση.

Κατά την πληροφόρηση-εκπαίδευση της χημειοθεραπείας ο άρρωστος γνωρίζει:

- Την ανάγκη θεραπείας του.
- Το θεραπευτικό σχήμα (τα φάρμακα δηλαδή που θα του δοθούν).
- Τη διάρκεια και τη συχνότητα της χορηγήσεώς τους.
- Τις διαδικασίες που θα γίνουν πριν, κατά και μετά τη χορήγηση των

χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

- Τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας, πώς και πότε παρουσιάζονται και την αντιμετώπισή τους.

Κατά την πληροφόρηση - εκπαίδευση η νοσηλεύτρια -τής θα πρέπει:

- Να είναι παρούσα-ών κατά την ώρα των συμβουλών του ογκολόγου-παθολόγου γιατρού ή να ανακαλύψει τι ειπώθηκε στον άρρωστο και αυτό θα βοηθήσει στο να χρησιμοποιηθούν όμοιες λέξεις και εκφράσεις εξασφαλίζοντας τη συνοχή.
- Θα ηρέπει να ζητήσει από τον άρρωστο να επαναλάβει με δικά του λόγια, τι καταλαβαίνει ότι θα συμβεί με τη χημειοθεραπεία και αυτό θα δώσει στη νοσηλεύτρια-τή

για παρακολούθηση προσεκτική ευκαιρία, να ανιχνεύσει και ν' αντιμετωπίσει τα ειδικά προβλήματα και τα άγχη τους.

Οι πληροφορίες μπορεί να δοθούν προφορικώς ή γραπτώς.

Ένα φύλλο ή ένα φυλλάδιο με πληροφορίες του είναι εξαιρετικά χρήσιμο, όπως για:

- Ονόματα κυτταροστατικών φαρμάκων.

- Οδηγίες χρήσεώς του.

- Παρενέργειες και αντιμετώπισή τους.

- Ονόματα και τηλέφωνα προσώπων που θα έρθει σε επαφή ο άρρωστος όταν

εξέλθει από το νοσοκομείο, ώστε να αισθάνεται άνετα, ζητώντας περαιτέρω εξηγήσεις, όταν βρίσκεται σε παρακολούθηση και έχει άγχος ή ενοχλήματα από τη χημειοθεραπεία.

Την ψυχολογική υποστήριξη η οποία θα επιτευχθεί με την επικοινωνία του αρρώστου με σκοπό να μετριάσει το φόβο και το άγχος του αγνώστου.

Η αντίδραση του αρρώστου με καρκίνο είναι τόσο οξεία, ώστε χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη στο stress της διάγνωσης και στο stress της θεραπείας. Οι επιπλοκές της θεραπείας είναι πολύ διαφορετικές από αυτές της διάγνωσης.

Η χειρουργική επέμβαση συνήθως φαίνεται σαν αναγκαίο κακό και η σκέψη ότι ο καρκίνος θα αφαιρεθεί είναι συχνά μία ανακούφιση, αλλά η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία δεν έχουν πάντα τέτοια εμφανή καλά αποτελέσματα, παρ' όλο που το εισιτήριο για ένα κρεβάτι στο Ακτινοθεραπευτικό τμήμα, η πράξη της συνταγογραφίας της χημειοθεραπείας, μπορεί να λειτουργήσει σαν ένα μήνυμα ότι υπάρχει ακόμα ελπίδα και ότι ο άρρωστος δεν έχει εγκαταλειφθεί.

3. Ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου με χημειοθεραπεία από νοσηλεύτρια-τη μέσω του ρόλου τους με συνεργασία υγειονομικής ομάδας.

Ψυχολογικές επιπτώσεις της χημειοθεραπείας

Μια καλή σχέση νοσηλεύτριας - ή συμβάλλει στην ηθική συμπαράσταση του αρρώστου, του κοινωνικού και οικογενειακού του περιβάλλοντος με θετικό αποτέλεσμα. Η ανάγκη για χημειοθεραπεία και οι επιπτώσεις της στη ζωή του αρρώστου μπορεί να γεννήσουν μια σειρά από αρνητικά συναισθήματα εξ αιτίας οργανικών συμπτωμάτων και αλλαγών του τρόπου ζωής.

Αρνητικά συναισθήματα:

- Άγχος

- Φόβος

- Αγωνία

- Αβεβαιότητα

- Κατάθλιψη

Τα οποία γίνονται από:

- Οργανικά συμπτώματα: Πόνος, έμμετος

- Αλλαγές ειδώλου του αρρώστου: Αλωπεκία, οίδημα

- Αλλαγές τρόπου ζωής: οικογενειακές, επαγγελματικές, οικονομικές, κοινωνικές, σεξουαλικές.

ΠΩΣ ΘΑ ΕΠΕΜΒΕΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ-ΤΗΣ

Επειδή αυτού του είδους οι αλλαγές δεν είναι ευχάριστες και επειδή ο άρρωστος θα αισθάνεται φοβισμένος και αποθαρρυσμένος μπορεί να επέμβει η νοσηλεύτρια-τής.

Πώς;

1. ΜΕ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

2. ΜΕ ΤΗΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΣΗ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

3. ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ (ΑΡΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ)

1. Με την άριστη νοσηλευτική φροντίδα νοσηλεύτρια-τή κατά την οποία ενισχύεται η εμπιστοσύνη του αρρώστου και το αίσθημα ασφάλειας με την σωστή εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών, δηλ.

- Σωστή εφαρμογή των κανόνων νοσηλείας

- Διευκόλυνση προμήθειας απαραίτητων υλικών (κάσκα ψύξεως, περούκα).

2. Με την πληροφόρηση - εκπαίδευση, όπου η νοσηλεύτρια-τής μέσω του ρόλου της/του θα δώσει πληροφορίες για τη χημειοθεραπεία και τα αποτελέσματά της (η διάγνωση είναι έργο του κλινικού γιατρού) στο επίπεδο που θέλει ο άρρωστος ή η οικογένεια ή οι φίλοι του (μεμονωμένα ή καθ' ομάδας), και θα δώσει το χρόνο στον άρρωστο να συνηθίσει στην ιδέα της χημειοθεραπείας και στη σημασία της, μοιράζοντας έτσι κάθε σκέψη και άγχος του.

3. Με την αρμονική συνεργασία νοσηλεύτριας-τή με την υγειονομική ομάδα με την αρμονική συνεργασία νοσηλεύτριας-τή με την υγειονομική ομάδα, όπου η νοσηλεύτρια-τής θα ανοίξει και θα κρατήσει ανοικτούς δρόμους επικοινωνίας αρρώστου, οικογένειας, υγειονομικής ομάδας (γιατρό, νοσηλεύτρια-τή, κοινωνική λειτουργό, ψυχολόγο ή κάποιο κληρικό), όπου ο άρρωστος μπορεί μαζί τους να εκφράζει τα συναισθήματα, τους φόβους του, να λύνει τις απορίες και να βρίσκει εναλλακτικές λύσεις στα προβλήματά του (οικογενειακά, οικονομικά).

Ειδικά, η κοινωνική λειτουργός είναι αυτή που θα συνεργασθεί στενά με την νοσηλεύτρια-τη για την επίλυση αυτών των προβλημάτων του αρρώστου και συνεπώς τη ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου.

Και με τη συμβολή της στο πρόγραμμα κοινωνικής ενίσχυσης (φροντίδα, ενδιαφέρον, συντροφικότητα), ιδίως σε λευκοπενικό άρρωστο που μεταφέρεται σε απομόνωση, δηλαδή βιώνει κοινωνική αποστέρηση. Τότε το πάτημα του κουμπιού του κουδουνιού που καλεί την νοσηλεύτρια-τη γίνεται το μέσο για να ελέγξει τα ερεθίσματα από το κοινωνικό περιβάλλον.

Εξασφαλίζεται η επιτυχία των νοσηλευτικών στόχων και έτσι ο άρρωστος μπορεί να ελπίζει ότι όλα θα πάνε καλύτερα.

4.ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ - ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Η προστασία του προσωπικού γίνεται με την προσέγγιση πλησίασμα διά της καλής συνεργασίας μεταξύ τους.Σαν αποτέλεσμα της καλής συνεργασίας για ήρεμο και ασφαλές περιβάλλον ενημερώνει και φροντίζει η νοσηλεύτρια-τής. Για την ασφάλεια κατά τη διάλυση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων στους ορόφους ή εξωτερικά ιατρεία απαιτούνται εφόδια για το προσωπικό, ώστε να αποφεύγονται τα ατυχήματα,

όπως:

- Πλαστική ποδιά ή φόρμα με μακρυνά μανίκια
- Μάσκα προσώπου καλής ποιότητας (ειδικά όταν διαλύονται φάρμακα υπό μορφήν σκόνης)
- Προστατευτικά γυαλιά (σε ειδικές περιπτώσεις)
- Γάντια καλής ποιότητας και να αλλάζονται κατά την ώρα της έγχυσης του φαρμάκου στη φλέβα)
- Ρολό απορροφητικού χαρπυ (για τα χέρια και τον πάγκο)
- Διάλυμα φυσιολογικού ορού (Sodium chloride 0,9%) για ξέπλυμα ματιών
- Μεταλικό ή πλαστικό δοχείο με καλό πάμα για τις βελόνες και τα αιχμηρά αντικείμενα - Πλαστική σακούλα για τα άχρηστα

Εκτός των εφοδίων που ανέφεραμε ακόμη θα πρέπει:

- Τα χέρια θα πρέπει να πλένονται καλά πριν φορεθούν τα γάντια καθώς και μετά την αφαίρεση των γαντιών..
- Σε περίπτωση οποιασδήποτε μόλυνσεως θα πρέπει να πλένεται καλά η περιοχή με σαπούνι και νερό και να σκουπίζεται καλά η περιοχή με απορροφητικό χαρτί.σε περίπτωση μόλυνσεως ματιών,ξέπλυμα με φυσιολογικό ορό και αμέσως στον οφθαλμίατρο.
- Να αναφερθεί στη προϊσταμένη του τμήματος οποιοδήποτε ατύχημα.
- Όλα τα μολυσμένα υλικά (μπλούζες, γάντια, κενά φιαλίδια φαρμάκων, μισοχρησιμοποιημένα φάρμακα κλπ.) πρέπει να μαζεύονται σε δοχεία ή πλαστικές σακούλες και να δένονται καλά και να τοποθετείται επάνω κόκκινη ετικέτα με την επιγραφή «ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ ΥΛΙΚΑ» .
- Προσοχή στην απόρριψη απεκκριμάτων ασθενών που μπορεί να περιέχουν αναλλοίωτα φάρμακα ή κυτταροστατικούς μεταβολίτες.
- Οι επίτοκες δεν λαμβάνουν μέρος στην διάλυση και χορήγηση κυτταροστατικών φαρμάκων.

ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ

-Είναι ο πιο κατάλληλος χώρος για τη διάλυση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.Εδώ τοποθετείται μια εστία η οποία φιλτράρει τον αέρα (Laminar air flow hood) νηματικής ροής αέρος.

-Η εστία αυτή χρησιμεύει για να προστατεύει το φαρμακοποιό ο οποίος ασχολείται με τη διάλυση των φαρμάκων.Ο φαρμακοποιός θα πρέπει να φορά γάντια και ποδιά τα οποία πρέπει να αλλάζονται συχνά..¹⁷

ΜΕΡΟΣ Γ

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που αντιμετωπίζεται με ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία σπάνια χρησιμοποιείται μόνη της σαν μέθοδος θεραπείας. Χρησιμοποιείται συνήθως σε συνδυασμό με χειρουργική παρά τις βελτιώσεις των ακτινοθεραπευτικών πηγών και των τεχνικών που εφαρμόζονται, δεν αποφεύγεται η βλάβη υγιών ιστών και κυττάρων. Η έκταση που τα κύτταρα και οι ιστοί καταστρέφονται από την ακτινοβολία εξαρτάται από τέσσερις παράγοντες.

- ένταση της δόσης που έχει ορισθεί
- έκθεση του σώματος που δέχεται την ακτινοβολία
- ακτινοευαιθησία των κυττάρων
- ατομικές διαφορές.

Μερικά άτομα κληρονομούν μεγαλύτερη ευαισθησία στην ακτινοβολία. Τα προβλήματα που παρουσιάζει ένας άρρωστος που ακτινοβολείται είναι:

- ✓ Ακτινοδερματίτιδες
- ✓ Ανασταλτική επίδραση στο μυελό των οστών .
- ✓ Αλωπεκία (πτώση των μαλλιών της κεφαλής)
- ✓ Γενική καταβολή δυνάμεων
- ✓ Ναυτία, έμετος, ανορεξία
- ✓ Απώλεια βάρους

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση του αρρώστου, που παρουσιάζει ναυτία και έμετος, περιλαμβάνει τη χορήγηση ηρεμιστικών και αντιεμετικών, την χορήγηση τροφής υψηλής θερμιδικής αξίας, σε μικρά και συχνά γεύματα, καθώς και τη λήψη πολλών υγρών.

Αν το δέρμα του άρρωστου είναι ξηρό ή ερυθρό γίνεται επάληψη με ουδέτερες κρέμες, γίνεται πλύση του δέρματος με χλιαρο νερό και ουδέτερο σαπούνι . Προστατεύουμε το δέρμα από υψηλή θερμοκρασία, την ηλιακή ακτινοβολία, καθώς και από τραυματισμούς και τριβές. Σε περίπτωση καταστολής του μυελού η νοσηλεύτρια φροντίζει για την προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και τραυματισμούς.¹⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄

1.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΣΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Στόμιο γενικά είναι μια χειρουργική πράξη κατά την οποία τμήμα ενός οργάνου (στομάχι,έντερο) εξτομούνται στην επιφάνεια του δέρματος με αποτέλεσμα τη διακοπή της προώθησης του περιεχομένου στη συνέχεια του αυλού.

Είδη στομίων πεπτικού συστήματος.

- 1.Οισοφαγοστομία-σπάνια
- 2.Γαστροστομία
- 3.Νηστιδοστομία
- 4.Είλεοστομία
- 5.Κολοστομία

Οι στομίες που λαμβάνουν χώρα στο παχύ έντερο είναι:

A.Είλεοστομία:

είναι τεχνητό στόμιο στην έλικα του τελικού ειλεού το οποίο εξωτερικεύεται μέσω του κοιλιακού τοιχώματος στο δέρμα χειρουργικά,στο σημείο κάτω και δεξιά του ομφαλού.

Σκοπός της είλεοστομίας είναι η αποβολή του περιεχομένου του εντέρου.

Ενδείξεις-Τύποι.

Ενδείκνυται σε ελκώδη κολίτιδα όπου γίνεται ολική η υφολική κολεκτομή και σε πολλαπλά καρκινώματα του εντέρου.Μπορεί να είναι μόνιμη ή και προσωρινή.Στην ελκώδη κολίτιδα όταν δεν μπορεί να γίνει ειλεορθική αναστόμωση γίνεται βαλβιδική είλεοστομία (kock rouche).Οι υγρές εκκρίσεις του εντέρου συγκεντρώνονται σε μια κοιλότητα η οποία κατασκευάζεται χειρουργικά με το κατώτερο μέρος του λεπτού εντέρου.Τα αέρια και τα κόπρανα αδειάζονται με καθετήρα ο οποίος μπαίνει στη κοιλότητα μέσω μίας χειρουργικά κατασκευασμένης βαλβίδας που μοιάζει με θηλή και επιτρέπει τη διαρροή.Για περισσότερη αποδοτικότητα και άνεση η κοιλότητα πρέπει να αδειάζει 4-5 φορές την ημέρα.Η κένωση στην είλεοστομία είναι συνεχής,μαλακή και υγρή.Το εξερχόμενο περιεχόμενο του εντέρου είναι δύσοσμο και περιέχει εντερικά ένζυμα τα οποία ερεθίζουν το δέρμα γύρω από το στόμιο,για αυτό η φροντίδα πρέπει να είναι επιμελής και συχνή.

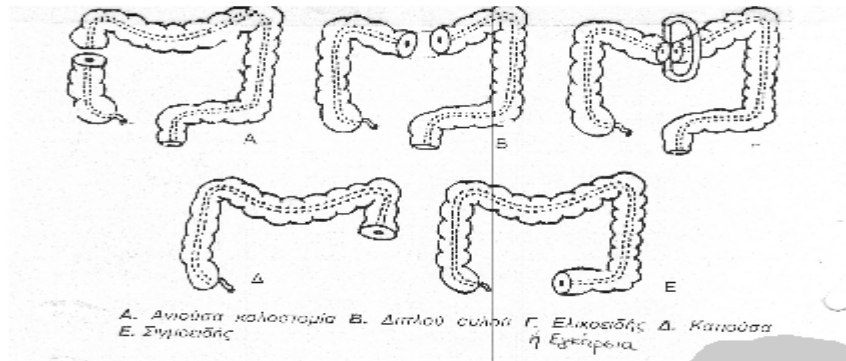
B.Κολοστομία.

Είναι τεχνητό στόμιο σε κάποιο σημείο του παχέως εντέρου-ανιόν,εγκάριο ή κατιόν κόλον-το οποίο εξωτερικεύεται χειρουργικά μέσω του κοιλιακού τοιχώματος στο δέρμα.

Σκοπός της κολοστομίας είναι η αποβολή του περιεχομένου του εντέρου .

Ενδείξεις:ενδείκνυται σε κολίτιδα,καρκίνο του παχέως εντέρου κα.Η κολοστομία μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη πχ σε κοιλιοπερινεϊκή εκτομή ορθού,σε καρκίνο του ορθού,είναι μόνιμη.Σε φλεγμονώδης καταστάσεις του εντέρου μπορεί να γίνει προσωρινή για την διευκόλυνση της επούλωσης του φλεγμαίνοντος τμήματος του εντέρου και μετά να γίνει σύγκλιση του στομίου. 22

Είδη κολοστομίας:



Ανάλογα με την εντόπιση της κολοστομίας έχουμε τα ακόλουθα είδη της:

1.Κατιούσα και σιγμοειδική κολοστομία.

Συχνά ονομάζονται «στεγνές» κολοστομίες, γιατί αν και δεν υπάρχει εκούσιος έλεγχος, το κόλον μπορεί να παράγει σχηματισμένα κόπρανα. Η πλύση, ένας υποκλισμός που γίνεται καθημερινά ή μέρα παρά μέρα, μέσα από το στόμιο μπορεί να ρυθμίσει τη λειτουργία του εντέρου.

2.Εγκάρσια κολοστομία.

α. Το απέκκριμα μπορεί να είναι σχηματισμένα κόπρανα, συνήθως όμως είναι πολτώδες.

β. Ο άρρωστος, σχεδόν με βεβαιότητα, θα χρειάζεται σάκο όλο τον καιρο.

γ. Το απέκκριμα μπορεί να περιέχει πεπτικά ένζυμα, η προστασία επομένως του δέρματος γύρω από το στόμιο είναι απαραίτητη.

Εγκάρσιας κολοστομίας γίνονται δύο είδη:

Η διπλού αυλού και η αγκυλωτή κολοστομία

Α) Η διπλού αυλού κολοστομία έχει δύο στόμια

ένα ενεργό, το κεντρικό και ένα ανενεργό, το περιφερικό.

Είναι συνήθως παροδική. Το ενεργό στόμιο βγάζει τα κόπρανα έξω, παρακάμπτοντας βλάβη ή φλεγμονή του κατώτερου κόλου. Το ανενεργό στόμιο διατηρεί το άνοιγμα του παρακαμπτούμενου τμήματος του εντέρου, ώστε να γίνει η επούλωση. Τότε κλείνεται η κολοστομία και το έντερο επανασυνδέεται με λαπαροτομία.

Β) Η αγκυλωτή κολοστομία είναι ένας άλλος τύπος παροδικής παράκαμψης. Μια αγκύλη ακέραιου εντέρου φέρεται έξω από το κοιλιακό τοίχωμα και ράβονται τα δύο σκέλη της. Τα κόπρανα παροχετεύονται μέσα από τομή που γίνεται στο επάνω μέρος της αγκύλης. Μπορεί να μείνει ανοιχτή από 10 μέρες ως 9 μήνες. Ο ιστός του στομίου συρρικνώνεται και μπορεί τελικά να μοιάζει με εκείνη των δύο στομιών. Όμως μετά την αποκατάσταση του περιφερικού τμήματος του κόλου τα τοιχώματα της αγκύλης, που

ράφτηκαν, αφαιρούνται με εντεροτόμο, και η συνέχεια του εντέρου αποκαθίσταται, χωρίς να είναι απαραίτητη η λαπαροτομία. Η αγκυλωτή κολοστομία γίνεται σαν έκτακτη διαδικασία σε περίπτωση απόφραξης ή πριν από σχεδιασμένη χειρουργική επέμβαση.

3. Ανιούσα κολοστομία.

Το απέκκριμα είναι υδαρές.

Ρέει σχεδόν συνεχώς.

Υπάρχει το πρόβλημα του ερεθισμού του δέρματος.

Η προστασία του δέρματος είναι απαραίτητη.

Συνήθως η αγωγή της είναι όμοια με κείνη της ειλεοστομίας.

Ύψικό εκλογής είναι ο αποχετευόμενος σάκος, προτιμότερο με δακτύλιο από ρυτίνη καράγια.

2. ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΜΕ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

Η νοσηλεύτρια θα περιποιηθεί την κολοστομία του ασθενούς σ' όλη τη διάρκεια παραμονής του στο νοσοκομείο και συγχρόνως θα διδάξει αυτόν, ώστε η κάθε ενέργειά της να γίνει κτήμα του και να την εφαρμόσει και αυτός με τη σειρά του, μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.

Οι σάκοι κολοστομίας που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι είτε αυτοκόλλητοι και εφαρμόζονται στο υγιές δέρμα, είτε ο δακτύλιος του σάκου που εφαρμόζεται στο δέρμα είναι από μία φυσική ουσία που ονομάζεται ρητίνη KARAYA και είναι μαλακός και εύκαμπτος. Αν χρειαστεί μπορεί να τον πλάσει η νοσηλεύτρια με τα δάκτυλά της για να πετύχει μια στεγανή και τέλεια εφαρμογή γύρω από το στόμιο. Για την αποφυγή πιθανού δερματικού ερεθισμού, που προκαλείται από τις επανειλημμένες αλλαγές των αυτοκόλλητων σάκων, εφαρμόζει γύρω από το στόμιο ένα λεπτό στρώμα από βαζελινόχο πήκτωμα SKIN GEL της HOLLISTER.

Οι αυτοκόλλητοι σάκοι χρησιμοποιούνται στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο μέχρις ότου έχουμε πλήρη επούλωση του τραύματος, οπότε είναι δύσκολη η τοποθέτηση ζώνης κολοστομίας. Αργότερα χρησιμοποιούνται οι σάκοι από ρητίνη καράγια που στηρίζονται με ζώνη. Ο σάκος στο επάνω μέρος έχει φίλτρο διαφυγής αερίων από ενεργό άνθρακα, που συγκρατεί τις δυσάρεστες οσμές. Μερικές φορές τα τοιχώματα του σάκου κολλούν μεταξύ τους, όταν εξασκείται πίεση σ' αυτά κατά την εφαρμογή του σάκου, εξαιτίας του κενού αέρα στο κλειστό σύστημα του σάκου.

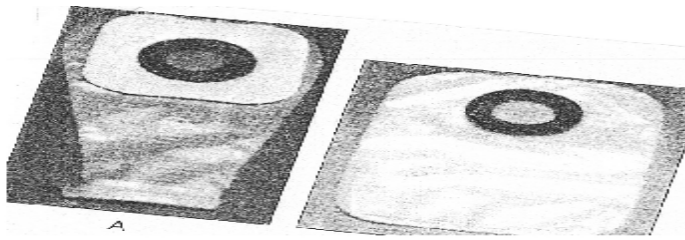
Για την πρόληψη αυτής της κατάστασης τοποθετεί μέσα στο σάκο ένα τσαλακομένο χαρτοβάμβακα. Ο σάκος κολοστομίας είναι μιάς χρήσης και επιβάλλεται η αλλαγή του, όταν γεμίσει μέχρι τη μέση, ή όταν ο δακτύλιος δείχνει φανερά σημεία φθοράς, οπότε παύει να προστατεύει το δέρμα. Στην περίπτωση που χρησιμοποιούνται σάκοι από ρητίνη καράγια, θα πρέπει να δίνεται προσοχή στο δακτύλιο, διότι αυτός μπορεί να διαφέρει σημαντικά στο χρώμα. Η διάρκεια ζωής του δακτύλιου επηρεάζεται από τους παρακάτω παράγοντες:

1. Θερμοκρασία σώματος και περιβάλλοντος
2. Υγρασία περιβάλλοντος
3. Κινητικότητα και εφίδρωση του ατόμου

4. Φύση και ποσότητα του εξερχόμενου από το στόμιο υλικού

5. Σωστή επιλογή του διαμετρήματος του στομίου και σωστή εφαρμογή του σάκου.

Έτσι το χειμώνα που ο εσωτερικός αέρας είναι γενικά ξηρότερος η ρητίνη καράγια γίνεται σκληρότερη και λιγότερο κολλώδης. Για αυτό προτού ετοιμαστεί υγραίνεται με τα δάκτυλα, αφού προηγουμένως βουτηχτούν σε χλιαρό νερό. Εξάλλου, το καλοκαίρι μαλακώνει επειδή υπάρχει στον αέρα περισσότερη υγρασία, για αυτό είναι απαραίτητη η φύλαξη του σε στεγνό μέρος για να διατηρηθεί στερεός.²



3. ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΠΛΥΣΗ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

Η νοσηλεύτρια φροντίζει για την πλύση της κολοστομίας του ασθενούς, όσο αυτός βρίσκεται στο νοσοκομείο και συγχρόνως τον διδάσκει, ώστε να είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετείται στο μέλλον. Σκοπός της είναι να βοηθήσει στο άδειασμα του κόλου από το περιεχόμενό του (κόπρανα, αέρια, βλέννη), να καθαρίσει το περιφερικό τμήμα του εντέρου και τέλος να βοηθήσει στο να εγκαθιδρύσει ένα προγραμματισμένο άδειασμα του εντέρου, ώστε να είναι δυνατή, η ανάληψη κανονικών δραστηριοτήτων από το άτομο.

Με τη μέθοδο αυτή πολλοί ασθενείς μπορούν να αποφύγουν τους αυστηρούς διαιτητικούς περιορισμούς, τα φάρμακα ή ακόμα και τη χρήση των σάκων κολοστομίας. Ο ασθενής πρέπει να μάθει πως γίνεται η πλύση, νωρίς κατά την μετεγχειρητική περίοδο. Με τον τρόπο αυτό το έντερο παραμένει χωρίς κένωση από 6 - 48 ώρες, ανάλογα με την ενδογενή κινητικότητα του εντέρου. Ο ασθενής μαθαίνει βαθμιαία πόση ώρα μπορεί με ασφάλεια να κυκλοφορεί χωρίς το σάκο.

Μετά από λίγους μήνες λειτουργίας, πολλοί άρρωστοι κάνουν ένα κλύσμα κάθε 48 ώρες και απαλλάσσονται τελείως από τη ζώνη κολοστομίας²

ΥΛΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Χρησιμοποιούμε δίσκο ο οποίος περιέχει τα εξής:

- * Σετ πλύσεως κολοστομίας ή κλυστήρας ή fleet enema
 - * Καθετήρας ορθού, γάντια, βαζελίνη
 - * Διάλυμα σύμφωνα με ιατρική οδηγία
 - * Νεφροειδές, χαρτοβάμβακο, χαρτοσακούλα
- * Αδειάβροχο μιας χρήσεως ή απορροφητικό χαρτί
- * Παραβάν, αν δεν υπάρχει κουρτίνα στο κρεβάτι

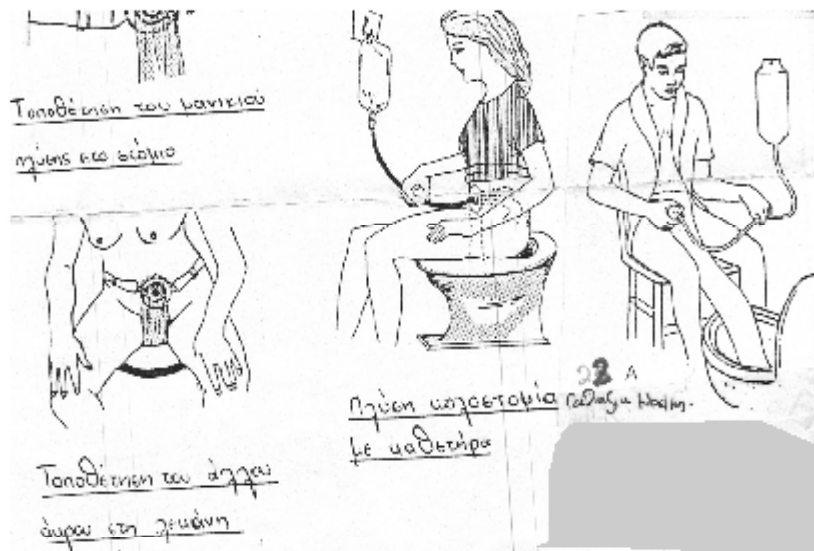
- * Δοχείο με κάλυμα ή μεγάλο νεφροειδές
- * Στήλος ορού

Τύποι διαλύματος που μπορεί να χρησιμοποιηθούν είναι:

- σαπουνάδα
- φυσιολογικός ορός
- χαμομήλι
- λάδι
- παραφινέλαιο

Η θερμοκρασία πρέπει να είναι περίπου 37-38°C.

Το ποσόν του διαλύματος που θα χρησιμοποιήσουμε κυμαίνεται από 250-500 cc και περισσότερο.²²



4.ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΦΑΣΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Καταρχήν ενημερώνουμε τον άρρωστο για τη νοσηλεία. Στη συνέχεια ζητάμε την συνεργασία του και τη συμμετοχή του στη νοσηλεία, αν μπορεί και επιθυμεί ο ίδιος. Αυτό εμπεριέχει στοιχεία διδασκαλίας και θα συμβάλλει στην εξοικείωση του για να μπορέσει να ανεξαρτητοποιηθεί ευκολότερα.²²

1. Φάση προετοιμασίας

1. Η νοσηλεύτρια διαλέγει τον κατάλληλο χρόνο για την πλύση και την κάνει την ίδια πάντα ώρα της κάθε ημέρας, σύμφωνα πάντα με το μετανοσοκομειακό σχήμα δραστηριοτήτων του αρρώστου.
2. Κρεμάει το δοχείο πλύσης με το διάλυμα σε ύψος 45-50 cm πάνω από το στόμιο (στο ύψος του ώμου όταν ο ασθενής κάθεται).
3. Βάζει τον ασθενή να καθήσει στη λεκάνη της τουαλέτας ή σε μια καρέκλα μπροστά στην τουαλέτα.
4. Αφαιρεί τις γάζες και το σάκο και τα βάζει στον πλαστικό κάδο ακρήστων.

2.Φάση εκτέλεσης

1. Τοποθετεί το μανίκι πλύσης ή το περίβλημα στο στόμιο (συγκρατώντας το με τη ζώνη) και το άλλο άκρο του μέσα στη λεκάνη. Με αυτό αποφεύγεται η κακοσμία και το πιτσιλισμα. Επιτρέπει στο νερό και στα κόπρανα να κατευθύνονται μέσα στη λεκάνη.

2. Αφήνει λίγο διάλυμα να τρέξει μέσα από το σωλήνα και τον καθετήρα, για να αφαιρεθεί ο αέρας από τη συσκευή, ώστε να μην εισαχθεί μέσα στο κόλο και προκαλέσει κολικό πόνο.

3. Αλοιφεί τον καθετήρα με παραφίνη ή βαζελίνη και ήπια τον βάζει μέσα στο στόμιο. Ο καθετήρας δεν πρέπει να μπει πάνω από 8cm για την πρόληψη διάτασης του εντέρου. Πιέζει ελαφρά το στήριγμα του καθετήρα για να εμποδιστεί η επιστροφή του υγρού.

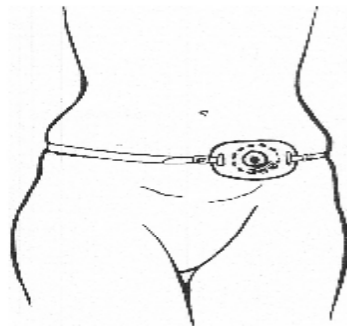
4. Αν ο καθετήρας δεν προχωρεί εύκολα, αφήνεο το υγρό να ρέει αργά, ενώ ήπια σπρώχνει τον καθετήρα. Ποτέ δεν τον βιάζει.²

5. Περιμένουμε να πέσει το διάλυμα. Στο fleet enema πιέζουμε ήπια το σάκο. Αν ο άρρωστος παρουσιάσει κολικό εντέρου (πόνος) διακόπτουμε τη ροή και περιμένουμε να ηρεμήσει. Οι κολικοί (κράμπες) αποδίδονται συχνά στον ταχύ ρυθμό εισαγωγής του διαλύματος. 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.²²

6. Ο καθετήρας περνά στο στόμιο της κολοστομίας μέσα από μία οπή στο μανίκι πλύσης. Μετά την είσοδο του υγρού η νοσηλεύτρια κρατά το στήριγμα του καθετήρα στη θέση του για 10 sec και μετά το αφαιρεί ήπια.

7. Αφήνει 10 – 15 min για τη μέγιστη επιστροφή . Κατόπιν στεγνώνει το κάτω άκρο του μανικιού ή περιβλήματος και το κλείνει με λαβίδα Kocher . Το περισσότερο νερό , τα κόπρανα και τα αέρια εξωθούνται σε 10 – 15 min. Ίσως όμως χρειασθεί περισσότερος χρόνος²

8. Αφήνει το μανίκι ή περίβλημα στην θέση του περίπου 20 min, καθώς ο άρρωστος θα σηκωθεί και θα κινηθεί, έτσι ώστε να συμπληρωθεί η επιστροφή του υγρού πλύσης.



3.Φάση παρακολούθησης

1.Μετά το τέλος της πλύσης,η νοσηλεύτρια καθαρίζει την επιφάνεια με ήπιο σαπούνι και νερό και τη σκουπίζει,ώστε ο άρρωστος να νιώθει άνετος.

2.Επαλοιφεί το δέρμα γύρω από το στόμιο με πάστα καράγια και αντικαθιστά το σάκο και τις γάζες.Ο άρρωστος θα χρησιμοποιεί το σάκο μέχρις ότου η κολοστομία θα τεθεί κάτω από επαρκή έλεγχο.

3.Καθαρίζει τα αντικείμενα που χρησιμοποίησε με σαπούνι και νερό και τα στεγνώνει καλά.Έτσι και η δυσσομία αποφεύγεται και παρατείνεται η ζωή των αντικειμένων.

5.ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

***ΦΛΕΓΜΟΝΗ**

Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να αναπτυχθεί γύρω από την τεχνητή έδρα ένα απόστημα.Το δέρμα κοκκινίζει,καίει και πονάει.Μπορεί επίσης να παρουσιαστεί και πυρετός.Το απόστημα πρέπει να αναχθεί με εγγείρηση.Κάπου-κάπου μπορεί να σχηματιστούν και συρίγγια.Αυτά είναι επικοινωνίες του δέρματος με το έντερο κοντά στην εντεροστομία από τις οποίες μπορεί να βγαίνουν κόπρανα και πύον.Τα συρίγγια αυτά μπορεί να δυσκολέψουν σημαντικά την περιποίηση της εντεροστομίας και πρέπει να χειρουργούνται.

***ΕΙΣΟΛΚΗ**

Είναι βαρύτερη επιπλοκή,ιδιαίτερα όταν ελκωθεί η επιφάνεια του άκρου του εντέρου προς την περιτοναϊκή κοιλότητα.

Αίτια:είναι η παχυσαρκία,ανάπτυξη παραλυτικού ή αποφρακτικού ειλεού μετεγχειρητικά,απαρεσκευαστο έντερο που περιέχει κοπρανώδεις μάζες,ισχαιμία και γάγγραινα του τμήματος του εντέρου που έχει εξωτερικευθεί.

Θεραπεία:πρόληψη των παραγόντων που μπορεί να προληφθούν.Σε εισολκή συνίσταται επανεγχείρηση και κατασκευή νέας κολοστομίας.

***ΔΙΑΤΡΗΣΗ**

Αίτια:τραυματισμός του εντέρου με το ρύγχος της συσκευής του υποκλισμών.Μπορεί να προκληθεί περιτονίτιδα.

Θεραπεία;αντιμετώπιση της περιτονίτιδας ή και χειρουργική διόρθωση.²²

***ΑΙΜΟΡΑΓΙΑ**

Οι αιμοραγίες του βλενογόνου του εντέρου στην περιοχή της εντεροστομίας είναι ακίνδυνες όταν οφείλονται σε μηχανικό ερεθισμό.Κάθε άτομο με εντεροστομία θα πρέπει να έχει για τέτοιες περιπτώσεις στο σπίτι,απόθεμα από βαμβάκι,εμποτισμένο με χλωριούχο σίδηρο,το οποίο έχει την ιδιότητα να σταματά γρήγορα την αιμορραγία.Όταν όμως οι αιμοραγίες προέρχονται από βαθύτερα τμήματα του εντέρου,τότε απαιτείται οπωσδήποτε ιατρική εξέταση.

***ΟΠΙΣΘΙΟ ΤΡΑΥΜΑ**

Η μεγάλη τραυματική κοιλότητα που δημιουργείται κατά τις εγχειρήσεις εντεροστομίας, στις οποίες αφαιρέθηκαν τελείως το ορθό και ο πρωκτός,χρειάζεται

συχνά πολύ καιρό για να θεραπευθεί και να μπορεί να παρουσιάσει διάφορες διαταραχές. Σε περιπτώσεις επιπλοκών απαιτείται ο συνεχής ιατρικός έλεγχος και η ανάλογη θεραπεία. Λόγω της διατομής νεύρων κατά την εγχείρηση μπορούν να εμφανιστούν οι λεγόμενοι πόνοι-φαντάσματα.

* ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΟΙΛΙΟΚΗΛΗ.

Είναι η συχνότερη επιπλοκή. με τον όρο αυτό εννοείται χαλάρωση του κοιλιακού τοιχώματος και διεύρυνση της θήρας διόδου του εντέρου. Το κοιλιακό τοίχωμα προβάλλει στη θέση αυτή ημισφαιρικά. Αν το αφήσει κανείς αυτό στην τύχη του, μπορεί να δημιουργηθούν διογκώσεις σε μέγεθος κεφαλής παιδιού. Ο καταλληλότερος τρόπος για την πρόληψη τέτοιων καταστάσεων είναι η χρησιμοποίηση μίας ζώνης κοιλίας στα μέτρα του αρρώστου. Επιπλέον πρέπει να αποφεύγει να σηκώνει βάρη. Είναι απαραίτητο να ενημερώνει αμέσως το γιατρό ακόμη και σε υποψία μόνο για κήλη. Αυτός θα συστήσει μια ζώνη κοιλίας ή έναν ειδικό επίδεσμο. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί επίσης να χρειαστεί εγχείρηση.

* ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΟΥΡΗΣΕΩΣ

Κατά την εγχείρηση, εξαιτίας της άμεσης γειτονίας εντέρου και ουροδόχου κύστεως μπορεί να συμβούν βλάβες των νεύρων των ουροποιητικών οργάνων. Αυτές εκδηλώνονται με ακούσια απώλεια ούρων, νυχτερινή ενούρηση, αίσθημα ατελούς κενώσεως της κύστης και συχνουρία, οπότε αποβάλλονται μικρές μόνο ποσότητες ούρων. Αν 3 μήνες από την εγχείρηση, εξακολουθούν να εμφανίζονται διαταραχές αυτού του είδους, απαιτείται ουρολογική εξέταση. Αν κατά την ούρηση εμφανιστούν πόνοι και ιδίως κάψιμο και μεταβολή της οσμής των ούρων, απαιτείται ιατρική αντιμετώπιση του προβλήματος.

* ΣΤΕΝΩΣΗ

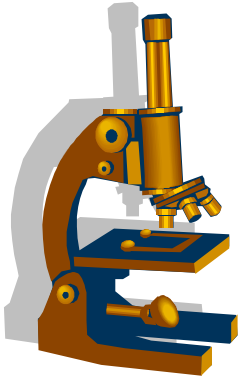
Όταν το στόμιο του εντέρου είναι πάρα πολύ στενό μιλούμε για στένωση. Η κένωση του εντέρου γίνεται τότε επώδυνη. Το αποτέλεσμα είναι οι αποφράξεις. Στην περίπτωση αυτή-αμέσως δηλαδή μόλις δεν περνάει από το στόμιο ένα δάκτυλο-πρέπει να ενημερώνεται ο γιατρός. Ίσως χρειαστεί μία μικρή επέμβαση, που μπορεί να γίνει με τοπική νάρκωση. Δεν υπάρχει συνεπώς στην περίπτωση αυτή λόγος να περιμένει κανείς άσκοπα για πολύ.

* ΠΡΟΠΤΩΣΗ

Λέγοντας πρόπτωση εννοούμε πτώση του εντέρου προς τα έξω. Και εδώ πρέπει να επέμβει ο γιατρός αμέσως, γιατί ο βλεννογόνος του εντέρου που έχει πάθει εκστροφή, είναι ευκολοτραυματίστος και έχει τάση για αιμορραγία. Όταν η πρόπτωση είναι μεγάλη μπορεί ίσως να χρειαστεί εγχείρηση.

* ΠΟΝΟΙ

Τον πρώτο καιρό μετά την εγχείρηση εμφανίζονται συχνά στο οπίσθιο τραύμα, κατά το κάθισμα έντονοι φυσιολογικοί πόνοι του τραύματος και της ουλής, που με την πάροδο του χρόνου εξαφανίζονται. Ισχυρότεροι, αόρητοι και παρατεινόμενοι πόνοι μπορούν αντίθετα να έχουν την αιτία τους σε φλεγμονές της τραυματικής κοιλότητας και να έχουν ανάγκη ιατρικής θεραπείας.



ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΕΛΕΓΧΟΥ

Οι τακτικές εξετάσεις μπορούν να προλάβουν διάφορες δυσάρεστες καταστάσεις για αυτό και δεν πρέπει να παραμελούνται.

Χρονικά διαστήματα

Τα πρώτα δύο χρόνια - κάθε 3 μήνες. Εν συνέχεια - μία φορά τον χρόνο. Σε άτομα με ειλεοστομία πρέπει επίσης να γίνονται τακτικά εξετάσεις του αίματος

6. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ-ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ

Τα προβλήματα αποκατάστασης που μπορεί να παρουσιάσει μία κολοστομία είναι:

α. Η χρονική ακανόνιστη έξοδος των κοπράνων

β. Η θορυβώδης απώλεια αερίων

γ. Η δυσσομία

δ. Η φλεγμονώδης πολλές φορές διήθηση του δέρματος γύρω από την κολοστομία. .

Όλα αυτά μπορούν να αντιμετωπιστούν με επιτυχία αρκεί να υπάρχει σωστή εκπαίδευση του ασθενούς από την νοσηλεύτρια και φυσικά διάθεση εκ μέρους του αρρώστου. Πρέπει να έχει αποδεκτεί την κολοστομία και να έχει αποφασίσει να ζήσει με αυτήν στο εξής. Με την βοήθεια της νοσηλεύτριας θα μάθει να την περιποιείται και να την κρύβει από τους άλλους, ώστε ούτε μειονεκτικά να αισθάνεται ούτε να δυσκολεύεται στη καθημερινή του ζωή. Η συχνότητα των κενώσεων είναι συνάρτηση, της διαίτας του αρρώστου, της προεγχειρητικής λειτουργικότητας του εντέρου, δηλαδή του πόσο συχνά ενεργείτο προεγχειρητικά ο άρρωστος και της έκτασης του τμήματος του εντερικού σωλήνα που έχει αφαιρεθεί.

Η διαίτα του κάθε ασθενούς εξατομικεύεται και με εναλλαγή τροφών πτωχών και πλούσιων σε υπόλειμμα, έχουμε μια κανονική λειτουργία του εντερικού σωλήνα. Μέχρι να σταθεροποιηθούν οι κενώσεις, ο άρρωστος τρώει τροφές χαμηλού υπολείμματος.

Όταν σταθεροποιηθούν οι κενώσεις του, αρχίζει να δοκιμάζει ένα - ένα τρόφιμα υψηλού υπολείμματος. Ότι βλέπει και του διαταράσσει τις κενώσεις, το σταματά. Τέτοιες τροφές είναι τα φρούτα: μπανάνα, χόρτα, σαλάτες, μαύρο ψωμί κλ.

Η διατροφή του ασθενούς πρέπει να είναι τέτοια ώστε, ούτε να πάρει, ούτε να χάσει βάρος, σε σχέση με την προεγχειρητική του κατάσταση.

Σημαντικό επίσης ρόλο παίζουν η καλή μάσηση των τροφών και το σταθερό ωράριο φαγητού.

Γενικά η μείωση των προσλαμβανομένων υγρών προκαλεί μείωση της ρευστότητας των κοπράνων, ενώ η συμπληρωματική λήψη φρούτων ή λαχανικών βοηθάει στην αποφυγή της δυσκοιλιότητας.

Για τον έλεγχο των αερίων πρέπει να αποφεύγονται τροφές που δημιουργούν αέρια όπως φασόλια, λαχανικά, κρεμμύδια, αγγούρια, ραδίκια. Επίσης να αποφεύγονται φαγητά με καρκεύματα, λιπαρά κρέατα και παγωμένα ποτά και όλα όσα περιέχουν ανθρακικό και οινόπνευμα.

Για τον έλεγχο της δυσσομίας, πρέπει να αποφεύγονται τροφές που δημιουργούν οσμές όπως (φασόλια, κρεμμύδια, ψάρια, αυγά) ενώ το γιαούρτι, ο χυμός ενός είδους μούρου και το αποβουτυρωμένο γάλα μειώνουν τις οσμές των κοπρανωδών μαζών. Τέλος οι οσμές μπορεί να τεθούν κάτω από έλεγχο με λήψη μιας ή δύο ταμπλετών υπονθρακικού βισμούθιου την ώρα του φαγητού και του ύπνου.

Για την φροντίδα του περιστομιακού δέρματος χρησιμοποιούνται η πάστα ή οι δακτύλιοι KARAYA, που είναι και εξαιρετικοί για την πρόληψη ερεθισμού του δέρματος γύρω από το στόμιο. ²

ΕΞΟΔΟΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ



Σκοπός είναι η όσο το δυνατόν άνετη,ευχλαριστη και ασφαλής μεταφορά του αρρώστου από το νοσοκομείο στο σπίτι και γενικά η ομαλή επαναπροσαρμογή του στο περιβάλλον.

Η μέρα αποχωρήσεως του ασθενούς από το νοσοκομείο δεν πρέπει να φτάνει χωρίς προετοιμασία και προειδοποίηση του ασθενούς και του περιβάλλοντος του. Κατά την αποχωρήσή του από το νοσοκομείο ο ασθενής είναι δυνατό να έχει θεραπευτεί τελείως και να επανέλθει έτσι στον προηγούμενο ρυθμό και τρόπο ζωής.είναι όμως δυνατό κατά την έξοδό του ,αν και θεραπευμένος,να χρειάζεται ειδική φροντίδα,προκειμένου να επανέλθει πλήρως στην προηγούμενη καταστασή του.Ανάλογα με τις συνθήκες κάτω από τις οποίες θα βγεί ο ασθενής από το νοσοκομείο γίνεται προετοιμασία τόσο του ίδιου όσο και του άμεσου περιβαλλοντός του για την καλύτερη προσαρμογή του στο νέο περιβάλλον. Ο χρόνος προετοιμασίας του ασθενούς και του περιβάλλοντος για την έξοδο από το νοσοκομείο ποικίλλει. Αυτός επιρεάζεται από την καταστασή του ,διότι η προετοιμασία του ασθενούς με μόνιμη παρα φύσιν έδρα είναι τελείως διαφορετική από εκείνην του καρκινοπαθή.²⁰

Αφου ο ασθενής είναι έτοιμος να βγεί από το νοσοκομείο χρειάζεται ένα σχέδιο διδασκαλίας ,πάνω στο οποίο θα προγραμματίσει τη ζωή του στο εξής.Ο άνθρωπος αυτός έχει ιδιαίτερες ανάγκες,τις οποίες πρέπει να φροντίζει καθημερινά και γνωρίζει καλά πως για το υπόλοιπο της ζωής του θα διαφέρει από τους άλλους ανθρώπους σε κάτι,χωρίς όμως αυτό να του στερεί κάποια δραστηριότητα.πιο συγκεκριμένα,έχει διδαχθεί πως θα αλλάζει το σάκο κολοστομίας,πώς θα φροντίζει το στόμιο και το περιστοματικό δέρμα και πώς θα κάνει την πλύση της κολοστομίας. Σχετικά με την διαίτά ξέρει τί πρέπει να τρώει και τί να αποφευγει,καθώς επίσης και πώς θα ελέγχει την έξοδο των αερίων και την κακοσμία.σχετικά με την ενδυμασία του, θα πρέπει ,στην αρχή τουλάχιστον να χρησιμοποιεί ζώνη, η οποία θα είναι και μεγαλύτερου μεγέθους για να δέχεται το σάκο.Μπορεί επίσης να χρησιμοποιήσει μαγιό,για μεν άνδρες με σόρτς,για τις δε γυναίκες με φουστα.

Επίσης δεν αντενδείκνυται κανένα μέσο συγκοινωνίας, ούτε το αεροπλάνο, φτάνει να έχει μαζί του το κουτί φροντίδας στομίου. Επίσης επιτρέπονται όλα τα σπόρ, εκτός από αυτά που απαιτούν επαφή όπως το ποδόσφαιρο. Σχετικά με τη σεξουαλική λειτουργία, μπορεί να υπάρχει πλήρη ικανότητα, μπορεί όμως να υπάρχει και πλήρη ανικανότητα.

Μπορεί ακόμα η ικανότητα να εκλείψει για 2 χρόνια και να επανέλθει μετά την πάροδο των δυσκολιών αυτών χρόνων απόδοχής της αναπηρίας κατά τη διάρκεια του ύπνου, ο ασθενής μπορεί να πάρει οποιαδήποτε θέση του αρέσει. Δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη που να ενδύκνεται ή να αντενδείκνυται. Σε περίπτωση που η κολοστομία είναι σε μία γυναίκα, η οποία θέλει να μείνει έγκυος, τότε επιβάλλεται στενή και προσεκτική ιατρική παρακολούθηση. Καθώς προχωρεί η εγκυμοσύνη αλλάζει το μέγεθος του στομίου και γ' αυτό το λόγο μπορεί να απαιτηθεί και αλλαγή στο χρησιμοποιούμενο υλικό του στομίου.²

Σε περίπτωση κατά την οποία ο ασθενής είναι ανίκανος να επιστρέψει στην εργασία του ή να συνεχίσει τις συνηθισμένες του δραστηριότητες, η κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου πληροφορείται την αναχώρησή του και τον βοηθεί στην εξεύρεση άλλης εργασίας και την προσαρμογή του στις τυχόν επιβαλλόμενες νέες καταστάσεις. Τα αισθήματα, που δοκιμάζει ο ασθενής κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο, συνήθως είναι αισθήματα ικανοποίησης χαράς και ευγνωμοσύνης. Παράλληλα όμως είναι δισταχτικός, ανησυχεί και αμφιβάλλει για τη συνεχιζόμενη αποκατάσταση της υγείας του χωρίς την άμεση νοσηλευτική και ιατρική παρακολούθηση, μέχρι σημείου να μη θέλει να βγει από το νοσοκομείο. Η αδελφή του δίνει την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους και ανησυχίες του, να θέσει ερωτήσεις και του εκδηλώνει το ενδιαφέρον της για τα προβλήματά του.

Ο ασθενής ο οποίος θα συνεχίσει τη λήψη Φαρμάκων και μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο, πρέπει να πληροφορηθεί λεπτομερώς σχετικά με τη συχνότητα και τον τρόπο λήψής τους. Οι οδηγίες συνιστάται να γράφονται λεπτομερώς πάνω στο φιαλίδιο του Φαρμάκου. Για φάρμακο που μπορεί να έχει παρενέργεια, ενημερώνεται λεπτομερώς τόσο ο ασθενής, όσο και υπεύθυνο μέλος της οικογένειας για τα θεραπευτικά μέτρα που θα χρειαστεί να λάβουν.

Όταν κριθεί από τον ιατρό ότι ο ασθενής μπορεί να φύγει από το νοσοκομείο, ακολουθεί. Ειδοποίηση των συγγενών, χορήγηση ιατρικών και νοσηλευτικών οδηγιών. Τη μέρα της αποχώρησής του ασθενούς, εκδίδεται το υπογραφέν από τον ιατρό εξιτήριο, ο νοσοκόμος της νοσηλευτικής μονάδας φέρνει τα ρούχα του από την αποθήκη ιματισμού των ασθενών. Η αδελφή βοηθάει τον ασθενή να ετοιμαστεί για την έξοδό του. Ο ασθενής φεύγει από το νοσοκομείο με τα πόδια, με φορητή καρέκλα ή και με φορείο. Στην τελευταία περίπτωση ειδοποιείται έγκαιρα ασθενοφόρο.

Ο ασθενής, ο οποίος αποφασίζει να φύγει από το νοσοκομείο χωρίς τη συγκατάθεση του ιατρού, υπογράφει δήλωση ότι φεύγει με τη θέλησή του (και χωρίς έγκριση του ιατρού). Με τη δήλωση αυτή απαλλάσσονται της ευθύνης ο ιατρός και το νοσοκομείο. Όταν ο ασθενής είναι τελείως έτοιμος, οι συγγενείς του είναι κοντά του, η προϊσταμένη και η αδελφή του θαλάμου τον χαιρετούν και του εύχονται πλήρη αποκατάσταση της υγείας του. Το βοηθητικό προσωπικό του τμήματος συνήθως συνοδεύει τον ασθενή κρατώντας τις αποσκευές του ως το αυτοκίνητο.²⁰

τέλος ο ασθενής βγαίνοντας από Το νοσοκομείο,πρέπει να γνωρίζει Τα σημεία και συμπτώματα απόφραξης,ώστε σε κάποια τέτοια περίπτωση να δράσει αμέσως και να αποφύγει τον κίνδυνο,έχοντας βέβαια και τη βοήθεια κάποιου ιατρού.²

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Κατά τη διάρκεια αυτής της μελέτης έρευνας διαπιστώσαμε πως οι

κυριότερες αιτίες που οδηγούν σε Ca παχέως εντέρου είναι :
η κληρονομικότητα ,
η λανθασμένη διατροφή και
η διαβίωση.

Τα συμπτώματα του ασθενους είναι ο πόνος το αίμα στα κόπρανα και γενικότερα απότομες αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου. Σχεδόν πάντα σαν λύση συνιστάται η χειρουργική επέμβαση. Εκτός βέβαια αν η σωματική κατάσταση του ασθενούς δεν επιτρέπει εγχείρηση, οπότε απομένει η ακτινοθεραπεία ή η χημειοθεραπεία. Επίσης τα όσα διεξοδικά αναφέρθηκαν σε όλη την εργασία μαρτυρούν και τονίζουν πως η νοσηλευτική φροντίδα απαιτεί την συνεχή και ομαλή συνεργασία νοσκόμου –ασθενούς από την είσοδο ως και την έξοδο αυτού από το νοσοκομείο.

Η συμπεριφορά και η αντιμετώπιση είναι απαραίτητο να δημιουργήσουν κλίμα εμπιστοσύνης και άνεσης που θα επιτρέψει στον άρρωστο να ομολογήσει τους φόβους και την αγωνία και το άγχος του.έτσι η νοσοκόμος θα έχει την δυνατότητα να του παρέχει τις απαραίτητες εξηγήσεις και την κατάλληλη βοήθεια ώστε να δεχτεί ομαλά το «νέο τρόπο ζωής του» και την κατάσταση στην οποία θα βρεθεί μετά την επέμβαση.¹⁹

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Περισσότεροι από 600.000 άτομα σε όλον τον κόσμο πλήττονται κάθε χρόνο από τον καρκίνο του παχέως εντέρου. Στην Ελλάδα κάθε χρόνο καταγράφονται 1500 νέες περιπτώσεις. Μια σειρά από διαιτητικές οδηγίες και σωστή ενημέρωση θα μπορούσαν να σώσουν αρκετούς από αυτούς. Το πιο ανησυχητικό όλων είναι πως παρότι ο καρκίνος του εντέρου θεωρείται ως ο πλέον «εύκολος» αντιμετωπίσιμος στα αρχικά στάδια το 50% των ασθενών πεθαίνουν στα 5 έως 8 χρόνια¹⁰

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- 1) Η νοσηλεύτρια-της θα πρέπει να έχει εξειδικευμένο μορφωτικό επίπεδο πάνω στον καρκίνο του παχέως εντέρου και την θεραπευτική του αντιμετώπιση
- 2) Να έχει γνώσεις ψυχολογίας και κοινωνιολογίας ώστε να μπορεί εύκολα και με σωστό τρόπο να συμβάλλει στην επαναπροσαρμογή του πασχόντος στο οικογενειακό του περιβάλλον
- 3) Η πολιτεία θα πρέπει να μεριμνύσει ώστε όλοι οι φορείς υγείας να είναι εφοδιασμένοι με τον κατάλληλο τεχνολογικό – υλικό εξοπλισμό και επαρκές προσωπικό ώστε να ανταποκρίνονται στην φροντίδα πασχόντος με καρκίνο παχέως εντέρου
- 4) Να θεσπίσει η πολιτεία τον θεσμό του κοινοτικού νοσηλευτή ώστε να είναι εφικτή η συχνή παρακολούθηση, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η ψυχολογική υποστήριξη με κατ'οίκον νοσηλεία και φροντίδα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Η περίπτωση που θα αναφέρω είναι άνδρας ηλικίας 63 ετών, Ι.Π. καταγόμενος

από την Ζάκυνθο, συνταξιούχος του Ι.Κ.Α. ο οποίος προσήλθε στην πανεπιστημιακή κλινική του γενικού νοσοκομείου πατρών στις 10-09-1990. κοντά του ήταν η γυναίκα του και ο μικρότερος από τους δύο γίους του, οι οποίοι τον αγαπούν πολύ και θα του συμπαρασταθούν σε όλη τη διάρκεια της δοκιμασίας του.

Το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς αναφέρει : «από 20μέρου διαγνωσμένοCa ορθού. Ο ασθενής εισάγεται στην κλινική μας για να χειρουργηθεί. Από μηνός αναφέρει απώλεια αίματος και διάρροιες από το ορθό. Εξωτερικός παθολόγος διέγνωσε μάζα σε βάθος 8 cm από τον δακτύλιο, ελήφθη βιοψία και ιστολογική εξέταση η οποία έδειξε αρκετά διαφοροποιημένο αδενοκαρκίνωμα με νεκρωτικές αλλοιώσεις και μυικό ιστό στο υπόστρωμα».

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
- Η επιγνώση του ασθενούς ότι έχει καρκίνο και η εισαγωγή του στο νοσοκομείο για χειρουργική αντιμετώπιση του δημιουργούν αγωνία, φόβο και άγχος.	-απαλλαγή του ασθενούς από τα απαισιόδοξα αισθηματά του όσο το δυνατόν	-συζήτηση με τον ίδιο τον ασθενή για να του δωθούν οι απαραίτητες εξηγήσεις -συζήτηση και με τους οικείους του για να βεβαιωθούν ότι όλα θα πάνε καλά	-προσεκτική ακρόαση όλων των φόβων και ανησυχιών του ασθενους, χωρίς βιασύνη -σαφείς εξηγήσεις για τα ερωτήματα του και διευκρινίσεις για τις παρανοήσεις του. -σταθερό ενδιαφέρον και ψυχολογική ενίσχυση ασθενούς και συγγενών αυτού. -Ήρεμη στάση της νοσηλεύτριας, ώστε να διατηρεί και ο ασθενής την ίδια στάση ηρεμίας.	-ο ασθενής ηρέμησε και έπαψε να διακατέχεται από άσχημα συναισθήματα,σε μεγάλο βαθμό -απέκτησε εμπιστοσύνη και ένιωσε ασφαλής μέσα στο χώρο που βρίσκεται.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
-Καθαριότητα του εντερικού σωλήνα και του σώματος	Διατήρηση του ασθενούς καθαρού και αποφυγή κακοσμίας	-τακτικό πλύσιμο του ασθενούς -περιποίηση του σώματος, της κεφαλής και των ρούχων του . -προσοχή κατά την ούρηση και αφόδευση	-συχνό μπάνιο επί κλίνης του ασθενούς, λούσιμο του τριχωτού της κεφαλής του και καθαρισμός του, σε κάθε σημείο του σωματός του. -Λήψη μέτρων για την αποφυγή ρύπανσης των ρούχων του κατά την ούρηση και την αφόδευση. -Συχνή αλλαγή των ρούχων του και των κλινοσκεπασμάτων του, ώστε να είναι πάντα καθαρός	- Ο ασθενής αφού είναι καθαρός, νιώθει άνετος και ασφαλής . Η καθαριότητα τον έκανε να νιώσει ευδιάθετος και πιο χαρούμενος.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
-Επιπλοκές τεχνητής διατροφής με Levin όπως διάρροια,ναυτία,έμμετοι,πνευμονία από εισρόφιση κλ.	-Πρόληψη των επιπλοκών. -Σε περίπτωση που συμβούν άμεση αντιμετώπιση τους.	-Προσοχή στα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται. -Προσοχή κατά την διάρκεια της σίτισης του ασθενούς. -Προσδιορισμός του τρόπου σίτισης,φύλαξης του μείγματος και τοποθέτηση του ασθενούς. -Λήψη μέτρων για πρόληψη εισρόφισης σε περίπτωση εμετού.	-Σχολαστικός καθαρισμός των χρησιμοποιημένων μετά από κάθε χρήση. -Λήψη μέτρων για τη αποφυγή εισόδου αέρα μέσα στον οισοφάγο κατά τη σίτιση. -Εξασφάλιση μείγματος μόνο για 24 ώρες και διατήρησή του στο ψυγείο. -αποφυγή κίνησης του ασθενούς 2-3 ώρες μετά την σίτιση. -φροντίδα στόματος και μύτης. -ανάρροπη θέση του ασθενούς και στροφή της κεφαλής στο πλάι	-τεχνική διατροφή χωρ επιπλοκές -Άμεση αντιμετώπιση επιπλοκής

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Α ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ,Μ. ΠΑΝΟΥ :Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Τόμος Α ,Έκδοση Β΄ ,Έκδόσεις ΒΗΤΑ, ΑΘΗΝΑ 1997, σ.173
2. Ε. ΜΠΕΤΧΑΒΑ: Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο παχέως εντέρου. Πτυχιακή εργασία . ΠΑΤΡΑ 1991, σ.1-4,31-43,49-55,62-76
3. Π.ΚΟΣΜΙΔΗΣ-Γ.ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ :Ογκολογία του πεπτικού συστήματος. Επítőμος ,έκδοση Α ,εκδόσεις ΒΗΤΑ ,ΑΘΗΝΑ 1991, σ. 232-250,262-270,284,297\
4. Γ.ΣΤΑΘΑΤΟΥ-Ι. ΦΛΩΡΟΥ :Η πρώιμη διάγνωση και αντιμετώπιση του παχέως εντέρου ,νοσηλευτική διεργασία. Πτυχιακή εργασία,ΠΑΤΡΑ , σ.63
5. Θ. ΖΗΣΗΣ : Σημειώσεις ανατομίας Ι .ΠΑΤΡΑ 1999 .σ.77,σ.89-105
6. Γ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ- Γ.ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ : Αρχές γενικής χειρουργικής . Τόμος Β , έκδοση Α εκδόσεις Παρισιανού ,ΑΘΗΝΑ 1989 , σ.439-441,461-464,489,499,521-527
7. Ν.ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ – Α. ΚΑΜΜΑΣ : Η ανατομική του ανθρώπου . Επίτομος , έκδοση Α , εκδόσεις «m-edition» , ΑΘΗΝΑ 1998, σ.460-464
8. Ξ.ΓΡΑΨΑΣ : Γενική χειρουργική. Τόμος Γ , Έκδοση Α , εκδόσεις university studio press ,σ.886-889 , σ.913
9. Χ. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ : Εγχειρίδιο χειρουργικής παθολογίας μετά στοιχείων σημειολογίας. Επίτομος,έκδοση Β .ΑΘΗΝΑ 1985 σ.140-142 ,σ.148, 150
10. Μ. ΚΙΤΡΟΥ: Σημειώσεις φυσιολογίας Ι νοσηλευτικής . επιμέλεια :Ν.ΧΑΡΟΚΟΠΟΣ-Ε ΜΠΑΤΖΗ , ΠΑΤΡΑ σ.77-79 ,95-107
11. Χ. ΠΑΠΠΗΣ :Χειρουργικές παθήσεις «καρκίνος παχέως εντέρου» (internet)
12. Ι.ΣΠΗΛΙΩΤΗΣ:Καρκίνος «Από άγνοια...στο φόβο».Επίτομος,Έκδοση Α΄ ,Αχαικές Εκδόσεις ,ΠΑΤΡΑ 1999,σ.306,310,317-322
13. S.SCHROEDER,L.TIERNEY,S.McPHEE,M.PAPADAKIS,M.KRUPP:Σύγχρονη διαγνωστική και θεραπευτική.Τόμος Α΄,Έκδοση Α΄,Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός,ΑΘΗΝΑ 1994,σ,727-729
14. Κ.ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ:Ειδική παθολογική ανατομική.Επίτομος,Έκδοση Α΄ ,Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας,σ.223-224
15. Μ.DOLLINGER,E.ROSENBAUM,G.CABLE:Ο καρκίνος.Επίτομος,Έκδοση Α΄,Εκδόσεις Κάτροπτο,σ.37,236-237
16. Γ.ΚΑΤΡΑΚΗΣ:Πρόληψη,έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από τον καρκίνο.Τόμος Β΄,Έκδοση Α΄,Ελληνική εταιρία προληπτικής ιατρικής,ΑΘΗΝΑ 1980,σ.189-194
17. Σ.ΜΠΕΣΜΠΕΑΣ:Συνεχιζόμενη φροντίδα στον καρκινοπαθή.Σεμινάριο νοσηλευτριών,Ελληνική αντικαρκινική εταιρία,Επίτροπή ευρωπαϊκών κοινοτήτων «Ευρώπη κατά του καρκίνου»,ΑΘΗΝΑ 1991,σ.43-55
18. Σ.ΜΠΕΣΜΠΕΑΣ:Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου.Αποκατάσταση του καρκινοπαθούς.Ελληνική αντικαρκινική εταιρία.Επιτροπή ευρωπαϊκών κοινοτήτων «Ευρώπη κατά του καρκίνου»,ΑΘΗΝΑ 1991,σ.33

19. Δ.ΜΠΟΥΜΠΑΛΗ:Καρκίνου παχέως εντέρου.Πτυχιακή εργασία,ΠΑΤΡΑ 1990,σ.35-46
20. Μ.ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ-Σ.ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ:Γενική,παθολογική,χειρουργική νοσηλευτική.Τόμος Α',Έκδοση ΙΒ',Εκδόσεις «η Ταβιθά»,ΑΘΗΝΑ 2001,σ.55,127,282,285,299-301,359
21. Γ.ΕΥΑΓΓΕΛΙΟΥ:Θέματα γενικής χειρουργικής από τα σεμινάρια 2000.Τόμος Β',Έκδοση Α',Εκδόσεις επιτροπής εκπαίδευσης ελληνικής χειρουργικής εταιρίας,ΑΘΗΝΑ 2000,σ.736-747
22. Ε.ΑΘΑΝΑΤΟΥ:Κλινική νοσηλευτική,βασικές και ειδικές νοσηλείες.Τόμος Α',Έκδοση ΙΑ' αναθεωρημένη,ΑΘΗΝΑ 2000,σ.97-104,183-189,192-203, 482-483
23. Η.ΛΙΠΠΕΡΤ:Ανατομική.Επίτομος,Έκδοση Ε',Μετάφραση:Ν.Νηφόρος,Επιμέλεια:Ν.Παπαδόπουλος,Επιστημονικές εκδόσεις «Παρισιανός»,ΑΘΗΝΑ 1993,σ.229,239,245
24. Α.ΠΕΤΡΙΔΗΣ:Εγχειρίδιο χειρουργικής.Επίτομος,Έκδοση Β' βελτιωμένη,Εκδόσεις «Έλλην»,ΑΘΗΝΑ 1998,σ.136
25. Το ανθρώπινο σώμα:Γενική επιμέλεια:Μ.ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ,Μετάφραση:Ν.ΠΡΑΤΣΙΝΗΣ,Εκδόσεις Δομική 2003
26. Φρόντισε το σώμα σου:Γενική επιμέλεια:Μ.ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ,Μετάφραση:Ν.ΠΡΑΤΣΙΝΗΣ,Εκδόσεις Δομική 2003