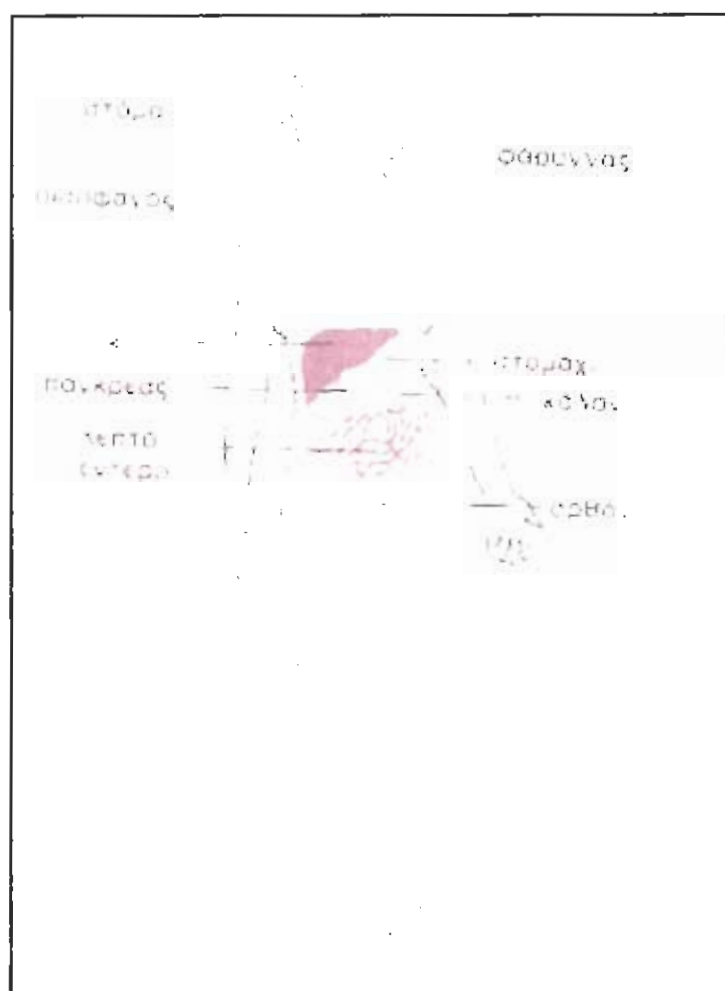


Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ

Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ
ΤΡΑΓΟΥΛΙΑ ΜΑΡΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ
ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΠΑΤΡΑ 2003

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛΙΔΑ
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ	9
1. ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	14
2. ΓΕΝΙΚΑ	15
2. ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	17
2.1 ΤΟ ΤΥΦΛΟ	18
ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΗΣ ΑΠΟΦΥΣΗ	18
2.2 ΤΟ ΚΟΛΟ	19
2.2.α ΑΝΙΟΝ ΚΟΛΟ	19
2.2.β ΕΓΚΑΡΣΙΟ ΚΟΛΟ	19
2.2.γ ΚΑΤΙΟΝ ΚΟΛΟ	20
2.2.δ ΣΙΓΜΟΕΙΔΕΣ ΚΟΛΟ	20
2.2.ε ΤΟ ΟΡΘΟ	20
2.3 ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	21
2.4 ΑΓΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	22
ΝΕΥΡΩΣΗ	23
3. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	24
3.1 ΠΕΠΤΙΚΕΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΕΣ	24
3.2 ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ	25
3.3 ΚΙΝΗΣΕΙΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	25
3.4 ΑΠΟΠΑΤΗΣΗ	26
4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	27
5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΕΩΣ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΟΓΚΩΝ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	29
6. ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	30
7. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ	30
8. ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ	31
9. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ	32

10. ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΚΑΙ ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	34
11. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	36
12. ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΠΡΟΛΗΨΗ	40
13. ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	44
13.1 Η ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΩΝ ΚΟΠΡΑΝΩΝ	44
13.2 ΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ	44
13.3 ΟΡΘΟΣΙΓΜΟΕΙΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕ ΒΙΟΨΙΑ	44
13.4 ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ	44
13.5 ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΔΙΑΒΑΣΗ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	45
13.6 ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΑΡΤΗΡΙΟΓΡΑΦΙΑ	45
13.7 ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ	45
13.8 ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΚΟΙΛΙΑΣ	45
14. ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	47
14.1 ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	47
14.2 ΕΞΕΤΑΣΗ ΟΥΡΩΝ	47
14.3 ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ	47
14.5 Η.Κ.Γ.	48
15. ΘΕΡΑΠΕΙΑ	49
15.1 ΓΕΝΙΚΑ	49
15.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	49
15.3 ΠΑΡΑ ΦΥΣΙΝ ΕΔΡΑ	50
15.4 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	53
ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	54
ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ	
ΡΑΔΙΟΪΣΟΤΟΠΩΝ	56
15.5 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	57
ΝΕΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ	
ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	59
16. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	61
17. ΠΡΟΓΝΩΣΗ	62
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ	63
1. ΓΕΝΙΚΑ	64

2. ΓΕΝΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ	64
3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	67
4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	69
5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	73
5.1 ΣΤΑΔΙΑ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ	73
6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	80
6.1 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	81
6.1.α ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ	81
6.1.β ΦΥΣΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ	83
7. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	90
7.1 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟ ΠΡΩΤΟ 48ΩΡΟ.	90
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	92
7.2 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΕΠΟΜΕΝΩΝ ΗΜΕΡΩΝ	93
7.3 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ	95
7.3.α ΑΜΕΣΗ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ	96
7.3.β ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ	98
7.3.γ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥΣ.	101
8. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	102
ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ	104
1. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	105
2. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	115
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1 ^Η	116
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	117
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	118
ΠΙΝΑΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	119
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2 ^Η	125

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	126
ΠΙΝΑΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	127
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	133
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	135

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αρχίζοντας την πτυχιακή μου εργασία θα ήθελα πρώτον να αναφερθώ στους λόγους που με ώθησαν να διαλέξω αυτό το θέμα ανάμεσα σε τόσα αλλά. Αρχικά ο καρκίνος είναι μια ασθένεια που μαστίζει κυριολεκτικά τον άνθρωπο εδώ και αρκετά χρόνια και θεωρείται η δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου στην Ελλάδα μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

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

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

Σκοπός της εργασίας που ακολουθεί είναι να δοθεί μια γενική εικόνα του θέματος «καρκίνος του παχέος εντέρου» και να επικεντρωθεί το ενδιαφέρον του αναγνώστη στο γενικό μέρος που είναι η νοσηλευτική φροντίδα του.

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

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου εξακολουθεί να είναι σήμερα η πιο συχνή κακοήθης πάθηση και καταλαμβάνει την πρώτη θέση μεταξύ των σπλαχνικών καρκίνων, αποτελεί το 15% όλων των καρκίνων του σώματος εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις αναπτυγμένες χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής η Μεγάλη Βρετανία καθώς και σε χώρες της Δυτικής Ευρώπης. Το αδενοκαρκίνωμα του παχέος εντέρου προσβάλλει και τα δυο φύλλα. Εμφανίζεται από την ηλικία των 30 ετών με την μεγαλύτερη συχνότητα κατά την 6^η και 7^η δεκαετία. Σ' ένα μικρό ποσοστό προσβάλλει και άτομα κάτω των 20 ετών.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τους πιο κάτω λόγους:

1. Είναι καρκίνος βραδείας σχετικά ανάπτυξης και έτσι η δυνατότητα της έγκαιρης θεραπείας είναι μεγάλη έστω κι αν η διάγνωση του δεν είναι πρώιμη δηλαδή πριν από την εμφάνιση συμπτωμάτων ή ευρημάτων.
2. Είναι ένας από τους λίγους καρκίνους για τον οποίο υπάρχουν σήμερα βάσιμες ελπίδες ότι με την σωστή διαίτα μπορεί να προληφθεί.
3. Είναι ένας καρκίνος που με την απλή δακτυλική εξέταση μπορεί να διαγνωστεί σε περιπτώσεις χαμηλής στο ορθό εντόπισής του.
4. Υπάρχει δυνατότητα με απλές ετήσιες μαζικές εξετάσεις όπως η δακτυλική ή η εξέταση των κοπράνων για αίμα να διαγνωσθεί σε τόσο αρχικό στάδιο ώστε η μόνιμη θεραπεία να εξασφαλίζεται στις περισσότερες περιπτώσεις.

Γι' αυτούς τους λόγους η απειλή από τον καρκίνο αυτό μπορεί να ελαττωθεί για τον άνθρωπο σε μεγάλο βαθμό.

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

Το πρώτο αναφέρεται στην ανατομία και την φυσιολογία του παχέος εντέρου. Συνεχίζει με την επιδημιολογία, αιτιολογία, παθογένεια, τις κλινικές εκδηλώσεις, τις διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους και τέλος τις επιπλοκές του καρκίνου του παχέος εντέρου. Γνώσεις απαραίτητες για ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα.

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

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

1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

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

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

Η σύγχρονη αντίληψη για τα νεοπλάσματα σαν ανωμαλία αναπτύξεως του κύτταρου δεν είναι παλαιότερη από 130 χρόνια περίπου.

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

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

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

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

Το κακόηθες νεόπλασμα είναι ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων πάντοτε επιβλαβής για τον οργανισμό. Τα κύτταρα στην προκειμένη περίπτωση διασκορπίζονται ή μεταναστεύουν σε άλλους ιστούς, μακριά από την αρχική τους εμφάνιση.

Ο καρκίνος εκπροσωπεί μια μεγάλη ομάδα από αρρώστιες που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτη ανάπτυξη και διασπορά ανωμάτων κυττάρων. Αυτή η ομάδα ασθενειών:

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

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

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

1. Ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου ή πολυπόδων σε στενό συγγενή (συγγενή πρώτου βαθμού). Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος όταν υπάρχουν δύο ή περισσότεροι πρώτου βαθμού συγγενείς ή συγγενής που έπαθε τον καρκίνο αυτό σε νέα ηλικία.
2. Το φύλο.
3. Η ηλικία.
4. Η Γεωγραφική θέση .

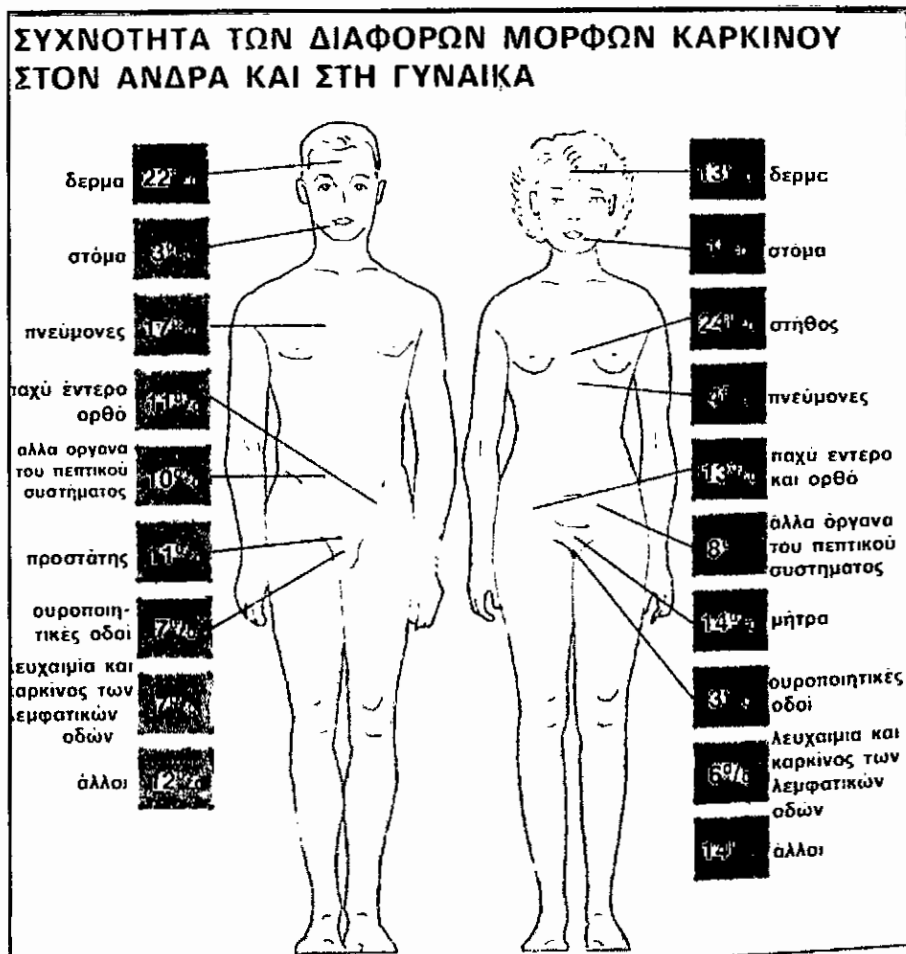
5. Το Επάγγελμα .
6. Προκαρκινικές καταστάσεις (π.χ. πολύποδες ορθού και εντέρου έλκος του στομάχου κ.α.).
7. Τόπος διαμονής.
8. Ιστορικό καρκίνου του μαστού ή του ενδομήτρίου στις γυναίκες.

Ενώ αντίθετα η σπαστική κολίτις δεν αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου.

Αν συντρέχει κάποια από τις παραπάνω περιπτώσεις δεν υπάρχει κανείς απολύτως λόγος για πανικό. Ο προληπτικός έλεγχος εξασφαλίζει ότι μπορεί πάντα να προληφθεί ο καρκίνος.

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

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



- a. Από χώρα σε χώρα.
- b. Στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες.
- c. Ως προς το φύλο και την ηλικία.
- d. Διάφορα επαγγέλματα.
- e. Ανάλογα με τις ατομικές συνθήκες.
- f. Ανάλογα με την κοινωνικοοικονομική θέση.

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

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας οι θάνατοι από καρκίνο σε ολόκληρο τον κόσμο υπερβαίνουν τα 4,3 εκατομμύρια τον χρόνο ενώ τα 2/3 από αυτούς αντιστοιχούν στις αναπτυσσόμενες χώρες. Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής για το 2000 αναφέρθηκαν 600.000 με αίτιο τον καρκίνο ενώ στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναφέρθηκαν 1.300.000 νέα περιστατικά καρκίνου. Ο καρκίνος είναι η πιο συχνή αιτία θανάτου και ευθύνεται για το ¼ των θανάτων στην Ευρώπη. Αναφέρεται ότι ένας στους τρεις Ευρωπαίους προσβάλλεται από καρκίνο σε κάποιο στάδιο της ζωής του. Στην Ελλάδα η αύξηση του καρκίνου παίρνει τεράστιες διαστάσεις.

Στις αρχές του αιώνα μας οι περισσότεροι άνθρωποι που πάθαιναν καρκίνο πέθαναν, στα τέλη του 1930 ένας στους πέντε θεραπεύονταν, προς τα τέλη του 1940 ένας στους τέσσερις. Σήμερα το ποσοστό των αρρώστων από καρκίνο που θεραπεύεται έφθασε στο 1:3, δηλαδή στους τέσσερις αρρώστους ο ένας θεραπεύεται ενώ οι τρεις πεθαίνουν.

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

1. Η διάγνωση της αρρώστιας γίνεται στα αρχικά στάδια πριν ακόμα αρχίσει να μεθίσταται.
2. Τα διαγνωστικά μέσα και οι τεχνικές είναι πολύ καλύτερες σήμερα.

3.Οι άρρωστοι εφαρμόζουν θεραπεία μέσα στους πρώτους τέσσερις μήνες από την διάγνωση της αρρώστιας.

4.Οι μέθοδοι θεραπείας και οι τεχνικές με τις οποίες εφαρμόζεται είναι πολύ πιο τελειοποιημένες από ότι στο παρελθόν.

5.Υπάρχουν περισσότερες πληροφορίες και γίνεται καλύτερη ενημέρωση του κοινού για τους καρκινογόνους παράγοντες του περιβάλλοντος.

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

ΜΕΡΟΣ

ΠΡΩΤΟ

ΓΕΝΙΚΑ

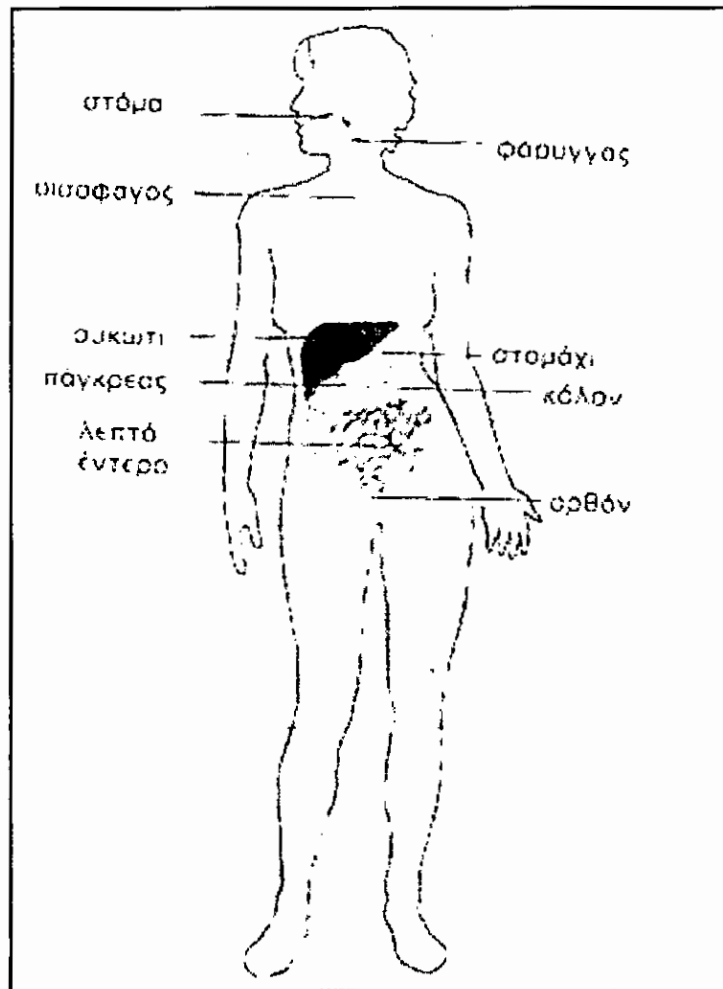
Ο οργανισμός για να διατηρηθεί στην ζωή, να αναπτυχθεί, να αντικαταστήσει τους ιστούς του, να εξασφαλίσει την κανονική λειτουργία των συστημάτων του και να αποδώσει καλύτερα την εργασία του χρειάζεται την λήψη θρεπτικών ή προστατευτικών ή συμπληρωματικών ουσιών. Τις ουσίες αυτές ο οργανισμός παίρνει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

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

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

- I Το στόμα.
- II Το φάρυγγα.
- III Τον οισοφάγο.
- IV Το στομάχο.
- V Το έντερο λεπτό / παχύ.
- VI Τον πρωκτό.

ΣΧΗΜΑΤΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ



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

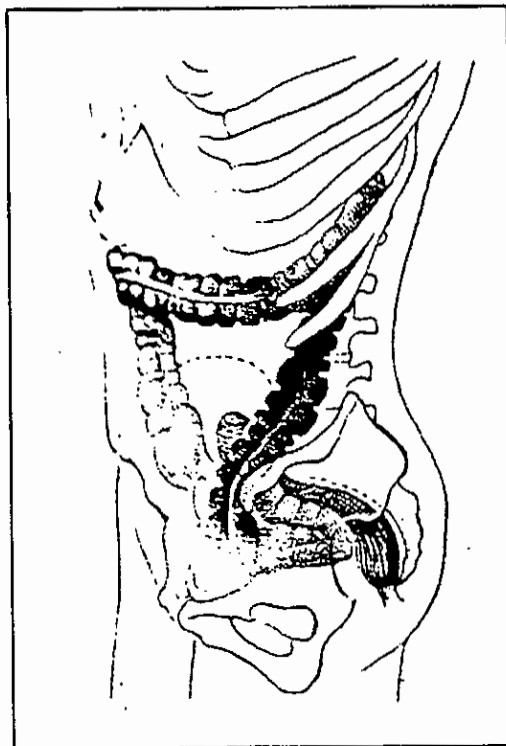
2. ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το παχύ έντερο το οποίο αποτελεί συνέχεια του λεπτού εντέρου βρίσκεται στην κάτω κοιλία εμφανίζει τρεις μοίρες το τυφλό με την σκωληκοειδή απόφυση, το κόλο και το απευθυσμένο ή ορθό.

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

1. Το μεγάλο εύρος .
2. Τα εγκολπώματα του τοιχώματος .
3. Οι αποφύσεις οι οποίες είναι προεκβολές του ορογόνου χιτώνα γεμάτες λίπος.
4. Οι τρεις κολικές ταινίες που διακρίνονται σε πρόσθια και σε δυο πλάγιες οι οποίες λείπουν από το απευθυσμένο.

*ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΣΤΗΝ ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΠΟΨΗ
ΑΠΟ ΑΡΙΣΤΕΡΑ*



2.1 ΤΟ ΤΥΦΛΟ

Το τυφλό έντερο μήκους 7-8 εκατοστά βρίσκεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο και από αυτό εκφύεται η σκωληκοειδής απόφυση. Το τέλος του ειλεού εκφυόμενο στο παχύ έντερο παράγει την ειλεοκολική βαλβίδα το στόμιο της οποίας αφορίζεται από το άνω και το κάτω χείλος της. Τα χείλη αυτά ενώνονται στα άκρα και σχηματίζουν γωνίες από τις οποίες αρχίζει ο πρόσθιος και ο οπίσθιος χαλινός της βαλβίδας. Το άνω χείλος είναι μεγαλύτερο από το κάτω και μπαίνει μέσα στον αυλό του παχέος εντέρου. Ο βλεννογόνος, ο υποβλεννογόνος και η κυκλοτερής στοιβάδα του τοιχώματος του ειλεού εμφύονται στο παχύ έντερο ενώ η επιμήκης μυϊκή στοιβάδα και ο ορογόνος χιτώνας συνέχονται με το τοίχωμα του παχέος. Έτσι σχηματίζεται η ειλεοκολική στοιβάδα, η οποία δεν επιτρέπει την παλινδρόμηση των κοπράνων ή των αερίων από το παχύ έντερο στον ειλεό.

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

ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΗΣ ΑΠΟΦΥΣΗ

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

2.2 ΤΟ ΚΟΛΟ

Το κόλο διαιρείται σε πέντε μέρη εξαιτίας της διαδρομής που ακολουθεί:

- i. Το ανιόν.
- ii. Το εγκάρσιο.
- iii. Το κατιόν
- iv. Το σιγμοειδές.
- v. Το ορθό.

2.2. α ANION ΚΟΛΟ

Αυτό έχει μήκος 12-14 εκατοστά αρχίζει από το τυφλό και φέρεται προς τα πάνω κατά μήκος της δεξιάς οσφυϊκής χώρας μέχρι κάτω από το ήπαρ όπου ανακάμποντας προς την αριστερή σχηματίζει τη δεξιά κολική ή ηπατική καμπή.

Η καμπή αυτή αντιστοιχεί περίπου στο 10^ο πλευρικό σύνορο και είναι πολύ κινητή μετακινούμενη κατά τις βαριές αναπνευστικές κινήσεις.

2.2. β ΕΓΚΑΡΣΙΟ ΚΟΛΟ

Έχει μήκος 50 εκατοστά αρχίζει σαν συνέχεια του ανιόντος κόλου και φέρεται προς τα αριστερά και πάνω μέχρι κάτω από την σπλήνα όπου ανακάμπει απότομα προς τα κάτω σχηματίζοντας την αριστερή κολική σπληνική καμπή. Η καμπή αυτή είναι σταθερή γιατί συγκρατείται από τον φρενοκολικό σύνδεσμο και αντηχεί στο 8^ο πλευρικό χόνδρο, μετακινούμενη κατά τις βαθιές αναπνευστικές κινήσεις. Η αριστερή κολική καμπή βρίσκεται ψηλότερα από την δεξιά εμφανίζοντας ποικίλη σχέση με την πρόσθια επιφάνεια του αριστερού νεφρού.

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

Το εγκάρσιο κόλο έρχεται σε επαφή προς τα εμπρός με το ήπαρ την χοληδόχο κύστη και προς τα πίσω με τον δεξιό νεφρό την 2^η μοίρα του δωδεκαδάκτυλου και του παγκρέατος. Προς τα πάνω σχετίζεται με την σπλήνα, το μείζον τόξο του στομάχου και το ήπαρ, ενώ προς τα κάτω με τις εντερικές έλικες.

2.2. γ ΚΑΤΙΟΝ ΚΟΛΟ

Το τμήμα αυτό του παχέος εντέρου έχει μήκος 25 εκατοστά αρχίζει σαν συνέχεια του εγκάρσιου κόλου και φέρεται προς τα κάτω κατά μήκος της αριστερής οσφυϊκής μοίρας μέχρι το στόμιο της ελάσσονος πυέλου όπου μεταπίπτει στο σιγμοειδές.

2.2. δ ΣΙΓΜΟΕΙΔΕΣ ΚΟΛΟ

Το μήκος του είναι περίπου 40 εκατοστά. Παριστάνει την συνέχεια του κατιόντος κόλου και βρίσκεται μέσα στην ελάσσονα πύελο. Αυτό περιγράφει δυο καμπές και στο ύψος του 3^{ου} ιερού σπονδύλου επεμβαίνει στο απευθυσμένο. Το σιγμοειδές κρέμεται με το μεσοσιγμοειδή και εμφανίζει μεγάλη κινητικότητα.

2.2. ε ΤΟ ΟΡΘΟ

Το ορθό έχει μήκος 12-16 εκατοστά και καταλήγει στον πρωκτό που αποτελεί το κάτω στόμιο εντερικού σωλήνα και βρίσκεται στο βάθος της μεσογλουτιαίας σχισμής. Ο πρωκτικός δακτύλιος περιβάλλεται από λείες μυϊκές ίνες και λειτουργεί ανεξάρτητα από την θέληση μας και ο έξω σφιγκτήρας σχηματίζεται από γραμμικές μυϊκές ίνες και εξαρτάται από την βούληση.

Γενικά το παχύ έντερο καλύπτεται από περιτόναιο. Σε μερικά μέρη όπως το ανιόν το κατιόν και το απευθυσμένο η κάλυψη είναι ατελής γι' αυτό και στα σημεία αυτά το έντερο είναι ακίνητο. Το τυφλό με την σκωληκοειδή απόφυση το εγκάρσιο και το σιγμοειδές καλύπτονται τελείως από το περιτόναιο που σχηματίζει μια πτυχή με την οποία τα μέρη αυτά του παχέος εντέρου κρέμονται από το πίσω τοίχωμα της κοιλίας και είναι κινητά.

2.3 ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το τοίχωμα του παχέος εντέρου αποτελείται από μέσα προς τα έξω από βλεννογόνο, υποβλεννογόνο, μυϊκό και ορογόνο χιτώνα.

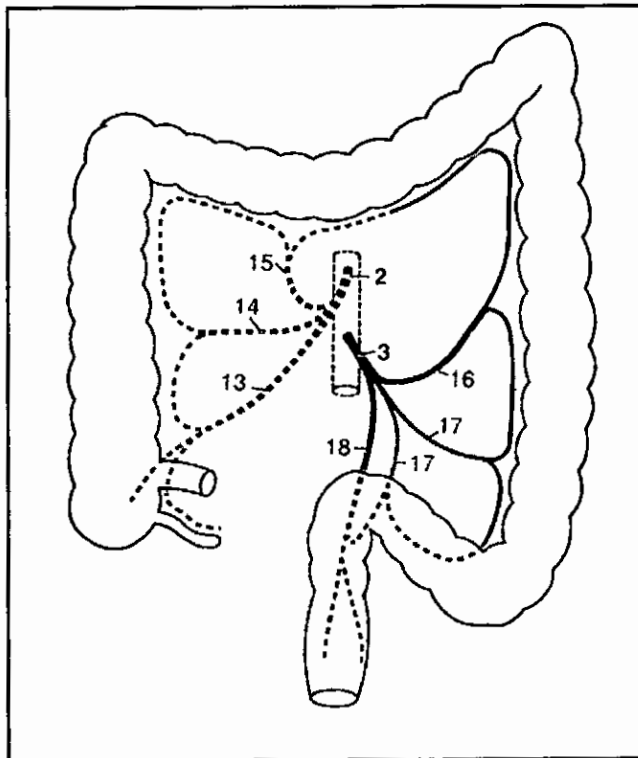
Ο βλεννογόνος χιτώνας αποτελείται από επιθήλιο (μονόστιβο κυλινδρικό) χόριο και αδένες.

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

2.4 ΑΓΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το παχύ έντερο αγγειώνεται από την άνω και κάτω μεσεντέριο αρτηρία. Η άνω αιματώνει το τυφλό, το ανιόν και το μισό εγκάρσιο και η κάτω το υπόλοιπο μισό του εγκάρσιου, το κατιόν και το πάνω μέρος του ορθού και η έσω λαγόνιος αρτηρία αιματώνει το υπόλοιπο μέρος του ορθού.

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



ΣΧΗΜΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΛΑΔΩΣΗΣ ΤΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΣΤΟ ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ

ΝΕΥΡΩΣΗ

Το παχύ έντερο νευρώνεται από εξωτερικά και εσωτερικά , νεύρα παρασυμπαθητικής και συμπαθητικής προέλευσης. Τα εξωτερικά νεύρα ρυθμίζουν την λειτουργία των εσωτερικών. Η παρασυμπαθητική νεύρωση του δεξιού κόλου γίνεται από τα πνευμονογαστρικά νεύρα και του αριστερού από το δεύτερο, τρίτο και τέταρτο σπλαχνικά νεύρα. Οι συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές νευρικές ίνες δημιουργούν συνάψεις με τα ενδοτοιχωματικά νευρικά γαγγλιακά πλέγματα για να δώσουν στη συνέχεια μεταγαγγλιακές ίνες οι οποίες νευρώνουν τους εντερικούς αδένες, τα αγγεία και τις μυϊκές ίνες. Το παρασυμπαθητικό διεγείρει την κινητικότητα του εντέρου και την έκκριση των αδένων και αναστέλλει την σύσπαση του έσω σφιγκτήρα του πρωκτού ενώ το συμπαθητικό έχει την αντίθετη δράση. Το ενδοτοιχωματικό νευρικό σύστημα του παχέος εντέρου αποτελείται από άφθονα γαγγλιακά κύτταρα τα οποία σχηματίζουν το πλέγμα του Auerbach που εντοπίζεται μεταξύ των δυο μυϊκών στοιβάδων του τοιχώματος και το πλέγμα του Meissner που εντοπίζεται στην υποβλεννογόνο στοιβάδα. Έλλειψη του ενδοτοιχωματικού νευρικού συστήματος από ένα τμήμα τοιχώματος προκαλεί απώλεια της κινητικότητας στο τμήμα αυτό .

3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

3.1 ΠΕΠΤΙΚΕΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΕΣ

Ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου στερείται λάχνων εκκρίνει όμως βλέννα αλκαλικής αντίδρασης η οποία δρα προστατευτικά για τον βλεννογόνο και χρησιμεύει στον σχηματισμό και την διολίσθηση των κοπράνων. Στο παχύ έντερο δεν επιτελείται πέψη γιατί :

1. Τα ένζυμα του παγκρεατικού και εντερικού υγρού αδρανοποιούνται πριν από την διοχέτευσή τους μέχρι αυτό και
2. Η μεγαλύτερη ποσότητα θρεπτικών ουσιών έχουν εν τω μεταξύ υποστεί πέψη και απομύζηση.

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

Μέσα στο παχύ έντερο ζουν και πολλαπλασιάζονται μεγάλος αριθμός μικροοργανισμών (μικροβιοχλωρίδια) στην δραστηριότητα των οποίων οφείλονται οι ζυμωτικές και σηπτικές επεξεργασίες που επιτελούνται μέσα σ' αυτό. Έτσι μικρό μέρος της κυτταρίνης μετατρέπεται από μικροοργανισμούς σε κατώτερα λιπαρά οξέα μεθάνιο διοξείδιο του άνθρακα και υδρογόνο. Η μικροβιακή χλωρίδα χρησιμοποιεί επίσης τα μικρά ποσά άπεπτου λευκώματος που αποδίδουν διάφορα υποπροϊόντα . Η χολερυθρίνη της χολής μετατρέπεται τελικά σε κοπροχολινογόνο και κοπροχολίνη. Το μεγαλύτερο μέρος των ουσιών αυτών αποβάλλεται με τα κόπρανα ενώ ελάχιστο πόσο απορροφάται και αδρανοποιείται από το ήπαρ και αποβάλλεται από τους νεφρούς με τα ούρα.

3.2 ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ

Από το παχύ έντερο απορροφάται το μεγαλύτερο μέρος του νερού από τα 500 κυβικά εκατοστά περίπου το οποίο διοχετεύεται σ' αυτό ανά 24 ωρο καθώς και ιόντα του νατρίου (Na). Επίσης επιτελείται ενεργητική απέκκριση ιόντων καλίου (K) και ασβεστίου (Ca) . Απορροφούνται επίσης με απλή διάχυση μονοσακχαρίτες αμινοξέα και λιπαρά οξέα. Με την δραστηριότητα της μικροβιακής χλωρίδας παράγονται και απορροφώνται σε σημαντικά ποσά ορισμένες βιταμίνες όπως η Κ η Β1 και Β2 η νιασίνη και η βιοτίνη.

3.3 ΚΙΝΗΣΕΙΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Δακτυλοειδείς περισφίξεις : Με τις κινήσεις αυτές προκαλείται ανάμειξη του περιεχομένου με συνέπεια την καλύτερη απομύζηση του νερού και των αλάτων και την μίξη του περιεχομένου με βλέννα.

Μαζικές κινήσεις : Αυτού του είδους οι κινήσεις εμφανίζονται κατά αραιά χρονικά διαστήματα και συνήθως λίγη ώρα μετά την πρόσληψη της τροφής.

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

3.4 ΑΠΟΠΑΤΗΣΗ

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

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

4. Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

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

Αυτό συμπεραίνεται από το γεγονός ότι οι Ασιάτες και οι Αφρικανοί που ζουν στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής εμφανίζουν την ίδια συχνότητα καρκίνου του παχέος εντέρου με τους λευκούς ενώ πληθυσμοί των ιδίων φυλών Ασίας και Αφρικής εμφανίζουν την νόσο σε όλο μικρότερη συχνότητα.

Σε πολλές χώρες του Δυτικού κόσμου ο καρκίνος του παχέος εντέρου έρχεται δεύτερος σαν αιτία θανάτου από καρκίνο και στα δυο φύλα μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Σε χώρες όπως η Ελλάδα η Αίγυπτος η Πολωνία το Μεξικό αναφέρονται 3-6 θάνατοι από καρκίνο του παχέος εντέρου σε 100.000 κατοίκους. Αντίθετα στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής στην Αυστρία στην Αυστραλία στην Μεγάλη Βρετανία στην Γερμανία την Ελβετία η αντίστοιχη συχνότητα είναι 34-35 θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί το 15 % των καρκίνων.

Εμφανίζεται με την ίδια περίπου συχνότητα και στα δυο φυλά και στο μεγαλύτερο μέρος των περιπτώσεων αφορά ενήλικες μεταξύ 50-70 ετών. Τα 3-4% των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου είναι ηλικίας κάτω των 35 ετών και 0,5-1% των περιπτώσεων παρουσιάζονται σε ηλικίες κάτω των 25 ετών. Οι αριθμοί αυτοί αναφέρονται για να τονιστεί ότι η νόσος αν και σπάνια προσβάλλει τις νεαρές ηλικίες εν τούτοις υπάρχει και δεν θα πρέπει το όριο ηλικίας να απομακρύνει τη σκέψη του γιατρού από την απερχόμενη νεοπλασία σε ασθενή με ανεξήγητη αλλαγή των συνηθειών κενώσεων ή να μην αποδίδει πάντοτε μικρή αιμορραγία στις κενώσεις σε νεαρά άτομα σαν αιμορροΐδες ή ραγάδες.

Το 50 % των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου εδράζονται στο ορθό. Το καρκίνωμα του δεξιού κόλου είναι συχνότερο στις γυναίκες ενώ το καρκίνωμα του αριστερού κόλου είναι συχνότερο στους άνδρες και δυο φορές συχνότερο στην περίπτωση του ορθού.

Η θνησιμότητα τα τελευταία 20 χρόνια πέφτει διαρκώς. Αυτό οφείλεται στο ότι τα νέα περιστατικά είναι λιγότερα γιατί διαγιγνώσκονται νωρίτερα και οι θεραπείες έχουν βελτιωθεί.

5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΕΩΣ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΟΓΚΩΝ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.

Η σαφής και συγκεκριμένη αιτία του καρκίνου του παχέος εντέρου δεν είναι γνωστή. Έχουν ενοχοποιηθεί προδιαθεσικοί παράγοντες σε σχέση με την διατροφή όπως διατροφή χαμηλού υπολείμματος πλούσια σε λίπη και πολυκυκλικούς υδρογονάνθρακες και συνυπάρχουσες παθήσεις του εντέρου. Φαίνεται ότι τα κολικά άλατα και τα διασπαρθέντα προϊόντα των λιπών και των υδρογονανθράκων με παρουσία της χλωρίδας του εντέρου απελευθερώνουν καρκινογενετικούς παράγοντες οι οποίοι παραμένοντες για μεγάλο χρονικό διάστημα μέσα στον αυλό του εντέρου μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο.

Παθήσεις του παχέος εντέρου που προδιαθέτουν στην ανάπτυξη καρκίνου είναι η ελκώδης κολίτιδα όταν αυτή προσβάλλει μεγάλο μέρος του εντέρου για πολλά χρόνια και η πολυποδίαση. Ασθενείς με συμπτωματική στην θεραπεία ελκώδη κολίτιδα έχουν αρκετές πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο μέσα σε 10 χρόνια. Η οικογενής πολυποδίαση πρέπει να θεωρείται ως προκαρκινοματώδης κατάσταση γιατί σε όλους σχεδόν τους ασθενείς αναπτύσσεται καρκίνος σε νεαρή ηλικία.

Ο μονήρης πολύποδας κάτω του ενός εκατοστού σπάνια εναλλάσσεται σε καρκίνο. Όταν το μέγεθος του είναι πάνω από ένα εκατοστό υπάρχουν σημαντικές πιθανότητες ανάπτυξής του. Όταν υπάρχει το ιστολογικό στοιχείο του θηλώδους αδενώματος που συμβαίνει στο 50% όλων των πολυπόδων οι πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου είναι ακόμη περισσότερες. Τέλος πολλαπλοί πολύποδες έχουν οχταπλάσιες πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου από ότι οι μονήρεις πολύποδες.

6. ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

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

7. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίζει διαφορετική συχνότητα κατανομής στα διάφορα τμήματα του εντέρου δηλαδή τυφλό 11% ανιόν 9% εγκάρσιο 12% κατιόν 6% σιγμοειδές 26% ορθοσιγμοειδές 11% και ορθό 25%

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

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

1. Πολυποειδής ή ανθοκραμβοειδής καρκίνος: εμφανίζεται σαν μεγάλη ανθοκραμβοειδής μάζα με ανώμαλη συνήθως επιφάνεια που προβάλλει μέσα στον αυλό του εντέρου. Η έκταση της διήθησης του εντερικού τοιχώματος είναι συνήθως μικρή. Έχει ταχεία ανάπτυξη και επειδή εμφανίζει νέκρωση γι' αυτό συνήθως υπάρχει εξέλκωση σε κάποιο σημείο του όγκου.

2. **Ελκωτικός καρκίνος:** εμφανίζεται σαν ένα τυπικό κακήθες έλκος με ανώμαλα προέχοντα χείλη και ρυπαρό πυθμένα. Μπορεί να περιορίζεται στο ένα μόνο τεταρτημόριο. συνήθως όμως καταλαμβάνει περισσότερα τεταρτημόρια του τοιχώματος του εντέρου και επειδή παρουσιάζει εκτεταμένη διήθηση σε βάθος δημιουργεί σημαντική παραμόρφωση και κάποιο βαθμό στένωσης.
3. **Δακτυλοειδής ή στενωτικός καρκίνος:** πρόκειται για προχωρημένο ελκωτικό καρκίνο ο οποίος έχει διηθήσει κυκλοτερώς και τα τέσσερα τεταρτημόρια του εντερικού τοιχώματος. Η έκταση του καρκίνου ποικίλλει από δυο έως και οκτώ εκατοστά.
4. **Διάχυτος διηθητικός καρκίνος:** η μορφή αυτή προκαλεί μια διάχυτη πάχυνση του εντερικού τοιχώματος η οποία έχει έκταση τουλάχιστον 5-8 εκατοστών κατά τον επιμήκη άξονα και της οποίας η επιφάνεια καλύπτεται κατά το μεγαλύτερο μέρος από φυσιολογικό εντερικό βλεννογόνο συνήθως όμως υπάρχει εξέλκωση σε κάποιο σημείο.
5. **Κολλοειδής καρκίνος:** συνήθως πρόκειται για μια μεγάλη μάζα με ζελατινοειδή εμφάνιση. Είναι δυνατόν να υπάρχει διήθηση και εξέλκωση.

8. ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Το 95% των όγκων του παχέος εντέρου είναι αδενοκαρκινώματα που συνήθως εκκρίνουν βλέννα και ένα μικρό ποσοστό σαρκώματος και λειομυοσαρκώματα. Με βάση ορισμένα ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά τα αδενοκαρκινώματα διακρίνονται σε μυελοειδή και σε βλεννώδη ή κολλοειδή καρκινώματα.

9 .ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Οι όγκοι του παχέος εντέρου ταξινομούνται κατά το σύστημα TNM και κατά DUKES:

Σύστημα TNM

Πρωτοπαθής όγκος (T)

TX το βάθος της διήθησης του όγκου δεν έχει εκτιμηθεί

Δεν υπάρχει έκδηλος όγκος

Καρκίνωμα in situ

T1 Η βλάβη περιορίζεται στον βλεννογόνο ή υποβλεννογόνο χιτώνα

T2α υπάρχει διήθηση του μυϊκού χιτώνα αλλά όχι πέραν αυτού

T2β Ο όγκος επεκτείνεται αλλά δεν διαπερνά τον μυϊκό χιτώνα

T2γ Ο όγκος διαπερνά πλήρως τον ίδιο μυϊκό χιτώνα

T3 υπάρχει διήθηση όλων των χιτώνων του παχέος εντέρου με ή άνευ επεκτάσεως στους παρακείμενους ιστούς και όργανα. Μπορεί να υπάρχει ή όχι συρίγγιο.

T4 Άμεση επέκταση πέραν των κατά συνεχεία ιστών και των αμέσως παρακείμενων οργάνων.

Επιχώρια λεμφογάγγλια (N).

NX Τα λεμφογάγγλια δεν έχουν εκτιμηθεί.

NS Δεν υπάρχει διήθηση των λεμφογαγγλίων.

- a. N1 Υπάρχουν 1-3 διηθημένα λεμφογάγγλια κείμενα εγγύς της πρωτοπαθούς εστίας.
- b. N2 Υπάρχουν διηθημένα λεμφογάγγλια στην γραμμή εκτομής ή της απολίνωσης των αγγείων.
- c. N3 Υπάρχουν διηθημένα λεμφογάγγλια χωρίς όμως να καθορίζεται η θέση τους.

Απομακρυσμένες μεταστάσεις (M):

- A. M0 Δεν έχουν εκτιμηθεί.
- B. M1 Δεν υπάρχουν γνωστές μεταστάσεις.
- C. M2 Υπάρχουν γνωστές μεταστάσεις.

Ταξινομείται σε στάδια (κατά DUKES) ως εξής:

- I II III Στάδιο α το νεόπλασμα είναι περιορισμένο στο τοίχωμα του εντέρου.
- II III IV Στάδιο β το νεόπλασμα επεκτείνεται πέραν του τοιχώματος του εντέρου αλλά χωρίς λεμφική συμμετοχή.
- III III IV Στάδιο C1 Όταν έχουν επινεμηθεί οι επιχώριοι μόνο αδένες.
- IV III IV Στάδιο C2 Όταν έχουν επινεμηθεί και άλλοι αδένες εκτός των επιχωρίων.

Υπάρχει επίσης και η κατά Broders παθολογοανατομική ταξινόμηση που αφορά τον βαθμό διαφοροποίησης των νεοπλασματικών κυττάρων:

- i. G1 Υψηλής διαφοροποίησης.
- ii. G2 Μέσης διαφοροποίησης.
- iii. G3 Χαμηλής διαφοροποίησης.

10. ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΚΑΙ ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

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

Η επέκταση του καρκίνου μπορεί να γίνει με τους παρακάτω τρόπους.

|||Κατά συνέχεια ιστού (σε γειτονικά όργανα) : Στο παχύ έντερο ο καρκίνος αναπτύσσεται κυκλικά και χρειάζεται ένα χρόνο για να καλύψει τα $\frac{3}{4}$ της περιφέρειας του εντέρου. Η κατά μήκος υποβλεννογόνια επέκταση οδηγεί σε διήθηση των ενδοστοιχιακών λεμφικών πλεγμάτων. Όταν ο όγκος διηθήσει και τους εξωτερικούς χιτώνες μετά επεκτείνεται στα γύρω όργανα ήπαρ στομάχι σπλήνα νεφρούς. Χαμηλής εντόπισης νεοπλάσματα είναι δυνατόν να διηθούν τον προστάτη τα σπερματικά σωληνάρια την βάση της ουροδόχου κύστης τον κόλπο τους ουρητήρες και το ιερό οστό. Σε εντόπιση πάνω από την ανάκαμψη του περιτόναιου μπορούν να διηθούν την ουροδόχο κύστη την μήτρα τις ωοθήκες και το λεπτό έντερο.

|||Λεμφική διασπορά : Ο τύπος της διασποράς αυτής αποκαλύπτεται με την ιστολογική έρευνα πολλών παρασκευασμάτων που αφαιρούνται με κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του τμήματος του παχέος εντέρου που πάσχει. Η προς τα άνω διασπορά γίνεται με τις κατά μήκος των άνω αιμορραϊδικών και

κάτω μεσεντέριων αγγείων. Η προς τα κάτω διασπορά στα έξω τοχωματικά γάγγλια είναι πολύ σπάνια. Επίσης ανευρίσκονται μεταστάσεις σε απομακρυσμένους λεμφαδένες σε προχωρημένο παθολογοανατομικό στάδιο και μερικές φορές μπορεί να εμφανιστούν διηθημένοι απομακρυσμένοι λεμφαδένες χωρίς να υπάρχει διήθηση στους γειτονικούς.

!!!☐ Αιματογενής διασπορά : Λέγοντας αιματογενή διασπορά εννοούμε την φλεβική οδό. Αυτή αποκαλύφθηκε κατόπιν έγχυσης σκιερής ουσίας μέσα στις φλέβες εγχειρητικών παρασκευασμάτων και ακτινολογική εντόπιση στα σημεία απόφραξης και με συνεχή μικροσκοπική ερευνά των σημείων αυτών απέδειξαν την ύπαρξη φλεβικής συμμετοχής σε αναλογία 40% περίπου. Βρέθηκε επίσης ότι η αναλογία πενταετούς επιβίωσης ήταν τρεις φορές καλύτερη σε περιπτώσεις μόνο λεμφικής διασποράς παρά σε εκείνες που υπήρχε και φλεβική συμμετοχή.

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

!☐ Περινευρική διασπορά : Ο πόνος αποδίδεται στην περινευρική διήθηση που είναι παράλληλη με το νευρικό πλέγμα και έχει σχέση με την επέκταση και την εντόπιση του όγκου. Η επέκταση της περινευρικής διήθησης εξαρτάται από τον βαθμό κακοήθειας και την ανωριμότητα του νεοπλασματος.

!☐ Περιτοναϊκή διασπορά : κατά πάσα πιθανότητα η προσβολή του περιτόναιου γίνεται χωρίς να έχει σχέση με το στάδιο εξέλιξης του πρωτοπαθούς όγκου.

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

11. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κλινική εικόνα ποικίλλει ανάλογα με την εντόπιση της νόσου. Στα πρώτα στάδια της αναπτύξεως του ο καρκίνος του παχέος εντέρου δεν προκαλεί συνήθως συμπτώματα. Η φυσική ιστορία του καρκίνου αυτού χαρακτηρίζεται από την παρατεταμένη συμπτωματική του περίοδο. Είναι δυνατόν να διαδράμει επί έτη πριν προκαλέσει τα πρώτα συμπτώματα.

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

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

1. Παρουσία αίματος μεταξύ των κενώσεων σκούρου ή ανοιχτόχρωμου.
2. Αλλαγή των συνηθειών του εντέρου δηλαδή πρόσφατη εγκατάσταση δυσκοιλιότητας, ή διαρροϊκών κενώσεων, ή συνδυασμού των δυο. Συχνά αντί για δυσκοιλιότητα παρουσιάζεται διάρροια (ψευδοδιάρροια), λόγω αποβολής φλεγμονώδους υγρού από το φλεγμένο τμήμα του παχέος εντέρου πάνω από την στένωση.
3. Κοιλιακό άλγος.
4. Παρουσία βλέννας στις κενώσεις.
5. Μετεωρισμός.
6. Βορβορυγμοί.

Σε καρκίνωμα του αριστερού τμήματος του παχέος εντέρου προέχουν τα φαινόμενα της απόφραξης και αυτό γιατί ο αυλός είναι στενότερος και το περιεχόμενο στερεότερο από το δεξιό τμήμα. Και σε καρκίνωμα του δεξιού τμήματος στενωτικά φαινόμενα είναι σπάνια. Ο ασθενής παραπονείται για καταβολή απώλεια βάρους και αναιμία.

Όμως διαφοροποιούνται τα συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου ανάλογα με την εντόπιση της νόσου :

Σε αυτό συμβάλλουν τρεις κυρίως παράμετροι που παίρνουν διαφορετικές τιμές στα διάφορα τμήματα του παχέος εντέρου.

- 1) Το διαμέτρημα του αυλού.
- 2) Η παρουσία πρωτεολυτικών ένζυμων και
- 3) Η σύσταση του εντερικού περιεχομένου

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

Στο ορθό πάλι η διάμετρος του αυλού παίρνει μεγαλύτερες τιμές 5-7 εκατοστά περίπου. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αφού διηθήσει το μυϊκό τοίχωμα επεκτείνεται κατά μήκος της περιφέρειας του τοιχώματος του εντέρου μέσω των λεμφικών αγγείων που βρίσκονται μεταξύ των στοιβάδων των κυκλικών και επιμηκώς φερόμενων λείων μυϊκών ινών. Στο δεξιό κολο ο καρκίνος πρέπει να διανύσει μεγαλύτερο μήκος περιφέρειας διηθώντας το τοίχωμα του εντέρου. Είναι επομένως προφανές ότι τα συμπτώματα από στένωση και απόφραξη του αυλού θα χρειαστούν περισσότερο χρόνο να εκδηλωθούν αν ο όγκος αναπτύσσεται στο δεξιό κόλον από ότι αν αναπτύσσονταν στο σιγμοειδές και το κατίον.

Εμφανίζεται επίσης καταβολή και αδυναμία (λόγω της αναιμίας από χρόνια απώλεια στενωτικών συμπτωμάτων σε δεξιά εντόπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου). Σε εντόπιση του καρκίνου στο ορθό ως πρώιμο σύμπτωμα εμφανίζεται η αιμορραγία .

Άλλοι παράγοντες που την επηρεάζουν επίσης είναι η παρουσία πρωτεολυτικών ένζυμων και το αν η αιμορραγία είναι ραγδαία ή όχι. Τα πρωτεολυτικά ένζυμα του λεπτού εντέρου είναι ακόμη ενεργά όταν το εντερικό περιεχόμενο φθάσει στο δεξιό κόλον καταστρέφονται όμως σταδιακά καθώς το περιεχόμενο κινείται προς το τέλος του πεπτικού σωλήνα. Η μετουσίωση των πρωτεϊνών του αίματος από τα πρωτεολυτικά ένζυμα έχει ως αποτέλεσμα το αίμα στα κόπρανα να έχει σκούρο κόκκινο κεραμιδί χρώμα. Η εμφάνιση αυτή είναι τυπική επί αιμορραγίας στο δεξιό κόλον.

Εντόπιση του καρκίνου στο δεξιό κόλον χαρακτηρίζεται από παρουσία σκούρου κόκκινου αίματος στις κενώσεις αναμειγμένου με τα κόπρανα αναιμία από χρόνια απώλεια αίματος και συχνότερες μαζικές αιμορραγίες. Σε εντόπιση του καρκίνου στο αριστερό κόλον το αίμα παρουσιάζεται σε μικρότερες κατά κανόνα ποσότητες είναι κόκκινο αναμειγμένο με τα κόπρανα και δεν υπάρχει συνήθως σημαντική αναιμία από χρόνια απώλεια αίματος.

Τέλος όταν η εντόπιση του όγκου είναι στο ορθό σχεδόν πάντοτε το αίμα επαλείφει τα κόπρανα και έχει χρώμα ζωηρό κόκκινο.

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

Ο μηχανισμός δημιουργίας του άλγους στον καρκίνο του παχέος εντέρου δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί. Πρόκειται προφανώς για έκφραση διαταραγμένης κινητικότητας του εντέρου που οφείλεται στην ανελαστικότητα του τοιχώματός του λόγω της νεοπλασματικής διηθήσεως.

Η απώλεια βάρους στον καρκίνο του παχέος εντέρου μπορεί να θεωρηθεί προγνωστικός δείκτης : η μέση επιβίωση σε ασθενείς χωρίς απώλεια

βάρους βρέθηκε μεγαλύτερη από ότι σε αυτούς που παρουσίαζαν απώλεια βάρους άνω του 5% επί του αρχικού σωματικού βάρους.

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

Τα παρανεοπλασματικά σύνδρομα επί καρκίνου του παχέος εντέρου περιλαμβάνουν υπερασβεστιαμία σύνδρομο Cushing υπογλυκαιμία θρομβοφλεβίτιδες συμπτώματα από το κεντρικό και το περιφερικό νευρικό σύστημα. Η παρουσία ενός παρανεοπλασματικού συνδρόμου ως πρώτη εκδήλωση του καρκίνου του παχέος εντέρου θεωρείται κακό προγνωστικό σημείο.

Τέλος είναι δυνατόν αν και συμβαίνει σπάνια ως πρώτη εκδήλωση του καρκίνου του παχέος εντέρου να εμφανισθεί απομακρυσμένη μετάσταση (δερματική μυϊκή) ή γενικευμένη καρκινωμάτωση του περιτόναιου.

12. ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΠΡΟΛΗΨΗ

Η προσπάθεια έλεγχου των κακοηθών νεοπλασμάτων πρέπει να επικεντρωθεί στην πρόληψη εμφάνισέως τους που είναι και ο ιδεώδης τρόπος αντιμετώπισέως τους καθώς και στην ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση που είναι το καλύτερο εργαλείο που διαθέτει η μοντέρνα ιατρική κατά του καρκίνου ως δεύτερος κατά σειρά τρόπος αντιμετώπισής τους . Πριν αναπτύξω τις διαγνωστικές μεθόδους που γίνονται στον ασθενή ύποπτο για καρκίνο παχέος εντέρου θα ήθελα να πω δυο λόγια για την πρόληψη. Η πρόληψη είναι πρωτογενής και δευτερογενής.

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

1. Υγειονομική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού σε θέματα σχετικά με τα κακοήθη νεοπλάσματα βοήθα στην πρόληψη του.
2. Προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων γίνεται με την λήψη ειδικών μέτρων σχετικών με την φύση της εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα.
3. Προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες με νομοθετικά μέτρα σε εθνικό επίπεδο και με διεθνείς κανονισμούς.

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

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

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

- i. Ολοκληρωμένο ιστορικό (ατομικό οικογενειακό). Η λήψη των ιστορικών που παίρνονται από τον παθολόγο ή από το νοσηλευτικό προσωπικό είναι πολύ σημαντική γιατί μπορεί να αποκαλύψει παράγοντες που έχουν σχέση με την χημική έκθεση ή με ασθένειες στην οικογένεια.
- ii. Γενική φυσική εξέταση (λεμφαδένες κτλ.).
- iii. Ορθό σιγμοειδοσκόπηση.
- iv. Πλήρης γυναικολογική εξέταση δηλαδή εξέταση των κυττάρων του τραχήλου της μήτρας για καρκίνο (test pap).
- v. Εξέταση μαστού.
- vi. Λεπτομερής Ω.Ρ.Λ./ κή εξέταση.
- vii. Ανίχνευση μικροσκοπικής αιματοουρίας.
- viii. Γαστροσκόπηση κυτταρολογική και βιοχημική εξέταση του γαστρικού υγρού.
- ix. Αιματολογικές και ουρολογικές εξετάσεις.
- x. Ακτινολογικός έλεγχος(θώρακα και γαστρεντερικού σωλήνα).
- xi. Ραδιοϊσοτοπικός έλεγχος.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη του καρκίνου περιλαμβάνει:

- a) Ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντος του.
- b) Εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες.
- c) Παρατήρηση και λήψη κατάλληλων μέτρων σε προκαρκινικές καταστάσεις ή εκδηλώσεις στον εαυτό του και το περιβάλλον.

d) Ενεργό συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον καρκίνο.

e) Διαφώτιση του κοινού πως ο καρκίνος είναι η μοναδική ασθένεια:

A. Του αναπόφευκτου θανάτου αν δεν θεραπευτεί.

B. Της ζωτικής σημασίας της έγκαιρης θεραπείας και

C. Της ανώδυνης εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων που μοιάζουν με συμπτώματα ασθενειών που δεν είναι τόσο σοβαρές

Οι δυσκολίες για την επιτυχή πρόληψη του καρκίνου είναι πολλές:

1) Οικονομικοί λόγοι

2) Ο φόβος

3) Η άγνοια

4) Η προκατάληψη

5) Η αποστροφή να πάει κανείς στο γιατρό είναι οι λόγοι που το άτομο δεν έχει ακόμα χρησιμοποιήσει τις γνώσεις αλλά και τα μέσα που υπάρχουν στην διάθεση του για την πρόληψη.

Και έτσι φτάνουμε στην διάγνωση που γίνεται:

a. Με την γενική κλινική και εργαστηριακή εξέταση του αρρώστου (ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό φυσική εξέταση ή γενικές εξετάσεις ουρών ή αίματος) και

b. Με την βοήθεια ειδικών εξετάσεων όπως ακτινολογικού ελέγχου, υπέρηχων, κυτταρολογικού ελέγχου, βιοψίας, αξονικής τομογραφίας.

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

1. Ιστορικό λεπτομερές που αφορά την ηλικία, το φύλο, την εργασία του αρρώστου, τον τρόπο ζωής του, το μορφωτικό επίπεδο, τον τόπο διαμονής, την οικογενειακή κατάσταση, την σωματική και ψυχική κατάσταση, χρόνια προβλήματα υγείας (αρτηριακή υπέρταση σακχαρώδης διαβήτης) επανεισαγωγή σε νοσοκομείο, προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις. Επίσης ιστορικό οικογένειας.
2. Φυσική εκτίμηση που μπορεί να γίνει με :
 - a) Δακτυλική εξέταση για τυχόν ψηλάφηση όγκου ανεύρεση αιμορροΐδων κτλ.
 - b) Ψηλάφηση ενδοκοιλιακών οργάνων
 - c) Ψηλάφηση λεμφαδένων
 - d) Εκτίμηση γενικής κατάστασης (βάρος, ύψος, δέρμα, θερμοκρασία, σφίξεις Α.Π.)
3. Διαγνωστικές εξετάσεις τις οποίες μπορούμε να τις χωρίσουμε στις εξειδικευμένες που έχουν ως στόχο το όργανο που πάσχει στην συγκεκριμένη περίπτωση το παχύ έντερο και στις γενικές εξετάσεις που δίνουν την εικόνα του οργανισμού του πάσχοντα.

13. ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

13.1 Η ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΩΝ ΚΟΠΡΑΝΩΝ

Η εξέταση γίνεται για αφανή ίχνη αίματος.

13.2 ΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ

Για τυχόν όγκο του ορθού και της ορθοσιγμοειδικής από τον ιατρό.

13.3 ΟΡΘΟΣΙΓΜΟΕΙΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕ ΒΙΟΨΙΑ

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

13.4 ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ

Με την κολονοσκόπηση γίνεται έλεγχος σε ολόκληρο το παχύ έντερο μέχρι την ειλεοτυφλική βαλβίδα. Το όργανο επιτρέπει την διάγνωση και την αφαίρεση των πολύποδων, εξελκώσεων ή φλεγμονών όταν παρατηρούνται μεταβολές στις συνήθειες του εντέρου ή συμβαίνουν αιμορραγικές κενώσεις.

13.5 ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΔΙΑΒΑΣΗ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Για την ακτινολογική μελέτη του πεπτικού σωλήνα χρησιμοποιείται το βάριουμ-σουφλάτ (Varium – Sulfate). Για τον ακτινολογικό έλεγχο του κατώτερου τμήματος του πεπτικού σωλήνα δηλαδή του παχέος εντέρου το βάριουμ δίνεται με υποκλυσμό. Ενώ το βάριουμ προωθείται στα τμήματα του παχέος εντέρου γίνονται ακτινογραφίες και ακτινοσκοπικός έλεγχος κατά τον οποίο φαίνονται ο αυλός και η κινητικότητα του εντέρου που αποκαλύπτουν έλλειμμα ή στενωτική περιοχή.

13.6 ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΑΡΤΗΡΙΟΓΡΑΦΙΑ

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

Η εξέταση αυτή γίνεται στο διαγνωστικό τμήμα του νοσοκομείου.

13.7 ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

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

13.8 ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΚΟΙΛΙΑΣ

Απεικονίζουν την επιφάνεια των κοίλων οργάνων και το εσωτερικό των παθολογικών μελών. Χρησιμοποιείται για την αποκάλυψη αλλοιώσεων στην

πύελο και στους κοιλιακούς λεμφαδένες. Μεγάλο πλεονέκτημα έχει στο ότι δεν γίνεται βίαιη παρέμβαση στο νεόπλασμα.

14. ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Είναι εξετάσεις που γίνονται σε κάθε είδους καρκινοπάθεια.

14.1 ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ

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

Ουρία (ορός)	[Φ.Τ. 0,10 - 0,55 mg %]
Σάκχαρο	[Φ.Τ. 0,70 - 1,10 mg %]
Κρεατινίνη (ορός)	[Φ.Τ. 0,70 - 1,70 mg %]
Na (ορός)	[Φ. Τ. 137 - 147 meq/l]
K (ορός)	[Φ.Τ. 3,7 - 5,2 meq/l]
Τρανσαμινάσες (SGOT)	[Φ.Τ. 4 - 27 U/L]
(SGPT)	[Φ.Τ. 4 - 30 U/L]
LDH (ορός)	[Φ.Τ. 35-135 U/L]
Σίδηρος (ορός)	[Φ.Τ. 59 - 150 %]
Ανεύρεση καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου(CEA)	[Φ.Γ. 0,0 - 10,0 NG/ML]

14.2 ΕΞΕΤΑΣΗ ΟΥΡΩΝ

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

14.3 ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ

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

14.5 Η.Κ.Γ.

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

15 . ΘΕΡΑΠΕΙΑ

15 .1 ΓΕΝΙΚΑ

Είναι γενικώς παραδεκτό σήμερα ότι η νόσος θεραπεύεται και η πιο ασφαλής μέθοδος θεραπείας είναι η εκτομή του τμήματος που πάσχει.

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

15.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χειρουργική αφαίρεση του κακοήθους όγκου παραμένει ο καλύτερος και ο συχνότερα χρησιμοποιούμενος τρόπος θεραπείας. Βασικό κριτήριο στην εκλογή της εγχείρησης αποτελεί η εντόπιση του όγκου όπου ανάλογα διαμορφώθηκαν οι παρακάτω τύποι εγχειρήσεως:

- !☐☐☐Καρκίνος του τυφλού και ανιόντος κόλου : γίνεται ημικολεκτομή με την οποία αφαιρείται η λεμφική οδός κατά μήκος της ειλεοκολικής δεξιάς κολικής και δεξιού κλάδου της μέσης κολικής αρτηρίας. Αποκαθίσταται με ειλεογκάρσια αναστόμωση.
- !!☐☐☐Καρκίνος της δεξιάς κολικής καμπής : γίνεται δεξιά εκτεταμένη ημικολεκτομή αφαιρείται ο γαστροκολικός σύνδεσμος και ο ειλεός αναστομώνεται με το εγκάρσιο εγγύς της αριστερής κολικής. Γίνεται συναφαίρεση των αιμοφόρων και λεμφικών αγγείων που απολήγουν στο τμήμα που αφαιρείται.
- !!!☐☐☐Καρκίνος εγκαρσίου : αφαιρείται όλο το εγκάρσιο μαζί με το μεσόκολο και τα λεμφικά και αιμοφόρα αγγεία που απολήγουν σε αυτό με ευρεία τμηματική εκτομή.
- !☉☐☐Καρκίνος αριστερής κολικής καμπής : γίνεται αφαίρεση της κολικής καμπής του κατιόντος. Γίνεται συναφαίρεση των λεμφικών και των αιμοφόρων αγγείων που απολήγουν σε αυτό.

9☐☐☐Καρκίνος κατιόντος : γίνεται αφαίρεση της περιοχής του όγκου με τα λεμφικά και τα αιμοφόρα που καταλήγουν σε αυτή γίνεται αναστόμωση του εγκάρσιου κόλου με την ενδοπεριτοναϊκή μοίρα του ορθού με ευρεία κολεκτομή.

9|☐☐☐Καρκίνος σιγμοειδούς : αφαιρείται το σιγμοειδές και το μισό κάτω κατιόν κόλο

9||☐☐☐Καρκίνος ορθού:

- i. Για όγκους κάτω από την ανάκαμψη του περιτόναιου γίνεται κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του ορθού και η δημιουργία μόνιμης κολοστομίας.
- ii. Για όγκους πάνω από το ύψος της ανάκαμψης του περιτόναιου είναι δυνατό να γίνει εκτομή του ορθού και αποκατάσταση της συνέχειας τελικό-τελική αναστόμωση και διατήρηση των σφιγκτήρων.

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

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

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

15.3 ΠΑΡΑ ΦΥΣΙΝ ΕΔΡΑ

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

1. Την ειλεοστομία κατά την οποία δια χειρουργικής επεμβάσεως ανοίγεται ο ειλεός για παροχέτευση του περιεχομένου του προς τα κοιλιακά τοιχώματα. Είναι τεχνητό στόμιο στην έλικα του τελικού ειλεού το οποίο εξωτερικεύεται δια του κοιλιακού τοιχώματος στο δέρμα στο σημείο κάτω και δεξιά του ομφαλού.
2. Την κολοστομία κατά την οποία ανοίγεται το κόλον (παχύ έντερο) και δημιουργείται στόμιο στα κοιλιακά τοιχώματα δια χειρουργικής επεμβάσεως προς παροχέτευση του περιεχομένου του.

Το κόλο έχει δυο λειτουργίες:

- A. Να συγκεντρώνει και να αποθηκεύει τις περιττωματικές ουσίες και
- B. Να απορροφά νερό και ηλεκτρολύτες.

Και οι δυο αυτές λειτουργίες γίνονται ανεπαρκώς εξαιτίας της κολοστομίας.

Η κολοστομία μπορεί να είναι:

- a. Προσωρινή. Σ' αυτήν το αίτιο είναι εντοπισμένο στο ανώτερο τμήμα του παχέος εντέρου. Στην περίπτωση αυτή η παρά φύσιν έδρα κλείνεται σε δεύτερο χρόνο με δεύτερη χειρουργική επέμβαση και
- b. Μόνιμη. Αυτή γίνεται όταν το αίτιο έχει εντοπισθεί στο κατώτερο τμήμα του παχέος εντέρου (σιγμοειδές ορθό). Αυτή είναι ισόβια.

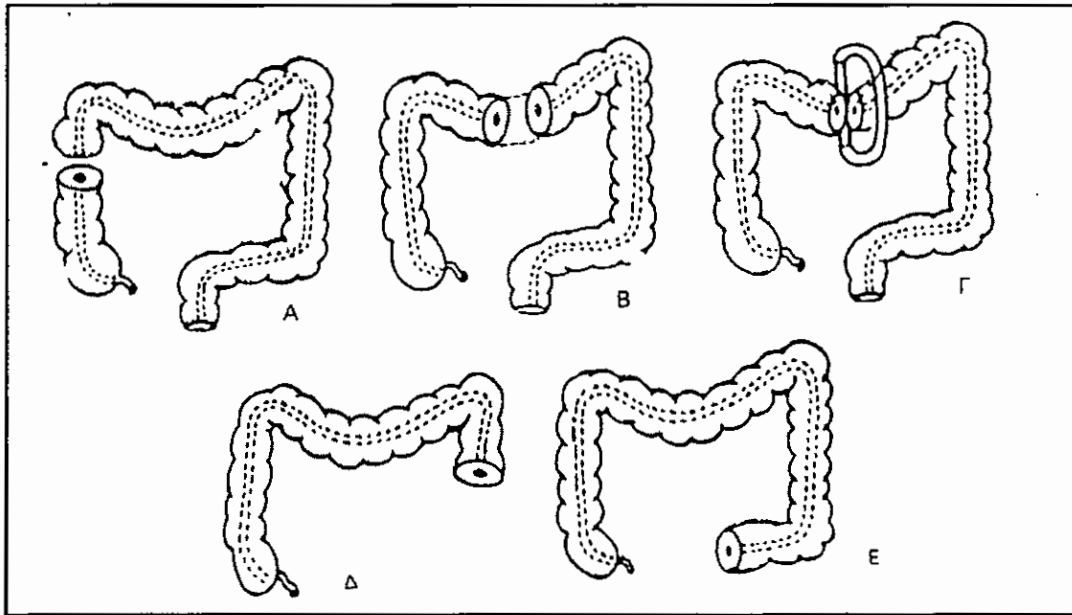
Ανάλογα με το σημείο του εντέρου που γίνεται υπάρχουν τα εξής είδη

ΙΙΙΙ Κατιούσα και σιγμοειδή κολοστομία

ΙΙΙΙ Εγκάρσια κολοστομία που διακρίνεται:

1. Στην διπλού αυλού που έχει δυο στόμια και
2. Στην ελικοειδή κολοστομία που έχει ένα στόμιο αλλά δυο αυλούς.

|||▣ Ανιούσα κολοστομία



*A. Ανιούσα κολοστομία B. Διπλού αυλού Γ. Ελικοειδής Δ. Κατιούσα
E. Σιγμοειδής.*

Η εκτέλεση της κολοστομίας μπορεί να είναι το τελικό αποτέλεσμα της κοιλιοπερινεϊκής αφαίρεσης του εντέρου για θεραπεία καρκίνου του τελικού

τμήματός του να γίνει παρηγορητικά σε περιπτώσεις ανεγχείρητου καρκίνου του εντέρου να γίνει για την αλλαγή της διεύθυνσης κίνησης των κοπρανωδών μαζών κατά την διάρκεια ακτινοθεραπείας ή άλλης θεραπείας

15.4 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η εφαρμογή της ακτινοθεραπείας στη θεραπεία του καρκίνου είναι σχετικά νέα επιστημονική κατάκτηση.

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

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

- a. Σε ανεγχείρητες περιπτώσεις μπορεί να τις καταστήσει χειρουργήσιμες
- b. Χρησιμοποιείται για θεραπευτικό σκοπό σε συνδυασμό με την χειρουργική και την χημειοθεραπεία
- c. Χρησιμοποιείται για την ανακούφιση του άρρωστου σε προχωρημένα στάδια σε υποτροπές ή μεταστάσεις μετά την χειρουργική επέμβαση

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας είναι:

1. Το είδος .
2. Η δόση της ακτινοβολίας.
3. Ο ρυθμός της δόσεως.
4. Το είδος του ιστού που ακτινοβολείται.
5. Η έκταση του πεδίου που ακτινοβολείται.

6. Η οξυγόνωση του ιστού που έχει σχέση με την ακτινοευαισθησία.
7. Η θερμοκρασία του ιστού που έχει σχέση ανάλογη με την ακτινοευαισθησία.

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ – ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Παρά τις βελτιώσεις των ακτινοθεραπευτικών πηγών και τεχνικών που εφαρμόζονται δεν αποφεύγεται η βλάβη υγιών ιστών και κύτταρων και έτσι παρουσιάζονται ανεπιθύμητες ενέργειες και επιπλοκές.

Διακρίνονται σε πρώιμες και όψιμες

ΙΙΙ Πρώιμες ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές είναι:

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

Διακρίνονται τρεις ακτινοδερματίτιδες

1. Ερυθηματώδης
2. Φυσαλιδώδης
3. Εσχαροποιητική

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

ΙΙΙΙ Όψιμες ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές είναι :

- a) Υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολήθηκε.

- b) Καρκίνος δέρματος, πνευμόνων, οστών. Μπορεί να εμφανιστεί μακροπρόθεσμα.
- c) Βλάβη γεννητικών αδένων.
- d) Αλωπεκία. Η ακτινοβολία επηρεάζει τα επιθηλιακά κύτταρα και τους θυλάκους των τριχών.
- e) Αυτόματα κατάγματα βλάβη φακού του ματιού λευχαιμία κ.α.

Επίσης προκαλεί και φαινόμενα γενικής αντίδρασης:

- a. Γενική καταβολή δυνάμεων.
- b. Ναυτία.
- c. Εμετός.
- d. Ανορεξία.
- e. Απώλεια βάρους.
- f. Πυρετική δεκαδική κίνηση.

ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ ΤΩΝ ΡΑΔΙΟΪΣΟΤΟΠΩΝ

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

Τα μέτρα προστασίας εξαρτώνται:

- i. Από το είδος του ραδιοϊσοτόπου
- ii. Από τον τρόπο εφαρμογής

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

1. Την απόσταση από την ραδιενεργό πηγή.
2. Την θωράκιση.
3. Το χρόνο παραμονής κοντά στον άρρωστο.

15.5 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην αντιμετώπιση του καρκίνου η χημειοθεραπεία αποτελεί μεγάλο βήμα προόδου πέρα από την χειρουργική και την ακτινοθεραπεία. Χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις όπου δεν μπορούν να βοηθήσουν η ακτινοθεραπεία και η χειρουργική.

Λέγοντας χημειοθεραπεία εννοούμε την θεραπεία με κυτταροστατικά φάρμακα δηλαδή που ανακόπτουν τον πολλαπλασιασμό των κύτταρων. Τα φάρμακα αυτά δεν είναι ειδικά μόνο για τα νεοπλασματικά κύτταρα αλλά δρουν εναντίον όλων των κύτταρων ιδίως των πολλαπλασιαζόμενων.

Τα κυτταροστατικά φάρμακα φέρουν το αποτέλεσμα τους καταστρέφοντας κύτταρα. Αυτό γίνεται είτε γιατί έχουν την ιδιότητα να προσβάλλουν βασικές βιοχημικές διεργασίες της ζωής είτε γιατί έχουν την ικανότητα να προσβάλλουν τον πολλαπλασιασμό των κύτταρων.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

I▣▣▣Αλκυλιούντες παράγοντες: Σταματούν τον κυτταρικό κύκλο κυρίως στην προμιτωτική φάση.

II▣▣▣Αντιμεταβολίτες : αυτοί μοιάζουν δομικά με τους μεταβολίτες (ουσίες απαραίτητες για την βιοσύνθεση των νουκλεϊκών οξέων). Υποκαθιστούν τις ουσίες αυτές προσροφούνται από τα ένζυμα και παρεμποδίζουν την δράση τους. Δρουν στην φάση 5 του κυτάρου που γίνεται η σύνθεση του DNA.

III▣▣▣Αναστολείς της κυτταρικής μίτωσης (παρεμποδίζουν την σύνθεση DNA RNA και επομένως τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων.)

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

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

Μπορούν να χορηγηθούν:

- i. Από το στόμα.
- ii. Ενδοαγγειακά.
- iii. Ενδομυϊκά.
- iv. Με έγχυση στο νεόπλασμα.
- v. Με έγχυση σε κοιλότητα.

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

Χορήγηση και δοσολογία : χορηγείται ενδοφλέβια. Η δόση εξαρτάται γενικά από το πραγματικό βάρος του ασθενή. Η δοσολογία που συνίσταται πρέπει να μειώνεται κατά το ένα τρίτο ή κατά το μισό στις ακόλουθες περιπτώσεις στην αρχική φάση της θεραπείας:

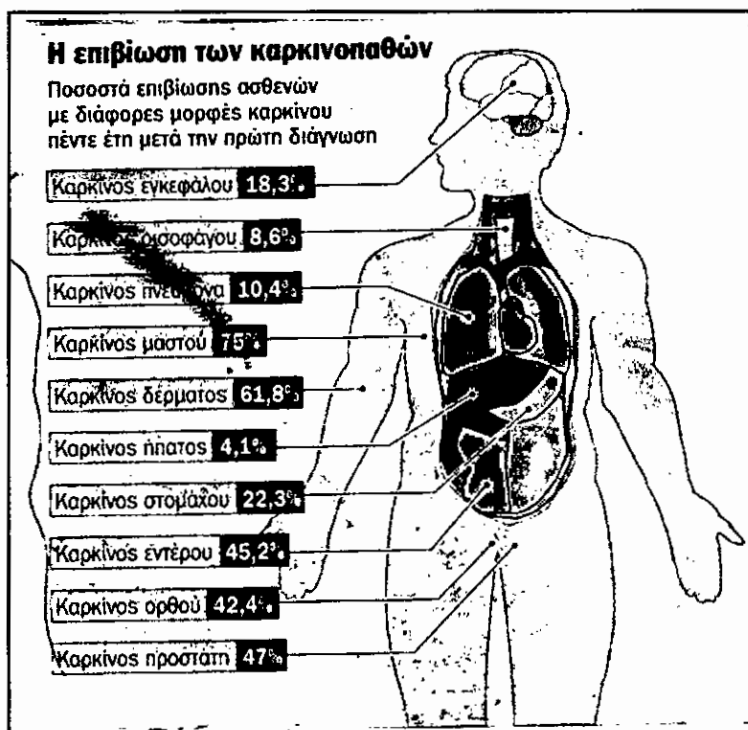
1. Όταν η κατάσταση θρέψης του ασθενή είναι κακή ύστερα από μια μεγάλη χειρουργική επέμβαση.
2. Όταν υπάρχουν διαταραχές της ηπατικής ή της νεφρικής λειτουργίας.

Η συνολική ημερήσια δόση του fluoro-uracil δεν πρέπει να ξεπερνά το 1 gr.

ΝΕΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Δοκιμές σε εθελοντές έδειξαν ότι παρατείνει την ζωή ασθενών ως και 16 μήνες. Οι ειδικοί το χαρακτήρισαν «σημαντική εξέλιξη στη μάχη με τον καρκίνο». Ο λόγος για ένα νέο φάρμακο ή καλύτερα για μια καινούρια «έξυπνη βόμβα» κατά του καρκίνου του εντέρου της δεύτερης πιο θανατηφόρας μορφής της νόσου που πριν από μερικές ημέρες πέρασε με αναπάντεχη όπως αποδείχθηκε επιτυχία την τελευταία φάση των κλινικών δοκιμών σε ανθρώπους. Ονομάζεται Avastin και το αποτέλεσμα των εξετάσεων σε 900 εθελοντές με προχωρημένο μεταστατικό καρκίνο του εντέρου στους οποίους χορηγήθηκε έδειξαν ότι τους χάρισε 16 και πλέον μήνες ζωής όταν με τις χημειοθεραπείες το προσδόκιμο επιβίωσης κυμαίνονταν από δυο ως 12 μήνες.

Οι εθελοντές στους οποίους χορηγήθηκε η θεραπεία το ήμισυ εξ αυτών έλαβε μόνο το Avastin ενώ οι υπόλοιποι συνδυασμό του φάρμακου με χημειοθεραπεία ζούσαν 16 μήνες μετά την πρώτη χορήγηση κερδίζοντας τουλάχιστον τέσσερις μήνες ζωής σε σύγκριση με το ανώτατο όριο επιβίωσης που χαρίζει η χημειοθεραπεία.



Το Avastin ανήκει σε μια νέα γενιά φάρμακων που ονομάζονται «Αναστολείς της αγγειογένεσης». Τα φάρμακα αυτά «πολεμούν» τους καρκινικούς όγκους μπλοκάροντας ουσιαστικά τα «κανάλια» που τροφοδοτούν με αίμα τα καρκινικά κύτταρα ενώ την ίδια στιγμή αφήνουν ανέπαφο τον υγιή ιστό γύρω από αυτά κάτι που δεν συμβαίνει με την χημειοθεραπεία. Συγκεκριμένα αυτού του είδους οι θεραπείες αναστέλλουν την δράση μιας πρωτεΐνης που είναι γνωστή ως αγγειακός ενδοθηλιακός αυξητικός παράγοντας η οποία παίζει σημαντικό ρόλο στην δημιουργία νέων αιμοφόρων αγγείων που τροφοδοτούν τους καρκινικούς όγκους.

Όλοι αφήνουν τον χρόνο η νίκη εναντίον του οποίου αποτελεί και την σημαντικότερη μάχη για τους καρκινοπαθείς να δώσει τις οριστικές απαντήσεις. Και μάλλον πράττουν σωστά.

16. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ.

Οι κυριότερες επιπλοκές του καρκίνου του εντέρου είναι:

1. Η εντερική στένωση. Εκδηλώνεται με την κλινική εικόνα του αποφρακτικού ειλεού: Ο ασθενής έχει έντονο πόνο στην κοιλιά διάταση βορβορυγμούς έλλειψη κενώσεων αποβολή αερίων. Ο πόνος εμφανίζεται κατά κύματα όπως και μετωρισμοί της κοιλιάς, ξηρή γλώσσα , πτώση Α.Π..

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

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

2. Η διάτρηση του εντέρου που εκδηλώνεται με συμπτώματα περιτονίτιδας, εμετό, λόξιγκα ,ταχυκαρδία, περιφερική κυκλοφορική ανεπάρκεια, μετωρισμός κοιλιάς , σκληρή κοιλιά , πόνος εντονότερος στο σημείο απόφραξης.

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

Η θεραπεία είναι συντηρητική στην πρώτη φάση εφαρμογή Levin παρεντερική χορήγηση υγρών ηλεκτρολυτών αντιβιοτικά ευρέου φάσματος απαγόρευση λήψης τροφής και στην συνέχεια χειρουργική.

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

Η διάγνωση γίνεται από την κλινική εικόνα εργαστηριακά και ακτινολογικά

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

17. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση μετά από ριζικές εγχειρήσεις είναι γενικά καλή και ίδια σχεδόν για όλα τα τμήματα του παχέος εντέρου. Η πρόγνωση είναι πιο καλή από τον καρκίνο του πνεύμονα ή του στομάχου.

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

ΜΕΡΟΣ

ΔΕΥΤΕΡΟ

1. ΓΕΝΙΚΑ

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

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

2. ΓΕΝΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

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

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

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

- 1) Δείγματα κατανόησης στον άρρωστο και παρουσίαση της ευχάριστης όψης της ζωής. Αυτό δίνει ελπίδα.
- 2) Διατήρηση της αξιοπρέπειας και της υπόληψης του αρρώστου. Ίσως σε καμία άλλη ασθένεια δεν υπάρχει τέτοια απειλή της οντότητας του ατόμου όπως υπάρχει στον καρκίνο. Πολλοί άρρωστοι που

γνωρίζουν ότι έχουν καρκίνο λένε ότι δεν φοβούνται τόσο πολύ τον πόνο ή την δυσμορφία όσο φοβούνται μην χάσουν τον αυτοέλεγχο και την αξιοπρέπεια στα τελευταία στάδια της νόσου. Προσπάθεια να βοηθηθεί ο άρρωστος να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό του.

- 3) Φροντίδα να μην εκτίθεται ο άρρωστος κατά τις νοσηλείες. Προσοχή πολύ στην καθαριότητα στη συμμετοχή του προγραμματισμού της φροντίδας του εφόσον είναι ικανός γι' αυτό.
- 4) Ευγένεια και θαλπωρή δίνει στον άρρωστο αίσθημα ασφάλειας. Ενθαρρύνεται ο άρρωστος να ενεργεί με τρόπο ευχάριστο για τον εαυτό του.
- 5) Βοηθείται στην ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης ότι είναι καλά και μπορεί να περιποιηθεί τον εαυτό του (όταν αυτό αποτελεί πραγματικότητα).
- 6) Ενθαρρύνεται ο άρρωστος να σηκώνεται από το κρεβάτι εφόσον αυτό επιτρέπεται.
- 7) Ενισχύεται για την συχνή αλλαγή θέσεως στο κρεβάτι του.
- 8) Ενισχύεται η καλή διατροφή του γιατί η απώλεια σωματικού βάρους δηλώνει διαταραχή στο ισοζύγιο των αναγκών του.
- 9) Παίρνεται κάθε μέτρο για την διατήρηση της καλής ατομικής καθαριότητας του αρρώστου.
- 10) Ακόμη δεν παραλείπεται η διδασκαλία πριν ο άρρωστος αναχωρήσει από το νοσοκομείο. Διδάσκεται τον τρόπο αυτοφροντίδας του σε περίπτωση κολοστομίας.

Τα παραπάνω είναι μέτρα που θα τον βοηθήσουν να διατηρήσει την αξιοπρέπειά του γιατί ο άρρωστος δεν πρέπει να αισθάνεται πως κάτι ανέκοψε το σχέδιο της ζωής του και ο,τι έχει την δυνατότητα να συμμετέχει σε αυτήν.

Στην φροντίδα του καρκινοπαθή οι επιδιώξεις είναι ο περιορισμός της νόσου του αρρώστου.

Να ξαναγυρίσει κατά το δυνατό στην φυσιολογική ζωή.

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

- i. Στις ανάγκες του αρρώστου ως άτομο.
- ii. Στις ανάγκες της αρρώστιας .
- iii. Στις ανάγκες της θεραπείας που εφαρμόζεται.
- iv. Στις ανάγκες του αρρώστου από την επίδραση της θεραπείας στην ψυχική και φυσική του κατάσταση.

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

3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

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

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

Συγκεκριμένα:

1. Ορθοσκόπηση κολονοσκόπηση.

- a) Αποχή του ασθενούς από τροφή 8-10 ώρες πριν την εξέταση.
- b) Εκκένωση του εντέρου με υποκλυσμό το προηγούμενο βράδυ και το πρωί της ημέρας της εξέτασης. Σε περίπτωση μη ικανοποιητικής εκκένωσης του εντέρου ενημερώνεται ο ιατρός.

- c) Τοπική καθαριότητα του ασθενούς πριν και μετά την εξέταση.
- d) Σε περίπτωση βιοψίας παρακολουθείται ο ασθενής για τυχόν αιμορραγία λήψη ζωτικών σημείων.

2. Ακτινογραφία – διάβαση παχέος εντέρου.

- i. Υδαρής διαίτα (3) ημέρες : σούπες τσάι . το τριήμερο αυτό θα λαμβάνει παραφινέλαιο 10 cc 2 φορές την ημέρα.
- ii. Την προηγούμενη της εξέτασης
 - πρωί: τσάι φρυγανιές
 - Μεσημέρι σούπα
 - 3:00 μ.μ. 3 φακελάκια και 4 λίτρα νερό με Kleen-prep
 - βράδυ : τσάι
 - 9:00 μ.μ υψηλός υποκλυσμός.
- iii. Το πρωί της εξέτασης γίνεται υποκλυσμός.

3. Αξονική τομογραφία υπερηχογράφημα κοιλίας

- ⊗ Απαγορεύεται η λήψη στέρεας ή υγρής τροφής τουλάχιστον 8 ώρες πριν από την εξέταση

4. Εργαστηριακές εξετάσεις αίματος και ούρων

- A. Ειδοποιείται ο ασθενής το προηγούμενο βράδυ της εξέτασης να μείνει νηστικός το πρωί.
- B. Για την εξέταση ούρων ειδικό δοχείο που φέρει ετικέτα με το ονοματεπώνυμο του ασθενούς ημερομηνία και το όνομα της κλινικής και ζητάται από τον ασθενή να δώσει τα πρώτα πρωινά ούρα.

4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

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

Για την προετοιμασία του αρρώστου που πρόκειται να εφαρμοστεί εξωτερική ακτινοθεραπεία θα πρέπει η νοσηλεύτρια να ενημερώνεται από τον φάκελο του αρρώστου για:

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

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

Προσπαθεί να καταλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί τον άρρωστο για ναυτία ή εμετούς ή άλλη αντίδραση ώστε να την διαγνώσει έγκαιρα και να είναι έτοιμη να τον βοηθήσει κατάλληλα. Χορηγεί στον άρρωστο αναλγητικά πριν την θεραπεία αν

χρειάζεται επειδή θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητος στην ίδια θέση για λίγα λεπτά και τον προστατεύει από ψύξη επειδή η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι συνήθως χαμηλή για την προστασία των μηχανημάτων.

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

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

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

A. Η περιοχή της ακτινοβολίας

- a) Διατηρείται στεγνή.
- b) Πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι. Την ώρα που σκουπίζεται το δέρμα να αποφεύγεται η τριβή.
- c) Δεν βάζει αλοιφές πούδρες λοσιόν εκτός και αν υπάρχει ιατρική εντολή.
- d) Τόσο κατά την θεραπεία όσο και μετά από αυτή πρέπει να διατηρείται χωρίς την επίδραση θερμότητας(να μην ζεσταίνεται πολύ).
- e) Προστατεύεται από τον ήλιο ή το κρύο(αέρας κτλ.).

- f) Αποτριχώνεται μόνο με ηλεκτρική μηχανή. Αν υπάρχει ερυθρότητα αποφεύγεται η αποτρίχωση με κάθε μέσο.
- g) Δεν έρχεται σε επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή ή ερεθισμό.

- B. Δεν αφαιρείται το σημάδι που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή να εφαρμόσει στο σωστό σημείο του σώματος την θεραπεία.
- C. Το διαιτολόγιό του (φαγητό) να είναι ελαφρύ να περιέχει τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες
- D. μετά από κάθε συνεδρία ακτινοθεραπείας (ακτινοβολία) που κάνει δεν αποτελεί πηγή ακτινοβολίας είναι ακίνδυνος και επιστρέφει στο θάλαμο του.
- E. Αντιμετώπιση παρενεργειών-επιπλοκών- ακτινοθεραπείας:

Σε ακτινοδερματίτιδα

- i. Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται.
- ii. Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών.
- iii. Καθαρίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό.
- iv. Τοποθετούνται στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές μετά από ιατρική εντολή.
- v. Ενημερώνεται ο άρρωστος να μην ξαπλώσει στην περιοχή του δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα.
- vi. Ενθαρρύνεται να αποφεύγει στενά ρούχα που αυξάνουν τον ερεθισμό.
- vii. Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα διακόπτεται για ορισμένο διάστημα η ακτινοθεραπεία.

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

1. Μέτρηση ζωτικών σημείων.
2. Ακινήσια του αρρώστου μείωση του άγχους και φόβου.
3. Χορήγηση παρεντερικά υγρών ηλεκτρολυτών. Σε μεγάλη απώλεια αίματος χορήγηση αίματος.

Σε εμφάνιση διάρροιας λόγω ευαισθησίας του βλεννογόνου του εντέρου στην ακτινοβολία:

1. Χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα ανάλογα με την εντολή του ιατρού.
2. Αποφεύγονται τροφές που επιδεινώνουν την διάρροια.
3. Χορηγείται ειδική διαίτα (τροφές χωρίς υπολείμματα).

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

!☐☐☐Χορηγεί ηρεμιστικά αντιεμετικά και αντιϊσταμινικά φάρμακα.

!!☐☐☐Φροντίζει για την καλή σίτιση και ενυδάτωση του αρρώστου(ενισχύει τον άρρωστο να παίρνει υγρά ή αν αυτό δεν είναι δυνατόν γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και χορηγεί συχνά γεύματα πλούσια σε λευκώματα και υψηλής θερμιδικής αξίας).

!!!☐☐☐Επίσης φροντίζει για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του αρρώστου όταν ο άρρωστος είναι κλινήρης και έχει περιορισμένες δυνατότητες καλύψεως των φυσικών του αναγκών.

!☉☐☐Καταβάλλει προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού του που συμβάλλει στην μείωση και την καλή αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων.

5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

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

- i. Την ηλικία το επάγγελμα και το φύλλο του αρρώστου.
- ii. Το μορφωτικό του επίπεδο.
- iii. Την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση.
- iv. Την οικογενειακή του κατάσταση.
- v. Την πρόγνωση και θεραπεία της αρρώστιας του.

5.1 ΣΤΑΔΙΑ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ

1. Προσέγγιση του αρρώστου φιλικά για απόκτηση εμπιστοσύνης. Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι καταρτισμένη και ακριβής στην συνεργασία της με τον άρρωστο.
2. Εξακρίβωση των γνώσεων του αρρώστου πάνω στα προβλήματά του.
3. Εξήγηση σχετικά με την δράση των κυτταροστατικών φαρμάκων. Εξηγεί τις ενέργειες και παρενέργειες τους.

Γενικά ο άρρωστος κατά την χημειοθεραπεία πρέπει να ακολουθεί μια σωστή διαίτα πλούσια σε βιταμίνες και πρωτεΐνες. Εάν έχει ανορεξία ή χάνει βάρος να προσπαθήσει να παίρνει μικρά γεύματα σε τακτικά διαστήματα της ημέρας. Να κάνει ένα περίπατο (αν μπορεί) πριν από το γεύμα. Τα μικρά γεύματα να είναι ελκυστικά και καλής θρεπτικής αξίας. Κατά το διάστημα της χημειοθεραπείας πολλοί άνθρωποι είναι δραστήριοι μερικοί όμως βρίσκουν αναγκαίο να ελαττώσουν τις δραστηριότητες τους και να εφαρμόσουν έναν αργό ρυθμό ζωής.

Γενικές οδηγίες που πρέπει να εφαρμόζονται κατά τον χειρισμό των κυτταροστατικών φαρμάκων.

ΙΙΙΙ Κατά την προετοιμασία:

1. Ο εργαζόμενος θα πρέπει να φοράει γυαλιά που να εφαρμόζουν στεγανά μάσκα εφόσον το ρεύμα του αέρα δεν ελέγχεται. Σε όλες τις διαδικασίες θα πρέπει να φορώνται γάντια και προστατευτικές μπλούζες.
2. Τα χέρια πρέπει να πλένονται καλά πριν φορεθούν τα γάντια και μετά την αφαίρεση των γαντιών.
3. Σε περίπτωση οποιασδήποτε μόλυνσης του δέρματος η μολυνθείσα περιοχή θα πρέπει να πλυθεί καλά με νερό και σαπουνί και αν εκτεθούν τα μάτια θα πρέπει να πλένονται με άφθονη ποσότητα νερού.

ΙΙΙΙΙ Όταν πρόκειται για ενδοφλέβια χορήγηση αρχίζει η έγχυση με το υγρό χωρίς το χημειοθεραπευτικό φάρμακο.

ΙΙΙΙΙΙ Το σημείο της έγχυσης να είναι η ράχη της άκρας χείρας ο καρπός ή ο ωλεκρανικός βόθρος.

ΙΙΙΙΙΙΙ Αποφεύγεται η έγχυση του φαρμάκου σε σημείο που είχε χρησιμοποιηθεί προηγουμένα.

ΙΙΙΙΙΙΙΙ Μόλις αρχίσει η Ε.Φ. έγχυση του διαλύματος χωρίς το χημειοθεραπευτικό φάρμακο παρακολουθείται η περιοχή της

φλεβοκέντησης για υποδόρια έγχυση του υγρού. Αν το υγρό πάει ενδοφλέβια αρχίζει έγχυση του φαρμάκου.

9)⊞Γίνεται συνεχής παρακολούθηση του σημείου φλεβοκέντησης για ελάτπωση της ροής του υγρού πόνος, ερυθρότητα και οίδημα στο σημείο της φλεβοκέντησης.

9)⊞⊞Αν παρατηρηθούν τα πιο πάνω συμπτώματα διακόπτεται η έγχυση του φαρμάκου διατηρείται η φλέβα ανοικτή με έγχυση φυσιολογικού ορού και ενημερώνεται ο ιατρός.

9)⊞⊞⊞Ενημερώνεται ο άρρωστος και τα μέλη της οικογένειας πως πρέπει να αναφέρουν αμέσως πόνο, ερυθρότητα, οίδημα, κοντά στο σημείο φλεβοκεντήσεως κατά ή μετά την θεραπεία.

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

⊞⊞⊞⊞⊞Γίνεται απογραφή της νοσηλείας.

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

Αντιμετώπιση παρενεργειών του 5fu (5fluorouracil)

⊗ Σε ναυτία ή εμετό

<> Παρακολούθηση (1) συχνότητα εμετών και χαρακτήρα (2) ανορεξία ή αποστροφή από την τροφή (3) θρέψη του αρρώστου

<> Λαμβάνονται μέτρα πρόληψης ναυτίας και εμετών όπως:

1. Αντιεμετικά φάρμακα.
2. Μαλακές κρύες τροφές σε μικρές συχνές δόσεις.
3. Δίαιτα πλούσια σε πρωτεΐνες και υδατάνθρακες.

4. Να αποφεύγει τροφές με έντονα ή δυσάρεστα αρώματα.
5. Να αποφεύγει γλυκά.
6. Να αποφεύγει υγρά κατά την ώρα του γεύματος.
7. Την ημέρα της θεραπείας να παίρνει τα γεύματα του νωρίς για καλύτερη χώνεψη..
8. Να αποφεύγει βαριά φαγητά.

⊗ Σε διάρροια

◊ Παρακολουθείται:

- !☐☐ Το χρώμα η ποσότητα και η περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης.
- !!☐☐ Ο άρρωστος για συμπτώματα αφυδάτωσης και μεταβολικής οξέωσης και
- !!!☐☐ Συχνότητα και ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών.

- ◊ Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων.
- ◊ Χορήγηση υγρών για αντικατάσταση.
- ◊ Βοήθεια στην διόρθωση διαταραχών του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών

⊗ Για πρόληψη της διάρροιας λαμβάνονται μέτρα:

1. Να αποφεύγονται πικάντικες ή λιπαρές τροφές.
2. Να παίρνει ζεστά φαγητά όχι καυτά.
3. Να αποφεύγονται τροφές με κυτταρίνη.

⊗ Σε στοματίτιδα

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

◊ Για την θεραπεία της στοματίτιδας:

- 1) Συχνή αξιολόγηση της στοματικής κοιλότητας.
- 2) Καλή φροντίδα του στόματος πρωί – βράδυ μετά το φαγητό.

- 3) Να πλένεται το στόμα με σόδα ή με αλλά αντισηπτικά.
- 4) Φροντίδα (δοντιών) φυσικών ή τεχνητών οδοντοστοιχιών.
- 5) Να αποφεύγονται τροφές που το τραυματίζουν.
- 6) Να αποφεύγονται ξινά καρυκεύματα οινόπνευμα κάπνισμα.
- 7) Επάλειψη των χειλιών με βαζελίνη ή βούτυρο κακάο.

⊗ για την ξηρότητα του στόματος :

- i. Να λαμβάνει μαλακή τροφή και
- ii. Να πίνει πολλά υγρά.

⊗ Σε λευκοπενία

<> Παρακολούθηση :

- 1) Των λευκών αιμοσφαιρίων.
- 2) Η θερμοκρασία του σώματος (άνοδος).
- 3) Το δέρμα και οι κοιλότητες για λοίμωξη.

⊖ Πρόληψη των λοιμώξεων με μέτρα

- ⊖ Να ζει ο άρρωστος σε καθαρό περιβάλλον και αν είναι δυνατόν σε απομόνωση όταν νοσηλεύεται.
- ⊖ Να μην έρχεται σε επαφή με άτομα που πάσχουν από λοιμώξεις ή μεταδοτικές νόσους.
- ⊖ Να κάνει καθημερινό λουτρό και συχνό πλύσιμο χειρών.
- ⊖ Να ενισχυθεί με αντιβιοτικά μετά από εντολή γιατρού.
- ⊖ Όταν έχει ενδοφλέβια έγχυση να αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 ώρες και η θέση της βελόνας κάθε 48 ώρες.

* Σε θρομβοπενία

* Παρακολούθηση :

- Των αιμοπεταλίων (Φ.Τ.)
 - Τα ούρα τα κόπρανα για αίμα το δέρμα για αιματώματα σε διάφορες κοιλότητες για αιμορραγίες.
 - Η αρτηριακή πίεση.
- ο Πρόληψη των αιμορραγιών με μέτρα:
- ⊃ Να αποφεύγονται οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις.
 - ⊃ Να αποφεύγεται η περιοδική άσκηση πίεσης σε κάποιο σημείο του σώματος.
 - ⊃ Τα τραύματα και οι κακώσεις επίσης να αποφεύγεται η ξυριστική μηχανή η λήψη ασπιρίνης.

⊖ Για αντιμετώπιση αιμορραγίας χορηγείται αίμα.

⊗ Σε αλωπεκία

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

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

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

6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

6.1 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η προεγχειρητική φροντίδα συνίσταται στην :

- ⊃ Ψυχολογική προετοιμασία.
- ⊃ Σωματική προετοιμασία.

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

6.1 α ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

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

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

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

Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι έτοιμη ώστε να απαντά κάθε φορά στα ερωτήματα του αρρώστου και να δίνει εξηγήσεις και οδηγίες που αφορούν ορισμένες νοσηλείες πριν και μετά την επέμβαση ώστε να δημιουργήσει στον ασθενή κλίμα αισθήματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας. Η στάση του αρρώστου απέναντι στην επέμβαση επηρεάζει αφάνταστα την μετεγχειρητική πορεία (αποφυγή μετεγχειρητικού shock κ.α.).

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

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

Η νοσηλεύτρια πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή να μιλήσει για τα συναισθήματα του με το περιβάλλον. Σίγουρα η ομιλία αυτή με τον ασθενή γίνεται φάρμακο ψυχοθεραπευτικό. Επίσης ικανοποιητικό αποτέλεσμα μπορεί να φέρει η επαφή του αρρώστου που έχει υποστεί κολοστομία και έχει επανέρθει στις προηγούμενες δραστηριότητες του.

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

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

- Το μορφωτικό επίπεδο.
- Την κοινωνικοοικονομική κατάσταση.
- Την αναγνώριση των ψυχολογικών και πνευματικών αναγκών του ασθενούς.

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

Οι συγγενείς έχουν ανάγκη να γνωρίζουν ότι οι άρρωστοι τους βρίσκονται σε έμπειρα χέρια. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να αποκτήσει την εμπιστοσύνη της οικογένειας επειδή αυτή είναι που πρέπει να αποτελέσει τον συνδετικό κρίκο οικογένειας και αρρώστου και να ενθαρρύνει τους συγγενείς να μην ξεχωρίζουν τον άρρωστο και να μην τον συμπεριλαμβάνουν στα προβλήματα της αλλά στα σχέδια της

οικογένειας με την συμμετοχή του σε αυτά όσο είναι δυνατό. Και ειδικά όταν συναντάται πρόβλημα όπως η κολοστομία. Εκεί η νοσηλεύτρια πρέπει να διδάξει την οικογένεια του πάσχοντα να αποδεχθεί το πρόβλημα όσο το δυνατόν πιο ήπια να αποφευχθεί η δυσαρέσκεια να προσπαθήσουν να έρθουν στη θέση του ασθενή και να καταλάβουν τις δύσκολες ώρες που περνά. Εξ αλλού αν αυτοί αποδεχθούν το πρόβλημα του ανθρώπου τους τότε τόσο πιο εύκολα θα είναι να το αποδεχθεί και ο ίδιος.

6.1.β ΦΥΣΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

– *Τόνωση Σωματική.* Οι ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου που πρόκειται να χειρουργηθούν είναι συχνά εξασθενημένοι από τις διάρροιες την απώλεια βάρους και ορέξεως αναιμία κ.α..

Η νοσηλεύτρια γνωρίζοντας:

— Την σπουδαιότητα της καλής διατροφής και την ιδιαιτερότητα της νόσου φροντίζει να τρέφεται ο ασθενής με τροφή πλούσια σε θερμίδες με υδατάνθρακες λευκώματα άλατα βιταμίνες φτωχή όμως σε κυτταρίνη για την τόνωση του οργανισμού και μείωση του περιεχομένου του εντέρου.

— Αν το άτομο είναι πολύ εξασθενημένο και λόγω της βαρύτητας της εγχείρησης γίνεται τόνωση με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών (λευκωμάτων βιταμινών κτλ.).

— Για την καταπολέμηση των ήδη υπάρχουσών λοιμώξεων ή για την πρόληψη τους ο ασθενής αρχίζει αντιβίωση και παίρνει από το στόμα ή και με τροφή υποκλυσμού αντισηπτικά φάρμακα του εντέρου. Η νοσηλεύτρια κατά την χορήγηση των ορών και των φαρμάκων πρέπει να προσέχει:

– Για την χορήγηση ορών:

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

Η ετοιμασία να γίνεται κάτω από τις αρχές ασηψίας – αντισηψίας να παρακολουθείται το σημείο εφαρμογής της βελόνας και η περιοχή γύρω από την είσοδο της βελόνας. Να τσεκάρεται πάνω στην φιάλη του ορού τι έχει μέσα και φυσικά να τσεκάρεται στην λογοδοσία ο ορός και η ώρα που μπήκε.

Να αλλάζεται ο φλεβοκαθητήρας κάθε 3 ημέρες περίπου.

– Για την χορήγηση φαρμάκων

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

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

Σε ενδοφλέβια ένεση συνίσταται η χρήση γαντιών για αποφυγή κίνδυνου μόλυνσης και του ασθενούς και της νοσηλεύτριας.

Να ενημερώνει την λογοδοσία μετά από κάθε χορήγηση φαρμάκου.

– *Απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις.* στη γενική προεγχειρητική προετοιμασία περιλαμβάνεται η εξέταση του ασθενούς που θα χειρουργηθεί από:

- Χειρουργό για εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς επιβεβαίωση ακριβούς διαγνώσεως.
- Καρδιολόγο για την εκτίμηση του ΗΚΓ και της καρδιάς.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις απαραίτητες τις παραμονές της εγχείρησης είναι:

- < εξέταση αίματος : γενική αίματος (λευκά - ερυθρά) τύπος λευκών χρόνος ροής και πήξης αίματος ομάδα Rhesus σάκχαρο και ουρία αίματος
- < γενική ούρων

Η νοσηλεύτρια φροντίζει να υπάρχει έτοιμο αίμα στην τράπεζα αίματος σε περίπτωση που χρειαστεί ο άρρωστος πριν κατά και μετά την εγχείρηση μετάγγιση.

– **Καθαριότητα του ασθενούς**:αυτή συνίσταται σε:

□ Καθαρισμός του εντερικού σωλήνα. Ο Καθαρισμός του εντερικού σωλήνα αποβλέπει:

- ☒ Στην αποφυγή της εκκένωσης του εντέρου πάνω στο χειρουργικό τραπέζι
- ☒ Την αποφυγή της δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από την σήψη του περιεχομένου τους.

Ο Καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται:

- Από την είσοδο του αρρώστου στην χειρουργική κλινική. Του χορηγείται δίαιτα χωρίς μεγάλο υπόλειμμα.
- Πριν από την εγχείρηση 5 ημέρες δίνεται ελαφρύ ηπατικό Paraffin – oil (ηπατικό) 10cc 2 φορές την ημέρα .

- Την παραμονή της εγχείρησης χορηγείται υδαρής διαίτα αρχίζει παρεντερική χορήγηση υγρών (1000'' Dextrose 5% 500'' Ringers)το βράδυ γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός.
- Καθαρτικός υποκλυσμός το πρωί της εγχείρησης.

Η νοσηλεύτρια:

- ⊗ Φροντίζει να τηρείται το διαιτολόγιο του αρρώστου σύμφωνα με τα παραπάνω και να παίρνει ο άρρωστος το ηπατικό του.
- ⊗ Φροντίζει την εκτέλεση του υποκλυσμού.
- ⊗ Μετά την εκτέλεση του υποκλυσμού τακτοποιεί τον άρρωστο παρακολουθεί τα αποτελέσματα του υποκλυσμού αν είναι αρνητικά ενημερώνει την προϊσταμένη.

Η εκτέλεση των υποκλυσμών ή η χορήγηση ηπατικών φαρμάκων γίνεται κατόπιν εντολή ιατρού.

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

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

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

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

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

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

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

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

- Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου: η αναμονή της εγχείρησης και η ήδη τραυματική εμπειρία του αρρώστου (γνωστοποίηση της νόσου και της θεραπείας) προκαλούν έντονο άγχος και φόβο με αποτέλεσμα ο ασθενής να έχει αϋπνίες. Επειδή η αϋπνία επιφέρει κόπωση και προδιάθεση στην μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία και ακόμη στην εμφάνιση επιπλοκών μπορεί να χορηγηθεί στον ασθενή ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο. Ιδιαίτερα τις τελευταίες προεγχειρητικές ημέρες. Αυτό μπορεί να γίνει αφού έχουν εξαντληθεί όλα τα δυνατά για την καθυσύχαση και την ηρεμία του ασθενή μέσα Τα φάρμακα αυτά δίδονται κατόπιν ιατρικής εντολής. Η νοσηλεύτρια χορηγεί το φάρμακο αφού προηγουμένως έχει ετοιμαστεί ο ασθενής για ύπνο.

Τελική προεγχειρητική ετοιμασία. γίνεται το πρωί τής ημέρας της εγχείρησης και περιλαμβάνει:

⊗ Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή. Μέτρηση Α.Π. παρατηρεί τυχόν παρέκκλιση τους από τα φυσιολογικά όρια.

⊗ Κατάλληλη ένδυση του ασθενούς. Μισή ώρα πριν από την εγχείρηση στέλνεται ο ασθενής να ουρήσει για να αδειάσει η ουροδόχος κύστη. Η πλήρης ουροδόχος κύστη μπορεί είτε να εκκενωθεί πάνω στο χειρουργικό τραπέζι είτε

να πληγωθεί στην προκειμένη περίπτωση από το νυστέρι του χειρουργού.

Αφού ουρήσει ο ασθενής φορεί την κατάλληλη ενδυμασία που αποτελείται από τα ποδονάρια την μπλούζα και τον σκούφο.

Η νοσηλεύτρια βοηθά τον άρρωστο να φορέσει τα ρούχα αυτά αφού προηγουμένως αφαιρέσει όλα τα αλλα ρούχα (εσώρουχα νηκτικό). Πριν φορεθεί ο σκούφος αφαιρούνται όλα τα κοσμήματα. Αφαιρούνται επίσης τεχνητές οδοντοστοιχίες.

Ο άρρωστος παραμένει στον θάλαμο μέχρι ο νοσοκόμος να τον μεταφέρει με το φορείο στο χειρουργείο συνοδευόμενος με τον φάκελο του. Την ώρα που ο ασθενής περιμένει να μεταφερθεί στο χειρουργείο πρέπει να εξασφαλίσει ήρεμο περιβάλλον χωρίς συγκινησιακές εκρήξεις.

Προετοιμασία κλίνης και θαλάμου του ασθενούς.

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

Το κρεβάτι που θα δεχθεί το χειρουργημένο ασθενή πρέπει:

- ⊗ Να είναι ζεστό για την προφύλαξη του αρρώστου από ψύξη και μετεγχειρητική πνευμονία
- ⊗ Να είναι χωρίς μαξιλάρι για την ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού.
- ⊗ Να τοποθετείται προστατευτικό μαξιλάρι στο πάνω κιγκλίδωμα του κρεβατιού για να μην χτυπήσει ο ασθενής κατά τις τυχόν διεγέρσεις στο στάδιο απονάρκωσης.
- ⊗ Να είναι ανοικτό από όλες τις πλευρές για την εύκολη μεταφορά του ασθενούς από το φορείο σε αυτό.

Στο κομοδίνο τοποθετείται ποτήρι με νερό σπάτουλα και κάψα με τολύπια βάμβακος νεφροειδές άδειο. Στην πλάγια πλευρά του

κομοδίνου προς την πλευρά του κρεβατιού τοποθετείται χάρτινη σακούλα.

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

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

7. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΦΡΟΝΤΙΔΑ

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

Από την στιγμή που ο άρρωστος μεταφέρεται στο θάλαμο του η νοσηλεύτρια θα συντελέσει:

☑ Στην προστασία του ασθενή κατά τις διάφορες φάσεις της ανάνηψης.

☑ Στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξης της ασθένειας του.

☑ Στην ανακούφιση από τα ενοχλήματα

☑ Στην πρόληψη επιπλοκών

☑ Στην βοήθεια του ασθενή για να επανέλθει το ταχύτερο στην φυσιολογική του κατάσταση.

7.1 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟ

ΠΡΩΤΟ 48ΩΡΟ

☐ Κατάλληλη τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Υπτια θέση χωρίς μαξιλάρι και το κεφάλι στο πλάι. Η κατάλληλη θέση προκαλεί χαλάρωση και όχι σύσπαση των μυών και επιτρέπει την καλή λειτουργία των παροχετεύσεων.

☐ Παρακολούθηση του αρρώστου μέχρι την αφύπνιση του. Προστασία και προφύλαξη από τις διεγέρσεις τα ρεύματα του αέρα. Πληροφόρηση του συνοδού του ασθενή να βρέχει τα χείλη του ασθενή όταν εκείνος διψά.

- Συνεχής λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων κάθε 15 λεπτά τις πρώτες δυο μετεγχειρητικές ώρες και μετά κάθε μισή ώρα το πρώτο εικοσιτετράωρο.
- Παρακολούθηση των παροχετεύσεων. Ο ασθενής βγαίνοντας από το χειρουργείο έχει καθετήρα Levin καθετήρα κύστης Foley παροχέτευση τραύματος. Η νοσηλεύτρια επιβλέπει και φροντίζει για την ομαλή λειτουργία τους. Στην παροχέτευση τραύματος φροντίζει να αλλάζονται συχνά οι γάζες όταν βρέχονται γιατί προκαλούν δυσσομία.
- Έλεγχος του αρρώστου για τυχόν αιμορραγία.
- Ο ασθενής τα δυο πρώτα 24 ώρα παίρνει υγρά μόνο παρεντερικά γι' αυτό φροντίζει την ακριβή και ομαλή χορήγηση τους.
- Λεπτομερής περιγραφή των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών ανά 3ωρο.
- Ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο κυρίως τις πρώτες 48 ώρες.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι κυριότερες μετεγχειρητικές δυσχέρειες είναι ο πόνος η δίψα και ο εμετός. Στην συγκεκριμένη περίπτωση η δίψα αντιμετωπίζεται με τις νοσηλευτικές ενέργειες που αναφέρθηκαν παραπάνω όσο για τον εμετό ο άρρωστος φέρει Levin.

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

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

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

7.2 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΕΠΟΜΕΝΩΝ ΗΜΕΡΩΝ

Μετά τα δυο πρώτα εικοσιτετράωρα μετά την εγχείρηση η νοσηλευτική φροντίδα και πορεία του αρρώστου έχει ως εξής:

☑ Συνεχίζεται η μέτρηση και η εκτίμηση των ζωτικών σημείων και η ακριβής μέτρηση και συσχέτισμός των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

☑ Συνεχίζεται η παρεντερική χορήγηση υγρών και αντιβιοτικών

☑ Την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα κατά την επίσκεψη των ιατρών γίνεται η πρώτη αλλαγή του τραύματος. Η νοσηλεύτρια:

☑ Απομακρύνει όλους τους επισκέπτες από τον θάλαμο.

☑ Προφυλάσσει τον ασθενή από τα αδιάκριτα βλέμματα των άλλων ασθενών με παραβάν.

☑ Στο δωμάτιο αλλαγής έχει γίνει η προετοιμασία του τροχήλατου με όλα τα απαραίτητα υλικά.

☑ Η αλλαγή γίνεται τηρώντας τους όρους ασηψίας αντισηψίας. Συνήθως τις πρώτες μέρες τις αλλαγές τις κάνει ο ιατρός και η νοσηλεύτρια του σερβίρει.

☑ Η περιποίηση του τραύματος γύρω από την κολοστομία γίνεται με αποστειρωμένο υλικό παρόλο που το τραύμα είναι σηπτικό. Τα κλινοσκεπάσματα προστατεύονται με τετράγωνο αδιάβροχο. Επισκοπεί το σημείο εισόδου της παροχέτευσης. αλλάζονται συχνά οι γάζες γύρω από αυτήν.

☑ Το Levin παραμένει και την δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα και βγαίνει την τρίτη όπου αρχίζει και η θρέψη του ασθενή από το στόμα. Ξεκινά με υδαρή δίαιτα (τσάι – σούπα – κρεμά). Την πέμπτη

μετεγχειρητική ημέρα αρχίζει να παίρνει δίαιτα μικρού υπολείμματος (αυγό - τυρί). Μετά την έβδομη μετεγχειρητική ημέρα το διαιτολόγιο εμπλουτίζεται με ψάρι κρέας κοτόπουλο κτλ.

☞ Ο καθετήρας Folley βγαίνει την τέταρτη μετεγχειρητική ημέρα και παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα ουρολοίμωξης.

☞ Έγερση του αρρώστου. Κατόπιν εντολής ιατρού τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα σιγά σιγά η νοσηλεύτρια τον βοηθά να κρεμάσει τα ποδιά του καθισμένος στην άκρη του κρεβατιού. Η νοσηλεύτρια πρέπει να ενθαρρύνει και να υποδείξει στο συνοδό του αρρώστου πώς να τον βοηθήσει. Αφού καθίσει 15-20 λεπτά με τα ποδιά κρεμασμένα μπορεί να δοκιμάσει να σταθεί όρθιος έχοντας πάντα κάποιον να τον υποβαστάζει. Την επόμενη ημέρα ο ασθενής μπορεί να καθίσει για λίγο στην καρέκλα και σιγά σιγά με βοήθεια να αρχίσει να περπατά μέσα στον θάλαμο. Η έγκαιρη έγερση του αρρώστου πετυχαίνει:

☞ Την μείωση του μετεγχειρητικού πόνου.

☞ Την επιτάχυνση της επούλωσης του τραύματος.

☞ Την πρόληψη αγγειακών πεπτικών πνευμονικών επιπλοκών.

☞ Την συντόμευση του χρόνου επιστροφής του αρρώστου στην πλήρη δίαιτα.

☞ Μείωση του χρόνου παραμονής του στο νοσοκομείο.

Η νοσηλεύτρια τέλος δεν ξεχνά να αναφέρει όλα όσα έχουν σχέση με την πορεία και την εξέλιξη του ασθενή (ενέργειες νοσηλείας παρατηρήσεις) στην προϊσταμένη του τμήματος και την λογοδοσία. Καθώς και να ενημερώνει τους συγγενείς του ασθενούς όσο βέβαια επιτρέπουν οι αρμοδιότητες της.

7.3 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

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

☞ Γίνεται άσηπτα κατά τα δυο πρώτα εικοσιτετράωρα παρά το γεγονός ότι το τραύμα είναι σηπτικό εξαιτίας του γεμάτου μικρόβια περιεχομένου του εντέρου.

☞ Την ώρα της αλλαγής ο ασθενής προστατεύεται από τα βλέμματα του περιβάλλοντος με την τοποθέτηση παραβάν και απομάκρυνση των επισκεπτών.

☞ Πρέπει να αποφεύγει τους μορφασμούς που δείχνουν τη δυσαρέσκειά της για το είδος της εκτελούμενης εργασίας. Γι' αυτό τον λόγο μπορεί να χρησιμοποιεί αποσμητικές κρέμες ή σπρέι.

☞ Ο ασθενής έρχεται σε επαφή με την αλήθεια γι' αυτό η νοσηλεύτρια πρέπει να τον ενισχύει να παρακολουθεί και να συμμετέχει στην φροντίδα του αν αυτό είναι δυνατό. Να έχει θετική στάση απέναντι στον ασθενή και να του παρουσιάζει την εύθυμη όψη της ζωής.

Έτσι με αυτόν τον τρόπο θα τον βοηθήσει να διατηρήσει την αισιοδοξία του να αισθάνεται πως η αρρώστια του δεν ανέκοψε τα σχέδια της ζωής του και τέλος να αποδεχθεί τις μεταβολές στο σώμα του και να αρχίσει να προσαρμόζεται στο νέο τρόπο ζωής.

7.3 α ΑΜΕΣΗ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

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

☺ Προετοιμασία τροχήλατου με όλα τα απαραίτητα αντικείμενα.

☺ Δίσκος που περιέχει μπολ με τολύπια και χαρτοβάμβακα φιάλη με φυσιολογικό ορό phiso hex set αλλαγής (που περιέχει αποστειρωμένες γάζες και τολύπια και λαβίδα) νεφροειδές τετράγωνο με αδιάβροχο.

☺ Προστατευτική κρεμά δέρματος (Skin Gel της Hollister) για την αποφυγή δερματικού ερεθισμού από τις επανειλημμένες αλλαγές των αυτοκόλλητων σάκων.

☺ Ρητίνη Karaga. Η ρητίνη Karaga είναι φυσική ουσία που διαλύεται σιγά σιγά προστατεύοντας την περιοχή γύρω από το στόμιο. Είναι εύπλαστος δακτύλιος που τοποθετείται γύρω από το στόμιο και εκεί εφαρμόζει ο σάκος που δεν έχει αυτοκόλλητο.

☺ Σάκοι κολοστομίας (αυτοκόλλητοι ή μη).

☺ Πλαστική σακούλα να βάλουμε μέσα σε αυτήν τον γεμάτο σάκο.

☺ Σαπούνι γλυκερίνης χλιαρό νερό τρίψτης.

☺ Παραβάν.

✱ Διαδικασία αλλαγής. Αφού παρθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα αποκαλύπτεται η περιοχή του στομίου και αφαιρείται και πετιέται ο

προηγούμενος σάκος. Τοποθετείται το αδιάβροχο με το τετράγωνο κάτω από το στόμιο και το νεφροειδές (καλυμμένο από την μια πλευρά με το χαρτοβάμβακα) κάτω από το στόμιο σε εφαρμογή με το σώμα του ασθενή. Καθορίζεται καλά με χλιαρό σαπουνόνερο και στεγνώνετε η περιοχή του δέρματος γύρω από το στόμιο με απαλές κινήσεις. Η νοσηλεύτρια μετά πλένει τα χέρια της και ανοίγει το set αλλαγής. Με αποστειρωμένα τολυπια καθαρίζεται το στόμιο χρησιμοποιώντας rhisohect και ισοδύναμο διάλυμα NaCl αρχίζοντας από το κέντρο προς την περιφέρεια με κυκλικές κινήσεις όσες φορές χρειαστεί για να μείνει το στόμιο καθαρό. Απομακρύνεται το νεφροειδές και στεγνώνετε το στόμιο με ήπιες κινήσεις. Αν υπάρχει ένδειξη δερματικού ερεθισμού επαλείφεται το δέρμα με αλοιφή. Τοποθετείται με προσοχή ο καθαρός σάκος. Αφαιρείται το τετράγωνο αδιάβροχο. τοποθετείται ο ασθενής σε αναπαυτική θέση και απομακρύνονται τα χρησιμοποιηθέντα αντικείμενα.

Κατά την αλλαγή της κολοστομίας η νοσηλεύτρια:

- ☐ Παρατηρεί και κάνει αξιολόγηση του στομίου.
- ☐ Παρατηρεί το μέγεθος του στομίου το οποίο μετράται μια φορά την εβδομάδα για τον πρώτο χρόνο με ειδικά διαμετρήμετρα στομίων .
- ☐ Παρατηρεί την εμφάνιση του στομίου. Φυσιολογικά πρέπει να έχει βαθύ ροζ χρώμα και εκκρίσεις με βλέννα. Αναφέρει τυχόν νέκρωση που εμφανίζεται σκούρο χρώμα στο στόμιο. Κυανωτικό χρώμα σημαίνει μη καλή αιμάτωση.
- ☐ Παρατηρεί για ραγάδες στομίου δερματίτιδα ή έκζεμα. Το δέρμα γύρω από το στόμιο πρέπει να είναι το ίδιο όπως και το άλλο δέρμα.
- ☐ Υπενθυμίζει στον άρρωστο να αδειάζει τον σάκο όταν γεμίζει κατά το 1/3 διαφορετικά ξεκολλάει από το βάρος και υπάρχει διαρροή υγρών.
- ☐ Ανάλογα με την θέση της κολοστομίας ρυθμίζει και τον αριθμό των αλλαγών π.χ. κολοστομία του εγκάρσιου κόλου χρειάζεται πολλές αλλαγές ενώ η κολοστομία του σιγμοειδούς έχει στερεή και σχηματισμένη κένωση.

7.3. Β ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

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

- ✧ Πλύση με υποκλυσμό

Σκοπό έχει:

- ✧ Να βοηθήσει το άδειασμα του κόλου από το περιεχόμενο του (κόπρανα αέρια βλέννα).
- ✧ Να καθαρίσει το περιφερειακό τμήμα του εντέρου.
- ✧ Να βοηθήσει να εγκαθιδρυθεί ένα προγραμματισμένο άδειασμα του εντέρου ώστε να είναι δυνατή η ανάληψη κανονικών δραστηριοτήτων από το άτομο.

Η Πλύση γίνεται μετά το φαγητό γιατί η λήψη τροφής δρα σαν ερέθισμα ανάλογα με την πορεία του ασθενή βέβαια.

Οι ενέργειες για πλύση είναι:

- ✧ Ετοιμασία των αντικειμένων που θα χρησιμοποιηθούν:
- ▣ Δοχείο πλύσης (IRIGATER)
- ▣ Υγρά πλύσης 500 – 1500ml (χλιαρό νερό βρύσης ή αλατούχο διάλυμα – 4 gr αλάτι σε 500 ml νερό σε θερμοκρασία 37° - 38°C)

- ☐ Καθετήρας από μαλακό ελαστικό (Nr 22 ή 24) με κάποιο είδος θωράκισης για την παρεμπόδιση της προς τα πίσω ροής του υγρού πλύσης (ή μαλακό ελαστικό ή πλαστικό κώνο Lair – dtrip).
- ☐ Μανίκι ή περίβλημα πλύσης αυτοκόλλητο ή συγκρατούμενο με ζώνη.
- ☐ Βαζελίνη γάζες και τολυπια.
- ☐ Πλαστικός σάκος για συλλογή των υγρών και του σάκου μιας χρήσης.
- ☐ Λαβίδα Kocher

✧ Διαδικασία πλύσης:

- ☐ Διαλέγουμε τον κατάλληλο χρόνο για την πλύση και την ίδια ώρα την κάθε ημέρα.
- ☐ Ενημερώνεται ο ασθενής για την νοσηλεία και προτρέπεται να παρακολουθήσει και να βοηθήσει σε αυτήν.
- ☐ Κρεμάμε το δοχείο πλύσης με το διάλυμα σε ύψος 45-50 εκατοστά πάνω από το στόμιο.
- ☐ Ο ασθενής κάθεται στην λεκάνη της τουαλέτας .
- ☐ Αφαιρείται ο σάκος και σκεπάζεται το στόμιο με γάζα καθαρή.
- ☐ Τοποθετείται το μανίκι ή το περίβλημα πλύσης (Πλαστικός διαφανής σάκος ανοικτός από πάνω και κάτω) στο στόμιο του κόλου περνά ανάμεσα από τα ποδιά του ασθενή και το άλλο άκρο τοποθετείται μέσα στην λεκάνη της τουαλέτας.
- ☐ Ανοίγεται από το μανίκι πάνω από το στόμιο της κολοστομίας για την είσοδο του καθετήρα.
- ☐ Όταν ο άρρωστος είναι έτοιμος επαλείφεται το ελεύθερο άκρο του καθετήρα με βαζελίνη αφήνεται να τρέχει λίγο υγρό και μετά εισάγεται ο καθετήρας μέσα στο στόμιο όχι πάνω από 8 εκατοστά. Για να εμποδιστεί η επιστροφή του υγρού πιέζεται το στήριγμα του καθετήρα ή του κώνου απαλά προς το στόμιο.
- ☐ Η ποσότητα του υγρού είναι αρχικά 500cc και αυξάνεται βαθμιαία το υγρό ρέει στο παχύ έντερο 10 λεπτά περίπου. Στην συνέχεια

αδειάζει το έντερο το περιεχόμενο του οποίου οδεύει στην τουαλέτα μέσω του μανικιού πλύσης. Η όλη διαδικασία διαρκεί 30 – 45 λεπτά μετά το τέλος της οποίας η κολοστομία καλύπτεται με μια κάψα (Stoma cup) που φέρει βαλβίδα μέσω της οποίας διέρχονται τα αέρια και γίνονται άοσμα.

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

✧ Διαιτολόγιο

Σημαντικό ρόλο στην ρύθμιση των κενώσεων του εντέρου παίζει η επιλογή της κατάλληλης δίαιτας. Ορισμένες τροφές όπως σταρένιο ψωμί δημητριακά σταθεροποιούν τις κενώσεις. Το ίδιο ορισμένα φάρμακα που σταθεροποιούν τις κενώσεις και τις μειώνουν σε όγκο και αριθμό. Αυτά βέβαια λαμβάνονται κατόπιν εντολής ιατρού.

7.3.γ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥΣ

- ◊ Στένωση του αυλού κολοστομίας. Η νοσηλεύτρια πρέπει να μάθει τον άρρωστο να παρακολουθεί το στόμιο και τους χειρισμούς με το χέρι του να διαστέλλει το έντερο. Μετά από 6- 12 μήνες το στόμιο μικραίνει κατά ¼ του αρχικού. Οι συνεχείς υποκλυσμοί προκαλούν στένωση επίσης και αποδίδεται σε φλεγμονή.
- ◊ Πρόπτωση λόγω κακής ραφής : υπάρχει αλλαγή στην εμφάνιση του στομίου πόνος και μικροαιμορραγίες.
- ◊ Παρακολοστομιακή κήλη : παρακολούθηση κολοστομίας για τυχόν προβολή έλκους.
- ◊ Εισολκή : συμβαίνει σε παχύσαρκα άτομα. Να γίνετε προεγχειρητικά δίαιτα αδυνατίσματος και μετά την επέμβαση. Ειδική παρακολούθηση στα άτομα αυτά.
- ◊ Διάρρηση: συμβαίνει συνήθως κατά την εισαγωγή του καθετήρα για υποκλυσμό. Σωστή διδασκαλία του αρρώστου και χρησιμοποίηση υγραντικής ουσίας (π.χ. γλυκερίνη βαζελίνη) μειώνουν τον κίνδυνο.
- ◊ Νέκρωση: μπορεί να γίνει λόγω μη καλής αιμάτωσης ή συστροφής του εντέρου. Ο άρρωστος δεν καταλαβαίνει την νέκρωση λόγω έλλειψης αισθητικότητας. Γι' αυτό πρέπει να παρατηρείται το στόμιο και κάθε αλλαγή (π.χ. χρώμα εμφάνιση) να αναφέρεται στο γιατρό.

8. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

☐ Σε εντερική απόφραξη

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

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

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

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

Λεπτομερής καταγραφή προσλαμβανομένων και αποβαλλομενων υγρών.

Προετοιμασία αρρώστου για χειρουργείο.

☐ Σε Διάτρηση

Ενίσχυση του ηθικού του ασθενή

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

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

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

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

Καταγραφή των ζωτικών σημείων ανά 15 λεπτά.

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

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

- ◊ Διασφάλιση σωλήνα παροχετεύσεως.
- ◊ Λήψη μέτρων για αποφυγή κατακλίσεων.

ΜΕΡΟΣ

ΤΡΙΤΟ

1. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Τα μέλη της ομάδας υγείας ιατρός – ψυχολόγος, νοσηλεύτης προετοιμάζουν τον άρρωστο για την ζωή έξω από το νοσοκομείο προσφέροντας και δημιουργώντας ατμόσφαιρα γαληνής και παρηγοριάς. Αυτό βοηθά στην μείωση της ψυχικής έντασης, αγωνίας και άγχους που δοκιμάζουν οι καρκινοπαθείς μπροστά στο αβέβαιο.

Σκοπός τους είναι η επαναφορά του ατόμου στην προηγούμενή του κατάσταση ύστερα από την διατάραξη ή την αλλαγή που δέχθηκε.

Μιλώντας για αποκατάσταση για έναν καρκινοπαθή εννοούμε την προσπάθεια που καταβάλλεται από τα μέλη της ομάδας υγείας να χρησιμοποιήσει το άτομο όλες τις « βιοψυχολογικές» ικανότητες που έχει όποιες κι αν είναι αυτές για να ζήσει μια ποιοτική ζωή δηλαδή να μην κλαίει για το σήμερα να μην τρέμει για το αύριο. Στην φάση όμως της βοήθειας και της αποκατάστασης του αρρώστου ασκεί επίδραση η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον του και έτσι θα πρέπει στις διαστάσεις της αποκατάστασης να συμπεριλαμβάνονται και αυτές οι ομάδες πληθυσμού.

Το άτομο στο οποίο διαγνώστηκε ότι πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κατά μεγάλη συναισθηματική επιρροή. Γι' αυτό είναι απαραίτητο να δούμε τη νεοπλασματική ασθένεια εκτυλισσόμενη σε τρία επίπεδα:

- βιολογικό .
- ψυχολογικό .
- κοινωνικό .

Ψυχιατρικές επιπλοκές είναι δυνατό να συμβούν από την ίδια τη νεοπλασία ως βιολογική επεξεργασία που θίγει τις ψυχικές λειτουργίες στο βιολογικό τους υπόστρωμα. Ψυχικές διαταραχές επίσης προκύπτουν από τις κοινωνικές συνέπειες της αρρώστιας. Το άτομο είναι αναγκασμένο να αποσυρθεί ολότελα από την ενεργό ζωή και συχνά χρειάζεται να νοσηλεύεται για μακροχρόνια διαστήματα. Υφίσταται απώλειες επαγγελματικές και οικονομικές με αντίκτυπο στις φιλικές και κοινωνικές σχέσεις. Κατέχεται από

αβεβαιότητα στον σχεδιασμό ζωής και γενικά έχει δυσχέρειες προσαρμογής στις νέες κοινωνικές συνθήκες που δημιουργεί η ασθένεια.

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

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας των καρκινοπαθών έχει υπερεκτιμηθεί. Από βιβλιογραφικά δεδομένα προκύπτει ότι οι καρκινοπαθείς αυτοκτονούν τόσο συχνά όσο και οι μη καρκινοπαθείς.

Έτσι γεννιέται το ερώτημα αν θα πρέπει να πληροφορείται ο καρκινοπαθής την φύση της αρρώστιας του, την πορεία της τον τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισής της και τον πιθανολογούμενο χρόνο επιβίωσης.

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

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

☒ Όταν ο άρρωστος προθυμοποιείται να μάθει την αλήθεια αλλά γίνεται φανερό πως την αποφεύγει είναι προτιμότερο να προσαρμοστούν τα μέλη της ομάδας υγείας στο σύστημα ψυχολογικής άρνησης που έχει υιοθετήσει ο ασθενής. Μεγάλη προσοχή χρειάζεται σε αυτήν την συμπεριφορά του ατόμου γιατί μπορεί να αρνηθεί την θεραπεία και την παρακολούθηση. Μετά την άρνηση συνήθως

εμφανίζεται ο θυμός που στρέφεται προς τα μέλη της οικογένειάς του τα μέλη της ομάδας υγείας κ.α.

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

Έτσι ο άρρωστος δεν θα χάσει την ελπίδα και την αγωνιστικότητά του με την οποία θα κερδίσει την θεραπεία της ασθένειας ή και την αναβολή του μοιραίου. Είναι φυσικό να πέσει σε κατάθλιψη μα δεν πρέπει να μένει μόνος του και να μην παροτρύνεται να μιλά και να εκφράζει ελευθέρα τα συναισθήματά του.

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

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

Ο νοσηλευτής πρέπει να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενή κάνοντας σαφείς ανακοινώσεις διευκρινίζοντας παρανοήσεις λύνοντας απορίες και πληροφορώντας τον κάθε φορά που του ζητάτε. Δεν πρέπει να αρνείται να ακούει τους φόβους του ασθενή ή να μην τον αφήνει να μιλάει γι' αυτούς και ακόμη να αποφύγει να λέει την λέξη καρκίνος στον άρρωστο που γνωρίζει την ασθένεια του αυτό υποδηλώνει ότι φοβάται.

Άλλος παράγοντας που δυσκολεύει την ομάδα υγείας και ιδιαίτερα τον νοσηλευτή, επειδή αυτός περνά μεγαλύτερο διάστημα

κοντά στον άρρωστο είναι η πληροφόρηση του ασθενή για την αλλαγή της εμφάνισής του. Αλλαγή της εικόνας που έχει ο άρρωστος και το ίδιο το σώμα του. Η αλλαγή στην σωματική ακεραιότητα και η εμφάνιση του αρρώστου με καρκίνο είναι συχνό πρόβλημα και απαιτεί σωστή αντιμετώπιση. Ακρωτηριασμοί μελών , παρά φύσιν έδρα, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, αλωπεκία, καχεξία κακοσμία κ.α. διαφοροποιούν την εμφάνιση του αρρώστου δημιουργούν αναπηρίες και επηρεάζουν την εικόνα που έχει ο άρρωστος για τον εαυτό του. Οι νοσηλεύτριες συχνά πρώτες θα έρθουν σε επαφή με τον άρρωστο που προσπαθεί να αποδεχθεί και να μάθει να ζει με τις μεταβολές που έχουν παρουσιαστεί στο σώμα του αυτές πολύ συχνά δίνουν πληροφορίες στον άρρωστο για τις αλλαγές που έχουν γίνει στο σώμα του και τον εκπαιδεύουν σε νέους τρόπους ζωής και τεχνικές φροντίδας. Συνήθως σε αυτή την φάση ο ασθενής αρχίζει να συνειδητοποιεί τις αλλαγές στο σώμα του σαν μια πραγματικότητα.

Η διαδικασία αποδοχής της νέας εμφάνισης παίρνει αρκετό χρόνο. Η ανάπτυξη μιας παραγωγικής σχέσης και μιας συνεργασίας νοσηλευτή- αρρώστου που εξασφαλίζεται μόνο με το ενδιαφέρον του νοσηλευτή, με την εμπιστοσύνη που τρέφει ο άρρωστος στον νοσηλευτή.

Όλη η αγωνία και ο φόβος του καρκινοπαθή είναι η αγωνία και ο φόβος σε άλλο βαθμό για την οικογένεια του.

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

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

Είναι φανερό η ανάγκη τους για ψυχολογική υποστήριξη. Το μεγαλύτερο μέρος της βοήθειας το παίρνουν από την νοσηλεύτρια η οποία έχει πολλές ευκαιρίες και την ικανότητα να βοηθήσει άτομα με ψυχολογικά προβλήματα. Οι οικείοι του καρκινοπαθή ζητούν πληροφορίες σχετικά με την αρρώστια του καρκίνου της φύσεως της θεραπείας της πρόγνωσης και οι νοσηλεύτριες διδάσκουν ερμηνεύουν

παραπέμπουν και παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη η οποία ξεκινά και στηρίζεται στην εμπιστοσύνη που εμπνέουν στους συγγενείς του αρρώστου. Εκείνο που είναι επιβεβλημένο είναι η πλήρης ενημέρωση κάποιου από το άμεσο περιβάλλον του ασθενή. Κάποιος συγγενής πρέπει σαφώς να ξέρει όχι μόνο ότι ο ασθενής έχει καρκίνο αλλά και τις δυσμενείς επιπτώσεις της οποιασδήποτε θεραπείας. Δεν επιτρέπεται να αφήνεται σε άγνοια το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή

Και ερχόμαστε στον ασθενή που έχει μόνιμη παρά φυσιν έδρα έχει δεχθεί αυτή την κατάσταση και αυτός και η οικογένειά του όμως φθάνει η στιγμή να βγει από το νοσοκομείο. Μέσα στο νοσοκομείο ήταν εντελώς διαφορετικά η αρρώστια και η φύση της θεραπείας συμβάδιζε με το περιβάλλον. Στον περίγυρο του νοσοκομείου έπαψε να του φαίνεται τόσο τρομερός ο καρκίνος ή η κολοστομία. Ο ασθενής αρχίζει να αισθάνεται ανασφαλής φοβάται για το πώς θα δεχθεί ο κόσμος έναν «μη φυσιολογικό» άνθρωπο, έναν κολοστομικό.

Ήδη μέχρι τώρα έχει αποκτήσει μια τραυματική εμπειρία μαθαίνοντας την ασθένεια υπομένοντας τις εξετάσεις την θεραπεία την αλλαγή στο σώμα. Έχει αποκτήσει εμπιστοσύνη στην ομάδα που απαρτίζεται από τα μέλη της υγείας έχει εξοικειωθεί με το περιβάλλον και τώρα του ζητάτε να βγει έξω στον κόσμο. Χιλιάδες ερωτήματα που πριν έμειναν θαμμένα αρχίζουν να βγαίνουν στην επιφάνεια. Αν θα τα καταφέρει μόνος του χωρίς την επίβλεψη της νοσηλεύτριας να κάνει την φροντίδα της στομίας αν θα μυρίζει άσχημα και δυσφορούν οι γύρω του.

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

Και εδώ θα πρέπει η νοσηλεύτρια να εκπληρώσει το έργο της. Πρέπει να βρίσκεται δίπλα στον άρρωστο να του τονώσει το ηθικό. Πρέπει να τον κάνει να καταλάβει ότι όλα αυτά ήταν μια παρένθεση

στην ζωή του και ότι από εδώ και πέρα θα είναι όλα όπως πριν. Όπως αν έκανε μια οποιαδήποτε άλλη χειρουργική επέμβαση.

Ο ασθενής μπορεί να διατηρήσει τις παρέες του να ξανάπαι στην εργασία του εκτός κι αν είναι πολύ επίπονη όσο για το τι θα πει σε αυτούς δεν γνωρίζουν το πρόβλημα του ή τον ρωτούν τι έκανε στο νοσοκομείο τόσο καιρό μπορεί να συμβουλέψει τον ασθενή να μην πει τίποτα σχετικά με την ασθένεια και την φύση της θεραπείας Έτσι ώστε να μη είναι επηρεασμένοι από την αρχή αρνητικά. Η κολοστομία σήμερα με τις μεθόδους αντιμετώπισης περνά απαραίτητη κανείς δεν μπορεί να καταλάβει αν δεν το θέλει ο ασθενής. Πρέπει να πιστέψει ο ασθενής ότι δεν θα έχει κανένα πρόβλημα και καλό είναι για να πειστεί να επισκεφθεί ένα άτομο με κολοστομία επίσης.

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

☒ Την φροντίδα του στομίου την αλλαγή του σάκου και το άδειασμα αυτού. Η αδελφή ήδη έχει βοηθήσει τον άρρωστο να ρυθμίσει την λειτουργία του εντέρου κατά την διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο. Με την ρύθμιση του διαιτολογίου του και με υποκλυσμούς. Ο χρόνος που κενώνει το έντερο που είναι συνήθως η ώρα που βολεύει τον ασθενή έξω από το νοσοκομείο να κάνει την αλλαγή και την ατομική του καθαριότητα. Η εξήγηση τώρα της προετοιμασίας για την αλλαγή περιλαμβάνει:

- ☒ Τα απαραίτητα είδη που θα χρειαστούν.
- ☒ Πως ετοιμάζονται και
- ☒ Ποια είναι η σειρά εργασίας που χρησιμοποιείται.

Αφήνεται ο ασθενής να παρακολουθήσει την ετοιμασία αλλαγής και προτρέπεται να την ετοιμάσει μόνος του και να εκτελέσει την εργασία κάτω από την επίβλεψη της αδελφής ώσπου στο τέλος μόνος του υπεύθυνα να μπορεί να εξυπηρετηθεί.

⊕ Την φροντίδα του δέρματος γύρω από την κολοστομία. Σε περίπτωση που ο ασθενής έχει ανοικτό περιστομιακό δέρμα του γίνεται ενημέρωση να χρησιμοποιήσει κορτικοστεροειδή σπρέι.

⊕ Διδάσκεται ο ασθενής πώς να ελέγχει την κακοσμία. Βασικός κανόνας τήρησης για την κακοσμία είναι βέβαια η σχολαστική τήρηση των όρων υγιεινής και καθαριότητας. Εκτός όμως από αυτόν τον κανόνα συμβουλεύεται ο ασθενής να αποφεύγει τις τροφές που δημιουργούν οσμές όπως κρεμμύδια ορισμένα λαχανικά όσπρια αυγά. Προτρέπεται να τρώει γιαούρτι να πίνει αποβουτυρωμένο γάλα που μειώνουν τις οσμές των κοπρανών μαζών.

⊕ Άλλο πρόβλημα είναι πως θα αποφύγει ο ασθενής τα αέρια. Η μεγαλύτερη ποσότητα αερίων οφείλεται στον αέρα που καταπίνεται ασυναίσθητα όταν είναι αγχώδης ο ασθενής και σε φαγητά που περιέχουν πολλά καρυκεύματα και στα αεριούχα ποτά. Συμβουλεύεται ο ασθενής να είναι ήρεμος και να αποφεύγει τα παραπάνω.

⊕ Μεγάλο μέρος της διδασκαλίας περιλαμβάνει η δίαιτα που θα πρέπει να ακολουθεί ο ασθενής. Η δίαιτα εξατομικεύεται ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή και την αντοχή του εντέρου. Ο ασθενής μετά την αναχώρησή του από το νοσοκομείο θα πρέπει να ακολουθήσει ορισμένους κανόνες :

☒ Να αποφεύγει την πολυφαγία και τα ακατάστατα γεύματα γιατί θα φέρουν δυσφορία και θα βγάλουν το έντερο από την σειρά που έχει απαιτήσει. Επίσης να μασά καλά την τροφή για να μπορέσει να γίνει σωστή πέψη και ο σχηματισμός των κοπράνων.

☒ Τα φρούτα (σύκα σταφύλια) οι χυμοί φρούτων οι ντομάτες μπορεί να προκαλέσουν συχνές κενώσεις επειδή αυξάνουν την περισταλτικότητα του εντέρου. συμβουλεύεται να τρώει φρούτα σε κομπόστα ψητό μήλο. Τα αλκοολούχα ποτά πρέπει να

αποφεύγονται όπως π.χ. κρασί γιατί μπορεί να ενεργήσει σαν υπακτικό και να δημιουργήσει αέρια.

⊕ Συνήθως οι περισσότεροι άρρωστοι έχουν απορίες σχετικά με το ντύσιμο τους. Συμβουλεύονται οι ασθενείς να φορούν είτε ζώνη κοιλιάς είτε κορσέ και τα ρούχα τους να είναι ευρύχωρα. Οι γυναίκες μπορούν να φορούν παντελόνι αρκεί να μην είναι πολύ στενό και να πιέζουν υπερβολικά το στόμιο. Ακόμη οι κολοστομημένοι μπορούν να χρησιμοποιούν μαγιό που να καλύπτει φυσικά την κολοστομία και να τους προστατεύει από τα αδιάκριτα βλέμματα και να αισθάνονται πιο άνετα.

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

⊕ Όσον αφορά το θέμα των ταξιδιών ο κολοστομημένος μπορεί να ταξιδεύει αρκεί να έχει πάντα μαζί του το κουτί της φροντίδας του στομίου και να προσπαθούν να είναι συνεπής στην ώρα της ατομικής του υγιεινής. Επίσης συμβουλεύεται να έχει μαζί του ένα αντιδιαρροϊκό φάρμακο επειδή λόγω αλλαγής κλίματος μπορεί να παρουσιαστεί ανεπιθύμητη διάρροια.

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

⊕ Ένα πρόβλημα που συχνά παρουσιάζεται και οι ασθενείς ντρέπονται ή δεν θέλουν να συζητήσουν είναι σχετικά με την σεξουαλική δραστηριότητα. Οι κολοστομημένοι μπορεί να έχουν κανονική σεξουαλική ζωή και θα πρέπει να αποτρέπονται αν κρατούν αρνητική στάση απέναντι στη σεξουαλικότητα ενώ πριν είχαν φυσιολογική σεξουαλική ζωή. Πρέπει να καταλάβουν ότι η κατάσταση είναι παροδική και η διαταραχή αυτή στηρίζεται περισσότερο στο πεσμένο ηθικό τους.

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

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

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

⊕ Ενθαρρύνεται ο ασθενής να έρχεται σε επαφή με αλλά κολοστομημένα άτομα όπου μπορεί να συζητά προβλήματα τις νέες τεχνικές τα νέα υλικά κ.α.

Φυσικά το σχέδιο διδασκαλίας δεν αφορά μόνο τον κολοστομικό αλλά και την οικογένειά του και σε αυτήν την περίπτωση η συμπεριφορά θα είναι η ίδια όπως ακριβώς και στον ασθενή. Σε υπερήλικες και μη ισορροπημένα συναισθηματικά ή διανοητικά άτομα την αλλαγή της «παρά φυσιν έδρας» διδάσκεται ο πλησιέστερος κατάλληλος για την εκτέλεση αυτής της νοσηλείας συγγενής του ασθενή. Επίσης συμβουλεύονται τα μέλη της οικογένειας να μην κοινοποιήσουν σε αλλά άτομα αν δεν το συζητήσουν πρώτα με τον κολοστομικό και τον φέρουν σε δύσκολη θέση.

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

ΕΙΔΙΚΟ

ΜΕΡΟΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1η

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η ασθενής Γ.Κ. 82 ετών μεταφέρθηκε από την παθολογική κλινική του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Αγρινίου στην Χειρουργική κλινική στις 17/07/03. Η ασθενής ανέφερε άλγος του υπογαστρίου ενός μηνός περίπου διαλείποντος χαρακτήρα και μεγάλης έντασης. Παρουσίαζε διαρροϊκές κενώσεις δυο έως τρεις φορές την ημέρα που συνοδεύονταν από απώλεια αίματος.

Στις 20/07/03 έγινε προσπάθεια διάβασης του παχέος εντέρου όμως η εξέταση παρέμεινε ατελής λόγω αδυναμίας της ασθενούς να συγκρατήσει την σκιερά ουσία. Ορίστηκε χειρουργείο για τις 22/07/03.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ.

Η ασθενής δεν έχει παρουσιάσει κάποια νόσο κατά το παρελθόν.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

ΚΟΙΛΙΑ : φυσιολογική μαλακή

ΚΑΡΔΙΑ : φλεβοκομβική ταχυκαρδία

ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ : διεύρυνση μεσωθωρακίου.

Η αξονική έδειξε ότι από την κάτω κοιλιά και την ορθοσιγμοειδική συμβολή αποκαλύπτεται σημαντική ανισότιμη πάχυνση των τοιχωμάτων του εντέρου με διαστάσεις 4*9 εκατοστά. Η βλάβη προκαλεί σημαντική πάχυνση του εντερικού αυλού και αρχόμενη προστενωτική διάταση.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**ΑΙΜΑΤΟΣ**

Αιμοσφαιρίνη 14

Αιματοκρίτης 33

ΤΚΕ 52

ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ

Ολικά λευκώματα 6,1

Σφαιρίνες 2,0 g

Σίδηρος 17 µg/DL

Καρκινικοί δείκτες

CEA 9.0ng/ml Φ.Τ. 0,0-5,0

CA 9.09ng/ml Φ.Τ. 0,0-37,0

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η ασθενής Γ.Κ. 82 ετών εισήχθη στην Χειρουργική κλινική στις 17/07/03 με ζωτικά σημεία Αρτηριακή πίεση 130/70 mm Hg. Θερμοκρασία 36,7 σφίξεις 83/ λεπτό.

Το χειρουργείο Ορίστηκε για τις 20/07/03. Την προηγούμενη ημέρα έγινε βαριούχος υποκλυσμός και την ημέρα του χειρουργείου προεγχειρητική προετοιμασία. Το χειρουργείο ήταν επιτυχές και ακολούθησε η λήψη των ζωτικών σημείων όπου και αυτά ήταν πολύ καλά.

ΚΑΡΤΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Flagyl 1fl IV 1X3

Οροί Dextrose 5% 1000ml+2K+2Na

Claforan 1fl IV 1X3

0.9% 1000ml

Clexane 20 μονάδες (ΥΠΟΔ)

**ΠΙΝΑΚΕΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Προγραμματισμός εγχείρησης αγώνα και φόβος του αρρώστου για το αποτέλεσμα.</p>	<p>Μείωση της αγωνίας και των άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων που νοιώθει ο ασθενής. Εξασφάλιση καλής ψυχολογικής κατάστασης. Μείωση της αμφιβολίας για το αποτέλεσμα. Ενημέρωση του ασθενή σε επιτρεπτά όρια. Ενίσχυση ψυχολογική και απαλλαγή από τον φόβο.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Επικοινωνία με τον ασθενή και ενθάρρυνση του να εκδηλώσει τους φόβους και τις ανηυχίες του. 2. Παροχή πληροφοριών για το είδος και την αναγκαιότητα της επέμβασης. 3. Ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου της επέμβασης και την πορεία του μετεγχειρητικά. 4. Χορήγηση ηρεμιστικού την παραμονή του χειρουργείου καθώς και την ενημέρωση για την αναισθησία που προκύπτει μετά το χειρουργείο. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Έγινε συζήτηση με τον ασθενή ώστε να εκφράσει τα συναισθήματά του. 2. Δόθηκαν πληροφορίες για το είδος της επέμβασης. 3. Διαβεβαιώθηκε ο άρρωστος ότι η εγχείρηση θα έχει καλή πορεία και θα βελτιώσει την υγεία του και γι' αυτό δεν πρέπει να ανηυχεί. 4. Χορηγήθηκε μια ταμπλέτα Lexotanil 3mg. 5. Ενημερώθηκε για την κατάσταση και τον τρόπο αφόδευσης από εδώ και στο εξής. 	<p>Ο ασθενής φάνηκε ήρεμος αποδέχθηκε περισσότερο την επέμβαση και αυξήθηκαν οι ελπίδες του για την πορεία της υγείας του.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ					
ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΤΝΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΤΡΑΦΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ	
<p>Διόρθωση λόγω φλεγμονών και εξελακώσεων του γαστρεντερικού βλεννογόνου.</p>	<p>Απτάλλαγή του αρρώστου από διόρθωση και επαναφορά σε φυσιολογική κένωση του εντέρου.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση υγρών ενδοφλέβιων (IV) με εντολή Ιατρού. 2. Αυστηρή παρακολούθηση και καταμέτρηση ισοζυγίου υγρών. 3. Διαίτα ανάλογη 4. Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων με εντολή Ιατρού. 5. Μέτρηση και καταγραφή χαρακτηριστικών των κενώσεων. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορηγήθηκαν δόγματα Ισότρονο N/S 0,9% (IXI) 1000cc και R/I IXI 1000 ml IV με εντολή Ιατρού. 2. Έγινε καταμέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. 3. Παρέχεται νηστικός. 4. Χορηγήθηκαν 2 amp Imodium IM X2. 5. Έγινε καταμέτρηση και καταγράφη η σύσταση το ποσό και η Χροιά. 	<p>Ο ασθενής απτάλαχθηκε προσωρινά από τις διόρθωσεις.</p>	

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

<p>ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
<p>Εμετός - ναυτία μετεγχειρητικά.</p>	<p>Απτάλλαγή αρρώστου από εμετούς και πρόληψη της αφυδάτωσης.</p>	<p>1. Παρακολούθηση για σημεία αφυδάτωσης. 2. Τοποθέτηση του αρρώστου σε κατάλληλη θέση προς αποφυγή εισρόφησης. 3. Διατήρηση της στοματικής καθαριότητας καθαρής μετά από κάθε εμετό. 4. Χορήγηση υγρών IV με εντολή Ιατρού. 5. Τήρηση του ισοζυγίου υγρών. 6. Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων. 7. Χορήγηση αντιεμετικού φαρμάκου με οδηγίες Ιατρού.</p>	<p>1. Τοποθετήθηκε σε αναπαυτική θέση όσο του επιτρέπει η κατάσταση του. 2. Δόθηκε έμφυση στα σημεία αφυδάτωσης όπως ξηρότης βλενογόνου, χείλια. 3. Τοποθετήθηκε σε ύπτια θέση ο ασθενής. Έγινε καθαρισμός της στοματικής κοιλότητας με Hexalen χορηγήθηκε δίδαγμα R/L 1X1 1000 ml και N/S 0,9% IV 1000 ml + 1 amp Primberan.</p>	<p>Οι εμετοί μειώθηκαν ικανοποιητικά.</p>

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ				
ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Πυρετός 38 °C	Πτώση του πυρετού. Ρύθμιση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα.	1. Παρακολούθηση ζωτικών σημείων ασθενούς. 2. Χορήγηση αντιπυρετικού με ιατρική εντολή. 3. Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων και χορήγηση υγρών. 4. Προφύλαξη ασθενούς από κρύα ρεύματα και αλλαγή των βρεγμένων ενδυμάτων. 5. Διατήρηση περιβάλλοντος δροσερού και ήρεμου.	1. Μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων. 2. Μετά από ιατρική εντολή δόθηκε 1amp Apoel IM. 3. Αυξήθηκε η χορήγηση υγρών. 4. Έγινε αλλαγή των ιδρωμένων ρούχων. 5. Αερίστηκε ο θάλαμος του αρρώστου. 6. Χορηγήθηκε N/S 1000 cc 0,90% (IX) D/X 5% 1*2	Με την χορήγηση 1 amp Apoel η θερμοκρασία του ασθενή έπεσε στα φυσιολογικά επίπεδα. Η Αήψη ζωτικών σημείων έδειχνε την συνεχή βελτίωση του ασθενή.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ					
ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ	
Θρεπτικό ανισοζύγιο.	Διατήρηση της καλύτερης δυνατής θρεπτικής κατάστασης.	1. Χορήγηση υγρών ενδοφλέβιας. 2. Χορήγηση τροφών 3. Εξασφάλιση ιδανικών συνθηκών διατροφής. 4. Ενθάρρυνση ασθενή να επιλέξει την σωστή διατροφή.	1. Χορηγήθηκε Sodium Chloride 0,9% των 1000cc + 1 Nacl+1kcl και Dextrose 5% 1000cc. 2. Δημιουργία ευχάριστου περιβάλλοντος. 3. Χορηγήθηκαν σαν τηγή πρωτεϊνών ψάρι κοτόπουλο αυγά και τυρί.	ο ασθενής έχει ικανοποιητικό επίπεδο θρέψης η οποία τον βοήθα στην αποκατάσταση της υγείας του και φαίνεται από το εντός φυσιολογικών ορίων βάρος και τις φυσιολογικές τιμές ουρίας, λευκωματίνης, ορού, αιματοκρίτη, αιμοσφαιρίνης και τρανοφερίνης.	

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2^η

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο ασθενής Δ.Ν. εισήχθη στις 17/6/03 στη χειρουργική κλινική του Γενικού νομαρχιακού νοσοκομείου Αγρινίου για να υποβληθεί σε ιατρικές εξετάσεις. Ο ασθενής παρουσίασε διαρροϊκές κενώσεις και απώλεια αίματος από το ορθό. Διαπιστώθηκε όγκος στην περιοχή του ορθού.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο ασθενής είχε εμφανίσει ελκώδη κολίτιδα κατά το παρελθόν ενώ για την οικογένεια του δεν αναφέρθηκε κάποια νόσος.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

ΚΑΡΔΙΑ : Δεν παρουσιάζει αντενδείξεις

ΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ : Μάζα ορθού και αιματηρά κόπρανα.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

ΑΙΜΑΤΟΣ

Αιματοκρίτης 40

T.K.E. 50

ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ

Σίδηρος 35mg/ml

CEA 7.2 ng/ ml

CA 10.2ng/ ml

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο ασθενής Δ.Ν. εισήχθη στις 19/06/03 στην Χειρουργική Κλινική του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Αγρινίου. Τα ζωτικά του σημεία ήταν: αρτηριακή πίεση 130/80 mm Hg σφίξεις 80 / λεπτό και θερμοκρασία 36,2. το χειρουργείο έγινε στις 22/06/03. την προηγούμενη ημέρα έγινε υποκλυσμός και προεγχειρητική προετοιμασία. Το χειρουργείο ήταν επιτυχές και τα ζωτικά σημεία καλά.

Ο ασθενής όμως ήταν ανήσυχος και φοβισμένος λόγω της αδυναμίας του για αυτοεξυπηρέτηση και λόγω της έλλειψης γνώσεων για το χειρουργείο που υπέστη.

ΚΑΡΤΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.

Flagyl 1Fl 1X3 IV	Οροί
Venofler amp 1X1 IV	Dextrose 5% 1000ml+ 2Na + 2K
Eprex 40.000 μονάδες (ΥΠΟΔ)	0.9 1000 ml
Apotel επί πόνου.	Dextrose 5% 1000ml+2 Na+ 2K

ΠΙΝΑΚΕΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ				
ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Αγωνία και φόβος κατά την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο και τις προγραμματισμένες εξετάσεις.</p>	<p>Ψυχολογική υποστήριξη. Μείωση αγωνίας και φόβου του ασθενή. Επίτευξη ψυχικής ισορροπίας.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ενημέρωση του ασθενή και ενθάρρυνση ότι όλα θα πάνε καλά. 2. Ενημέρωση για το είδος των εξετάσεων και την αναγκαιότητά τους. 3. Διαβεβαίωση για την ασφάλεια του. 4. Ενθάρρυνση για συνεργασία. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Έγινε συζήτηση με τον ασθενή και δόθηκαν εξηγήσεις στα ερωτήματά του. 2. Έγιναν προγραμματισμένες εξετάσεις. 3. Ο νοσηλεύτης εξασφάλισε την ομαλή συνεργασία και ηρεμία του αρρώστου. 	<p>Η αγωνία και ο φόβος μειώθηκαν. Ο ασθενής ηρέμησε. Η διεξαγωγή των εξετάσεων εκτυλίχθηκε ομαλά.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ				
ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Φόβος και ανησυχία για την πρόβλεψη της εγχείρησης.	Απομάκρυνση του φόβου και της ανησυχίας από τον ασθενή την ημέρα του χειρουργείου.	1. Ειλικρινέστατη επικοινωνία με τον ασθενή. 2. Ενθάρρυνση του αρρώστου για έκφραση των συναισθημάτων και αποριών του.	1. Έγινε συχνή επικοινωνία με τον ασθενή. 2. Ενθαρρύνθηκε για την έκφραση των συναισθημάτων του.	Το άγχος και ο φόβος μειώθηκαν σταδιακά σε μεγάλο βαθμό.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ				
ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Απώλεια σιμματος από το ορθό.	Πρόληψη αφυδάτωσης.	1. Χορήγηση υγρών IV μετά από εντολή ιατρού. 2. Παρακολούθηση ζωτικών σημείων και ισοζυγίου υγρών.	Ενδοφλέβια χορήγηση Sodium Chloride 0,9% 1000 cc+ 2 Nacl + 2 Kcl Dextrose 5% 1000 cc Ζωτικά σημεία Α.Π. 130/80mmHg ΣΦ. 85/min Θ. 36,7 ° C	Αντιλήφθηκαν τα υγρά του σσβενή Χωρίς να παρτηρηθεί αφυδάτωση και έχοντας σταθερό ισοζύγιο.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ				
ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	Αποδοχή της κολλοστομίας.	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Ανησυχία δυσκοκολία στην αποδοχή της κολλοστομίας και ανησυχία για την εξωτερική του εμφάνιση.	Αποδοχή της κολλοστομίας. Απομάκρυνση των δυσάρεστων συναισθημάτων και εξασφάλιση της ηρεμίας του.	1. Ενημέρωση του ασθενούς και των οικείων του σχετικά με την κολλοστομία και την ομαλή συνέχιση της ζωής του. Δύση τυχόν αποριών. 2. Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς ώστε να αποδεχθεί την καινούρια σωματοική εικόνα με το μικρότερο γί' αυτών ψυχολογικό κόστος. 3. Ενημέρωση για την φροντίδα της κολλοστομίας.	1. Ενημέρωση του ασθενή για την συχνότητα της κολλοστομίας στις παθήσεις του παχέος εντέρου. 2. Επισχυθίκε ψυχολογικά ο ασθενής και επιβεβαιώθηκε ότι η πορεία του θα έχει καλή εξέλιξη και α υπάρξει Δύση σε κάθε πρόβλημα. 3. Έγινε επίδειξη πλύσης της κολλοστομίας ώστε να εξοικειωθεί ο ασθενής και να την φροντίζει μόνος του.	Το αποτέλεσμα της παρέμβασης καταρχήν ήταν αρνητικό στην συνέχεια όμως η έντασή του μειώθηκε και ο ασθενής ηρέμησε και αποδέχθηκε την κολλοστομία.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	Αποδοχή της κοσμοτομίας.	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Μετεγχειρητικός πόνος τραύματος.	Αντιμετώπιση του πόνου και μείωση αυτού όσο το δυνατόν περισσότερο.	1. Αναζήτηση των αιτιών του πόνου. 2. Εκτίμηση της αντίληψης του πόνου από τον ασθενή. 3. Μείωση της έντασης και της ανησυχίας του ασθενή. 4. Τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση. 5. Χορήγηση αναλγητικού φαρμάκου.	1. Ανεύρεση αιτιών που προκαλούν τον πόνο. 2. Μειώθηκαν οι επισκέψεις. 3. Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος του ασθενούς. 4. Υποστηρίχθηκαν τα μέλη του σώματος με μαξιλάρια για κατάλληλη θέση χαλάρωσης του ασθενή. 5. Χορηγήθηκε 1 amp. Pethidine μετά από ιστρική εντολή.	Ο ασθενής παρουσιάζει υποχώρηση του πόνου όπως φαίνεται από την προφορική έκφραση του την Χαλαρή έκφραση του προσώπου του και την θέση του σώματός του.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

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

Χιλιάδες άτομα κάθε χρόνο πεθαίνουν από καρκίνο σε όλο το κόσμο και σε μεγαλύτερο ακόμα ποσοστό ατόμων ο καρκίνος υποχρεώνει αλλαγή στην εμφάνιση και στον τρόπο ζωής.

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

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

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

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

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΙΙΙ Αδαμόπουλος Αδ. Καρκίνος παχέος εντέρου. Νοσοκομειακά Χρονικά 1988 5 (3): σελ. 16-22.
- ΙΙ Αθανάτου Ελευθερία Κλινική νοσηλευτική «Βασικές και ειδικές νοσηλείες» Αθήνα 1998.
- ΙΙΙΙ Βλάχος Η.Λ. Ακτινοδιαγνωστική του Γαστρεντερικού Συστήματος Γ. Παρισσιάνου Αθήνα 1985.
- ΙΙΙ Βογιατζή Αικ. Νοσηλευτικά Προβλήματα Καρκινοπαθών και η θέση της Αδελφής. Πρακτικά Ε.Σ.Δ.Ν.Ε. Θεσσαλονίκη 1988 178-182.
- ΙΙΙΙΙ Γαρδίκας Κ.Δ. Ειδική νοσολογία. Επιστημονικές εκδόσεις «ΓΡ. Παρισσιάνου».
- ΙΙΙΙΙΙ Γίσιος Κ. Νοσολογία (εξέταση συστημάτων) Β έκδοση Αθήνα 1987.
- ΙΙΙΙΙΙΙ Παυλοπούλου Μ. Η θέση της αδελφής στην ακτινοθεραπεία Πρακτικά 14 ου Πανελληνίου Συνεδρίου -Ε.Σ.Δ.Ν.Ε. Θεσσαλονίκη 1987 σελ. 31-36.
- ΙΙΙΙΙΙΙΙ Κορδιόλης Ν. Καρκίνος του ορθού και του ορθοσιγμοειδούς 1973 24 (1): σελ.9-13.
- ΙΙΙΙΙΙΙΙΙ Κοσμίδης Π. και Τριανταφυλλίδης Γ. Ογκολογία του πεπτικού συστήματος Βήτα Αθήνα 1991.
- ΙΙΙΙΙΙΙΙΙΙ Κουτσογιαννόπουλος Β. Επιδημιολογία Ιωάννινα 1984.
- ΙΙΙΙΙΙΙΙΙΙΙ Κυπαρισσιάδης Π. μαθήματα ακτινοθεραπείας Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων Ιωάννινα 1990.
- ΙΙΙΙΙΙΙΙΙΙΙΙ Κυριακίδης Π. Κωνσταντινίδου Σ. Δημητρίου Ε. Τζάλλα - Βεγκρή Α. Ψυχολογικά προβλήματα καρκινοπαθών με καρκίνο μαστού και εντέρου πρακτικά 5 ου και 6 ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ε.Σ.Δ.Ν.Ε. Αθήνα 1980 189-211.
- ΙΙΙΙΙΙΙΙΙΙΙΙΙΙ Λεοντσάκου Β.Γ. Άμεσες επιπλοκές της χειρουργικής θεραπείας του παχέος εντέρου Ιατρική 1969 15 (2) : 143-151.

- ΧΙΘΙΙΙ Μαλαγαρινού Μ., Κωνσταντινίδου Χειρουργική – Παθολογική
Νοσηλευτική «Η ΤΑΒΙΘΑ» Αθήνα 1987.
- ΧΘΙΙΙ Μπάλας Π. Χειρουργική Πασχαλίδης Αθήνα 1987.
- ΧΘΙΙΙ Μπαρμπούνη – Κωνσταντάκου. Ο ρόλος της Νοσηλευτικής
Ογκολογίας στην Χημειοθεραπεία – Εκπαίδευση του αρρώστου
και μέτρα προφύλαξης. Πρακτικά 14 ου Πανελληνίου Συνεδρίου
Ε.Σ.Δ.Ν.Ε. Θεσσαλονίκη 1987 200-206.
- ΧΘΙΙΙ Μπεσμπέας Σ. Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του
παχέος εντέρου και του ορθού Αθήνα 1989 25 (2): 229-241.
- ΧΘΙΙΙ Μπεσμπέας Σ. Φροντίδα κολοστομίας και αποκατάσταση. Μάχη κι
ελπίδα 1989 28: 14-18.
- ΧΙΧΙΙ Μάντακα Τρίφυλλη Μ. Καρκίνος και διατροφή, Μάχη και Ελπίδα
1989 28: 12-13.
- ΧΧΙΙ Ξανθάκης Δ. Καρκίνος του ορθού και του ορθοσιγμοειδούς
Ιατρική 1973 24 (1) 31-36.
- ΧΧΙΙΙ Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ. Παθολογική και χειρουργική
Νοσηλευτική Βήτα Αθήνα 1985.
- ΧΧΙΙΙ Στεφανής Αποκατάσταση αρρώστου με καρκίνο παχέος εντέρου
Αθήνα 1981.
- ΧΧΙΙΙ Τούντας Ι. Χειρουργική Παρισσιάνος Αθήνα 1973
- ΧΧΙΘΙ Χατζημηνάς Ι. Επίτομος Φυσιολογία Αθήνα 1986
- ΧΧΘΙΙ Lippert Herbert Ανατομική Κείμενο και Άτλαντας Εκδόσεις «Γρ.
Παρισσιάνου» Αθήνα 1993
- ΧΧΘΙΙΙ Cancer facts and Figures New York American cancer society
inc.1977
- ΧΧΘΙΙΙ Luckmann J., Sorensen K. Medical – Surgical Nursing
Aphychophysiologic Approach 2 hn Ed. WB Saunders co., London
1980
- ΧΧΘΙΙΙ Donovan M.K. and S.G. pierce Cancer care Nursing New York
Appleton – Century – Grofts 1976
- ΧΧΙΧΙΙ Barringer P.L. Dockerty M.B. Waugh J.M. and Bergen J.A.
Carcinoma of the large intestine: A new approach to the study of
venous spread. Surg Gynec Obst 1954 62:98

- XXIX Madison M.S. Dockerty M.B. and Waugh J.M. Venus invasion in Carcinoma of the rectum as evidenced by venous radiography. Surg. Gyn. Obst 1954 99:170
- XXI Sunderland D.A. Carcinoma of the rectum cancer 1950 2:429
- XXII White ley H.W. J.R. Stearns M.W. J. R. Learning R.M. and Deddish M.R. palliative radiation therapy in patients with cancer of the colon and rectum Cancer 1970 25:343
- XXIII Dwight R. W. Higgins G.A. Roswit B. Leveen H.H. and Leehn R.J. Preoperative radiation and surgery fir cancer of the sigmoid colon and rectum Amer. J. Surg. 1972 93:123
- XXIV Gabriel W.B. the principles and practive of rectal surgery sth. Ed. London Lewis 1963
- XXV Weiburger J. H. colon Carcinogens their metabolism and mode of action Cancer 1971 28:68
- XXVI Dukes C.E. Histological grading of the colon and rectal cancer Proc. Roy. Soc. Med. 1963 30:371
- XXVII Manson H. Burkitt malignancy in inflammatory diseases of the large intestine Cancer 1977 28:41
- XXVIII Εφημερίδα ΤΟ ΒΗΜΑ Πέμπτη 22 Μαΐου 2003 Επιστήμη και τεχνολογία
- XXIX Α. Πετρίδης Εγχειρίδιο χειρουργικής 2^η έκδοση εκδόσεις Έλληνα Αθήνα 1998
- XL Άννα Τσιλιγκιροπούλου Φαχαντίδου Υγιεινή University studio press 1991
- XLI Πλατή Χρυσάνθη Γεροντολογική Νοσηλευτική Αθήνα 2000
- XLII Χ.Μ. Μουτσόπουλος – Δ.Σ. Εμμανουήλ Βασικές αρχές παθοφυσιολογίας Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας 1991
- XLIII Επιστημονική και Τεχνολογική Εγκυκλοπαίδεια Επιστήμη τόμοι 5 και 7 εκδόσεις Κουμουνδουρέας .
- XLIV Μεγάλη Σχολική Εγκυκλοπαίδεια Γνωρίζω εκδόσεις Κουμουνδουρέας τόμος 2.
- XLV Εγκυκλοπαίδεια Υγεία τόμοι 5 και 6 εκδόσεις Δομική.

ΧΛ9]ΠΠλέσσας Σταύρος Διαιτητική του ανθρώπου Αθήνα 1998 εκδόσεις
Φάρμακον τύπος.

ΧΛ9]]ΠΙ.Κ. Δανιηλίδης Ιατρός Γαστρεντερολόγος Καρκίνος παχέος
εντέρου πρόληψη και πρώιμη διάγνωση

ΧΛ9]]Π <http://medical.eexi.gr/familydoc/fgastro/colloncadaniel/> html

ΧΛ]ΧΠ www.wyeth.gr/th_areas/th_aria_main.asp?th_ar_id=28

ΛΠΠ www.startpoint.gr/page.aspx?10=719

Λ]ΠΠ Richard A. Harvey - Pamela C. Champe φαρμακολογία
επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόρης Παρισσιάνος Αθήνα 1995.

