

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*«Καρκίνος παχέος εντέρου - Κολοστομία -  
Νοσηλευτική Παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη  
του πάσχοντος από καρκίνο παχέος εντέρου»*

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ ΣΟΥ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΠΑΝΤΕΛΗ ΜΑΡΙΑ



ΠΑΤΡΑ, 2005

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	4587
----------------------	------

Στους γονείς μου  
με σεβασμό  
και αγάπη

Στην καθηγήτριά μου και  
εισηγήτριά μου  
κ. Μιχαλοπούλου Σου και  
στην υπεύθυνο της βιβλιοθήκης  
του Νοσοκομείου ΜΕΤΑΞΑ  
στον Πειραιά

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
Πρόλογος	1

### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

1.1. Επιδημιολογικά στοιχεία του καρκίνου παχέος εντέρου	2
1.2. Πεπτικό σύστημα	3
1.2.α. Ανατομία πεπτικού συστήματος	3
1.2.β. Ανατομική ανασκόπηση παχέος εντέρου	4
1.2.γ. Φυσιολογία παχέος εντέρου	6

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

2.1.α. Αιτιολογία - Παθογένεια καρκίνου	9
2.1.β. Παθολογική ανατομική	11
2.1.γ. Οδοί μεταστάσεις	12
2.1.δ. Σταδιοποίηση του καρκίνου του παχέος εντέρου	14
2.2. Κλινική συμπτωματολογία	15
2.3. Διάγνωση	17
2.4. Θεραπεία	25
2.5. Πρόληψη	38
2.6. Πρόγνωση	39

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

3.1. Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου	42
3.2. Προεγχειρητική νοσηλευτική παρέμβαση	43
3.3. Μετεγχειρητική νοσηλευτική παρέμβαση	51
3.4. Μετεγχειρητικές δυσχέρειες - νοσηλευτική παρέμβαση	55
3.5. Μετεγχειρητικές επιπλοκές - νοσηλευτική παρέμβαση	58
3.6. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία	59
3.7. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία	61

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

4.1. Ορισμός και είδη κολοστομίας - παραφύσιν έδρας	64
4.2. Συσκευές κολοστομίας	66
4.3. Φροντίδα κολοστομίας	66
4.4. Νοσηλευτική παρέμβαση στις επιπλοκές της κολοστομίας	72
4.5. Προετοιμασία αρρώστου για την έξοδό του από το νοσοκομείο	74

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

Εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική παρέμβαση σε αρρώστους με εφαρμογή μεθόδου της νοσηλευτικής διεργασίας	81
1 <sup>η</sup> Περίπτωση νοσηλευτικής διεργασίας	81
2 <sup>η</sup> Περίπτωση νοσηλευτικής διεργασίας	95
Επίλογος	109
Εικόνες	110
Βιβλιογραφικές παραπομπές	121

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο σκοπός που με οδήγησε στη διεκπεραίωση αυτής της εργασίας, είναι να τονίσουμε ότι υπάρχει μεγάλη ανάγκη για επιμόρφωση και εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού, σχετικά με ασθενείς που πάσχουν από Ca παχέος εντέρου και φυσικά να ευαισθητοποιήσουμε το κοινό μας, που θα αποτελέσει το αυριανό νοσηλευτικό προσωπικό, στις ανάγκες και τα προβλήματα των καρκινοπαθών. Ο καρκίνος είναι μια πολυδιάστατη ασθένεια. Ο πάσχων εκτός από τον φόβο του για την ασθένεια και την ζωή του, έχει και ψυχικές ανάγκες.

Γι' αυτό θα ήθελα να τονίσουμε ότι πάνω από όλα ο νοσηλευτής πρέπει να είναι άνθρωπος. Πρέπει να προσπαθεί να καλύπτει τις ψυχοσωματικές ανάγκες του ασθενούς. Ειδικά οι πάσχοντες από Ca του παχέος εντέρου, που αντιμετωπίζουν το ενδεχόμενο της «παρά φύσιν έδρας» χρήζουν ειδικής συμπεριφοράς. Χρήζουν μιας συμπεριφοράς τρυφερής και υποστηρικτικής.

Επίσης πιστεύω ότι πρέπει να εδραιωθούν οι προσπάθειες ανάπτυξης προγραμμάτων, πρόληψης, γιατί είναι καλύτερο το «προλαμβάνειν» του «θεραπεύειν».

Προσπαθώ να είναι η εργασία μου όσο το δυνατόν πιο πλήρης και για τον λόγο αυτό συμβουλευτήκα πολλά βιβλία, είτε ιατρικά είτε νοσηλευτικά και πολλά περιοδικά ξενόγλωσσα και μη. Διαπίστωσα ότι η πρόοδος της Ιατρικής και της Νοσηλευτικής Επιστήμης είναι αλματώδεις, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, εύχομαι από καρδιάς όπως και όλοι εσείς υποθέτω σε λίγα χρόνια ο καρκίνος να είναι μια απλή ασθένεια, με πλήρη ίαση και μηδαμινό ποσοστό θανάτων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### 1.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου κατέχει την δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου ετήσια, μετά τον καρκίνο του πνεύμονα στις Ευρωπαϊκές χώρες και γενικότερα στις χώρες που έχουν αναπτυχθεί.<sup>23</sup>

Κάθε χρόνο ο καρκίνος διαγιγνώσκεται σε μισό εκατομμύριο ανθρώπους παγκόσμια. Στην Ευρώπη η υψηλότερη θνησιμότητα παρατηρείται σε άνδρες και σε γυναίκες των ανατολικών και βορειοδυτικών χωρών, ενώ χαμηλότερη είναι η θνησιμότητα στις χώρες της νότιας Ευρώπης. Παρά το γεγονός ότι η Ελλάδα καταλαμβάνει τη χαμηλότερη θέση ανάμεσα στις χώρες της ΕΟΚ, ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι σημαντική αιτία θνησιμότητας (8,7 θάνατοι ανά 100.000 πληθυσμού) και αποτελεί την τρίτη σε σειρά αιτία θανάτου από κακοήθη νεοπλασμάτα.<sup>4</sup>

Εμφανίζεται σε ίδια συχνότητα και στα δύο φύλα, με τη διαφορά ότι στους άνδρες είναι αυξημένη η συχνότητα του καρκίνου του ορθού.<sup>4,5</sup> Είναι νόσημα μεγάλης ηλικίας, μπορεί όμως να παρουσιασθεί σε οποιαδήποτε ηλικία.<sup>5</sup> Περισσότερο από το 50% των περιπτώσεων εμφανίζεται μεταξύ της 5<sup>ης</sup> και 7<sup>ης</sup> δεκαετίας ζωής.<sup>5,6</sup> Όμως έρευνες έδειξαν ότι ο καρκίνος του ορθού εμφανίζεται σε μικρότερη ηλικία στις γυναίκες από ότι στους άνδρες.<sup>5</sup> Βέβαια ο κίνδυνος αυξάνει μετά την ηλικία άνω των 40 ετών και υπολογίζεται ότι ένα άτομο 50 ετών έχει 5% πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου στο υπόλοιπο της ζωής του και 2,5 % να πεθάνει από αυτή την αιτία.<sup>7</sup>

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι γνωστό, ότι αποτελεί ένα από τα σημαντικά προβλήματα της υφελίου.<sup>8</sup> Στις Η.Π.Α. αποτελεί ένα τεράστιο δημόσιο πρόβλημα υγείας, όπως επίσης και στις Δυτικές χώρες.<sup>9</sup> Ο καρκίνος παχέος εντέρου αποτελεί την δεύτερη αιτία καρκινικού θανάτου,<sup>4,10</sup> ενώ κατέχει το 9% των νέων καρκινικών διαγνώσεων, το 11% όλων των καρκινικών θανάτων και προσβάλλει 130.000 νέες περιπτώσεις κάθε χρόνο.<sup>10</sup>

Στις Η.Π.Α. ο καρκίνος παχέος εντέρου στους άνδρες εμφανίζεται τρίτος σε συχνότητα μετά τον καρκίνο του πνεύμονα και του προστάτη ενώ στις γυναίκες δεύτερος σε συχνότητα, μετά τον καρκίνο του μαστού.<sup>9</sup> Και στην Ελλάδα δεν

αλλάζει η συχνότητα εμφάνισής του, με την διαφορά ότι στους άνδρες εμφανίζεται δεύτερος μετά τον καρκίνο του πνεύμονα, ενώ στις γυναίκες ισχύει το ίδιο, μετά τον καρκίνο του μαστού.<sup>11</sup> Κάποιες έρευνες έδειξαν ότι η θνησιμότητα στην Ελλάδα είναι σχετικά 10/100.000 συγκριτικά με το υψηλό ποσοστό θνησιμότητας που έχουν χώρες όπως Δανία με 30/100.000 ή Λουξεμβούργο 30/100.000.

Η συνηθέστερη εντόπιση του αδενοκαρκινώματος του παχέος εντέρου είναι το σιγμοειδές με 50% και το τυφλό και το ανιόν κόλον με 25% αν και παρατηρείται μετατόπιση της συχνότητας εντόπισης από το ορθό προς το τυφλό.<sup>5</sup>

Τέλος, από την άλλη πλευρά έχουμε τις χώρες που έχουν πάρα πολύ μικρό ποσοστό εμφάνισης και θανάτου από καρκίνο του παχέος εντέρου. Αυτές οι χώρες είναι η Αφρική, και η Κίνα. Οι επιστήμονες πιστεύουν ότι αυτό οφείλεται σε διατροφικούς λόγους και σε διαφορετικές εντερικές συνήθειες, οι οποίες διαφέρουν από αυτές των Ευρωπαϊκών (συμπεριλαμβανομένου και των Ελλήνων) και των Αμερικανών.

## **1.2. ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

### **α. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

Το σώμα διατηρεί τη μορφολογία και τη λειτουργία των οργάνων του, με τη συνεχή πρόσληψη ενέργειας. Η ενέργεια προσλαμβάνεται με τις τροφές οι οποίες επιτελούνται από πρωτεΐνες, λίπη, υδατάνθρακες καθώς και βιταμίνες.

Η πέψη περιλαμβάνει όλες τις επεξεργασίες με τις οποίες οι θρεπτικές ουσίες με τη δράση ενζύμων, απελευθερώνονται από τις μορφές και τελικά απορροφώνται. Η πέψη γίνεται από τα όργανα του πεπτικού συστήματος, γαστρεντερικός σωλήνας (ΓΕΣ) - αδένες πεπτικού συστήματος.<sup>12</sup> Η πέψη των τροφών γίνεται μέσα στο γαστρεντερικό ή πεπτικό σωλήνα που αρχίζει από το στόμα και καταλήγει στο πρωκτό. Η τροφή προωθείται στα διάφορα τμήματα του πεπτικού σωλήνα με τη βοήθεια των περισταλτικών κινήσεων των οργάνων του, έτσι δέχεται την επίδραση των διαφόρων πεπτικών υγρών που βοηθούν τη διάσπαση της στα τελικά της προσόντα.<sup>13</sup>

Τα όργανα του πεπτικού συστήματος βρίσκονται εν μέρει στη κεφαλή και στον τράχηλο και εν μέρει στις κοιλότητες του κορμού. Το ανώτατο τμήμα του πεπτικού συστήματος αποτελείται,<sup>12</sup> από τη στοματική κοιλότητα με τους

πολυάριθμους μικρούς και τρία ζεύγη μεγάλων σιελογόνων αδένων<sup>12,13</sup> και από τη μέση και κάτω μοίρα του φάρυγγα μέχρι την αρχή του οισοφάγου.<sup>12</sup>

Το τμήμα του πεπτικού συστήματος μέσα στον κορμό (κατώτερο τμήμα) αποτελείται από γαστρεντερικό σωλήνα (ΓΕΣ) και αρχίζει από την αρχή του οισοφάγου, μέχρι το τέλος του παχέος εντέρου (πρωκτός). Αποτελείται από τον οισοφάγο - στόμαχο - λεπτό έντερο - παχύ έντερο.<sup>12,13</sup>

Ο οισοφάγος λειτουργεί σαν σωλήνας διέλευσης της τροφής.<sup>12</sup> Η διάσπαση των τροφών γίνεται εν μέρει στο στόμαχο και συμπληρώνεται στο λεπτό έντερο, όπου απορροφώνται τα διάφορα συστατικά των θρεπτικών ουσιών. Στο τμήμα αυτό του πεπτικού συστήματος υπάρχουν πολυάριθμοι μικροί και δύο μεγάλοι αδένες (ήπαρ-πάγκρεας), που παράγουν πεπτικά υγρά τα οποία διοχετεύουν στο λεπτό έντερο (12/δακτυλα).<sup>12,13</sup> Οι τροφές που δεν απορροφήθηκαν με την απορρόφηση νερού στο κόλο, γίνονται πυκνόρρευστες και μετατρέπονται σε κόπρανα.<sup>12</sup>

## **β. ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**

Το παχύ έντερο έχει μήκος 150 cm και διάμετρο 2,5 - 8,5 cm<sup>14,15</sup> Το παχύ έντερο δεν έχει λάχνες.<sup>14</sup> Αρχίζει από την ειλεοκολική ή ειλεοτυφλική βαλβίδα και τελειώνει στον πρωκτό.<sup>12,14</sup> Κατά την πορεία σχηματίζει μια στεφάνη ανοιχτή προς τα κάτω μέσα στην οποία βρίσκονται, οι έλικες του λεπτού εντέρου.<sup>12</sup>

Οι κινήσεις του παχέος εντέρου είναι: κινήσεις κατάτμησης, περισταλτικές για τη μηχανική πέψη και μαζικές περισταλτικές, που είναι η απόκριση στη διάτασή του. Οι μαζικές περισταλτικές κινήσεις γίνονται για την προώθηση μεγάλης ποσότητας περιεχομένου σε μεγάλη απόσταση.<sup>14</sup>

Το παχύ έντερο διαιρείται σε τρεις μοίρες: 1) το τυφλό με την σκωληκοειδή απόφυση, 2) το κόλο με 4 μέρη (ανιόν - εγκάρσιο - κατιόν και σιγμοειδές) και 3) το ορθό.<sup>12,14,15</sup>

Το τυφλό από το οποίο κρέμεται η σκωληκοειδής απόφυση, βρίσκεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο και χωρίζεται από τον ανιόν καλό με την εμφύτευση του ειλεού (ειλεοκολική βαλβίδα).<sup>12</sup>



Το ανιόν κόλο πορεύεται δεξιά προς τα άνω μέχρι το ήπαρ, όπου ανακάμπτει προς τα αριστερά και σχηματίζοντας τη δεξιά κολική καμπή, μεταβαίνει στο εγκάρσιο κόλο.<sup>12,15</sup>

Το εγκάρσιο κόλο φέρεται οριζόντια κάτω από το στομάχο μέχρι το σωλήνα και εκεί ανακάμπτει πάλι, προς τα κάτω, σχηματίζοντας την αριστερή κολική καμπή και μεταβαίνει στο κατιόν κόλο.<sup>14,15</sup>

Το κατιόν κόλο πορεύεται προς τα κάτω και πίσω κατά μήκος του αριστερού πλάγιου της κοιλιακής χώρας, όπου μεταβαίνει στο σιγμοειδές.

Το σιγμοειδές κόλο πορεύεται αρχικά στον αριστερό λαγόνιο βόθρο και μετά εισέρχεται στην ελάσσονα πύελο σχηματίζοντας αγκύλη σαν «S».<sup>12,15</sup>

### *Εξωτερικά γνωρίσματα*

Κάποια από τα χαρακτηριστικά του παχέος εντέρου είναι ότι οι μυϊκές ίνες της έξω επιμήκουσ στιβάδος σε τρεις επιμήκεις ταινίες πλάτους 1cm κάθε μία, που ονομάζονται κολικές ταινίες (ελεύθερη - μεσοκολική - επιπλοϊκή). Η μεσοκολική χρησιμεύει στη προσφυγή του μείζονος επιπλόου.<sup>12</sup>

το παχύ έντερο παρουσιάζει επίσης τα εκκολπώματα που χωρίζονται μεταξύ τους με κυκλωτερείς περισφίγγεις, οι οποίες προσβάλλουν στο εσωτερικό και σχηματίζουν τις μηνοειδείς πτυχές.<sup>12</sup>

Κατά μήκος των κολικών ταινιών υπάρχουν οι επιπλοϊκές αποφύσεις, οι οποίες είναι προσεκβολές του περιτόναιου γεμάτες λίπος.<sup>19</sup>

### *Κατασκευή του παχέος εντέρου*

Το παχύ έντερο αποτελείται από τέσσερις χιτώνες, δηλαδή:

Τον ορογόνα που αποτελεί τον έξω χιτώνα του τοιχώματος του παχέος εντέρου, προέρχεται από το περισπλάχνιο πέταλο του περιτόναιου και καλύπτει εξ ολοκλήρου τις μοίρες του παχέος εντέρου.

Το μυϊκό χιτώνα που αποτελείται από 2 στιβάδες από λείες ίνες και με την ενέργεια του γίνονται οι περισταλτικές και εκκρεμοειδείς κινήσεις του παχέος εντέρου.

Το βλεννογόνο που αποτελείται από μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο, από χόριο και αδένες και από βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα.<sup>15</sup>

### *Αγγείωση*

Το παχύ έντερο αγγειώνεται από κλάδους που προέρχονται: α) από την άνω μεσεντέρια αρτηρία για το τυφλό το ανιόν και το εγκάρδιο κόλο, β) από την κάτω μεσεντέρια αρτηρία για το κατιόν, το σιγμοειδές και την άνω μοίρα του απευθυσμένου και γ) από την εσω λαγόνια αρτηρία για την κάτω μοίρα του ορθού.

Οι φλέβες του παχέος εντέρου μέχρι το άνω τρίτημοριο του ορθού εκβάλλουν στην άνω και κάτω μεσεντέρια φλέβα οι οποίες εκβάλλουν στο σύστημα της πυλαίας φλέβας, ενώ οι φλέβες του υπόλοιπου ορθού εκβάλλουν στις εσω λαγόνιες φλέβες και με αυτές στο σύστημα της κάτω κοίλης φλέβας.<sup>12</sup>

### *Νεύρωση*

Το παχύ έντερο νεκρώνεται από συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες, οι οποίες εκπορεύονται από το άνω και κάτω μεσεντέριο πλέγμα. Αυτές απολήγουν στο μυεντερικό και το υποβλενογόνο γαγγλιοφόρο νεύρο. Οι συμπαθητικές ίνες μέχρι την αριστερή κολική καμπή προέρχεται από το πνευμονογαστρικό νεύρο, ενώ από την καμπή αυτή μέχρι τον πρωκτό προέρχονται από την νωτιαία μοίρα του παρασυμπαθητικού και φέρονται με τα πυελικά νεύρα.<sup>15</sup>

## **Υ. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**

Οι βασικές λειτουργίες του παχέος εντέρου είναι οι εξής;

### **1) Απορρόφηση**

Στην κεντρικότερη μοίρα του παχέος εντέρου γίνεται απορρόφηση του μεγαλύτερου μέρους του νερού και των ηλεκτρολυτών. Περίπου 500 κ. εκ. περιεχομένου του λεπτού εντέρου (περιεκτικότητα 90% σε νερό), εισέρχονται καθημερινά στο τυφλό. Το υλικό αυτό καθώς διέρχεται από τις υπόλοιπες μοίρες του παχέος εντέρου αφυδατώνεται και μόνο 120-150 κ.εκ. νερού αποβάλλονται με

τα κόπρανα. Επίσης το Cl και το Na απορροφώνται από το παχύ έντερο έτσι ώστε οι ανάγκες του φυσιολογικού ατόμου σε Na είναι περίπου 5 m Eq Na.

Επίσης τα διττανθρακικά και κυρίως το K αποβάλλονται από το βλεννογόνο του παχέος εντέρου με παθητική διάχυση και έκκριση με τη βλέννη με αποτέλεσμα ασθενείς με διάρροιες να εμφανίζουν υποκαλιαιμία.<sup>16</sup>

## 2) Αποθήκευση

Η περιφερειακή μοίρα του παχέος εντέρου είναι κυρίως τόπος εναποθήκευσης των κοπρανωδών μαζών οι οποίες προωθούνται μέχρι το σιγμοειδές όπου παραμένουν μέχρι να αποβληθούν.<sup>17</sup>

3) Η μηχανική απομάκρυνση του περιεχομένου του παχέος εντέρου διευκολύνεται με την έκκριση βλέννης. Ένζυμα δεν εκκρίνονται στο παχύ έντερο.<sup>16</sup>

Ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου, εκκρίνει βλεννώδες έκκριμα αλκαλικής αντίδρασης, που επαλείφει το βλεννογόνο και τον προστατεύει από την επίδραση της μικροβιακής του χλωρίδας.

Η εντερική χλωρίδα συνθέτει τη βιταμίνη K, βιταμίνες του συμπλέγματος B, όπως θειαμίνη κ.λ.π. Ακόμα είναι υπεύθυνη για τις επεξεργασίες ζύμωσης και σήψης που γίνονται στο παχύ έντερο.<sup>18</sup>

Στο παχύ έντερο λαμβάνουν χώρα και ενζυμικές διεργασίες οφειλόμενες στη σαπροφυτική χλωρίδα του εντέρου που το προστατεύουν από τον πολλαπλασιασμό παθογόνων μικροβίων.<sup>17</sup>

4) Κινητικότητα και αφόδευση. Η κινητικότητα του παχέος εντέρου ρυθμίζεται από χολινεργικούς, αδρενεργικούς, πεπτιδεργικούς νευρώνες και γαστρεντερικές ορμόνες.<sup>17</sup> Οι κινήσεις του παχέος εντέρου είναι: κινήσεις κατάτμησης, περισταλτικές για τη μηχανική πέψη και μαζικές περισταλτικές που είναι απόκριση στη διάτασή του. Οι μαζικές περισταλτικές γίνονται για την προώθηση μεγάλης ποσότητας περιεχομένου σε μεγάλη απόσταση.<sup>16</sup>

Η κινητικότητα του παχέος εντέρου εκδηλώνεται με τρεις τρόπους:

- α) δακτυλιοειδείς συσπάσεις κυρίως σε δεξιό κόλο,
- β) τμηματικές συσπάσεις στο εγκάρσιο και κατιόν κόλο και
- γ) δακτυλιοειδείς συσπάσεις στο εγκάρσιο και κατιόν κόλο.

Οι τελευταίες συμβαίνουν λίγες φορές την ημέρα και προωθούν το μηχανισμό της αφόδευσης.<sup>17</sup> Αρχίζουν με ένα μεγάλο γεύμα, με το κάπνισμα, τη λήψη καφέ ή άλλα ερεθίσματα στα οποία το άτομο έχει συνηθίσει τον εαυτό του.

Όταν τα κόπρανα φτάσουν στο ορθό αυτό διατείνεται και η διάταση αυτή προκαλεί αντανακλαστικές συσπάσεις στο παχύ έντερο.

Η σύσπαση των κοιλιακών μυών, ο χειρισμός valsava και η χαλάρωση του σφιγκτήρα του δακτυλίου έχουν σαν αποτέλεσμα την αφόδευση.

Η βούληση ελέγχει τον έξω σφιγκτήρα και είτε αναστέλλει τη συστολή του επιτρέποντας την αφόδευση είτε την αυξάνει, αν η στιγμή είναι κοινωνικά απρόσφορη για την πραγματοποίησή της. Αν δεν πραγματοποιηθεί αφόδευση, καταργείται το αντανακλαστικό της μετά από λίγα λεπτά και συνήθως δεν ξαναεμφανίζεται παρά μόνο όταν μια νέα ποσότητα μπει στο ορθό, πράγμα που μπορεί να συμβεί αρκετές ώρες μετά.<sup>18</sup>

Η συχνότητα της αφόδευσης επηρεάζεται από κοινωνικούς και διαιτητικούς παράγοντες ενώ αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου επιβάλλουν τον έλεγχο για οργανικές παθήσεις.<sup>16</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### 2.1.α. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η αιτιολογία και η παθογένεια του καρκίνου του παχέος εντέρου δεν είναι γνωστή.<sup>4,19</sup> Διάφοροι παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί, χωρίς ωστόσο να έχει καθοριστεί με βεβαιότητα το αίτιο.<sup>19</sup>

Όπως προκύπτει από τα υπάρχοντα δεδομένα ο καρκίνος παχέος εντέρου δημιουργείται μέσω μιας πολυδιάστατης διαδικασίας.<sup>14</sup> Μεταξύ αυτών των διαδικασιών περιλαμβάνονται και οι περιβαντολλογικοί παράγοντες.<sup>4,7,19,20</sup> Στα τέλη της δεκαετίας του 70' είχε παρατηρηθεί ότι σημαντικός αριθμός περιπτώσεων καρκίνου οφείλονταν σε εκθέσεις στο εργασιακό περιβάλλον. Αρκετές επιδημιολογικές μελέτες επιβεβαιώνουν την υψηλή συχνότητα επαγγελματικών καρκίνων σε διάφορα επαγγέλματα, ιδιαίτερα για εκθέσεις σε καρκινογόνες χημικές ακτινοβολίες και ραδιενέργεια.<sup>20</sup> Υψηλοί δείκτες θνησιμότητας έχουν περιγραφεί σε εργάτες εκτεθειμένους σε ίνες αμιάντου, σε εργάτες σε κλωστοϋφαντουργία και σε εργάτες που δουλεύουν σε ορυχεία π.χ. μετάλλου.<sup>4</sup>

Έχει γίνει αντιληπτό και παραδεκτό από όλους ότι η σωστή διατροφή μπορεί να ελαττώσει την επίπτωση του καρκίνου του παχέος εντέρου ή να επιβραδύνει την εμφάνισή του.<sup>21</sup> Η πρώτη απόδειξη που υποστηρίζει τον ρόλο του φαγητού και γενικότερα της διατροφής στον ανθρώπινο καρκίνο έρχεται από μελέτες που έγιναν, για την σχέση μεταξύ του διαιτολογίου και των καρκινικών επεισοδίων σε διαφορετικούς γεωγραφικούς πληθυσμούς.<sup>22</sup>

Ένας από τους βασικότερους παράγοντες που έχει ενοχοποιηθεί είναι η διατροφή.<sup>4,8,23</sup> Με τον όρο διατροφή, σε αυτό το σημείο, εννοούμε διατροφή χαμηλού υπολείμματος, πλούσια σε λίπη και σάκχαρο, πολυκυκλικούς υδρογονάνθρακες, κατανάλωση ερυθρού κρέατος (κυρίως βοδινού).<sup>4,8,20,21</sup> Παραμένει, ωστόσο αδιευκρίνιστο αν ένα συγκεκριμένο στοιχείο τροφής, ή ο τρόπος μαγειρέματος ή κάποια φυτοχημική παρέμβαση ευθύνεται για αυτή τη σχέση.<sup>4,24</sup> Από την άλλη πλευρά επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης είναι μικρότερος σε πληθυσμούς με αυξημένη πρόσληψη φρούτων και λαχανικών και ο κίνδυνος αυτός μεταβάλλεται με την αλλαγή διατροφής.<sup>4</sup> Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι οι Μεσογειακές χώρες, οι οποίες έχουν άλλο διαιτολόγιο,

το οποίο διαφέρει στο ολικό λίπος, στο λάδι, στον τύπο του κρέατος, στο κρασί, το τυρί, τα φρούτα και τα λαχανικά.<sup>25,26</sup> Παράλληλα με τη σωστή διατροφή, η αυξημένη φυσική δραστηριότητα (γυμναστική),<sup>7,27</sup> η χορήγηση βιταμίνης Α.Σ.Ε. και φυλλικού οξέος, χαμηλά επίπεδα χοληστερόνης, συνυπάρχουν και αυτά στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου.<sup>4,7</sup>

Πολυάριθμες έρευνες που διαπιστώνουν ότι η αυξημένη κατανάλωση οιοπνευματωδών ποτών σχετίζονται με την αύξηση της επίπτωσης του καρκίνου του παχέος εντέρου.<sup>8</sup> Όπως επίσης και η παχυσαρκία έχει σχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης.<sup>4</sup>

Επίσης μελέτες δείχνουν ότι το κάπνισμα μπορεί να λειτουργεί σαν παράγοντας έναρξης της νέοπλασματικής εκτροπής στον καρκίνο του παχέος εντέρου.<sup>4,8</sup> Οι καπνιστές φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης κυρίως καρκίνου ορθού. Ο κίνδυνος αυτός εξαρτάται από τη διάρκεια και την ποσότητα του καπνίσματος και γενικά ορατός μετά από 30-40 χρόνια χρήσης, ενώ φαίνεται να ελαττώνεται με την διακοπή του. Την ίδια επιβάρυνση φαίνεται να έχει και το κάπνισμα καπνού με τη μορφή πίπας ή πούρου. Δεδομένων δε και των άλλων βλαβερών συνεπειών του καπνίσματος, η διακοπή θεωρείται ούτως ή άλλως ωφέλιμη.

Προκαρκινώδους καταστάσεις καταστάσεις προκαλούν α) οι ελκώδης κολίτιδα<sup>6,9</sup> ολόκληρου του παχέος εντέρου που χρονολογείται από 10 και πλέον έτη<sup>6</sup> β) οικογενείς πολυπόδες<sup>6,16</sup> γ) θηλώδη αδενώματα<sup>6</sup> δ) νόσο του Crohn.<sup>9</sup>

Πολλές επιδημιολογικές μελέτες συνηγορούν υπέρ σαφούς κληρονομούμενης προδιάθεσης για καρκινογένεση στο παχύ έντερο.<sup>7,8,28</sup> Θετικό οικογενειακό ιστορικό για καρκίνο ή αδένωμα παχέος εντέρου αποτελεί πλέον γνωστό παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη αδενώματος ή καρκίνου.<sup>7,10</sup> Στην πραγματικότητα μελέτες έδειξαν ότι το μέγεθος του κινδύνου σε πρώτου βαθμού συγγενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, έχει 2 με 3 φορές αυξημένο ρίσκο για εμφάνιση αυτής της νεοπλασίας.<sup>10</sup>

Οι τελευταίες εξελίξεις στη μοριακή βιολογία έχουν προτείνει ένα γενετικό μοντέλο ανάπτυξης του καρκίνου του παχέος εντέρου. Οι διαταραχές της λειτουργίας του πληρέστερα μελετημένου γονιδίου p53 φαίνεται ότι συμβαίνει αρκετά συχνά, αλλά σε προχωρημένα στάδια της εξαλλαγής των αδενωμάτων, ενώ οι μεταλλαγές του K-ras ογκογονιδίου, εμφανίζονται νωρίτερα και ευνοούν την

αύξηση του μεγέθους των αδενωμάτων. Μια άλλη σημαντική αιτιολογική παρατήρηση είναι ότι ο καρκίνος παχέος εντέρου αναπτύσσεται σε έδαφος αδενωματοδών πολυπόδων.<sup>7</sup>

Τέλος, άλλοι παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί είναι η βακτηριαμία με *Streptococcus boris*, η ιονίζουσα ακτινοβολία διάφορες εγχειρήσεις και κυρίως η χολοκυστεκτομή.<sup>19</sup>

## **2.1.β. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ**

Από το καρκίνωμα του παχέος εντέρου το 50% εδράζεται στο ορθό 20% στο σιγμοειδές και 10% στο τυφλό. Πρόκειται κυρίως για αδενοκαρκινώματα που εκκρίνουν βλέννα, σπάνια για επιθηλιοειδές και σπανιότητα για κλοακογενές. Από την άλλη, οι πολύποδες είναι συνήθως αδενωματούδεις, σπάνια θηλωματούδεις, γι' αυτό και ο κίνδυνος εξαλλαγής είναι μεγάλος, δηλαδή ο κίνδυνος ένας πολύποδας να μεταλλαχθεί σε καρκίνο είναι μεγάλος.

Οι αδενωματούδεις πολύποδες πρόκειται κατά κανόνα, για αδενώματα με καλά διαφοροποιημένα κύτταρα για σχηματισμός αδένων. Μονήρεις ή πολλαπλοί, εντοπίζονται συνήθως στο σιγμοειδές και το ορθό, κατά κανόνα είναι μισχωτοί και η διάμετρός τους σπάνια φτάνει τα 3cm. Η πιθανότητα να υπάρχει ήδη μετάλλαξη να είναι ανάλογη με το μέγεθος του όγκου. Αν ο πολύποδας είναι >1cm η πιθανότητα είναι 13%, αν είναι 1-2cm, η πιθανότητα είναι 1,5% και αν είναι >2cm αυτή είναι 4,6%.<sup>6</sup>

Συχνά βρίσκονται αδενωματούδεις πολύποδες στη γειτονική περιοχή του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού 3% περίπου των περιπτώσεων. Επίσης μπορούν να παρατηρηθούν 2,3 ή περισσότεροι ταυτόχρονοι καρκίνοι σε διάφορα τμήματα του παχέος εντέρου και του ορθού, όπως το ίδιο συμβαίνει με τους μεταχρονοκαρκίνους τους παχέος εντέρου και του ορθού, που αναπτύσσονται μετά την χειρουργική θεραπεία του πρωτοπαθούς κακοήθους όγκου.<sup>5</sup>

Επίσης οι τύποι καρκίνου του παχέος εντέρου είναι:

- Αδενοκαρκίνωμα
- Κακοήθεις λέμφωμα
- Λειομνοσάρκωμα
- Καρκινοειδές
- Αδενοσάρκωμα<sup>18</sup>

Τέλος το καρκίνωμα εμφανίζεται με τις εξής μορφές:

- Δακτυλιοειδής περίσφιξη του εντέρου
- Σωληνοειδής σχηματισμός
- Εξέλκωση
- Ανθοκραμβοειδής όγκος<sup>6,29</sup>

#### **γ. ΟΔΟΙ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ**

Ο Ca του παχέος εντέρου μεθίσταται:

Κατά συνέχεια του ιστού.

Ο όγκος επεκτείνεται δακτυλιοειδής και αποφράζει τελικά τον αυλό του εντέρου, ιδίως στο αριστερό κόλου.<sup>21</sup> Λόγω ανάπτυξης του καρκίνου έχουμε επέκταση στους γειτονικούς ιστούς και σε όργανα δια του τοιχώματος του εντέρου.<sup>5</sup> Επίσης υπάρχει κίνδυνος επέκτασης και σε παρακείμενα όργανα όπως το ήπαρ, η χοληδόχος κύστη, το λεπτό έντερο, ο νεφρός και ο ουρητήρας, τα λαγόνια αγγεία, το πάγκρεας η ουροδόχος κύστη και τα κοιλιακά τοιχώματα.<sup>12</sup>

#### Αιματογενής διασπορά

Είναι μια συνηθισμένη, ίσως όμως, λιγότερο συχνή στο Ca παχέος εντέρου απ' ότι σε καρκίνους άλλων οργάνων. Μετάσταση με το αίμα γίνεται κυρίως στο συκώτι, και σπανιότερα σε άλλα όργανα από πνεύμονες, επινεφρίδια, νεφροί, οστά και εγκέφαλος. Καρκινοματώδης κύτταρα εισέρχονται συνεχώς στην κυκλοφορία του αίματος από τους καρκίνους χαμηλής διαφοροποίησης, ακόμη όμως και από καλά διαφοροποιημένους καρκίνους παρατηρείται είσοδος καρκινοματωδών κυττάρων στην κυκλοφορία του αίματος. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι πάντοτε καταλήγουν σε μεταστατικές εντοπίσεις αφού πιθανόν διέρχονται από το τριχοειδικό αγγειακό σύστημα του ήπατος και των πνευμόνων χωρίς να εμφανίζονται μεταστάσεις σ' αυτά τα όργανα.<sup>5</sup>



### *Λεμφική διασπορά*

Είναι η πιο συχνή οδός διασποράς του Ca. Οι περισσότεροι όγκοι του παχέος εντέρου μεθίστανται στους παραορτικούς οπισθοπεριτοναϊκούς λεμφανόδες<sup>5,7</sup> ακολουθώντας την πορεία των μεσεντέριων αγγείων τα καρκινώματα του πρωκτού που μεθίστανται. Πιο συχνά στους βουβωνικούς λεμφαδένες. Έχουν βρεθεί μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες σε ποσοστό πάνω από 50%. Η μετάσταση στα λεμφογάγγλια εξαρτάται από το πόσο αναπλαστικά είναι τα καρκινωματώδη κύτταρα και όχι από το μέγεθος του όγκου. Η μετάσταση δεν γίνεται προοδευτικός και κατά σειρά, αλλά μπορεί να βρεθούν μεταστάσεις σε απομακρυσμένα λεμφογάγγλια (ριζικά) ενώ δεν υπάρχουν στα πλησίον της πρωτοπαθούς εστίας

### *Διασπορά με εμφύτευση κυττάρων*

Όταν ο όγκος διηθήσει και τον ορογόνο του εντέρου, είναι δυνατόν, καρκινικά κύτταρα να αποπέσουν και να εμφυτευτούν στην περιτοναϊκή κοιλότητα.<sup>7</sup> Τα κύτταρα αυτά προσκολλώνται στο τριχωματικό περιτόναιο ή στο τοίχωμα οργάνων και εξελίσσονται σε μεταστατικές εστίες. Μεταστάσεις στις ωσθήκες αποδίδονται επίσης σε εμφύτευση καρκινικών κυττάρων.<sup>6</sup>

### *Διασπορά πέριξ των νεύρων*

Η διήθηση του περινευρικού χώρου από καρκίνο επιτρέπει τη διασπορά δια των νεύρων του παχέος εντέρου. Έχει ιδιαίτερα κακή προγνωστική σημασία αυτή η κατάσταση.<sup>7</sup>

### *Ενδοαυλική εμφύτευση κυττάρων*

Αυτή επιτυγχάνεται με εμφύτευση αποφολιδωμένων καρκινικών κυττάρων από την επιφάνεια εκβλαστητικών κυρίως όγκων. Τα κύτταρα καθλώνονται κατά κανόνα σε αναστομωτικές επιφάνειες και ευθύνονται για ένα ποσοστό των αποτροπών στην αναστόμωση.

## 2.5. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Μια πλήρη διαγνωστική εκτίμηση περιλαμβάνει αναγνώριση του σταδίου και του βαθμού της κακοήθειας. Αυτό πρέπει να εκπληρωθεί πριν την έναρξη της θεραπείας, γιατί οι θεραπευτικές επιλογές και η πρόγνωση καθορίζονται με βάση τη σταδιοποίηση και βαθμοποίηση. Η σταδιοποίηση προσδιορίζει το μέγεθος του όγκου και την ύπαρξη μεταστάσεων.<sup>3</sup> Υπάρχουν διάφορα συστήματα για ταξινόμηση της ανατομική έκτασης της νόσου αλλά το καλύτερο είναι το σύστημα TNM.<sup>30</sup> Το T αναφέρεται στην έκταση του πρωτοπαθούς όγκου, το N αναφέρεται στην εμπλοκή των λεμφαδένων και το M στη παρουσία μετάστασης.<sup>3,50</sup> Ορισμοί για το TNM σύστημα πιο αναλυτικά:

- 1) Κατάταξη σύμφωνα με το μέγεθος του όγκου  
TX: Πρωτοπαθής όγκος δεν μπορεί να διαπιστωθεί  
TO: Δεν υπάρχει ένδειξη του όγκου  
TiS: Ca in situ: ενδοεπιθηλιακός ή στο χόριο του βλεννογόνου χωρίς να επεκτείνεται μέσω της βλεννογονίου μυϊκής στιβάδας.  
T1: Ο Ca διηθεί τον υποβλεννογόνο  
T2: Ο Ca διηθεί την μυϊκή στιβάδα  
T3: Ο Ca διηθεί μέσω μυϊκής στιβάδας τον χώρο κάτω από το περιτόναιο  
T4: Ο Ca διηθεί κατ' επέκταση άλλα όργανα ή ανατομικές κατασκευές και/ή διαπερνά το σπλαχνικό περιτόναιο.<sup>3,5,30</sup>
- 2) Κατάταξη σύμφωνα με τους λεμφαδένες:  
NX: Οι περιοχικοί λεμφαδένες δεν μπορούν να εκτιμηθούν  
NO: Δεν υπάρχει μετάσταση στους λεμφαδένες  
N1: Μετάσταση σε 1-3 περικολικούς λεμφαδένες  
N2: Μετάσταση σε 4 ή περισσότερους περικολικούς λεμφαδένες  
N3: Μετάσταση σε οποιοδήποτε λεμφαδένα κατά την πορεία συγκεκριμένου αγγειακού κορμού.<sup>3,5,30</sup>

### 3) Μεταστάσεις (M)

**MX:** Η παρουσία μεταστάσεων δεν μπορεί να εκτιμηθεί

**MO:** Όχι μεταστάσεις

**M1:** Παρουσία μεταστάσεων<sup>3,30</sup>

Επίσης υπάρχει και ένας άλλος τρόπος σταδιοποίησης που χρησιμοποιούνται παλιότερα, είναι το σύστημα Duke το οποίο έχει ως εξής:<sup>29</sup>

**Στάδιο A:** το νεόπλασμα είναι περιορισμένο στο τοίχωμα του εντέρου

**Στάδιο B:** το νεόπλασμα επεκτείνεται πέραν του τοιχώματος του εντέρου, αλλά χωρίς λεμφική συμμετοχή.

**Στάδιο C<sub>1</sub>:** όταν έχουν επινεμηθεί οι επιχώριοι αδένες.

**Στάδιο C<sub>2</sub>:** όταν έχουν επινεμηθεί και άλλοι αδένες εκτός των επιχωρίων.<sup>29</sup>

Η βαθμοποίηση αναφέρεται στην ταξινόμηση των κυττάρων του όγκου. Τα συστήματα βαθμοποίησης ζητούν να ορίσουν την προέλευση του ιστού του όγκου και το βαθμό στον οποίο τα κύτταρα του όγκου διατηρούν τα λειτουργικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά του ιστού προέλευσης. Τελευταία αλλά σημαντικά είναι το γεγονός ότι στη βαθμοποίηση απονέμεται ένα εύρος αριθμός I έως IV. Οι όγκοι βαθμού I ή καλά διαφοροποιημένοι όγκοι, μοιάζουν πολύ με τον ιστό προέλευσης.<sup>3</sup> Οι βαθμοί II είναι μέτριοι καλά διαφοροποιημένοι, ενώ λίγο διαφοροποιημένοι ή πολύ διαφοροποιημένοι είναι βαθμοί III και IV, αντίστοιχα.<sup>3,5</sup>

## 2.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Τα συμπτώματα του Ca παχέος εντέρου ποικίλλουν και καθυστερούν αρκετά. Το 40% των ασθενών έχουν τυπική συμπτωματολογία της νόσου, ενώ στο υπόλοιπο ποσοστό η συμπτωματολογία υποεκτιμάται ή ερμηνεύεται διαφορετικά.

Οι πάσχοντες από καρκίνο παχέος εντέρου στο αρχικό στάδιο παρουσιάζουν μικροσκοπική αιμορραγία (αφανής αιμορραγία) στα κόπρανα που δεν φαίνεται οπτικά αλλά αναγνωρίζουμε με ειδικό test.<sup>4,5,19</sup> Με το πέρασμα του χρόνου εμφανίζεται αλλαγή στις κενώσεις όπως διάρροια ή συσκοιλιότης, ή

συνδυασμός και των δύο, βλέννη, ορατή, πλέον αιμορραγία από το ορθό κοιλιακός πόνος δυσπεψία, μετεωρισμός της κοιλιάς βορβορυγμοί, ψηλαφιστή μάζα στη κοιλιά, απώλεια βάρους, εξασθένηση, αναιμία, οίδημα κάτω άκρων, εμφάνιση κίρσοκοιλίας, αίσθημα ατελής κένωσης, επίμονη κόπωση, αλλαγή στο εύρος των κοπράνων που αποβάλλονται ωχρή όψη.<sup>4,5,6,19</sup>

Πρέπει να αναφερθεί ότι υπάρχει άμεση σχέση της συμπτωματολογίας και της εντόπισης του καρκίνου στις διάφορες μοίρες του παχέος εντέρου και του ορθού. Όγκοι που εντοπίζονται στο δεξιό τμήμα του παχέος εντέρου δεν δίνουν συμπτώματα εκτός από ήπια διάρροια λόγω της μικροσκοπικής αιμορραγίας, υπάρχει επίσης και αναιμία που πολλές φορές διαφεύγει από την προσοχή όλων.<sup>5</sup> απώλεια βάρους και καταβολή δυνάμεων.<sup>6</sup>

Από την άλλη, σε καρκίνωμα του αριστερού τμήματος του παχέος εντέρου προέχουν τα φαινόμενα αποφράξεως, γιατί ο αυλός στενότερος και το περιεχόμενο στερεότερο απ' ότι του δεξιού τμήματος.<sup>6</sup> Ο ασθενής παραπονιέται για δυσκοιλιότητα,<sup>4,6</sup> κολικοειδή άλγη, ισχυρούς κοιλιακούς ήχους και διάταση της κοιλιάς. Πολλές φορές αντί για δυσκοιλιότητα παρουσιάζεται διάρροια (ψευδοδιάρροια) λόγω αποβολής φλεγμονώδους υγρού από το φλεγμαίνω τμήμα του παχέος εντέρου που βρίσκεται πάνω από τη στένωση.<sup>6</sup>

Όγκοι που εντοπίζονται στο τελικό τμήμα του σιγμοειδούς και στο ορθό, μπορεί, σπάνια βέβαια, να είναι τελείως ασυμπτωματικά και η διάγνωση να γίνεται καθυστερημένα, όταν ο πάσχων εξετάζεται για κάποια άλλη αιτία του πρωκτού. Το πιο συχνό σύμπτωμα είναι η μικρή αιμορραγία από το ορθό που συνοδεύει την αφόδευση ή το άτομο τις πρωινές ώρες αισθάνεται επείγουσα ανάγκη κένωσης του ορθού και η αφόδευση με τεινισμό και προσπάθεια είναι μόνο αίμα, βλέννη, με πολλά αέρια και ονομάζεται πρωινή διάρροια, που επαναλαμβάνεται πολλές φορές το 24ωρο καλείται επίσης και ψευδή διάρροια αφού η αφόδευση αποτελείται από αίμα και βλέννη, υπάρχει δηλαδή δυσκοιλιότης και τα κόπρανα αποβάλλονται με τη βοήθεια καθαρικών.<sup>5</sup>

Τέλος η κλινική συμπτωματολογία των όγκων του παχέος εντέρου εξαρτάται από τη θέση ανάπτυξής του και από τη μορφολογία του, καθώς επίσης και από την εμφάνιση επιπλοκών (διάτρηση, απόφραξη ή αιμορραγία).<sup>4,5,6</sup>

## 2.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Το ιστορικό της συμπτωματολογίας του ατόμου και κυρίως κάθε αλλαγή συνηθειών του εντέρου, που επιμένει παραπάνω από 2-3 βδομάδες σε ποσοστό ηλικίας άνω των 40 ετών, πρέπει να θεωρείται ύποπτο για την ύπαρξη καρκίνου του παχέος εντέρου.<sup>5</sup> Η πιθανότητα ενός ασυμπτωματικού ατόμου να νοσήσει στη διάρκεια της ζωής του από καρκίνο παχέος εντέρου είναι περίπου 6%.<sup>5,31</sup> Από την άλλη ο καρκίνος παχέος εντέρου σχετίζεται άμεσα με το υψηλό κόστος της φροντίδας της υγείας, θεωρώντας ότι περιλαμβάνονται οι επισκέψεις ασθενών στα νοσοκομεία (χωρίς απαραίτητα να νοσηλεύεται), οι εισαγωγές των ανθρώπων που πάσχουν από αυτή την ασθένεια, η ψυχολογική υποστήριξη που χρειάζονται αυτοί οι άνθρωποι αλλά και το κόστος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ισοδυναμούν περίπου σε πέντε δισεκατομμύρια δολάρια κάθε χρόνο μόνο στην Αμερική.<sup>52</sup>

Για αυτούς όλους τους λόγους χρειάζεται να γίνεται η έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας σε όσο πιο πρώιμα στάδια. Οι ελπίδες υπάρχουν διότι την τελευταία πενταετία η εκρηκτική πρόοδος που σημειώθηκε στην Ιατρική στο πεδίο των νέων τεχνολογικών ήταν φυσικό πως θα επηρέαζε όλες τις πτυχές της άσκησής της. Ο τομέας του προληπτικού μαζικού ελέγχου στο καρκίνο του παχέος εντέρου σημαδεύτηκε από την πρόοδο στην ψηφιακή απεικόνιση και την ευρεία διαθεσιμότητα των μοριακών γενετικών εξετάσεων. Η επίδραση αυτή είναι τόσο σημαντική που προβλέπεται πως σε λίγο χρόνο οι μέθοδοι αυτές ίσως υποκαταστήσουν τις μέχρι σήμερα ευρέως χρησιμοποιούμενες.

Η διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου στηρίζεται στην κλινική εξέταση<sup>5</sup> - ιστορικό.<sup>7,10</sup> Το ιστορικό έχει σαν στόχο να συγκεντρωθεί πληροφορίες για την έναρξη συμπτωμάτων το κύριο ενόχλημα αλλά και να διερευνήσει την παρουσία ή όχι προδιαθεσικών ή αιτιολογικών παραμέτρων. Η κλινική εξέταση περιλαμβάνει την ψηλάφηση της κοιλιάς την ψηλάφηση του ήπατος και την παρουσία ή όχι διογκωμένων λεμφαδένων στις υπερκλειδίες ή βουβωνικές χώρες.

Η πιο σημαντική διαγνωστική μέθοδος από την φυσική εξέταση είναι η δακτυλική εξέταση του ορθού<sup>5,7,19,34</sup> η οποία θα δώσει πιθανό αξιόπιστες πληροφορίες στο 30-35% των περιπτώσεων, αφού ένα τέτοιο ποσοστό εντοπίζεται στο ορθό.<sup>7</sup> Η δακτυλική εξέταση γινόταν από τον 11<sup>ο</sup> αιώνα από τν

Petrancellus, για ακριβώς του ίδιους λόγους που χρησιμοποιείται και σήμερα.<sup>34</sup> Επίσης ακολουθούν οι αιματολογικές εξετάσεις, που είναι βασικός εργαστηριακός έλεγχος και περιλαμβάνει: γενική αίματος, βιοχημικές εξετάσεις ήπατος, ασβέστιο, έλεγχος νεφρικής λειτουργίας. Οι εξετάσεις αυτές μπορεί να αποδείξουν προβλήματα αναιμίας ή ηπατικές δυσλειτουργίας.<sup>7</sup>

Από την άλλη στον ακτινοδιαγνωστικό έλεγχο έχουν γίνει πολλά βήματα προόδου και ανάπτυξης, στα διαγνωστικά μέσα τα τελευταία χρόνια. Ο ακτινοδιαγνωστικός έλεγχος περιλαμβάνει την κλασική απεικόνιση του παχέος εντέρου με βάριο,<sup>5,19,3</sup> τη χρήση αξονικής (CT)<sup>3</sup> και μαγνητικής (MRI) τομογραφίας,<sup>7,31</sup> το ενδοορθικό υπερηχοτομογράφημα<sup>7,31</sup> εκπομπής ποζιτρονίων (PET), και τη ραδιοϊσοτοπική μελέτη με μονοκλωνικά αντισώματα.<sup>31</sup> Οι απεικονιστικές τεχνικές, εκτός από την απόδειξη της βλάβης στο παχύ έντερο, συμβάλλουν στη σταδιοποίηση της νόσου, την εκτίμηση των επιπλοκών και την ανάδειξη τυχόν υποτροπής.<sup>31</sup> Πιο αναλυτικά:

Ο απλός βαριούχος υποκλυσμός αλλά κυρίως της διπλής αντιθέσεως αποτελούν τις παλαιότερες αλλά και πλέον αξιόπιστες ακτινολογικές μεθόδους και ανεύρεση του νεοπλάσματος κατά μήκος του παχέος εντέρου.<sup>31</sup> Ο βαριούχος υποκλυσμός αποκαλύπτει έλλειμμα ή στενωτική περιοχή.<sup>61</sup> Για να γίνει προηγείται καθορισμός του εντέρου στη συνέχεια εισάγεται από την έξοδο του εντέρου ένας μικρός σωλήνας από όπου διοχετεύεται σκιαγραφική ουσία, βάριο, μέσα στο έντερο και κατόπιν εμφυσάτε αέρας. Στη συνέχεια λαμβάνονται ακτινογραφίες του παχέος εντέρου όμως δεν υπάρχει δυνατότητα να ληφθούν βιοψίες από μια ύποπτη βλάβη, κατά την διάρκεια της εξέτασης.<sup>4</sup> Ο βαριούχος υποκλυσμός έχει αρχίσει να αντικαθιστά την ενδοσκοπηση τα τελευταία χρόνια, διότι πρακτικά όλοι σχεδόν οι καρκίνοι του παχέος εντέρου είναι αδενοκαρκινώματα και σε ποσοστό 95% αναπτύσσονται σε έδαφος προϋπάρχοντος αδενωματούδους πολύποδα. Ο βαριούχος υποκλυσμός διπλής αντιθέσεως σε έμπειρα χέρια έχει τη δυνατότητα να αναδεικνύει νεόπλασμα διαμέτρου  $\geq 0,5\text{cm}$  σε ποσοστό 95% πολύποδες, διαμέτρου μικρότερης των 5mm πρακτικά δεν έχουν την δυνατότητα να υποκρύπτουν καρκίνο.<sup>31</sup>

Η αξονική<sup>4,31</sup> (CT) και η μαγνητική τομογραφία (MRI) χρησιμοποιούνται για τη σταδιοποίηση της νόσου, τη διάκριση μεταξύ χειρουργήσιμου ή μη καρκίνου και για την επιλογή αρρώστων, με νόσο κυρίως στο ορθοσιγμοειδές, στους οποίους

απαιτείται προεγχειρητική ή διεγχειρητική ακτινοθεραπεία τα μορφολογικά χαρακτηριστικά του Κ.Π.Ε. είναι παρόμοια τόσο στην αξονική όσο και τη μαγνητική τομογραφία και οι δύο μέθοδοι είναι αξιόπιστες για την ανάδειξη τοπικής υποτροπής, διότι η υποτροπιάζουσα βλάβη αναπτύσσεται συνήθως εξωτοιχωματικά.<sup>7,31</sup>

Τα απεικονιστικά κριτήρια της CT και MRI για τη διάγνωση και σταδιοποίηση του Κ.Π.Ε. περιλαμβάνουν:

1. Πάχυνση του τοιχώματος του εντέρου. Πάχος του τοιχώματος άνω των 6 mm θεωρείται παθολογικό. Δεν είναι όμως παθογνωμικό εύρημα για Ca, διότι ανευρίσκεται και σε άλλες παθήσεις.
2. Εντόπιση μάζας
3. Επέκταση στα παρακείμενα ανατομικά μέρη
4. Παρουσία λεμφαδένων
5. Απομακρυσμένων μεταστάσεων<sup>31</sup>

Η μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών με τις απεικονιστικές μεθόδους περιλαμβάνει ,3-4 μήνες μετά την εγχείρηση, η οποία χρησιμοποιείται ως εξέταση αναφοράς. Επανάληψη του CT κάθε 6 μήνες για τα πρώτα 2 χρόνια και εν συνεχεία ανά έτος, μέχρι να συμπληρωθεί η πενταετία. Όταν υπάρχουν ερωτηματικά ή υποψίες για πιθανή υποτροπή της νόσου τότε χρησιμοποιείται συμπληρωματικά και MRI<sup>7,31</sup>

Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (Positron Emission Tomography Pet) είναι μια νέα διαγνωστική τεχνική στο χώρο της πυρηνικής ιατρικής αλλά και στο ευρύτερο πεδίο της απεικονιστικής ιατρικής. Η PET camera στην εξωτερική της εμφάνιση θυμίζει αξονικό τομογράφο αλλά λειτουργεί τελείως διαφορετικά διότι βασίζεται στις διακυμάνσεις της ραδιενεργού συγκέντρωσης εντός δεδομένης περιοχής. Αυτή η εξέταση παρέχει τη δυνατότητα ακριβέστερης σταδιοποίησης της νόσου, με την ανεύρεση λεμφαδενικής διασποράς και έχει την δυνατότητα να διακρίνει εάν οι λεμφαδένες είναι διηθημένοι από ενεργά καρκινικά κύτταρα ή απλώς διογκωμένα από καρκινικά κύτταρα ή απλώς διογκωμένα από καλοήγη ή νεκρωτικό ιστό. Η τελευταία πληροφορία δεν είναι δυνατόν να τεκμηριωθεί από την CT και την MRI.

Ένα άλλο επίτευγμα του ακτινοδιαγνωστικού ελέγχου είναι το CEAScan<sup>TM</sup> (Arcitumoma) αποτελείται από τμήμα μονόκλωνης ανοσοσφαιρίνης ποντικίου, το

οποίο έχει αναπτυχθεί κατά του αντιγόνου 9CEA και το οποίο εκφράζεται από τα αδενοκαρκινώματα του παχέος εντέρου. Το CEAscan™ σημαίνεται με TC-99m. Το TC-99m είναι το ραδιοϊσότοπο εκλογής για τις εξετάσεις της πυρηνικής ιατρικής με χρόνο υποδιπλασιασμού 6 ώρες και η απεικόνιση γίνεται συνήθως την ίδια μέρα, 2-5 ώρες μετά την χορήγηση του CEAscan™.<sup>51</sup>

το CEAscan™ χρησιμοποιείται και για τον εντοπισμό υποτροπών της νόσου. Η ευαισθησία εντοπισμού διηθημένων λεμφαδένων με το CEAscan™ είναι 71% σε σύγκριση με την CT που είναι 33%, όταν οι λεμφαδένες έχουν μέγεθος μεγαλύτερο από 1,5 cm. Ο συνδυασμός της CT και CEAscan™ διπλασιάζει τον αριθμό ασθενών οι οποίοι δεν αντιμετωπίζονται χειρουργικά σε υποτροπή της νόσου ενώ παράλληλα αυξάνεται κατά 40% ο αριθμός των υποψηφίων για χειρουργική αντιμετώπιση με σκοπό την ίαση.<sup>31</sup>

Βέβαια η ευαισθησία του CEAscan™ εξαρτάται από το μέγεθος των μεταστάσεων και είναι 80% για βλάβες μεγαλύτερες από 2cm και 60% για μικρότερες από 1cm. Όμως το CEAscan™ ξεχωρίζει τις μετεγχειρητικές ουλές από την υποτροπή του όγκου με ευαισθησία 89% σε σχέση με 33% της CT. Κατά την μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου έχει βρεθεί ότι ο CEAscan™ είναι πιο ευαίσθητο για πρώιμο εντοπισμό τυχόν υποτροπής.<sup>31</sup>

Μια νέα τεχνική η οποία εφαρμόζεται τα τελευταία έτη σε εξειδικευμένα κέντρα και προσπαθεί να αξιοποιήσει με την βοήθεια ηλεκτρονικών υπολογιστών τρισδιάστατη απεικόνιση σπειροειδούς αξονικής τομογραφίας είναι η εικονική κολονοσκόπηση (virtual colonoscopy).<sup>31</sup> Η εικονική κολονοσκόπηση αναφέρεται στην βιβλιογραφία και ως αξονική κολονογραφία (CT colonography) ή CT pneumatic colon, απεικονίζει ολόκληρο το έντερο είναι μια μη επεμβατική εξέταση η οποία πρωτοπεριγράφηκε και εφαρμόσθηκε στην κλινική πράξη στο Wake Forest University το 1994 από τους Vining Dj και συν. Η πατέντα της απεικόνισης του εντέρου κατατέθηκε από τον Coin το 1995. Τον επόμενο χρόνο οι ερευνητές στο Stanford βελτίωσαν την τεχνική της εξέτασης με συνέπεια την λήψη εικόνων μεγάλης ευκρίνειας.<sup>35</sup>

Η εικονική κολονοσκόπηση βασίζεται σε ανασύνθεση και επεξεργασία εικόνων του παχέος εντέρου, οι οποίες λαμβάνονται με ελικοειδή αξονικό τομογράφο (Spiral CT). Ακολούθως με χρησιμοποίηση δεδομένων της ελικοειδούς



υπολογιστικής τομογραφίας σε συνδυασμό με το απεικονιστικό λογισμικό δημιουργούνται ενδοαυλικές εικόνες του οργάνου σε δύο ή τρεις διαστάσεις με μεγάλη ευκρίνεια. Απαραίτητη προϋπόθεση επιτυχούς εξέτασης είναι πολύ καλός καθαρισμός του εντέρου, δοθέντος ότι παραμένοντα κόπρανα ή υγρά μπορούν να οδηγήσουν σε διαγνωστικά λάθη.<sup>31,35</sup>

Ο ασθενής υποβάλλεται σε απλή προετοιμασία του παχέος εντέρου και πριν την εξέταση χορηγείται ενδοφλεβίως σπασμολυτικό των λείων μυϊκών ινών. Η εξέταση διαρκεί 25-40 δευτερόλεπτα και η αξιολόγηση των ευρημάτων απαιτεί 16-20 λεπτά. Για την εκτέλεση της εξέτασης με μαγνητικό συντονισμό απαιτείται η πλήρωση του παχέος εντέρου με 2 λίτρα αραιού διαλύματος γαδολίνιου σε νερό. Ο χρόνος εικόνων διαρκεί 60-90 λεπτά, ενώ η αξιολόγηση των ευρημάτων 40-45 λεπτά.<sup>33,35</sup>

Στις προοπτικές μελέτες στις οποίες συγκρίθηκε η διαγνωστική ακρίβεια της εικονικής με τη συμβατική κολonosκόπηση, φάνηκε πως η διαγνωστική ακρίβεια της εικονικής για βλάβες μικρότερες των 5mm είναι 55% ενώ για βλάβες μεγαλύτερες των 5mm η διαγνωστική ακρίβεια των δύο τεχνικών είναι παρόμοια.<sup>33</sup> Η εικονική κολonosκόπηση είναι σε θέση να αναγνωρίσει δυσπλασία και έτσι να γνωρίζει ο γιατρός τον κίνδυνο ώστε να αποφευχθεί η κολοστομία.<sup>36</sup> Το National Polyp Study προτείνει ότι η κολonosκόπηση μειώνει σε 76% με 90% τον καρκίνο του παχέος εντέρου.<sup>32</sup> Οι τεχνικές αυτές για να αποκτήσουν εφαρμογή στο μαζικό έλεγχο του πληθυσμού θα πρέπει να ελαττώσουν το κόστος και να βελτιώσουν κατά πολύ την ποιότητα του λογισμικού που χρησιμοποιούν για την ανασύνθεση των εικόνων.<sup>33</sup>

Η εικονική κολonosκόπηση έχει σημαντικά πλεονεκτήματα σε σχέση με την κλασική κολonosκόπηση και το βαριούχο αποκλυσμό. Είναι μια μέθοδος μη επεμβατική και ως εκ τούτου είναι καλύτερα ανεκτή. Η διάρκεια της εξέτασης είναι μικρή. Δεν απαιτείται η παρουσία του ασθενούς στο στάδιο επεξεργασίας και ερμηνείας των στοιχείων της εξέτασης. Η ακτινοβολία στην οποία εκτίθενται ο εξεταζόμενος είναι 20% λιγότερη απ' ότι στο βαριούχο υποκλυσμό. Η CT κολonosκόπηση εκτιμά παράλληλα τα ενδοαυτικά όργανα και απεικονίζει εκτός από τις ενδοαυλικές και τις εξωαυλικές αλλιώσεις καθότι εκμεταλλεύεται και τα ευρήματα της κλασσικής αξονικής τομογραφίας τυφλά σημεία της συμβατικής κολonosκόπησης όπως πίσω από τις πτυχές του εντέρου, μπορούν να

εξετασθούν χωρίς πρόβλημα με τη νέο μέθοδο. Υπάρχει, η δυνατότητα ελέγχου ολόκληρου του παχέος εντέρου και πέραν τυχόν απόφραξης του αυλού, γεγονός το οποίο δεν είναι εφικτό, συνήθως με τη συμβατική κολονοσκόπηση.<sup>31</sup>

Ως μειονέκτημα της μεθόδου, θεωρείται η αδυναμία να ανιχνεύσει επίπεδες βλάβες. Δεν είναι δυνατή η εκτίμηση της απόχρωσης του βλεννογόνου. Δεν υπάρχει δυνατότητα λήψης βιοψίας και κυτταρολογικού επιχρίσματος. Η ευαισθησία της εικονικής κολονοσκόπησης στην ανίχνευση νεοπλασμάτων με διάμετρο >0,8 cm κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα με τη συμβατική κολονοσκόπηση. Ο χρόνος της επεξεργασίας και ερμηνείας των αποτελεσμάτων είναι ακόμα μεγάλος. Παράλληλα παραμένει υψηλό το κόστος της εξέτασης.

Τέλος ως εναλλακτικής λύση ίσως με τα ίδια αποτελέσματα αποτελεί η χρήση μαγνητικού τομογράφου στη δημιουργία εικονικής κολονοσκόπησης. Με την MRI κολονοσκόπηση μειονέκτημα της μεθόδου θεωρείται το υψηλό κόστος και η κλειστοφοβία ορισμένων ασθενών για το μηχάνημα του μαγνητικού τομογράφου.

Μέχρι το τέλος του 1960, η διάγνωση του καρκίνου παχέος εντέρου στηριζόταν στο βαριούχο υποκλυσμό και στην ορθοσκόπηση με άκαμπτα ορθοσκόπια. Η ανακάλυψη των εύκαμπτων ενδοσκοπίων και η εφαρμογή τους αποτελούν τη σημαντικότερη συμβολή της τελευταίας τριακονταετίας στη διάγνωση, θεραπεία αλλά και πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου.<sup>31</sup> Η εύκαμπτη ορθοσκόπηση είναι ανώδυνη για τον ασθενή, αλλά και αποκαλύπτει το μεγαλύτερο ποσοστό των νεοπλασμάτων τα 2/3 σχεδόν των όγκων του παχέος εντέρου είναι προσιτά στο εύκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο. Η κολονοσκόπηση αποτελεί την καλύτερη μέθοδο για τον έλεγχο ολόκληρου του παχέος εντέρου.<sup>7</sup>

Η ενδοσκόπηση (εύκαμπτη) είναι ικανή να φθάνει το 50-55% των καρκίνων του παχέος εντέρου και έχει ένα παρόμοιο ποσοστό σε ότι αφορά τα μεγάλα αδενοκαρκινώματα. Η ενδοσκόπηση μας παρέχει τη δυνατότητα επιβεβαίωσης της διαγνώσεως με την ιστολογική εξέταση. Στην κλινική πράξη, όμως, όταν υπάρχει ορατή μακροσκοπική βλάβη του εντέρου συμβατή με νεόπλασμα, ο ασθενής πρέπει να οδηγείται στο χειρουργείο, ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα της ιστολογικής εξετάσεως.<sup>7</sup>

Μια άλλη μέθοδος είναι η χρώση επιθηλιακών δομών σε συνδυασμό με τα βελτιωμένα τεχνολογικά ενδοσκόπια, τα οποία εφαρμόζονται ευρέως στην

Ιαπωνία και με αυξανόμενη συχνότητα στις δυτικές χώρες για την εγκυρότερη διάγνωση νεοπλασμάτων του γαστρεντερικού σωλήνα. Η χρωμοενδοσκόπηση του παχέος εντέρου στηρίζεται στο συνδυασμό δύο τεχνικών:

α. τη χρώση του βλεννογόνου με διάφορες, χρωστικές ως η ιδνικοκαρμίνη, το κρυσταλλινωδές ή το ιώδες του κρεσυλίου.<sup>31</sup>

β. χρήση ενδοσκοπίων υψηλής ανάλυσης ή μεγένθυσης (Zoom) τα οποία ετέθηκαν στη διάθεση των ενδοσκόπων μετά το 1995.<sup>31</sup>

Τέλος, η χρωμοενδοσκόπηση συνήθως δεν εφαρμόζεται όταν υπάρχει ατελής, εντερική προετοιμασία, οξεία ή χρόνια φλεγμονή του εντέρου καθώς και στένωση του εντερικού αυλού.<sup>31</sup>

Παραπάνω αναφέρθηκαν οι πιο σημαντικοί μέθοδοι ακτινοδιαγνωστικοί έλεγχοι αλλά είναι παραδεκτό ότι η πλειοψηφία των καρκίνων του παχέος εντέρου και του ορθού προέρχονται από εξαλλαγή καλοηθών αδενωματωδών πολύποδων. Η αιμορραγία από καρκίνο ή προκαρκονωματώδεις αδενωματώδεις πολύποδες του παχέος εντέρου αποτελεί το κύριο σύμπτωμά τους και στα αρχικά στάδια δεν φαίνεται μακροσκοπικά στα κόπρανα. Η αξία της ανίχνευσης της αφανούς αιμορραγίας έγινε χωρίς αντιληπτή και άρχισε να συζητείται και να εφαρμόζεται το τροποποιημένο κατά Gregor Guaiac Test (fecal occult blood test) το γνωστό ως σήμερα Haemocult Test, προσφορά του οποίου στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου, έχει αναγνωρισθεί και χορηγείται σε ασυμπτωματικά άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών διεθνώς.<sup>21</sup>

Τα κόπρανα των φυσιολογικών ατόμων περιέχουν μικρή ποσότητα αίματος. Η ημερήσια απώλεια αίματος φυσιολογικά κυμαίνεται από 0,6-1,2ml, όπως έχει αποδειχθεί με τη μέθοδο σημάσεως των ερυθρών αιμοσφαιρίων με <sup>51</sup>Cr και η αιμοσφαιρίνη στα κόπρανα εκτιμάται ότι είναι 0,1-2,8 mg/g κοπράνων επί μετρήσεων της πορφυρίνης με τη μέθοδο Hemoquant. Το test αποκάλυψεως της αφανούς αιμορραγίας από το κολόν στα κόπρανα είναι αδύνατον να διαγνώσει όλα τα νεοπλάσματα του παχέος εντέρου.<sup>18</sup> Υπάρχει όμως σοβαρή ένδειξη και μαρτυρία από καλές σχεδιασμένες ελεγχόμενες μελέτες, ότι η θνησιμότητα από τον καρκίνο του παχέος εντέρου με τον έλεγχο ασυμπτωμάτων ή κάθε 2 χρόνια μειώνεται σημαντικά, επιβεβαιώνοντας τα αποτελέσματα ερευνών.<sup>1</sup>

Το HT δεν είναι ειδικό για την αναγνώριση μόνο της ανθρώπινης αιμοσφαιρίνης. Το HT ανιχνεύει όμως εξειδικευμένα την αιμορραγία από το παχύ

έντερο όταν είναι άνω των 2ml/24ωρο. Μικρά ποσά αιμοσφαιρίνης από αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό σύστημα δεν αναγνωρίζονται από το HT, επειδή αποδομούνται προτού φθάνουν προς εξέταση. Αυτό αποτελεί πλεονέκτημα του προληπτικού ελέγχου για νεοπλάσματα παχέος εντέρου με το HT αλλά ταυτόχρονα ελαττώνεται το ποσοστό αποκάλυψης των νεοπλασμάτων του δεξιού κόλου σε σχέση με αυτό του αριστερού κόλου όταν η απώλεια αίματος είναι παρόμοια. Αυτός είναι ο λόγος των περισσότερων ψευδών αρνητικών tests για τα νεοπλάσματα του δεξιού κόλου σε σχέση με τα νεοπλάσματα του αριστερού κόλου. Μεγάλες ποσότητες άψητου κρέατος και λαχανικών με ψευδοϋπεροξειδασική δράση μπορούν να δώσουν ψευδώς θετικό HT όπως επίσης και μεγάλες δόσεις βιταμίνη C, γι' αυτό πρέπει να αποφεύγονται για μερικές μέρες πριν και τις ημέρες που γίνεται το test. Το ίδιο συμβαίνει με φάρμακα όπως ασπιρίνη και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, μπορούν δηλαδή να αυξήσουν την απώλεια αίματος από τη γαστρεντερική οδό.<sup>21</sup>

Το HT δεν πρέπει να εμφανίζεται αμέσως μετά την απόθεση των δειγμάτων των κοπράνων, αλλά δεν δίνεται επαρκής χρόνος για την αιμόλυση όλων των ερυθρών αιμοσφαιρίων του δείγματος των κοπράνων. Πάντως η εμφάνιση πρέπει να γίνεται σε χρόνο που να μην υπερβαίνει τις 5 ημέρες γιατί τότε παρατηρείται μικρή ελάττωση στον αριθμό των θετικών Tests. Η ευαισθησία του έχει ρυθμιστεί να είναι άνω της συγκέντρωσης της αιμοσφαιρίνης των κοπράνων στα φυσιολογικά άτομα και αντιστοιχεί περίπου 3 mg αιμοσφαιρίνης / ανά 9 κοπράνων.<sup>21</sup>

Οι στόχοι του προληπτικού ελέγχου είναι:

- α. Η ελάττωση της επίπτωσης των νεοπλασμάτων
- β. Η ελάττωση της θνησιμότητας.
- γ. Η πρόωμη διάγνωση και η συντηρητική θεραπευτική αγωγή.
- δ. Η ποιότητα ζωής
- ε. Η ενίσχυση της Εθνικής οικονομίας.<sup>1</sup>

Τέλος η χρήση του test της αφανούς αιμορραγίας του εντέρου στα κόπρανα είναι ευεργετική και επιβάλλεται πλέον να καθιερωθεί στα εθνικά προγράμματα προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Στις ΗΠΑ όλοι οι γιατροί χορηγούν πλέον ασυμπτωματικά άτομα το συγκεκριμένο αυτό test στο πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου, διότι η ελάττωση της θνησιμότητας που

επιταχύνεται με το test αυτό δεν είναι δυνατόν να επιτευχθεί με κανένα άλλο τόσο απλό και οικονομικό μέσου επί του παρόντος.<sup>1</sup>

Από την άλλη έχουμε τους ογκολογικούς δείκτες οι οποίοι από χημικής απόψεως είναι στην πλειονότητα είναι γλυκοπρωτεΐνες και γλυκολιπίδια. Ο πιο γνωστός καρκινικός δείκτης ορού είναι το καρκινοεμβρυτικό αντιγόνο (CEA).

Το CEA βρίσκεται στα όργανα του πεπτικού συστήματος εμβρύου 2-6 μηνών και βρίσκεται και στο αίμα των περισσότερων ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου.<sup>6</sup> Έχουμε επίσης και το CA19-9, το οποίο συγκρινόμενο με το CEA, αν και πλέον ειδικό παρουσιάζει σημαντικά, μικρότερη ευαισθησία σε προχωρημένα στάδια της νόσου.

Τέλος οι καρκινικοί δείκτες είναι ένας διαρκώς εξελισσόμενος τομέας των βιοϊατρικών επιστημών. Καινούργιοι νεοπλασματικοί δείκτες, πιο ευαίσθητοι και ειδικοί για τον καρκίνο του παχέος εντέρου, θα προστεθούν ή θα αντικαταστήσουν τους ήδη υπάρχοντες.<sup>71</sup>

Η έγκαιρη διάγνωση της νόσου μειώνει τη θνησιμότητα. Όταν η διάγνωση γίνεται με την εκδήλωση της κλινικής εικόνας, συνήθως η νόσος είναι σε προχωρημένο στάδιο γι' αυτό χρειάζονται όλες αυτοί οι μέθοδοι είναι απαραίτητοι.<sup>51</sup>

## **2.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η βασική θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι η χειρουργική.<sup>7</sup> Σε συνδυασμό όμως με την ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία, που συνήθως εναλλάσσονται αποτελούν τις μεθόδους αντιμετώπισης του καρκίνου. Σε αρχικά στάδια η χειρουργική έχει τον πρώτο λόγο, ενώ σε τοπικά εκτεταμένη νόσο, η ακτινοθεραπεία μικραίνει τη μάζα και διευκολύνει την επέμβαση. Η χημειοθεραπεία παίζει σημαντικότερο μετά την εγχείρηση. Με τον συνδυασμό αυτών των μεθόδων, έχει φανεί βελτίωση της επιβίωσης των ασθενών.<sup>19</sup>

### *Χειρουργική*

Η πρωταρχική θεραπεία είναι η χειρουργική επέμβαση, που οδηγεί στην ίαση μεγάλο ποσοστό ασθενών. Στόχος της χειρουργικής επέμβασης είναι:

α. Η εκτομή του πάχοντος τμήματος το είδος και η έκταση της οποίας ποικίλλουν ανάλογα με τη θέση του νεοπλάσματος.<sup>7</sup>

β. Την αποκατάσταση της συνέχειας του εντέρου με αναστόμωση 2 κολοβωμάτων του κεντρικού με το περιφερειακό.<sup>7</sup>

Οι διάφορες τεχνικές ποικίλλουν ανάλογα με την ενόπιση του όγκου, την κλινική συμπτωματολογία, την ηλικία του ασθενή. Είναι πολύ σημαντικό για τον ασθενή με καρκίνωμα του παχέος εντέρου, η εγχείρηση να γίνει σε προγραμματισμένη βάση και όχι υπό επείγουσες συνθήκες.<sup>7</sup>

Οι κυριότερες επεμβάσεις που έχουν καθιερωθεί είναι:

- Η δεξιά ή αριστερή ημικολεκτομή
- Η σιγμοειδεκτομή
- Η χαμηλή εκτομή του ορθού στην οποία αφαιρείται το σιγμοειδές και το ορθό, μέχρι λίγο πάνω από το πρωκτικό δακτύλιο για καρκίνους του ορθού. Η αναστόμωση του παχέος εντέρου με το κολόβωμα του ορθού γίνεται με το αυτόματο κυκλικό αναστομωτήρα ένα μηχάνημα που κόβει και ράβει ταυτόχρονα, δείγμα της ευφυΐας του ανθρώπου που το ανέφικτο δια χειρός του, το μετέτρεψε σε εφικτό με τα τεχνολογικά δημιουργήματά του. Τα ράμματα είναι μεταλλικοί αγκτήρες (κλιπς). Με τα αυτόματα συρραπτικά μηχανήματα αυξήθηκε η διατήρηση των σφιγκτήρων του πρωκτού περισσότερο από 50% και μειώθηκαν αντίστοιχα οι ακρωτηριαστικές επεμβάσεις που καταλήγουν σε μόνιμη κολοστομία.<sup>5</sup>
- Κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του ορθού και μόνιμη κολοστομία. Η εγχείρηση αυτή γίνεται μόνο όταν δεν υπάρχει αρκετό και ασφαλές κολόβωμα για την ένωση του παχέος εντέρου με τον πρωκτό. Η αποκατάσταση ατόμων με μόνιμη κολοστομία είναι εφικτή και προσφέρει ποιότητα ζωής που όλοι δικαιούνται.<sup>5,6,14</sup>
- τοπική εκτομή του κακοήθους όγκου του ορθού και ενδοορθική ακτινοθεραπεία.

Σε ηλικιωμένα άτομα με μικρό βωβό καρκίνωμα του ορθού. Ο χειρουργός περιορίζεται σε τοπική εξαίρεση και καυτηριασμό με διατήρηση του σφιγκτήρα και της συνέχειας του ορθού. Πρόκειται όχι για ριζική επέμβαση γι' αυτό και αυτή επιφυλάσσεται μόνο για τα άτομα μικρού προσδόκιμου επιβίωσης και αυξημένου κινδύνου για μεγάλες επεμβάσεις.<sup>6</sup>

Τα τελευταία χρόνια οι ελάχιστα επεμβατικές χειρουργικές τεχνικές έχουν προκαλέσει το ενδιαφέρον όλων των χειρουργικών ειδικοτήτων. Η κοιλιοπερινεϊκή

εκτομή αποτελεί την εγχείρηση εκλογής για τη θεραπεία του καρκίνου του κάτω τριτημορίου του ορθού. Η τεχνική είναι σχετικά εύκολη στην εφαρμογή της και επιτρέπει τον ικανοποιητικό λεμφαδενικό καθαρισμό της περιοχής. Η μικρή τομή του δέρματος που απαιτείται, παρέχει πολύ καλό αισθητικό αποτέλεσμα και την ελάχιστη παρέμβαση. Πιστεύεται ότι η υποβοηθούμενη λαπαροσκοπική κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του ορθού είναι τεχνικά σχετικά εύκολη και ασφαλή μέθοδος και προσφέρει τη δυνατότητα για θεραπευτική από ογκολογική πλευράς επέμβαση, όμοια με αυτήν της κλασσικής ανοικτής μεθόδου. Τα στάδια της επέμβασης είναι ακριβώς τα ίδια με την ανοικτή μέθοδο.<sup>37</sup>

Η λαπαροσκόπηση είναι ένα νέο έδαφος στα θέματα χειρουργικής, λιγότερο από 10 χρόνια και είναι ραγδαία η ανάπτυξής τους, με μεγάλες προοπτικές για βελτιώσεις. Οι χειρουργοί που ασχολούνται με τις λαπαροσκοπικές επεμβάσεις και οι συνάδελφοί τους στην χειρουργική βιομηχανία συνεχίζουν να αναπτύσσουν νέες μεθόδους και νέα εργαλεία για την βελτίωση των συνθηκών αυτών των επεμβάσεων. Αυτές οι διαδικασίες είναι ακόμα σε ένα γρήγορο βήμα της επανάστασης και βελτίωσης, αυτές οι λαπαροσκοπικοί μέθοδοι θα γίνουν σχεδόν μια αναπτυσσόμενη πολλά υποσχόμενα εναλλακτική τεχνική σε σχέση με την συντηρητική επέμβαση.<sup>38,39</sup>

### *Ακτινοθεραπεία*

Η ακτινοθεραπεία είναι σήμερα ένας από τους κυριότερους τρόπους αντιμετώπισης των κακοηθών νεοπλασιών χρησιμοποιείται μόνη ή σε συνδυασμό με την χειρουργική, τη χημειοθεραπεία και σε μικρότερο ποσοστό την ορμονοθεραπεία και ανοσοθεραπεία. Η χρήση της ακτινοθεραπείας στη θεραπευτική έχει σαν βασικό σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων.<sup>40</sup> Η ακτινοθεραπεία στο καρκίνωμα του παχέος εντέρου αποτελεί την κύρια επικουρική μέθοδο ιδιαίτερα στα καρκινώματα του ορθού.<sup>7</sup>

Η ακτινοθεραπεία είναι χρήση ιονίζουσας ακτινοβολίας για διακοπή της κυτταρικής ανάπτυξης.<sup>40</sup> Είναι μια θεραπευτική μέθοδος η οποία εφαρμόζεται κυρίως στην αντιμετώπιση κακοηθών νεοπλασιών και για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται ακτινοβολίες διαφόρων ειδών. Η ακτινοθεραπεία με τις σύγχρονες τεχνικές που εφαρμόζονται σήμερα, είναι ασφαλώς τόσο για τον

ασθενή όσο και για το ιατρικό ή παραϊατρικό προσωπικό. Επίσης ο ασθενής μετά το τέλος της καθημερινής θεραπείας δεν εκπέμπει καμιά ακτινοβολία οπότε μπορεί να έλθει σε επαφή ακόμα και με μικρά παιδιά.<sup>41</sup>

Βέβαια οι ιονίζουσες ακτινοβολίες δεν κάνουν διάκριση μεταξύ φυσιολογικών και νεοπλασματικών κυττάρων. Και τα δύο ειδών κύτταρα δέχονται το αυτό ποσό ακτινοβολίας και υφίστανται τις ίδιες ακτινικές βλάβες. Τα φυσιολογικά κύτταρα έχουν την δυνατότητα, με τη βοήθεια ενζυματικών μηχανισμό αποκατάστασης, να αποκαταστήσουν τις βλάβες αυτές μέσα σε σύντομο σχετικά χρονικό διάστημα, ολίγων ωρών, εκτός αν οι βλάβες είναι τόσο μεγάλες και πολλές ώστε να επιφέρουν τον θάνατο του κυττάρου (θανατηφόρες βλάβες). Στα νεοπλασματικά κύτταρα οι μηχανισμοί αυτοί υπολειπόμενοι με αποτέλεσμα να απαιτείται πολύ μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, πάνω από 24 ώρες, για την αποκατάσταση των ακτινικών βλαβών. Έτσι κατά την επόμενη ακτινοβολήση προστίθενται νέες βλάβες στις ήδη υπάρχουσες με αποτέλεσμα το θάνατο του κυττάρου.<sup>41,42</sup>

Οι ιονίζουσες ακτινοβολίες διακρίνονται σε ηλεκτρομαγνητικές και σωματιδιακές.

Οι ηλεκτρομαγνητικές ακτινοβολίες παράγονται από τον άνθρωπο με την βοήθεια ειδικών μηχανημάτων, όπως είναι οι μηχανές παραγωγής ακτίνων X για διαγνωστικούς σκοπούς κ.α. Είναι συχνότερο χρησιμοποιημένες και είναι της ίδιας φύσης με εκείνη της ηλιακής ακτινοβολίας με τη διαφορά ότι έχουν πολύ μεγαλύτερη ενέργεια δηλαδή έχουν πολύ μικρότερο μήκος κύματος και ως εκ τούτου είναι πολύ διεισδυτικές.<sup>41</sup>

Οι σωματιδιακές ακτινοβολίες είναι υποατομικά στοιχεία και είτε εκπέμπονται από ραδιενεργά στοιχεία π.χ. φώσφορο 32, είτε από μηχανές, όπως οι γραμμικοί επιταχυντές κάτω από ειδικές συνθήκες. Από τις σωματιδιακές ακτινοβολίες χρησιμοποιούνται συχνότερα οι ακτίνες βήτα ή ακτινοβολίες ηλεκτρονίων. Άλλες σωματιδιακές ακτινοβολίες είναι οι ακτινοβολίες των νετρονίων.<sup>41</sup>

Επίσης η ακτινοθεραπεία διακρίνεται, ανάλογα με το σκοπό για τον οποίο χρησιμοποιείται:

Ριζική ακτινοθεραπεία: έχει σκοπό την καταστροφή της νεοπλασίας και να επιφέρει την ίαση του ασθενούς. Διαρκεί αρκετό διάστημα, 4-7 βδομάδες περίπου



και χορηγούνται μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας,<sup>40,41</sup> που πολλές φορές συνοδεύονται από σοβαρές παρενέργειες.<sup>40</sup>

Οι παρενέργειες ή οι αντιδράσεις αυτές εμφανίζονται προς το τέλος της θεραπείας ή αμέσως μετά από αυτή και λέγονται πρώιμες αντιδράσεις. Είναι παροδικές και τις περισσότερες φορές υποχωρούν χωρίς φαρμακευτική βοήθεια. Εκτός από αυτές έχουμε και όψιμες αντιδράσεις οι οποίες εμφανίζονται μετά από ένα χρόνο ή αργότερα. Είναι σχετικά σπάνιες αλλά είναι δυσίαιτες ή και ανίατες, και πολλές φορές αποκτούν χειρουργικές επεμβάσεις για την αποκατάσταση των βλαβών π.χ. κολοστομία επί βλάβης του ορθού.

Ανακουφιστική ακτινοθεραπεία: σκοπός της δεν είναι η ίαση του ασθενούς αλλά η ανακούφιση του από δυσάρεστα συμπτώματα.<sup>41,41</sup> Επίσης εφαρμόζεται σε μεταστατική νόσο στον εγκέφαλο, λεμφαδένες κ.λ.π.<sup>41</sup> Η διάρκεια της θεραπείας είναι σχετικά σύντομη από 1-2 βδομάδες, εφαρμόζεται σε προχωρημένες καταστάσεις.<sup>40</sup>

Η ακτινοθεραπεία συνδυάζεται συχνά με την χειρουργική επέμβαση και διακρίνεται σε προεγχειρητική, διεγχειρητική και μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.<sup>17,40,41</sup>

Προεγχειρητική ακτινοθεραπεία. Προηγείται της χειρουργικής επέμβασης.<sup>7,40,41</sup> χορηγείται σε όγκους T<sub>3</sub>.<sup>7</sup> Σκοπός της είναι η καταστροφή των περιφερικών τμημάτων του όγκου, τα οποία επειδή βρίσκονται σε άμεση γειτονική σχέση με τα τριχοειδή έχουν καλή αιμάτωση και επομένως είναι ακτινοευαίσθητα. Επίσης τα περιφερικά κύτταρα είναι εκείνα τα οποία είναι δυνατόν να διαφύγουν κατά την διάρκεια της επέμβασης και να προκαλέσουν την δημιουργία απομακρυσμένων μεταστάσεων.<sup>41</sup>

Η καταστροφή των κυττάρων αυτών επιτυγχάνεται με μικρές δόσεις ακτινοβολίας χορηγούμενες σε μια ημέρα, αρκεί η επέμβαση να γίνει την ίδια ή την άλλη μέρα.<sup>41</sup> Με μεγαλύτερες δόσεις χορηγούμενες σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα 4 βδομάδων, επιτυγχάνεται η συρρίκνωση του όγκου, οπότε γίνεται μετά από 4-6 βδομάδες πριν την εγχείρηση η οποία θα είναι ευκολότερη και πιο ασφαλής.<sup>7,41</sup>

Τέλος, η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία έχει καμιά φορά θέση γιατί καθιστά το ανεγχειρητικό καρκίνωμα εγχειρήσιμο. Για μερικές περιπτώσεις ασθενών αυξάνει το ποσοστό 5ετούς επιβίωσης μετά την εγχείρηση.<sup>6</sup>

Διεγχειρητική ακτινοθεραπεία - IORT καλείται η χορήγηση μιας εφάπαξ αυξημένης ακτινοθεραπείας απ' ευθείας στον όγκο ή στην κοίτη του όγκου εκτεθειμένου κατά την διάρκεια μιας χειρουργικής επεμβάσεως, υπό άμεσο επισκοπικό έλεγχο με ικανοποιητική προστασία των περιξυγίων ιστών.<sup>41,43</sup>

Η εφαρμογή της διεγχειρητικής ακτινοθεραπείας μπορούμε να πούμε ότι άρχισε πολύ σύντομα από την εποχή της ανακαλύψεως των ακτίνων Roentgen.<sup>43</sup>

Η μέθοδος στηρίζεται στη λογική ότι η εξωτερική ακτινοθεραπεία με ή χωρίς χημειοθεραπεία είναι παρηγορητική σε αρρώστους με τοπικά προχωρημένους καρκίνους. Όταν η ακτινοθεραπεία γίνει με ανεκτές δόσεις τότε δεν επιτυγχάνεται ο τοπικός στόχος της νόσου. Επίσης εμφανίζονται όσο η δόση ανεβαίνει πάνω από τα 45-50 Gy, δευτεροπαθείς επιπλοκές (απόφραξη-διάτρηση εντέρου) οι οποίες θα πρέπει να αντιμετωπισθούν όσο πιο γρήγορα στο νοσοκομείο και πιθανώς θα χρειαστεί επανεγχείρηση.<sup>42,43</sup>

Τα πλεονεκτήματα της τεχνικής αυτής είναι ότι η δέσμη ακτινοβολίας, συνήθως ηλεκτρονίων, κατευθύνεται στην περιοχή όπου, κατά την γνώμη του χειρουργού, υπάρχει υπολειμματικός όγκος ή μικροδιηθήσεις. Επίσης είναι δυνατόν, αν στην πορεία της δέσμης υπάρχουν ακτινοευαίσθητα όργανα, όπως είναι το λεπτό έντερο, τα όργανα αυτά να μετακινηθούν ή να προστατευτούν με φύλλα μολύβδου.<sup>41,42</sup>

Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται μετά την επούλωση του μετεγχειρητικού τραύματος, και σκοπός της είναι η καταστροφή υπάρχοντος υπολειμματικού όγκου ή η υπόνοια ύπαρξης μικροδιηθήσεων στην περιοχή του χειρουργικού πεδίου.<sup>41</sup> Τέλος εφαρμόζεται 34 βδομάδες μετά την επέμβαση.<sup>7</sup>

Διακρίνουμε ακόμα δύο μεγάλες κατηγορίες της ακτινοθεραπείας: την εξωτερική ακτινοθεραπεία ή τηλεθεραπεία και την εσωτερική ή βραχυθεραπεία.<sup>40,41</sup>

Τηλεθεραπεία που εφαρμόζεται με

- Ακτίνες X οι οποίες παράγονται από ειδικό μηχάνημα. Κατά την τηλεθεραπεία η πηγή της ακτινοβολίας βρίσκεται σε συγκεκριμένη απόσταση από το σώμα του ασθενούς. Με κατάλληλες τεχνικές, επιτυγχάνεται η χορήγηση της επιθυμητής δόσεων της ακτινοβολίας το εν τω βάθει, όσο και σε επιπολής ευρισκόμενους όγκους, με μικρή επιβάρυνση των πέριξ υγίων ιστών και οργάνων (γραμμικοί επιταχυντές).<sup>40</sup>

- Ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα μέσα ραδιοθεραπευτικές βόμβες π.χ. κοβάλτιο - 60, καίσιο - 137. Τα πλεονεκτήματα των πιο πάνω εφαρμογών είναι ότι η μεγαλύτερη απορρόφηση της ακτινοβολίας γίνεται κάτω από την επιφάνεια του δέρματος και χρησιμοποιείται μεγάλης εντάσεως ακτινοβολία την ακτινοβολήση (στο βάθος) κακοηθών νεοπλασιών όπως του εγκεφάλου, του τραχήλου, του οισοφάγου, των πνευμόνων και της ουροδόχου κύστεως.<sup>40</sup>
- Ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα σε θήκες (εκμαγεία) που εφαρμόζονται πάνω στο σημείο που πρέπει να ακτινοβοληθεί (δέρμα, βλεννογόνοι) χρησιμοποιείται σε καρκίνο δέρματος, παρειάς, χείλους, γλώσσας, αυτιού π.χ. κοβάλτιο - 60.<sup>40</sup>

Η βραχυθεραπεία διακρίνεται σε:

- Ενδοκοιλοτικά. Γίνεται εισαγωγή ραδιοϊσοτόπου σε κοίλα όργανα ή σε κοιλότητες οργανισμού π.χ. μήτρα, υπεζωκοτική κοιλότητα, ουροδόχο κύστη.
- Εμφύτευση. Τα ραδιοϊσότοπα με στερεά μορφή βελονών, κάψουλων, κόκκων, ράβδων, συρμάτων εμφυτεύονται και μένουν μόνιμα ή αφαιρούνται μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα μέσα σε ιστούς. Ισότοπα που χρησιμοποιούνται για εμφύτευση είναι: ράδιο, καίσιο - 137, κοβάλτιο - 60 κ.α. Το μεγάλο πλεονέκτημα της βραχυθεραπείας είναι:

▶ Η χορήγηση μεγάλης δόσεως ακτινοβολίας σε συγκεκριμένη περιοχή για μικρό χρονικό διάστημα χωρίς μεγάλη επιβάρυνση των γειτονικών υγιών ιστών

▶ Η δυνατότητα εφαρμογής της σε κάθε περιοχή του σώματος.

▶ Η μεταφορά και τοποθέτηση της ραδιενεργούς πηγής με τηλεχειρισμό, χωρίς την έκθεση του προσωπικού στην ακτινοβολία.

▶ Δυνατότητα διακοπή της ακτινοθεραπείας ώστε ο ασθενής να έχει την απαραίτητη φροντίδα χωρίς να ακτινοβολεί το προσωπικό (με τα μοντέρνα afterloading μηχανήματα βραχυθεραπείας).

Οι κανόνες ακτινοπροστασίας πρέπει να εφαρμόζονται πιστά. Θωρακισμένα δωμάτια κ.λ.π.

Τέλος άλλες δύο μορφές ακτινοθεραπείας είναι η σύμμορφη<sup>41</sup> και η στερεοτακτική ακτινοθεραπεία.<sup>41,44</sup>

Στη σύμμορφη ακτινοθεραπεία η δέσμη ακτινοβολίας παίρνει, με την βοήθεια μεταλλικών bocks, το σχήμα του όγκου και έτσι το τμήμα των φυσιολογικών ιστών, είναι πολύ μικρό. Με την τεχνική αυτή μπορούσε να χορηγήσουμε μεγαλύτερες δόσεις ακτινοβολίας χωρίς να έχουμε αύξηση των

ακτινικών παρενεργειών. Η τεχνική αυτή είναι κατάλληλη για μικρούς όγκους, δηλαδή σε αρχικό στάδιο.

Η στερεοτακτική ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται για την ακτινοβόληση μικρών ενδοκρανιακών όγκων, καλοθών, οι οποίοι λόγω της θέσης του δεν είναι κατάλληλοι για χειρουργική επέμβαση.<sup>41,44</sup>

Ανάλογα με την πηγή της ακτινοβολίας διακρίνεται, σε γ-knife, όταν η πηγή είναι κοβάλτιο, και σε X-knife, όταν η πηγή είναι γραμμικός επιταχυντής. Επίσης ανάλογα με την διάρκεια της θεραπείας διακρίνεται σε στερεοτακτική ακτινοχειρουργική, όταν η δόση χορηγείται σε μία συνεδρία, και σε στερεοτακτική ακτινοθεραπεία, όταν η δόση χορηγείται σε περισσότερες συνεδρίες.<sup>41</sup>

### *Χημειοθεραπεία*

Οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία σε κάποιο στάδιο της νόσου με σκοπό είτε στην ίαση είτε στην ανακούφιση. Σε αρκετές περιπτώσεις η χορήγηση κυτταροστατικών μπορεί να επιτύχει την αύξηση της επιβίωσης και την βελτίωση της ποιότητας ζωής. Ο σχεδιασμός της φαρμακευτικής αγωγής στηρίζεται σε ένα συνδυασμό δεδομένων που περιλαμβάνουν στοιχεία κινητικής των κυττάρων. Οι βασικές αρχές της κινητικής των κυττάρων προέρχεται από τις μελέτες των Skipper και Tubrot, που έδειξαν ότι η κακοήθεις όγκοι αποτελούνται από κύτταρα που πολλαπλασιάζονται και από κύτταρα που πολλαπλασιάζονται είναι συνήθως ευαίσθητα στην χημειοθεραπεία, ενώ τα κύτταρα που δεν πολλαπλασιάζονται είναι συνήθως ανθεκτικά στα κυτταροστατικά. Τα κύτταρα που δεν πολλαπλασιάζονται μπορεί να διεγερθούν και να εισέλθουν στον κυτταρικό κύκλο, να παραμείνουν σε μια φάση αναπαύσεως ή να πεθάνουν.<sup>45</sup>

Ο κυτταρικός κύκλος διαιρείται σε τέσσερις φάσεις, G1, S, G2 και M. Η φάση M αποτελεί τον τελικό στόχο της κυτταρικής διαιρέσεως, την μίτωση. Η φάση G1 (gar one) ευρίσκεται μεταξύ της μίτωσης και της συνθέσεως και αποτελεί την προσυνθετική φάση, η φάση S αποτελεί την φάση συνθέσεως του DNA και η φάση G2 (gar two) αποτελεί την προμιτωτική περίοδο μεταξύ S και M. Μερικά κυτταροστατικά όπως και φυτικά αλκαλοειδή, δρουν σε μία μόνο φάση του κύκλου, ενώ άλλα, όπως οι αντιμεταβολίτες δρουν σε πολλές φάσεις.<sup>45</sup>

Τα επόμενα κυτταρικά χαρακτηριστικά είναι σημαντικά για την Χημειοθεραπεία:

- 1) Ο χρόνος του κυτταρικού κύκλου και ο χρόνος διπλασιασμού του όγκου
- 2) Τα κλάσμα αυξήσεως
- 3) Το μέγεθος του όγκου ή ο αριθμός των νεοπλασματικών κυττάρων.

Ο Skipper και οι συνεργάτες του έχουν καθορίσει τους νόμους που συνδέουν την κινητική των κυττάρων με την χημειοθεραπεία. Ακολουθούν ορισμένα βασικά στοιχεία:

1. Ο χρόνος διπλασιασμού των καρκινικών κυττάρων που πολλαπλασιάζονται είναι σταθερός και ο θάνατος επέρχεται, όταν τα κακοήθη κύτταρα φθάσουν ένα κριτικό κλάσμα του σωματικού βάρους.
2. Έχει αποδειχθεί πειραματικά ότι ένα κακοήθες κύτταρο που επιζεί αποτελεί αποτυχία της θεραπείας. Η ίαση δηλαδή προϋποθέτει καταστροφή όλων των νεοπλασματικών κυττάρων.
3. Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι οι φυσιολογικοί αμυντικοί μηχανισμοί ξενιστού παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκρίζωση υπολειπομένων νεοπλασματικών κυττάρων. Συμπέρασμα των ανωτέρω είναι ότι οι επιβίωση, συνδέεται στενά με το μέγεθος του όγκου κατά τον χρόνο της διαγνώσεως.
4. Μια συγκεκριμένη συγκέντρωση φαρμάκου για ένα καθορισμένο χρονικό διάστημα προκαλεί τον θάνατο ενός σταθερού κλάσματος του νεοπλασματικού πληθυσμού, ανεξάρτητα από τον συνολικό αριθμό των καρκινικών κυττάρων. Αυτό σημαίνει ότι κάθε κύκλος θεραπείας σκοτώνει ένα συγκεκριμένο ποσοστό των κυττάρων που απομένουν και μία έκθεση σε ένα φάρμακο δεν είναι αρκετή να ξεριζώσει ένα όγκο πλήρως. Τα αποτελέσματα λοιπόν της θεραπείας έχουν άμεση σχέση με την δόση του φαρμάκου και την συχνότητα επαναλήψεως της θεραπείας.

Τα αποτελέσματα αυτά έχουν προκύψει από μελέτες σε κυτταρικούς πληθυσμούς στους οποίους όλα τα κύτταρα ευρίσκονται σε κύκλο και διαιρούνται δεν υπάρχουν κύτταρα σε φάση αναπαύσεως και ο αριθμός των κυττάρων διπλασιάζεται με ένα συγκεκριμένο για κάθε όγκο ρυθμό.<sup>45</sup>

Η χημειοθεραπεία στο καρκίνωμα του παχέος εντέρου, εφαρμόζεται τόσο στη γενικευμένη νόσο όσο και ως συμπληρωματική χημειοθεραπεία μετά την επέμβαση ως προς της χημειοθεραπεία τα αποτελέσματα παραμένουν φτωχά.

Προτιμάται η 5- φθοριουρακίλη σε συνδυασμό με μεθυλ-CCNU και βινκριστίνη, αν και για πολλούς η υπεροχή του συνδυασμού αυτού, έναντι της 5-φθοριουρακίλης δεν είναι βέβαιη συγχρόνως με το συνδυασμό αυξάνεται σημαντικά η τοξικότητα. Γι' αυτό και πολλοί γιατροί προτιμούν τη χορήγηση μόνο της 5-φθοριουρακίλης.<sup>6</sup>

Η 5-φθοριουρακίλη (5-FU) παρότι εξακολουθεί να αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας του καρκίνου του παχέος εντέρου, συνοδεύεται από μικρό ποσοστό αντικειμενικών ανταποκρίσεων ( $\approx 10\%$ ) και από ασήμαντη επίδραση στη συνολική επιβίωση. Η βιομετατροπή της όμως από το φυλλικό οξύ (λευκοβορίνη) και η χορήγηση αυτής σε σχήματα παρατεταμένης ενδοφλέβιας χορήγησης συνοδεύεται από στατιστικά σημαντική διαφορά τόσο ως προς το ποσοστό αντικειμενικής ανταπόκρισης όσο και ως προς τη συνολική επιβίωση. Παρά ταύτα, ακόμα δεν έχει καθοριστεί ούτε το προσφότερο σχήμα χορήγησης της 5-FU ούτε η προσφότερη δόση της λευκοβορίνης.<sup>46</sup>

Όμως η χορήγηση της 5-FU λευκοβορίνη σε συνδυασμό με την οξαλοπлатίνη, ένα νέο πλατινούχο παράγωγο σύμφωνα με τις αρχές της χρονοθεραπείας, φαίνεται ότι συνιστά το πιο δραστικό σχήμα στη θεραπεία του προχωρημένου καρκίνου παχέος εντέρου.<sup>46</sup> Η χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με ανοσοθεραπεία έχει εφαρμογή στις μεταστάσεις του καρκίνου του παχέος εντέρου στο ήπαρ ή στους πνεύμονες.<sup>7</sup> Τέλος, η περιοχική χημειοθεραπεία διαμέσου της ηπατικής αρτηρίας αυξάνει τις θεραπευτικές επιλογές σε ασθενείς, των οποίων η μεταστατική νόσος περιορίζεται στο ήπαρ χορηγούμενη είτε ως συμπληρωματική θεραπεία μετά την πλήρη εκτομή της μεταστατικής εστίας, είτε προεγχειρητικά προκειμένου η εστία αυτή να καταστεί εγχειρήσιμη.<sup>46</sup>

Οι εξελίξεις στην συνδυασμένη χημειοθεραπεία έχουν ως εξής:

α. Η διαδοχική χορήγηση συνδυασμένων φαρμάκων. Η στρατηγική αυτή αποβλέπει στην αντιμετώπιση της κυτταρικής ετερογένειας και τη ύπαρξης ανθεκτικών κλώνων.<sup>45</sup>

β. Η προσπάθεια αύξησης της συνολικά χορηγούμενης δόσεως των φαρμάκων μέσα σε ένα καθορισμένο χρονικό διάστημα.<sup>45</sup>

Πρέπει να συνδυάζονται φάρμακα με διαφορετικό μηχανισμό δράσεως. Όγκοι που είναι αρχικά ευαίσθητοι στη θεραπεία γρήγορα αναπτύσσουν αντοχή μετά από την έκθεση σε εάν φάρμακα, αποτέλεσμα κατά πάσα πιθανότητα των ανθεκτικών κυττάρων που εξαρχής υπάρχουν στο νεοπλασματικό πληθυσμό. Τα

κυτταροστατικά σε πειραματικές μελέτες, αυξάνουν τις μιτώσεις που οδηγούν στην ανάπτυξη αντοχής.<sup>45</sup>

Νεώτερες ενδείξεις και ειδικές περιπτώσεις χορήγησης χημειοθεραπείας είναι οι ακόλουθες:

#### Επικουρική (Μετεγχειρητική) συστηματική θεραπεία

Η επικουρική θεραπεία έχει ορμονοθεραπεία και την χημειοθεραπεία. Χορηγείται μετά την αρχική θεραπεία ενός όγκου με εγχείρηση και η ακτινοθεραπεία, όταν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος υπάρξεως μη κλινικός ορατών μεταστάσεων. Επικουρική ορμονοθεραπεία χορηγείται σε καρκίνο του παχέος εντέρου με θετικούς λεμφαδένες.

#### Εισαγωγική (neo-adjuvant) χημειοθεραπεία

Η χορήγηση της χημειοθεραπείας ως πρώτης θεραπείας π.χ. πριν από την κολοστομία και η ακτινοθεραπεία σε μια περίπτωση καρκίνου του παχέος εντέρου. Η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής πριν από την κλασική αφαίρεση - ακτινοβολήση ενός κακοήθους όγκου στηρίζεται σε ορισμένα πειραματικά κλινικά δεδομένα. Αποτελεί στις περισσότερες περιπτώσεις αντικείμενο μελέτης.<sup>45</sup>

Η χημειοθεραπεία έχει και πολλές παρενέργειες εκτός από τα πολλά πλεονεκτήματα.<sup>45</sup> Μπορεί πολλοί ογκολόγοι να προτιμούν η χημειοθεραπεία να προηγείται της ακτινοθεραπείας, αλλά προκαλεί στοματίτιδα, οισοφαγίτιδα, έλκος και διάρροια. Η αλωπεκία είναι ένα συχνό επακόλουθο της χημειοθεραπείας. Δημιουργεί πολλά επίσης ψυχολογικά προβλήματα, αλλά ευτυχώς είναι σχεδόν πάντοτε αναστρέψιμα. Άλλες παρενέργειες είναι η ανοσοκαταστολή, οι δερματικές εκδηλώσεις, η ηπατοτοξικότητα, η πνευμονική καταστολή, η νεφροτοξικότητα, η νευροτοξικότητα, η πνευμονική τοξικότητα, οι συγγενείς ανωμαλίες και η καρκινογένεση.<sup>45</sup>

Τέλος, σκοπός κάθε θεραπευτικής παρέμβασης είναι η βελτίωση της διάρκειας και της ποιότητας ζωής.<sup>47</sup> Τόσο η χειρουργική επέμβαση όσο και η ακτινοθεραπεία είναι θεραπείες τοπικές και δεν επηρεάζουν τη νόσο, η οποία βρίσκεται έξω από το χειρουργικό ή ακτινοθεραπευτικό πεδίο. Για το λόγο αυτό, στις περιπτώσεις όπου είναι γνωστό ή υπάρχει υπόνοια ότι υπάρχει νόσος έξω από τα πεδία αυτά, γίνεται συνδυασμός ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας.<sup>41</sup>

Θεραπευτική αντιμετώπιση ανάλογα με το στάδιο:

Στάδιο 0:

Το στάδιο 0 αποτελεί την πλέον επιφανειακή βλάβη και περιορίζεται στον βλεννογόνο χωρίς διήθηση του χορίου. Λόγω της επιφανειακής βλάβης η χειρουργική θεραπεία είναι περιορισμένη.

Θεραπευτικές επιλογές

1. Τοπική εκτομή ή απλή πολυεκτομή με καθαρά όρια
2. Εκτομή τμήματος παχέος εντέρου όταν δεν είναι δυνατή η τοπική εκτομή.

Στάδιο I:

Λόγω της εντοπισμένης φύσεως της νόσου το στάδιο I παρουσιάζει υψηλό ποσοστό ίασης.

Θεραπευτικές επιλογές

Ευρεία χειρουργική εκτομή και αναστόμωση

Στάδιο II:

Θεραπευτικές επιλογές

1. Ευρεία χειρουργική εκτομή και αναστόμωση.
2. Μετά την εγχείρηση οι ασθενείς θα μπορούν να είναι υποψήφιοι για κλινικές θεραπευτικές δοκιμές που σκοπό έχουν την εκτίμηση συστηματικής ή περιοχικής χημειοθεραπείας, ακτινοθεραπείας ή άλλων βιολογικών θεραπειών. Η συμπληρωματική θεραπεία δεν ενδείκνυται στους περισσότερους ασθενείς, εκτός εάν περιλαμβάνονται σε κάποια κλινική μελέτη. Υπάρχει ένα πρωτόκολλο που ερευνά σε ομάδα ασθενών τη συμπληρωματική χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία σε σύγκριση με τη μετεγχειρητική χημειοθεραπεία ως μόνη θεραπευτική αγωγή σε επιλεγμένους ασθενείς σταδίου II υψηλού κινδύνου.

Στάδιο III:

Ο καρκίνος παχέος εντέρου σταδίου III σημαίνει των λεμφαδένων. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι ο αριθμός των προσβεβλημένων λεμφαδένων επηρεάζει την πρόγνωση. Οι ασθενείς που παρουσιάζουν 1-3 προσβεβλημένους λεμφαδένες έχουν σημαντική καλύτερη επιβίωση από τους ασθενείς με 4 ή



περισσότερους προσβεβλημένους λεμφαδένες. Έχει προταθεί ότι σε ασθενείς με προσκόλληση του όγκου σε παρακείμενα ανατομικά μέρη η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία βελτιώνει τον έλεγχο της τοπικής υποτροπής. Η διεγχειρητική ακτινοθεραπεία με δέσμη ηλεκτρονίων στο σημείο μικροσκοπικής ή εμφανούς υπολειμματικής νόσου μετά τη χειρουργική εκτομή έχει επίσης ανακοινωθεί ότι βελτιώνει τον τοπικό έλεγχο της νόσου όταν συνδυάζεται με εξωτερική ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία.

#### Θεραπευτικές επιλογές

1. Ευρεία χειρουργική εκτομή και αναστόμωση. Οι ασθενείς που δεν πρόκειται να εισαχθούν σε κάποιο ερευνητικό πρωτόκολλο θα πρέπει να λαμβάνουν μετεγχειρητικά χημειοθεραπεία με 5-FU/Leucovorin για 6 μήνες. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί το σχήμα 5-FU/Levamisole για 12 μήνες, αν και μόνο μια μελέτη έδειξε ότι έχει καλύτερα αποτελέσματα στην επιβίωση σε σχέση με την εξαήμερο θεραπεία 5-FU/Leucovorin.<sup>6,14</sup> Η Levamisole δεν φαίνεται να είναι σημαντικό στοιχείο στη συμπληρωματική χημειοθεραπεία.
2. Κατάλληλοι ασθενείς θα πρέπει να θεωρούνται υποψήφιοι για εισαγωγή σε προσεκτικά ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές με χημειοθεραπευτικά τμήματα, μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία ή βιολογική θεραπεία ως μοναδικές θεραπείες ή συνδυασμό.

#### Στάδιο IV:

Ο καρκίνος παχέος εντέρου σταδίου IV σημαίνει μεταστατική νόσο. Οι τοπικές περιοχικές προσεγγίσεις για τη θεραπεία των ηπατικών μεταστάσεων περιλαμβάνουν την ηπατική εκτομή και ή την ενδοαρτηριακή χορήγηση χημειοθεραπείας με εμφύτευση οδών έγχυσης ή αντλιών. Για τους ασθενείς με περιορισμένες ηπατικές μεταστάσεις (3 ή λιγότερες) θα πρέπει να συζητείται και η εκτομή, δεδομένου ότι παρουσιάζει 5ετή επιβίωση 20% - 30%. Για τους ασθενείς με ηπατικές μεταστάσεις που παρουσιάζονται ανεγχείρητες.

#### Θεραπευτικές επιλογές

1. Χειρουργική εκτομή / αναστόμωση ή παράκαμψη της πρωτοπαθούς αποφρακτικής βλάβης.
2. Χειρουργική εκτομή μεταστάσεων (ήπαρ, πνεύμονες, ωοθήκες)
3. Χημειοθεραπεία

4. Κλινικές δοκιμές για την εκτίμηση νέων φαρμάκων και βιολογικών θεραπειών
5. Ακτινοθεραπεία

## 2.5 ΠΡΟΛΗΨΗ

Τα προληπτικά μέτρα μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες: τα πρωτογενή και τα δευτερογενή. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν κυρίως τα προληπτικά μέτρα που έχουν ως σκοπό την αποφυγή έναρξης παθογενετικών διαδικασιών που οδηγούν τελικά στην νόσηση έναρξης των παθογενετικών διαδικασιών που οδηγούν τελικά στη νόσηση και στον θάνατο. Στη δεύτερη κατηγορία πρόληψης ανήκουν μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προ-συμπτωματική διάγνωση της νόσου στο πρώιμο στάδιο.<sup>5</sup>

Πρωτογενής πρόληψη:

*Η ανακάλυψη των αιτιολογικών παραγόντων*

Η ανακάλυψη καρκινογόνων παραγόντων, στο παχύ έντερο, μπορεί να γίνει με τρεις κατηγορίες ερευνών: σε ανθρώπους, σε πειραματόζωα και σε μικροβιακές καλλιέργειες.<sup>7</sup>

*Εφαρμογή μέτρων πρωτογενούς πρόληψης*

Για να εφαρμοσθούν αυτά τα μέτρα πρέπει να γνωρίζουμε τα αίτια του Ca του παχέος εντέρου. Δηλ. ξέρουμε ότι ένα από τα βασικά αίτια είναι η διατροφή. Αυτό που μπορούμε να κάνουμε είναι ότι πρέπει να θυμίσουμε στον κόσμο ότι η δυτική διατροφή είναι πολύ βλαβερή για τον οργανισμό μας και επίσης να προβάλλουμε έρευνες που δείχνουν ότι η Μεσογειακή αλλά και η Ελληνική διατροφή κάνει πού καλό στην υγεία μας και κυρίως στον Ca του παχέος εντέρου.<sup>25</sup> Έρευνες που έγιναν στο εξωτερικό έδειξαν ότι η Ελληνική και κυρίως η Κρητική διατροφή που βασίζεται στο ελαιόλαδο<sup>41</sup> αλλά και στο κρέας, το κρασί, το γάλα, το τυρί, τα φρέσκα φρούτα και τα λαχανικά μειώνουν τα ποσοστά Ca του παχέος εντέρου και επίσης παρατείνουν τη ζωή για πολλά χρόνια.<sup>7,8,24</sup>

Επίσης για το κάπνισμα μπορεί να δημιουργηθεί κάποια ενημέρωση για την καπνιστική επιδημία και την σχέση της με τον Ca του παχέος εντέρου.<sup>7</sup>

Τελειώνοντας θα πρέπει να επισημάνουμε ότι η ενημέρωση και η πρόληψη δεν σκότωσε ποτέ κανένα, αλλά έσωσε ζωές.

Δευτερογενής πρόληψη:

*Προβλήματα αξιολόγησης:*

Αυτή βασίζεται στην προσυμπτωματική διάγνωση του Ca του παχέος εντέρου. Είναι χρήσιμη, αλλά λιγότερο αποτελεσματική απ' ό τι πιστεύεται.<sup>7</sup>

*Εφαρμογή μέτρων δευτερογενούς προλήψεως*

Κατά την αντικαρκινική αμερικανική εταιρεία, ο προσυμπτωματικός έλεγχος είναι χρήσιμος για την αντιμετώπιση του Ca του παχέος εντέρου.<sup>7</sup>

Για τον Ca του παχέος εντέρου συνιστάται δακτυλική εξέταση του ορθού, κάθε ένας μετά από το 40<sup>ο</sup> έτος της ζωής, εξέταση κοπράνων για μικροσκοπική αιμορραγία κάθε έτος μετά το 50<sup>ο</sup> έτος και σιγμοειδοσκόπηση κάθε τρία χρόνια μετά το 50<sup>ο</sup> έτος αφού προηγήθηκαν 2 προηγούμενες αρνητικές σιγμοειδοσκοπήσεις σε χρονική απόσταση 1 έτους.<sup>33</sup>

Τέλος, η αποτελεσματικότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου στον Ca του παχέος εντέρου δεν έχει τεκμηριωθεί, αλλά θεωρείται ότι αυξάνεται το ποσοστό επιβίωσης των ασθενών.<sup>7</sup>

## 2.6 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η χειρουργική είναι η κύρια και πρωταρχική θεραπευτική αντιμετώπιση.<sup>49,50</sup> Στο 80% περίπου των ασθενών κατά την εποχή της διάγνωσης ο όγκος φαίνεται να είναι χειρουργικά εξαιρεσιμος. Παρ' όλα αυτά, όμως η συνολική επιβίωση δεν υπερβαίνει το 50% ακόμη και σε ασθενείς με ριζική αφαίρεση της ορατής νόσου. Η θνησιμότητα είναι συνάρτηση του παθολογοανατομικού σταδίου. Ασθενείς με προχωρημένο παθολογοανατομικό στάδιο έχουν χειρότερη πρόγνωση με χαμηλότερα ποσοστά 5ετούς επιβίωσης συγκριτικά με τα πρωιμότερα στάδια.<sup>49</sup>

Υπάρχουν ωστόσο σημαντικές διαφορές στην επιβίωση ανάλογα με το βάθος διηθήσεως του τοιχώματος του αυλού του εντέρου από το νεόπλασμα και τη συμμετοχή ή όχι των επιχωρίων λεμφαδένων. Έτσι εάν ο όγκος περιορίζεται μόνο στο βλεννογόνο, η ετής επιβίωση υπερβαίνει το 90%, αν διηθείται και ο

μυϊκός χιτώνας 80%, εάν υπάρχει διάτρηση του τοιχώματος χωρίς λεμφαδενική συμμετοχή 60-80% και εάν υπάρχει λεμφαδενική συμμετοχή 33%.<sup>6,29,50</sup>

Σύμφωνα με τεκμηριωμένες μελέτες, 33% των ασθενών με καρκίνωμα παχέος εντέρου - ορθού σταδίου B<sub>2</sub> κατά Aasler- Koler και περίπου το ίδιο ποσοστό στάδιο C. Η σημασία του αριθμού των προσβεβλημένων λεμφαδένων φαίνεται να έχει καθοριστική σημασία. Έτσι 5της επιβίωση υπερβαίνει το 53% όταν λιγότεροι από 4 επιχώριους λεμφαδένες είναι πρεοβεβλημένοι.<sup>50</sup>

Βέβαια έχει σημασία και σε πιο μέρος του παχέος εντέρου γίνεται η εντόπιση του καρκίνου.

Γενικά οι όγκοι του δεξιού κόλου έχουν καλύτερη πρόγνωση επειδή είναι πιο συχνά χειρουργήσιμοι. Η 5ετής επιβίωση για τους χειρουργήσιμους όγκους του κόλου και του ορθού είναι πάνω από 40%. Όγκοι του ορθού και του ορθοσιγμοειδούς έχουν χειρότερη πρόγνωση από όγκους του εγκαρσίου - κατιόντος και του σιγμοειδούς. Η 3ετής επιβίωση των ασθενών ήταν 2-14% υψηλότερη σε ασθενείς που όγκος εντοπιζόνα στο αριστερό κόλου από αυτούς του δεξιού κόλου. Επίσης, η πρόγνωση για τον καρκίνου του ορθού, που εντοπίζεται πάνω από την ανάκαμψη του περιτόναιου, είναι καλύτερη από εκείνη για όγκους κάτω από την περιτοναϊκή ανάκαμψη. Η εντόπιση του όγκου είναι σημαντικό στοιχείο αλλά ακόμη πιο σημαντικό στοιχείο για τους προγνωστικούς παράγοντες είναι το στάδιο της νόσου και ο βαθμός διαφοροποίησης των καρκινικών κυττάρων.<sup>7</sup>

Επίσης, η ανεύρεση των παρακάτω στοιχείων κατά τη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου προμηνύει κακή προγνωστική εξέλιξη όπως:

- ο όγκος να έχει διαπεράσει το εντερικό τοίχωμα.
- ο όγκος να έχει τρυπήσει το εντερικό τοίχωμα
- ο όγκος να είναι καθηλωμένος, να εισβάλλει ή να έχει προσκολληθεί σε άλλα τμήματα της πυέλου ή των παρακείμενων ιστών.
- ο όγκος να έχει μεγάλες εξελκώσεις
- ο όγκος να είναι μεγαλύτερος από τα 6cm
- να υπάρχει απόφραξη του παχέος εντέρου
- να υπάρχει φτωχή διαφοροποίηση στα καρκινικά κύτταρα στο μικροσκόπιο.
- η εμφάνιση όγκου σε ασθενείς κάτω των 30 ετών<sup>4,16</sup>

Τέλος, από τα παραπάνω καταλαβαίνουμε ότι εκείνο που έχει μεγάλη σημασία σαν πρόγνωση είναι η έγκαιρη διάγνωση και η εγχείρηση σε αρχικά στάδια. Βέβαια πιο ανησυχητικό όλων είναι ότι παρότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου θεωρείται ως ο πλέον «εύκολος» αντιμετώπισμός στα αρχικά στάδια το 50 των ασθενών πεθαίνουν σε 5 με 8 χρόνια.<sup>7</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**

### **3.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ CA ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**

Η ευθύνη της νοσηλεύτριας αρχίζει από τα πρώτα στάδια της ανιχνεύσεως της νόσου και προχωρεί ως το τελευταίο στάδιό της: αποκατάσταση ή θάνατος. Σ' όλα αυτά τα στάδια ο ρόλος της είναι ο εξής:

- Υποστήριξη και βοήθεια του ασθενούς στην περίοδο των διαγνωστικών εξετάσεων.
- Αντιμετώπιση των αναγκών θρέψης του ασθενούς
- Βοήθεια κατά την εφαρμογή θεραπείας.
- Συνεχής παρακολούθηση και φροντίδα του ασθενούς
- Βοήθεια του ατόμου για να υποστεί κολοστομία και να ζήσει μ' αυτή.
- Αναγνώριση των ψυχολογικών και πνευματικών αναγκών του ασθενούς.

Ζωτικό ερώτημα που υπάρχει και σήμερα μεταξύ των ανθρώπων και που απασχόλησε την εκκλησία, τους ψυχιάτρους και όλους όσους βρίσκονται κοντά στον καρκινοπαθή είναι: Πρέπει να λέγεται η διάγνωση της ασθένειας στον καρκινοπαθή. Οι απόψεις διίστανται γιατί ο κάθε ασθενής αντιδρά διαφορετικά σε μία τέτοια πληροφορία ανάλογα με τη φιλοσοφία και τις απόψεις του για τη ζωή και το θάνατο. Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας είναι να αποτελεί ανεξάντλητη πηγή για να προσφέρει, να συμπαθεί, να κατανοεί, να τονώνει και να καθοδηγεί σωστά στη ζωή ή στο θάνατο.

Οι ασθενείς των οποίων το νήμα της ζωής συνεχίζεται και μετά την εμφάνιση της νόσου, πρέπει να αισθανθούν ότι τίποτα δεν ανέκοψε το σχέδιο της ζωής και ότι μπορούν να συμμετέχουν σε όλα, έστω και μετά από μια μόνιμη κολοστομία. Η/ο νοσηλεύτρια - της με την όλη διδασκαλία και τη στάση της/του κοντά στον καρκινοπαθή συμβάλλει τα μέγιστα ώστε ο άρρωστος να αποκατασταθεί όσο γίνεται ανώδυνα στο οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό του περιβάλλον.<sup>14</sup>

Πρέπει να κατορθώσουμε να νοσηλεύσουμε τους καρκινοπαθείς με πίστη ότι είναι δυνατό να θεραπευθούν με κατανόηση των φόβων και των ανησυχιών τους και με πεποίθηση ότι η αρρώστια όσο σκληρή και αν φαίνεται, έχει σκοπό μέσα στην πορεία της ζωής μας.<sup>40</sup>

Αν ο ασθενής που εισέρχεται στο νοσοκομείο με Ca παχέος εντέρου πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση έχει έντονα τα αισθήματα φόβου και ανησυχίας που μπορεί να οφείλονται σε άγνοια, προκατάληψη, επηρεασμό στο άγνωστο της μετεγχειρητικής εξέλιξης της καταστάσεώς του καθώς και σε οικονομικά προβλήματα.<sup>51</sup>

Η/ο νοσηλεύτρια - της με τη λεπτότητα, την ευγένεια, την κατανόηση και την ευσυνειδησία, κατά την εκτέλεση των καθηκόντων της/του, καλείται να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα και νμα αποκτήσει εμπιστοσύνη προς το ίδρυμα (ιατρικό - νοσηλευτικό προσωπικό).<sup>13</sup>

Κατά τη διάρκεια της παρεγχειρητικής ετοιμασίας του ασθενή, ο νοσηλευτής καλείται να αξιολογήσει τις ανάγκες και τα προβλήματά του και να προγραμματίσει και να εφαρμόσει την καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα προς τον άρρωστο.<sup>14</sup>

### **3.2. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Σε περιπτώσεις καρκίνου παχέος εντέρου, διενεργείται χειρουργική αφαίρεση του όγκου και ειλεοστομία ή κολοστομία, προσωρινή ή μόνιμη.

Η κολοστομία είναι χειρουργικώς σχηματιζόμενο άνοιγμα του κόλου προς τη δερματική επιφάνεια της κοιλιάς για την παροχέτευση του περιεχομένου του. Τόσο η κολοστομία όσο και η ειλεοστομία δεν φέρουν σφιγκτήρα όπως ο πρωκτός και επομένως η αποβολή των κοπράνων δεν ελέγχεται από τη θέληση του ατόμου.<sup>14</sup>

Η δημιουργία μιας στομίας δεν είναι το μοναδικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς αλλά καλούνται επίσης να αποδεχθούν και να προσαρμοστούν σε πλήθος άλλων προβλημάτων που απειλούν την ψυχοκοινωνική τους οντότητα.<sup>40</sup>

Τα βιολογικά προβλήματα που πρόκειται να αντιμετωπίσουν:

- Προβλήματα λειτουργίας του εντέρου (οσμές, θόρυβος, διάρροιες)
- Προβλήματα διατροφής
- Προβλήματα δέρματος γύρω από τα στόμια (δερματίτιδες, θέση της στομίας, πτυχές δέρματος, διάρροιες περιεχομένου, αλλεργίες).
- Προβλήματα κίνησης, ανάπαυσης, άσκησης

- Προβλήματα όρασης, ακοής, αφής, όσφρησης
- Διαταραχές σεξουαλικής ζωής (ιδιαίτερα αυτών που έχουν υποβληθεί σε κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του ορθού).

Στόχος της νοσηλευτικής είναι η διεύρυνση - αξιολόγηση των προβλημάτων που η επίλυσή τους μπορεί να επιτευχθεί με ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης.<sup>40</sup>

Η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα συνιστάται σε:

#### *α. Φυσική προεγχειρητική ετοιμασία*

Ο σκοπός της φυσικής προεγχειρητικής ετοιμασίας περιλαμβάνει:

- Την καλύτερη δυνατή εξασφάλιση σωματικής και φυσικής προεγχειρητικής κατάστασης του αρρώστου.
- Την ελάττωση των λοιμώξεων με την μείωση των πηγών μόλυνσης και ενίσχυση της αντίστασης του οργανισμού.
- Η πρόληψη επιπλοκών και η επιτάχυνση της ανάρρωσής του.

Πριν από κάθε η θεραπεία προηγείται η κλινική εξέταση και η λήψη ιστορικού όπου λαμβάνονται τα παρακάτω υπόψη:

1. Ηλικία: Τα ηλικιωμένα άτομα αντιδρούν σε βραδύτερο ρυθμό στις τραυματικές βλάβες και αυτές είναι λιγότερο εμφανείς.
2. Παχυσαρκία: Προδιαθέτει σε πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές.<sup>52</sup>
3. Θρέψη - υδατοηλεκτρολυτική ισορροπία: Η καλή θρέψη και ενυδάτωση στην προεγχειρητική περίοδο είναι απόλυτα αναγκαία, διότι βοηθά τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο του αζώτου και την ελλιπή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών, χωρίς σοβαρές επιπτώσεις. Καθυστερεί επίσης η επούλωση του τραύματος από την ελάττωση της πρωτεΐνης και της βιταμίνης C.<sup>3,51</sup>
4. Φάρμακα: Αν ο άρρωστος Παίρνει φάρμακα και η επανεξέταση αυτών για την συνέχισή τους.
5. Διαγνωστικές εξετάσεις: Γενικές διαγνωστικές εξετάσεις που συνήθως γίνονται σε όλους τους αρρώστους που πρόκειται να εγχειρηθούν.<sup>52</sup>



Η φυσική νοσηλευτική ετοιμασία περιλαμβάνει πιο αναλυτικά:

Σωματική ετοιμασία: περιλαμβάνει την καθαριότητα του ασθενούς με την καθαριότητα του σώματος του ασθενούς και τον καθορισμό του εντερικού σωλήνα.

I. Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς. Αυτή εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρμο δέρμα. Το λουτρό γίνεται τη παραμονή της εγχείρησης και προστατεύεται ο άρρωστος να μην κρυώσει.

Γίνεται επίσης, λούσιμο, κεφαλής, φροντίδα στόματος και νυχιών και περιποίηση του ομφαλού.<sup>3</sup>

II. Καθαριότητα του εντερικού σωλήνα. Αυτή περιλαμβάνει (ανάλογα με το σύστημα κάθε κλινικής).

- Δίαιτα χωρίς υπόλειμμα επί 4 ημέρες πριν την εγχείρηση. Την παραμονή της επέμβασης μόνον υγρά από το στόμα και τίποτα μετά τα μεσάνυχτα.
- Εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα το πρωί της ημέρας της εγχείρησης. ]
- Χορήγηση καθαρτικού ή υποκλυσμού επί 2-4 ημέρες πριν την εγχείρηση. Σήμερα δεν συνιστάται η λήψη καθαρτικών, γιατί προκαλεί αφυδάτωση και εξασθένηση του οργανισμού καθώς και χάλαση του τόνου του εντέρου. Επίσης η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τα αποτελέσματα του υποκλυσμού και εάν είναι αρνητικά ενημερώνει το γιατρό.
- Χορήγηση αντισηπτικού του εντέρου ή ευρέως φάσματος αντιβιοτικό προληπτικά πριν την εγχείρηση.<sup>13</sup>

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

Αυτή συνιστάται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις. Η έκταση της προετοιμασίας του εγχειρητικού πεδίου θα πρέπει να περιλαμβάνει αρκετή ένταση γύρω από το σημείο της τομής.<sup>52</sup>

II. Οι Ιατρικές εξετάσεις: Στη γενική προεγχειρητική προετοιμασία περιλαμβάνεται η εξέταση του ασθενούς που θα χειρουργηθεί από:

α) Ο χειρουργό για εκτίμηση της καταστάσεως του ασθενούς επιβεβαίωση ακριβούς διάγνωσης και λήψη ιστορικού.

β) Παθολόγο για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων.

Εάν παρουσιαστεί ανωμαλία σε κάποιο από τα συστήματα, καλείται ο ειδικός για το σύστημα αυτό, ιατρός προς ακριβέστερη μελέτη και αντιμετώπισης της καταστάσεως.<sup>51</sup>

Οι εργαστηριακές εξετάσεις πριν από κάθε εγχείρηση είναι:

1. Εξέταση αίματος: γενική αίματος (λευκά - ερυθρά), τύπος λευκών αιμοσφαιρίου, χρόνος ροής και πήξεως αίματος, ομάδα και Rhesus αίματος, σάκχαρο και ουρία αίματος και
2. Γενική ούρων.<sup>3,52</sup>

Πάντοτε η αναμονή εγχειρήσεως προκαλεί αγωνία και φόβους. Αυτό μπορεί να είναι έντονα και να διώχνουν τον ύπνο. Η αύπνια και η κόπωση από αυτήν προδιαθέτουν στη μια ομαλή μετεγχειρητική πορεία και ακόμη στην εμφάνιση επιπλοκών.

Για την αποφυγή της αύπνιας και την εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου, χορηγείται στον ασθενή την νύχτα της παραμονής της εγχειρήσεως ηρεμιστικά και υπνωτικό φάρμακο.<sup>52</sup>

Γίνεται επίσης, προετοιμασία και εκπαίδευση του ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων, αναπνευστικών μυών και προσανατολισμός του ασθενούς στο νέο δωμάτιο, στο οποίο θα μεταφερθεί μετά την εγχείρηση, για να μην ανησυχήσει.<sup>3,51</sup>

Η προεγχειρητική ετοιμασία την ημέρα της επέμβασης περιλαμβάνει:

- Νηστεία. Το πρωί της ίδιας ημέρας ο ασθενής δεν παίρνει τίποτα από το στόμα (περίπου 6-8 ώρες).
- Ταυτότητα. Τοποθετείται ταυτότητα χεριού με το ονοματεπώνυμο του αρρώστου και την κλινική που ανήκει.
- Λήψη ζωτικών σημείων. Σε περίπτωση κάποιου προβλήματος, π.χ. πυρετό, οι Νοσηλευτές αναφέρονται στον υπεύθυνο γιατρό, για να ληφθεί απόφαση πιθανής αναβολής της επέμβασης.
- Φακή επαφής, γυαλιά, κοσμήματα, οδοντοστοιχίες, φουρκέτες, τσιμπιδάκια αφαιρούνται και παραδίνονται στους οικείους του ασθενή. Διαφορετικά, καταγράφονται, υπογράφει ο αρρώστος και παραδίνονται στη προϊσταμένη.

- Νύχια, χείλη καθαρίζονται αν είναι βαμμένα, διότι γίνεται κατά την εγχείρηση έλεγχος από τα σημεία αυτά για την καλή ή κακή οξυγόνωση του αρρώστου.
- Κένωση κύστεως. Ο άρρωστος πρέπει να ουρήσει πριν την επέμβαση. Αν δεν μπορεί, γίνεται καθετηριασμός.
- Κατάλληλη ένδυση. Η ενδυμασία του χειρουργείου αποτελείται από τα ποδονάρια, υποκάμισο (κοινό νυχτικό, ανοιχτό στο πίσω μέρος), σκούφος. Ο ασθενής αφαιρεί τα εσώρουχά του ή τον βοηθάει η Νοσηλεύτρια-της.
- Προνάρκωση. Γίνεται συνήθως μισή ώρα πριν την εγχείρηση. Περιλαμβάνει τη χορήγηση πεθιδίνης ως ναρκωτικό - αναλγητικό και ατροπίνη για την αναστολή των εκκρίσεων. Ενημερώνεται ο ασθενής ότι πρέπει να μείνει στο κρεβάτι του, για την πρόληψη πτώσεως.

Προεγχειρητικό δελτίο. Ο υπεύθυνος Νοσηλευτής-τρια που ετοιμάζει τον άρρωστο για το χειρουργείο, συμπληρώνει όλα τα στοιχεία στο προεγχειρητικό δελτίο. Το προεγχειρητικό δελτίο, το βιβλιάριο του αρρώστου, ο φάκελος ιστορικού του και τα φάρμακα (αν έχει) συνοδεύουν τον άρρωστο στο χειρουργείο.

- Μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο.
- Καθησύχηση και ενημέρωση των συγγενών.

Αναγραφή όλων των ενεργειών, που έχουν σχέση με τη προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς, στο νοσηλευτικό δελτίο ή λογοδοσία της νοσηλευτικής μονάδας.<sup>52</sup>

#### *β. Ψυχική νοσηλευτική προετοιμασία περιλαμβάνει:*

Η πλέον σύγχρονη προσέγγιση του ασθενούς με καρκίνο είναι η Θεραπευτική - Διεπιστημονική Ομάδα, μια ομάδα Λειτουργών Υγεία διαφορετικών ρόλων και ειδικοτήτων που σχεδιάζει μια ευρεία κλίμακα υπηρεσιών για την καταπολέμηση του καρκίνου και βοηθά τον ασθενή και την οικογένειά του. Την θεραπευτική ομάδα αποτελούν.:

- Ο ιατρός
- Ο Νοσηλευτής
- Ο Κοινωνικός Λειτουργός
- Ο Ψυχολόγος ή Ψυχίατρος
- Ακόμα και ο Εφημέριος του Νοσοκομείου

Οι Νοσηλευτές λόγω εκπαιδευτικής κατάρτισης και θέσης μπορούν να αναλάβουν το συντονισμό της Θεραπευτικής Ομάδας.<sup>53</sup> Από τα παραπάνω προκύπτει ότι οι Νοσηλευτές είναι και τα πλέον αρμόδια άτομα να ενθαρρύνουν ψυχικά τον ασθενή. Είναι απαραίτητη φυσικά και η παρουσία ψυχιάτρου και κοινωνική λειτουργού. Αλλά επειδή ο Νοσηλευτής περνάει περισσότερο χρόνο με τον ασθενή είναι και αυτός που θα τον ενθαρρύνει να εξωτερικεύσει τους φόβους του και τις σκέψεις του. Ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή για την επέμβαση στην οποία θα υποβληθεί όσο και για την νέα κατάσταση της κολοστομίας, ώστε να αποφευχθεί το συγκινησιακό σοκ. Πρέπει να ενημερωθεί ο ασθενής για τον σκοπό για τον οποίο του γίνεται η κολοστομία, δηλαδή την παροχέτευση του εντερικού περιεχομένου. Πρέπει ο νοσηλευτής να εξηγήσει στον ασθενή εάν η κολοστομία του θα είναι προσωρινή ή μόνιμη. Μόνιμη κολοστομία, γίνεται σε περίπτωση που το κατώτερο τμήμα του εντέρου ή το ορθό πάσχει και πρέπει να αφαιρεθεί.

Μπορούμε να πούμε ότι ο νοσηλευτής είναι εκείνος που αντιμετωπίζει το άτομο σαν άτομο, όχι σαν ειδικότητα. Αυτό είναι ιδιαίτερα αναγκαίο για το καρκινοπαθή, στην θεραπεία του, ο οποίος έχει να αντιμετωπίσει μια ομάδα επιστημών, όπως αναφέρθηκαν παραπάνω. Δηλαδή, όλοι αυτοί οι επιστήμονες αντιμετωπίζουν τον καρκινοπαθή από την δική τους οπτική γωνιά. Ο νοσηλευτής έχει την μοναδικότητα να αντιμετωπίζει το άτομο σαν ένα ενιαίο σύνολο με κοινές αλλά και ειδικές, ιδιαίτερες ανθρώπινες ανάγκες, οι οποίες πρέπει να διαπιστωθούν και να αντιμετωπιστούν.<sup>54</sup> Αυτό επιτυγχάνεται με συνεργασία με όλους τους επιστήμονες που αποτελούν τα μέλη της ομάδας.<sup>53,54</sup>

Οι άνθρωποι που πάσχουν από καρκίνο του παχέος εντέρου δεν χρειάζονται όλοι την ίδια ποσότητα πληροφοριών, υπάρχει όμως μια ποσότητα που την χρειάζονται όλοι. Αυτή η ανάγκη τους είναι περισσότερο έντονη συνήθως όταν ετοιμάζονται για να υποβληθούν σε χειρουργείο.<sup>51</sup> Αν εξηγήσουμε στον άρρωστο και σε κάποιο μέλος της οικογένειάς του,<sup>54,55</sup> ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο, με λίγα λόγια απλά τι θα του γίνει, πως θα γίνει, αν θα πονάει ή όχι, που θα πάει και πώς θα πάει, πόσα θα διαρκέσει, το άτομο βλέπει και διαπιστώνει ότι δεν είναι απλώς το νούμερο ενός κρεβατιού, αλλά και ότι τον υπολογίζουν σαν άτομο με οντότητα και επομένως δεν το έχουν ξεγράψει ακόμη από την ζωή.<sup>54</sup>

Για το λόγο αυτό προεγχειρητικώς, πρέπει να εξασφαλίζεται η συγκατάθεση του ασθενούς ή του άμεσου συγγενικού περιβάλλοντός του για τη διενέργεια της κολοστομίας. Επίσης γίνεται αξιολόγηση του επιπέδου κατανοήσεως και αποδοχής του αρρώστου σχετικά με την προτεινόμενη εγχείρηση, τη μετεγχειρητική πορεία της θεραπείας. Ψυχολογικά, ο ασθενής πρέπει να προετοιμάζεται για την πιθανότητα κολοστομίας, ακόμη και αν ο χειρουργός δεν είναι βέβαιος για τον ακριβή τύπο της επεμβάσεως που θα χρειαστεί.

Στην προεγχειρητική συζήτηση με τον ασθενή, πρέπει να τονίζεται ότι επιλέγει μεταξύ του να διατηρηθεί στη ζωή με κολοστομία ή του να διακινδυνεύει την επιβίωσή του χωρίς κολοστομία. Τα ψυχολογικά προβλήματα που προέρχονται από την κολοστομία πρέπει να αναφέρονται στον ασθενή, αλλά όχι να υπερτονίζεται. Όταν πρόκειται για προσωρινή κολοστομία αυτό πρέπει να τονίζεται. Στο σημείο αυτό η/ο νοσηλεύτρια - της, μπορεί να βοηθήσει θετικά τον ασθενή αν τον φέρει σε επαφή με κάποιον άλλο ασθενή που έχει δεχθεί την κολοστομία και ζει φυσιολογικά. Επίσης οφείλει να τον ενθαρρύνει να εξωτερικεύσει τους φόβους και τις ανησυχίες του και να του εξηγήσει όλες τις απορίες σχετικά με την επέμβαση που πρόκειται να γίνει.

Έτσι, όταν ο ασθενής οδηγείται στο χειρουργικό τραπέζι πρέπει να έχει ενημερωθεί πλήρως από την/τον νοσηλεύτρια-τη, τόσο για την επέμβαση στην οποία θα υποβληθεί όσο και για τη νέα κατάσταση της κολοστομίας, ώστε να αποφευχθεί το συγκινησιακό σοκ.<sup>54</sup>

Ο ασθενής ενθαρρύνεται ώστε να συζητά για την κατάστασή του πριν από την επέμβαση, προκειμένου να αποκτήσει τις γνώσεις για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του και τελικά να αποδεχθεί την ύπαρξη της στομίας.

Μέχρι να φθάσει όμως στο σημείο αυτό, κυριαρχούν ιδιόρρυθμες και ασταθείς συναισθηματικές καταστάσεις. Αν σκεφτεί κανείς την αλλαγή που θα υποστεί ο ασθενής στη βασική βιολογική λειτουργία της αφοδεύσεως, που μέχρι εκείνη τη στιγμή ήταν απολύτως προσωπική, ο ασθενής δικαιολογημένα εκφράζει πίκρα, οργή, παράπονο, απογοήτευση και αγωνία για το μέλλον του. Τα σοβαρά προβλήματα της καθαριότητας, της σεξουαλικής συμπεριφοράς και της κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης που δημιουργούνται πρέπει να αντιμετωπίζονται με την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς την παροχή

γνώσεων για την αυτοεξυπηρέτησή τους την εξοικείωση του με τη νέα κατάσταση και την προσαρμογή σ' ένα νέο τρόπο ζωής.<sup>14</sup>

Η βοήθεια προσφέρεται από ειδική ομάδα υποστήριξης που αποτελείται από ψυχίατρο, ειδικευμένη νοσηλεύτρια και κοινωνική λειτουργό.<sup>52,53</sup> Βοήθεια ασφαλώς προσφέρεται και από το οικογενειακό περιβάλλον. Η ομάδα πρέπει να επιδιώκει ειλικρινή επικοινωνία με τον ασθενή και από τη συζήτηση που θα γίνει, να απαντηθούν ενδόμυχα ερωτήματα του ασθενούς γύρω από τη νέα κατάστασή τους που συνήθως δεν γίνονται από τον ίδιο, γιατί φοβάται τις απαντήσεις.<sup>53</sup> Πρέπει να βοηθηθεί ο ασθενής να εκφράσει τις σκέψεις και τα αισθήματά του με την υποβολή ερωτήσεων και με το να δοθεί αρκετός χρόνος για συζήτηση. Συχνές απορίες είναι: Η στομία θα φαίνεται; Θα μυρίζει; Τι θα σκεφθούν οι φίλοι και οι γείτονες; Θα μπορώ να κάνω μπάνιο; Τι θα γίνει με τη σεξουαλική ζωή; Θα είμαι ικανός να επανέλθω στη δουλειά μου;

Για την εμφάνιση, την οσμή και το θόρυβο εξηγεί η/ο νοσηλεύτρια-της ότι κυκλοφορούν στο εμπόριο πολλά καλλυντικά για την περιποίηση της στομίας και πολλά είδη σάκκου, που βοηθούν στη συλλογή του περιεχομένου του εντέρου, χωρίς να διακρίνονται και χωρίς να επιτρέπουν την έξοδο των οσμών. Επίσης υπάρχουν ειδικά βύσματα που μπορεί να χρησιμοποιεί ο ασθενής με μόνιμη στομία για την απαλλαγή από τους θορύβους.<sup>40</sup>

Όταν η/ο νοσηλεύτρια -της κατορθώσει να παρέχει στον ασθενή με Ca παχέος εντέρου την κατάλληλη προεγχειρητική ετοιμασία είτε σωματική είτε ψυχολογική, τότε σίγουρα θα είναι καλύτερη και ομαλότερη η μετεγχειρητική του πορεία.<sup>3</sup>

## ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΘΑΛΑΜΟΥ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η Νοσηλεύτρια/της, μετά την αποχώρηση του ασθενούς για το χειρουργείο, ενημερώνει το θερμομετρικό διάγραμμα με τα ζωτικά σημεία και το σημείο επέμβασης.

Γίνεται αερισμός του θαλάμου και ετοιμασία του κομοδίνου και του κρεβατιού του ασθενούς. Το κρεβάτι:

- Είναι ζεστό, με τη προσθήκη θερμοφόρας το χειμώνα για την προφύλαξη από ψύξη και μετεγχειρητική πνευμονία.

- Είναι χωρίς μαξιλάρι, για την ταχύτερη αποβολή της νάρκωσης.
- Τοποθετείται προστατευτικό μαξιλάρι στο πάνω κιγκλίδωμα του κρεβατιού.
- Είναι ανοιχτό από όλες τις πλευρές
- Τοποθετείται πετσέτα προσώπου και αδιάβροχο κεφαλής για τυχόν εμφάνιση εμετών.

Το κομοδίνο:

- Τοποθετείται τετράγωνο αλλαγών ή πετσέτα.
- Ποτήρι νερό, Port-Cotton, νεφροειδές κάψα με τεμάχια χαρτοβάμβακος και τολύπια βάμβακος.
- Χάρτινη σακούλα για τα απορρίμματα

Ο θάλαμος, αφού προηγηθεί σκούπισμα, σφουγγάρισμα και υγρό ξεσκόνισμα επίπλων, αερίζεται συνεχώς με ένα ανοιχτό παράθυρο.<sup>52</sup>

### **3.3 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς με Ca παχέος εντέρου αποτελεί σοβαρή απασχόληση της/του νοσηλεύτριας -τη που πρέπει να κατέχει βασικές γνώσεις στις οποίες θα στηρίζει την παρακολούθηση και την περιποίηση του ασθενούς.

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του. Αυτή περιλαμβάνει:

- Την προφύλαξη του ασθενούς από ρεύματα αέρα κατά τη μεταφορά του από το χειρουργείο στο θάλαμο.
- Την κατάλληλη τοποθέτηση στο κρεβάτι η οποία είναι «υπτία» με το κεφάλι στραμμένο πλαγίως, αργότερα τοποθετείται σε «ανάρροπη» θέση χωρίς να αποκλείεται οποιαδήποτε άλλη. Η κατάλληλη θέση του αρρώστου προκαλεί χαλάρωση και όχι σύσπαση μυών και επιτρέπει τη λειτουργία τυχόν παροχετεύσεων.
- Τον έλεγχο της καταστάσεως του τραύματος και την παρακολούθησή του.

- Την παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την αφύπνισή του. Εδώ η προφύλαξη ή η προστασία του αρρώστου από και κατά τις διεγέρσεις ή από την εισφόρηση εμεσμάτων αποτελεί καθήκον της/του νοσηλεύτριας -τη.
- Τη σύνδεση των παροχετεύσεων ή του καθετήρα αν ο ασθενής φέρει κάποιο από αυτά.
- Την προφύλαξη και θεραπεία από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές.
- Την ανακούφιση του αρρώστου με την καλή νοσηλευτική φροντίδα, από τον πόνο από τον οποίο υποφέρει κυρίως κατά τις πρώτες 48 ώρες μετά την εγχείριση.

ΠΙΟ ΕΙΔΙΚΑ κατά το πρώτο 6ωρο απαιτείται:

- Παρακολούθηση ζωτικών σημείων ανά 30 λεπτά της ώρας το πρώτο 3ωρο και ανά 1 ώρα το δεύτερο 3ωρο.<sup>39,40</sup>
- Παρακολούθηση φυσιολογικής λειτουργίας παροχετεύσεων.<sup>39</sup>
- Ακριβής τήρηση δελτίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών (υγρά παροχετεύσεων, ούρα, εμετοί κ.α.) για εκτίμηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.
- Ακριβής τήρηση φαρμακευτικής αγωγής αντιβιοτικών, βιταμινών, ηλεκτρολυτών, κατευναστικών και αναλγητικών κατά την ιατρική οδηγία).<sup>13,52</sup>
- Συνεχής ηθική υποστήριξη του αρρώστου.<sup>52</sup>
- Γύρισμα στα πλάγια κατά διαστήματα, ασκήσεις βήχα και βαθειών αναπνοών.
- Ρύθμιση και αναγραφή των χορηγούμενων υγρών παρεντερικώς.
- Διατήρηση του ρινογαστρικού καθετήρα ανοικτού και λειτουργούντος.<sup>13</sup>
- Εξασφάλιση μέτρων ανέσεως, ασφαλείας και ησυχίας αρρώστου.
- Παροχή εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδα.

Κατά το πρώτο 24ωρο γίνονται όλα τα παραπάνω καθώς και:

- Έλεγχος αν ούρησε ο ασθενής.
- Έλεγχος εμφάνισης μετωρισμού κοιλίας
- Βοήθεια για αποβολή βρογχικών εκκρινμάτων
- Βοήθεια για ανάπαυση και ύπνο.
- Παρακολούθηση για πρόληψη επιπλοκών (αιμορραγία, μεταβολές στον καρδιακό παλμό, επίσχεση ούρων κ.λ.π.)



Κατά το δεύτερο 24ωρο γίνονται όλα τα του πρώτου 24ωρου με λιγότερη συχνότητα παρακολούθησης το 1,2,3 και

- Βοήθεια για ανακούφιση από τον μετεωρισμό κοιλίας.
- Βοήθεια για αποβολή βρογχικών εκκρινμάτων
- Τήρηση κανόνων ασηψίας και αντισηψίας στην αλλαγή τραύματος.<sup>52</sup>
- Βοήθεια σε έγερση του αρρώστου και εκτέλεση ασκήσεων πλήρους τροχιάς ιδιαίτερος των κάτω άκρων.
- Κάλυψη αναγκών υγιεινής του αρρώστου.
- Περιποίηση στοματικής κοιλότητας (όχι μόνο ανακουφίζει αλλά και προλαβαίνει στοματίτιδες και παρωτίτιδες).

#### Τρίτο 24ωρο

Όλα τα του πρώτου και δεύτερου 24ωρου με συχνότητα παρακολουθήσεως ανάλογα με την μετεγχειρητική πορεία του αρρώστου είναι:

- Φροντίδα για έναρξη λήψεως υγρών από το στόμα, ανάλογα με την οδηγία.
- Βοήθεια για κένωση του εντέρου

Το μετεγχειρητικό στάδιο είναι δύσκολο για τον ασθενή με στομία για 2 λόγους. Ο ασθενής εκτός από τη στομία, έχει υποστεί πρόσφατα χειρουργική επέμβαση, πονάει και ταλαιπωρείται. Αυτή είναι ψυχολογικά και η πιο δύσκολη περίοδος. Διότι ο ασθενής πρώτη φορά αντικρίζει τη στομία και συνειδητοποιεί το γεγονός ότι από εδώ και στο εξής δεν θα έχει έλεγχο των αερίων και των κοπράνων. Πιθανώς να έχει χάσει και τον αυτοσεβασμό του εξαιτίας της στομίας. Στην αρχή εξαρτάται πλήρως από την βοήθεια και την περιποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού. Μετά την επέμβαση το δέρμα γύρω από την κολοστομία καθαρίζεται, στεγνώνετε και εφαρμόζεται ένας σάκος με κολλητικό. Ο σάκος πρέπει να έχει βάση που να κολλά στο δέρμα το άνοιγμα της βάσεως γύρω από τη στομία πρέπει να απέχει 1 cm από αυτή.

Ο σάκος πρέπει να είναι διαφανής για να είναι ορατή οποιαδήποτε αλλαγή στο χρώμα της στομίας ή μεταβολή στο μέγεθος και στις εκκρίσεις που αποβάλλονται από το έντερο.<sup>14</sup>

### Μετεγχειρητική Δίαιτα

Τις δύο πρώτες μέρες μετά την εγχείρηση, ο ασθενής δεν παίρνει τίποτα από το στόμα, τις επόμενες δύο παίρνει μόνο υγρά και κατόπιν συνεχίζει με δίαιτα χωρίς υπόλειμμα. Όταν δεν επιτρέπεται ο ασθενής να πάρει υγρά από το στόμα ή σε μεγάλη αφυδάτωση, λόγω της εγχειρήσεως ή λόγω ναυτίας και εμέτων, τότε χορηγούνται σ' αυτόν οροί ενδοφλεβίως.<sup>3</sup>

Με τη δίαιτα επιδιώκεται η αποκατάσταση της φυσιολογικής διατροφής και η αντιμετώπιση ειδικών διαιτητικών αναγκών του ασθενούς με κολοστομία.

- Όταν ο περισταλτισμός επανέλθει ο ρινογαστρικός καθετήρας κλείνεται με πίεστρο και χορηγούνται υγρά (30 cc ωριαίως).

Παρατήρηση για σημεία κοιλιακού τυμπανισμού, πόνου, ναυτίας και εμέτων.<sup>40</sup>

- Ανά 4ωρο ο ρινογαστρικός καθετήρας ανοίγεται για την παροχέτευση τυχόν και μέτρηση του κατακρατηθέντος υπόλοιπου γαστρικού υγρού. Εάν είναι λιγότερο των χορηγηθέντων υγρών, ο καθετήρας αφαιρείται.<sup>40</sup>

- Όσο το ανέχεται ο ασθενής προχωρεί από την υγρή δίαιτα σε πολτώδη και κατόπιν σε υπερλευκωματούχο, αποφεύγονται τροφές οι οποίες προκαλούν δυσκοιλιότητα ή δημιουργούν αέρια (π.χ. λάχανο, σκόρδα, κρεμμύδια, φασόλια).

- Ο ασθενής καθοδηγείται να τρωει βραδέως να μασά καλά την τροφή για να αποφεύγει την κατάποση αέρα. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να αποφεύγεται η μάσηση τσίχλας.<sup>3,40</sup>

Ο ρόλος της εξειδικευμένης νοσηλεύτριας στη φροντίδα αυτών των ασθενών είναι καθοριστικός. Ο κύριος στόχος είναι να προσαρμοσθεί ο ασθενής στη νέα εικόνα του εαυτού του και να μάθει να περιποιείται τη στομία του σε τέτοιο βαθμό, ώστε να έχει καλύτερη ψυχοκοινωνική λειτουργία. Η εκπαίδευση του ασθενούς, για τη φροντίδα της στομίας του αρχίζει, όταν ο ασθενής, βρίσκεται στο μετεγχειρητικό στάδιο και έχει συνέλθει από το μετεγχειρητικό σοκ. Η/ο νοσηλεύτρια -της επισκέπτεται συχνά τον ασθενή, αλλάζει το σάκο όταν χρειάζεται και φροντίζει να κερδίσει την εμπιστοσύνη του. Αυτό βοηθάει σημαντικά την περαιτέρω πορεία της εκπαιδεύσεως με στόχο να επιτευχθεί η ψυχική και τεχνική «επαφή» του ασθενούς με τη στομία του.

Γενικά όλα τα σοβαρά προβλήματα που απασχολούν τον ασθενή με κολοστομία όπως της καθαριότητας, της επαγγελματικής και κοινωνικής

αποκατάστασης πρέπει να αντιμετωπίζονται με την υποστήριξη κυρίως της/του νοσηλεύτριας -τη. Αυτή πρέπει να επιδιώξει την επικοινωνία με τον άρρωστο και από τη συζήτηση που θα γίνει να απαντηθούν ενδόμυχα ερωτήματα του ασθενούς για τη νέα κατάσταση. Η συμμετοχή της οικογένειας στο πρόγραμμα επανορθώσεως του ασθενούς με στομία είναι πολύ σημαντική, γιατί μπορεί να προσφέρει υποστήριξη και κατανόηση που τόσο ανάγκη έχουν οι ασθενείς.<sup>42</sup>

### **3.4 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Εξαιρετικά βασικός τομέας της μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς είναι η παρακολούθηση και παρατήρηση του για την αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών δυσχερειών. Οι κυριότερες απ' αυτές είναι:

- ΠΟΝΟΣ: Ασθενής που υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση. Ο παχέος εντέρου βρίσκεται σε σωματική και συναισθηματική υπερένταση που επιδεικνύει τον φυσιολογικά αναμενόμενο πόνο από την εγχείρηση.<sup>39</sup> Ο πόνος οφείλεται σε ερεθισμό των νευρικών απολήξεων και υποδηλώνει ιστική βλάβη, η οποία αποδίδεται στην επέμβαση. Η μεγαλύτερη έντασή του σημειώνεται μετά 12-36 ώρες από την εγχείρηση. Μετά τις 48 ώρες αρχίζει να υποχωρεί.<sup>51,56</sup>

Ο/η νοσηλεύτρια, για να ανακουφίσει τον ασθενή από τον πόνο, του δίνει θέση, που να προκαλεί χαλάρωση μυών, κάνει ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος, προστατεύει τον ασθενή κατά το βήχα ή τους εμέτους και όταν υπάρχει ανάγκη του χορηγεί αναλγητικά φάρμακα με μορφή ενέσεων, το είδος και η δόση των οποίων καθορίζεται από τον ιατρό.<sup>3,52,57</sup>

- ΔΙΨΑ: Παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση ή και τοπική αναισθησία. Αυτή δικαιολογείται από την ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος, που προκαλείται από την ένεση της ατροπίνης, η οποία ελαττώνει τις εκκρίσεις, αλλά και από τη μείωση των υγρών του οργανισμού που προκαλείται από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την εγχείρηση (αίμα, ιδρώτας, έμετοι).<sup>3,52</sup>

Η δίψα οφείλεται και στην προεγχειρητική στέρση υγρών για αρκετές ώρες. Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με εφύγραση των χειλέων και της γλώσσας με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένα με κρύο νερό (port cotton). Γάζα υγρή που τοποθετείται στο στόμα βοηθά στην εφύγραση του εισπνεόμενου αέρα.<sup>3</sup>

Απαγορεύεται η χορήγηση νερού επί 24 ώρες ή και περισσότερο σε εγχειρήσεις του γαστρεντερικού σωλήνα. Τολύπια εμποτισμένα με διάλυμα σόδας, βοηθούν στη διάλυση της βλέννης του στόματος.<sup>52</sup>

- ΕΜΕΤΟΣ: Ο έμετος και η ναυτία είναι συνήθη συμπτώματα μετά από γενική νάρκωση και σπάνια διαρκούν πέραν των 24 ωρών από την απονάρκωση του ασθενούς. Τα αίτια της ναυτίας και του εμέτου μπορεί να είναι:

- Η συλλογή υγρών στο στομάχι πριν αρχίσει ο περισταλτισμός του εντέρου.
- Η διάταση της κοιλιάς λόγω των χειρισμών που έγιναν στα ενδοκοιλιακά όργανα κατά την επέμβαση.
- Η χορήγηση μορφίνης, διότι σε μερικά άτομα προκαλεί εμέτους.<sup>41,43</sup>

Εάν ο ασθενής έχει εμέτους ο/η νοσηλεύτης-τρια τοποθετεί το κεφάλι του προς τα πλάγια και του προμηθεύει το νεφροειδές, το οποίο αποσύρει αμέσως μετά τον έμετο, διότι η παραμονή του κοντά στον άρρωστο προκαλεί επιπρόσθετη ναυτία και έμετο.

Μετά από κάθε έμετο πρέπει το στόμα του αρρώστου να πλένεται με λίγο νερό και να διατηρούνται καθαρά τα κλινοσκεπάσματα. Σε συνεχιζόμενους εμέτους δυνατό να γίνει διασωλήνωση στομάχου από τη μύτη με σωλήνα Levin. Έτσι, απαλλάσσεται ο ασθενής από τα πλεονάζοντα υγρά του στομάχου.

Τα έχοντα σχέση με τους εμέτους (ποσό, συχνότητα, χαρακτήρας εμεσμάτων κ.λ.π.) πρέπει να αναγράφονται στη λογοδοσία ή το νοσηλευτικό δελτίο του ασθενούς.<sup>52,58</sup>

Επιπλέον για την αντιμετώπιση του εμέτου:

- Γίνεται έλεγχος αν ο άρρωστος είναι ευαίσθητος στη μορφίνη.
- Ενθάρρυνσης του αρρώστου να παίρνει βαθιές αναπνοές για να αποβάλλει το αναισθητικό φάρμακο.
- Πίεση στην περιοχή του τραύματος κατά τον έμετο για την πρόληψη ρήξεως των ραμμάτων.
- Παρακολούθηση του αρρώστου για εμφάνιση μετεωρισμού κοιλιάς και λόξυγγα που συχνά δηλώνουν κατακράτηση γαστρικών υγρών και υποψία παραλυτικού ειλεού.<sup>3,59</sup>
- Διάταση εντέρου (μετεωρισμός ή τυμπανισμός κοιλιάς).

Κατά την δυσχέρεια αυτή γίνεται συσσώρευση αερίων στο παχύ έντερο.

ΑΙΤΙΑ είναι:

- Η κατάργηση του περισταλτισμού του εντέρου από τους χειρισμούς στα ενδοκοιλιακά όργανα κατά την επέμβαση και από την επίδραση του αναισθητικού.<sup>3</sup>

- Έλλειψη διατροφής μετά την εγχείρηση.

- Κατάποση αέρα και συγκέντρωση του στον γαστρεντερικό σωλήνα. Η κινητικότητα του παχέος εντέρου μειώνεται για 3-5 ημέρες ενώ του λεπτού εντέρου αποκαθίστανται το πρώτο 24ωρο.<sup>52</sup>

- Ανεπαρκής καθαριότητα του εντερικού σωλήνα κατά την προεγχειρητική ετοιμασία (σήψη κοπράνων που απέμειναν και δημιουργία αερίων από τη σήψη).

Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει:

- Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα προεγχειρητικά για προληπτικούς λόγους.

- Χορήγηση χαμηλού αποκλυσμού και σύσταση στον άρρωστο να μετακινηθεί στο κρεβάτι ή να σηκωθεί για την υποβοήθηση της κινητοποίησης του εντέρου.<sup>52</sup>

- Διάταση κύστεως (επίσχεση ούρων)

Η κατακράτηση των ούρων μπορεί να συμβεί μετά από κάθε εγχείρηση κόλου και ορθού.

ΑΙΤΙΑ μπορεί να είναι τα εξής:

- Σπασμός του σφιγκτήρα της ουρήθρας.
- Ακινησία του αρρώστου. Λόγω έλλειψης, μυϊκής δραστηριότητας μειώνεται και ο τόνος των λείων μυών επομένως και της κύστεως.
- Η υπτία θέση μειώνει τη δυνατότητα χαλάρωσης των μυών του περινέου και του έξω σφιγκτήρα της κύστεως.<sup>52</sup>

Η Νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει:

- Φροντίδα για να επιτευχθεί πρώτα η φυσιολογική ούρηση με φυσικά μέσα και κατόπιν επιχειρείται καθετηριασμός κύστεως, διότι υπάρχει ο κίνδυνος της ουρολοίμωξης:

Φυσικά μέσα που μπορεί να επιδράσουν είναι:

- Η χορήγηση υγρών.
- Το άνοιγμα της βρύσης. Ο θόρυβος του τρεχούμενου νερού επηρεάζει αντανακλαστικά την ουρήθρα.
- Η έγερση του αρρώστου σε καθιστή ή ημικαθιστή θέση και αν επιτρέπεται η βάδιση.

- Το χύσιμο χλιαρού νερού στο περίνεο, διότι προκαλεί μυϊκή χαλάρωση.<sup>52</sup>
- Ανησυχία - δυσφορία. Αιτία που προκαλούν την ανησυχία και τη δυσφορία είναι:
  - Βρεγμένο επιδερμικό υλικό του τραύματος.
  - Πόνος, λόξυγκας, δίψα, επίσχεση ούρων.
  - Τυμπανισμός (μετωρισμός) κοιλίας.
  - Αϋπνία, θόρυβοι του περιβάλλοντος.

Η νοσηλευτική φροντίδα έγκειται στον:

- Έλεγχο των παροχετεύσεων αν λειτουργούν σωστά και στην αλλαγή του τραύματος αν κρίνεται αναγκαίο.
- Διάλογο με τον άρρωστο. Ίσως η αυτοέκφραση καταστείλει την ανησυχία του.
- Στην φροντίδα για την κένωση της ουροδόχου κύστεως.
- Αντιμετώπιση του τυμπανισμού
- Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος χωρίς θορύβους.
- Ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο.

- Δυσκοιλιότητα, Αίτια: Ο ερεθισμός ή τραυματισμός του εντέρου κατά την επέμβαση, τοπική φλεγμονή περιτονίτιδα. Η δυσκοιλιότητα ημερών μπορεί να προκαλέσει ενσφήνωση κοπράνων - κοπρόσταση.<sup>3,58,59</sup>

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου έγκειται στην:

- Έγκαιρη έγερση για την αύξηση του περισταλτικού του εντέρου.
- Λήψη υγρών που προάγει την ενυδάτωση του οργανισμού και διατηρεί το περιεχόμενο του εντέρου μαλακό.
- Χορήγηση τροφής προοδευτικά που αυξάνει τον περισταλτικό, όπως τροφές που αφήνουν υπόλειμμα.
- Αν πριν την εγχείρηση είχε δυσκοιλιότητα και έπαιρνε υπακτικά επαναφορά στο αρχικό πρόγραμμα το συντομότερο δυνατόν.<sup>52</sup>

### **3.5 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

- Γαστροπληγία. Μπορεί να παρουσιάσει ο άρρωστος τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες πριν αποκατασταθεί η περισταλτικότητα του εντέρου. Μεγάλες ποσότητες υγρών και ηλεκτρολυτών παγιδεύονται στο στομάχι. Ο

άρρωστος παρουσιάζει εικόνα Shock και επί πλέον απότομο εμετό και επιγαστρική δυσφορία.

Η νοσηλευτική φροντίδα επιτυγχάνεται με γαστρική αναρρόφηση, αναπλήρωση υγρών και ηλεκτρολυτών και συμπτωματική αγωγή.<sup>3</sup>

- Παραλυτικός ειλεός, Είναι η παρατεταμένη διάταση του εντέρου και στομάχου, ένεκα συγκεντρώσεως σ' αυτά υγρών και αερίων.<sup>39</sup> Έτσι το εντερικό περιεχόμενο δεν προωθείται γιατί μειώνεται ή παύει ο εντερικός περισταλτισμός.<sup>52</sup>

Εδώ τα χρησιμοποιούμενα μέσα, τόσο για τον μετεωρισμό όσο και για τη διάταση του στομάχου, συνήθως δεν φέρνουν αποτέλεσμα, οπότε συνιστάται η διασωλήνωση του εντέρου με το σωλήνα Muller - Abbott, ο οποίος συνδέεται με συνεχή αναρρόφηση. Η εφαρμογή του Muller - Abbott συνήθως επιφέρει καλά αποτελέσματα.<sup>3,52</sup>

- Λόξιγκας. Παρουσιάζεται συχνά μετά από ενδοκοιλιακές επεμβάσεις. Είναι ένας διαλείπων σπασμός του διαφράγματος που οφείλεται σε ερεθισμό του φρενικού νεύρου, που νευρώνει το διάφραγμα. Εμμεσοι ερεθισμοί του φρενικού νεύρου είναι η γαστρική διάταση, εντερική απόφραξη, ενδοκοιλιακή αιμορραγία αλλά και οι υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές.<sup>3</sup> Αντιμετωπίζεται με κρύο νερό ή ζεστό νερό με πολύ προσοχή να μην πνιγεί ο άρρωστος την ώρα του λόξιγκα, καθώς και φάρμακα όπως largactail και rimpelan. Πρέπει να απομακρυνθεί η αιτία που προκαλεί το λόξιγκα κι αυτό γίνεται με αναρρόφηση στομάχου, εντέρου, βράχυνση ή αφαίρεση σωλήνων παροχέτευσης.<sup>52</sup>

### **3.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοηθών νεοπλασμάτων, όπως είδαμε, προκαλούν ναυτία, εμέτους, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών.

Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, από τη στοματική κοιλότητα ως το κόλον. Ορισμένα προκαλούν διάρροια, ενώ άλλα δυσκοιλιότητα.

Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά προκαλούν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των

νυχιών. Τέλος, άλλα δρουν τοξικά σε διάφορα ζωτικά όργανα, όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα.<sup>3</sup>

### ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

- Διαταραχή στην κυκλοφορία του O<sub>2</sub> εξαιτίας αναιμίας που οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες (θρομβοπενία).
- Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις (ελαττωμένα λευκά αιμοσφαίρια ανοσοκαταστολή).
- Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, διάρροια).
- Διαταραχή υγρών - ηλεκτρολυτών, (έμετοι - διάρροια)
- Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος, νευρικού συστήματος
- Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής του σωματικού ειδώλου.<sup>3</sup>

### ΣΚΟΠΟΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1. Η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας.
2. Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος
3. Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπισή τους.

### ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ:

- Προετοιμάζουμε τον άρρωστο με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η χημειοθεραπεία, μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης.
- Χορηγούμε αντιεμετικά πριν την θεραπεία.
- Χορηγούμε υπακτικά σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
- Δίνουμε γεύματα μικρά και συχνά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών και ελαφρά.
- Προσεκτική φροντίδα του στόματος.
- Προστατεύουμε τον άρρωστο από μολύνσεις παρέχοντάς του καθαρό περιβάλλον. Αποφεύγουμε να τον εκθέτουμε σε ρεύματα, αποφεύγουμε το να έρθει σε επαφή με άτομα που έχουν λοιμώξεις.



- Δείχνουμε μεγάλη προσοχή στις εκδηλώσεις που υποδηλώνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο Κ.Ν.Σ. τους νεφρούς ή το ήπαρ.
- Παρακολουθούμε ούρα και κόπρανα για τυχόν αιμορραγία και λαμβάνουμε κάθε μέτρο για αποφυγή αιμορραγίας.
- Βοηθάμε τον άρρωστο να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και να αντιμετωπίσει τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα.
- Λαμβάνουμε μέτρα ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου, όπως λαμβάνουμε μέτρα και για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από την φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών.<sup>3,40,60</sup>

### **3.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από την στιγμή που ο Νοσηλευτής θα έρθει σε επαφή με τον άρρωστο. Ο Νοσηλευτής με την αγάπη του, το ενδιαφέρον του, την κατανόηση της θέσεως του αρρώστου και τις γνώσεις του θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στον άρρωστο ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.<sup>40</sup>

Αρμοδιότητες και ευθύνες του Νοσηλευτή που νοσηλεύει άρρωστο στον οποίο εφαρμόζεται ΑΚΘ.

- Ενημέρωση του αρρώστου για την θεραπεία
- Προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου
- Εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον άρρωστο, το περιβάλλον, και τον εαυτό της.
- Ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου, πριν κατά και μετά την θεραπεία.<sup>3,40</sup>

Οι πληροφοριακές ανάγκες του ασθενούς έχουν σχέση με την ενημέρωσή του σχετικά με την θεραπεία του και ιδιαίτερα την αντιμετώπιση των παρενεργειών της τηλεθεραπείας και τους περιορισμούς επιβλαβούς επιδράσεως της βραχυθεραπείας κατά την εμφύτευση ραδιενεργών στοιχείων στην πάσχουσα περιοχή.

Με τη διδασκαλία και ενημέρωση του ασθενούς δίνεται έμφαση στην παροχή πληροφοριών στον ασθενή για το τι πρέπει να περιμένει κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας και αμέσως μετά.

Με τη διδασκαλία και ενημέρωση του ασθενούς κατά την ακτινοθεραπεία επιτυγχάνεται η πρόληψη και αντιμετώπιση των παρενεργειών, όπου ο ασθενής πρέπει να είναι έγκαιρα ενημερωμένος γι' αυτές (δερματίτιδα, αλωπεκία, αναιμία, τάση εμετού, ανορεξία κ.λ.π.)

Οι πληροφορίες του νοσηλευτή προς τον ασθενή μπορεί να είναι:

- α) Γενικές πληροφορίες
- β) Πληροφορίες ακτινοθεραπείας.

Προβλήματα του αρρώστου:

- Κακή διακίνηση οξυγόνου (αναιμία)
- Θρεπτικό ανισοζύγιο που παρουσιάζει ναυτία, έμετους, ανορεξία, εφαρμογή ραδιοϊσοτόπου στη στοματική κοιλότητα
- Δυνητικό ανισοζύγιο υγρών, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής ισορροπίας.
- Κίνδυνοι λοίμωξης, εξαιτίας της λευκοπενίας.
- Δυσχέρειες από την εφαρμογή του ραδιοϊσοτόπου
- Κίνδυνοι αιμορραγίας εξαιτίας της θρομβοπενίας.
- Κίνδυνοι άλλων επιπλοκών από την ακτινοθεραπεία για τον άρρωστο και το περιβάλλον.
- Ψυχικά προβλήματα, όπως απομόνωση, μικρός χρόνος φροντίδας, αριθμητικός και χρονικός περιορισμός επισκεπτηρίου.

## ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

### 1. Ναυτία και έμετοι

- Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντιϊσταμινικών, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου να λαμβάνει υγρά.
- Χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας.
- Σημείωση αντιδράσεων του αρρώστου.

## 2. Αντιδράσεις από το δέρμα

- Παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα, απολέπιση
- Προστασία του δέρματος, της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό που προκαλείται είτε από ηλιακή ακτινοβολία, είτε από ψηλή θερμοκρασία αλλά που μπορεί να προκληθεί και από στενά ενδύματα.
- Παροχή συμβουλών στον άρρωστο ώστε να αποφεύγει επάλειψη περιοχής με αντισηπτικά βαριών μετάλλων, όπως υδραργύρου, μολύβδου, ψευδαργύρου, αργύρου και με βάμμα ιωδίου. Ακόμη, να αποφεύγει αλοιφές, λοσιόν και σκόνες, επιθέματα και λευκοπλάστη.
- Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, πλύση με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό.
- Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, χρήση υδροκορτιζόνης σπρέι και γαζών Lanettwax.

## 3. Διάρροια

- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών σύμφωνα με ιατρική οδηγία.
- Χορήγηση δίαιτας με μικρό υπόλειμμα.

## 4. Αντιδράσεις βλεννογόνου στοματικής κοιλότητας

- Ήπια στοματική υγιεινή για απομάκρυνση των νεκρωμένων ιστών.
- Αποφυγή ερεθιστικών ουσιών για το στοματικό βλεννογόνο (κάπνισμα, αλκοολούχα ποτά, ερεθιστικά φαγητά)
- Διόρθωση χαλασμένων δοντιών πριν από τη έναρξη ακτινοθεραπείας της στοματικής κοιλότητας
- Χορήγηση υγρών και βιταμινών από άλλες οδούς.

## 5. Καταστολή λειτουργίας μυελού των οστών

- Προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και τραυματισμούς.
- Στενή παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία λοίμωξης και αιμορραγίας.<sup>3,48,49,61</sup>

6. Αν ο άρρωστος παρουσιάζει γενικά συμπτώματα όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης, μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και στην ατομική υγιεινή.<sup>3,62</sup>

7. Υποστήριξη του ανθρώπου ώστε να δεχθεί όσο το δυνατό πιο ανώδυνα τυχόν παροδική αλλαγή στο σωματικό του είδωλο (π.χ. αλωπεκία)<sup>3,51</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ ΠΑΡΑΦΥΣΙΝ ΕΔΡΑ

#### 4.1 Ορισμός και είδη κολοστομίας

Παραφύσιν έδρα είναι ο σχηματισμός τεχνητής έδρας όταν η φυσιολογική δεν μπορεί να λειτουργήσει. Αυτή εμφανίζεται με δύο μορφές, δηλαδή: την ειλεοστομία και την κολοστομία.<sup>13</sup>

Κολοστομία είναι ένα παροδικό ή μόνιμο άνοιγμα του κώλου στο κοιλιακό τοίχωμα. Γίνεται για την μόνιμη ή παροδική αλλαγή της κατεύθυνσης αποβολής κοπράνων.

Οι σκοποί της εκτέλεσης της κολοστομίας μπορεί να είναι:

- Το τελικό αποτέλεσμα της κοιλιοπερνεϊκής αφαίρεσης του εντέρου, που έγινε για θεραπεία καρκίνου του ορθού.
- Παρηγορητικά να γίνει, σε περιπτώσεις ανεγχείρητου καρκίνου του εντέρου.
- Ν' αποτελεί παροδικό μέτρο για την προστασία αναστόμωσης, όπως μετά από κοιλιακό τραύμα ή για την επούλωση φλεγμαίνοντας εντέρου.
- Να γίνει παροδικά για την αλλαγή της διεύθυνσης κίνησης των κοπρανωδών μαζών κατά τη διάρκεια ακτινοθεραπείας ή άλλης θεραπείας.

Τα στόμια ταξινομούνται σύμφωνα με την ανατομική εντόπιση, τη κατασκευή του στομίου και τη μόνιμη ή πρόσκαιρη ύπαρξή τους. Η ανατομική εντόπιση του κολοστομίου επηρεάζει το χαρακτήρα της κοπρανώδους απέκρισης, τις ανάγκες του αρρώστου και τη φροντίδα του στομίου, τόσο πιο σχηματισμένη και καλύτερα ελεγχόμενη είναι η κένωση.

Τα είδη των κολοστομιών που δημιουργούνται ανάλογα με την ανατομική εντόπιση είναι τα πιο κάτω:

- Ανιόν κολοστόμιο: το απέκριμα είναι υδαρές, παριέχει πεπτικά ένζυμα και ηλεκτρολύτες και είναι απαραίτητη η προστασία του περιστομιακού δέρματος για τη πρόληψη ερεθισμού του. Η κακοσμία αποτελεί πρόβλημα και η ρύθμιση της κένωση του εντέρου δεν είναι δυνατή.
- Εγκάρσιο κολοστόμιο: το απέκριμα είναι κάοσμο και πολτώδες, περιέχει πεπτικά ένζυμα και ηλεκτρολύτες, ενώ η προστασία του περιστομιακού

δέρματος είναι απαραίτητη για τη πρόληψη ερεθισμού. Η ρύθμιση της κένωσης του εντέρου δεν είναι πολύ εύκολη.

- Κατιόν η σιγμοειδοκολοστόμιο: το απέκριμα κατιόντος κολοστομίου είναι πιο στέρεο σε σχέση με το απέκριμα από ανιόν και το εγκάρσιο. Όσο πιο κάτω είναι το κολοστόμιο, τόσο πιο στερεο είναι το απέκριμα και εκμηδενίζεται η απώλεια ενζύμων και ηλεκτρολυτών. Η κένωση από το σιγμοειδοκολοστόμιο έχει φυσιολογική υφή και είναι δυνατή η ρύθμιση της συχνότητάς της. Τα άτομα με σιγμοειδοκολοστόμιο δε χρειάζεται να χρησιμοποιούν συνέχεια σάκο συλλογής του απεκρίματος και η κακοσμία ελέγχεται.

Ως προς την κατασκευή του στομίου, στην περίπτωση του εγκάρσιου κολοστομίου παρατηρούνται οι τρεις κυρίως πιο κάτω τύποι:

- Αγκυλωτό κολοστόμιο. Αυτό γίνεται στο εγκάρσιο κώλο, είναι παροδικό, παραμένει ανοικτό από οκτώ έως εννέα μήνες και εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση απόφραξης. Στο κολοστόμιο αυτό μια αγκύλη του εγκάρσιου κώλου φέρεται έξω από τα κοιλιακά τοιχώματα, για να δημιουργηθεί ένα στόμιο με δύο ανοίγματα. Το κεντρικό άνοιγμα αποβάλλει κόπρανα, ενώ το περιφερειακό βλέννη από το ανενεργό μέρος του παχέος εντέρου.
- Διπλού αυλού εγκάρσιο κολοστόμιο. Το εγκάρσιο κώλο χωρίζεται σε δύο μέρη με αποτέλεσμα τη δημιουργία δύο χωριστών στομίων. Το κεντρικό στόμιο αποβάλλει κόπρανα, ενώ το περιφερειακό, το οποίο παραμένει και ανενεργό, αποβάλλει βλέννα. Το κολοστόμιο αυτό είναι συνήθως παροδικό και γίνεται για την αποκατάσταση φλεγμονής ή άλλης βλάβης του ανενεργού μέρους του παχέος εντέρου.
- Κολοστόμιο με ένα στόμιο. Το στόμιο δημιουργείται από το τελευταίο μέρος του κεντρικού κώλου. Το περιφερικό ή αφαιρείται (κοιλιοπερινεϊκή ή περινεϊκή του ορθού με τον δακτύλιο), οπότε έχουμε μόνιμο κολοστόμιο ή κλείνεται και σταθεροποιείται στο περιτόμναιο, οπότε έχουμε προσωρινό κολοστόμιο.

Το κολοστόμιο όπως ήδη αναφέρθηκε, μπορεί να είναι προσωρινό και μόνιμο. Το προσωρινό γίνεται για την αντιμετώπιση φλεγμονώδους επεξεργασίας του παχέος εντέρου ή τραυματικής βλάβης. Το στόμιο επιτρέπει το περιφερειακό μέρος του παχέος εντέρου, που πάσχει, να θεραπευτεί, με το περιορισμό της λειτουργικότητάς του στο ελάχιστο. Το μόνιμο κολοστόμιο στο ελάχιστο. Το μόνιμο κολοστόμιο συνήθως γίνεται σε καρκίνο παχέος εντέρου.

## **4.2 ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ**

Συσκευή κολοστομίου είναι το βιομηχανοποιημένο υλικό που εφαρμόζεται στο στόμιο για την παροχέτευση του απεκκριτικού υλικού του πεπτικού σωλήνα.

Οι συσκευές κολοστομίου κατατάσσονται σε δύο βασικά κατηγορίες:

Πρώτη κατηγορία είναι οι συσκευές ενός τεμαχίου (ενιαίο σύστημα). Οι συσκευές αυτές αποτελούνται από ένα σάκο με κολλώδες προσάρτημα που εφαρμόζεται στο περιστομιακό δέρμα ή με δακτύλιο από τηρίνη karaya ή ημισυνθετική ρητίνη ή με αυτοκόλλητη μικροπορώδη αδιάβροχη επιφάνεια. Συνήθως συνοδεύονται με φίλτρο διαφυγής αερίων. Τέτοιες συσκευές είναι οι Colodress, Hollister, Colorplast, Convatec κ.α. Όταν αφαιρείται και το κολλώδες υλικό από το δέρμα. Οι συσκευές αυτές είναι ευχάριστες.

Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι συσκευές δύο τεμαχίων. Αποτελούνται από ένα στρογγυλό δερμοπροστατευτικό (βάση) πλαίσιο που εφαρμόζεται (κολλάτε) στο δέρμα και ένα σάκο, συνήθως με φίλτρο διαφυγής αερίων, που εφαρμόζεται και συγκρατείται από το στρογγυλό πλαίσιο. Αυτό, συνήθως έχει υποδοχές για τη ζώνη στήριξης. Το πλεονέκτημα αυτής της κατηγορίας είναι ότι η αλλαγή του σάκου δεν συνοδεύεται και με αλλαγή του πλαισίου που είναι προσκολλημένο στο δέρμα, γι' αυτό χρησιμοποιούνται οι συσκευές των δύο τεμαχίων σε ερεθισμένο ή ευαίσθητο δέρμα.<sup>40</sup>

## **4.3 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ**

Η φροντίδα της κολοστομίας αποτελεί το κεντρικότερο θέμα στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε άρρωστο με κολοστομία.

Η κολοστομία ανεξάρτητα από το αν είναι μόνιμη ή προσωρινή αποτελεί ένα νέο στοιχείο στη ζωή του αρρώστου και γι' αυτό η προσεκτική φροντίδα συμβάλλει στην καλύτερη λειτουργία της.

Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες οποιοδήποτε είδος κολοστομίας αποτελεί συγχρόνως κι ένα χειρουργικό τραύμα. Η περιποίηση αυτή γίνεται κατά τα πρώτα 24ωρα άσηπτα, παρά το γεγονός ότι το τραύμα είναι σηπτικό, ένεκα του γεμάτου μικρόβια περιεχομένου του παχέος εντέρου. Μετά την επούλωση του

τραύματος η αλλαγή της «παραφύσιν έδρας» γίνεται με καθαρά, όχι όμως αποστειρωμένα αντικείμενα.

Η «παραφύσιν έδρα» αλλάζεται, όταν υπάρχει ανάγκη αλλαγής και πάντα μισή ώρα προτού φαγητού.<sup>40</sup>

Τα απαραίτητα υλικά για την αλλαγή του σάκου κολοστομίας και τη φροντίδα του στομίου είναι:

α. Δίσκος που περιέχει:

- Μπωλ με τολύπια και χαρτοβάμβακα
- Φυσιολογικό ορό και αντισηπτικό (PhisoHex).
- Σετ αλλαγή
- Νεφροειδές, γάντια μιας χρήσης
- Αδιάβροχο και τετράγωνο αλλαγών

β. Skin Gel της Hollister, το οποίο είναι ζελατινούχο πήκτωμα για την αποφυγή πιθανού δερματικού ερεθισμού.

γ. Πάστα κάταψα

δ. Σάκοι κολοστομίας

ε. Πλαστικός σάκος για τη συλλογή του μιας χρήσης σάκου

στ. Σαπούνι, νερό και τρίφτης

Γνωρίζοντας ότι ο σάκος με μικρότερη διάμετρο θα ερεθίσει το στόμιο, ενώ με μεγαλύτερη διάμετρο θα αφήσει ακάλυπτο δέρμα και θα οδηγήσει σε δερματικό πρόβλημα, χρησιμοποιούμε διαμετρήμετρο στομίων και διαλέγουμε σάκο, που η διάμετρός του εφαρμόζει πιο κοντά στο στόμιο χωρίς να το εγγίζει. Υπάρχουν σάκοι με 7 έτοιμα διαμετρήματα σε εκατοστά: 2,5, 3,2, 3,8, 4,4, 5,1, 6,4, 7,6. Εάν δεν υπάρχει κόβουμε με το ψαλίδι προσεκτικά στο μέγεθος που θέλουμε εμείς.<sup>13</sup>

Δίνουμε στον άρρωστο αναπαυτική θέση, τέτοια που να μπορεί να παρακολουθεί την όλη διαδικασία. Η πιο συνήθως θέση είναι η ύπτια με μικρή κλίση προς το πλάγιο της κολοστομίας ή ημικαθιστή. Ενημερώνουμε τον άρρωστο για τη νοσηλεία που πρόκειται να του γίνει και ζητάμε τη συνεργασία του. Εξασφαλίζουμε μοναχικότητα με τοποθέτηση παραβάν, αν δεν υπάρχουν κουρτίνες στο κρεβάτι του αρρώστου.

Αναδιπλώνουμε τα κλινοσκεπάσματα και τοποθετούμε το αδιάβροχο και το τετράγωνο κοντά στη κολοστομία για να προστατέψουμε τα κλινοσκεπάσματα.<sup>52</sup>

Φοράμε γάντια και αποκαλύπτουμε τη περιοχή του στομίου. Αφαιρούμε όλη τη συσκευή ή μόνο το σάκο. Στην πρώτη περίπτωση αποκολλάμε τη συσκευή με το ένα χέρι, ενώ με το άλλο ασκούμε ελαφρά πίεση στο δέρμα. Πιθανόν να χρειαστεί η εφαρμογή διαλυτικού για την αποκόλληση της συσκευής. Απομακρύνουμε τυχόν κόπρανα ή βλέννα από το στόμιο με στεγνό χαρτοβάμβακο ή γάζα.

Εδώ ακριβώς θα κάνουμε αξιολόγηση του στόμιου για οίδημα, έντονη ερυθρότητα, κυάνωση εξέλκωση. Το νέο στόμιο είναι οιδηματώδες, μειώνεται όμως το οίδημα και το στόμιο παίρνει φυσιολογικές διαστάσεις σε περίοδο 2-3 εβδομάδων από την εγχείρηση. Ακόμη το στόμιο υπόκεινται στον κίνδυνο νέκρωσης κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές εβδομάδες.

Επισκοπούμε και το περιστομιακό δέρμα για τα ίδια σημεία καθώς και τη κατάσταση της ραφής (τραύμα). Η τυχόν ερυθρότητα ή ο ερεθισμός μπορεί να οφείλεται σε τοπική αλλεργική αντίδραση του δέρματος, στα υλικά που χρησιμοποιούνται για την φροντίδα του, στα ένζυμα και τα οξέα του εντερικού υγρού, στην ανεπαρκή φροντίδα του δέρματος γύρω από το στόμιο.

Τοποθετούμε το νεφροειδές κάτω από το στόμιο, αφού καλύψουμε με χαρτοβάμβακα την πλευρά που θα έρθει σ' επαφή με το σώμα του αρρώστου, για να απορροφήσει τα υγρά. Καθορίζουμε το περιστομιακό δέρμα με χλιαρό νερό με ή χωρίς σαπούνι. Στεγνώνουμε την περιοχή του δέρματος γύρω από το στόμιο με απαλές κινήσεις.

Ανοίγουμε, έπειτα, το set αλλαγής και με λαβίδα καθαρίζουμε το στόμιο, με κυκλικές κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια, χρησιμοποιώντας PhisoHex και ισότονο διάλυμα NaCl, όσες φορές χρειαστεί για να μείνει το στόμιο καθαρό.

Απομακρύνουμε το νεφροειδές με το χαρτοβάμβακο και στεγνώνουμε καλά το στόμιο με ήπιες κινήσεις. Αν υπάρχει ένδειξη δερματικού ερεθισμού, επαλείφουμε με ζελατινούχο πήκτωμα Skin Gel. Αφαιρούμε τα γάντια.<sup>14</sup>

Αφαιρούμε το προστατευτικό χαρτί μόνο από το κεντρικό τμήμα της αυτοκόλλητης επιφάνειας. Το προστατευτικό που μένει στα δύο πλάγια χρησιμεύει για το πιάσιμο του σάκου. Κρατώντας από το προστατευτικό των δύο στεγνών λωρίδων στα πλάγια, φέρνουμε το κέντρο του ανοίγματος στο κέντρο του στομίου. Εφαρμόζουμε πρώτα το κάτω μέρος της αυτοκόλλητης επιφάνειας, αρχίζοντας τη τοποθέτηση ακριβώς κάτω από το στόμιο.



Πιέζουμε σταθερά προς τα πάνω και έξω, ισιώνοντας συγχρόνως τόσο το δέρμα όσο και την αυτοκόλλητη επιφάνεια, προλαμβάνοντας έτσι τη δημιουργία πτυχών. Η κατεύθυνση του σάκου πρέπει να είναι ελαφρά πλάγια ίδια δηλαδή με την κατεύθυνση των εξερχόμενων κοπράνων. Κολλάμε με τον ίδιο τρόπο το επάνω μέρος της αυτοκόλλητης επιφάνειας. Τέλος, αφαιρούμε το χαρτί και κολλάμε τις δύο στενές λωρίδες στα πλάγια.

Αν το στόμιο είναι ασύμμετρο, για να καλύψουμε τις δερματικές πτυχές, χρησιμοποιούμε πάστα kataya. Αν χρειάζεται, εφαρμόζουμε ζώνη στήριξης στη στεφάνη του σάκου και τροποποιούμε ανάλογα το μήκος της για να εφαρμόζει καλά γύρω από το τη μέση.

Απομακρύνουμε το αδιάβροχο και τακτοποιούμε το δίσκο. Απορρίπτουμε τα χρησιμοποιηθέντα υλικά και τοποθετούμε τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση. Φροντίζουμε για τον αερισμό του θαλάμου. Πλένουμε τα χέρια μας και προβαίνουμε στην καταγραφή της νοσηλείας, ώστε να εξασφαλίζεται η ομαλή συνέχιση της νοσηλείας. Μεταφέρουμε στο δελτίο νοσηλείας του αρρώστου τις παρατηρήσεις μας για το μέγεθος, την κατάσταση του στομίου και του περιστομιακού δέρματος, τη φύση, τα χαρακτηριστικά και τον όγκο της κένωσης, το υλικό που χρησιμοποιήθηκε και την ικανότητα μάθησης του αρρώστου σχετικά με την αυτοφροντίδα του στομίου.<sup>3</sup>

«Πλύση κολοστομία». Η πλύση του κολοστομίου έχει σαν σκοπούς τους εξής:

- Τη κένωση του παχέος εντέρου από κόπρανα και βλέννα (για την πρόληψη απόφραξης ή δυσκοιλιότητας) και το προγραμματισμό της κένωσής του.
- Το χρονικό προγραμματισμό της κένωσης του εντέρου και το περιορισμό της απρογραμμάτιστης κένωσής του (ώστε να μπορεί το άτομο να αναλάβει δραστηριότητες χωρίς το φόβο απροσδόκητης κένωσης του εντέρου).
- Την αποβολή των αερίων και επομένως το περιορισμό της δυσσομίας.
- Το καθαρισμό του περιφερειακού τμήματος του εντέρου.
- Τη καθαριότητα του εντέρου πριν από εγχείρηση ή άλλη διαδικασία που την απαιτεί.
- Τη προετοιμασία του αρρώστου και του άμεσου του περιβάλλοντος ώστε να αναλάβουν υπεύθυνα την εφαρμογή της νοσηλείας (αυτοδροντίδα).

Υπεύθυνος για να αποφασίσει αν πρέπει να γίνει πλύση, τι υγρό θα χρησιμοποιηθεί και το είδος της πλύσης που πρέπει να γίνει, είναι ο γιατρός.

Η πλύση εφαρμόζεται σε κολοστόμιο δύο στομίων και στα δύο στόμια (κεντρικό και περιφερειακό ή ενεργό και ανενεργό) σε κολοστόμιο ενός στόμιου και ακόμη σε πρόσκαιρο και μόνιμο κολοστόμιο.<sup>14,40</sup> Η πλύση δεν εφαρμόζεται σε κολοστόμιο ανιόντος κόλου και σε ειλειοστόμιο εκτός από την περίπτωση απόφραξης.<sup>14</sup>

Ετοιμασία του υλικού:

- Υγρό πλύσης 500-1500 ml σε θερμοκρασία σώματος και σε δοχείο πλύσης κόλου. Το υγρό συνήθως είναι νερό βρύσης ή αλατούχο διάλυμα πυκνότητας 8-10%. Το υγρό μπορεί να είναι βιομηχανικό προϊόν, έτοιμο συσκευασμένο σε πλαστικούς σάκους.
- Καθετήρας κόλου, μαλακός, ελαστικός Νο22 ή 24 ή 28 με κώνο ή αποφρακτικό του στομίου, για την παρεμπόδιση της παλινδρομικής του υγρού γύρω από τον καθετήρα.
- Γάντια καθαρά μιας χρήσης. Λαβίδα Kocher
- Υδατοδιαλυτό γλισχραντικό και χαρτί τουαλέτας
- Πετσέτα νοσηλείας, τρίπτυη και λεκάνη, όταν η νοσηλεία δεν γίνεται στο λουτρό.
- Πλαστικό μανίκι αυτοκόλλητο ή με ζώνη στήριξης για τη διοχέτευση του αποτελέσματος της πλύσης στη σκωραμίδα ή τη τουαλέτα.
- Δοχείο για το υγρό επιστροφής (όταν η νοσηλεία δεν γίνεται στο λουτρό)
- Στήλη ορού για την ανάρτηση του σάκου με το υγρό της πλύσης
- Πλαστικό σάκο για την συλλογή των αχρήστων
- Υλικό που χρειάζεται στη φροντίδα του στομίου

Σε συνεργασία με τον άρρωστο καθορίζεται η κατάλληλη ώρα για την πλύση (συνήθως η ώρα καθορίζεται σε σχέση με την προηγούμενη συνήθεια κένωσης του εντέρου του αρρώστου και με το πρόγραμμα των καθημερινών του δραστηριοτήτων).

Εφαρμογή της νοσηλείας

- Ενημερώνουμε τον άρρωστο για την επικείμενη έναρξη της νοσηλείας και τον παροτρύνουμε να παρακολουθήσει την εφαρμογή της νοσηλείας, να έχει

προοδευτικά ενεργό μέρος στην εκτέλεση της μέχρι την πλήρη αυτοεξυπηρέτηση και ανεξαρτοποίησή του.

- Μεταφέρουμε το υλικό στο χώρο εφαρμογής της νοσηλείας. Τοποθετούμε παραβάν αν η νοσηλεία γίνει στο θάλαμο του αρρώστου και απομακρύνουμε τους επισκέπτες. Αν η νοσηλεία γίνει στο λουτρό, κλείνουμε την πόρτα.
- Πλένουμε τα χέρια μας
- Κρεμάμε τη συσκευή ή το δοχείο με το υγρό της πλύσης πάνω στο στατό και σε ύψος 45cm πάνω από το στόμιο ή στο ύψος του ώμου του αρρώστου όταν είναι καθιστός.
- Δίνουμε στον άρρωστο τη σωστή θέση:
  - Ο περιπατικός άρρωστος κάθεται σε κάθισμα μπροστά στην τουαλέτα ή στην λεκάνη της τουαλέτας.
  - Ο κλινήρης τοποθετείται σε ημιπλάγια θέση, υποστηρίζεται η πλάτη με μαξιλάρι, τοποθετείται τετράγωνο αδιάβροχο και τετράγωνο αλλαγών κάτω από το σώμα του στην περιοχή που αντιστοιχεί το στόμιο και τοποθετείται η σκωραμίδα ή το νεφροειδές κάτω από το στόμιο (εφόσον δεν χρησιμοποιείται το πλαστικό μανίκι).
- Φοράμε γάντια
- Απομακρύνουμε τα λευχίματα του αρρώστου και αφαιρούμε τη συσκευή.
- Καθαρίζουμε το στόμιο και το περιστομιακό δέρμα (αν χρειάζεται)
- Τοποθετούμε και ακινητοποιούμε το πλαστικό μανίκι στο στόμιο πολύ καλά με ζώνη στήριξης. Το ελεύθερο άκρο τοποθετείται στη λεκάνη. Αν η πλύση γίνει στο κρεβάτι του αρρώστου, κλείνεται το ελεύθερο άκρο με την Kocher ή πίεστρο.
- Αφήνουμε λίγο υγρό της πλύσης να τρέξει μέσα από τον καθετήρα (πριν εφαρμοστεί στον άρρωστο) για την έξοδα του αέρα και του δροσερού υγρού του σωλήνα.<sup>27</sup> Η εισαγωγή αέρα στο κόλο αυξάνει τη διάτασή του, τη δυσφορία του αρρώστου και δημιουργεί φράγμα του κόλου με αέρα, το οποίο θα παρεμποδίσει την εξαγωγή του υγρού.<sup>29</sup> Το δροσερό νερό στο κόλο μπορεί να προκαλέσει σπασμό.
- Επαλείφουμε το καθετήρα ή τον κώνο με γλισχραντική ουσία. Μ' αυτό το τρόπο, περιορίζεται η τριβή κατά την είσοδο του καθετήρα και ο κίνδυνος τραυματισμού του παχέος εντέρου.

- Τοποθετούμε το καθετήρα μέσω του πλαστικού μανικού μέσα στο καλοστόμιο, με ήπιες, σταθερές και κυκλικές κινήσεις, οι οποίες βοηθούν στο άνοιγμα του στομίου και στην πρόληψη διάτασης του παχέος εντέρου.
- Πιέζουμε ελαφρά στο στόμιο τον κώνο ή το αποφρακτικό. Το μήκος που εισάγεται στο παχύ έντερο δεν πρέπει να ξεπερνά τα 8cm.
- Ανοίγουμε το πίεστρο και αφήνουμε το υγρό να εγχύεται με χαμηλή πίεση και για 10 λεπτά. Όταν το υγρό εγχύεται γρήγορα ή σε μεγάλη ποσότητα ή είναι κρύο, δημιουργεί κράμπες. Για τις πρώτες πλύσεις του εντέρου από το κολοστόμιο, το υγρό που χρησιμοποιείται δεν υπερβαίνει τα 500ml. Στις επόμενες πλύσεις το υγρό κυμαίνεται από 500-1500 ml.
- Μετά την έγχυση της προβλεπόμενης ποσότητας του υγρού, κλείνουμε το πίεστρο και αφήνουμε το κώνο ή το αποφρακτικό στόμιο του καθετήρα στη θέση του για 1-2 λεπτά.
- Αφαιρούμε έπειτα το καθετήρα με τον κώνο ή το αποφρακτικό στόμιο.
- Το περιεχόμενο του κόλου εκκενώνεται σε 20 λεπτά, το πλαστικό μανίκι όμως παραμένει στο στόμιο τουλάχιστον τριάντα λεπτά.
- Όταν κενωθεί πλήρως το έντερο, αφαιρούμε το πλαστικό μανίκι
- Περιπτοιούμε το κολοστόμιο
- Αφήνουμε τον άρρωστο καθαρό και σε αναπαυτική θέση
- Απομακρύνουμε και τακτοποιούμε το υλικό<sup>40</sup>
- Καταγράφουμε τη νοσηλεία με όλες τις παρατηρήσεις μας.<sup>14</sup>

#### **4.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ**

Οι επιπλοκές της κολοστομίας είναι:

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

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

Θεραπεία:

- Πρόληψη των παραγόντων που είναι υπαίτιοι αυτής της επιπλοκής

- Σε εισολκή συνίσταται επανεγχείρηση και κατασκευή νέας κολοστομίας.  
Διάτρηση:  
Αίτια: ο τραυματισμός του εντέρου με το ρύγχος της συσκευής των υποκλυσμών. Μπορεί να προκληθεί περιτονίτιδα  
Θεραπεία:
- Αντιμετώπιση της περιτονίτιδας
- Χειρουργική διόρθωση  
3. Περικολική φλεγμονή ή απόστημα  
Αίτια: η επιμόλυνση από τα υγρά και το περιεχόμενο της κολοστομίας.  
Θεραπεία:
- Αντιβίωση
- Παροχέτευσης της πυώδους συλλογής  
4. Συρίγγιο  
Αίτια: η κακή τεχνική των ραφών  
Θεραπεία:
- Κλείνει μόνο του ή επεμβαίνουμε χειρουργικά  
5. Στένωση  
Αίτια:
- Αποδίδεται σε φλεγμονή
- Ο άρρωστος μπορεί να παραπνεύεται για δυσκοιλιότητα  
Θεραπεία:
- Διαστολές προσωρινά
- Χειρουργική επέμβαση  
6. Κήλη - Πρόπτωση  
Αίτια: αποδίδονται σε αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση  
Θεραπεία (Κήλης)
- Αρχικά χρήση ζώνης
- Χειρουργική διόρθωση  
Θεραπεία (Πρόπτωσης):
- Χειρουργική διόρθωση.<sup>40</sup>

#### **4.5. ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Η προετοιμασία του αρρώστου, που πρόκειται να ζήσει το υπόλοιπο ή μέρος της ζωής του με κολοστόμιο είναι απαραίτητη<sup>5</sup> και αρχίζει πριν από τη δημιουργία του. Η έγκαιρη όμως προετοιμασία του αρρώστου για τη νέα κατάσταση που πρόκειται να του δημιουργηθεί (προσωρινή ή μόνιμη), θα βοηθήσει στη μείωση ή και στην απάλειψη του άγχους, στον περιορισμό των επιπλοκών, στην προαγωγή της συνεργασίας του με τα μέλη της ομάδας υγείας, στην αύξηση του αισθήματος της εμπιστοσύνης και ασφάλειας, στον περιορισμό του χρόνου παραμονής του στο νοσοκομείο. Τέλος, θα κάνει πιο εύκολη την προσαρμογή του στο σπίτι μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.<sup>13</sup>

Ο νοσηλευτής, ο εξειδικευμένος στη νοσηλεία αρρώστων με στόμια, θεωρείται το πιο ενδεδειγμένο πρόσωπο για την κάλυψη αναγκών προετοιμασίας και βοήθειας του αρρώστου να ζήσει με κολοστόμιο. Η βοήθεια αυτή του αρρώστου επιτυγχάνεται με την αποδοχή του από την ομάδα υγείας και την ενίσχυσή του, με τη σωστή και επαρκή ενημέρωση και εκπαίδευσή του. Ακόμη, όσο περισσότερο μαθαίνει και καλύτερα τα περί κολοστομίου και της λειτουργίας του, τόσο πιο εύκολα το αντιμετωπίζει και μπορεί να το φροντίζει σαν μέρος του εαυτού του. Στο κάθε λοιπόν άτομο με κολοστόμιο πρέπει να δίνεται η δυνατότητα απόκτησης γνώσεων αναφορικά μ' αυτό,<sup>63</sup> για να το αποδεχθεί πιο εύκολα, να το χειριστεί πιο καλά και να διατηρήσει υψηλό το ποιοτικό επίπεδο της ζωής του.<sup>64</sup>

Σε τι όμως ο νοσηλευτής προετοιμάζει το άτομο που θα ζήσει με το κολοστόμιο;

Αρχικά, ο νοσηλευτής προετοιμάζει τον άρρωστο στους τομείς του άμεσου ενδιαφέροντος του σχετικά με το κολοστόμιο, του διευκρινίζει τη σημασία καθώς και τη φύση και τη λειτουργία του. Τον βοηθάει στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για την περιποίηση του στομίου του αλλά και για την καλύτερη επανένταξή του στην οικογένειά του, την εργασία και την κοινωνία γενικά.

Η προετοιμασία του αρρώστου στηρίζεται στην αξιολόγηση των αναγκών του ειδικότερα ο νοσηλευτής συζητά μαζί του αλλά και με το άμεσο του περιβάλλον, όταν μάλιστα το άτομο με το κολοστόμιο, λόγω ηλικίας ή αναπηρίας, είναι εξαρτημένο από το περιβάλλον του, για τις ανάγκες του στην ενημέρωση και

εκπαίδευση - θεωρητική, πρακτική - π.χ. τι είναι κολοστόμιο, ποια η φροντίδα του, τι υλικό χρειάζεται γι' αυτή, επιπλοκές, αλλαγή του σωματικού του ειδώλου, διαιτολόγιο, δυνατότητες ελέγχου των κενώσεων και της κακοσμίας.<sup>65</sup>

Είναι πολύ σπουδαίο, πριν αρχίσει η εκπαίδευση, να εκτιμηθεί ο άρρωστος για φυσικούς περιορισμούς π.χ. ικανότητα συντονισμού ενεργειών, άνεση στο χειρισμό υλικού, βαθμού όρασης.<sup>66</sup>

Ο νοσηλευτής, επίσης, αξιολογεί και εξατομικεύει παράγοντες που επηρεάζουν τη μάθηση όπως:

- ποια είναι η πλέον κατάλληλη ώρα της ημέρας για διδασκαλία
- το περιβάλλον στο οποίο θα γίνει η εκπαίδευση του αρρώστου
- το επίπεδο αντίληψης, μνήμης, δυνατότητα συγκέντρωσης, προσοχής του αρρώστου και του άμεσου του περιβάλλοντος.

Πρέπει να ληφθεί υπόψη πως η προσφορά γνώσεων πολλών σε μια χρονική διάρκεια δημιουργεί σύγχυση.<sup>40</sup>

### *Σχέδιο Διδασκαλίας*

Ένα προτεινόμενο σχέδιο διδασκαλίας κατά την έξοδο από το νοσοκομείο είναι το παρακάτω:

1. Έννοια του κολοστόμιου. Συζητείται τι είναι κολοστόμιο, χρησιμοποιώντας πάντα τους σωστούς όρους. Περιγράφεται η λειτουργία και η ανατομία του παχέος εντέρου και πως αυτά διαφοροποιούνται με το κολοστόμιο. Αναφέρονται τα χαρακτηριστικά του φυσιολογικού κολοστόμιου που είναι ερυθρότητα, υγρασία, εύκολη αιμορραγία του βλεννογόνου.<sup>63,67</sup>
2. Σωματικό είδωλο. Ο άρρωστος ενισχύεται στην εξωτερίκευση συναισθημάτων, που του δημιουργούνται από την επικείμενη ή την υπαρκτή αλλαγή του σωματικού του ειδώλου, τα οποία είναι φυσικό να είναι κυρίως αρνητικά. Επίσης, ενισχύεται στο να δει και τις θετικές πλευρές του κολοστόμιου, όπως βελτίωση της ποιότητας ζωής, περιορισμός της νόσου, παράταση του χρόνου ζωή. Ακόμη ο άρρωστος συζητά τυχόν προβλήματα που μπορεί να δημιουργηθούν στις σχέσεις του με τον / τη σύζυγο και τα παιδιά του / της, αν και πως θα επιστρέψει στην εργασία του και την κοινωνική του ζωή χωρίς ατυχήματα με το «Παρά φύσιν» στόμιο.<sup>51</sup>

3. Φροντίδα του στομίου: Γίνονται επιδείξεις υλικού για φροντίδα και πλύση κολοστόμιου, φροντίδας του κολοστόμιου και πλύσης του κόλου. Ο άρρωστος εκτελεί τη νοσηλεία με τη βοήθεια του νοσηλευτή και στη συνέχεια τελείως μόνος του (με την επίβλεψη του νοσηλευτή). Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην επίδειξη των διαφόρων ειδών συσκευών, του υλικού για τη φροντίδα του στομίου και του τρόπου τοποθέτησης της συσκευής. Συζητούνται τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των διαφόρων συσκευών και γίνεται η επιλογή της καταλληλότερης.<sup>14,40</sup>
4. Επιπλοκές: Αναφέρονται προβλήματα που μπορεί να δημιουργηθούν στο περιστομιακό δέρμα και το στόμιο όπως ερυθρότητα, ερεθισμός και ρήξη του περιστομιακού δέρματος και του βλεννογόνου του στομίου, οίδημα και στένωση του στομίου. Υπογραμμίζονται τα αίτια που οδηγούν στη δημιουργία των επιπλοκών, τα μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης.<sup>68</sup>
5. Διαιτολόγιο. Γίνεται συζήτηση με τον άρρωστο πως το διαιτολόγιο θα βοηθήσει στην ρύθμιση της κένωσης του κολοστόμιου και της κακοσμίας.<sup>40</sup>
  - Σε περίπτωση διάρροιας: μπορούν να δοθούν φάρμακα από το γιατρό, που μειώνουν την κινητικότητα του εντέρου. Από τη διάρροια μπορούν να προκληθούν τα εξής δύο προβλήματα: α. Ερεθισμός του δέρματος και β. Διαταραχή της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών. Ενθαρρύνεται το άτομο να παίρνει νερό και τσάι μόνο μέχρι η εντερική κινητικότητα να επιστρέψει στο φυσιολογικό.
  - Σε περίπτωση δυσκοιλιότητας: στις κατιούσες κολοστομίες μπορεί να εμφανιστεί δυσκοιλιότητα που οφείλεται πιθανόν σε σπασμό του εντέρου ή σε έλλειψη κοπράνων ή σε έλλειψη φυσική δραστηριότητας του ατόμου. Τα καθαρτικά επιδεινώνουν την κατάσταση γιατί εμποδίζουν την απορρόφηση υγρών, διευκολύνουν την αποβολή καλίου και αυξάνουν την υπερκινητικότητα του εντέρου. Θεραπευτικά γίνονται χαμηλοί υποκλυσμοί και χορηγούνται φάρμακα που αυξάνουν τη μάζα των κοπράνων όπως το Normacol.<sup>60</sup>
  - Κακοσμία: αποτελεί πρόβλημα για τον άρρωστο με κολοστόμιο. Υπάρχουν, όμως διάφοροι τρόποι ελέγχου της κακοσμίας. Αυτοί αναφέρονται στη λήψη μέτρων εξουδετέρωσης ή δέσμευσης της οσμής και στη ρύθμιση του διαιτολογίου ή στο συνδυασμό και των δύο.
    - α. Μέτρα εξουδετέρωσης ή δέσμευσης της οσμής.



- Τα aerosols: απορροφούν τη κακοσμία. Ένα με δύο ψεκάσματα aerosol στον αέρα πριν το άδειασμα ή την αντικατάσταση του σάκου εξουδετερώνουν την κακοσμία. Τέτοια aerosols είναι το atmacol, το oxion κ.α.
- Σταγόνες και σκόνες: Σκευάσματα σε σταγόνες ή σε σκόνες, όπως το dor (σταγόνες), oslobon ( σκόνη), προκαλούν απόσπηση του περιεχομένου του σάκου, όταν μικρή ταυτότητα (μία σταγόνα ή ελάχιστη σκόνη) τοποθετηθεί σ' αυτόν.
- Παραδοσιακές μέθοδοι ελέγχου της κακοσμίας είναι η τοποθέτηση στο σάκο τριμμένης ασπιρίνης ή ταμπλέτας ξηλάνθραξα και κοινού γιαουρτιού.
- Φίλτρο διαφυγής αερίων (γεμάτο με ανενεργό άνθρακα): Τα αέρια του σάκου περνούν από το φίλτρο και ο ανενεργός άνθρακας κατακρατεί την κακοσμία. Η αποτελεσματικότητα του κάθε φίλτρου είναι 6-12 ώρες και γι' αυτό επιβάλλεται η συχνή αντικατάστασή του. Δεν συνίσταται η χρήση του, όταν ο άρρωστος έχει υδαρή κένωση, γιατί υγραίνεται ο ανενεργός άνθρακας και η έξοδος του αέρα εμποδίζεται.<sup>14,40</sup>
- Ρύθμιση του διαιτολογίου: η κακοσμία ελέγχεται:
  - α. Όταν αποφεύγονται τροφές που δημιουργούν κάκοσμα αέρια όπως κρεμμύδι, χόρτα από την οικογένεια των κραμβοειδώ, αυγά, ψάρι, όσπρια, καρυκείματα, ανθρακούχα υγρά, μπύρα
  - β. Όταν στα γεύματα χρησιμοποιείται γιαούρτι, χυμός από μούρα, δαρτόγαλα (butter milk) και αποβουτυρωμένο γάλα
  - γ. Όταν χορηγείται 1-2 ταμπλέτες υποανθρακικού ή υπογαλλικού βισμούθιου, την ώρα του φαγητού και πριν από τον ύπνο.
  - δ. Όταν αποφεύγεται η αεροφαγία που κυρίως παρατηρείται κατά τη μάσηση μαστίχας.<sup>40</sup>
- 1. Φροντίδα δέρματος. Ενημέρωση για υποαλλεργιογόνα φάρμακα του δέρματος όπως stomahesiw (squiibb), Hollihesiw (Hollister). Επίσης υπάρχουν η πάστα και οι δακτύλιοι kataya, οι οποίοι είναι εξαιρετικοί για την πρόληψη ερεθισμού του δέρματος γύρω από το στόμιο. Για ανοικτό περιστομιακό δέρμα βοηθούν, όταν χρησιμοποιούνται με φειδώ, κορτικοστεροειδή aerosols σπρέι ή nystatin σκόνη.<sup>14,40</sup>
- 2. Ενδυμασία.

α. Μπορεί να φορεθεί ζώνη, πρέπει όμως να είναι μεγαλύτερο μεγέθους για να δέχεται και το σάκο.

β. Μπορεί να φορεθεί το μαγιό. Για τους άνδρες είναι προτιμότερο το μαγιό με σορτς ενώ με τις γυναίκες το ολόσωμο.

3. Ταξίδια: Δεν αντεδεικνύται το ταξίδι με αεροπλάνο ή οποιοδήποτε άλλο μέσο, φτάνει να έχει μαζί του το κουτί φροντίδας του στομίου. Για τη πλύση του κολοστόμιου μπορούν να χρησιμοποιήσουν πόσιμο νερό.

#### 4. Σπορ

α. Επιτίπεται η συμμετοχή σε όλα τα είδη σπορ

β. Προβλήματα μπορεί να δημιουργηθούν στη συμμετοχή σε σπορ όπως το ποδόσφαιρο.

#### 5. Σεξουαλική λειτουργία

α. Ποικίλλει η σεξουαλική τους λειτουργία από πλήρη ικανότητα μέχρι πλήρη αντικανότητα.

β. Σύμφωνα με πληροφορίες του Ηνωμένου Συλλόγου Ατόμων με Στόμιο, το 10% - 12% περίπου των ανδρών με κολοστόμιο παρουσιάζει υποβάθμιση της σεξουαλικής λειτουργίας, η οποία στις περισσότερες περιπτώσεις είναι παροδική με αποτέλεσμα να μην υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής στην σεξουαλική του συμπεριφορά.<sup>13,14,40</sup>

#### 6. Εγκυμοσύνη.

α. Το στόμιο δεν αποτελεί αντένδειξη για μια επιτυχή εγκυμοσύνη.

β. Είναι απαραίτητη η προσεκτική ιατρική παρακολούθηση. Το μέγεθος του στομίου αλλάζει καθώς προχωρεί η εγκυμοσύνη και μαζί με την μεταβολή στο σχήμα της κοιλιάς μπορεί να απαιτήσει προσαρμογή στο χρησιμοποιούμενο υλικό για το στόμιο.

7. Ύπνος. Οποιαδήποτε θέση μπορεί να παρθεί κατά τον ύπνο.

8. Απόφραξη. Γνώση σημείων και συμπτωμάτων, πληροφόρηση ιατρού.

Δεν παραλείπεται να ενημερωθεί ο άρρωστος, ότι υπάρχει σύλλογος ατόμων με κολοστόμιο, το σκοπό του συλλόγου, που είναι η ανταλλαγή απόψεων πληροφοριών και αλληλοενίσχυσης και ενισχύεται να γίνει ενεργό μέλος αυτού.

Δίδονται, επίσης, οι διευθύνσεις:

- Του Ηνωμένου Συλλόγου Ατόμων με κολοστόμιο

- Εργοστασίων και καταστημάτων που έχουν ότι χρειάζεται για τη φροντίδα του κολοστομίου.
- Άλλων οργανισμών ή επιστημονικών ομάδων που ασχολούνται με το κολοστόμιο και ότι έντυπο υπάρχει με σχετικές πληροφορίες.

Με την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης του ατόμου που θα ζήσει με κολοστόμιο και ενός τουλάχιστον μέλους του άμεσου περιβάλλοντός του, πρέπει αυτός, να είναι σε θέση:

1. Να αλλάξει το σάκο κολοστομίου
2. Να περιποιείται το δέρμα γύρω από το κολοστόμιο
3. Να πραγματοποιεί πλύση του κόλου
4. Να συζητά και να έχει σωστές τοποθετήσεις σε θέματα, όπως αλλαγή σωματικού ειδώλου, αποδοχής του από τα μέλη της οικογένειας, επιστροφής στην εργασία και στις κοινωνικές δραστηριότητες.
5. Να περιγράφει συμπτώματα απόφραξης του κολοστομίου και να συζητά τρόπους αντιμετώπισής τους.
6. Να διατηρεί καλή ποιότητα ζωής
7. Να γνωρίζει τις υπηρεσίες υγείας που σήμερα υπάρχουν στη διάθεση των ατόμων με κολοστόμιο και να μπορεί να τις χρησιμοποιεί.

Ο νοσηλευτής πρέπει να έχει σε έντυπα πληροφορίες για το άτομο με κολοστόμιο και να τις θέτει στη διάθεσή του, όπως:

- Οδηγίες φροντίδας του κολοστομίου, εκτέλεσης πλύσης του κόλου, διαστολής του κολοστομίου
- Έντυπα με το απαραίτητο υλικό για την εκτέλεση των πιο πάνω νοσηλειών, και τον τρόπο χειρισμού του υλικού.
- Διευθύνσεις και τηλέφωνα μελών της ομάδας υγείας όπως νοσηλευτή, ιατρού, που θα μπορεί να απευθύνεται για απάντηση σε ερωτήματα μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.<sup>40,65</sup>

Τελειώνοντας αυτό το τόσο σημαντικό κομμάτι που αφορά την κολοστομία την διδασκαλία που υπέστη αυτή τη θεραπεία ότι σημαντικό ρόλο παίζει και η οικογένεια. Η συμμετοχή της οικογένειας στο πρόγραμμα επανορθώσεως του ασθενούς με στομία είναι πολύ σημαντική, εφόσον είναι επιθυμητή από τα μέλη της οικογένειας. Ο νοσηλευτής, θα πρέπει να πληροφορήσει τα μέλη της οικογένειας για τα προβλήματα και τις επιπτώσεις της κολοστομίας καθώς και

τρόπους αντιμετώπισής τους. Η οικογένεια θα πρέπει να δείξει κατανόηση και υποστήριξη που τόσο ανάγκη έχουν οι ασθενείς.<sup>40</sup>

Για την ανακούφιση από τη μελαγχολία και την κατάθλιψη είναι σημαντική η ύπαρξη κυρίως θρησκευτικών πεποιθήσεων (π.χ. πίστη στο Θεό) η οποία θα βοηθήσει ασθενείς να αντιμετωπίσουν τη ζωή με άλλη διάσταση και στην ιδανική μορφή να εμφανίζουν τη χαρμολύπη δηλαδή να χαίρονται μέσα στη λύπη τους και να σηκώνουν το σταυρό δοξάζοντας το Θεό.<sup>70</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

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

#### 1<sup>η</sup> Περίπτωση νοσηλευτικής διεργασίας

Νέος ασθενής, άνδρας ηλικίας 81 ετών, από τον Πύργο Ηλείας, εισήλθε στην κρατική χειρουργική κλινική του γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» στις 27/4/2005 με πιθανή διάγνωση ειλεού.

Ιστορικό Νοσηλείας: Ο ασθενής προσήλθε στα εξωτερικά τακτικά ιατρεία του «Άγιος Ανδρέας» με έντονο κοιλιακό άλγος στο υπογάστριο και δυσκοιλιότητα. Το άλγος τον ταλαιπωρούσε επί πέντε ημέρες. Οι γιατροί υποστήριξαν την πιθανή διάγνωση του ειλεού.

Ατομικό Αναμνηστικό: Πριν τρία χρόνια έπαθε αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Α.Ε.Ε). Πριν έξι χρόνια υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση για έλκος στομάχου. Δεν καπνίζει και δεν πίνει αλκοόλ.

Στα εξωτερικά ιατρεία, αφού έγινε ακτινογραφία (Ro) θώρακος, δόθηκε ½ Flacon Gastrografine για να γίνει Ro κοιλίας. Δεν πήρε τίποτα από το στόμο (Per os) ο ασθενής και τέθηκε ορός Ringer's 1000 cc ενδοφλεβίως και Levin στομάχου. Προγραμματίστηκε εισαγωγή για περαιτέρω έλεγχο.

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ: κατά την εισαγωγή του ο ασθενής είχε βάρος 74Kgr και ζωτικά σημεία Α.Π.: 130mmHg, αναπνοές: 18/min, σφύξεις: 72/min και θερμοκρασία: 36,8° C.

ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: Έγινε την ημέρα εισαγωγής: SGOT 42U/L, SGPT 25U/L, ALP 30U/L, γ-GT 18U/L, CPK 122U/L, Αμυλάση 46U/L, Κάλιο 3,3 mEq/L, Γλυκόζη 172 mg/dL, Ουρία 56 Mg%, κρεατινίνη 0,9 mg%.

ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: Έγινε την ημέρα εισαγωγής: WBC (λευκά αιμοσφ.) 10,8 K/UL, KYM (λεμφοκυτ) 2,4 K/ UL, GRAN (πολυμορφοπύρηνα) 7,4 K/UL, RBC (ερυθρά αιμοσφ.) 5,45 M/UL, HGB (αιμοσφαιρίνη) 10,6 g/dL, HCT (αιματοκρίτης) 33,6%, MCV 61,7FL, MCH 19,4pg, RDW 29,1% PLT (αιμοπετάλια) 560K/UL, PT 12,7, PLT 24,4.

**ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ:** Εγινε ακτινογραφία εντέρου με βαριούχο υποκλυσμό. Η προετοιμασία αυτής της εξέτασης περιλάμβανε υγρή δίαιτα για 24 ώρες και καθαρτικούς υποκλυσμούς. Το επόμενο πρωί έγινε ο βαριούχος υποκλυσμός, που απέδειξε σκιαγραφικό έλλειμμα περιορισμένης έκτασης στο σιγμοειδές κόλον.

**ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ:** N/S, 0,9% 1000cc 1x1. D/W 5% 1000 cc 1x2 Kcl amp. 2x3, Primperan amp. 1x3, MandoceF FL 1x3, Losec amp. 1x1, Clexane 1x1, Flagyl FL 1x3, Fucidin amp. 1x3.

Στοιχεία εγχείρησης. Πραγματοποιήθηκε στις 3/5/2005 ερευνητική λαπαροτομία και ο ασθενής υποβλήθηκε σε προσωρινή σιγμοειδοκολοστομία.

Ωρα εισόδου στα χειρουργεία: 11:00 π.μ.

Ωρα εξόδου 1:20 μ.μ.

Ο ασθενής υποβλήθηκε σε γενική νάρκωση. Τέθηκε στο χειρουργείο σωλήνας παροχέτευσης τραύματος «πετσερ» στο σιγμοειδές κόλον. Επέστρεψε στην κλινική στις 2:15 μ.μ. Εφερε ορό Ringers 100cc από περιφερική φλέβα, καθετήρα κύστεως folley, ρινογαστρικό καθετήρα στομάχου Levin.

**ΜΕΤΕΠΕΙΤΑ ΠΟΡΕΙΑ:** Καθημερινό γινόταν λήψη ζωτικών σημείων, αλλαγή τραύματος, έλεγχος της διούρησης, χορήγηση παυσίπονου επί πόνου (συνήθως Zideron amp IM), έλεγχος των υγρών του Levin, επί ανησυχίας χορήγηση stedon amp.IM. αλλαγή της κολοστομίας με colorplast. Είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία ο ασθενής.

**ΔΙΑΙΤΑ:** Από 27/4 - 7/5/2005 δεν έπαιρνε τίποτα Peros ο ασθενής. Από 31.7. - 4.8 η δίαιτα ήταν υδρική (σούπες - νεροφιδές). Από 13/5 - 24/5/2005 η δίαιτα είναι βραστά φαγητά. Από 25/5 - 1/6/2005 ήταν ελεύθερη η δίαιτα.

Παρακάτω θα αναφερθώ στην προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς από τη στιγμή που εισάγεται στην κλινική μέχρι το πρωί της ημέρας που θα υποστεί χειρουργική εκτομή του πάσχοντος τμήματος του παχέος εντέρου και δημιουργία προσωρινής σιγμοειδοκολοστομίας.

## **ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΠΗΡΕ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΟΥ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

**ANTIEMETIKA:** Primperan (Metoclopramide Hydrochloride). Ενδείκνυται για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων ναυτίας, εμμέτων, αισθήματος βάρους πληρότητας ή διάτασης του στομάχου ή σε καθυστερημένη διάβαση στο λεπτό έντερο.

**ANTIBIOTIKA:** MandoceF (κεφαμανδόλη): Κεφαλοσπορίνη β' γενιάς. Ενδείκνυται στη θεραπεία λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος, του ουροποιητικού, των οστών, των αρθρώσεων, του αίματος, του δέρματος και των μαλακών μορίων της χοληδόχου κύστης, του περιτοναίου. Χορηγείται, επίσης, προληπτικά, προεγχειρητικά - διεγχειρητικά - μετεγχειρητικά, για μείωση των πιθανοτήτων μετεγχειρητικών λοιμώξεων.

**FECIDEN (Sodium Fusidate).** Ενδείκνυται για τη θεραπεία λοιμώξεων από χρυσίζουσα σταφυλόκοκκο, οστεομυελίτιδες, αποστήματα στα οστά. Είναι αντιβιοτικό β' γενιάς.

**FLAGGYL (Metromidazole):** Ενδείκνυται σε περιπτώσεις όπως ηπατικό απόστημα, περιτονίτις, λοιμώξεις χοληφόρων μαιευτικές και γυναικολογικές λοιμώξεις, προεγχειρητική ετοιμασία (σε εγχειρήσεις παχέος εντέρου, υστερεκτομές κ.λ.π.)

**ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ:** Losec (omeprazole) δεκαδακτυλικού έλκους ή ανθεκτικού σε άλλη θεραπεία οισοφαγίτιδα (λόγω γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης κ.λ.π.). Δεν συνίσταται για θεραπεία συντήρησης του έλκους.

**ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΑ:** Clexane (enoxaragine). Ενδείκνυται για τη προφύλαξη εκ τη εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδα, για την αγωγή και προφύλαξη θρομβοεμβολικών επιπλοκών καθώς επίσης ως αντιπηκτικό στην εξωσωματική κυκλοφορία και την αιμοκάθαρση.

**Οπιοειδή:** Zideron (Dextropropoxyphene Hydrochloride). Ενδείκνυται στο μετεγχειρητικό - Μετατραυματικό πόνο.

Αξιολόγηση αναγκών -προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p><b>1. 27/4/05</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Άλγος στην κοιλιακή χώρα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ανακούφιση του ασθενούς από τους κωλικοειδείς πόνους εντός (1) μίας ώρας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορήγηση αναλγητικών και αντιχολινεργικών, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες</li> <li>Να δοθεί ανακουφιστική θέση στον ασθενή στο κρεβάτι</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Έγινε 1 amp. Zideron 75 mg/2 ml, επί πόνου στις 12:15μ.μ. Η θέση που προτιμήθηκε για την ενδομυϊκή χορήγηση του φαρμάκου ήταν το άνω και έξω τεταρτημόριο του μείζονος γλουτιαίου μυός (λόγω της πλούσιας αγγείωσής του).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ο ασθενής ανακουφίστηκε προσωρινά από τον πόνο στις 1.30 μ.μ.</li> <li>Zideron: in J solution 75 mg/2 ml</li> <li>Dextropropoxyph ene Hydrochloride.</li> <li>Ανήκει στα σπιοειδή</li> </ul>
<p><b>2. 28/4/05</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Διάβαση εντέρου</li> <li>* Ακτινολογικός έλεγχος του κατώτερου τμήματος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς</li> <li>Σωματική</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Εξήγηση στον ασθενή της όλης προετοιμασίας για την εξέταση και της</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ο ασθενής εξέφρασε τις ανησυχίες του</li> <li>Δόθηκαν οι απαραίτητες οδηγίες για</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ο ασθενής προετοιμάστηκε κατάλληλα (σωματικά -</li> </ul>



Αξιολόγηση αναγκών -προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>του πεπτικού σωλήνα (δηλ του παχέος εντέρου)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ακριβής εντόπιση και εκτίμηση της θέσης και των διαστάσεων του όγκου</li> </ul>	<p>προετοιμασία για την καλύτερη έκδοση αυτής της εξέτασης</p>	<p>σκοπιμότητας της και ενίσχυση του ηθικού του</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Η τροφή που θα του χορηγηθεί την προηγούμενη μέρα της εξέτασης να είναι εύπεπτη και να μην αφήνει υπόλειμμα.</li> <li>Χορήγηση καθαρτικού με υποκλυσμό, το βράδυ της παραμονής και το πρωί της ημέρας της εξέτασης</li> <li>Μεταφορά στο ακτινολογικό εργαστήριο</li> <li>Ενημέρωση της</li> </ul>	<p>την διεκπεραίωση της εξέτασης</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Δόθηκε νεροφιδές στον ασθενή το προηγούμενο μεσημέρι</li> <li>Έγινε καθαρτικός υποκλυσμός στις 8.00 π.μ.</li> <li>Το πρωί, στις 5.00 π.μ. έγινε πάλι καθαρτικός υποκλυσμός</li> <li>Μεταφέρθηκε στις 10.00 π.μ. στο ακτινολογικό εργαστήριο με καρότσι</li> <li>Έγινε στο ακτινολογικό εργαστήριο χορήγηση βαρίου, ενώ ταυτόχρονα</li> </ul>	<p>ψυχολογικά) για την εξέταση</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Επιτεύχθηκε ο ακτινολογικός έλεγχος του εντέρου, ο οποίος έδειξε σκιαγραφικό έλλειμμα, περιορισμένης έκτασης στο σιγμοειδές κόλον</li> <li>Έγινε ενημέρωση της νοσηλευτικής λογοδοσίας, για την εξέταση (ώρα, προετοιμασία, συμπεράσματα) ώστε να εξασφαλιστεί η συνέχεια της νοσηλευτικής</li> </ul>

Αξιολόγηση αναγκών-προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
		νοσηλευτικής λογοδοσίας	γινόνταν ακτινοσκοπικός έλεγχος και λήψη ακτινογραφιών • Επέστρεψε στη κλινική στις 11.20 π.μ.	φροντίδας.
<p><b>3. 28/4/05</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Γενική προεγχειρητική ετοιμασία από το μεσημέρι της 22.7.99 έως το πρωί της ημέρας της χειρουργικής επέμβασης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Κατάλληλη σωματική προετοιμασία</li> <li>Τόνωση του ηθικού κατά την παραμονή του ασθενή στο νοσοκομείο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Παρεντερική χορήγηση υγρών</li> <li>Να διατηρηθεί θετικό θρεπτικό - υδατοηλεκτρολυτικό ισοζύγιο</li> <li>Τήρηση δελτίου προσλαμβανόμενων και αποβαλομένων υγρών</li> <li>Να μη πάρει τίποτα Peros ο ασθενής</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορηγήθηκε ενδοφλεβίως (IV) Dextrose 5% 1000 cc 1X2, και Normal Salim 0,9% 1000 cc 1X1, με ρυθμό χορήγησης 40 σταγ/μίν.</li> <li>Καταγράφονταν τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά του 24ώρου.</li> <li>Δεν πήρε τίποτα Peros ο ασθενής.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Εξασφαλίσθηκε επάρκεια του οργανισμού σε υγρά (300ml/24h) και θετικό θρεπτικό ισοζύγιο</li> <li>Αποβαλλόμενα υγρά 24ώρου 2500 mL.</li> <li>Πρόληψη της μετεγχειρητικής διάτασης και γαστροπληγίας.</li> </ul>

Αξιολόγηση αναγκών -προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εξωτερικευση των σκέψεων και των φόβων του ασθενούς</li> <li>• Να δοθούν οι κατάλληλες οδηγίες για τη μείωση του άγχους του ασθενούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής βεβαιώθηκε ότι όλα θα πάνε καλά.</li> <li>• Έγινε ενημέρωση του αρρώστου για την επέμβαση στην οποία θα υποβληθεί</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής ένωσε ασφάλεια και ήταν ήρεμος, όσο είναι δυνατόν</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Γενική προεγχειρητική ετοιμασία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς</li> <li>• Καθαριότητα του εντερικού σωλήνα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να γίνεται λουτρό καθαριότητας στον ασθενή</li> <li>• Να γίνει καθαρικός υποκυσμός</li> <li>• Διατήρηση του ασθενή καθαρού και σε αναπαυτική θέση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Την παραμονή του χειρουργείου έγινε λουτρό καθαριότητας, για την εξάλειψη των πηγών μόλυνσης με την ατομική υγιεινή</li> <li>• Έως 2 ημέρες πριν την επέμβαση εδίδετο 1 FL - x-prep</li> <li>• Έγιναν καθαρικοί υποκυσμοί. Ο ένας το απόγευμα της</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής είναι καθαρός</li> <li>• Οι υποκυσμοί απέδωσαν, με σκοπό την αποφυγή εκκένωσης του εντέρου στο χειρουργικό τραπέζι, τη πρόληψη συλλογής αερίων και μετεγχειρητικής διάτασης, την</li> </ul>

Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> <li>Γενική ηροεγχειρητική ετοιμασία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Πρόληψη των μετεγχειρητικών αναπνευστικών επιπλοκών και θρομβοφλεβίτιδας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Εκπαίδευση του ασθενούς για τις μετεγχειρητικές ασκήσεις που προάγουν την αναπνοή</li> <li>Επίδειξη πως να παίρνει βαθιές αναπνοές και να βήχει</li> <li>Ενημέρωση του ασθενούς για ασκήσεις των κάτω άκρων και γρήγορη έγερση</li> </ul>	<p>παραμονής (στις 8.00 μμ) και ο άλλος 6 ώρες πριν την εγχείρηση</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ο ασθενής εκπαιδεύτηκε πάνω στις ασκήσεις που θα πρέπει να εκτεθεί μετεγχειρητικά όπως:               <ul style="list-style-type: none"> <li>να παίρνει βαθιές αναπνοές</li> <li>να βήχει και να αποβάλλει τα πτύελα</li> <li>να φουσκώνει ένα μπαλόνι</li> <li>να κάθεται καθιστός</li> <li>Του έχει γίνει</li> </ul> </li> </ul>	<p>ευχερέστερη διενέργειας της επέμβασης λόγω μη διάτασης των εντερικών ελίκων.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ο ασθενής έχει, πλήρως ενημερωθεί και κατανοήσει τη χρησιμότητα των ασκήσεων που θα πρέπει να εκτελέσει μετά το χειρουργείο</li> </ul>

Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Πρόληψη μόλυνσης του εγχειρητικού πεδίου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Καθαριότητα του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου</li> <li>• Αποτρίχωση της περιοχής</li> <li>• Τοπική αντισepsία</li> </ul>	<p>γνωστό η σημασία της έγκαιρης κινητοποίησης του μετεγχειρητικά και η εφαρμογή ελαστικών καλτσών. Καθώς επίσης, οι παθητικές ασκήσεις των κάτω άκρων όπως</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>α. Κινήσεις γαστροκνημιαίου μυός</li> <li>β. κυκλικές κινήσεις άκρου ποδός</li> <li>γ. κινήσεις γόνατος και ισχίου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Επιτεύχθηκε, όσο το δυνατόν, απαλλαγή του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου από μικροοργανισμούς,</li> </ul>

Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
			<p>χώρα)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Μετά, έγινε αντισηψία του δέρματος με Betadine</li> </ul>	<p>χωρίς να προκληθεί ερεθισμός ή λύση της συνέχειας του</p>
<p><b>30/405</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Φόβος και ανησυχία για τη νάρκωση, για την έκβασή της χειρουργικής επέμβασης την αλλαγή του σωματικού του ιδώλου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τόνωση του ηθικού του ασθενούς</li> <li>• Ψυχολογική υποστήριξη</li> <li>• Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και ασφάλεια</li> <li>• Εξασφάλιση επαρκούς ύπνου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εξωτερίκευση των ανησυχιών του ασθενούς</li> <li>• Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος</li> <li>• Υποστήριξη από ψυχολόγο</li> <li>• Φαρμακευτική υποστήριξη</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο υπεύθυνος νοσηλευτής - τρία ανέπτυξε διάλογο - διαπροσωπική επικοινωνία μαζί του</li> <li>• Ενθαρρύνθηκε να μιλήσει για ότι, ανησυχεί και αμφιβάλλει</li> <li>• Εξασφαλίστηκε ησυχία και χαμηλός φωτισμός</li> <li>• Συναντήθηκε με</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής φανέρωσε τις ανησυχίες και τους φόβους του.</li> <li>• Τονώθηκε το ηθικό του</li> <li>• Μπόρεσε να κοιμηθεί εντός ½ ώρας από τη λήψη του φαρμάκου</li> </ul>

Αξιολόγηση αναγκών -προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
			<p>ψυχολόγο και εξέφρασε τις ανησυχίες και τους φόβους του.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Χορηγήθηκε επί έντονης ανησυχίας 1+6 Lexotanil στις 11.00 μ. μ.</li> </ul>	
<b>1/5/05</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Τελική προεγχειρητική ετοιμασία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Γενική εκτίμηση τις κατάστασης του ασθενούς</li> <li>Κατάλληλη ένδυση και προετοιμασία του για την εισαγωγή του στο χειρουργείο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Λήψη ζωτικών σημείων</li> <li>Τοποθέτηση καθετήρες κύστεως</li> <li>Αφαίρεση κοσμημάτων και λοιπών προσωπικών αντικειμένων</li> <li>Ένδυση του ασθενούς με τα ρούχα του χειρουργείου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Λήφθηκαν τα ζωτικά σημεία του ασθενούς στις 10.00 π.μ., της ημέρας της εγχείρησης: Α.Π.: 130/80 mmHg</li> <li>Σφύξεις: 78/min Θερμ: 36,5° C, Αναπνοές: 18/min.</li> <li>Τέθηκε καθετήρας κύστεως με άσηπτες τεχνικές</li> <li>Αφαιρέθηκαν τα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Οι τιμές των ζωτικών σημείων ήταν φυσιολογικές</li> <li>Η γενική του κατάσταση είναι καλή</li> <li>Εξασφαλίστηκε η συνεχής κένωση της ουροδόχου κύστεως</li> </ul>

Αξιολόγηση αναγκών -προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τελική προεγχειρητική ετοιμασία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προνάρκωση</li> <li>• Ασφαλής μεταφορά στο χειρουργείο</li> <li>• Αποστολή του προεγχειρητικού δελτίου στο χειρουργείο, μαζί με τις εξετάσεις που το συνοδεύουν</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Καθαρισμός της προνάρκωσης από τον αναισθησιολόγο</li> <li>• Μεταφορά του αρρώστου από τον τραυματιοφορέα με ειδικό φορείο</li> <li>• Να συμπληρωθεί το προεγχειρητικό Δελτίο</li> </ul>	<p>πυλαφί και παραδόθηκαν στους συγγενείς</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής φόρεσε τη ρόμπα του χειρουργείου και το σκούφο</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τελική προεγχειρητική ετοιμασία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προνάρκωση</li> <li>• Ασφαλής μεταφορά στο χειρουργείο</li> <li>• Αποστολή του προεγχειρητικού δελτίου στο χειρουργείο, μαζί με τις εξετάσεις που το συνοδεύουν</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Καθαρισμός της προνάρκωσης από τον αναισθησιολόγο</li> <li>• Μεταφορά του αρρώστου από τον τραυματιοφορέα με ειδικό φορείο</li> <li>• Να συμπληρωθεί το προεγχειρητικό Δελτίο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορηγήθηκε 1/2 amp. Pethudine και 1/2 amp. Atropine 1M μισή ώρα πριν το χειρουργείο (στις 10.30 π.μ).</li> <li>• Ο ασθενής μεταφέρθηκε με ασφάλεια στο χειρουργείο</li> <li>• Συμπληρώθηκε με κάθε λεπτομέρεια το προεγχειρητικό δελτίο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής χαλάρωσε</li> <li>• Pethidine: (Pethidine Hydrochloride inject. 50 mg, 100 mg).</li> <li>• Ανήκει στα οπιοειδή.</li> <li>• Atropine: (Inject Solution 0,5 mg/1ml-amp.). Ανήκει στα αντιχολινεργικά</li> <li>• Βρίσκεται σε</li> </ul>



Αξιολόγηση αναγκών -προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προετοιμασία κλίνης και θαλάμου του ασθενούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Υποδοχή του ασθενούς από το χειρουργείο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Καθαρισμός του θαλάμου από τη βοηθό θαλάμου</li> <li>• Αερισμός του θαλάμου</li> <li>• Στρώσιμο χειρουργικού κρεβατιού</li> <li>• Ετοιμασία του χειρουργικού</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε υγρός καθαρισμός του θαλάμου από τη βοηθό</li> <li>• Αερίστηκε ο θάλαμος</li> <li>• Στρώθηκε χειρουργικό κρεβάτι</li> <li>• Ετοιμάστηκε το κομοδίνο κατάλληλα με 1 νεφροειδές, 1 ποτήρι νερό, Port-Cotton,</li> </ul>	<p>κατάσταση υπνηλίας.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Τα προεγχειρητικά έντυπα που τον συνοδεύουν στο χειρουργείο είναι πλήρως συμπληρωμένα</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προετοιμασία κλίνης και θαλάμου του ασθενούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Υποδοχή του ασθενούς από το χειρουργείο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Καθαρισμός του θαλάμου από τη βοηθό θαλάμου</li> <li>• Αερισμός του θαλάμου</li> <li>• Στρώσιμο χειρουργικού κρεβατιού</li> <li>• Ετοιμασία του χειρουργικού</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε υγρός καθαρισμός του θαλάμου από τη βοηθό</li> <li>• Αερίστηκε ο θάλαμος</li> <li>• Στρώθηκε χειρουργικό κρεβάτι</li> <li>• Ετοιμάστηκε το κομοδίνο κατάλληλα με 1 νεφροειδές, 1 ποτήρι νερό, Port-Cotton,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εξασφαλίστηκε κατάλληλο περιβάλλον υποδοχής του ασθενούς</li> </ul>

Αξιολόγηση αναγκών - προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
		<p>κομοδίνου</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Έλεγχος παροχής O2</li> </ul>	<p>χαρτοβάμβακο, σύριγγα Levin, σακούλα για τα απορρίμματα</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Τοποθετήθηκε ρινικός καθετήρας έτοιμος προς χρήση και γέμισαν με αποστειρωμένο - απεσταγμένο ύδωρ τη φιάλη του ροόμετρου με την επιθυμητή ποσότητα</li> </ul>	

## **2<sup>η</sup> περίπτωση Νοσηλευτικής Διεργασίας**

Νέος ασθενής, γυναίκα, ηλικίας 60 ετών, από τη Λευκάδα εισήλθε στη Β' Χειρουργική Κλινική του Περιφερειακού Νοσοκομείου Πατρών στις 7/6/2005 για να χειρουργηθεί για διαγνωσμένο Ca ορθού.

**ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ:** Εδώ και ένα μήνα παρατηρούσε αιματηρές διαρροϊκές κενώσεις. Εξωτερικός ιατρός διέγνωσε μάζα σε βάθος περίπου 8 cm από το δακτύλιο του πρωκτού. Ελήφθη βιοψία και η ιστολογική εξέταση έδειξε αρκετά διαφοροποιημένο αδενοκαρκίνωμα με νεκρωτικές αλλοιώσεις και μυϊκό ιστό στο υπόστρωμα.

**ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:** Εδώ και 12 χρόνια παρουσιάζει λιθίαση στον αριστερό νεφρό. Πάσχει εδώ και 2 χρόνια από καρδιακή ανεπάρκεια. Ήταν χρόνια καπνίστρια αλλά δεν έπινε αλκοόλ. Έχει χειρουργηθεί για Ca δεξιού μαστού εδώ και 13 χρόνια.

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:** Ο πατέρας της έπασχε από νεφρολιθίαση και η μητέρα της πέθανε από Ca στομάχου (μεταστάσεις στους πνεύμονες).

**ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:** Κατά την εισαγωγή της η ασθενής είχε βάρος 63 kg και ζωτικά σημεία Α.Π.: 95/55 mm Hg, αναπνοές: 18/min, σφίξεις: 70/min, και θερμοκρασία 36,5° C.

**ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ:** Έγινε την ημέρα εισαγωγής. Σάκχαρο 107 mg/dL, ουρία 53 mg/dL, κρεατίνη 0,8 mg/dL, SGOT 34 V/L, SGPT 25 V/L, γ-GT 23 U/L, Αλκαλική φωσφατάση 90 U/L, LDH 165 U/L, CPK 45 U/L, χολερυθρίνη ολική 0,4 mg/dL, Λευκώματα ολικά 8,7 gr/dL, Αλβουμίνη 4,6 gr/dL, Αμυλάση ορού 58 U/L.

**ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ:** Έγινε την ημέρα εισαγωγής: Λευκά 7,6 V/L, ουδετερόφιλα 4,9 K/UL, Λεμφοκύτταρα 1,6 K/UL, Μονοκυττάρια 0,9 K/UL, Ιωσινόφιλα 4,0 M/UL, Αιμοσφαρίνη 11 gr/dL, H+ 31%, Μέσος όγκος RBC 83,3 FL, Μέση περιεκτικότητα HGB 27,2 pg, Μέση πυκνότητα HGB 32,7 gr/dL, Αιμοπετάλια 297 K/UL, Μέσος όγκος PLT 9,6 FL.

**ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ:** N/S 0,9 % 1x1 1000 cc, D/W 5% 1x2 1000 cc, RadaceF FL 1x2 Flagyl FL 1x3, Innohep 1x1, Zantac amp. 1x3, FERRUM amp 1x2, ERCEFURIL str 1x3.

Στοιχεία εγχείρησης. Πραγματοποιήθηκε στις 14/6/2005 χαμηλή πρόσθια εκτομή ορθού και η ασθενής υποβλήθηκε σε μόνιμη κολοστομία.

Ωρα εισόδου στα χειρουργεία: 11:00 π.μ.

Ωρα εξόδου στα χειρουργεία 1:35 μ.μ.

Η ασθενής υποβλήθηκε σε γενική νάρκωση.

Τέθηκε στο χειρουργείο σωλήνας παροχέτευσης τραύματος

▲ Πέρτσερ ▲

Η ασθενής επέστρεψε στην κλινική στις 2:25 μ.μ. έφερε ορό L-R 1000cc, καθετήρα κύστεως Folley, ρινογαστρικό καθετήρα Levin και 1 φιάλη αίματος (με συμπύκνωμα ερυθρά) με No 10956, RH O (+)

**ΜΕΤΕΠΕΙΤΑ ΠΟΡΕΙΑ:** Καθημερινά γινόταν λήψη των ζωτικών σημείων της ασθενούς, έλεγχος της ωριαίας διούρησης, έλεγχος και αλλαγή του τραύματος στο περίνεο, έλεγχος των γαστρικών υγρών του Levin, χορήγηση παυσίπονου επί πόνου (συνήθως amp. Arotel IM), επί ανησυχίας χορήγηση amp.Valloum IM, αλλαγή της κολοστομίας με Colorplast. Γενικά, η ασθενής είχε μια ομαλή μετεγχειρητική πορεία.

**ΔΙΑΙΤΑ:** Από 7/6 - 12/6/05 η διαίτα ήταν υδρική (σούπες). Από 13/6 - 23/7 δεν έπαιρνε τίποτα Peros η ασθενής. Από 27/7 - 30/7/05 ακολουθεί ξανά υδρική διαίτα. Από 3/7 - 4/8 η διαίτα περιλάμβανε και βραστά φαγητά. Από 5/8 έως 8/8 ήταν ελεύθερη.

Παρακάτω θα αναπτύξω τα προβλήματα της μετεγχειρητικής πορείας της ασθενούς και τους τρόπους αντιμετώπισης αυτών με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής διεργασίας.

**ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΠΗΡΕ Η ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

- **ANTIBIOTIKA:** radeceF (CeForanide). Είναι μια ημισυνθετική ευρέος φάσματος κεφαλοσπορίνη για παρεντερική χορήγηση. Ενδείκνυται στις λοιμώξεις οστών και αρθρώσεων. Ενδοκαρδίτιδα, λοιμώξεις των κατώτερων αναπνευστικών οδών, Βακτηριδιακή σηψαιμία, λοιμώξεις δέρματος και μαλακών μορίων, λοιμώξεις ουροποιητικού.
- Flagyl (Metronidazole). Έχουν αναφερθεί οι ενδείξεις στην πρώτη περίπτωση νοσηλευτικής διεργασίας.

- Αναστολές της αντλίας των πρωτονίων: Lantac (Ranitidine Hydrochloride). Ενδείκνυται σε έλκος Βολβού του 12δάκτυλου, στομάχου και αναστομωτικό, σύνδρομο ZOLLINGER - ELLISON, οισοφατίτδα από γαστροοισοφαγική παλλινδρόμηση) κ.λ.π.
- αντιδιαρροϊκά: erceFuryl (NiFuroxazide). Ενδείκνυται για την αντιμετώπιση διαρροϊκών συνδρόμων.
- ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΑ: Innohep (Tinzaparin Sodium). Είναι διάλυμα για υποδόρια έγχυση. Ενδείκνυται για τη προφύλαξη εκ της εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδας, αγωγή και προφύλαξη θρομβοεμβολικών επιπλοκών και ως αντιπηκτικό στην εξωσωματική κυκλοφορία και την αιμοκάθαρση.
- ΦΑΡΜΑΚΑ ΑΝΑΙΜΙΩΝ: Ferumm Hausmann (100 mg σε στάγδην έγχυση) για σιδηροπενική αναιμία.
- ΠΑΥΣΙΠΟΝΑ: Arotel (παρακτεαμόλη). Αναλγητικό και αντιπυρετικό. Ενδείκνυται σε αρθραγίες, μυαλγίες, νευραλγίες, κεφαλαλγία, εμπύρετες καταστάσεις.

Αξιολόγηση αναγκών -προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<b>1<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα (14/6/05)</b>				
<p>1. Πόνος, Λόγω του Χειρουργικού τραύματος, τόσο στο πρόσθιο μέρος της κοιλίας, όσο και στην έδρα, λόγω της περιτομής, στις 8.30 π.μ.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ανακούφιση από τον πόνο εντός 1 (μιας) ώρας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τοποθέτηση αεροθάλαμους</li> <li>• Συχνή αλλαγή της θέσης της ασθενούς</li> <li>• Χορήγηση αναλγητικών ενδομυϊκός (IM) βάσει των ιατρικών οδηγιών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τοποθετήθηκε αεροθάλαμος</li> <li>• Κάθε 4-5 ώρες γινόταν προσεκτική αλλαγή της θέσης της ασθενούς</li> <li>• Χορηγήθηκε 1 amp. aprotel επί πόνου, ενδομυϊκώς (IM) στις 9.00 π.μ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Επιτεύχθηκε περιορισμός της τάσης των μυών, με την συχνή αλλαγή.</li> <li>• Η ασθενής μπόρεσε μετά από 1/2 ώρα από τη χορήγηση της amp. Aprotel να κοιμηθεί.</li> <li>• (Aprotel παρακεταμόλη. Είναι αναλγητικό-αντιπυρετικό)</li> </ul>

Αξιολόγηση αναγκών -προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<b>2<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2. περιποίηση του τραύματος στην έδρα λόγω της περινεοτομής (στις 10.30 π.μ.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μείωση της τάσης στα ράμματα</li> <li>• Πρόληψη των μετεγχειρητικών μολύνσεων</li> <li>•Επιτάχυνση της επώλωσης του τραύματος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έναρξη της περιποίησης τη 2<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα</li> <li>• Ετοιμασία του υλικού νοσηλείας</li> <li>• Λήψη καλλιέργειας</li> <li>• Σε θετική απάντηση της καλλιέργειας, έναρξη αντιβιοτικού σχήματος</li> <li>• Καθαριότητα της τραυματικής χώρας</li> <li>•Καθαριότητα και αντισηψία του δέρματος γύρω από το τραύμα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε λήψη καλλιέργειας μέσα από το κέντρο της τραυματικής χώρας και στάλθηκε στο μικροβιολογικό εργαστήριο</li> <li>•Καθημερινά γινόταν καθαριότητα του τραύματος, από το κέντρο προς την περιφέρεια με κυκλικές κινήσεις.</li> <li>• Η περιποίηση περιλάμβανε: - πλύση με Water for injection</li> <li>- Αντισηψία με Betadine Solution</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Επί 10 μέρες γινόταν περιποίηση του τραύματος της έδρας.</li> <li>• Η καλλιέργεια ήταν αρνητική.</li> <li>• Υπήρξε σταδιακή, σταθερή επούλωση του τραύματος</li> <li>• Απορρόφηση των εκκρίσεων του τραύματος</li> </ul>

Αξιολόγηση αναγκών-προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Εφαρμογή του τοπικού αντιβιοτικού, το spray Nebacetin.</li> <li>Τοποθέτηση αποστειρωμένων γαζών και στερέωση με υποαλλεργικό λευκόπλάστ.</li> </ul>	
<b>3<sup>η</sup> μετεγχειρητική μέρα</b>				
3. Πυρετός 38,4° C (στις 7.00 μ.μ.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ρύθμιση θερμοκρασίας σώματος φυσιολογικά επίπεδα</li> <li>• Εντόπιση μικροβιακής εστίας που προκαλεί πυρετό.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συχνή (ανά 3ωρο) μέτρηση της θερμοκρασίας και αναγραφή της στο διάγραμμα</li> <li>• Χορήγηση αντιπυρετικών πάνω από 38° C</li> <li>• Λήψη ουροκαλλιέργειας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η θερμοκρασία λαμβανόταν κάθε 3 ώρες και αναγραφόταν στο θερμομετρικό διάγραμμα.</li> <li>• Χορηγήθηκε 1+b Deron x 3 (παρακεταμόλη) στις 7.30 μ.μ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αντιμετώπιση του πυρετού και πτώση του στα φυσιολογικά επίπεδα. Στις 8.30 μ.μ. είχε 37,1° C.</li> <li>• Εντόπιση της μικροβιακής εστίας</li> <li>• Έναρξη αντιβίωσης για την</li> </ul>



Αξιολόγηση αναγκών -προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αλλαγή ουροκαθετήρος του χειρουργικού τραύματος για ύπαρξη στοιχείων φλεγμονής, λήψη καλλιέργειας και αλλαγή του τραύματος</li> <li>•Χορήγηση του κατάλληλου αντιβιοτικού, κατόπιν απομόνωσης του υπεύθυνου μικροβιακού παράγοντα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αλλαγή ουροκαθετήρος του χειρουργικού τραύματος για ύπαρξη στοιχείων φλεγμονής, λήψη καλλιέργειας και αλλαγή του τραύματος</li> <li>•Χορήγηση του κατάλληλου αντιβιοτικού, κατόπιν απομόνωσης του υπεύθυνου μικροβιακού παράγοντα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε λήψη καλλιέργειας ούρων από το καθετήρα Foley τηρώντας όλα τα μέτρα ασηψίας.</li> <li>• Αλλάχτηκε ο Foley.</li> <li>• Έγινε λήψη καλλιέργειας υλικού από το τραύμα και αλλάχτηκε το τραύμα.</li> <li>• Η απάντηση της Κ/ας ούρων ήταν θετική για GRAM (-) μικρόβια.</li> <li>•Αποτέλεσμα της ουροκαλλιέργειας και του αντιβιογράμματος ήταν η χορήγηση αντιβίωσης sprint ανά 12ωρο ενδοφλεβίως επί 6 ημέρες.</li> </ul>	<p>αντιμετώπιση ουρολοίμωξης της</p>

Αξιολόγηση αναγκών-προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<b>4<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα</b>				
<p>4. Δερματίτιδα γύρω από το στόμιο, που οφείλεται στα ερεθιστικά υγρά του εντέρου και στην ευαισθησία του δέρματος.</p>	<p>Ανακούφιση της ασθενούς από τον ερεθισμό του δέρματος</p> <p>Πρόληψη περαιτέρω ερεθισμού</p>	<p>Συχνός έλεγχος του δέρματος</p> <p>Αποφυγή επικόλλησης του σάλου κολοστομίας πάνω στη περιοχή της δερματίτιδας</p> <p>Καθαριότητα του περιτομιακού δέρματος</p> <p>Τοπική εφαρμογή προστατευτικών σκευασμάτων γύρω από το στόμιο</p>	<p>Γινόταν κάθε 6-8 ώρες έλεγχος του Περιτομιακού δέρματος για ερυθρότητα, εξελκωση, ραγάδες τλ.</p> <p>Καθαρίζαμε το περιτομιακό δέρμα με χλιαρό νερό και βαμβάκι.</p> <p>Δεν συνίσταται η χρήση αντισηπτικών γιατί στεγνώνουν και ερεθίζουν το δέρμα</p> <p>Εφαρμόζουμε τοπικά διάφορα προστατευτικά του δέρματος, ανάλογα</p>	<p>Μειώθηκε ο έντονος ερεθισμός του περιτομιακού δέρματος (μετά την 6<sup>η</sup> μετεγχειρητική μέρα)</p> <p>Η καθαριότητα γύρω από το στόμιο συνέβαλε στην υγιεινή της περιοχής</p> <p>Είχε τοποθετηθεί για προστατευτικούς λόγους δακτύλιος stomahesive της Squibb-ConvaTec που αποτελεί και</p>

Αξιολόγηση αναγκών προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
5. Πρόληψη εμφάνισης θρομβοφλεβίτιδας	<ul style="list-style-type: none"> <li>Εξασφάλιση καλής του κυκλοφορίας αίματος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Συζήτηση με την ασθενή για την αναγκαιότητα ορισμένων ασκήσεων που είχε διδαχθεί προεγχειρητικά για την εξασφάλιση καλής κυκλοφορίας του αίματος</li> <li>Προσπάθεια για έγκαιρη κινητοποίηση</li> <li>Ενημέρωση του υπεύθυνου νοσηλεύτριας για οποιοδήποτε πόνο, οίδημα, αύξηση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Έκανε ασκήσεις πλήρους τροχιάς των άκρων η ασθενής</li> <li>Άλλαξε κάθε 2 ώρες θέση</li> <li>Έγινε έγερση το 2<sup>ο</sup> μετεγχειρητικό 24ωρο</li> <li>Χρησιμοποιήθηκαν ελαστικές κάλτσες</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>μέρος του σάκου κολοστομίας της ασθενούς</li> <li>Η ασθενής δεν παρουσίασε προβλήματα θρομβοφλεβίτιδας</li> </ul>

Καρκίνος παχέας εντέρου-κολοστομία-Νοσηλευτική παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη

Αξιολόγηση αναγκών προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
6. Ύπαρξη αριστερής μόνιμης κολοστομίας	<ul style="list-style-type: none"> <li>Αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Να προγραμματιστεί αλλαγή του κολοστομίας, ώστε να απομακρύνονται τα περιττώματα του εντέρου 1/2 ώρα προ του φαγητού και όταν υπάρχει κένωση. Να ενημερώνεται η ασθενής για τη νοσηλεία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Να προγραμματιστεί αλλαγή του φαγητού και όταν υπάρχει κένωση</li> <li>Ενημερώθηκε η ασθενής για τη διαδικασία αλλαγής του σάκου</li> <li>Έγινε συγκέντρωση του υλικού, απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες και τοποθετή-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Εξασφαλίστηκε άνεση και διατηρήθηκε η αξιοπρέπεια της ασθενούς</li> <li>Έγινε η περιποίηση της κολοστομίας</li> <li>Με το υλικό αυτό προστατεύεται το δέρμα από ερεθισμό.</li> </ul>

Αξιολόγηση αναγκών -προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να ληφθούν μέτρα ώστε η ασθενής να νοιώσει, όσο είναι δυνατόν, πιο άνετα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας</li> <li>• Να δοθεί αναπαικτική θέση στην ασθενή, ώστε να μπορεί να παρακολουθεί τη διαδικασία φροντίδας του στομίου</li> <li>• Να γίνει περιποίηση δέρματος και του περιστομιακού δέρματος, με παράλληλη αξιολόγηση τους</li> </ul>	<p>Επισκέπτες και τοποθετήθηκε PARABAN</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Τοποθετήθηκε η ασθενής σε ημιάναρροτη θέση</li> <li>• Έγινε πλύσιμο των χεριών, φορέθηκαν γάντια και τοποθετήθηκε τετράγωνο αδιάβροχο αλλαγών κάτω από το σώμα της ασθενούς</li> <li>• Έγινε αφαίρεση του σάκου και απομάκρυνση του υλικού στον πλασματικό σάκο των αχρήστων, με κυκλικές κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η απόσταση αυτή είναι κατάλληλη για να μην ερεθιστεί το κολοστόμιο.Επίσης δεν αφήνεται μεγάλο μέρος του δέρματος ακάλυπτο.</li> <li>• Επιτυγχάνεται η ακινητοποίηση της συσκευής στο σώμα της ασθενούς</li> </ul>

*Καρκίνος παχέος εντέρου-κόλοστομία-Νοσηλευτική παρέμβαση και ψυχολογική υποστήριξη*

Αξιολόγηση αναγκών-προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Προστασία του δέρματος γύρω από το στόμιο από ερεθισμό και μόλυνση</li> </ul>	<p>χωρίς σαπούνι</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Τοποθετήθηκε προστατευτικό υλικό gel στο δέρμα και καλύφθηκαν οι πτυχές του περιστομιακού δέρματος με πάστα Karaya.</li> <li>Στη συνέχεια, τοποθετήθηκε ο νέος σάκος σε απόσταση 0,3 cm από το κολοστόμιο</li> <li>Τέλος, εφαρμόστηκε ζώνη στήριξης στη στεφάνη του σάκου</li> </ul>	
7. Διδασκαλία για την περιποίηση της κολοστομίας	<ul style="list-style-type: none"> <li>Απόκτηση γνώσεων γύρω από τη φροντίδα και τη περιποίηση της</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Επίδειξη των απαραίτητων αντικειμένων υλικών τόσο στην ίδια</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Έγινε παρουσίαση και επεξήγηση του υλικού για τη φροντίδα του κολοστομίου, σε κάθε</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Έχει πλέον εξοικειωθεί η ασθενής με τις διαδικασίες</li> </ul>

Αξιολόγηση αναγκών -προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
	<p>κολοστομίας μέχρι της έξοδο της ασθενούς από το νοσοκομείο</p>	<p>την ασθενή όσο και στους οικείους της</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Συζήτηση για τη σκοπιμότητα της χρήσης των διαφόρων ειδών σάκων</li> <li>• Εκτέλεση της νοσηλείας με τη βοήθεια του υπεύθυνου νοσηλευτή και στη συνέχεια με την επίβλεψη του νοσηλευτή</li> <li>• Ενημέρωση για τα υλικά που μπορεί να χρησιμοποιεί για την καθαριότητα και τους σάκους</li> </ul>	<p>αλλαγή</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Τονίστηκαν τα σημεία που θα πρέπει να προσέχει η ασθενής σε κάθε σάκο</li> <li>• Είναι πλέον σε θέση να εκτελεί και μόνη της: αλλαγή του σάκου κολοστομίας πλήση του κόλου και περιποίηση το περιστοματικού δέρματος</li> <li>• Έχει στη διάθεσή της έντυπες πληροφορίες για οπδήποτε χρειαστεί.</li> </ul>	<p>περιποίηση της κολοστομίας</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Συνεργάστηκε άνετα μαζί μας και είναι πολύ προσεκτική</li> </ul>

Αξιολόγηση αναγκών-προβλημάτων	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Ενημέρωση για τις υπηρεσίες υγείας που σήμερα διατίθενται στην υπηρεσία των ατόμων με κολοστόμιο</li> </ul>		
<p>8. Διδασκαλία σχετικά με το διατολόγιο και γενικά τις δραστηριότητες της ασθενούς μετά την έξοδο της από το νοσοκομείο</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Η απόκτηση όλων των γνώσεων, που θα επιτρέπουν στην άρρωστη την καλύτερη αντιμετώπιση της κολοστομίας της</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ρύθμιση του διατολογίου</li> <li>Μέτρα εξουδετέρωσης της κακοσμίας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Το διατολόγιο της ασθενούς δεν πρέπει να αφήνει πολλά υπολείμματα</li> <li>Να αποφεύγονται τροφές που δημιουργούν κάκασμα αέρια, όπως κρεμμύδι, αυγά, όσπρια, μπύρα, ανθρακούχα υγρά κ.τλ</li> <li>Το κολοστόμιο δεν αντενδείκνυται στα ταξίδια, αρκεί να έχει μαζί της το απαραίτητο υλικό για την πλύση και φροντίδα του κολοστομίου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Η ασθενής έχει ενημερωθεί με πλήρη σαφήνεια γι'αυτά που επιτρέπονται και γι'αυτά που αντενδείκνυται</li> <li>Νοιώθει μεγαλύτερη ασφάλεια και σιγουριά</li> </ul>



## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Είδαμε πως η κολοστομία αποτελεί την κύρια θεραπευτική αγωγή για τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Αποτελεί, λοιπόν, βασικό θέμα η ανάγκη ολοένα και μεγαλύτερης εξειδίκευσης του νοσηλευτικού προσωπικού, που σκοπός θα είναι η προσφορά ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας στους πάσχοντες και η ικανοποίηση όχι μόνο των βιολογικών αλλά και των ψυχοκοινωνικών αναγκών τους.

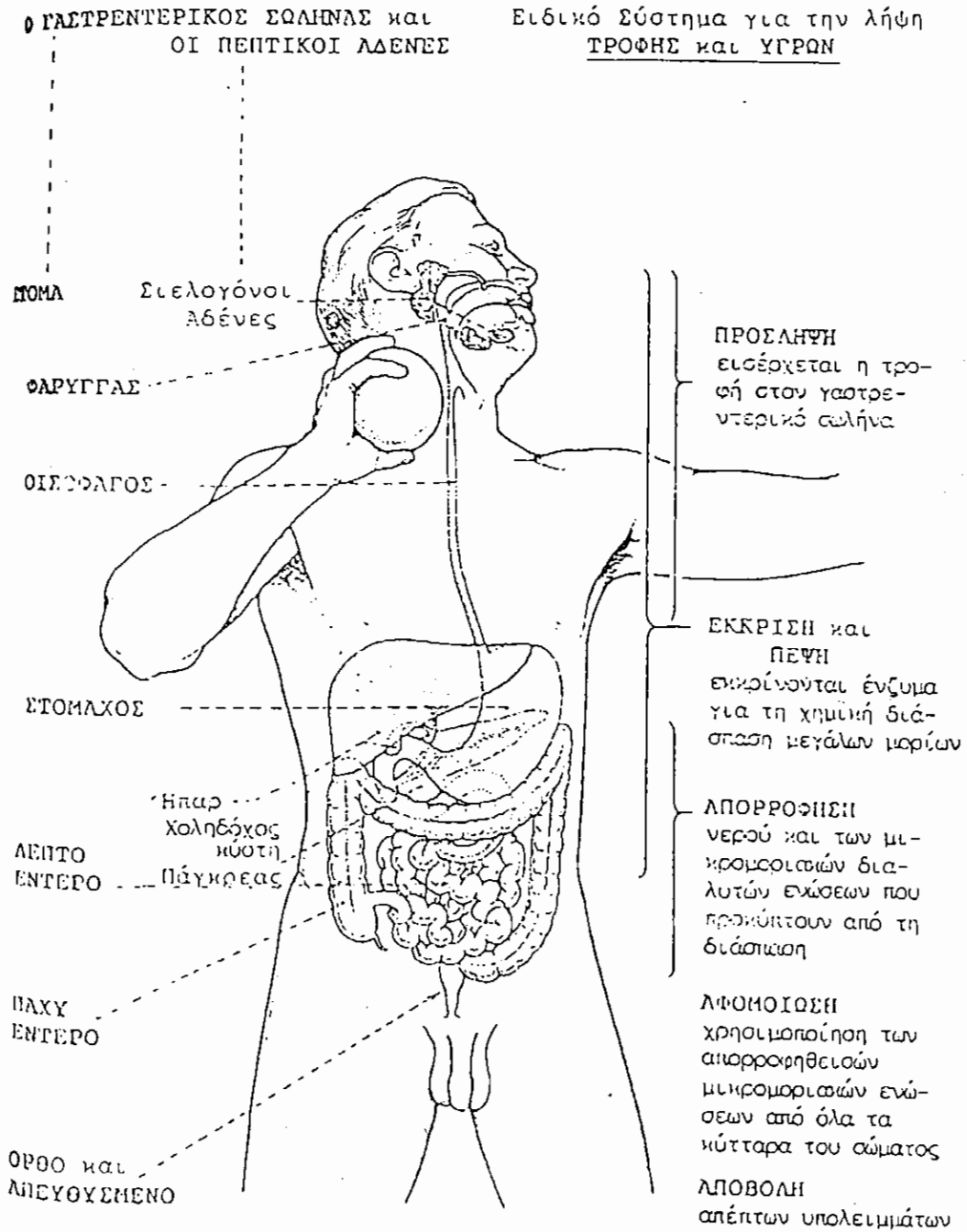
Οι ευθύνες του εξειδικευμένου στην ογκολογία νοσηλευτή - τριάς δεν θα πρέπει να περιορίζονται μόνο στο νοσοκομείο. αλλά θα επεκτείνονται και στο σπίτι των πασχόντων από καρκίνο του παχέος εντέρου, αποβλέποντας στην πλήρη αποκατάστασή τους. Η προσφορά της βοήθειας θα περικλείει και τα μέλη της οικογένειας του αρρώστου και τους οικείους του.

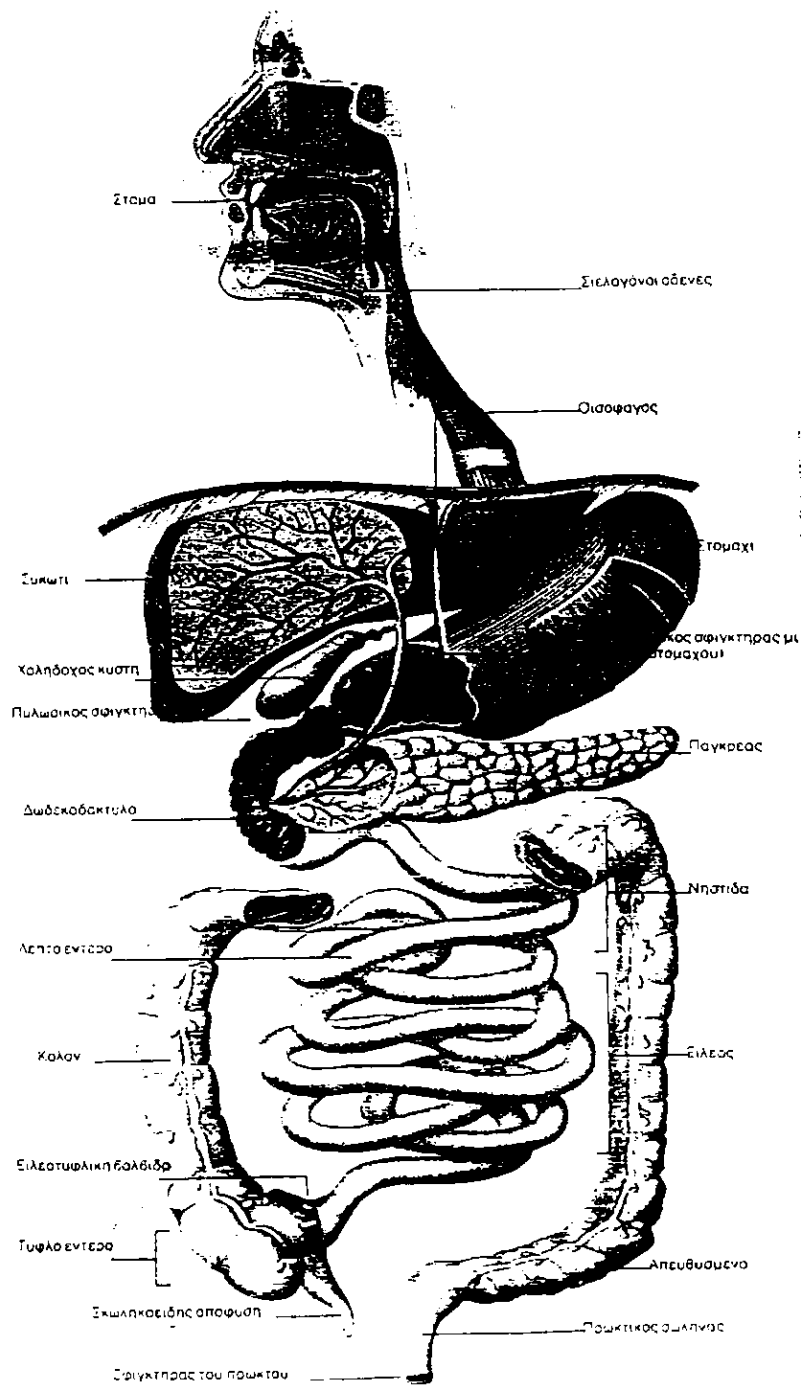
Η συμμετοχή του νοσηλευτή -τριας σε διάφορα προγράμματα εκπαίδευσης του κοινού είναι σημαντική για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση αυτής της ασθένειας. Η αποφυγή, όσο το δυνατόν περισσότερο, των παραγόντων που προδιαθέτουν στην εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου και η ετήσια γενική εξέταση, ιδίως των ενηλίκων άνω των 40 ετών θα πρέπει να είναι τα κύρια θέματα ενημέρωσης.

Είναι πολύ σημαντικό, τέλος, να ιδρυθούν και να λειτουργήσουν ειδικά τμήματα αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο, τα οποία θα χρηματοδοτούνται από το κράτος.

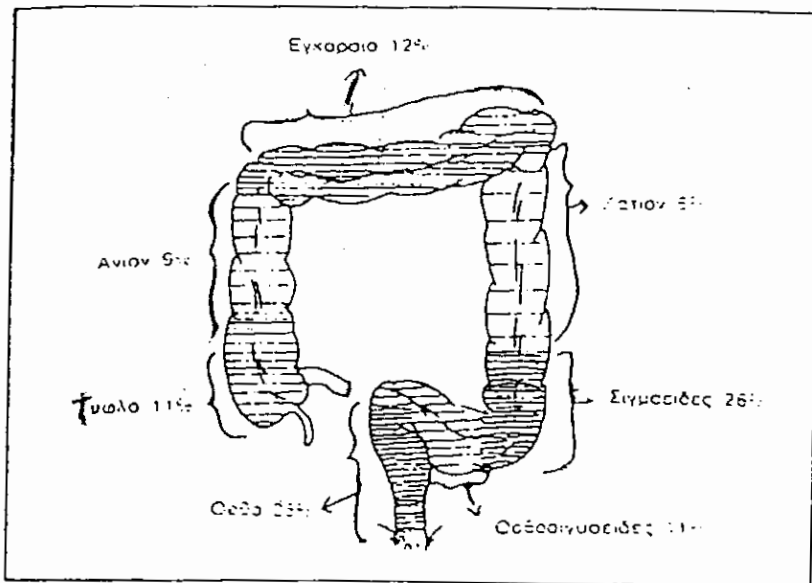
Στην Ελλάδα, η Αντικαρκινική Εταιρεία ακολουθεί θετική πορεία δράσης, όσον αφορά τη διαφώτιση του κοινού και την ενημέρωση νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού πάνω στις νέες μεθόδους διάγνωσης και θεραπείας. Τέλος αυτό που πρέπει να καταλάβουμε ότι σκοπός όλων μας είναι: «Να αυξήσουν την ικανότητα του αρρώστου να ζήσει με τον καρκίνο».

## ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

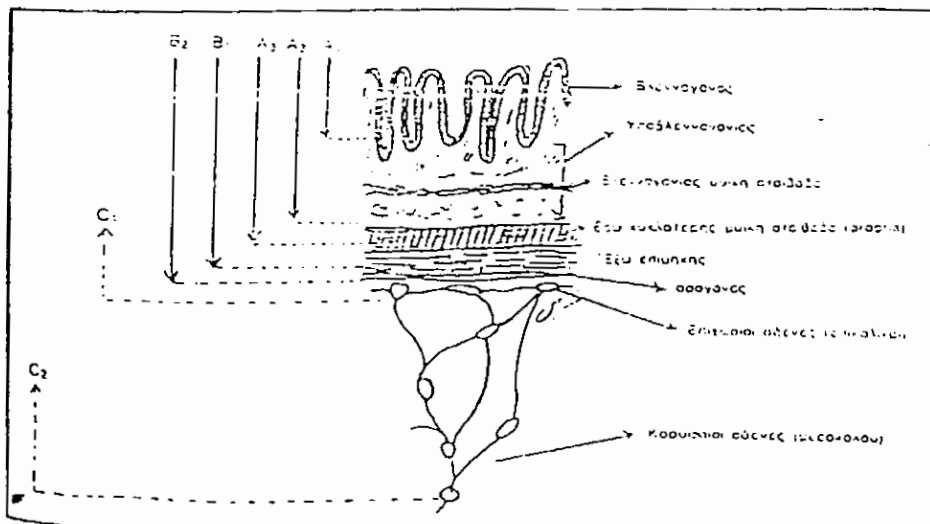




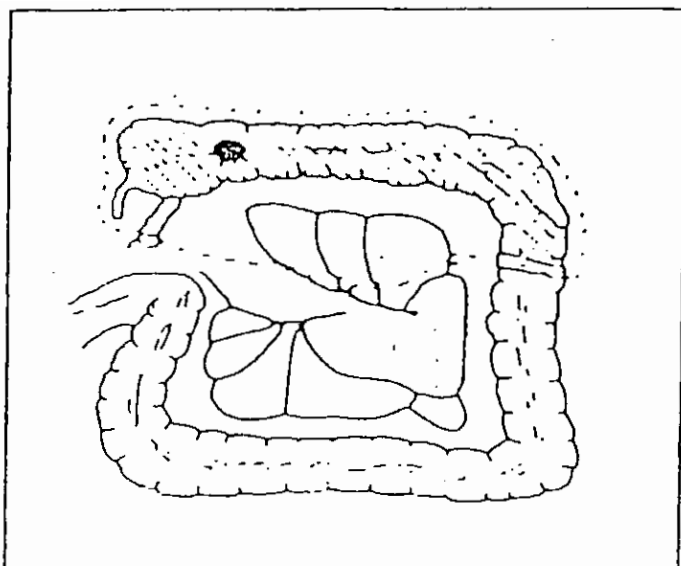
Εικόνα 1



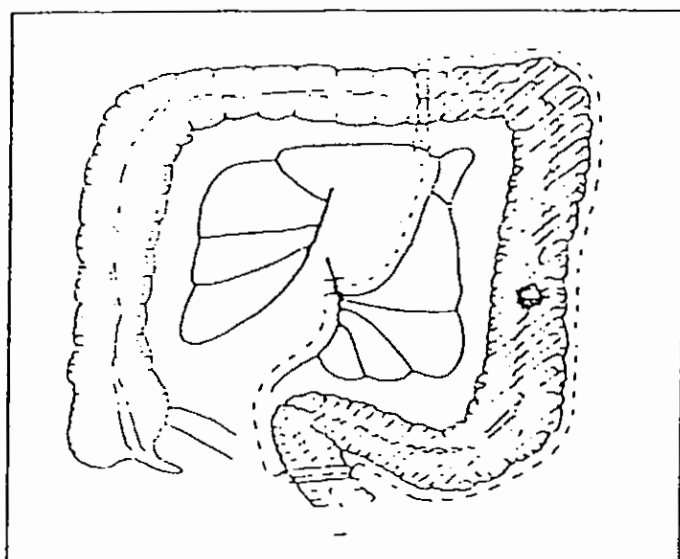
Εικ. 5. Συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου στις διαφορετικές μέρη του παχέος εντέρου



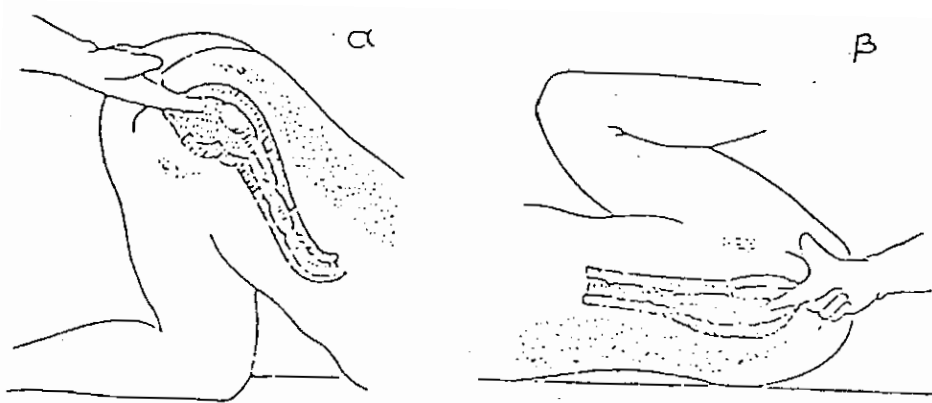
Εικ. 6. Σχηματική απεικόνιση της τροποποιημένης (Australasian) κατά Duke's ταξινόμησης του καρκίνου του παχέος εντέρου.



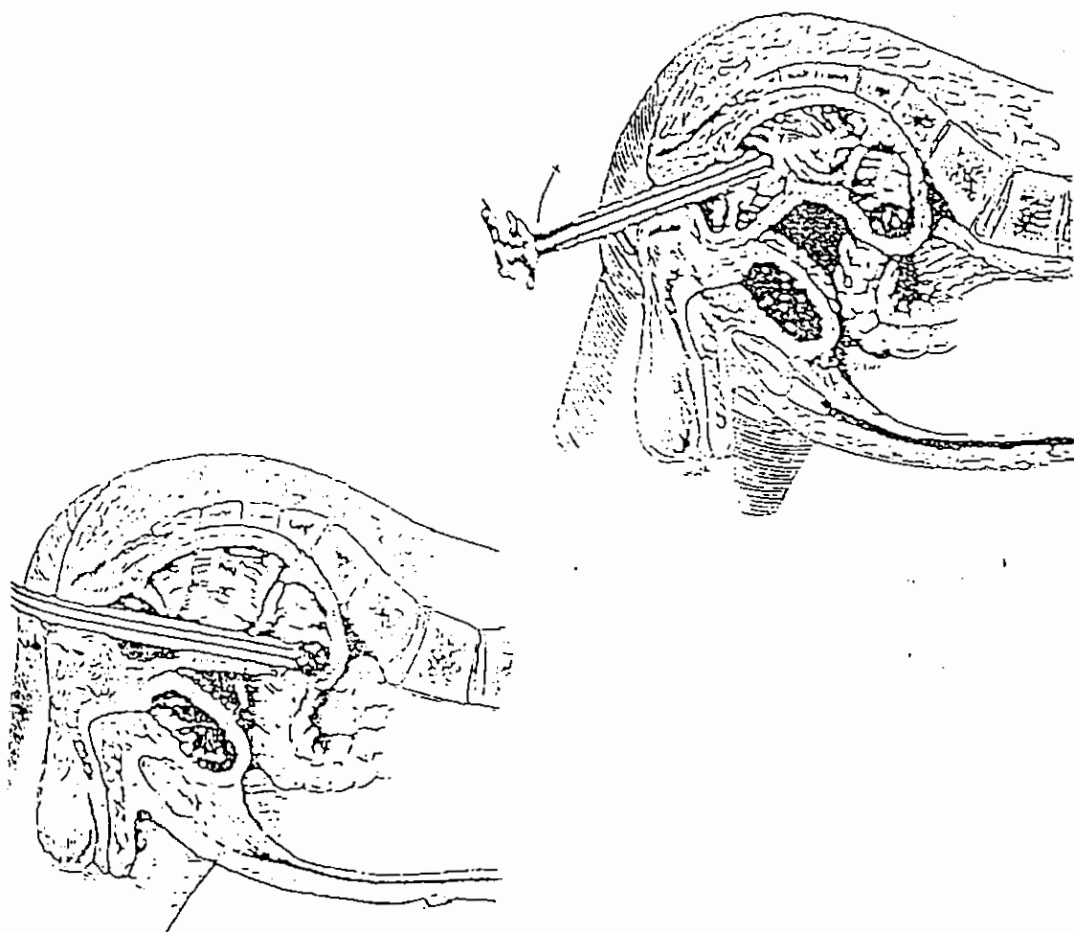
Εικ. 7. Καρκίνος δεξιού κόλου



Εικ. 8. Καρκίνος αριστερού κόλου



Εικ. 9. Δοκίμια επίτροαν ορθού: α) Θέση Trendelenburg β) Υπόθεση



Εικ. 11. Εξέταση με το σιγμοειδοσκόπιο.  
Λνω: Διεύθυνση κινήσεως όταν το σιγμοειδοσκόπιο μπαίνει μέσα στο αρθρό  
Κάτω: Το σιγμοειδοσκόπιο φθάνει στο όριο αρθρού-σιγμοειδούς

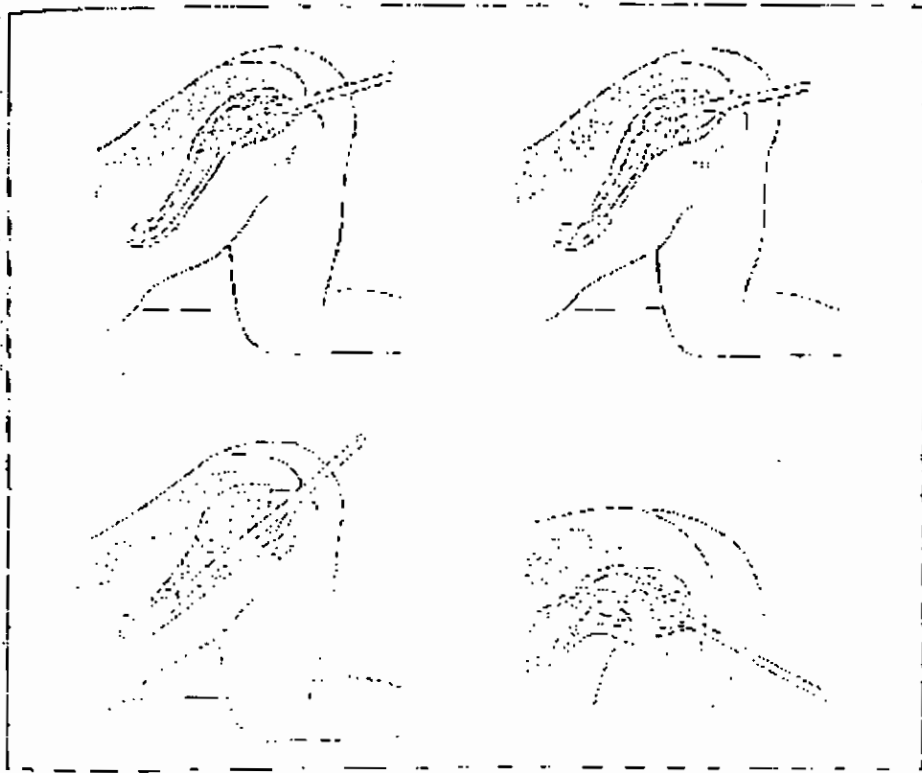
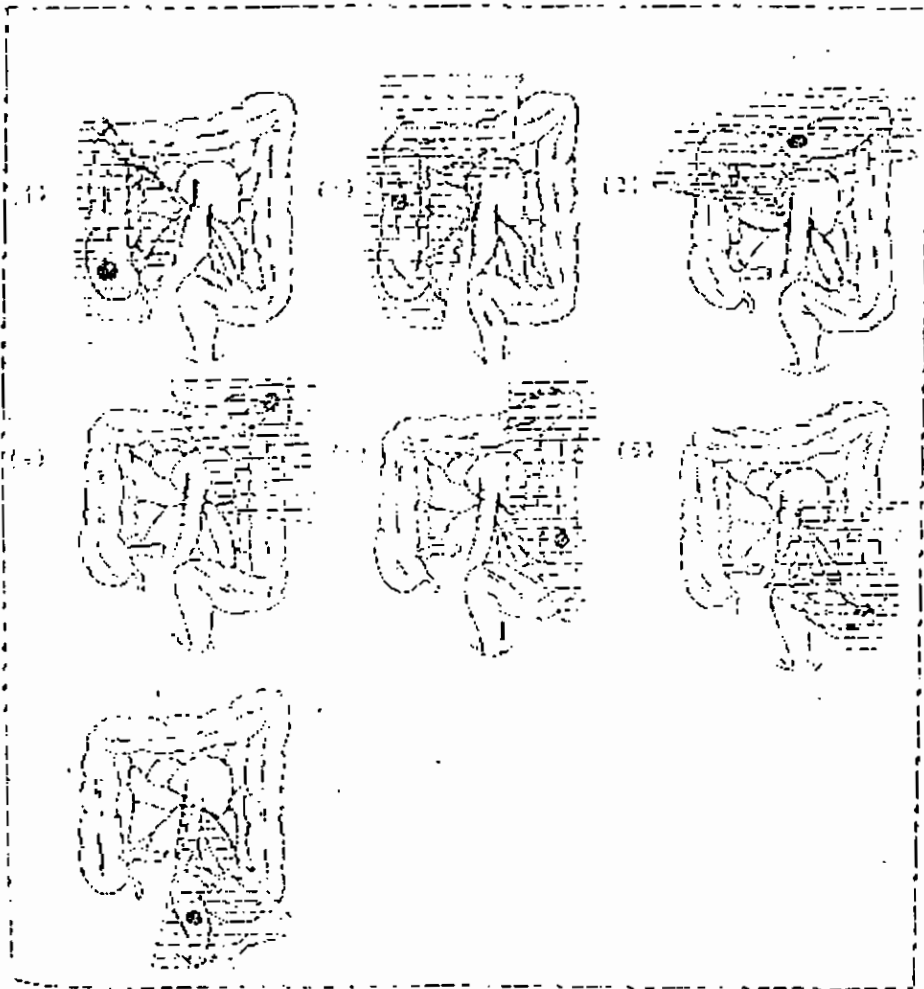


Fig. 6. Hand and wrist.





6. 11) 1) Өңірлеріне қарап, мына бірінші суретте
- 1) Пилорус аймағы белгіленген.
  - 2) Терістік ішек белгіленген.
  - 3) Екінші ішек бөлігінің басты бөлігі белгіленген.
  - 4) Сигмоид ішек белгіленген.
  - 5) Терістік ішектің басты бөлігі белгіленген.
  - 6) Терістік ішектің соңы белгіленген.
  - 7) Көк ішектің басты бөлігі белгіленген.



Εικόνα 1 Στεφανίτης και σπληνική θύλαξη με λευκοτόνια



Εικόνα 2 Έγκληση κοιλότητας

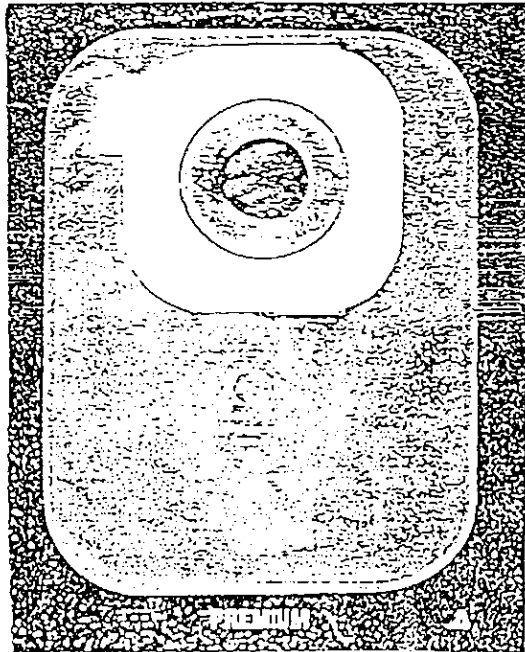
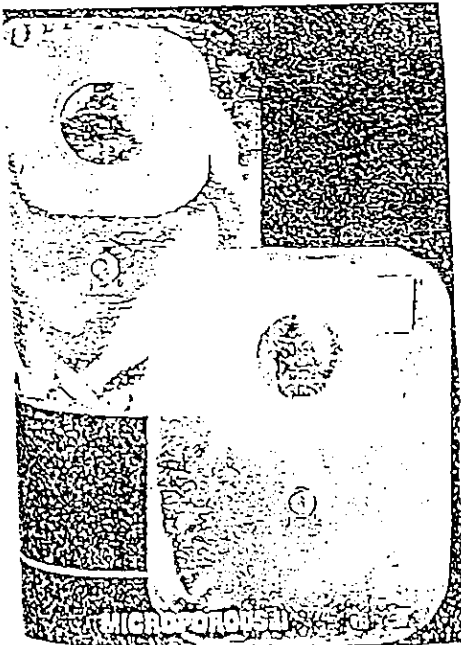
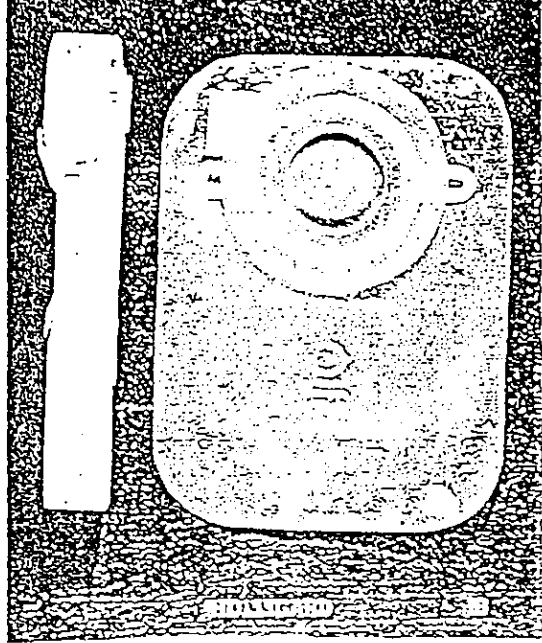
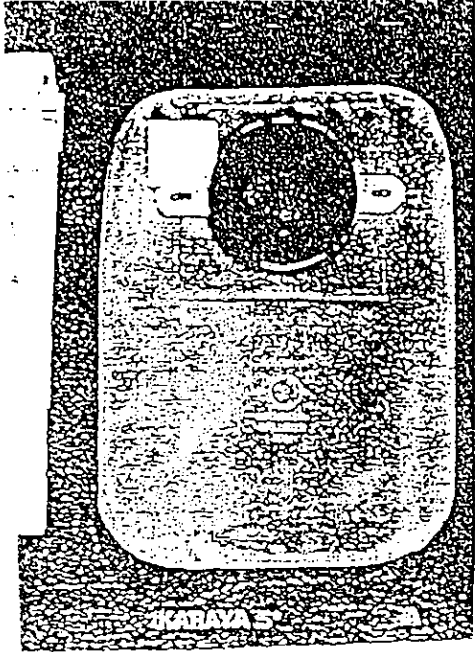
Ένα κομμάτι κοιλότητας, γίνεται άσπρος όσα  
α. Το σπληνικό πύλο, γαστρική σπληνική θύλα  
β. Η υπεζωτική κοιλότητα



Εικόνα 3 Έγκληση, η δ. πύλο, σπληνός



Εικόνα 4 Ανομοιογενής κοιλότητα



Εικ. 19. Σόκαι κολαστορίας

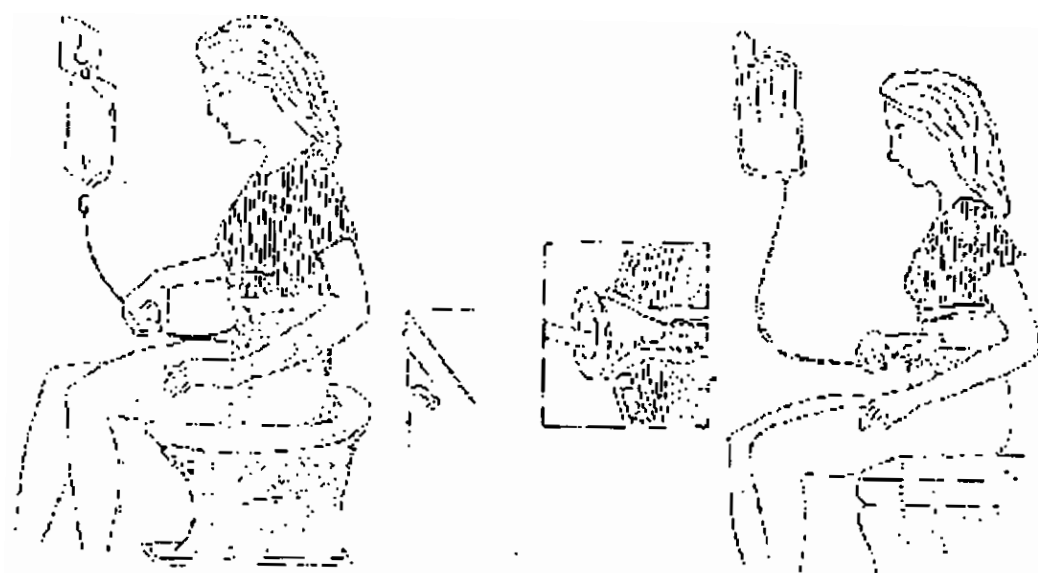


Fig. 20. Otkazivanje od korišćenja jedne ruke. In: *Priručnik za korišćenje u životu osoba sa parapleži* (2014)

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

1. Μπεσμπέας Σ. - Σταύρος, «Καρκίνος παχέος εντέρου και ορθού. Αποτελέσματα μελετών με εο Haemoccult Test». Διεθνής στρατηγική αντιμετώπιση του καρκίνου, πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της Νόσου., 1<sup>ο</sup> Διεθνές συνέδριο, Αθήνα Μάρτιος 2001, σελ. 69-73
2. Πλαϊτάκης Ζ., Μπαϊρακτάρης Ι., Μείμαρης Γ., Μπούζης Ε., Χατζηκωνσταντίνου Κ., Τασσόπουλος Ι., «Καρκίνος παχέος εντέρου - Κλινικοπαθολογοανατομική μελέτη 390 περιπτώσεων» Ελληνική Ογκολογία, τόμος 33, τεύχος 4, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1997, σελ. 251-255
3. Σαχινη - Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία, «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες», τόμος 1<sup>ος</sup>, Έκδοση Β΄, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, ΑΘΗΝΑ 1997, σελ. 180, 185-186, 190-192
4. «Καρκίνος παχέος εντέρου», Ελληνικό Ίδρυμα γαστρεντολογίας και διατροφής, search: [www.google.gr](http://www.google.gr), 20/3/2005
5. Μπεσμπέας Σ. Σταύρος «Παχύ έντερο - ορθό - πρωκτός», Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας, περίοδος Οκτώβριος 2003 - Ιανουάριος 2004, ΑΘΗΝΑ 2004, σελ. 76-100
6. Γαρδικα ΚΔ, «Ειδικής Νοσολογία», Τόμος Α΄, έκδοση Δ΄ Ειδικές εκδόσεις Παρισιανός Α.Ε., ΑΘΗΝΑ 2000, σελ. 405-410
7. Dr. Σπηλιώτης Δ. Ιωάννης «Καρκίνος. Από την άγνοια .... στο φόβο» Αχαϊκές εκδόσεις, ΠΑΤΡΑ 1999, σελ. 306-322
8. Χριστοδούλου Δ.Κ., Τσιανος Ε.Β., «Πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου», search: [www.google.gr](http://www.google.gr), 25/3/2005
9. Levin Bernard, «International Strategy of cancer management screening and early detection of disease» 1<sup>st</sup> International congress, Athens. March 2001, σελ. 59-67
10. Gur - Correa Marcia, Giardiello M. Francis. «Diagnosis and management of hereditary colon cancer» Hematology / Oncology clinics of North America, τόμος 17, εκδόσεις WS Saunders Company, USA 2003, ΣΕΛ. 531-551

11. Μπεσμπεας Σταύρος «Θεραπευτική αντιμετώπιση καρκίνου παχέος εντέρου και ορθού», Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Περίοδος Νοέμβριος 2001 - Φεβρουάριος 2002, ΑΘΗΝΑ 2001 σελ. 126-129
12. Dr Ζήσης Θ., «Σημειώσεις Ανατομίας Ι» ΠΑΤΡΑ 1999, σελ. 136-142
13. Μαλγαρινού Μ.Α., Κωνσταντινίδου Σ.Φ.» Γενική παθολογική Χειρουργική». Τόμος Α, Έκδοση 22, Εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ, ΑΘΗΝΑ 2001 σελ. 242-244
14. Σαχινι - Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία, «Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες», τόμος 2<sup>ος</sup> Έκδοση Β' Εκδόσεις ΒΗΤΑ, ΑΘΗΝΑ 1997, σελ. 274-275, 324-326, 412-425
15. Mader S.Sylvia «Understanding Human Anatomy and physiology», Εκδόσεις Wmc Braun Publishers 1997, σελ. 303-305
16. Πλέσσας Τ.Σ., Κανέλλος Ε., «Φυσιολογία του ανθρώπου Ι» Έκδοση 2<sup>η</sup> βελτιωμένη και επεξηγημένη, Εκδόσεις Φαρμάκου - Τύπος, ΑΘΗΝΑ 1997, σελ. 148
17. Γούλια Γ.Ε. «Εφαρμοσμένη Νοσηλευτική» Έκδοση 1<sup>η</sup>, Εκδόσεις Ταβιθα, ΑΘΗΝΑ 1991, σελ. 307-341
18. Παπαζαχαρίας Χρήστος «Μεταφορά νερού και ηλεκτρολυτών στο λεπτό και παχύ έντερο», 6<sup>ο</sup> Σεμινάριο εντατικής θεραπείας - υγρά και ηλεκτρολύτες, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, Επιμέλεια: Γεώργιος Ι. Μπαλιτόπουλος, ΑΘΗΝΑ 2003, σελ. 179-185
19. Πετρίδης Α., «Εγχειρίδιο Χειρουργικής», 4<sup>η</sup> έκδοση, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, ΑΘΗΝΑ 2002, σελ. 134-140
20. Βαλαβανίδης Αθ. «Κακοήθεις νεοπλασίες στον άνθρωπο και περιβαλλοντικοί παράγοντες» Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Περίοδος Νοέμβριος 1999 - Φεβρουάριος 2000, ΑΘΗΝΑ 2001, σελ. 25-35
21. Μπεσμπεας Σ.Σταύρος, «Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση των νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου και ορθού», Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια Νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Περίοδος Φεβρουάριος - Ιανουάριος 2001, Τόμος Α', ΑΘΗΝΑ 2002, σελ. 74-83
22. Gatof David, Akneu Dennis «Primary oreventi of colorectal cancer;; diet

- and drugs», hematology / oncology clinics of North America, τόμος 17, εκδόσεις WS Saunders Company, USA 2003, σελ. 575-610
23. Frederic H., Martini Kathleen Welch, New some Martka, «Fundamentals of anatomy and physiology», 3<sup>η</sup> Έκδοση, εκδόσεις Prentice Hall, 1995, σελ. 171-173
  24. Δημόπουλος Κ.Α., «Διατροφή και Καρκίνος» Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Περίοδος Νοέμβριος 1999 - Φεβρουάριος 2000, ΑΘΗΝΑ 2001, σελ. 36-39
  25. Simopoulos A.P., «The traditional diet of Greece and cancer», National library of Medicine, search: [www./pubMed.com.](http://www./pubMed.com.), 13/6/2004
  26. Van Breda 56, van Ageu E., Engels LG, Mooney E.J., Kleinjans JC, van Delfi JH, «Altered - vegetable intake affects, pivotal carcinogenesis, pathways in colon mucosa from adenoma patients and controls», search: [www.PubMed.com](http://www.PubMed.com), 25/11/2004
  27. «Καρκίνος παχέος εντέρου», serch: [www.google.gr](http://www.google.gr), 12/3/2000
  28. Jacobs A. Linda «Health beliefs of first - degree relatives of individuals with colorectal cancer and participation in health maintenance visits: A population - based surrey» Cancer Nursima τόμος 25, τεύχος 4, Αύγουστος 2002, σελ. 251-269
  29. Γαρδικα Γ.Α., «Ειδικής Νοσολογία», Νέα έκδοση, επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παρισσιανός, ΑΘΗΝΑ, σελ. 275-276
  30. Compton Carolyn, Greece L. Frederick «The Staying of colorectal cancer: 2004 and beyond, CA A cancer Journal for clinicians, τόμος 54, τεύχος 6, Νοέμβριος / Δεκέμβριος 2004, σελ. 295-307
  31. Ξυνόπουλος Δ. Δημητρουλόπουλος Δ., Παρασκευάς Εμμ., «Καρκίνος παχέος εντέρου. Σύγχρονες διαγνωστικές μέθοδοι», Ελληνική ογκολογία, τόμος 39, τεύχος 1, Ιανουάριος - Μάρτιος 2003, σελ. 13-24
  32. Lorey E. David, Lewis James, Kochman L. Michael, «Colon cancer:: detection and prevention», Hematology oncology clinics of North America, τόμος 17, εκδόσεις WS Saunders Company, USA 2005, σελ. 553-574
  33. Τσιφτης δ. Δημήτρης - Ανδρέας. «Νέες μέθοδοι προληπτικού ελέγχου στον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού» Διεθνής στρατηγική αντιμετώπιση του καρκίνου, πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση και

- αντιμετώπιση της νόσου, 1<sup>ο</sup> Διεθνές συνέδριο, ΑΘΗΝΑ, Μάρτιος 2001, σελ. 75-78
34. Δούτα Σ. Νικολάου «Ένας αγώνας συνεχίζεται ... Ο καρκίνος στην Ελλάδα ΧΘΕΣ - ΣΗΜΕΡΑ - ΑΥΡΙΟ», Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, ΑΘΗΝΑ 1995, σελ. 17-24
  35. Βασλαματζής Μ. Μιχάλης, Καλογερόπουλος Β. Ιωάννης «Ο ρόλος της εικονικής κολονοσκόπησης στην ανίχνευση καλοορθικών πολυπόδων και καρκίνου», βήμα κλινικής ογκολογίας, τόμος 2, τεύχος 2, Εκδόσεις ΕΨΙΛΟΝ, ΑΘΗΝΑ, Απρίλιος - Ιούνιος 2003, σελ. 100-112
  36. Murthy Steekant Flanigan Anne, Clearfield Harris, «Colorectal cancer in inflammatory bowel disease: molecular and clinical features», hematology oncology clinics of North America, τόμος 17, τεύχος 2, εκδόσεις WS Saunders company, Απρίλιος 2003, σελ. 525-537
  37. Κουράκλης Γ. Κουβαράκη Μ./ Μακρής Ζ. Μαχαίρας Α., «Υποβοηθούμενη λαπαροσκοπική κοιλιοπερινεϊκή εκτομή σε καρκίνο ορθού», Ιατρική, τόμος 83, τεύχος 6, Ιούνιος 2003 σελ. 507-510
  38. Aleali Marjan, Wilsom W. Jeffry, «Laparoscopic surgery in Grohn's disease», the surgical clinics of North America, τόμος 81, τεύχος 1, εκδόσεις WB Saunders Company, Φεβρουάριος 2001, σελ. 217-230
  39. Rockall A. Timothy, Parzi Ara «Robot - assisted laparoscopic colorectal surgery» The surgical clinics of North America - Robotics in Surgery, τόμος 83, τεύχος 6, εκδόσεις WB Saunders Company, Δεκέμβριος 23003, σελ. 1463-1468
  40. Μανούσου Αικατερίνη, Παπαμιχαήλ Ελευθερία, «Νοσηλευτική φροντίδα στομίων - Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία», Ε.Λ.Ν.Π. - Μεταξά, 25-2-2005
  41. Dr. Κυπαρισσιάδης Β. Παν., «Αρχές ακτινοθεραπείας, πρακτική εφαρμογή», Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας, περίοδος Οκτώβριος 2003 - Ιανουάριος 2004, ΑΘΗΝΑ 2004, σελ. 377-383
  42. Dr. Μαραγκουδάκης Ε. «Ολοσωματική ακτινοθεραπεία», Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Περίοδος Φεβρουάριος - Ιούνιος 2001, τόμος Α' ΑΘΗΝΑ 2002, σελ. 205-209



43. Μπερούκας Κ. «Διεγχειρητική ΑΚΘ - IORT»Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, τόμος Α΄ Περίοδος Φεβρουάριος - Ιούνιος 2001, ΑΘΗΝΑ 2002, σελ. 195-204
44. Κορδιολής Ι.Ν., «Στερεοτακτική Ακτινοχειρουργική», Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, τόμος Α΄ Φεβρουάριος - Ιούνιος 2001, ΑΘΗΝΑ 2002, σελ. 210-214
45. Γεννατάς Σ.Κωνσταντίνος, «Χημειοθεραπεία - Πρακτικές εφαρμογές», Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας, Περίοδος Οκτώβριος 2003 - Ιανουάριος 2004, ΑΘΗΝΑ 2004, σελ. 363-376
46. Κουρούσης Χ. «Πρόοδοι στη χημειοθεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου» Ιατρική, τόμος 79, τεύχος 2, Φεβρουάριος 2001, σελ. 141-147
47. Γεννατάς Σ. Κωνσταντίνος, «Γενικές αρχές χημειο-προφύλαξης» Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας, περίοδος Οκτώβριος 2003 - Ιανουάριος 2004, ΑΘΗΝΑ 2004, σελ. 359-361
48. Νικολάου Αντώνιος «Αντιμετώπιση καρκίνου παχέος εντέρου ανάλογα με τα στάδια», search: [www.google.gr](http://www.google.gr). 11/9/2004
49. Παυλίδης Ν.Α, «Τα υπέρ της συμπληρωματικής μετεγχειρητικής χημειοθεραπείας στο καρκίνο του παχέος εντέρου», Θέματα παθολογίας ογκολογίας, ΑΘΗΝΑ 1992, σελ. 185-190
50. Σκάρλος δ. «Τα κατά της συμπληρωματικής θεραπείας στο καρκίνο παχέος εντέρου», Θέματα παθολογίας ογκολογίας, ΑΘΗΝΑ 1992, σελ. 191-193
51. Κουκουλάρη - Κυρίτση Ελένη, «Νοσηλευτική προσέγγιση ασθενών με αλλαγμένη τη σωματική εικόνα» Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας ψυχο-ογκολογίας, Περίοδος Απρίλιος - Ιούνιος 2000, ΑΘΗΝΑ 2001, σελ. 74-80
52. Αθάνατου Κ. Ελευθερία, «Κλινική νοσηλευτική βασικές και ειδικές νοσηλείες» Έκδοση Αναθεωρημένη, ΑΘΗΝΑ 2000, σελ. 183-220
53. Μπαρμπούνη - Κωνσταντίνου Ε., «Ο νοσηλευτής στη φροντίδα του καρκίνου «Ελληνική Ογκολογία, τόμος 35, ΑΘΗΝΑ 199, σελ. 199-202
54. Τσανιρά Στυλιανή.»Ενημέρωση και προετοιμασία για την αρρώστια και την Θεραπεία», Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής

- ογκολογίας, Περίοδος Οκτώβριος 2003 - Ιανουάριος 2004, ΑΘΗΝΑ 2004, σελ. 429-433
55. Lobchuk M. Michelle, Degner F. Lesley, «Patients with cancer and next of kin response comparability on physical and psychological symptom well-being», *Cancer nursing*, τόμος 25, τεύχος 5, Οκτώβριος 2002, σελ. 358-361
56. Κουρμπάνη - Πατηράκη Ελισάβετ, «Κλίμακες μέτρησης κλινικού πόνου στον καρκίνο. Νοσηλευτική προσέγγιση», *Νοσηλευτική*, τεύχος 4, ΑΘΗΝΑ 1998, σελ. 316-326
57. Phymale A. Margaret, Sloan A. Paul, Johnson Mitzi, Lafountain Pat, Snapp Janet Vanderveer Barb, Sloan A. David, «Cancer Pain Education» *Cancer Nursing*, τόμος 24, τεύχος, 6, Δεκέμβριος 2001, σελ. 424-429
58. Κάρλου Χρυσούλα, «Νοσηλευτική παρέμβαση στην ανακούφιση των συμπτωμάτων από το γαστρεντερικό», *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας*, τόμος Β΄ περίοδος Φεβρουάριος - Ιούνιος 2001, ΑΘΗΝΑ 2002, σελ. 39-46
59. Φωτος Νικόλαος, «Ανακούφιση συμπτωμάτων από το γαστρεντερικό σύστημα σε ασθενείς με καρκίνο», *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας*, περίοδος Απρίλιος - Ιούνιος 2000, ΑΘΗΝΑ 2001, σελ. 108-112
60. Κάρλου - Σταύρακα Χρυσούλα, «Η πληροφόρηση - εκπαίδευση των ασθενών με καρκίνο υπό χημειοθεραπεία», *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτική ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας*, Περίοδος Οκτώβριος 2002 - Ιανουάριος 2003, ΑΘΗΝΑ 2003, σελ. 95-102
61. Λαβδανίτη Μαρία, «Εκπαιδευτικές ανάγκες ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία», *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας*, περίοδος Οκτώβριος 2002 - Ιανουάριος 2003, ΑΘΗΝΑ 2003, σελ. 108-111
62. Λαβδανίτη Μαρί, «Νοσηλευτική αντιμετώπιση της κόπωσης», *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας*, τόμος Β΄, περίοδος Φεβρουάριος - Ιούνιος 2001, ΑΘΗΝΑ 2001, σελ. 119-122
63. Courneya S. Kerry, Friedenreich M. Christine Sela A. Rami, Quinney H.

- Arthur, Rhodes, E. Ryan, Handman Michael, «The group psychotherapy and home - based physical exercise trial in cancer survivors: physical fitness and qualities of life outcomes», Psycho - oncology, τόμος 12, τεύχος 4, εκδόσεις John Wiley and sons, Ιούνιος 2003, σελ. 357-374
64. Ferrario S. Rossi, Tohi A.M. Massara G. And Nuvolone G «A comparative assessment of psychological and psychosocial characteristics of cancer patients and their caregivers», Psycho oncology, τόμος 12, τεύχος 1, εκδόσεις John Wiley and Sons, Ιανουάριος - Φεβρουάριος 2003, σελ. 1-7
65. Σαββοπούλου Γεωργία «Πληροφόρηση και εκπαίδευση ασθενών με μόνιμη κολοστομία», Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, περίοδος Οκτώβριος 2002 - Ιανουάριος 2003, ΑΘΗΝΑ 2003, σελ. 124-127
66. Nooljer Jascha< Lechner Lilian» Help-seeking behavior for cancer symptoms», psycho - oncology, τόμος 10, τεύχος 6 εκδόσεις John Wiley and Sons, Νοέμβριος - Δεκέμβριος 2001, σελ. 469-478
67. Σαββοπούλου Γεωργία «Προβλήματα και ανάγκες ασθενών με μόνιμη κολοστομία», Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτική ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, περίοδος Απρίλιος - Ιούνιος 2000, ΑΘΗΝΑ 2001, σελ. 113-117
68. Σαββοπούλου Γεωργία «Μόνιμη κολοστομία: Δεν είναι το μοναδικό πρόβλημα», Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, τόμος Β, Οκτώβριος - Ιούνιος 2001, ΑΘΗΝΑ 2002, σελ. 123-133
69. Jordan Jochen, Evans Gareth, Kiebooms - Evers Gerry, jullian - Reynier Claire, Kash Kathryn, Watson Maggie, «Congress report of seventh international meeting on psychological aspects of colorectal cancer», psycho-oncology, τόμος 11, τεύχος 6, Εκδόσεις John Wiley and Sons Νοέμβριος - Δεκέμβριος 2002, σελ. 536-539
70. Ward Julia, Wood Courol, «How nurses cope» Nursing Times - Cancer Care τόμος 13, τεύχος 3, Δεκέμβριος 1999, σελ. 501-54

