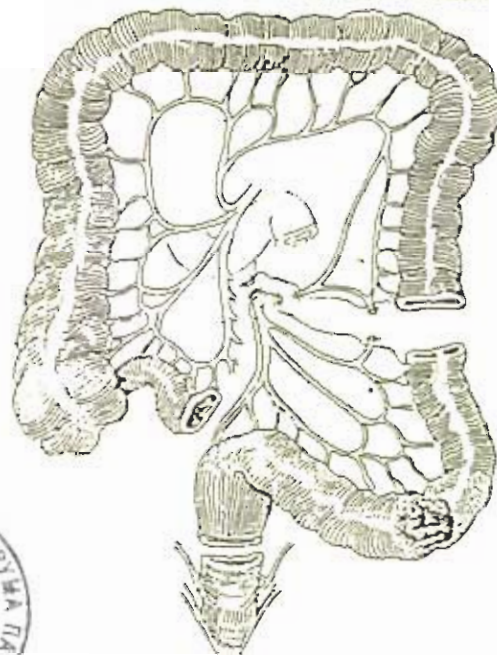
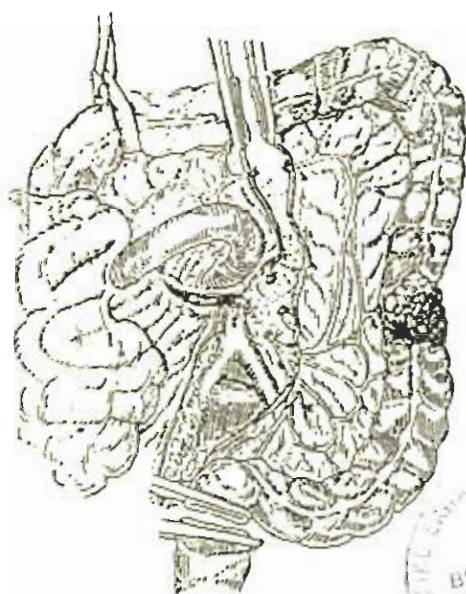


ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΚΑΤΙΟΝΤΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΥΣ
ΚΟΛΟΥ



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ: ΣΑΛΑΠΠΑΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

ΠΑΤΡΑ – ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2001

«Το μεν χρήματα δούναι,
πολλών α είη, το δε δι'
εαυτών θεραπεύσαι τους
δεομένους και μετά προθυμία
τούτο ποιήσαι και αγάπης
και φιλαδελφίας, πολλής και
μεγάλης δείται ψυχής και
φιλοσόφου...»

(Εις το «χήρα καταλεγέσθ», 15 ΕΠΕ 27, 502-504 – ΜG 51, 335)

1. Εβρ. 13,3

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Νιώθω επιτακτική την ανάγκη να ευχαριστήσω την Καθηγήτριά μου Κα Μαρία Παπαδημητρίου για την πολύτιμη συμβολή της στο σχεδιασμό και την πραγματοποίηση της πτυχιακής μου εργασίας. Την ευχαριστώ για την αγάπη και την αφοσίωσή της στα χρόνια των σπουδών μου.

Επιπλέον την ευχαριστώ για τις γνώσεις που απεκόμισα κοντά της χρήσιμη για το Νοσηλευτικό έργο που πιστεύω ότι ο Κύριος θα επιτρέψει να ασκήσω. Την ευχαριστώ διότι δεν μας δίδαξε με λόγια αλλά και με έργα εφαρμόζοντας το: «Ο παιδίων ου λόγω μόνο διδάσκει, αλλά και έργω· αύτη γαρ η άριστη διδασκαλία εστί του διδάσκοντος...».

Επίσης ευχαριστώ όλους τους καθηγητές του τμήματος της Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Πάτρας για την αγάπη τους, τη βοήθειά τους και τις γνώσεις που μου μετέδωσαν για να ασκήσω το νοσηλευτικό λειτούργημα με σύγχρονες νοσηλευτικές τεχνικές και επιστημονικές μεθόδους.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	Σελ.
	5

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή	7
Επιδημιολογικά στοιχεία καρκίνου του παχέος εντέρου	8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. Ανατομία πεπτικού συστήματος	10
1.2. Φυσιολογία πεπτικού συστήματος	11
1.2α. Ανατομία παχέος εντέρου	11
1.2β. Φυσιολογία παχέος εντέρου	13
1.3. Μικροβιολογία παχέος εντέρου	14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1. Προδιαθεσικοί παράγοντες του καρκίνου του παχέος εντέρου	16
2.2. Ταξινόμηση όγκων παχέος εντέρου	22
2.3. Κλινική εικόνα του καρκίνου του παχέος εντέρου – Συμπτωματολογία	23
2.4. Θεραπεία – Χειρουργική Θεραπεία	31
2.4α. Παρά φύσιν έδρα	33
2.5. Μέθοδοι παραχειρουργικές	35
2.6. Ακτινοθεραπεία	35
2.6α. Ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές	37
2.6β. Προστασία από την ακτινοβολία των ραδιοϊσοτόπων	38
2.7. Χημειοθεραπεία	38

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1. Η νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέος εντέρου	44
3.2. Η νοσηλευτική στον διαγνωστικό έλεγχο	44
3.2α. Βαριούχος υποκλυσμός	44

3.2β.	Σιγμοειδοσκόπηση	45
3.2γ.	Κολonosκόπηση	46
3.2δ.	Βιοψία	47
3.3.	Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χειρουργική θεραπεία	47
3.3α.	Γενική προεγχειρητική προετοιμασία	47
3.3β.	Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς	50
3.3γ.	Μετεγχειρητικές δυσχέρειες	51
3.3δ.	Μετεγχειρητικές επιπλοκές	52
3.4.	Νοσηλευτική συμβολή στην ακτινοθεραπεία	54
3.5.	Νοσηλευτική συμβολή στη χημειοθεραπεία	55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1.	Η Νοσηλευτική στην ολική παρεντερική διατροφή	61
4.2.	Η Νοσηλευτική φροντίδα της κολοστομίας	62
4.2α.	Άμεση περιποίηση κολοστομίας	63
4.2β.	Ρύθμιση της λειτουργίας της κολοστομίας	66
4.2γ.	Επιπλοκές της κολοστομίας και πρόληψή τους	70
4.3.	Νοσηλευτική φροντίδα στις επιπλοκές του καρκίνου του παχέος εντέρου	71
4.4.	Αποκατάσταση του αρρώστου με καρκίνο παχέος εντέρου	72

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1.	Η νοσηλευτική διεργασία ως μέθοδος νοσηλευτικής φροντίδας	87
5.2.	Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική παρέμβαση σε αρρώστους με καρκίνο του παχέος εντέρου με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας	88
	Α. Κλινική Περίπτωση 1 ^η	88
	Β. Κλινική Περίπτωση 2 ^η	101

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	108
--------------------------	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	109
--------------	-----

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Θέμα της εργασίας μου είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι μία μορφή καρκίνου με το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας αλλά και μια μορφή για την οποία η νοσηλευτική φροντίδα είναι τόσο αναγκαία όσο πολύπλοκη και εξειδικευμένη.

Ο ασθενής με καρκίνο του παχέος εντέρου αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα τόσο λειτουργικά όσο και ψυχολογικά.

Η θέση του νοσηλευτή δίπλα στον άρρωστο και το αυτόνομο γνωστικό και επιστημονικό πεδίο του, κάνει τη θέση του κεντρική, την ευθύνη του σημαντική και τη συμβολή του αξιόλογη.

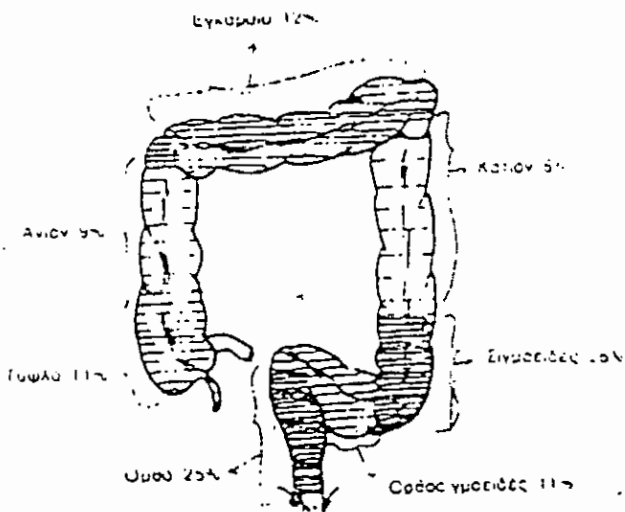
Σκοπός της εργασίας μου είναι να δώσω μια ολοκληρωμένη εικόνα του: καρκίνου του παχέος εντέρου τόσο από την ιατρική του πλευρά, όσο και από τη νοσηλευτική του πλευρά. Επίσης να δώσω μια ολοκληρωμένη εικόνα για το δύσκολο έργο του νοσηλευτή να αντιμετωπίσει τον ασθενή σωστά ώστε να του προσφέρει την κατάλληλη θεραπεία και ψυχολογική υποστήριξη.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί το 15% όλων των καρκίνων του σώματος. Είναι ο πιο συχνός σπλαχνικός καρκίνος, εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις αναπτυγμένες χώρες. Η σαφή και συγκεκριμένη αιτία που τον προκαλεί δεν είναι γνωστή.

Διακρίνεται σε καρκίνο του ανιόντος, εγκάρσιου, κατιόντος κόλου και του σιγμοειδούς (Ν.Γ. Καλαχάνης, 1987). Το ένα τρίτο των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου εντοπίζονται στο ορθό. Το 20% εντοπίζεται στο σιγμοειδές και το 25% στο δεξιό κόλον. Συνολικά στο αριστερό κόλον εντοπίζεται περίπου το 55% των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου (Σχήμα 1).



Σχήμα 1. Συχνότητα εμφάνισης καρκίνου στις διάφορες μοίρες του παχέος εντέρου

Ο καρκίνος του δεξιού κόλου είναι συχνότερος στις γυναίκες, ο δε καρκίνος του ορθοσιγμοειδούς συχνότερος στους άνδρες (Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991).

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η νόσος εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις ανεπτυγμένες χώρες απ' ότι στις υποανάπτυκτες. Αιτία αυτού του γεγονότος είναι ο τρόπος και το είδος της διατροφής παρά γενετικοί παράγοντες.

Σε σχέση με τη σύνθεση του πληθυσμού των διαφόρων χωρών, υπάρχει υπεροχή της συχνότητας στον αστικό πληθυσμό έναντι του αγροτικού. Μεταξύ λευκών και νέγων η συχνότητα είναι ίδια για τις ίδιες συνθήκες ζωής, ενώ είναι υψηλότερο το ποσοστό στους πλούσιους των ιδίων φυλών.

Εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα και στα δύο φύλα και το 80% των περιπτώσεων αφορά ενήλικες μεταξύ 50-70 ετών.

Το καρκίνωμα του δεξιού κόλου είναι συχνότερο στις γυναίκες, ενώ το καρκίνωμα του αριστερού κόλου είναι συχνότερο στους άνδρες.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου στις γυναίκες είναι δεύτερος σε σειρά εκδήλωσης νέων περιπτώσεων και αιτίας θανάτου στις ΗΠΑ μετά τον καρκίνο του μαστού.

Στους άνδρες αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου μετά τον καρκίνο του πνεύμονα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

- 1.1. Ανατομία πεπτικού συστήματος
 - 1.2. Φυσιολογία πεπτικού συστήματος
 - 1.2α. Ανατομία παχέος εντέρου
 - 1.2β. Φυσιολογία παχέος εντέρου
 - 1.3. Μικροβιολογία παχέος εντέρου
-

1.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

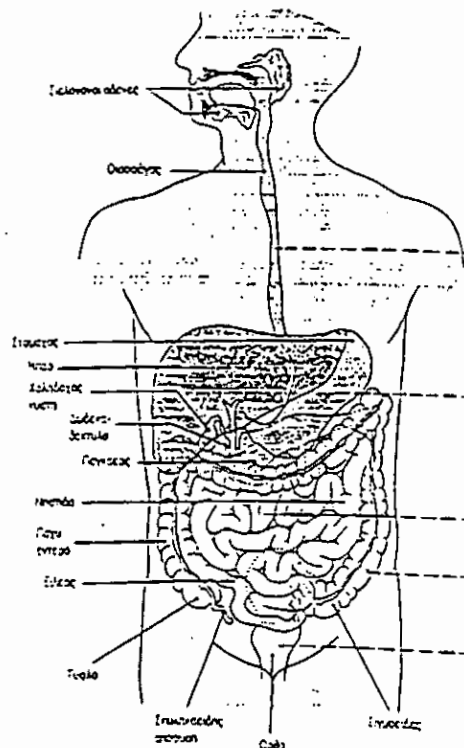
Ο οργανισμός για να διατηρηθεί στη ζωή, ν' αναπτυχθεί, ν' αντικαταστήσει τους ιστούς του, να εξασφαλίσει την κανονική λειτουργία των συστημάτων του και ν' αποδώσει καλύτερα στην εργασία του, χρειάζεται τη λήψη θρεπτικών ή προστατευτικών ή συμπληρωματικών ουσιών. Τις ουσίες αυτές ο οργανισμός παίρνει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

Οι τροφές εισάγονται στον οργανισμό μέσω του πεπτικού συστήματος. Μέσα σ' αυτό γίνονται οι διάφορες επεξεργασίες.

Ο πεπτικός σωλήνας είναι ένας μακρύς κοίλος σωλήνας που επεκτείνεται από τα χείλη ως τον πρωκτό. Ο πεπτικός σωλήνας διαιρείται στα παρακάτω μέρη:

- Το στόμα
- Το φάρυγγα
- Τον οισοφάγο
- Το στομάχο
- Το έντερο (λεπτό, παχύ)
- Τον πρωκτό

Σχήμα 2. Σχηματική απεικόνιση
του πεπτικού συστήματος



1.2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

η πέψη αρχίζει στο στόμα. Τα μεγάλα τεμάχια της τροφής γίνονται μικρότερα, αναμειγνύονται με σίελο και μετατρέπονται σε ημίρρευστη μάζα.

Η κατάποση είναι αντανακλαστικό μεταφοράς της μασημένης τροφής στον οισοφάγο, από τον οποίο περνά στο στομάχο, όπου αναμειγνύεται με γαστρικό υγρό και ρευστοποιείται με τις συσπάσεις της άπω μοίρας του στομάχου. Η ρευστοποιημένη τροφή ονομάζεται σπός. Το περιεχόμενο του στομάχου περνά από το σφιγκτήρα του πυλωρού στο δωδεκαδάχτυλο, όπου προστίθενται εξωκρινή εκκρίματα των εντερικών κυττάρων και πεπτικά υγρά που προέρχονται από το πάγκρεας και τη χοληδόχο κύστη.

Τα τοιχώματα του λεπτού εντέρου υποβοηθούν την ανακίνηση, την ανάμειξη και την προώθηση του σπού. Το μεγαλύτερο μέρος της απορρόφησης της τροφής πραγματοποιείται σ' αυτό το τμήμα του γαστρεντερικού συστήματος.

Στο παχύ έντερο γίνεται η τελική απορρόφηση ηλεκτρολυτών και νερού. Το περιεχόμενο της τελικής μοίρας του παχέος εντέρου, τα κόπρανα, αποτελείται κυρίως από απορροφήσιμες φυτικές ουσίες, μικρόβια και ελάχιστη ποσότητα νερού. Τα κόπρανα αποθηκεύονται στο ορθό ως την εκούσια αποβολή τους (αφόδευση).

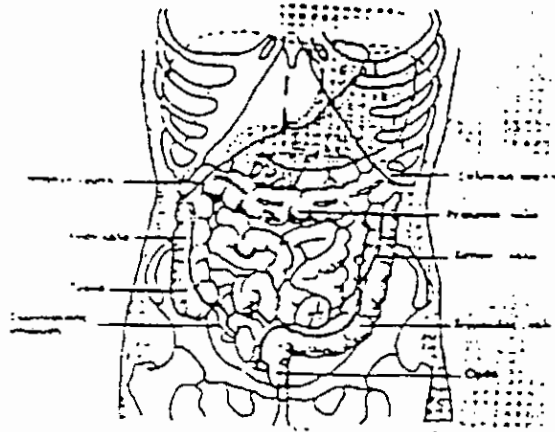
1.2α. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το παχύ έντερο βρίσκεται στην κάτω κοιλία, διαιρείται σε τρεις μοίρες το τυφλό, το κόλον, και το απευθυσμένο ή ορθό. Έχει μήκος περίπου 1,50 μ.

Γνωρίσματα του παχέος εντέρου είναι τα εξής: α) Το μεγάλο εύρος, β) τα εγκολπώματα του τοιχώματος, γ) οι επιπλοκές αποφύσεις, δ) οι τρεις κολικές

ταινίες που διακρίνονται σε πρόσθια και σε δύο πλάγιες, οι οποίες λείπουν από το απευθυσμένο.

Σχήμα 3. Η θέση του παχέος εντέρου μέσα στην κοιλιά



Κατασκευή του παχέος εντέρου

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

Αγγεία του παχέος εντέρου

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

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

Νεύρωση

Το παχύ έντερο νευρούται από εξωτερικά (εξωτοιχωματικά) και εσωτερικά (ενδοτοιχωματικά) νεύρα παρασυμπαθητικής και συμπαθητικής προέλευσης.

Τα εξωτερικά νεύρα ρυθμίζουν τη λειτουργία των εσωτερικών. Η παρασυμπαθητική νεύρωση του δεξιού κόλου γίνεται από τα

πνευμονογαστρικά νεύρα και του αριστερού από το δεύτερο, τρίτο και τέταρτο σπλαγχνικά νεύρα. Το παρασυμπαθητικό διεγείρει την κινητικότητα του εντέρου και την έκκριση των αδένων και αναστέλλει τη σύσπαση του έσω σφιγκτήρα του πρωκτού, ενώ το συμπαθητικό έχει την αντίθετη δράση (Ν.Γ. Καλαχάνης, 1987).

1.2β. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Οι βασικές λειτουργίες του παχέος εντέρου είναι:

- α) Η απορρόφηση μικρομοριακών ενώσεων: γλυκόζη, αμινοξέα, άλατα κλπ.
- β) Απορρόφηση: Περίπου 500 κ.εκ. περιεχομένου του λεπτού εντέρου, με περιεκτικότητα 90% σε νερό, εισέρχονται καθημερινώς στο τυφλό. Το υλικό αυτό κατά τη διέλευσή του από τις υπόλοιπες μοίρες του παχέος εντέρου αφυδατώνεται, έτσι ώστε με τα κόπρανα αποβάλλονται 120-150 κ.εκ. νερού (Ν.Γ. Καλαχάνης, 1987).
- γ) Αφθονος έκκριση βλέννας: Από το βλεννογόνο του παχέος εντέρου εκκρίνεται βλέννα σε μεγάλα ποσά. Η βλέννα μαλακώνει και συγκολλά τις κοπρώδεις μάζες.
- δ) Κινητικότητα: Κατά μήκος του εντέρου διακρίνουμε διάφορες κινήσεις ανάμιξης. Σπουδαιότερες είναι οι δακτυλοειδείς συσπάσεις και οι σακοειδείς διευρύνσεις.
- ε) Αφόδευση: Όταν η ανώτερη μοίρα του ορθού (λήκυθος) διαταθεί από το περιεχόμενό της, ερεθίζονται πιεσοϋποδοχείς που διεγείρουν ένα αίσθημα για αφόδευση. Το πότε θα γίνει η αφόδευση μέσα στην ημέρα είναι θέμα συνήθειας. Σε άτομα με κανονικές συνθήκες ζωής η αφόδευση γίνεται την ίδια πάντα ώρα κάθε μέρα.

1.3. ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Στο έμβρυο το παχύ έντερο είναι στείρο και η μικροβιακή χλωρίδα αναπτύσσεται αμέσως μετά την γέννηση.

Ο τύπος της χλωρίδας εξαρτάται από διαιτητικούς και περιβαλλοντολογικούς παράγοντες. Τα κόπρανα περιέχουν 400 είδη βακτηριδίων.

Τα αερόβια βακτηρίδια είναι κυρίως τα κολοβακτηρίδια και οι εντερόκοκκοι.

Η οσμή των κοπράνων οφείλεται σε αμίνες όπως η ινδόλη. Τα βακτηρίδια διασπούν τις χολοχρωστικές και δίνουν στα κόπρανα το γνωστό χρώμα. Αποδεσμεύουν επίσης τα χολικά άλατα, επηρεάζουν την κινητικότητα και την απορρόφηση του εντέρου και παράγουν τα εντερικά αέρια μεταξύ των οποίων και το μεθάνιο (Ν.Γ. Καλαχάνης, 1987).

Προϊόντα του μεταβολισμού της μικροβιακής χλωρίδας είναι και οι βιταμίνες Β1, Β2, η νιασίνη, η βιοτίνη, το φολικό οξύ και η βιταμίνη Κ (Ν. Ασπιώτης, 1984).

Επίσης τα βακτηρίδια του εντέρου συμμετέχουν στην παθοφυσιολογία πολλών νοσημάτων όπως και στην άμυνα του οργανισμού κατά των λοιμώξεων.

Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι αυτά παίζουν αξιόλογο ρόλο στην παθογένεια του καρκίνου του παχέος εντέρου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

- 2.1. Προδιαθεσικοί παράγοντες του καρκίνου του παχέος εντέρου**
 - 2.2. Ταξινόμηση όγκων παχέος εντέρου**
 - 2.3. Κλινική εικόνα του καρκίνου του παχέος εντέρου – Συμπτωματολογία**
 - 2.4. Φυσιολογία παχέος εντέρου**
 - 2.4α. Θεραπεία – Χειρουργική Θεραπεία**
 - 2.5. Μέθοδοι παραχειρουργικές**
 - 2.6. Ακτινοθεραπεία**
 - 2.6α. Ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές**
 - 2.6β. Προστασία από την ακτινοβολία των ραδιοϊσοτόπων**
 - 2.7. Χημειοθεραπεία**
-

2.1. ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η σαφής και συγκεκριμένη αιτία του καρκίνου του παχέος εντέρου δεν είναι γνωστή. Έχουν ενοδοχοποιηθεί πολλοί παράγοντες.

1. Διατροφή

Επιδημιολογικές μελέτες παρέχουν ενδείξεις ότι διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες κυρίως διαιτητικοί, παίζουν σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία του καρκίνου του παχέος εντέρου. Οι παράγοντες αυτοί είναι η αυξημένη κατανάλωση κρέατος, ζωικού λίπους και η χαμηλή πρόσληψη φυτικού υπολείμματος με την τροφή (Ι.Κ. Τριανταφυλλίδης, 1998).

Μελέτη σε τρωκτικά που διατρέφονταν με διαφορετικές δίαιτες έδειξαν, ότι όσα ζώα σιτίζονταν με ποικιλία πολυακόρεστων και κορεσμένων λιπών ανέπτυξαν μεγαλύτερο αριθμό αδενοκαρκινωμάτων στο παχύ έντερο από εκείνα που τρέφονταν με δίαιτες χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπη. Συμπεραίνεται λοιπόν ότι, το ποσόν και η πηγή προέλευσης του διαιτητικού λίπους μπορούν να επηρεάσουν την ανάπτυξη όγκων (Γ. Μπαμπλέκος, Π. Τζαρζής, 1995).

Επίσης τα χολικά οξέα, η χοληστερόλη και γενικά τα λίπη μεταβολίζονται στο έντερο με τη βοήθεια ενζύμων τα οποία παράγονται από τη μικροβιακή χλωρίδα και κυρίως από αναερόβια μικρόβια.

Προϊόντα του μεταβολισμού αυτού είναι και διάφορες καρκινογόνες ουσίες οι οποίες έχουν ενοχοποιηθεί για την παθογένεια του καρκίνου του παχέος εντέρου, δεδομένου ότι, σε ένα μεγάλο ποσοστό στη χλωρίδα του παχέος εντέρου των ατόμων που πάσχουν από τη νόσο, υπερισχύουν τα μικρόβια αυτά (Ν.Γ. Καλαχάνης, 1987).

2. Γενετικοί παράγοντες

Η γενετική προδιάθεση παίζει σημαντικό ρόλο στη γένεση του καρκίνου του παχέος εντέρου καθ' όσον μερικές οικογένειες παρουσιάζουν πολύ αυξημένη επίπτωση (Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991).

3. Κληρονομικά σύνδρομα οικογενούς πολυποδίασης

Τα κληρονομικά σύνδρομα πολυποδίασεως χαρακτηρίζονται από την παρουσία μεγάλου αριθμού πολυπόδων και από υψηλό κίνδυνο αναπτύξεως καρκίνου στο γαστρεντερικό σωλήνα ή και σε άλλα όργανα (Α. Εμμανουηλίδης, 1991).

α) Οικογενής πολυποδίαση του παχέος εντέρου

Η οικογενής πολυποδίαση είναι σπάνια κληρονομική νόσος που χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση χιλιάδων αδενωματωδών πολυπόδων σε όλο το μήκος του παχέος εντέρου (R.J. Mayer, 1994).

Και τα δύο φύλα προσβάλλονται στην ίδια αναλογία και μπορούν να μεταδώσουν τη νόσο. Τα μισά από τα παιδιά που θα γεννηθούν από το γάμο μεταξύ ενός ετεροζυγώτη (φορέα της νόσου) και ενός ομοζυγώτη (μη φορέα της νόσου), είναι οι φορείς της νόσου (πάσχοντες) και μόνο αυτοί θα τη μεταφέρουν και στην επόμενη γενιά (Ν.Γ. Καλαχάνης, 1987).

Οι πολύποδες σπάνια εμφανίζονται πριν από την ήβη αλλά κατά κανόνα εκδηλώνονται μέχρι την ηλικία των 25 ετών στα προσβαλλόμενα άτομα.

Άτομα με οικογενή πολυποδίαση αν δεν αντιμετωπισθούν έγκαιρα ή αν δεν πεθάνουν νωρίτερα από άλλη αιτία, θα αναπτύξουν καρκίνο του παχέος εντέρου σε ποσοστό 100% και η μέση ηλικία των ατόμων αυτών είναι το τεσσαρακοστό πρώτο έτος (Ν.Γ. Καλαχάνης, 1987).

β) Σύνδρομο Gardner

Το 10% των ασθενών που πάσχουν από οικογενή πολυποδίαση εμφανίζουν συγχρόνως πολλαπλές επιδερμοειδείς ή σμηγματογόνες κύστεις, οστεώματα ή και συνδυασμούς των ανωτέρω. Οι οστικές ανωμαλίες εντοπίζονται κυρίως στην κάτω γνάθο και στα οστά του κρανίου. Όταν υπάρχουν τέτοια συμπτώματα συνιστάται έλεγχος του παχέος εντέρου για την αναζήτηση πολυπόδων.

γ) Σύνδρομο Pentz - Jeghers

Είναι πολύ σπάνια νόσος και χαρακτηρίζεται από την παρουσία πολυπόδων στον πεπτικό σωλήνα σε συνδυασμό με την ύπαρξη υπερχρωματικών κηλίδων στο δέρμα και το βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας. Η νόσος δείχνει σαφή οικογενή χαρακτήρα.

4. Πολύποδες

Σήμερα πλέον, όλοι συμφωνούν, ότι κάθε πολύποδας που διαγιγνώσκεται πρέπει να αφαιρείται, διότι οι πολύποδες του παχέος εντέρου θεωρούνται ως προκαρκινωματώδης κατάσταση.

Η άποψη αυτή στηρίζεται σε μια σειρά στοιχείων από τα οποία τα πιο σημαντικά είναι: α) η εμφάνιση της μεγαλύτερης συχνότητας καρκίνου με καθυστέρηση 5 περίπου ετών από την ηλικία με τη μεγαλύτερη συχνότητα πολυπόδων, και β) η πολύ συχνή συνύπαρξη καρκίνου με πολύποδες παχέος εντέρου (Θ. Διαμαντής, Ε. Πικούλης, κ.ά., 1996).

5. Σύνδρομο οικογενούς καρκίνου δίχως πολυποδίαση

Η οικογενής προδιάθεση, εκτός από τα σύνδρομα της κληρονομικής πολυποδίασεως του εντέρου, παρουσιάζεται και με μορφή του κληρονομικού καρκίνου δίχως πολυποδίαση (Ε.Η. Καλαφάτης, Δ.Γ. Καραμανώλης, 1992).

Ο κίνδυνος για την ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου στα μέλη μιας οικογένειας με το σύνδρομο είναι αρκετά υψηλός και πλησιάζει το 50%. Η σπουδαιότητα του συνδρόμου έγκειται στη μεγάλη συχνότητά του, δεδομένου ότι αποτελεί το συχνότερο γνωστό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου (Α. Εμμανουηλίδης, 1991).

Καλύπτει 5-6% των περιπτώσεων καρκίνου του παχέος εντέρου, είναι περίπου 7-8 φορές πιο συχνό από ότι η πολυποδίαση του παχέος εντέρου και μεταβιβάζεται σύμφωνα με τους νόμους του Mendel κατά το σωματικό επικρατούντα χαρακτήρα (Ε.Η. Καλαφάτης, Δ.Γ. Καραμανώλης, 1992).

6. Ελκώδης κολίτιδα

Ο κίνδυνος του καρκίνου του παχέος εντέρου σε ελκώδη κολίτιδα θεωρείται μεγαλύτερος σε ασθενείς με χρόνια και εκτεταμένη νόσο (Ι.Α. Μουζάς, 1998). Σε αδρή σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα έχουν 7-11 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του παχέος εντέρου (Α. Εμμανουηλίδης, 1991). Βρέθηκε ότι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα η οποία διαγνώστηκε κατά τις τρεις πρώτες δεκαετίες της ζωής είχαν πολύ μεγαλύτερο σχετικό κίνδυνο για καρκίνο του παχέος εντέρου (περίπου 60 : 1) από αυτούς στους οποίους η ελκώδης κολίτιδα διαγνώστηκε σε ηλικία άνω των 45 ετών (σχετικός κίνδυνος περίπου 2 : 1) (Ι.Α. Μουζάς, 1998).

Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου σε ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου είναι σχετικά μικρός κατά τα πρώτα δέκα χρόνια μετά την εμφάνιση της νόσου, αλλά κατόπιν φαίνεται ότι αυξάνεται με ρυθμό περίπου 0,5-1,0% ανά έτος (R. Mayer, 1996). Τέλος, σε μια πρόσφατη επιδημιολογική μελέτη από τη Σουηδία, επί πληθυσμού άνω του 1.000.000, οι θάνατοι από καρκίνο του παχέος εντέρου στους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα ήταν τριπλάσιοι από αυτούς στο γενικό πληθυσμό (I.A. Μουζάς, 1998).

7. Νόσος Crohn

Η νόσος του Crohn αποτελεί χρόνια φλεγμονώδη νόσο του εντέρου αγνώστου αιτιολογίας, η οποία μπορεί να προσβάλει μόνο το λεπτό ή μόνο το παχύ έντερο ή συγχρόνως και τα δύο. Η νόσος παρουσιάζει σημαντικές ομοιότητες με την ελκώδη κολίτιδα, ώστε όταν αφορά μόνο στο παχύ έντερο να είναι σε ορισμένες περιπτώσεις αδύνατος ο διαχωρισμός τους (Α. Εμμανουηλίδης, 1991). Ο κίνδυνος για καρκίνο του παχέος εντέρου σε νόσο του Crohn υποτιμάται ή, στην καλύτερη περίπτωση, εκτιμάται ως μικρότερος του κινδύνου για καρκίνο σε έδαφος ελκώδους κολίτιδας. Σε παιδιά με νόσο του Crohn ο σχετικός κίνδυνος για ανάπτυξη καρκίνου, ανεξάρτητα από την διάρκεια της νόσου, βρέθηκε σημαντικά αυξημένος. Ο σχετικός κίνδυνος υπολογίστηκε 5,6 : 1 επί εκτεταμένης Crohn – κολίτιδας και ακόμα μεγαλύτερος, δηλαδή 21 : 1 όταν η εκδήλωση της Crohn – κολίτιδας συνέβαινε πριν από την ηλικία των 30 ετών (I.A. Μουζάς, 1998).

8. Ουροτηροσιγμοειδοαναστόμωση

Έχει περιγραφεί επίπτωση καρκίνου του παχέος εντέρου 5-10% μετά 15-30 χρόνια από τη διενέργεια ουροτηροσιγμοειδοαναστόμωσης. Τα

νεοπλασμάτα χαρακτηριστικά αναπτύσσονται σε θέση περιφερικότερη του σημείου εμφύτευσης του ουρητήρα, όπου ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου εκτίθεται χρονίως τόσο στα ούρα και στα κόπρανα (R. Mayer, 1996).

9. Ακτινοβόληση πυέλου – Καρκίνος γυναικείων γεννητικών οργάνων

Η ενοχοποίηση της ακτινοβόλησης στην περιοχή της πυέλου ως παράγοντα που προδιαθέτει στην ανάπτυξη καρκίνου στο παχύ έντερο και κυρίως στο ορθό, ήρθε στην επιφάνεια από περιστατικά γυναικών που παρουσίασαν καρκίνο του ορθού ύστερα από ακτινοβόληση της πυέλου για καρκίνο των γεννητικών οργάνων. Ως κριτήρια, για να αποδοθεί ο καρκίνος στην προηγούμενη ακτινοθεραπεία, θεωρήθηκαν η μεγάλη δόση ακτινοβολίας και η πάροδος τουλάχιστον δέκα ετών από την ακτινοθεραπεία. Διαπιστώθηκε ότι η παρουσία και μόνο καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ή του ενδομητρίου αυξάνει στο διπλάσιο τις πιθανότητες για καρκίνο του παχέος εντέρου σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, ενώ στις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία ο κίνδυνος υπολογίζεται ότι είναι από 1,8 μέχρι και 8 φορές μεγαλύτερος από αυτόν του γενικού πληθυσμού. Επιπλέον υπολογίζεται ότι οι περιπτώσεις καρκίνου μετά από ακτινοθεραπεία αποτελούν ποσοστό 1% περίπου του συνόλου των περιπτώσεων καρκίνου του παχέος εντέρου στον πληθυσμό (Α. Εμμανουηλίδης, 1991).

10. Μικροβιαμία από streptococcus bovis

Για αγνώστους λόγους τα άτομα που αναπτύσσουν ενδοκαρδίτιδα ή σηψαιμία από αυτά τα μικρόβια των κοπράνων φαίνεται ότι εμφανίζουν μεγάλη επίπτωση όγκων του παχέος εντέρου και ορθού. Συνιστάται ο ενδοσκοπικός ή ακτινολογικός έλεγχος των ασθενών αυτών (R. Mayer, 1996).

11. Άλλοι παράγοντες

Έχουν ενοχοποιηθεί η γαστρική χειρουργική για έλκη και η χολοκυστεκτομή καθώς αυξάνει την ποσότητα δευτερογενών χολικών οξέων (Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991).

Επίσης άλλος παράγοντας είναι η **ασβέστωση**. Άτομα που εργάζονται σε ορυχεία ασβέστου επί 20 χρόνια και περισσότερο και που εισπνέουν ασβέστιο, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα από άτομα του υπόλοιπου πληθυσμού να παρουσιάζουν καρκίνο του παχέος εντέρου (Ν.Ξ. Παπαχαραλάμπους, 1986).

2.2. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΟΓΚΩΝ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Οι όγκοι του παχέος εντέρου – ορθού ταξινομούνται κατά το σύστημα T.N.M. και κατά το Bukes.

Σύστημα κατά T.N.M.

Πρωτοπαθής όγκος (T)

T.X. Το βάθος διήθησης του όγκου δεν έχει εκτιμηθεί

T.O.: Δεν υπάρχει έκδηλος όγκος

Tis: Καρκίνωμα in situ

T1: Η βλάβη περιορίζεται στον βλεννογόνο ή υποβλεννογόνο χιτώνα

T2: Υπάρχει διήθηση του μυϊκού χιτώνα αλλά όχι πέρα αυτού

T2a: Ο όγκος επεκτείνεται αλλά δεν διαπερνά τον ίδιο μυϊκό χιτώνα

T2β: Ο όγκος διαπερνά πλήρως τον ίδιο μυϊκό χιτώνα

T2: Υπάρχει διήθηση όλων των χιτώνων του παχύ εντέρου ή ορθού μετά ή άνευ επεκτάσεως στους παρακείμενους ιστούς και όργανα. Μπορεί να υπάρχει ή όχι συρίγγιο.

T4: Άμεση επέκταση πέραν των κατά συνέχεια ιστών ή αμέσως παρακειμένων οργάνων.

Επιχώρια λεμφογάγγλια (N)

N.X.: Τα λεμφογάγγλια δεν έχουν εκτιμηθεί

N.O.: Δεν υπάρχει διήθηση των λεμφογαγγλίων

N1: Υπάρχουν 1-3 διηθημένα λεμφογάγγλια κείμενα εγγύς της πρωτοπαθούς εστίας

N2: Υπάρχουν διηθημένα λεμφογάγγλια χωρίς όμως να καθορίζεται η θέση τους

Απομακρυσμένες μεταστάσεις (M)

M.X.: Δεν έχουν εκτιμηθεί

M.X.: Δεν υπάρχουν γνωστές μεταστάσεις

M1: Υπάρχουν γνωστές μεταστάσεις

Σταδιοποίηση

ΣΤΑΔΙΟ 0	:	T	is	NO	MO
ΣΤΑΔΙΟ I	:	TO		NO	MO
IA	:	T1		NO	MO
IB	:	T2		NO	MO
ΣΤΑΔΙΟ II	:	T3		NO	MO
ΣΤΑΔΙΟ III	:	οιοδήποτε T.		NO	MO
ΣΤΑΔΙΟ IV	:	οιοδήποτε T.		οιοδήποτε N.	M1

Σύστημα κατά Dukes (Astler – Rollier)

- A: Ο όγκος περιορίζεται στο βλεννογόνο. Τα λεμφογάγγλια είναι αρνητικά.
- B1: Επέκταση πέραν του βλεννογόνου αλλά ακόμη εντός του εντερικού τοιχώματος. Τα λεμφογάγγλια είναι αρνητικά.
- B2: Επέκταση καθ' όλο το πάχος του εντερικού τοιχώματος. Τα λεμφογάγγλια είναι αρνητικά.
- C1: Ο όγκος περιορίζεται στο εντερικό τοίχωμα. Τα λεμφογάγγλια είναι θετικά.
- C2: Υπάρχει διήθηση καθ' όλη την έκταση του εντερικού τοιχώματος. Τα λεμφογάγγλια είναι θετικά.
- D: Οποιαδήποτε διήθηση του εντερικού τοιχώματος, μετά ή άνευ λεμφογαγγλιακής διήθησης, με απομακρυσμένες μεταστάσεις.

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

- G1: Υψηλής διαφοροποίησης
- G2: Μέσης διαφοροποίησης
- G3: Χαμηλής διαφοροποίησης

2.3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ – ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Στα πρώτα στάδια αναπτύξεώς του, ο καρκίνος του παχέος εντέρου δεν προκαλεί συνήθως συμπτώματα. Η φυσική ιστορία του καρκίνου αυτού χαρακτηρίζεται από την παρατεταμένη ασυμπτωματική του περίοδο. Είναι δυνατόν να διαδράμει επί έτη, πριν προκαλέσει τα πρώτα συμπτώματα. Με

βαριούχο υποκλίση διπλής αντιθέσεως διαπιστώθηκε ο βραδύς ρυθμός αυξήσεως ενός αδενοκαρκινώματος του εγκάρσιου στη διάρκεια 7,5 ετών. Σε 20 επιπλέον καρκίνους του παχέος εντέρου που μελετήθηκαν με τον ίδιο τρόπο βρέθηκε ότι ο όγκος διπλασιάζεται σε 600 περίπου μέρες. Υπολογίσθηκε ότι μέχρι να προσβάλει ο όγκος μέση διάμετρο 6cm διανύεται χρόνος 6-8 ετών. Σε ηπατικές και πνευμονικές μεταστάσεις ο ρυθμός αυξήσεως της μεταστατικής μάζας είναι 5 με 12 φορές ταχύτερος από το ρυθμό αυξήσεως του πρωτογενούς όγκου.

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

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

- Παρουσία αίματος στις κενώσεις, σκούρου ή ανοιχτόχρωμου.
- Αλλαγή των συνηθειών του δευτέρου, δηλαδή πρόσφατη εγκατάσταση δυσκοιλιότητας ή διάρροϊκών κενώσεων ή συνδυασμού των δύο.
- Κοιλιακό άλγος.
- Παρουσία βλέννας στις κενώσεις.

- Μετεωρισμός.
- Βορβορυγμοί.
- Καταβολή και απώλεια βάρους.

Σύμπτωμα	Δεξιό κόλον	Αριστερό κόλον	Ορθό
Αίμα στις κενώσεις	Σκούρο κόκκινο	Κόκκινο, αναμιγμένο με κόπρανα	Ζωηρό κόκκινο, επικαλύπτει τα κόπρανα
Άλγος	Ακαθόριστο	Κωλικοειδές, επιδείνωση μετά τη λήψη της τροφής	Σταθερό, βασανιστικό
Απόφραξη	Σπάνια	Συχνή	Σπάνια
Καταβολή	Συχνή	Σπάνια	Σπάνια

Πίνακας 1. Διαφοροποίηση των συμπτωμάτων στον καρκίνο του δεξιό και του αριστερού κόλου και του ορθού (Sugerbaker, τροποποιημένος)

Στον Πίνακα φαίνεται η διαφοροποίηση των τεσσάρων κύριων συμπτωμάτων στον καρκίνο του παχέος εντέρου, δηλαδή της παρουσίας αίματος, του άλγους, των σημείων αποφράξεων (που περιλαμβάνει τα συμπτώματα μετεωρισμού και βορβορυγμών) και της καταβολής, ανάλογα με την εντόπιση στο δεξιό ή το αριστερό κόλον και στο ορθό.

Για ποιο λόγο όμως διαφοροποιούνται τα συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου ανάλογα με την εντόπιση της νόσου; Φαίνεται ότι σε αυτό συμβάλλουν τρεις κυρίως παράμετροι που παίρνουν διαφορετικές τιμές στα διάφορα τμήματα του παχέος εντέρου:

- Το διαμέτρημα του αυλού
- Η σύσταση του εντερικού περιεχομένου, και
- Η παρουσία πρωτεολυτικών ενζύμων

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

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

Η αλληλουχία των γεγονότων κατά την διήθηση του τοιχώματος του εντέρου έχει μια άλλη συνέπεια: η καταβολή και η αδυναμία (λόγω της αναιμίας από χρόνια απώλεια στενωτικών συμπτωμάτων) σε δεξιά εντόπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Σε εντόπιση του καρκίνου στο ορθό, επειδή εδώ η εγκάρσια του αυλού του εντέρου είναι σχετικά μεγάλη, ως πρώιμο σύμπτωμα εμφανίζεται η αιμορραγία. Συμπτώματα από στένωση του αυλού είναι μάλλον σπάνια ως πρώτη εκδήλωση καρκίνου του ορθού.

Η μορφή με την οποία τελικά εκδηλώνεται η απώλεια αίματος από τη διηθητική εξεργασία διαφέρει, επίσης, ανάλογα με την εντόπιση του όγκου. Άλλοι παράγοντες που την επηρεάζουν επίσης είναι η παρουσία πρωτεολυτικών ενζύμων και το αν η αιμορραγία είναι ραγδαία ή όχι. Τα πρωτεολυτικά ένζυμα του λεπτού εντέρου είναι ακόμη ενεργά, όταν το

εντερικό περιεχόμενο φθάσει στο δεξιό κόλον καταστρέφονται όμως σταδιακά καθώς το περιεχόμενο κινείται προς το τέλος του πεπτικού σωλήνα. Η μετουσίωση των πρωτεϊνών του αίματος από τα πρωτεολυτικά ένζυμα έχει ως αποτέλεσμα το αίμα στα κόπρανα να έχει σκούρο κόκκινο, κεραμιδί χρώμα. Η εμφάνιση αυτή είναι τυπική επί αιμορραγίας στο δεξιό κόλον. Επί μαζικής αιμορραγίας από το δεξιό κόλον, τα παραπάνω δεν ισχύουν λόγω του μικρού χρόνου παραμονής του εξαγγειωθέντος αίματος στο έντερο. Εικάζεται ότι τα πρωτεολυτικά ένζυμα είναι δυνατόν να επηρεάσουν και με πιο άμεσο τρόπο την εξέλιξη μιας αιμορραγίας από καρκίνο στο δεξιό κόλον: Μέσω πέψης νεκρωμένων περιοχών του όγκου. Τότε, μπορεί να προκληθεί παρατεταμένη αιμορραγία από καταστροφή του τοιχώματος νεόπλαστων αιμοφόρων αγγείων του όγκου.

Εντόπιση του καρκίνου στο δεξιό κόλον χαρακτηρίζεται από παρουσία σκούρου κόκκινου αίματος στις κενώσεις, κατά αναμιγμένου με τα κόπρανα, αναιμία, από χρόνια απώλεια αίματος και συχνότερες μαζικές αιμορραγίες. Σε εντόπιση του καρκίνου στο αριστερό κόλον, το αίμα παρουσιάζεται σε μικρότερες κατά κανόνα ποσότητες, είναι κόκκινο, αναμιγμένο με τα κόπρανα και δεν υπάρχει συνήθως σημαντική αναιμία από χρόνια απώλεια αίματος. Τέλος, όταν η εντόπιση του όγκου είναι στο ορθό, σχεδόν πάντοτε το αίμα επαλείφει τα κόπρανα και έχει χρώμα ζωηρό κόκκινο. Πρέπει να τονισθεί ότι, παρόλο που ο καρκίνος του ορθού δεν είναι καθόλου σπάνιος, συχνά η παρουσία ζωηρώς ερυθρού αίματος που επαλείφει τις κενώσεις αποδίδεται και σε αιμορροϊδοπάθεια. Κάθε γαστρεντερολόγος έχει υπόψη του τέτοιες περιπτώσεις, όπου η διάγνωση του καρκίνου του ορθού καθυστέρησε αδικαιολόγητα να τεθεί.

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

Ο μηχανισμός δημιουργίας του άλγους στον καρκίνο του παχέος εντέρου δεν έχει πλήρως διευκρινισθεί. Φαίνεται όμως ότι είναι παρόμοιος με αυτόν του άλγους στο πεπτικό έλκος. Πρόκειται προφανώς για έκφραση διαταραγμένης κινητικότητας του εντέρου, που οφείλεται στην ανελαστικότητα του τοιχώματός του λόγω της νεοπλασματικής διηθήσεως.

Η απώλεια βάρους στον καρκίνο του παχέος εντέρου μπορεί να θεωρηθεί προγνωστικός δείκτης: η μέση επιβίωση σε ασθενείς χωρίς απώλεια βάρους βρέθηκε μεγαλύτερο από ότι σε αυτούς που παρουσίαζαν απώλεια βάρους άνω του 5% επί του αρχικού σωματικού βάρους (μέση επιβίωση σε εβδομάδες: 43 έναντι 15). Μετά από ταξινόμηση των ασθενών σε ομάδες με παρόμοια έκταση όγκου, η μέση επιβίωση στους ασθενείς χωρίς απώλεια βάρους ήταν 50% περίπου μεγαλύτερη από ότι σε αυτούς με απώλεια βάρους.

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

Τα νεοπλασματικά σύνδρομα επί καρκίνου του παχέος εντέρου περιλαμβάνουν υπερασβεστιαμία, σύνδρομο Cushing (λόγω έκτοπης παραγωγής ACTH), υπογλυκαιμία, μελανίζουσα (*acanthosis nigricans*), θρομβολφεβίτιδες, διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, συμπτώματα από το κεντρικό (παρεγκεφαλιδική εκφύλιση) και το περιφερικό (κινητική και αισθητική περιφερική νευροπάθεια). Τα σύνδρομα αυτά αναφέρεται ότι υποστρέφουν μετά από αφαίρεση της νεοπλασματικής μάζας. Ωστόσο, η παρουσία ενός παρανεοπλασματικού συνδρόμου ως πρώτη εκδήλωση του καρκίνου του παχέος εντέρου θεωρείται κακό προγνωστικό σημείο.

Διήθηση του τοιχώματος του εντέρου και επέκταση κατά συνέχεια ιστών έχει συχνά ως συνέπεια την εμφάνιση συριγγίων (εντεροεντερικών, χαστροκολικών, εντεροκυστικών και αποστημάτων σε διάφορες θέσεις).

Τέλος, είναι δυνατόν, αν και συμβαίνει σπάνια, ως πρώτη εκδήλωση του καρκίνου του παχέος εντέρου να εμφανισθεί απομακρυσμένη μετάσταση (δερματική, μυϊκή) ή γενικευμένη καρκινωμάτωση του περιτοναίου (Π. Κοσμίδης, Γ. Τριανταφυλλίδης, Ι.Α. Μούζας, 1991).

2.4. ΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Είναι γενικώς παραδεκτό σήμερα ότι η νόσος θεραπεύεται και η πιο ασφαλής μέθοδος θεραπείας είναι η εκτομή του τμήματος που πάσχει. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορούμε όμως να εφαρμόσουμε τις καλούμενες παραχειρουργικές μεθόδους.

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

Βασικό κριτήριο στην εκλογή της εγχείρησης αποτελεί η εντόπιση του όγκου όπου ανάλογα διαμορφώθηκαν οι παρακάτω τύποι εγχειρήσεως.

Καρκίνος του τυφλού και ανιόντος κόλου: Γίνεται ημικολεκτομή με την οποία αφαιρείται η λεμφική οδός κατά μήκος της ειλεοκολικής, δεξιάς κολικής και δεξιού κλάδου της μέσης κολικής αρτηρίας. Αποκαθίσταται με ειλεογκαρσία αναστόμωση.

Καρκίνος της δεξιάς κολικής καμπής: Γίνεται δεξιά εκτεταμένη ημικολεκτομή, αφαιρείται ο γαστροκολικός σύνδεσμος και ο ειλεός αναστομώνεται με το εγκάρσιο εγγύς της αριστερής κολικής. Γίνεται συναφαίρεση των αιμοφόρων και λεμφικών αγγείων που απολήγουν στο τμήμα που αφαιρείται.

Καρκίνος εγκαρσίου: Αφαιρείται όλο το εγκάρσιο μαζί με το μεσόκολο και τα λεμφικά και αιμοφόρα αγγεία που απολήγουν σ' αυτό.

Καρκίνος αριστερής κολικής καμπής: Γίνεται αφαίρεση της κολικής καμπής του κατιόντος. Γίνεται συναφαίρεση των λεμφικών και των αιμοφόρων αγγείων που απολήγουν σ' αυτό.

Καρκίνος κατιόντος: Γίνεται αφαίρεση της περιοχής του όγκου με τα λεμφικά και τα αιμοφόρα που καταλήγουν σ' αυτή, γίνεται αναστόμωση του εγκαρσίου κόλου με την ενδοπεριτοναϊκή μοίρα του ορθού.

Καρκίνος σιγμοειδούς: Αφαιρείται το σιγμοειδές και το μισό κάτω κατιόν κόλο.

Καρκίνος ορθού:

- α) Για όγκους κάτω από την ανάκαμψη του περιτοναίου γίνεται κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του ορθού όπου επιβάλλεται και η εκτομή των σφιγκτήρων και η δημιουργία μόνιμης κολοστομίας.
- β) Για όγκους πάνω από το ύψος της ανάκαμψης του περιτοναίου είναι δυνατό να γίνει ικανοποιητική εκτομή του ορθού και αποκατάσταση της συνέχειας τελικο-τελική αναστόμωση και διατήρηση των σφιγκτήρων. Η εγχείριση αυτή καλείται κοιλιακή ή πρόσθια εκτομή του ορθού.
- γ) Εκτομή κατά Hartman: Αφαίρεση του όγκου με μόνιμη κολοστομία και παραμονή του κολοβώματος το ορθού εντός της κοιλίας.

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

Η εμφανής καθήλωση του όγκου, η παρουσία συριγγίων, έντονοι και συνεχείς πόνοι, δυσουρία ή πυουρία και πλήρης κυκλοτερής κατάληψη του αυλού του εντέρου από τον όγκο υποδηλώνουν επέκταση αυτού στους παρακείμενους ιστούς οπότε η κατάσταση κρίνεται ανεγχείρητη. Ψηλαφητή γάζα στην κοιλιά, ασκίτης, ευμέγεθες ήπαρ ή ίκτερος που υποδηλώνουν απομακρυσμένες μεταστάσεις καθιστούν επίσης την κατάσταση ανεγχείρητη.

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

2.4α. ΠΑΡΑ ΦΥΣΙΝ ΕΔΡΑ

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

- α) Την ειλεοστομία κατά την οποία δια χειρουργικής επεμβάσεως ανοίγεται ο ειλεός για παροχέτευση του περιεχομένου του προς τα κοιλιακά τοιχώματα, και
- β) Την κολοστομία κατά την οποία ανοίγεται το κόλον (παχύ έντερο) και δημιουργείται στόμιο στα κοιλιακά τοιχώματα δια χειρουργικής επεμβάσεως, προς παροχέτευση του περιεχομένου του.

Το κόλον έχει δύο λειτουργίες: α) να συγκεντρώνει και ν' αποθηκεύει τις περιττωματικές ουσίες και β) να απορροφά νερό και ηλεκτρολύτες. Και οι δύο αυτές λειτουργίες γίνονται ανεπαρκώς εξαιτίας της κολοστομίας. Το είδος και η συχνότητα της κοπρανώδους απέκκρισης και η τεχνική για την αγωγή της, εξαρτάται κατά ένα βαθμό από την εντόπιση της κολοστομίας.

Η κολοστομία μπορεί να είναι:

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

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

1. Κατιούσα και σιγμοειδή κολοστομία.

2. Εγκάρσια κολοστομία που διακρίνεται: α) στην διπλού αυλού, και β) στην αγκυλωτή κολοστομία.
3. Ανιούσα κολοστομία.

Η εκτέλεση της κολοστομίας μπορεί να είναι το τελικό αποτέλεσμα της κοιλιοπερινεϊκής αφαίρεσης του εντέρου για θεραπεία καρκίνου του τελικού τμήματός τους, να γίνει παρηγορητικά σε περιπτώσεις ανεγχείρητου καρκίνου του εντέρου, να γίνει για την αλλαγή της διεύθυνσης κίνησης των κοπρανωδών μαζών κατά τη διάρκεια ακτινοθεραπείας ή άλλης θεραπείας.



Σχήμα 4. Από πάνω προς τα κάτω:

1. Κατιούσα και σιγμοειδή κολοστομία, 2. Κολοστομία διπλού αυλού, 3. Αγκυλωτή κολοστομία, 4. Εγκάρσια κολοστομία, 5. Ανιούσα κολοστομία

2.5. ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΑΡΑΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ

Σε ορισμένες περιπτώσεις μολονότι η χειρουργική θεραπεία προσφέρει μεγαλύτερες πιθανότητες εφαρμόζεται διαφορετική θεραπευτική αγωγή. Αυτό αφορά ασθενείς για τους οποίους η ριζική εκτομή είναι δυνατόν να είναι πολύ επικίνδυνη ή έχουν ήδη εμφανίσει απομακρυσμένες μεταστάσεις και σε εκείνους που αρνούνται να υποστούν εγχείρηση λόγω της ανάγκης παραμονής μόνιμης κολοστομίας.

Η θεραπεία που εφαρμόζεται είναι: α) Ο καυτηριασμός του όγκου δι' ηλεκτροδιαθερμίας, β) Κρυοχειρουργική.

2.6. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η εφαρμογή της ακτινοθεραπείας στη θεραπεία του καρκίνου, όπως και η χημειοθεραπεία, είναι σχετικά νέες επιστημονικές κατακτήσεις. Από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα που οι Roentgen και Curies ανακάλυψαν τις επιδράσεις της ακτινοβολίας στο ζωντανό οργανισμό μέχρι σήμερα, πολλά έχουν γίνει γνωστά για τις θανατηφόρες ιδιότητές της και τις θεραπευτικές της εφαρμογές.

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

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

- α. Σε ανεγχείρητες περιπτώσεις μπορεί να τις καταστήσει χειρουργήσιμες.
- β. Χρησιμοποιείται για θεραπευτικό σκοπό σε συνδυασμό με τη χειρουργική και τη χημειοθεραπεία.

γ. Χρησιμοποιείται για την ανακούφιση του αρρώστου σε προχωρημένα στάδια, σε υποτροπές ή μεταστάσεις μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Σε έρευνες που έχουν γίνει σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου που υποβλήθηκαν σε προχειρουργική ακτινοθεραπεία και στη συνέχεια σε εγχειρητική θεραπεία βρέθηκε μεγαλύτερο ποσοστό πενταετούς επιβίωσης κατά 10-15% στους ασθενείς που δεν υποβλήθηκαν σε προεγχειρητική ακτινοθεραπεία (Dwight, Higgins, 1972, Ξανθάκης, 1973).

Επίσης σε έρευνες βρέθηκε ότι στην παρηγορική ακτινοθεραπεία εμφανίζουν υποκειμενική και αντικειμενική βελτίωση πάνω από το 50% των ασθενών. Επίσης 80% των περιπτώσεων με εντοπισμένη τη νόσο, ιδιαίτερα στην πύελο, εμφανίζουν ικανοποιητική ανταπόκριση (Whiteley, 1970).

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας είναι:

- Το είδος της ακτινοβολίας
- Η δόση της ακτινοβολίας
- Ο ρυθμός της δόσεως
- Το είδος του ιστού που ακτινοβολείται
- Η έκταση του πεδίου που ακτινοβολείται
- Η οξυγόνωση του ιστού που έχει σχέση με την ακτινοευαισθησία
- Η θερμοκρασία του ιστού που έχει σχέση ανάλογη με την ακτινοευαισθησία

2.6α. ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ - ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Διακρίνονται σε **πρώιμες** και **όψιμες**.

Πρώιμες ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές. Αυτές είναι:

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

Διακρίνονται τρεις ακτινοδερματίτιδες

I. Ερυθματώδης

II. Φυσαλιδώδης

III. Εσχαροποιητική

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

Όψιμες ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές. Αυτές είναι:

α. Υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολήθηκε.

β. Καρκίνος δέρματος, πνευμόνων, οστών. Μπορεί να εμφανιστεί μακροπρόθεσμα.

γ. Βλάβη γεννητικών αδένων.

δ. Αλωπεκία. Η ακτινοβολία επηρεάζει τα επιθηλιακά κύτταρα και τους θυλάκους των τριχών.

ε. Νέφρωση, αυτόματα κατάγματα, βλάβη φακού του ματιού, λευχαιμία κ.ά.

Επίσης προκαλεί και φαινόμενα γενικής αντίδρασης:

- Γενική καταβολή δυνάμεων
- Ναυτία
- Εμετός
- Ανορεξία
- Απώλεια βάρους
- Πυρετική δεκατική κίνηση

2.6β. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ ΤΩΝ ΡΑΔΙΟΪΣΟΤΟΠΩΝ

Ακόμα και όταν τα ραδιοϊσότοπα εφαρμόζονται για θεραπευτικούς σκοπούς δεν είναι ακίνδυνα. Γίνονται όμως ακίνδυνα εφόσον τηρηθούν μέτρα προστασίας. Τα μέτρα προστασίας εξαρτώνται: α) από το είδος του ραδιοϊσοτόπου, β) από τον τρόπο εφαρμογής.

Γενικά η ποσότητα της ραδιενέργειας που παίρνει το προσωπικό κατά την διάρκεια της φροντίδας του αρρώστου που κάνει ακτινοθεραπεία εξαρτάται από δύο παράγοντες: α) την απόσταση του χρόνου, και β) την θωράκιση.

2.7. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην αντιμετώπιση του καρκίνου η χημειοθεραπεία αποτελεί μεγάλο βήμα προόδου πέρα από τη χειρουργική και την ακτινοθεραπεία.

Λέγοντας χημειοθεραπεία εννοούμε τη θεραπεία με κυτταροστατικές, φάρμακα δηλαδή που ανακόπτουν τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων.

Τα φάρμακα αυτά δεν είναι ειδικά μόνο για τα νεοπλασματικά κύτταρα αλλά δρουν εναντίον όλων των κυττάρων, ιδίως των πολλαπλασιαζόμενων.

Τα κυτταροστατικά φάρμακα φέρουν το αποτέλεσμά τους καταστρέφοντας κύτταρα. Αυτό γίνεται είτε γιατί έχουν την ιδιότητα να προσβάλλουν βασικές βιοχημικές διεργασίες της ζωής, όπως η σύνθεση των πυρηνικών οξέων και λευκωμάτων, είτε γιατί έχουν την ικανότητα να προσβάλλουν τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

1. Αλκυλιούντες παράγοντες: Αυτά επηρεάζουν (διαταράσσουν) την πρωτεϊνική σύνθεση και άλλες μεταβολικές εξεργασίες του κυττάρου και κυρίως διαστρέφουν τη λειτουργία του νουκλεϊνικών οξέων. Σταματούν τον κυτταρικό κύκλο κυρίως στην προμιτωτική φάση.
2. Αντιμεταβολίτες: Αυτοί μοιάζουν δομικά με τους μεταβολίτες (ουσίες απαραίτητες για τη βιοσύνθεση των νουκλεϊκών οξέων). Υποκαθιστούν τις ουσίες αυτές, προσροφούνται από τα ένζυμα και παρεμποδίζουν τη δράση τους. Δρουν στη φάση S του κυττάρου που γίνεται η σύνθεση του DNA.
3. Αναστολείς της κυτταρικής μίτωσης (παρεμποδίζουν τη σύνθεση DNA, RNA και επομένως, τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων). Τα φάρμακα που ανήκουν στην κατηγορία αυτή (ορισμένα αλκαλοειδή και αντιβιοτικά) αναστέλλουν την εξέλιξη της μίτωσης των κυττάρων.

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

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

Μπορούν να χορηγηθούν:

1. Από το στόμα

2. Ενδοαγγειακά
3. Ενδομυϊκά
4. Με έγχυση στο νεόπλασμα
5. Με έγχυση σε κοιλότητα

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

Χορήγηση και δοσολογία: Χορηγείται ενδοφλέβια. Η δόση εξαρτάται γενικά από το πραγματικό βάρος του ασθενή. Η δοσολογία που συνιστάται πρέπει να μειώνεται κατά το ένα τρίτο ή κατά το μισό στις ακόλουθες περιπτώσεις στην αρχική φάση της θεραπείας: Όταν η κατάσταση θρέψης του ασθενή είναι κακή ύστερα από μία μεγάλη χειρουργική επέμβαση.

Όταν υπάρχουν διαταραχές της ηπατικής ή της νεφρικής λειτουργίας. Η συνολική ημερήσια δόση του fluoro-uracil δεν πρέπει να ξεπερνά το 1gr.

Αρχική θεραπεία: Μπορεί να γίνει με εγχύσεις ή με ενέσεις. Εμφανίζεται τοξικότητα περισσότερο ύστερα από την χορήγηση ενέσεων.

Έγχυση 15 χστγρ. ανά χιλγρ. Βάρους την ημέρα διαλυμένα σε 300-500 κ.εκ. διαλύματος γλυκόζης 5%, τα οποία χορηγούνται σε διάστημα 4 ωρών ε.φ. Καθημερινή επανάληψη ώσπου να εμφανιστούν οι πρώτες παρενέργειες, τότε η θεραπεία διακόπτεται. Όταν εμφανισθούν οι παρενέργειες θα εφαρμοστεί θεραπεία συντηρήσεως.

Ένεση 12 χστγρ. ανά χιλγρ. Βάρους την ημέρα ενδοφλέβια για τρεις συνεχείς μέρες. Εφόσον δεν εμφανιστεί σημείο τοξικότητας θα ενεθούν. Ε.φ.,

6 χσγρ. ανά χλγρ. Βάρους την 5^η και 9^η ημέρα, με την προϋπόθεση ότι δεν θα εμφανιστούν παρενέργειες κατά την περίοδο αυτή.

Θεραπεία συντηρήσεως: Η θεραπεία συντηρήσεως γίνεται με ενέσεις: 5-10 χσγρ. ανά χλγρ. βάρους ενδοφλεβίως μία φορά την εβδομάδα. Η εμφάνιση σημείων τοξικότητας είναι σπάνια, εφόσον εμφανιστούν, επιβάλλουν περιορισμούς στη θεραπεία.

Ανοχή: Εφόσον τηρούνται οι δόσεις και οι τρόποι χορήγησης που υποδεικνύονται, η ανοχή του fluoro-uracil είναι ικανοποιητική.

Στην αρχή της θεραπείας η διάρροια, οι εμετοί και η ναυτία είναι συχνή. Σε σπάνιες περιπτώσεις παρατηρούνται αλωπεκία και δερματίτιδα ενώ σπανιότερα παρατηρούνται αιμορραγίες κυρίως από το πεπτικό σύστημα. Έχουν επίσης αναφερθεί προκάρδια άλγη και παροδικές αλλοιώσεις του Η.Κ.Γ. Η λευκοπενία και η θρομβοπενία παρατηρούνται συχνά κατά την έναρξη της θεραπείας.

Αντένδειξη: Το fluoro-uracil αντενδείκνυται αυστηρά σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Παρατήρηση: Πρέπει να αποφεύγεται η έκθεση του fluorouracil σε θερμοκρασίες μεγαλύτερες των 30° C για μεγάλο χρονικό διάστημα. Το φάρμακο πρέπει να προφυλάγεται από το άμεσο ηλιακό φως.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

- 3.1. Η νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέος εντέρου
- 3.2. Νοσηλευτική παρέμβαση στον διαγνωστικό έλεγχο
 - 3.2α. Βαριούχος υποκλυσμός
 - 3.2β. Σιγμοειδοσκόπηση
 - 3.2γ. Κολonosκόπηση
 - 3.2δ. Βιοψία
- 3.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χειρουργική θεραπεία
 - 3.3α. Γενική προεγχειρητική προετοιμασία
 - 3.3β. Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς
 - 3.3γ. Μετεγχειρητικές δυσχέρειες
 - 3.3δ. Μετεγχειρητικές επιπλοκές
- 3.4. Νοσηλευτική συμβολή στην ακτινοθεραπεία
- 3.5. Νοσηλευτική συμβολή στη χημειοθεραπεία

3.1. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο νοσηλευτής είναι ο κεντρικός φάρος που πρέπει να φωτίζει κάθε ενέργεια ή κάθε πρόβλημα του ανθρώπου με την υγεία του. Υγεία σωματική, υγεία πνευματική, υγεία ψυχική. Και η παρουσία αυτή του νοσηλευτή πρέπει να είναι συνεχής, στο σπίτι, στο νοσοκομείο, σε ένα απλό ιατρείο, ή ακόμη στην κοινωνία που ζούμε.

Η ογκολογία είναι μια διαφορετική ειδικότητα από άλλες και η νοσηλεύτρια / τής πρέπει να μάθει να επικοινωνεί και να είναι σε όλη την πολύπλευρη φάση του καρκίνου. Και ο καρκίνος είναι μια αρρώστια που μπορεί να προληφθεί σε ένα μεγάλο βαθμό περιπτώσεων, όπως μπορεί και αν διαγνωστεί έγκαιρα. Επίσης η εκπαίδευση των νοσηλευτών αρχίζει με την πρόληψη και τους τρόπους έγκαιρης διάγνωσης, προχωρεί στα διαγνωστικά μέσα που χρειάζεται να εφαρμοστούν για τον καλύτερο έλεγχο κάθε ατόμου, ακολουθεί η θεραπεία, η αποκατάσταση και τέλος χρειάζεται η προσαρμογή τους και οι ιδιαίτερες γνώσεις για τη συνεχόμενη φροντίδα (N. Δοντάς, 1991).

3.2. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΟΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

Στη διάρκεια του διαγνωστικού ελέγχου, ο νοσηλευτής παίζει το δικό του προσωπικό ρόλο, βοηθώντας τόσο το γιατρό όσο και τον ασθενή για την καλύτερη διεκπεραίωση της εξέτασης. Ο διαγνωστικός έλεγχος περιλαμβάνει τα εξής:

3.2α. ΒΑΡΙΟΥΧΟΣ ΥΠΟΚΛΥΣΜΟΣ

Η προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει:

- Εξήγηση της διαδικασίας πριν και μετά την εξέταση
- Υγρή δίαιτα για 24 ώρες πριν την εξέταση

Η διαδικασία περιλαμβάνει:

- Εισαγωγή σωλήνα στον ορθό και ροή του διαλύματος βαρίου μέσα στο κόλον.
- Εισαγωγή αέρα μέσα στον κόλον.
- Αλλαγή της θέσης και γύρισμα του αρρώστου πολλές φορές για γέμισμα του κόλου από το βάριο.
- Ένεση γλυκαγόνης για χαλάρωση του κόλου.
- Μετά τη λήψη ακτινογραφιών μπορεί να χρειαστεί χρησιμοποίηση της τουαλέτας από τον άρρωστο για αποβολή του βαρίου.

Μετά την εξέταση:

- Ενθάρρυνση για λήψη άφθονων υγρών για απομάκρυνση του βαρίου.
- Καθαρτικό όπως γάλα μαγνησίας για αποβολή του βαρίου.
- Πολλές φορές, απαραίτητος χαμηλός υποκλυσμός.

3.2β. ΣΙΓΜΟΕΙΔΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η ετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει:

- Εξήγηση της διαδικασίας
- Προετοιμασία του εντέρου

Η διαδικασία περιλαμβάνει:

- Βοήθεια του αρρώστου να τοποθετηθεί στην ειδική θέση.
- Κάλυψη του αρρώστου.
- Δακτυλική εξέταση πριν από την εισαγωγή του ενδοσκοπίου για αποκλεισμό απόφραξης και διαστολή του πρωκτικού σφιγκτήρα.
- Εισαγωγή του σιγμοειδοσκοπίου μετά από γλίστρανσή του.

- Ενίσχυση του αρρώστου και ενθάρρυνσή του να αναπνέει βαθιά για να απαλλαγεί από την ανάγκη για κένωση του εντέρου που αισθάνεται μετά την εισαγωγή του ενδοσκοπίου.
- Πιθανή λήψη δείγματος βιοψίας.
- Έξοδος του ενδοσκοπίου αργά, για προσεκτική εξέταση του βλεννογόνου.

Μετά την εξέταση:

- Βοήθεια του αρρώστου στον καθαρισμό της πρωκτικής περιοχής.
- Παρακολούθηση για πυρετό, αιμορραγία. Σημείωση παραπόνων για ασυνήθη πόνο.
- Ενθάρρυνση λήψης υγρών.

3.2γ. ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η προετοιμασία περιλαμβάνει:

- Εξήγηση της διαδικασίας
- Η ετοιμασία του εντέρου περιλαμβάνει:
 - ...Υγρή διαίτα για 72 ώρες πριν την εξέταση

Η διαδικασία περιλαμβάνει:

- Τοποθέτηση του αρρώστου σε πλάγια θέση.
- Δακτυλική εξέταση.
- Επάλειψη με γλιστραντικό και εισαγωγή του ενδοσκοπίου.
- Εξέταση του βλεννογόνου και λήψη δειγμάτων.
- Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων.

Μετά την εξέταση:

- Βοήθεια στον καθαρισμό της πρωκτικής περιοχής από βαζελίνη και κόπρανα.
- Παρακολούθηση του αρρώστου για πυρετό, αιμορραγία και ασυνήθη πόνο.
- Συνέχιση ελέγχου των ζωτικών σημείων.
- Ενθάρρυνση λήψης υγρών.

3.2δ. ΒΙΟΨΙΑ

Η λήψη δειγμάτων για βιοψία γίνεται κατά τη διάρκεια της κολονοσκόπησης και σιγμοειδοσκόπησης.

Πριν την εξέταση ο νοσηλευτής έχει έτοιμο το δοχείο με το υγρό όπου θα μπει το δείγμα (φορμόλη με αναλογία 10% με νερό ή οινόπνευμα 76-96%). Μετά την εξέταση προσέχει ιδιαίτερα για εμφάνιση αιμορραγίας (Α. Σαχίνη, Μ. Πάνου, 1994).

3.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

3.3α. ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η γενική προεγχειρητική προετοιμασία περιλαμβάνει:

- **Τόνωση ηθικού**

Είναι γνωστό ότι οι ασθενείς που οδηγούνται στο χειρουργείο έχουν έντονα αισθήματα ανησυχίας, φόβου ή καταθλίψεως. Η τόνωση του ηθικού του ασθενούς επιτυγχάνεται με την προσπάθεια του νοσηλευτή να ανακαλύψει τις προσωπικές ανάγκες του ασθενούς και να τις ικανοποιήσει, να καταλάβει τον ασθενή και να συμμεριστεί τη θέση του.

- **Τόνωση σωματική**

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

- **Ιατρικές εξετάσεις**

Οι εργαστηριακές εξετάσεις πριν από κάθε εγχείρηση είναι:

- Εξέταση αίματος
- Γενική ούρων
- Η.Κ.Γ.
- Ακτινογραφία θώρακος

- **Καθαριότητα του ασθενούς**

1) Καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται:

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

2) Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς:

Την παραμονή της εγχειρήσεως εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος.

Στην καθαριότητα του σώματος περιλαμβάνεται η καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα για την πρόληψη μόλυνσεως του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων.

- **Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου**

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

Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία

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

Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

Περιλαμβάνει:

- Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς
- Κατάλληλη ένδυση του ασθενούς
- Προνάρκωση

3.3β. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς περιλαμβάνει τα εξής:

- Κατάλληλη τοποθέτηση του ασθενούς στο κρεβάτι. Η θέση του αρρώστου μετά την εγχείρηση είναι η «ύπνια» και αργότερα η «ανάρροπη» θέση. Η συχνή αλλαγή θέσης βοηθά στην ανακούφιση και άνεση του αρρώστου.
- Φροντίδα και παρακολούθηση του τραύματος.
- Προστασία του αρρώστου από και κατά τις διεγέρσεις ή από την εισρόφηση εμεσμάτων καθώς και σύνδεση των παροχετεύσεων ή του καθετήρα, που είναι καθήκον του νοσηλευτή του.
- Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο ή άλλες δυσκολίες.
- Εξασφάλιση σωστής διαίτας στο χειρουργημένο ασθενή, η οποία αρχικά είναι υγρή και βαθμιαία, προχωρεί σε ελαφρές πολτώδεις τροφές και κατόπιν αφήνεται ελεύθερη.

- Τέλος, σπουδαίο παράγοντα της μετεγχειρητικής φροντίδας είναι η στοματική υγιεινή, που όχι μόνο ανακουφίζει τον ασθενή αλλά και τον προφυλάσσει από στοματίτιδες και παρωτίτιδες.

3.3γ. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ

Οι κυριότερες μετεγχειρητικές δυσχέρειες είναι:

α) Πόνος

Ο νοσηλευτής για να ανακουφίσει τον ασθενή από τον πόνο, του δίδει θέση η οποία να προκαλεί χαλάρωση των μυών, κάνει ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος, προστατεύει τον ασθενή κατά το βήχα ή τους εμέτους και χορηγεί αναλγητικά φάρμακα.

β) Δίψα

Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας και με χορήγηση υγρών δια της πεπτικής ή παρεντερικής οδού.

γ) Έμετος

Εάν ο ασθενής έχει εμέτους, ο νοσηλευτής τοποθετεί το κεφάλι του προς τα πλάγια. Μετά από κάθε εμετό, το στόμα του αρρώστου πλένεται με λίγο νερό και διατηρούνται καθαρά τα κλινοσκεπάσματα. Τα έχοντα σχέση με τους εμετούς (ποσό, συχνότητα, χαρακτήρας εμεσμάτων κλπ.) πρέπει να αναγράφονται στη λογοδοσία ή το νοσηλευτικό δελτίο του ασθενούς (Μ.Α. Μαλγαρινού, Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, 1994).

3.3δ. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

α) Αιμορραγίες

Ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει την εμφάνιση συμπτωμάτων αιμορραγίας ως εξής:

- Εάν η αιμορραγία είναι εξωτερική, τοποθετεί εάν είναι δυνατόν, πιεστικό επίδεσμο.
- Εάν η αιμορραγία είναι εσωτερική δεν δίνει στον ασθενή τίποτα από το στόμα, ειδοποιεί την τράπεζα αίματος να ετοιμάσει αίμα, τον απαλλάσσει από οποιαδήποτε περίσφιξη, τον ζεσταίνει και προσπαθεί να τονώσει το ηθικό του.
- Ο ιατρός χειρίζεται την πορεία της αγωγής του ασθενούς που αιμορραγεί.

β) Shock ή καταπληξία

Τα μέτρα που λαμβάνει ο νοσηλευτής για την αντιμετώπιση του shock είναι τα ακόλουθα:

- Περιορισμός των κινήσεων του ασθενούς και χορήγηση υγρών από το στόμα.
- Καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος, ορού ή πλάσματος μετά από εντολή γιατρού.
- Τέλος, ο ασθενής ενθαρρύνεται και του απομακρύνεται κάθε ανησυχία.

γ) Οι θρομβοφλεβίτιδες

Η θρόμβωση του αγγείου εμφανίζεται με πυρετό, οίδημα και πόνο στην περιοχή του αποφραχθέντος αγγείου.

Η πρόληψη συνίσταται σε:

- Αποφυγή πιέσεως πάνω στις κνήμες.
- Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι.
- Ασκήσεις κάτω άκρων για επιβοήθηση της κυκλοφορίας.
- Αποφυγή εντριβών των άκρων.

Η θεραπεία συνιστάται σε:

- Απόλυτη ακινησία του άκρου, για να μη μετακινηθεί ο θρόμβος.
- Έναρξη αντιπηκτικής αγωγής σύμφωνα με εντολή ιατρού (Μ.Α. Μαλγαρινού, Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, 1995).

δ) Εντερική απόφραξη

Εκδηλώνεται με οξύ πόνο στην κοιλιά, σαν κωλικός. Συνήθως παρουσιάζεται και πυρετός και αύξηση της συχνότητας των σφίξεων. Το εντερικό περιεχόμενο δεν προωθείται με αποτέλεσμα τη διάταση του εντέρου, παλινδρόμηση του περιεχομένου του εντέρου προς το στομάχι και αποβολή του εμέτου.

Η θεραπεία συνίσταται στη συνεχή αναρρόφηση με την οποία προλαμβάνεται η διάταση πάνω από την απόφραξη. Πολλές φορές είναι απαραίτητη η χειρουργική επέμβαση για την αποκατάσταση του αποφραχθέντος εντέρου. Γίνονται παράλληλα ενδοφλέβιες χορηγήσεις για αντικατάσταση του νερού και των ηλεκτρολυτών (Α. Σαχίνη, Μ. Πάνου, 1994).

3.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμοσθεί εξωτερικά και εσωτερικά. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές της ακτινοθεραπείας διακρίνονται σε πρώιμες και όψιμες.

Οι **πρώιμες ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές** είναι οι ακόλουθες:

1. Ακτινοδερματίτιδα
2. Ανάσταλτική επίδραση στο μυελό των οργάνων
3. Βλάβη του βλεννογόνου των οργάνων

Οι **όψιμες ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές** είναι οι εξής:

1. Υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος
2. Καρκίνος του δέρματος, πνευμόνων και οστών
3. Βλάβη γεννητικών αδένων
4. Αλωπεκία
5. Νέφρωση, αυτόματα κατάγματα, βλάβη του φακού του ματιού

Η ακτινοβολία μπορεί επίσης να προκαλέσει **φαινόμενα γενικής αντίδρασης** όπως:

1. Γενική καταβολή δυνάμεων
2. Ναυτία – εμετούς
3. Ανορεξία
4. Απώλεια βάρους
5. Πυρετική δεκατική κίνηση

Η προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου στον οποίο πρόκειται να εφαρμοστεί εξωτερική ακτινοθεραπεία, περιλαμβάνει τις παρακάτω εφαρμογές:

Ο νοσηλευτής πρέπει να προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και να παρακολουθεί τον άρρωστο για ναυτία και εμετούς, να χορηγεί αναλγητικά πριν τη θεραπεία, αν χρειάζεται, και τέλος, να φροντίζει το διαιτολόγιό του να είναι ελαφρύ με τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες.

Η προετοιμασία του αρρώστου για την εσωτερική εφαρμογή της ακτινοθεραπείας έχει σχέση με τον τρόπο χορήγησής της. Όταν το ραδιοϊσότοπο πρόκειται να εμφυτευτεί σε κοιλότητα οργάνου, ο άρρωστος προετοιμάζεται για χειρουργείο. Δεν χρειάζεται ειδική προετοιμασία όταν τα ραδιοϊσότοπα χορηγούνται από το στόμα ή ενδοφλέβια. Από τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό, ο άρρωστος απομονώνεται επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή που εκπέμπει ακτινοβολία μέχρι να εξαντληθεί ή να αφαιρεθεί (Μ.Α. Μαλγαρινού, Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, 1995).

3.5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χρήση των κυτταροστατικών φαρμάκων στη θεραπεία της κακοήθους νόσου, αυξήθηκε σημαντικά την τελευταία δεκαετία και αυτή η τάση συνεχίζεται. Η άριστη φροντίδα των ασθενών που δέχονται την χημειοθεραπεία θα είναι αποτελεσματική, εάν υπάρχει επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών / τριών και άλλου υγειονομικού προσωπικού.

Πότε εφαρμόζεται η χημειοθεραπεία

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

1. Να έχει ελεγχθεί η κατάσταση του μυελού των οστών.
2. Να μην υπάρχουν λοιμώξεις (η καταπολέμησή τους πρέπει να προηγηθεί).
3. Να είναι καλή η λειτουργία των νεφρών και ήπατος.

Απόλυτη αντένδειξη χημειοθεραπείας αποτελεί η κύηση. Και πάνω απ' όλα να δειχθεί ο άρρωστος να του γίνει η χημειοθεραπεία (Ε. Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου, 1991).

Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές και ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

1. Καταστολή του μυελού των οστών παρατηρείται:

1.1. Λευκοπενία

παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος. Σε απότομη πτώση λευκών η θεραπεία διακόπτεται και ενημερώνεται ο γιατρός. Ο νοσηλευτής ελέγχει τη θερμοκρασία του σώματος σε τακτά χρονικά διαστήματα διότι μικρή άνοδος αυτής μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία και το δέρμα και τις κοιλότητες για λοίμωξη. Για την πρόληψη των λοιμώξεων πρέπει να τηρούνται τα εξής μέτρα:

- Εφαρμογή σχολαστική ατομικής καθαριότητας.
- Κάθε 4-6 ώρες γίνεται αντισηψία της στοματικής κοιλότητας.
- Μετά τη χορήγηση της τουαλέτας πλένεται καλά και στεγνώνεται η περιοχή του πρωκτού.
- Αλλαγή της συσκευής του ορού κάθε 24 ώρες και της θέσης της βελόνας κάθε 48 ώρες.

1.2. Θρομβοπενία

Παρακολουθούνται τα αιμοπετάλια, τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για αιματώματα, οι διάφορες κοιλότητες για ρινοσουλорραγίες και αρτηριακή πίεση του αίματος.

Οι αιμορραγίες προλαμβάνονται ως εξής: Οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις πρέπει να περιορίζονται και ασυνήθης αιμορραγία μετά από αυτές να γίνεται γνωστή στο γιατρό.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να δίνει συμβουλές στον άρρωστο για τα μέτρα πρόληψης αιμορραγίας από τραύματα όπως από βίαιο καθαρισμό της μύτης, χρήση ακατάλληλης ξυριστικής μηχανής και σκληρής οδοντόβουρτσας.

1.2. Αναιμία

Ελέγχεται ο αιματοκρίτης, η αιμοσφαιρίνη και η παρουσία συμπτωμάτων όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση. Ο άρρωστος βοηθείται με διαιτολόγιο πλούσιο σε λεύκωμα και σίδηρο, αποφυγή κόπωσης, χορήγηση αίματος με οδηγία γιατρού.

2. Γαστρεντερικές διαταραχές

Εκδηλώνονται με:

2.1. Ναυτία, εμετούς

Παρακολουθείται η συχνότητα, ο χαρακτήρας και η ποσότητα των εμετών, η ανορεξία και η θρέψη. Ο νοσηλευτής πρέπει να λαμβάνει μέτρα πρόληψης ναυτίας και εμετών όπως:

- Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων πριν ή μετά την εφαρμογή της χημειοθεραπείας.
- Δίνονται μικρά κομμάτια πάγου μόλις παρουσιαστεί η ναυτία.

- Η τροφή σερβίρεται μετά την υποχώρηση της ναυτίας.
- Προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα σε συνεργασία με τον άρρωστο για το περιεχόμενο και την ώρα.
- Χορηγούνται τροφές πολύ παγωμένες.
- Ενισχύεται ο ασθενής να μασάει πολύ καλά την τροφή. Μετά από κάθε γεύμα πρέπει να γίνεται καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας.

2.2. Διάρροια

Παρακολουθούνται το χρώμα και η ποσότητα της διαρροϊκής κένωσης, ο ασθενής για συμπτώματα αφυδατώσεως και μεταβολικής οξέωσης και αποφεύγονται τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα.

Για την αντιμετώπιση της διάρροιας ο νοσηλευτής χορηγεί:

- Αντιδιαρροϊκά φάρμακα κατόπιν εντολής γιατρού
- Άφθονα υγρά
- Εξασφαλίζει τη διατήρηση του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών

2.3. Στοματίτιδα

Εξετάζεται ο βλεννογόνος αμέσως μετά τη χορήγηση του φαρμάκου για ξηρότητα, ερυθρότητα και λευκές κηλίδες.

Ο άρρωστος παρακολουθείται καθημερινά για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο από όξινες τροφές και περιποιείται συστηματικά τη στοματική του κοιλότητα.

3. **Ανοσοκατασταλτική επίδραση**

Ο άρρωστος ελέγχεται για πυρετό, ρίγος, πονόλαιμο. Προστατεύεται από μολύνσεις και αναβάλλεται – αν είχε προγραμματιστεί να γίνει – η ενεργητική ανοσοποίηση του αρρώστου για μερικούς μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

4. Αλλαγές στο δέρμα

Εξετάζεται το δέρμα για λύση της συνέχειάς του, διατηρείται καθαρό, προστατεύεται από ξηρότητα, την μεγάλη έκθεση στον ήλιο και σε τεχνητές υπεριώδεις ακτίνες.

Επίσης ο νοσηλευτής πληροφορεί τον ασθενή σχετικά με την προστασία του δέρματος, τις αλλαγές στο χρώμα (γίνεται πιο σκούρο) κ.ά.

5. Νευροτοξικότητα

Παρακολουθείται ο ασθενής για συμπτώματα ήπιας νευροπάθειας όπως ελαφρύς πόνος στα χέρια και τα πόδια, αταξία, απώλεια συντονισμού, παραλυτικός ειλεός.

Βοηθείται ο άρρωστος στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με τη χρησιμοποίηση μέτρων ασφαλείας για την προστασία του και την διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση (Μ.Α. Μαλγαρινού, Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, 1995).

6. Αλωπεκία

Κατά την εφαρμογή της χημειοθεραπείας ο άρρωστος νιώθει φοβισμένος, ανασφαλής, ζει μια οδυνηρή εμπειρία διότι γνωρίζει ότι θα του πέσουν τα μαλλιά. Γι' αυτό ο νοσηλευτής θα πρέπει να δράσει ψυχοθεραπευτικά για να καταστείλει τους φόβους του σε μεγάλο βαθμό, να τον βοηθήσει να δεχτεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και να τον ενημερώσει ότι το τριχωτό της κεφαλής του θα αποκατασταθεί οκτώ περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.

Η νοσηλευτική παρέμβαση έχει μεγάλη σημασία για την ηθική και ψυχική ενίσχυση του ασθενούς γιατί δίνει τη δυνατότητα να αποκτήσει θάρρος και υπομονή και να ελαχιστοποιηθεί το ψυχικό του τραύμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

- 4.1. Η Νοσηλευτική στην ολική παρεντερική διατροφή**
 - 4.2. Η Νοσηλευτική φροντίδα της κολοστομίας**
 - 4.2α. Άμεση περιποίηση κολοστομίας**
 - 4.2β. Ρύθμιση της λειτουργίας της κολοστομίας**
 - 4.2γ. Επιπλοκές της κολοστομίας και πρόληψή τους**
 - 4.3. Νοσηλευτική φροντίδα στις επιπλοκές του καρκίνου του παχέος εντέρου**
 - 4.4. Αποκατάσταση του αρρώστου με καρκίνο του παχέος εντέρου**
-

4.1. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΟΛΙΚΗ ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Η πλήρης παρεντερική διατροφή είναι ένα μέσο εξασφάλισης των θρεπτικών ουσιών με παρεντερική ενδοφλέβια χορήγηση, όταν δεν είναι δυνατή η χρησιμοποίηση της γαστρεντερικής οδού.

Η ολική παρεντερική διατροφή ενδείκνυται:

1. Σαν υποκατάστατο της σίτισης από το στόμα ή της τεχνητής διατροφής με ρινογαστρικό σωλήνα, όταν αυτοί οι τρόποι σίτισης δεν αποδίδουν ή είναι επικίνδυνοι για τον άρρωστο. Εφαρμόζεται στις πιο κάτω καταστάσεις:
 - α. Χρόνιος έμετος
 - β. Χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία καρκίνου
 - γ. Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
 - δ. Νευρογενής ανορεξία
2. Σαν συμπλήρωμα σε αρρώστους με μεγάλες απώλειες αζώτου, όπως εγκαυματίες, άρρωστοι με μεταστατικό καρκίνο και αυτοί που κάνουν χημειο- και ακτινοθεραπεία.
3. Σαν μέσο που επιτρέπει την ξεκούραση του γαστρεντερικού σωλήνα:
 - α. Όταν υπάρχει γαστρεντερικό συρίγγιο
 - β. Σε βαριές και εκτεταμένες φλεγμονές του εντέρου
 - γ. Μετά από αφαίρεση μεγάλου τμήματος εντέρου
 - δ. Εντερικές αποφράξεις

Το διάλυμα που προορίζεται για την ολική παρεντερική διατροφή περιέχει πρωτεΐνες (ειδικά αμινοξέα), ηλεκτρολύτες, βιταμίνες, μέταλλα, λίπος, ινσουλίνη και 20-40% σάκχαρο (Α. Σαχίνη-Καρδάση, Μ. Πάνου, 1994).

Νοσηλευτική φροντίδα

- Ακολουθούνται οι ιατρικές οδηγίες για το καθορισμένο διαιτολόγιο του αρρώστου.
- Ελέγχεται καθημερινά το βάρος του αρρώστου.
- Εξηγείται στον άρρωστο ότι οι αυξομειώσεις του σακχάρου είναι προσωρινές.
- Ελέγχονται τα ούρα για σάκχαρο και οξόνη και το αίμα για σάκχαρο.
- Παρακολουθούνται τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά.
- Εξηγείται στον άρρωστο ότι το αίσθημα της πείνας είναι φυσικό και ότι σιγά-σιγά θα μειώνεται μέχρι να προσαρμοσθεί ο οργανισμός στο νέο τρόπο σίτισης.
- Αλλάζεται συχνά η γάζα που καλύπτει το σημείο καθετηριασμού υποκλειδίας.
- Διατηρείται ο άρρωστος καθαρός.
- Χρησιμοποιείται αντιαλλεργικό λευκοπλάστ (Ε. Αθανάτου, 1995).

Ο νοσηλευτής, τέλος, δεν ξεχνά να αναφέρει όλα όσα έχουν σχέση με την πορεία και την εξέλιξη του ασθενή (ενέργειες, νοσηλείες, παρατηρήσεις) στην προϊσταμένη του Τμήματος και τη λογοδοσία. Καθώς και να ενημερώσει τους συγγενείς του ασθενούς όσο βέβαια επιτρέπουν οι αρμοδιότητές του.

4.2. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

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

- α) Γίνεται άσηπτα κατά τα δύο πρώτα 24ωρα παρά το γεγονός ότι το τραύμα είναι σηπτικό εξαιτίας του γεμάτου μικρόβια περιεχομένου του εντέρου.
- β) Την ώρα της αλλαγής ο ασθενής να προστατεύεται από τα βλέμματα του περιβάλλοντος με την τοποθέτηση παραβάν και απομάκρυνση των επισκεπτών.
- γ) Πρέπει να αποφεύγει τους μορφασμούς που δείχνουν τη δυσαρέσκειά του για το είδος της εκτελούμενης εργασίας. Γι' αυτό το λόγο μπορεί να χρησιμοποιεί αποσμητικές κρέμες ή σπρέι.
- δ) Ο ασθενής έρχεται σε επαφή με την αλήθεια γι' αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να τον ενισχύει να παρακολουθεί και να συμμετέχει στη φροντίδα του αν αυτό είναι δυνατόν, να έχει θετική στάση απέναντι στον ασθενή και να του παρουσιάζει την εύθυμη όψη της ζωής. Έτσι, μ' αυτό τον τρόπο θα τον βοηθήσει να διατηρήσει την αισιοδοξία του, να αισθάνεται πως η αρρώστια του δεν ανέκοψε τα σχέδια της ζωής του και, τέλος, να αποδεχθεί τις μεταβολές στο σώμα του και να αρχίσει να προσαρμόζεται στο νέο τρόπο ζωής.

4.2α. ΑΜΕΣΗ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

Αν η κολοστομία είναι κλειστή με λαβίδα (De Matrel) η διάνοιξη γίνεται μετά 3-4 ημέρες όταν κινητοποιηθεί το έντερο και ο άρρωστος παρουσιάσει αίσθημα διάτασης. Μέχρι τότε το προέχον τμήμα του εντέρου καλύπτεται με βαζελινούχο γάζα. Αν η κολοστομία συμπληρωθεί από την αρχή με συρραφή του βλεννογόνου στο δέρμα τότε τοποθετείται από την αρχή αυτοκόλλητος σάκος. Αν η κολοστομία δεν λειτουργεί παρά την κινητοποίηση του εντέρου

μετά 3-4 ημέρες, τότε εισάγουμε με προσοχή το δάκτυλο ώστε να βεβαιωθούμε ότι είναι ανοικτή και δεν έχει προκληθεί στένωση από τα τοιχώματα της κοιλίας. Όταν αρχίσει να λειτουργεί το περιεχόμενο που βγαίνει είναι υδαρές και άφθονο και το σακουλάκι πρέπει να αλλάζεται συχνά. Οι ενέργειες για την άμεση περιποίηση της κολοστομίας είναι:

1. Προετοιμασία τροχήλατου με όλα τα απαραίτητα αντικείμενα:

- Δίσκος που περιέχει μπολ με τολύπια και χαρτοβάμβακά, φιάλη με φυσιολογικό ορό, phisohex, set αλλαγής (που περιέχει αποστειρωμένες γάζες και τολύπια και λαβίδα), νεφροειδές, τετράγωνο με αδιάβροχο.
- Προστατευτική κρέμα δέρματος (Skin Gel της Hollister) για την αποφυγή δερματικού ερεθισμού από τις επανειλημμένες αλλαγές των αυτοκόλλητων σάκων.
- Ρητίνη Karaga. Η ρητίνη Karaga είναι φυσική ουσία που διαλύεται σιγά-σιγά προστατεύοντας την περιοχή γύρω από το στόμιο. Είναι εύπλαστος δακτύλιος που τοποθετείται γύρω από το στόμιο και εκεί εφαρμόζει σάκος που δεν έχει αυτοκόλλητο.
- Σάκοι κολοστομίας (αυτοκόλλητα ή μη).
- Πλαστική σακούλα να βάλουμε μέσα σ' αυτήν το γεμάτο σάκο.
- Σαπούνι γλυκερίνης, χλιαρό νερό, τρίφτης.

2. Διαδικασία αλλαγής

Αφού παρθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα, αποκαλύπτεται η περιοχή του στομίου και αφαιρείται και πετιέται ο προηγούμενος σάκος. Τοποθετείται το αδιάβροχο με το τετράγωνο κάτω από το στόμιο και το νεφροειδές

(καλυμμένο από τη μια πλευρά με το χαρτοβάμβακο) κάτω από το στόμιο σε εφαρμογή με το σώμα του ασθενή. Καθαρίζεται καλά με χλιαρό σαπουνόνερο και στεγνώνεται η περιοχή του δέρματος γύρω από το στόμιο με απαλές κινήσεις. Ο νοσηλευτής μετά πλένει τα χέρια του και ανοίγει το σετ αλλαγής. Με αποστειρωμένα τούμπια καθαρίζεται το στόμιο, χρησιμοποιώντας phisohex και ισοδύναμο διάλυμα NaCl αρχίζοντας από το κέντρο προς της περιφέρεια με κυκλικές κινήσεις όσες φορές χρειαστεί για να μείνει το στόμιο καθαρό. Απομακρύνεται το νεφροειδές και στεγνώνεται το στόμιο με ήπιες κινήσεις. Αν υπάρχει ένδειξη δερματικού ερεθισμού επαλείφεται το δέρμα με αλοιφή. Τοποθετείται με προσοχή ο καθαρός σάκος. Αφαιρείται το τετράγωνο αδιάβροχο. Τοποθετείται ο ασθενής σε αναπαυτική θέση και απομακρύνονται τα χρησιμοποιηθέντα αντικείμενα.

Κατά την αλλαγή της κολοστομίας ο νοσηλευτής:

- Παρατηρεί και κάνει αξιολόγηση του στομίου.
- Παρατηρεί το μέγεθος του στομίου, το οποίο μετράται μια φορά την εβδομάδα για τον πρώτο χρόνο με ειδικά διαμετρήμετρα στομίων, π.χ. της Holister.
- Παρατηρεί την εμφάνιση του στομίου. Φυσιολογικά πρέπει να έχει βαθύ ροζ χρώμα και εκκρίσεις με βλέννη. Αναφέρει τυχόν νέκρωση που εμφανίζεται σκούρο χρώμα στο στόμιο. Κυανωτικό χρώμα σημαίνει με καλή αιμάτωση.
- Παρατηρεί για ραγάδες στομίου, δερματίτιδα ή έκζεμα. Το δέρμα γύρω από το στόμιο πρέπει να είναι ίδιο όπως και το άλλο δέρμα.
- Υπενθυμίζει στον άρρωστο να αδειάζει το σάκο όταν γεμίζει κατά το 1/3, διαφορετικά ξεκολλάει από το βάρος και υπάρχει διαρροή υγρών.

- Ανάλογα με την θέση της κολοστομίας ρυθμίζει και τον αριθμό των αλλαγών, π.χ. κολοστομία του εγκαρσίου κόλου χρειάζεται πολλές αλλαγές, ενώ η κολοστομία του σιγμοειδούς έχει στερεή και σχηματισμένη κένωση.

4.2β. ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

Η κολοστομία στερείται τον εκούσιο μυϊκό έλεγχο και είναι φυσικό η κένωση του εντέρου να γίνεται σε ακανόνιστα χρονικά διαστήματα. Ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθήσει τον άρρωστο πριν φύγει από το νοσοκομείο να ρυθμίσει τη λειτουργία της, ώστε να μην κενώνει το έντερο σε οποιαδήποτε στιγμή παρά μόνο όταν θα έχει ο ασθενής χρόνο για την ατομική του καθαριότητα. Ο τρόπος ρύθμισης της λειτουργίας της κολοστομίας είναι η πλύση με υποκλισμό.

Σκοπό έχει:

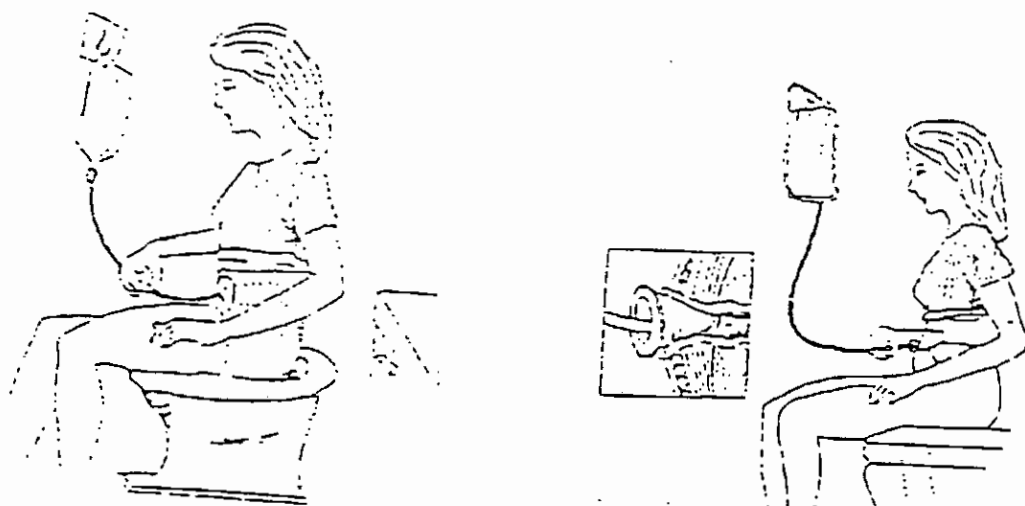
- α) Να βοηθήσει το άδειασμα του κόλου από το περιεχόμενό του (κόπρανα, αέρια, βλέννη).
- β) Να καθαρίσει το περιφερειακό τμήμα του εντέρου.
- γ) Να βοηθήσει να εγκαθιδρυθεί ένα προγραμματισμένο άδειασμα του εντέρου, ώστε να είναι δυνατή η ανάληψη κανονικών δραστηριοτήτων από το άτομο.

Με τις πλύσεις του στομίου σε κανονικά χρονικά διαστήματα συγκρατούνται λιγότερα αέρια και υγρά έτσι στα μεσοδιαστήματα των πλύσεων από την κολοστομία εξέρχονται μόνο μικρές ποσότητες βλέννης. Η πλύση γίνεται μετά το φαγητό, γιατί η λήψη τροφής δρα σαν ερέθισμα, ανάλογα με την πορεία του ασθενή βέβαια.

Η ενέργειες για την πλύση είναι:

1. Ετοιμασία των αντικειμένων που θα χρησιμοποιηθούν

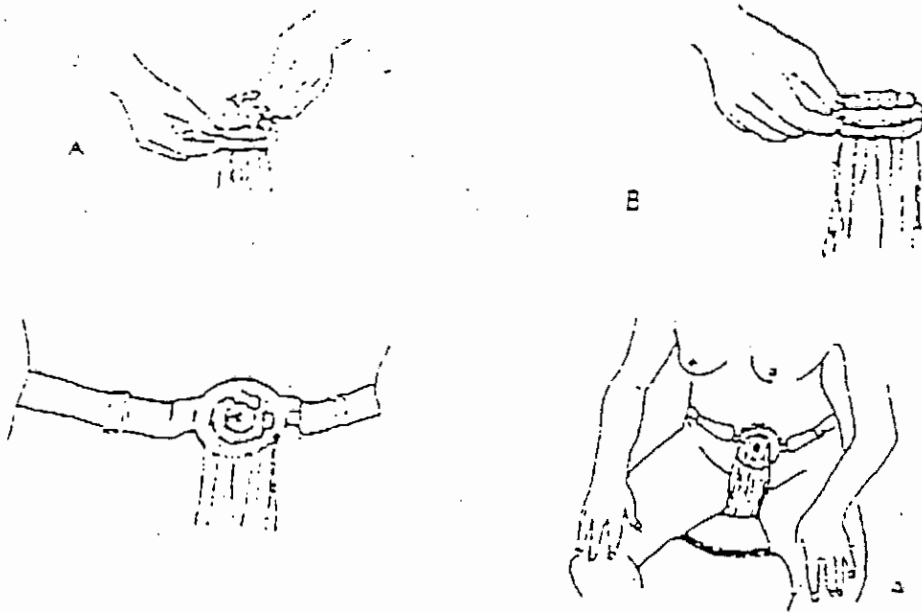
- Δοχείο υγρού πλύσης (Irrigater) 1500cc-2000cc. Υγρά πλύσης 500-1500 ml (χλιαρό νερό βρύσης ή αλατούχο διάλυμα – 4 gr αλάτι σε 500 ml νερό) σε θερμοκρασία 36p – 40pc. Καθετήρας από μαλακό ελαστικό (No 22 ή 24) με κάποιο είδος θωράκισης για την παρεμπόδιση της προς τα πίσω ροής του υγρού πλύσης (ή μαλακό ελαστικό ή πλαστικό κώνο Lairditp).



Σχήμα 5. Ετοιμασία και τοποθέτηση μανικού πλύσης

A. Περάστε το άκρο του μανικού πλύσης μέσα από ένα πλαστικό δακτύλιο. **B.** Διπλώστε προσεκτικά τα άκρα πάνω από το δακτύλιο. **Γ.** Τοποθετείστε τον καλυμμένο πλαστικό δακτύλιο πάνω στο στόμιο και στερεώστε τον με ζώνη, κάντε μια οπή στο μανίκι πλύσης πάνω από το στόμιο της κολοστομίας για την είσοδο του καθετήρα. Μετά τη χορήγηση της επιθυμητής ποσότητας υγρού η οπή κλείνεται. **Δ.** Τοποθετείστε το άλλο άκρο του μέσα στη λεκάνη της τουαλέτας. Με την οπή πάνω από το στόμιο της κολοστομίας αποφεύγεται η διαρροή υγρών κατά την παροχέτευσή τους.

- Μανίκι ή περίβλημα πλύσης αυτοκόλλητο ή συγκρατούμενο με ζώνη.
- Βαζελίνη, γάζες και τολύπια.



Σχήμα 6.

A. Θέση του ασθενή κατά την πλύση. **B.** Συσκευή Lairdit

2. Διαδικασία πλύσης

Διαλέγουμε τον κατάλληλο χρόνο για την πλύση. Ενημερώνεται ο ασθενής για τη νοσηλεία και προτρέπεται να παρακολουθήσει και να βοηθήσει σ' αυτήν. Ο ασθενής κάθεται στη λεκάνη της τουαλέτας. Αφαιρείται ο σάκος και σκεπάζεται το στόμιο με γάζα καθαρή. Τοποθετείται το μανίκι ή το περίβλημα πλύσης (πλαστικός διαφανής σάκος ανοικτός από πάνω και κάτω) στο στόμιο του κόλου, περνά ανάμεσα από τα πόδια του ασθενή και το άλλο άκρο τοποθετείται μέσα στη λεκάνη της τουαλέτας. Ανοίγεται οπή στο μανίκι πάνω από το στόμιο της κολοστομίας για την είσοδο του καθετήρα. Προηγουμένως έχει κρεμαστεί το δοχείο πλύσης με το υγρό και αφού εφαρμοστεί ο καθετήρας που είναι κλειστός με ένα κλιπ 40-50 cm πάνω από το στόμιο. Όταν ο άρρωστος είναι έτοιμος, επαλείφει το ελεύθερο άκρο του

καθετήρα με βαζελίνη, αφήνεται να τρέχει λινό υγρό και μετά εισάγεται ο καθετήρας μέσα στο στόμιο γύρω στα 10 cm. Για να εμποδιστεί η επιστροφή του υγρού πιέζεται το στήριγμα του καθετήρα ή του κώνου απαλά προς το στόμιο.

Η ποσότητα του υγρού είναι αρχικά 500cc και αυξάνεται βαθμιαία, το υγρό ρέει στο παχύ έντερο 10 λεπτά περίπου. Στη συνέχεια κενούται το έντερο, το περιεχόμενο του οποίου οδεύει στην τουαλέτα μέσω του μανικιού πλύσης. Η όλη διαδικασία διαρκεί 30-45 λεπτά, μετά το τέλος της οποίας η κολοστομία καλύπτεται με μια κάψα (Stoma cup) που φέρει βαλβίδα μέσω της οποίας διέρχονται τα αέρια και γίνονται άοσμα.

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

Κύριες αντενδείξεις είναι: η στένωση του στομίου, η πρόπτωση του εντέρου και η κήλη γύρω από την κολοστομία, που θα αναφερθούν παρακάτω εκτενέστερα.

3. Ελεγχόμενη ή εκτενής κολοστομία

Γίνεται με τους εξής τρόπους: α) μέθοδος που χρησιμοποιούν εξωτερικά μηχανήματα π.χ. Cuff της τραχειοτομίας, κομβίου ελέγχου που με μπαλόνι αποφράσσει το έντερο σε συνδυασμό με πώμα στο επίπεδο του δέρματος, β)

μέθοδος που χρησιμοποιούνται χειρουργικές τεχνικές, π.χ. λοξή φόρα του εντέρου δια του κοιλιακού τοιχώματος για αρκετή διαδρομή του ανάμεσα στους κοιλιακούς μύες, μέθοδος Ceulemans και Van Haden με ανύψωση της κολοστομίας κατά μήκος του αριστερού πλευρικού τόξου στη θήκη του ορθού κοιλιακού μυός για τη δημιουργία ενός κάποιου shesernois, γ) μέθοδοι που συνδυάζουν χειρουργικές τεχνικές με εμφύτευση μηχανημάτων παθητικής λειτουργίας, π.χ. συνδυασμό πλαστικού δακτυλίου και αεροθαλάμου που αποφράσσει το στόμιο, εμφύτευση μαγνητικών πωμάτων γύρω από το στόμιο.

4. Διαιτολόγιο

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

4.2γ. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥΣ

- 1. Στένωση του αυλού κολοστομίας.** Ο νοσηλευτής πρέπει να μάθει τον άρρωστο να παρακολουθεί το στόμιο και τους χειρισμούς με το χέρι του να διαστέλλει το έντερο. Μετά από 6-12 μήνες το στόμιο μικραίνει κατά ¼ του αρχικού. Οι συνεχείς υποκλυσμοί προκαλούν στένωση επίσης.
- 2. Πρόπτωση λόγω κακής ραφής.** Υπάρχει αλλαγή στην εμφάνιση του στομίου, πόνος και μικροαιμορραγίες.

3. **Παρακολοστομιακή κήλη.** Παρακολούθηση κολοστομίας για τυχόν προβολή έλκους.
4. **Εισολκή.** Συμβαίνει σε παχύσαρκα άτομα. Να γίνεται προεγχειρητικά δίαιτα αδυνατίσματος και μετά την επέμβαση. Ειδική παρακολούθηση στα άτομα αυτά.
5. **Διάτρηση:** Συμβαίνει συνήθως κατά την εισαγωγή του καθετήρα για υποκλυσμό. Σωστή διδασκαλία του αρρώστου και χρησιμοποίηση υγραντικής ουσίας (π.χ. γλυκερίνη, βαζελίνη) μειώνουν τον κίνδυνο.
6. **Νέκρωση.** Μπορεί να γίνει λόγω μη καλής αιμάτωσης ή συστροφής του εντέρου. Ο άρρωστος δεν καταλαβαίνει τη νέκρωση λόγω έλλειψης αισθητικότητας. Γι' αυτό πρέπει να παρατηρείται το στόμιο και κάθε αλλαγή (π.χ. χρώμα, εμφάνιση) να αναφέρεται στο γιατρό (Μαλγαρινού – Κωνσταντινίδου, 1987).

4.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Σε εντερική απόφραξη

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

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

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

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

Λεπτομερής καταγραφή προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

Προετοιμασία αρρώστου για χειρουργείο.

Σε διάτρηση

Ενίσχυση του ηθικού του ασθενή.

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

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

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

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

Καταγραφή των ζωτικών σημείων ανά 15 λεπτά.

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

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

- Διασφάλιση σωλήνων παροχετεύσεως
- Λήψη μέτρων για αποφυγή κατακλίσεων

(Μαλγαρινού – Κωνσταντινίδου, 1987)

4.4. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Τα μέλη της ομάδας υγείας – ιατρός, ψυχολόγος, νοσηλεύτης και ο ιερέας – προετοιμάζουν τον άρρωστο για την μετάβαση από την παρούσα

ζωή στη μέλλουσα έξω από το νοσοκομείο, προσφέροντας και δημιουργώντας ατμόσφαιρα γαλήνης και παρηγοριάς. Αυτό βοηθά στην μείωση της ψυχικής έντασης, αγωνίας και άγχους που δοκιμάζουν οι καρκινοπαθείς μπροστά στο αβέβαιο.

Όλα τα παραπάνω βρίσκονται μέσα στο πνεύμα της αποκατάστασης του αρρώστου με καρκίνο. Σκοπός της είναι η επαναφορά του ατόμου στην προηγούμενή του κατάσταση ύστερα από τη διατάραξη ή την αλλαγή που δέχθηκε. Και σύμφωνα μ' αυτό η αποκατάσταση μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία. Είναι όμως το ίδιο για έναν άρρωστο που έκανε χολοκυστεκτομή μ' έναν άρρωστο που υποβλήθηκε σε λαρυγγεκτομή ή παρά φύσιν έδρα.

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

Κατά τη νοσηλευτική φροντίδα αναφέρθηκαν αρκετά για την ψυχολογική και ψυχιατρική πλευρά του καρκινοπαθή, για να πετύχουμε όμως μια σωστή και πλήρη αποκατάσταση πρέπει να δώσουμε μια ολόκληρη και σαφή εικόνα στις φάσεις που περνά ένας καρκινοπαθής μαζί με την οικογένειά του.

Το άτομο στο οποίο διαγνώσθηκε ότι πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Γι' αυτό είναι απαραίτητο να δούμε τη νεοπλασματική ασθένεια εκτυλισσόμενη σε τρία επίπεδα: α)

βιολογικό, β) ψυχολογικό, γ) κοινωνικό. Ψυχιατρικές επιπλοκές δυνατό να συμβούν από την ίδια τη νεοπλασία ως βιολογική εξεργασία που θίγει τις ψυχικές λειτουργίες στο βιολογικό τους υπόστρωμα. Για παράδειγμα, καταστρέφοντας εγκεφαλικούς νευρώνες ή διαταράσσοντας τον βιολογικό μεταβολισμό. Ψυχικές διαταραχές επίσης προκύπτουν από τις κοινωνικές συνέπειες της αρρώστιας. Το άτομο είναι αναγκασμένο να αποσυρθεί ολότελα μερικά από την ενεργό ζωή και συχνά χρειάζεται να νοσηλεύεται για μακροχρόνια διαστήματα. Υφίσταται απώλειες επαγγελματικές και οικονομικές με αντίκτυπο στις φιλικές και κοινωνικές σχέσεις. Κατέχεται από αβεβαιότητα στο σχεδιασμό ζωής και γενικά έχει δυσχέρειες προσαρμογής, στις νέες κοινωνικές συνθήκες που δημιουργεί η ασθένεια.

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

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας των καρκινοπαθών έχει σαφώς υπερεκτιμηθεί. Από βιβλιογραφικά δεδομένα προκύπτει ότι οι καρκινοπαθείς αυτοκτονούν τόσο συχνά (ή και λιγότερο συχνά) όσο και οι μη καρκινοπαθείς (Στεφανής, 1981).

Γι' αυτούς τους λόγους γεννιέται το ερώτημα αν θα έπρεπε να πληροφορείται ο καρκινοπαθής την φύση της αρρώστιας του, την πορεία της,

τον τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισής της και τον πιθανολογούμενο χρόνο επιβίωσης.

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

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

β) Όταν ο άρρωστος προθυμοποιείται να μάθει την αλήθεια αλλά γίνεται φανερό πως την αποφεύγει, είναι προτιμότερο να προσαρμοστούν τα μέλη της ομάδας υγείας στο σύστημα ψυχολογικής άρνησης που έχει υιοθετήσει ο ασθενής. Μεγάλη προσοχή χρειάζεται σ' αυτήν την συμπεριφορά του ατόμου γιατί μπορεί να αρνηθεί τη θεραπεία και την παρακολούθηση. Μετά την άρνηση συνήθως εμφανίζεται ο θυμός που στρέφεται προς τα μέλη της οικογένειάς του, τα μέλη της ομάδας υγείας, κ.ά.

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

Έτσι ο άρρωστος θα μεταπέσει στη φάση της συνδιαλλαγής, πιο ήρεμος και ενισχυμένος να μην χάσει την ελπίδα και την αγωνιστικότητά του με την οποία θα κερδίσει την θεραπεία της ασθένειας ή και την αναβολή του

μοιραίου. Είναι φυσικό να πέσει σε κατάθλιψη μα δεν πρέπει να μένει μόνος του και να μην παροτρύνεται να μιλά και να εκφράζει ελεύθερα τα συναισθήματά του.

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

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

Και εδώ δύσκολος ο ρόλος του νοσηλευτή. Χρειάζεται ψυχραιμία και διπλωματία. Ο νοσηλευτής πρέπει να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενή, κάνοντας σαφείς ανακοινώσεις, διευκρινίζοντας παρανοήσεις, λύνοντας απορίες και πληροφορώντας τον κάθε φορά που του ζητείται. Δεν πρέπει να αρνείται να ακούει τους φόβους του ασθενή ή να μην τον αφήνει να μιλάει γι' αυτούς και ακόμα να αποφύγει να λέει την λέξη καρκίνος στον άρρωστο που γνωρίζει την ασθένειά του, αυτό υποδηλώνει ότι φοβάται. Είναι πολύ σωστό αυτό που ειπώθηκε σε γιατρό: «σαν εσένα σε φοβίζει ή σε σοκάρει η αρρώστια μου, φοβίζει και σοκάρει κι εμένα (άρρωστος). Αλλά αν είσαι εσύ ήρεμος και έχεις τον έλεγχο της παρούσας κατάστασης, είμαι κι εγώ».

Άλλος παράγοντας που δυσκολεύει την ομάδα υγείας και ειδικά το νοσηλευτή, επειδή αυτός περνά μεγαλύτερο διάστημα κοντά στον άρρωστο,

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

Η διαδικασία αποδοχής της νέας εμφάνισης και της διαταραχής της σωματικής ακεραιότητας του αρρώστου παίρνει αρκετό χρόνο. Η ανάπτυξη μιας παραγωγικής σχέσης και μιας συνεργασίας νοσηλευτή – αρρώστου που εξασφαλίζεται μόνο με το ενδιαφέρον του νοσηλευτή όχι επιμερισμένο στη σωματική λειτουργία και στη ψυχολογική και την κοινωνική – γιατί το άτομο λειτουργεί ως ένα αδιαίρετο σύνολο – αλλά στο πρόσωπο που πάσχει, με την εμπιστοσύνη που τρέφει ο άρρωστος στο νοσηλευτή.

Όπως έχει προαναφερθεί στη νοσηλευτική φροντίδα οι άρρωστοι είναι πολύ συχνά μέλη οικογένειας. Όλη η αγωνία και ο φόβος του καρκινοπαθή είναι η αγωνία και ο φόβος σε άλλοτε άλλον βαθμό για την οικογένειά του.

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

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

Είναι φανερό η ανάγκη του για ψυχολογική υποστήριξη. Το μεγαλύτερο μέρος της βοήθειας το παίρνουν από το νοσηλευτή, ο οποίος έχει πολλές ευκαιρίες και την ικανότητα να βοηθήσει άτομα με ψυχολογικά προβλήματα. Η βοήθεια που θα δώσει ο νοσηλευτής σ' αυτά τα άτομα είναι απλή, κατά ένα μέρος εξαρτάται από τις επαγγελματικές του γνώσεις και δεξιότητες. Οι οικείοι του καρκινοπαθή ζητούν πληροφορίες σχετικά με την αρρώστια του καρκίνου, της φύσεως, της θεραπείας, της πρόγνωσης και τις κοινωνικές πηγές βοήθειας – αν οι νοσηλευτές διδάσκουν, ερμηνεύουν, παραπέμπουν και παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη, η οποία ξεκινά, στηρίζεται στην εμπιστοσύνη που εμπνέουν στους συγγενείς του αρρώστου. Εκείνο που είναι επιβεβλημένο και θεωρείται και παράλειψη καθήκοντος είναι η πλήρης ενημέρωση κάποιου από το άμεσο περιβάλλον του ασθενή. Κάποιος συγγενής πρέπει σαφώς να ξέρει όχι μόνο ότι ο ασθενής έχει καρκίνο αλλά και τις δυσμενείς επιπτώσεις της οποιασδήποτε θεραπείας. Δεν επιτρέπεται να αφήνεται σε άγνοια το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή.

Και ερχόμαστε στον ασθενή που έχει μόνιμη παρά φύσιν έδρα, έχει δεχτεί αυτή την κατάσταση και αυτός και η οικογένειά του, όσο είναι δυνατό, και φθάνει η στιγμή να βγει από το νοσοκομείο. Εδώ αρχίζει να λειτουργεί αρνητικά η ανακοίνωση της εξόδου ασθενή στην οικογένειά του. μέσα στο νοσοκομείο ήταν εντελώς διαφορετικά, η αρρώστια και η φύση της θεραπείας συμβάδιζε με το περιβάλλον. Μέσα στον περίγυρο του νοσοκομείου έπαψε να του φαίνεται τόσο τρομερός ο καρκίνος, η κολοστομία, ένιωθε ασφαλής, έξω

από το νοσοκομείο όμως; Πίσω στον κόσμο, είναι το ίδιο. Ο ασθενής αρχίζει να αισθάνεται ανασφαλής, φοβάται για το πώς θα δεχθεί ο κόσμος έναν «μη φυσιολογικό» άνθρωπο, έναν κολοστομικό.

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

Πώς θα πρέπει να ντύνεται, αν μπορεί να ταξιδεύει, να έχει σεξουαλική ζωή, σε περίπτωση νεαρής γυναίκας, αν μπορεί να μείνει έγκυος. Το μεγαλύτερο φόβο που νιώθει ο άρρωστος είναι πώς θα τον δεχτούν οι φίλοι του, οι γνωστοί του, τι θα πρέπει να τους λέει, πώς θα πρέπει να συμπεριφέρεται ανάμεσά τους.

Και εδώ καλείται ο νοσηλευτής να εκπληρώσει το έργο του. Είναι το τελευταίο σκαλοπάτι πάνω στο οποίο πρέπει να ρίξει αρκετό βάρος για να μπορέσει να ολοκληρώσει το έργο του με επιτυχία. Πρέπει να βρίσκεται δίπλα στον άρρωστο να του τονώσει το ηθικό. Πρέπει να τον κάνει να καταλάβει ότι όλα αυτά ήταν μια παρένθεση στη ζωή του και ότι από εδώ και πέρα θα είναι όλα όπως πριν. Όπως αν έκανε μια οποιαδήποτε άλλη χειρουργική επέμβαση, π.χ. χολοκυστεκτομή.

Ο ασθενής μπορεί να διατηρήσει τις παρέες του, να ξαναπάει στην εργασία του εκτός κι αν είναι πολύ επίπονη, όσο για το τι θα πει σ' αυτούς

που δεν γνωρίζουν το πρόβλημά του ή τον ρωτούν τι έκανε στο νοσοκομείο τόσο καιρό, μπορεί να συμβουλέψει τον ασθενή να μην πει τίποτα σχετικά με την ασθένεια και τη φύση της θεραπείας, έτσι ώστε να μην είναι επηρεασμένοι από την αρχή αρνητικά. Η κολοστομία σήμερα με τις μεθόδους αντιμετώπισης περνά απαρατήρητη, κανείς δεν μπορεί να καταλάβει αν το θέλει ο ασθενής. Πρέπει να πιστέψει ο ασθενής ότι δεν θα έχει κανένα πρόβλημα και καλό είναι για να πειστεί να επισκεφθεί ένα άτομο με κολοστομία επίσης.

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

- 1. Την φροντίδα του στομίου, την αλλαγή του σάκου και το άδειασμα αυτού.** Η αδελφή ήδη έχει βοηθήσει τον άρρωστο να ρυθμίσει τη λειτουργία του εντέρου κατά την διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο. Έτσι, με τη ρύθμιση του διαιτολογίου του και με υποκλυσμούς, ήδη έχει ρυθμιστεί. Ο χρόνος που κενώνει το έντερο, που είναι συνήθως η ώρα που βολεύει τον ασθενή έξω από το νοσοκομείο να κάνει την αλλαγή και την ατομική του καθαριότητα. Η εξήγηση τώρα της προετοιμασίας για την αλλαγή, περιλαμβάνει: α) Τα απαραίτητα είδη που θα χρειαστούν, β) πώς ετοιμάζονται και γ) ποια είναι η σειρά εργασίας που χρησιμοποιείται. Αφήνεται ο ασθενής να παρακολουθήσει την ετοιμασία της αλλαγής και προτρέπεται να την ετοιμάσει μόνος του και να εκτελέσει την εργασία κάτω από την επίβλεψη της αδελφής ώσπου στο τέλος, μόνος του, υπεύθυνα, να μπορεί να εξυπηρετηθεί.

2. **Τη φροντίδα του δέρματος γύρω από την κολοστομία.** Σε περίπτωση που ο ασθενής έχει ανοικτό περιστομιακό δέρμα του γίνεται ενημέρωση να χρησιμοποιήσει κορτικοστεροειδή σπρέι ή nystatin. Ακόμη, σε αλλεργικές αντιδράσεις στα παραπάνω, γίνεται δοκιμή άλλων υλικών μέχρι να βρεθούν τα συμβάντα.
3. **Διδάσκεται ο ασθενής πώς να ελέγχει την κακοσμία.** Βασικός κανόνας τήρησης για την κακοσμία είναι βέβαια η σχολαστική τήρηση των όρων υγιεινής και καθαριότητας. Εκτός όμως απ' αυτόν τον κανόνα, συμβουλεύεται ο ασθενής να αποφεύγει τις τροφές που δημιουργούν οσμές όπως κρεμμύδια, ορισμένα λαχανικά, όσπρια, αυγά, προτρέπεται να τρώει γιαούρτι (το γιαούρτι επικαλύπτει το βλεννογόνο του εντέρου μ' ένα στρώμα από μύκητες, οι οποίοι προσφέρουν αντιμυκητιασική και αντιμικροβιακή δράση), να πίνει αποβουτυρωμένο γάλα, χυμό από ένα είδος μούρου, που μειώνουν τις οσμές των κοπρανωδών μαζών. Επίσης οι οσμές μπορούν να τεθούν υπό έλεγχο λέγοντας στον ασθενή να πάρει μία ή δύο ταμπλέτες υπανθρακικού ή υπογαλλικού βισμούθιου την ώρα του φαγητού και του ύπνου.
4. **Άλλο πρόβλημα είναι πώς θα αποφύγει ο ασθενής τα αέρια.** Η μεγαλύτερη ποσότητα αερίων οφείλεται στον αέρα που καταπίνεται ασυναίσθητα όταν είναι αγχώδης ο ασθενής και σε φαγητά που περιέχουν πολλά καρκεύματα και στα αεριούχα ποτά. Συμβουλεύεται ο ασθενής να είναι ήρεμος και να αποφεύγει τα παραπάνω.
5. **Μεγάλο μέρος της διδασκαλίας περιλαμβάνει η δίαιτα που θα πρέπει ν' ακολουθεί ο ασθενής.** Η δίαιτα εξατομικεύεται ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή και την αντοχή του εντέρου. Υπάρχουν τροφές που άλλους

ασθενείς τους πειράζουν και άλλους όχι, βέβαια την εξιδανίκευση της δίαιτας μπορεί να την καταφέρει μόνος του ο ασθενής μετά την αναχώρησή του από το νοσοκομείο, αφού ακολουθήσει ορισμένους κανόνες: α) Να αποφεύγει την πολυφαγία και τα ακατάστατα γεύματα γιατί θα φέρουν δυσφορία και θα βγάλουν το έντερο από τη σειρά που έχει απαιτήσει. Επίσης να μασά καλά την τροφή για να μπορέσει να γίνει σωστή πέψη και ο σχηματισμός των κοπράνων. β) Τα φρούτα (σύκα, σταφύλια), οι χυμοί φρούτων, οι ντομάτες μπορεί να προκαλέσουν συχνές κενώσεις επειδή αυξάνουν την περισταλτικότητα του εντέρου.

Συμβουλευτείται να τρώει φρούτα σε κομπόστα, ψητό μήλο. Τα αλκοολούχα ποτέ πρέπει να αποφεύγονται όπως π.χ. κρασί, γιατί μπορεί να ενεργήσει σαν ηπακτικό και να δημιουργήσει αέρια.

6. **Συνήθως οι περισσότεροι άρρωστοι έχουν απορίες σχετικά με το ντύσιμό τους.** Συμβουλεύονται οι ασθενείς να φορούν είτε ζώνη κοιλίας, είτε κορσέ και τα ρούχα τους να είναι ευρύχωρα. Οι γυναίκες μπορούν να φορούν παντελόνι, αρκεί να μην είναι πολύ στενό και πιέζουν υπερβολικά το στόμιο. Ακόμα οι κολοστομημένοι μπορούν να χρησιμοποιούν μαγιό, που να καλύπτει φυσικά την κολοστομία και να τους προστατεύει από τα αδιάκριτα βλέμματα και να αισθάνονται πιο άνετα.
7. **Από τα φάρμακα να μην παίρνουν υπακτικά ή φάρμακα με κάλυμμα** που διαλύονται στο έντερο γιατί αυξάνουν το περισταλτισμό και μπορούν να προκαλέσουν πόνο και δυσφορία. Και πάντα όλα τα φάρμακα να δίνονται κατόπιν εντολής ιατρού.
8. **Όσον αφορά το θέμα των ταξιδιών,** ο κολοστομημένος μπορεί να ταξιδεύει αρκεί να έχει πάντα μαζί του το κουτί της φροντίδας του στομίου

και να προσπαθούν να είναι συνεπείς στην ώρα της ατομικής τους υγιεινής. Επίσης συμβουλεύεται να έχει μαζί του αντιδιαρροϊκό φάρμακο επειδή λόγω αλλαγής κλίματος μπορεί να παρουσιαστεί ανεπιθύμητη διάρροια. Όσο για το νερό που κάνει την πλύση μπορεί να χρησιμοποιήσει πόσιμο νερό.

9. **Εξηγείται στον ασθενή που κάνει σπορ, ότι μπορεί να εξακολουθήσει να αθλείται και να συμμετέχει σε σπορ μόνο που χρειάζεται προσοχή όταν συμμετέχει σε παιχνίδια επαφής ή κάπως βίαια όπως, ποδόσφαιρο, ράγκμπι κ.ά.**
10. **Ένα πρόβλημα που συχνά παρουσιάζεται και οι ασθενείς ντρέπονται ή δεν θέλουν να συζητήσουν είναι σχετικά με τη σεξουαλική δραστηριότητα. Οι κολοστομημένοι μπορεί να έχουν κανονική σεξουαλική ζωή και θα πρέπει να αποτρέπονται αν κρατούν αρνητική στάση απέναντι στη σεξουαλικότητα, ενώ πριν είχαν φυσιολογική σεξουαλική ζωή. Σίγουρα βιώνεται διαταραχή σεξουαλικής λειτουργίας, όμως πρέπει να καταλάβουν ότι η κατάσταση είναι παροδική και η διαταραχή αυτή στηρίζεται περισσότερο στο πεσμένο ηθικό τους.**
11. **Και το ερώτημα των νέων γυναικών είναι αν μπορούν να μείνουν έγκυες. Και βέβαια μπορούν, κι από ψυχολογικής πλευράς παροτρύνονται για κάτι τέτοιο, γιατί επαναφέρει πιο γρήγορα στο κοινωνικό περιβάλλον την ασθενή και αποδεικνύεται ότι είναι υγιής και ολοκληρωμένη, όπως πριν την κολοστομία. Βέβαια είναι απαραίτητη η προσεκτική παρακολούθηση επειδή το στόμιο αλλάζει μέγεθος καθώς προχωρεί η εγκυμοσύνη και μαζί με την μεταβολή στο σχήμα της κοιλίας μπορεί να απαιτήσει προσαρμογή στο χρησιμοποιούμενο υλικό.**

12. Πολλοί ασθενείς αναρωτιούνται αν θα πρέπει να παίρνουν μια συγκεκριμένη θέση στον ύπνο. Δεν υπάρχει κανένας περιορισμός και θα πρέπει να έχουν ενημερωθεί οι ασθενείς και προτρέπει να παίρνουν διάφορες θέσεις στον ύπνο, ήδη όσο βρίσκονται στο νοσοκομείο.
13. Γνωστοποιείται τέλος στον κολοστομικό να γνωρίζει τα σημεία και τα συμπτώματα απόφραξης του στομίου ή του εντέρου και να μην πανικοβληθεί αλλά να ειδοποιήσει τον γιατρό ή το θεραπευτή μόνο αν είναι απαραίτητο. Επίσης πληροφορείται ο ασθενής ότι πρέπει να επισκέπτεται τον ιατρό συχνά, γιατί πολλές φορές επιβάλλεται η κατά διαστήματα διαστολή του στομίου, με το δάκτυλο ή κυρίως, προς αποφυγή συσφίξεως του.
14. Ενθαρρύνεται ο ασθενής να έρχεται σε επαφή με άλλα κολοστομημένα άτομα, όπως το αναγνωρισμένο από την πολιτεία Σωματείο των ομοιοπαθών (Όμιλος Κολοστομίας). Τακτικά μέλος της Διεθνούς Εταιρείας Κολοστομίας (International Ostomy Association), όπου μπορεί να συζητά τα προβλήματα, τις νέες τεχνικές, τα νέα υλικά κ.ά. (Μπεσμπέας, Μάχη και Ελπίδα, 1989).

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

κοινοποιήσουν σ' άλλα άτομα αν δεν το συζητήσουν πρώτα με τον κολοστομικό και τον φέρουν σε δύσκολη θέση.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

- 5.1. Η νοσηλευτική διεργασία ως μέθοδος
Νοσηλευτικής φροντίδας
- 5.2. Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική
παρέμβαση σε αρρώστους με καρκίνο
του παχέος εντέρου με τη μέθοδο της
νοσηλευτικής διεργασίας
 - A. Κλινική Περίπτωση 1^η
 - B. Κλινική Περίπτωση 2^η

5.1. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Νοσηλευτική διεργασία είναι η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου ανάλυσης και λύσης προβλημάτων, η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση των αποφάσεων αυτών που βασίζονται στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου. Ακολουθεί η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που έγιναν.

Η νοσηλευτική διεργασία αποτελεί μια σειρά διανοητικών ενεργειών και σκέψεων που οδηγούν σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες βασίζονται στην αξιολόγηση του ατόμου και κατευθύνονται προς τους σκοπούς που έχουν τεθεί. Η τοποθέτηση σκοπών κάνει σαφές τι ακριβώς θέλει να πετύχει η νοσηλευτική παρέμβαση ή τι θέλει να μεταβάλλει σε σχέση με την κατάσταση του συγκεκριμένου ατόμου. Τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων κρίνονται και επανακρίνονται συνέχεια με σκοπό την αναπροσαρμογή ή την αλλαγή του προγράμματος ή των ίδιων των παρεμβάσεων.

Ο επιστημονικός αυτός τρόπος εργασίας δεν χρησιμοποιείται μόνο από τους νοσηλευτές αλλά και από άλλους επιστήμονες στο χώρο της υγείας και ιδιαίτερα τους γιατρούς, με τη διαφορά ότι τα προβλήματα που διαπιστώνονται είναι διαφορετικά. Βασικά ο γιατρός ερευνά μόνο προβλήματα που έχουν σχέση με την αρρώστια, με σκοπό τη διάγνωση και τη θεραπεία.

Ο Νοσηλευτής δεν σκοπεύει μόνο στην αρρώστια αλλά κυρίως στη σημασία και τις επιπτώσεις που έχει η αρρώστια αυτή, η εισαγωγή στο νοσοκομείο ή οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα στο συγκεκριμένο άτομο, στην οικογένεια του αρρώστου και στην κοινότητα. Μελετά τις ψυχολογικές, πνευματικές και κοινωνικές επιπτώσεις (Κυριακίδου Θ.Ε., 1995).

5.2. ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

A. ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1^η

Ιατρικό ιστορικό

Ο ασθενής Ι.Ζ., 60 ετών, εισήχθη στο Νοσοκομείο Αγρινίου στις 20/9/2001. Ο ασθενής έφερε αριστερή κολοστομία από 10/9/2000. Ο ασθενής φρόντιζε μόνος του την κολοστομία. Έγινε περιποίηση της κολοστομίας. Αντιμετωπίστηκαν προβλήματα υγείας του ασθενούς.

ΠΙΝΑΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Ο ασθενής φέρει αριστερή κολοστομία από 10/9/2000.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Καλή, φυσιολογική λειτουργία του εντέρου που φέρει την κολοστομία. - Πρόληψη επιπλοκών. 	<ul style="list-style-type: none"> - Να γίνει γνωστό από τον ασθενή για τον τρόπο που φροντίζει την κολοστομία του μέχρι τώρα. Ενθάρρυνση του ασθενούς να εκφράσει τα συναισθήματά του. - Να προγραμματίζεται αλλαγή του σάκου κολοστομίας για να απομακρύνονται τα περιττώματα του εντέρου ½ προ του φαγητού και όταν υπάρχει κένωση. Να ενημερώνεται ο ασθενής για τη νοσηλεία. - Να ληφθούν μέτρα ώστε ο ασθενής να αισθάνεται άνετα, κατά την κένωση του εντέρου. - Να δοθεί αναπαυτική θέση στον ασθενή για να παρακολουθεί την διαδικασία φροντίδας του στομίου. - Να γίνει κακό πλύσιμο των χεριών και να φορέσουν γάντια τόσο το νοσηλευτικό προσωπικό όσο και ο ασθενής που θα συμμετέχει στη νοσηλεία. 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε συζήτηση και ο ασθενής είπε ότι διδάχτηκε τη διαδικασία περιποίησης της κολοστομίας από το νοσοκομείο που χειρουργήθηκε. Εισακούσθηκε με προσοχή. - Έγινε σαφές στον ασθενή ότι η αλλαγή του σάκου κολοστομίας θα γίνεται με τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού, μια και ο ασθενής δεν έχει κάποιον για να τον φροντίσει. Ενημερώθηκε για τη νοσηλεία. - Αφού έγινε συγκέντρωση υλικού, απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες και τοποθετήθηκε παραβάν. - Τοποθετήθηκε ο ασθενής σε ύπτια, ελαφρώς ανάρροπη θέση, ώστε συμμετείχε κι ο ίδιος στη νοσηλεία. - Έγινε πλύσιμο των χεριών, τοποθετήθηκαν τα γάντια και τετράγωνο αδιάβροχο αλλαγών κάτω από το σώμα του αρρώστου. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής εξέφρασε τη δυσαρέσκεία του λέγοντας: «Είμαι μόνος μου σ' αυτόν τον κόσμο. Η ανάγκη με ώθησε να μάθω να φροντίζω μόνος μου τον εαυτό μου». - Ο ασθενής ευχαρίστησε τη νοσηλεύτρια γιατί φροντίζει τόσο πολύ γι' αυτόν. - Εξασφαλίσθηκε άνεση και διατηρήθηκε η αξιοπρέπεια του ασθενούς. Έγινε η περιποίηση της κολοστομίας με τη συμμετοχή του ασθενούς μισή ώρα πριν το φαγητό. Η κένωση ήταν φυσιολογική. Στόμιο ροζ, διαμέτρου 8 εκ. περιπού. Δεν παρατηρήθηκε ερυθρότητα, οίδημα ή εξέλκωση γύρω από το στόμιο. Μετά τη νοσηλεία ο ασθενής έφαγε ήρεμος.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
	<ul style="list-style-type: none"> - Να γίνει περιποίηση του κολοστόμιου και του περιστομιακού δέρματος, με παράλληλη αξιολόγησή τους. - Προστασία του δέρματος γύρω από το στόμιο από ερεθισμό και μόλυνση. 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε αφαίρεση του σάκου και απομάκρυνση του υλικού στον πλαστικό σάκο των αχρήστων. Με κυκλικές κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια έγινε η περιποίηση με βαμβάκι βρεγμένο με χλιαρό νερό, χωρίς σαπουνί. - Ο ασθενής τοποθέτησε μόνος του προστατευτικό υλικό gel στο δέρμα και κάλυψε τις πτυχές του περιστομιακού δέρματος με πάστα Kanava. Στη συνέχεια, τοποθετήθηκε ο νέος σάκος σε απόσταση 0,3 εκ. από το κολοστόμιο. - Τέλος, εφαρμόσθηκε ζώνη στήριξης στη στεφάνη του σάκου. 	<ul style="list-style-type: none"> - Δεν χρησιμοποιήθηκε σαπουνί προς αποφυγή ερεθισμού του δέρματος. - Με το υλικό αυτό προστατεύεται το δέρμα από ερεθισμό. Στην επόμενη αλλαγή δεν παρατηρήθηκε διαρροή του περιεχομένου της συσκευής. - Η απόσταση αυτή είναι κατάλληλη για να μην ερεθιστεί το κολοστόμιο. Επίσης δεν αφήνεται μεγάλο μέρος του δέρματος ακάλυπτο. - Επιτυχάνεται η ακινητοποίηση της συσκευής στο σώμα του ασθενούς. 	

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Επίσχεση ούρων.	Να διευκολύνουμε τον ασθενή να ουρήσει μέχρι το απόγευμα.	<ul style="list-style-type: none"> - Να εφαρμοστούν συντηρητικά μέτρα για διευκόλυνση της διούρησης. - Να συστήνεται στον άρρωστο να σηκώνεται και να αποφεύγεται η ακινησία. - Να γινεί καθετηριασμός κύστεως και να ενημερωθεί ο γιατρός. - Να προληφθεί ο κίνδυνος ουρολοιμώξης. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ανοίχτηκε η βρύση του μπάνιου για να προκληθεί το αντανακλαστικό της ούρησης. - Ο άρρωστος σηκώνεται σε καθιστή ή ημικαθιστή θέση και βαδίζει μόνο μέχρι το μπάνιο. - Ο ασθενής έριξε μόνος του χλιαρό νερό στα γεννητικά όργανα προκειμένου να ουρήσει. - Ενημερώθηκε ο ασθενής για τον καθετηριασμό και συγκατατέθηκε για να γίνει η νοσηλεία. Τοποθετήθηκε παραβάν για την κάλυψη του ασθενούς από τα βλέμματα των άλλων ασθενών. Τηρήθηκαν οι αρχές ασηψίας. Έγινε τοπική καθαριότητα πριν τον καθετηριασμό από το νοσηλευτή της κλινικής. 	<ul style="list-style-type: none"> - Δεν προκλήθηκε χάλαση του σφιγκτήρα μιάς της ουρήθρας. - Η μυϊκή δραστηριότητα αυξάνει τον τόνο των λείων μυών επομένως και της κύστεως. - Η προσπάθεια του ασθενούς απέτυχε. - Ενημερώθηκε ο γιατρός και έγινε προσπάθεια καθετηριασμού από το νοσηλευτή για αποβολή των ούρων. Ο καθετήρας δεν τέθηκε σε σωστή θέση και έγινε προσπάθεια να αλλαχθεί. Τελικά τέθηκε ο καθετήρας και ο άρρωστος ούρησε. Μετρήθηκαν τα ούρα 24ώρου (ήταν 800 ml στις 24/9/2001 και 1300 cc στις 25/9/2001)

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε πλύσιμο πολύ καλό των χεριών του για την πρόληψη μετάδοσης μικροβίων. Ετέθη καθετήρας Foley Νο 16 και συνδέθηκε με ογκομετρικό ούρων με εντολή γιατρού. - Ο ουροσυλλέκτης τοποθετήθηκε κάτω από το επίπεδο της κύστεως για να ακολουθεί την αρχή της βαρύτητας. - Χορηγούνται αντιβιώσεις Flagyl και Zinacef 1 x 3 για προληπτικούς λόγους. - Συστήθηκε στον άρρωστο να παίρνει πολλά υγρά. Ο καθετήρας θα παραμείνει μέχρι τις 28/9/2001. 	<ul style="list-style-type: none"> - Εξασφαλίζεται συνεχής ροή των ούρων και προλαμβάνεται η παλινδρόμησή τους προς την κύστη με πιθανή μόλυνση. - Το Zinacef χορηγείται σε λοιμώξεις από αιμόφιλο της ινφλουέντζας ή γονόκοκκο. Το Flagyl σε λοιμώξεις από αναερόβια μικρόβια. - Με τη λήψη υγρών επιτεύχθηκε ωριαία αποβολή ούρων τουλάχιστον 50 ml και αποφεύγεται η μόλυνση με την συνεχή ροή των ούρων προς τα κάτω.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Στις 25/9/2001 ο ασθενής οδηγήθηκε εκτάκτως στο χειρουργείο. Όταν επέστρεψε παρουσίασε αναπνευστική δυσχέρεια εξαιτίας της συσσώρευσης εκκρινμάτων στο βρογχικό δέντρο.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Η κατάλληλη προετοιμασία της αίθουσας ανάνηψης για την καλύτερη μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς και την πρόληψη επιπλοκών. - Προσπάθεια απόδοσης των εκκρίσεων και αποκατάσταση της αναπνευστικής λειτουργίας σε σύντομο χρόνο για αποφυγή της υποξαιμίας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Να εξοπλιστεί ο χώρος της ανάνηψης με συσκευές όπως σφυγμομανόμετρο, ακουστικά, αναρροφητήρα, συσκευή οξυγόνου, διαλύματα και φάρμακα. - Να ετοιμαστεί το χειρουργικό κρεβάτι και το κομοδίνο του αρρώστου. - Να γίνεται συνεχής έλεγχος των ζωτικών του σημείων. - Να τοποθετηθεί ο ασθενής στη σωστή και άνετη θέση. - Να χορηγηθούν με εντολή γιατρού βλεννολυτικά αποχρεμπτικά. - Να ενθαρρυνθεί ο ασθενής να κάνει αναπνευστική γυμναστική και να αλλάξει συχνά θέσεις. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο χώρος ανάνηψης είναι πάντα έτοιμος μετά από κάθε χειρουργείο, για να δεχθεί το νέο ασθενή. Επανάλεγχος. - Τοποθετήθηκε αδιάβροχο και τετράγωνο κεφαλής. Χορηγείται κουβέρτα στον άρρωστο για να διατηρείται ζεστός. Το κομοδίνο του περιέχει νεφροειδές, χαρτοβάντακο, χαρτοσακούλα. Θ: 37,3° C - Α.Π.: 130/80 mmHg - Σφύξεις: 80/min - Τοποθετήθηκε σε θέση Fowler. - Ενημερώθηκε ο γιατρός με εντολή του οποίου χορηγήθηκε amp. Bisolvon 1 x 3. - Δόθηκε εξασκητής αναπνοών και ο ασθενής άρχισε αναπνευστική γυμναστική. Αλλάζει θέση κάθε 30 min. 	<ul style="list-style-type: none"> - Επιτυχάνεται αντιμετώπιση των αναγκών και μετεγχειρητικών επιπλοκών του αρρώστου. - Είναι καλή η γενική κατάσταση του ασθενούς. - Η θέση Fowler (ανάρροπη) βοηθά τον ασθενή στην καλύτερη επίτευξη των πνευμόνων. - Η amp. Bisolvon δόθηκε για τη ρευστοποίηση των βρογχικών εκκρίσεων. - Ο ασθενής παίρνει 10 βαθιές αναπνοές κάθε 1h και αλλάζει θέση κάθε 30 min. Έτσι επιτυγχάνεται η μετακίνηση και αποβολή των βρογχικών εκκρίσεων.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> - Προαγωγή του βήχα. - Να αποφευχθεί η ανησυχία και η αναπνευστική δυσχέρεια του ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε ενθάρρυνση του ασθενούς να βήχει και εφαρμογή πιστικής επίδεσης στην περιοχή του τραύματος για υποστήριξη του κατά το βήχα. - Ετέθη μάσκα Venturi 50% με εντολή γιατρού, στη 1.00 μ.μ. 	<ul style="list-style-type: none"> - Μειώθηκε η αναπνευστική δυσχέρεια την 4^η μετεγχειρητική μέρα όπου έγινε διακοπή του O₂.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Αιματοκρίτης 31 Αιμοσφαιρίνη 11,5 mg% Ερυθρά: 4.000.000 mm³</p>	<p>- Να επανέλθουν οι τιμές των αιματολογικών εξετάσεων του ασθενούς στα φυσιολογικά επίπεδα. - Διόρθωση της αναμίας.</p>	<p>- Να ενημερωθεί ο γιατρός για τα αποτελέσματα των εξετάσεων. - Να αποκατασταθεί η διαίτα του ασθενούς που μέχρι τώρα ήταν υδρική. - Να διατηρηθεί ενεργειακό ισοζύγιο και να μειωθούν οι ανάγκες του οργανισμού σε οξυγόνο. - Να αυξηθεί ο όγκος των υγρών για την πρόληψη ολιγαμικού shock. - Να χορηγηθεί O₂ με μάσκα.</p>	<p>- Ενημερώθηκε ο γιατρός και συνέστησε τη χορήγηση σιδήρου μαζί με βιταμίνη C. - Μετά την 4^η μετεγχειρητική μέρα άρχισε να χορηγείται κοκκίνο κρέας σε πολτοποιημένη μορφή. - Αναπαύεται ο ασθενής. Του συνεστήθη να αποφεύγει την κόπωση και τις συγκινήσεις. - Την 1^η και 2^η μετεγχειρητική μέρα χορηγήθηκαν 2 μονάδες πλάσμα με εντολή και υπογραφή γιατρού. Η 1^η μονάδα πλάσμα ετέθη στις 1.00 π.μ. με Νο 11843, RH 0(+) και ημερομηνία λήξης 25/9/2001. Η 2^η μονάδα ετέθη στις 1.45 π.μ. με Νο 11822, RH 0 (+) και λήξη 25/9/2001. - Έγινε υποστηρικτική χορήγηση O₂ με μάσκα για αύξηση της πρόσληψης O₂ από τα ερυθροκύτταρα.</p>	<p>- Βοηθά στην καλύτερη απορρόφηση σιδήρου από τον οργανισμό. - Η διαίτα του ασθενούς πλούσια σε σίδηρο δεν απέδωσε εξαιτίας των εμέτων που παρουσίασε ο ασθενής. - Με την ανάπαυση περιορίστηκαν οι ανάγκες της περιφέρειας σε οξυγόνο. - Έγινε επανάληψη αιματολογικών εξετάσεων μετά 5 ημερών και τα επίπεδα ήταν: αιμοσφ. Hb = 14 mg% αιματοκρίτης Ht = 40</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<p>- Να διαπιστώσουμε αν ο ασθενής αναφέρει δύσπνοια και κόπωση ημερησίως και να μετράμε σφύξεις – αναπνοές.</p>	<p>- Γίνεται έλεγχος των ζωτικών σημείων καθημερινά. Α.Π.: 130/80 mmHg Θ: 37° C Σφύξεις: 80/min</p>	<p>- Δεν παρατηρείται παρέκκλιση από τα φυσιολογικά επίπεδα.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Το πρώτο 24ωρο μετά την επέμβαση ο ασθενής παραπονέθηκε για πόνο στο περινεϊκό τραύμα.</p>	<p>- Να γίνει προσπάθεια να μειωθεί ο πόνος μετά το 48ωρο και να ανακουφιστεί ο ασθενής.</p>	<p>- Να ρωτηθεί ο ασθενής αν πονάει και σε άλλο σημείο του σώματός του και τότε εμφανίζει μεγαλύτερη επιδείνωση, ο πόνος.</p> <p>- Να διαπιστωθεί αν ακτινοβολεί και προς τα πού, αν έχει σχέση με την αναπνοή.</p> <p>- Να παρατηρηθούν τα χαρακτηριστικά του πόνου, δηλαδή αν είναι αμβλύς ή οξύς, συνεχής ή διαλείπων.</p> <p>- Να καταγραφούν οι διαπιστώσεις και να ενημερωθεί ο χειρουργός και ο αναισθησιολόγος.</p> <p>- Να τοποθετηθεί ο ασθενής σε κατάλληλη θέση που να τον αναπαύει και να μειώνει το σίσημα του πόνου.</p> <p>- Να γίνει επικοινωνία με τον ασθενή για να εκφράσει τα συναισθήματά του και να απαλλαγεί από δυσάρεστες συναισθηματικές ή περιβαλλοντικές καταστάσεις που επιδεινώνουν τον ήδη υπάρχοντα πόνο.</p>	<p>- Ο ασθενής απάντησε ότι πονάει στην κοιλιακή του χώρα, κυρίως όταν βήχει, και αναπνέει βαθιά. Καθρησυχιάστηκε από το γεγονός ότι ο πόνος προέρχεται από την επέμβαση.</p> <p>- Τη νύχτα ο πόνος συνεχίστηκε και ενημερώθηκε ο γιατρός.</p> <p>- Χορηγήθηκε Pethidine 0,5 mg 1 x 4.</p> <p>- Τοποθετήθηκε ο ασθενής σε θέση Fowler.</p> <p>- Τις πρωινές ώρες έγινε συζήτηση με τον ασθενή και ζήτησε να δει κάποια αγαπημένα του πρόσωπα γιατί νιώθει μόνος του.</p> <p>Εξασφαλίστηκε επικοινωνία με τα πρόσωπα αυτά και τελικά ήρθαν να επισκεφτούν τον κύριο Ι.Ζ.</p> <p>Δημιουργήθηκε ήσυχο περιβάλλον χωρίς θορύβους.</p>	<p>- Η Pethidine χορηγείται σε έντονο και επίμονο πόνο. Με την τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση και τα υπόλοιπα συντηρητικά μέτρα ο πόνος υποχώρησε την 3^η μετεγχειρητική ημέρα.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<p>- Να παρατηρηθεί η περιοχή του τραύματος για διαπίστωση σημείων φλεγμονής. Να διαπιστωθεί η ύπαρξη άλλων παραγόντων όπως (καρφίτσες ασφαλείας, σωλήνες παροχέτευσης, σφικτές επιδέσεις) που προκαλούν πόνο.</p> <p>- Να γίνει εδρόλουτρο.</p>	<p>- Δίνεται προσοχή στο περινεϊκό τραύμα αλλά δεν διαπιστώθηκε φλεγμονή ούτε άλλοι παράγοντες που προκαλούν πόνο.</p> <p>- Έγινε εδρόλουτρο την 1^η μετεγχειρητική μέρα με τη συγκατάθεση του ασθενούς.</p>	<p>- Δεν παρατηρείται παρέκκλιση από τα φυσιολογικά επίπεδα.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Μόλυνση στο περινεϊκό τραύμα την 3^η μετεγχειρητική ημέρα.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Να βρεθούν και να εξουδετερωθούν οι ενοχοποιητικοί παράγοντες για την μόλυνση. - Να απαλλαγεί ο ασθενής από δυσάρεστα συμπτώματα μέσα σε ένα 24ωρο. 	<ul style="list-style-type: none"> - Να τηρούνται άσηπτες τεχνικές και αποστειρωμένα εργαλεία κατά τις αλλαγές. - Να δίνεται προσοχή στην καθαριότητα του θαλάμου του ασθενούς. - Να παρακολουθείται το τραύμα για εμφάνιση σημείων φλεγμονής. - Να παρατηρείται και να αναγράφεται το χρώμα, η οσμή και το ποσό του παροχτετευόμενου υγρού. - Να αλλάζεται το επιδερμικό υλικό. - Να γίνονται εδρόλουτρα 2 φορές την ημέρα ή πιο συχνά κατά την ιατρική οδηγία. 	<ul style="list-style-type: none"> - Κατά τη διάρκεια των αλλαγών γίνεται πλύσιμο των χεριών και χρησιμοποίηση αποστειρωμένων εργαλείων. Τηρούνται οι αρχές ασηψίας. - Οι αλλαγές εκτελούνταν σε ειδικό δωμάτιο αλλαγών. - Κατά την επισκόπηση και ψηλάφηση το τραύμα εξαιτίας της μόλυνσης έγινε επώδυνο, οίδηματώδες και ζεστό. - Αναγράφονται στη λογοδοσία τα σχετικά με το παροχτετευόμενο υγρό. - Γίνεται αλλαγή του επιδερμικού υλικού δύο φορές την ημέρα. - Έγινε εδρόλουτρο το πρωί, σύμφωνα με ιατρική εντολή. 	<ul style="list-style-type: none"> - Με την τήρηση άσηπτων τεχνικών προλαμβάνεται η περαιτέρω επέκταση της μόλυνσης. - Τα συμπτώματα της φλεγμονής εμφανίζονται 36-48 ώρες μετά την έναρξη της φλεγμονώδους επεξεργασίας. Υποχώρησαν την 5^η μετεγχειρητική μέρα. - Η παροχέτευση πύδους και δύσσομου υγρού από το τραύμα μειώθηκε με τις συνεχείς αντισηπτικές πλύσεις του τραύματος και την αλλαγή του επιδερμικού υλικού που βοηθάει στην προοδευτική επούλωση του τραύματος. - Τα εδρόλουτρα ανακουφίζουν από τον πόνο.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
	<ul style="list-style-type: none"> - Να παρακολουθείτε το τραύμα για πιθανή αιμορραγία. - Να εξασφαλίζεται άνετη θέση στον ασθενή. - Να γίνεται συχνή λήψη ζωτικών σημείων. - Να χορηγηθεί ειδική αντιβίωση μετά από καλλιέργεια του υγρού του τραύματος. - Να χρησιμοποιηθούν θερμά επιθέματα πάνω στο τραύμα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Παρακολουθείται το τραύμα για αιμορραγία. - Τοποθετείται ο ασθενής σε θέση ώστε να μην πιέζεται το τραύμα. - Ετέθη 3ωρη παρακολούθηση ζωτικών σημείων. - Χορηγήθηκε αντιβίωση Briklin 1 x 2 από την 3^η μετεγχειρητική μέρα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Η αναπαιτική θέση δεν συντέλεσε στη σημείωση του πόνου. - Η αύξηση της συχνότητας των σφύξεων και η πυρετική κίνηση είναι ενδεικτικά σημεία της φλεγμονής. - Το Briklin χορηγείται σε λοιμώξεις από ψευδομονάδα, σταφυλόκοκκο και εντεροβακτηριακά που μπορεί να κάνουν μόλυνση σε χειρουργικό τραύμα. 	

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

B. ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2^η

Ιατρικό ιστορικό

Ο ασθενής Δ.Π., 63 ετών, εισήχθη στο Νοσοκομείο Αγρινίου στις 10/8/01 για να υποβληθεί σε ιατρικές εξετάσεις. Ο ασθενής παρουσίασε απώλεια αίματος από το ορθό και αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης. Διαπιστώθηκε όγκος στην περιοχή του ορθού.

Ατομικό και οικογενειακό ιστορικό

Ο ασθενής είχε εμφανίσει ελκώδης κολίτι κατά το παρελθόν. Ενώ κατά το οικογενειακό, το μόνο που αναφέρθηκε ήταν σακχαρώδης διαβήτης.

Κλινική εξέταση συστημάτων

Κοιλιά: Μαλακή, ευπίεστη, φυσιολογική

Καρδιά: Δεν παρουσιάζει αντενδείξεις

Δακτυλική εξέταση: Μάζα ορθού, αιματηρά κόπρανα

Εργαστηριακές εξετάσεις

Αίματος: Αιμοσφαιρίνη 13, Αιματοκρίτης 40, ΤΚΕ 15.

Βιοχημικές: UREA 18mg/dl, Creative 0,8, Alk. Phos. 128 U/L, ALT 7,
Amylase 74, AST 19

Νοσηλευτικό ιστορικό

Ο κύριος Δ.Π. εισήχθη στις 10/8/01 στην Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου Αγρινίου με ζωτικά σημεία αρτηριακή πίεση 145/7.5mmHg, σφύξεις 80/min, θερμοκρασία 36,7ο C.

Το χειρουργείο ορίσθηκε στις 13/8/01. Την προηγούμενη μέρα του έγινε υποκλυσμός (βαριούχος) και προεγχειρητική προετοιμασία την μέρα του χειρουργείου. Το χειρουργείο ήταν επιτυχές και ακολούθησε η λήψη ζωτικών σημείων του ασθενούς όπου και αυτά ήταν καλά. Ο ασθενής όμως ήταν ανήσυχος και απαιτητικός και διακατέχεται από φόβο λόγω της αδυναμίας για αυτοεξυπηρέτηση, από τον πόνο που ένιωθε και γενικά από τις ελλείψεις γνώσεις του για το χειρουργείο που υπέστη. Επίσης η θλίψη ολοκλήρωνε την εικόνα ενός γενικά καταβεβλημένου ασθενή.

Κάρτα νοσηλείας του ασθενή

Flagyl FL 1X3, Septrin amp. 1X3, Claforam FI 1X3, Dextrose 5% 1000 ml + 2 Nacl + 1 kcl.

ΠΙΝΑΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

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

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ				
ΑΝΑΓΚΕΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Απώλεια αίματος από το ορθό.	Πρόληψη αφυδάτωσης.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορήγηση υγρών IV κατ' εντολή γιατρού. 2. Παρακολούθηση ζωτικών σημείων και ισοζυγίου υγρών. 	<p>Ενδοφλέβια χορήγηση Sodium Chloride 0,9% 1000cc + 2 NaCl + 1 kcl Dextrose 5% 1000cc</p> <p>Ζωτικά σημεία: Α.Π. 130/80 mmHg Σ.Φ. 85/in Θ. 36,7° C</p>	Αναπληρώθηκαν τα υγρά του ασθενή χωρίς να παρατηρηθεί αφυδάτωση και έχοντας σταθερό ισοζύγιο.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

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

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΑΓΚΕΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Δυσκολία στην αποδοχή της κολοστομίας και ανησυχία για την εξωτερική του εμφάνιση.</p>	<p>Αποδοχή της κολοστομίας. Απομάκρυνση των δυσάρεστων συναισθημάτων.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ενημέρωση του ασθενούς και των οικείων του σχετικά με την κολοστομία και την ομαλή συνέχιση της ζωής του. 2. Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς ώστε να αποδεχθεί την καινούρια σωματική εικόνα με το μικρότερο γι' αυτόν ψυχολογικό κόστος. 3. Ενημέρωση για την φροντίδα της κολοστομίας. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ενημέρωση του ασθενή για την συχνότητα της κολοστομίας στις παθήσεις του παχέος εντέρου. 2. Ενισχύθηκε ψυχολογικά ο ασθενής και επιβεβαιώθηκε ότι η πορεία του θα έχει καλή εξέλιξη και θα υπάρξει λύση σε κάθε πρόβλημα. 3. Έγινε επίδειξη πλήσης της κολοστομίας ώστε να εξοικειωθεί ο ασθενής και να την φροντίζει μόνος του. 	<p>Το αποτέλεσμα της παρέμβασης ήταν αρνητικό αφού ο ασθενής δεν δέχθηκε να περιποιηθεί την κολοστομία από μόνος του.</p>

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΑΓΚΕΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Μετεγχειρητικός πόνος τραύματος.	Αντιμετώπιση του πόνου και μείωση αυτού όσο το δυνατόν περισσότερο.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Αναζήτηση των αιτιών του πόνου. 2. Εκτίμηση της αντίληψης του πόνου από τον ασθενή. 3. Μείωση της έντασης και της ανησυχίας του ασθενή. 4. Τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση. 5. Χορήγηση αναλγητικού φαρμάκου. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ανεύρεση αιτιών που προκαλούν τον πόνο. 2. Μειώθηκαν οι επισκέψεις. 3. Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος του ασθενούς. 4. Υποστηρίχτηκαν τα μέλη του σώματος με μαξιλάρι για κατάλληλη θέση χαλάρωσης του ασθενή. 5. Χορηγήθηκε 1 amp Pethidine μετά από ιατρική εντολή. 	Ο ασθενής παρουσιάζει υποχώρηση του πόνου όπως φαίνεται από την προφορική έκφρασή του, τη χαλαρή έκφραση του προσώπου του και τη θέση του σώματος.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΑΓΚΕΣ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Ανησυχία, εκνευρισμός λόγω κακής αποδοχής της κολοστομίας.	Μείωση της εντάσεως του ασθενούς και εξασφάλιση της ηρεμίας του.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Συζήτηση με τον ασθενή για τυχόν απορίες του και λύση αυτών. 2. Δέσμευση του Νοσηλευτικού προσωπικού ότι θα τον βοηθήσει σημαντικά ώστε να ξεπεράσει το πρόβλημά του. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Έγινε διάλογος με τον ασθενή. 2. Παροχή βοήθειας προς τον ασθενή από το προσωπικό και ενημέρωση για το κουδούνι στο δωμάτιο του ασθενούς για κλήσεις του προσωπικού. 3. Έγιναν επανειλημμένες προσπάθειες για την εκμάθηση της περιποίησης της κολοστομίας από τον ίδιο και τους συγγενείς. 	Η ένταση του ασθενούς μειώθηκε. Ηρέμησε και απεδέχθη την κολοστομία και προθυμοποιήθηκε για την περιποίηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Εφόσον ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι μια μορφή καρκίνου με μεγάλο ποσοστό θνησιμότητας, είναι επιτακτική η ανάγκη:

- 1) Να επισημανθεί το μέγεθος του προβλήματος.
- 2) Να χαρακτηρισθούν με μεγάλη σαφήνεια οι ομάδες υψηλού κινδύνου.
- 3) Να βελτιωθούν οι υπάρχουσες τεχνικές έγκαιρης διάγνωσης.
- 4) Να αξιολογηθούν οι υπάρχουσες στρατηγικές στην παρακολούθηση των αιτιών.
- 5) Να αναπτυχθούν γαστρεντερολογικές ενδοσκοπικές μονάδες σε κάθε νομαρχιακό νοσοκομείο, με δυνατότητα επεμβατικής κολονοσκόπησης.

Ως νοσηλευτές οφείλουμε να είμαστε δίπλα στο νοσηλευόμενο ώστε να αντιμετωπίσουμε τον ασθενή σωστά, να του προσφέρουμε κατάλληλη θεραπεία και ψυχολογική υποστήριξη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αδαμόπουλος, Α.Τ. Ca παχέος εντέρου, Νοσοκομειακά Χρονικά, 1988, 5 (3): σ.17-21.
- Αδραχτά Δ., Καραχάλιος Ν.Γ. Η διαγνωστική αξία του καρκινοεμβρυϊκού, Greek Journal of Clinical Pathology, τόμος 10^{ος}, 11^{ος}, 12^{ος}.
- Αθανάτου Κ.Ε. Κλινική Νοσηλευτική – Βασική και ειδική νοσηλεία, Επίτομος, Εκδόσεις Αθανάτου, έκδοση 5^η, Αθήνα 1995.
- Αρβανιτάκης Κ. Καρκίνος του παχέος εντέρου, Ελληνική Ιατρική, τόμος 60^{ος}, τεύχος 1^ο, Ιαν.-Φεβρ. 1994.
- Ασπιώτης Ν. Φυσιολογία του ανθρώπου, έκδοση 6^η, τόμος 2^{ος}, Αθήνα 1984.
- Βλάχος Η.Λ. Ακτινοδιαγνωστική του γαστρεντερικού συστήματος και η θέση της αδελφής, Πρακτικά Ε.Σ.Δ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη 1988, σ.178-182.
- Γίτσιος Κ. Νοσολογία (εξέταση συστημάτων), Β. έκδοση, Αθήνα 1987.
- Γολεμάτης Β., Παπαδόπουλος Σ. Νεοπλάσματα παχέος εντέρου και ορθού. Μεταπτυχιακή Χειρουργική, τόμος 2^{ος}, Έκδοση University Studio Press, έκδοση 1^η, Θεσσαλονίκη 1993.
- Δεσποτόπουλος Α., Silbernagl S. Εγχειρίδιο φυσιολογίας, Επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1989, σ.200-201, 230.
- Διαμαντής Θ., Πικούλης Ε. Πολύποδες του παχέος εντέρου, Ιατρικά Χρονικά, τόμος 19^{ος}, τεύχος 5^ο, Μάιος 1996, Εκδόσεις Ε.Μ. Μωραΐτου – Σιδερίδη, σ.256-258.
- Δοντάς Ν. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην ογκολογική πράξη. Σεμινάριο Νοσηλευτριών σε θέμα: Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου. Αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, Επίτομος, Αθήνα 1991.

Εμμανουηλίδης Ε. Προκαρκινικές καταστάσεις του πεπτικού σωλήνα.

Ογκολογία πεπτικού συστήματος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1991, σ.5-23.

Ιακωβίδου Δ. Φροντίδα ατόμων με κολοστομία και αποκατάσταση. Σεμινάριο

νοσηλευτριών με θέμα: Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου.

Αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, Επίτομος, Αθήνα 1991.

Καλαφάτης Ε. Lasers στη γαστρεντερολογία, Ελληνική Γαστρεντερολογία,

τόμος 3^{ος}, τεύχος 3^ο, Ιούλιος 1990, Εκδόσεις Ελληνικής

Γαστρεντερολογικής Εταιρείας, σ.256-259.

Καλχάνης Ν.Γ. Καρκίνος παχέος εντέρου, Χειρουργική, τόμος 2^{ος}, Ιατρικές

Εκδόσεις Πασχαλίδης Π.Χ., Αθήνα 1987, σ.460-501.

Κανδύλης Κ. Ποιότητα ζωής του καρκινοπαθούς στο τελικό στάδιο, Ελληνική

ογκολογία, τόμος 29^{ος}, τεύχος 1^ο, Ιαν.-Μαρ. 1993, Ιατρικές Εκδόσεις

Ζήτα, σ.66-74.

Καραμανώλης Δ., Αδαμόπουλος Δ. Πρόληψη του καρκίνου του παχέος

εντέρου, Ελληνική Ιατρική, τόμος 60^{ος}, τεύχος 1^ο, Ιαν.-Φεβ. 1994,

Εκδόσεις University Studio Press, σ.17-19.

Καραμανώλης Δ., Παπαθεοδωρίδης Β.Γ. Νεώτερα δεδομένα στην πρόληψη

του καρκίνου του παχέος εντέρου, Ιατρική, τόμος 69^{ος}, τεύχος 1^ο,

Ιανουάριος 1996, Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, σ.27-30.

Κορδιόλης Ν. Καρκίνος του ορθού και του ορθοσιγμοειδούς, 1973, 24 (1):,

σ.9-13.

Κοτρίβης Π., Τριανταφυλλίδης Γ. Ογκολογία του πεπτικού συστήματος, Βήτα,

Αθήνα, 1991.

Κουτσογιαννακόπουλος Β. Επιδημιολογία, Ιωάννινα 1984.

- Κυπαρισσιάδη Π.* Μαθήματα ακτινοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, 1990.
- Κυριακίδη Π., Κωνσταντινίδου Σ., Δημητρίου Ε., Τζάλλη-Βεγκρή Α.* Ψυχολογικά προβλήματα καρκινοπαθών με καρκίνο μαστού και εντέρου, Πρακτικά 5^{ου} και 6^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου, Αθήνα 1980, σ.189-211.
- Κυριακίδου Ε.* Η εκπαίδευση της νοσηλεύτριας στην ογκολογική νοσηλευτική, Νοσηλευτική, τεύχος 5^ο, Σεπτ.-Οκτ. 1986, Εκδόσεις Υγείας Θεράπεινα Ε.Σ.Δ.Ν.Ε., σ.169-176.
- Κυριακίδου Θ.Α.* Κοινωνική Νοσηλευτική, Επίτομος, Αθήνα 1995, σ.103-104.
- Λεοντσάκου Β.Γ.* Άμεσες επιπλοκές της χειρουργικής θεραπείας του παχέος εντέρου, Ιατρική, 1969, 15 (2): σ.143-151.
- Λιάτσος Χ., Ρόκκας Θ.* Προληπτικός μαζικός έλεγχος πληθυσμού για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου παχέος εντέρου. Γαληνός, τόμος 35^{ος}, τεύχος 4^ο, Ιούλ.-Αύγ. 1993, Εκδόσεις Κ.Γ. Στασινόπουλος, σ.330-341.
- Μακρής Ι., Χατζημήσιος Κ., κ.ά.* Σχέση Ph κοπράνων καρκίνου παχέος εντέρου, Ελληνική Χειρουργική, τόμος 64^{ος}, τεύχος 3^ο, Μάιος-Ιούν. 1992, Εκδόσεις Βαρελά Α. Ο.Ε., σ.252-256.
- Καλγαρίνου Μ.Α., Κωνσταντινίδου Σ.Φ.* Παθολογική Χειρουργική, τόμος 1^{ος}, εκδόσεις Ταβιθά Σ.Α., έκδοση 18^η, Αθήνα 1994.
- Μαλγαρινού Μ.Α., Κωνσταντινίδου Σ.* Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική, Εκδόσεις Ταβιθά Σ.Α., τόμος 2^{ος}, έκδοση 17^η, Αθήνα 1999.
- Mayer J.R.* Όγκοι του παχέος και του λεπτού εντέρου, μετάφραση Ανευλαβής Ε., κ.ά., τόμος 2^{ος}, εκδόσεις Παριστάνου, Αθήνα 1994, σ.1684-1689.
- Πέλας Π.* Χειρουργική, Πασχαλίδης, Αθήνα 1987.

- Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου.* Ο ρόλος της Νοσηλευτικής ογκολογίας στη χημειοθεραπεία. Εκπαίδευση του αρρώστου και μέτρα προφύλαξης, Πρακτικά 14^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Ε.Σ.Δ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη 1987, σ.200-206.
- Μπουζάς Ι.Α.* Ο καρκίνος του παχέος εντέρου στη φλεγμονώδη εντερική νόσο και η πρόληψή του. Ιατρική, τόμος 73^{ος}, τεύχος 3^ο, Μάρτιος 1998, Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, σ.219-227.
- Μπαμπλέκος Γ., Τζαρδής Π.* Νεότερα δεδομένα της αιτιοπαθογένειας του καρκίνου του παχέος εντέρου, Ελληνική Χειρουργική, τόμος 67^{ος}, τεύχος 4^ο, Ιουλ.-Αύγ. 1995, Εκδόσεις Δεληγιάννη Ζ. – Βαρελά Α., σ.335-345.
- Μπαρμπλούνη Ε., Κωνσταντάκου.* Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στη χημειοθεραπεία, εκπαίδευση του αρρώστου, Σεμινάριο νοσηλευτριών με θέμα: Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα καρκινοπαθή, Επίτομος, 8-9 Ιουνίου 1991.
- Μπεσμπέας Σ.* Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού, Αθήνα 1989, 25 (2): 229-241.
- Μπεσμπέας Σ.* Φροντίδα κολοστομίας κι αποκατάσταση, Μάχη κι Ελπίδα, 1989, 28: 14-18.
- Μπεσμπέας Σ., Χαραλάμπους Χ.* Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού σε ασυμπτωματικά άτομα ηλικίας 50-75 ετών με το Haemoccult test, Ελληνική Ογκολογία, τόμος 25^{ος}, τεύχος 3^ο, Ιου-Σεπτ. 1989, Εκδόσεις Ένωσης Επιστημονικού Προσωπικού Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας», σ.229-238.
- Μάντακα – Τριφύλλη Μ.* Καρκίνος και διατροφή, Μάχη κι ελπίδα, 1989, 28: 12-13.

Νικητέας Ι.Ν., Φιλιππάκη Γ.Μ. Προεγχειρητική σταδιοποίηση του καρκίνου του ορθού με τη χρήση ενδορθικού υπερηχοτομογραφήματος, *Ιατρικά Χρονικά*, τόμος 21^{ος}, τεύχος 11^ο, Εκδόσεις Ε.Μ. Ωραιτού – Σιδερίδη, σ.509-512.

Ξανθάκη Δ. Καρκίνος του ορθού και του ορθοσιγμοειδούς, *Ιατρική*, 1973, 24 (1): 31-36.

Παναγιωτόπουλος Γ., Παπαλάμπρος Σ. Χειρουργική, Επίτομος, *Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης Π.Χ.*, Αθήνα 1991.

Παπαδημητρίου Γ.Δ., Ανδρουλάκη Γ.Α. Αρχές γενικής χειρουργικής, τόμος 2^{ος}, *Επιστημονικές Εκδόσεις Γ.Κ. Παρισιάνου*, Αθήνα 1989.

Παπαχαράλαμπος Ν.Ξ. Ειδική Παθολογική Ανατομική, Επίτομος, *Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης Π.Χ.*, έκδοση 5^η, Αθήνα 1986.

Λαμπράκη-Κουρμπάνη Ε. Νοσηλευτική συμβολή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αρρώστου με καρκίνο. Σεμινάριο νοσηλευτριών με θέμα: Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή, Επίτομος, 8-9 Ιουνίου 1991.

Σαχίνη-Καρδάση Α., Λάνου Μ. Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, Βήτα, Αθήνα 1985.

Σκάρλος Δ. Η φροντίδα του καρκινοπαθούς τελικού σταδίου. Σεμινάριο νοσηλευτριών με θέμα: Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου. Αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, Επίτομος, Αθήνα 1991.

Στεφανής. Αποκατάσταση αρρώστου με καρκίνο παχέος εντέρου, Αθήνα 1981.

Τούντας Ι. Χειρουργική, Παρισιάνος, Αθήνα 1973.

Τριανταφυλλίδης Ι.Κ. Καρκίνος παχέος εντέρου και ορθού, Εσωτερική Παθολογία, τόμος 2^{ος}, Επιστημονικές Εκδόσεις Γ. Παρισιάνου, Αθήνα 1998, σ.1078-1082.

Τσιάνος Ε.Β. Σύγχρονες απόψεις στην πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και διαγνωστική προσέγγιση, Πρακτικά 17^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Γαστρεντερολογίας, Επίτομος, 19/10-2/11 1997, Εκδόσεις Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας, σ.240-243.

Χριστοδουλόπουλος Ι., Τριανταφυλλίδης Κ.Ι. Μαζικός έλεγχος φυσιολογικού πληθυσμού για καρκίνο του πεπτικού σωλήνα, Ογκολογία πεπτικού συστήματος.

Χρύσανθου Κ. Η ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του παχέος εντέρου, Ογκολογία πεπτικού συστήματος, Επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1991, σ.284-290.

