



**ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
ΘΕΜΑ: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:**

**ΤΖΙΜΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ  
ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ**

**ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**

**ΣΟΥ ANNA**

**ΠΑΤΡΑ, 2008**

**ΘΕΜΑ:**

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

## Εισαγωγή

### A ΜΕΡΟΣ

#### Κεφάλαιο 1

Ορισμός..... Σελ 3

#### Κεφάλαιο 2

Επιπτώσεις- Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά  
του καρκίνου του παχέος εντέρου..... Σελ 5

#### Κεφάλαιο 3

Αίτια και Παθογενετικοί μηχανισμοί  
του καρκίνου παχέος εντέρου..... Σελ 6

Συμπτώματα..... Σελ 10

Διάγνωση..... Σελ 11

Θεραπεία..... Σελ 15

Πρόγνωση..... Σελ 17

### B ΜΕΡΟΣ

#### Κεφάλαιο 1

Πρόληψη καρκίνου παχέος εντέρου. Ο

ρόλος του νοσηλευτή ..... Σελ 19

Προληπτικός έλεγχος..... Σελ 20

Στόχοι προληπτικού ελέγχου ..... Σελ 22

#### Κεφάλαιο 2

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με στόμια του πεπτικού συστήματος,  
κολοστομία, τύποι κολοστομίας..... Σελ 23

Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου που πρόκειται να

υποστεί κολοστομία ..... Σελ 24

Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με κολοστομία και νοσηλευτικά προβλήματα κολοστομίας.....	Σελ 25
Φροντίδα στομίου.....	Σελ 26
Διδασκαλία αρρώστου-οικογένειας.....	Σελ 27
Νοσηλευτική διεργασία.....	Σελ 28

## **Γ ΜΕΡΟΣ**

Προτάσεις και συμβουλές για τον καρκίνου του παχέος εντέρου.....	Σελ 39
--	--------

Περίληψη.....	Σελ 42
---------------	--------

Παράρτημα.....	Σελ 43
----------------	--------

Βιβλιογραφία.....	Σελ 45
-------------------	--------

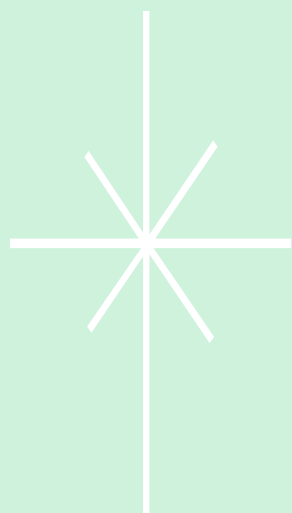
## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Ιπποκράτης ήταν αυτός που έδωσε στην πάθηση του καρκίνου το όνομα της. Παρομοίωσε τον όγκο με την εικόνα του κάβουρα (καρκίνου). Πολύ αργότερα, ο Valsava, το 1704 υποστήριξε ότι αρχικά ο καρκίνος ήταν ένα τοπικό φαινόμενο που μπορούσε να αφαιρεθεί χειρουργικά ενώ σε πιο προχωρημένο στάδιο ο καρκίνος μπορούσε μέσω των λεμφαγγείων να μεταφερθεί αλλού στο σώμα.

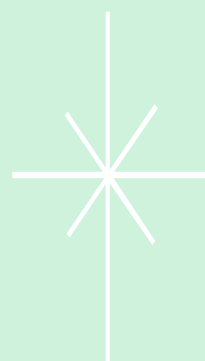
Ο καρκίνος είναι μια πάθηση η οποία μπορεί να προσβάλλει κάθε ιστό και όργανο του σώματος. Ο όρος αναφέρεται σε περίπου 150-200 διαφορετικές παθήσεις ωστόσο έχουν 2 κοινά χαρακτηριστικά στοιχεία: την απεριόριστη αύξηση των κυττάρων και τις δυσλειτουργίες τις οποίες προξενεί αυτή.

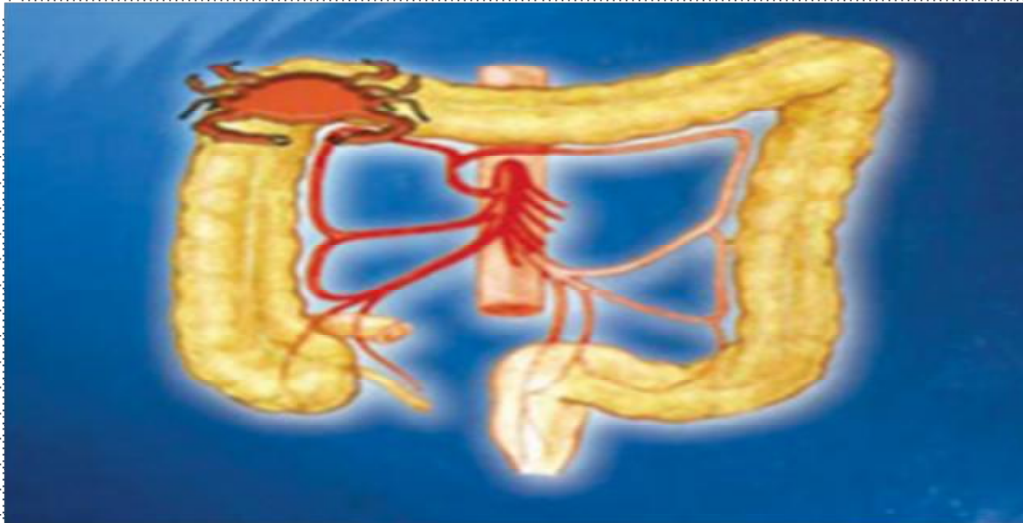
Φυσιολογικά, τα κύτταρα ενός οργανισμού αναπτύσσονται με έναν συγκεκριμένο ρυθμό έτσι ώστε να αντικαθιστούν αυτά που πεθαίνουν. Σε αρκετές όμως περιπτώσεις ο οργανισμός μπορεί να παράγει περισσότερα κύτταρα από εκείνα που πραγματικά χρειάζεται. Η συγκέντρωση αυτών των παραπάνω κυττάρων έχει σαν αποτέλεσμα την δημιουργία όγκων. Οι περισσότεροι από αυτούς είναι συνήθως αβλαβείς. Για να γίνει ένας όγκος επικίνδυνος πρέπει τα κύτταρα που τον αποτελούν να εισβάλλουν σε ιστούς και να μεταφερθούν σε άλλα μέρη του σώματος.





**Α ΜΕΡΟΣ**  
**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**  
**ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ**





## Κεφάλαιο 1

### Ορισμός

Το παχύ έντερο έχει μήκος περί τα 120 cm και έχει σαν βασικότερη λειτουργία την απορρόφηση ύδατος και ηλεκτρολυτών και την αποθήκευση των κοπράνων. Το παχύ έντερο διακρίνεται σε δεξιό κόλον (τυφλό, ανιόν, δεξιό τμήμα του εγκαρσίου) και αριστερό κόλον (αριστερό τμήμα του εγκαρσίου, κατιόν, σιγμοειδές) και το ορθό. Ο αυλός του παχέος εντέρου είναι ευρύς στο δεξιό κόλον και προς τα αριστερά γίνεται προοδευτικά περισσότερο στενός. Το τοίχωμα του εντέρου αποτελείται από τέσσερις χιτώνες (βλεννογόνο, υποβλεννογόνο, μυϊκό και ορογόνο). Το κατώτερο τμήμα του παχέος εντέρου είναι το ορθόν (απευθυσμένο). Η λήκυθος του ορθού έχει την ιδιότητα να χαλαρώνει όταν αυξάνει το περιεχόμενο του χωρίς να αυξάνουν οι ενδοορθικές πιέσεις (έχει αυξημένη ενδοτικότητα) και γι' αυτόν τον λόγο είναι ένα πολύ αποτελεσματικός χώρος αποθήκευσης των κοπράνων . (Λαδάς Σ, 2007)

Πρωκτός είναι το τελικό τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα, που έχει σαν λειτουργία την συγκράτηση των κοπράνων που αποθηκεύονται στην λήκυθο. Ο πρωκτός περιβάλλεται από δύο κυλινδρικούς μυϊκούς σχηματισμούς (σφιγκτήρες). Ο έσω σφιγκτήρας που είναι λείος μυς, λειτουργεί αυτόματα και με τη συνεχή σύσπαση του δεν επιτρέπει την διαφυγή των κοπράνων. Ο ισχυρότερος έξω σφιγκτήρας υπόκειται στην βούληση του ανθρώπου, αποτελεί τον σπουδαιότερο σφιγκτήρα και συσπάται σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης συγκράτησης των κοπράνων. Ο πρωκτικός σωλήνας χωρίζεται με την οδοντωτή γραμμή σε άνω και κάτω με την οδοντωτή γραμμή. Το κάτω τμήμα του πρωκτού έχει πολλές αισθητικές ίνες και για τον λόγο αυτό είναι πολύ ευαίσθητο. Στο άνω τμήμα αντιληπτή γίνεται μόνον η διάταση σαν αίσθημα ανάγκης προς απόδευση. ( Ευγενίδης Ν, 2001)

Ο καρκίνος μπορεί να αναπτυχθεί σε οποιοδήποτε από 4 τμήματα του εντέρου και μπορεί να έχει διαφορετικά συμπτώματα ανάλογα με τον εντοπισμό του. Είναι η νόσος που προκύπτει από την ανάπτυξη και τον πολλαπλασιασμό των παθολογικών κυττάρων στο βλεννογόνο που καλύπτει το παχύ έντερο. Τα κύτταρα αυτά έχουν τη δυνατότητα να επεκταθούν και σε άλλα μέρη του σώματος με αποτέλεσμα να χαρακτηρίζεται η νόσος αυτή κακοήθης και δυνητικά επικίνδυνη για τη ζωή. Συνήθως ο καρκίνος στο παχύ έντερο αναπτύσσεται από έναν πολύποδα. Από μία, δηλαδή, παθολογική ανάπτυξη κυττάρων στο βλεννογόνο του παχέος εντέρου, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται έτσι μάζες που προβάλλουν μέσα στον αυλό του εντέρου με μέγεθος από λίγα εκατοστά έως και πάνω από 5 εκατοστά. Αρχικά ο πολύποδας είναι μια εντελώς καλοήθης εξεργασία. Με την πάροδο του χρόνου όμως και καθώς μεγαλώνει σε μέγεθος λόγω γενετικών και διατροφικών παραγόντων αυξάνεται ο κίνδυνος να μετατραπεί σε κακοήθη. (Αγοραστός Ι, 2001)



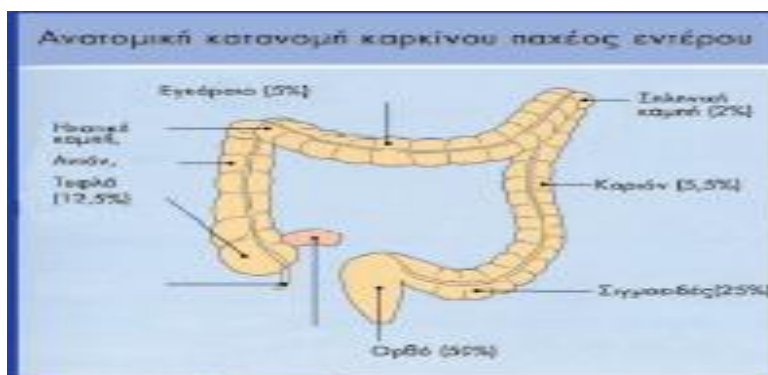
## Κεφάλαιο 2

### Επιπτώσεις- Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Κάθε χρόνο ο καρκίνος του παχέος εντέρου διαγιγνώσκεται σε 1.000.000 ανθρώπους, ενώ το 2002 αναφέρθηκαν 500.000 θάνατοι από αυτή την αιτία σε παγκόσμια κλίμακα. Στις Δυτικές κοινωνίες, αποτελεί τον τρίτο σε συχνότητα καρκίνο για άντρες και γυναίκες και τη δεύτερη σε σειρά αιτία θανάτου από καρκίνο. Στην Ευρώπη η υψηλότερη θνησιμότητα παρατηρείται σε άνδρες και γυναίκες των ανατολικών και βορειοδυτικών χωρών. Χαμηλότερη είναι η θνησιμότητα στις χώρες της νότιας Ευρώπης.

Παρά το ότι η Ελλάδα καταλαμβάνει τη χαμηλότερη θέση ανάμεσα στις χώρες της ΕΟΚ, ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι σημαντική αιτία θνησιμότητας (8,7 θάνατοι ανά 100.000 πληθυσμού) και αποτελεί την τρίτη σε σειρά αιτία θανάτου από κακοήθη νεοπλασμάτα.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα και στα δύο φύλα, ενώ ο καρκίνος του ορθού παρουσιάζεται συχνότερα στους άνδρες. Το 55% των νεοπλασμάτων εντοπίζεται στο ορθό και το σιγμοειδές, ενώ στη πλειοψηφία του είναι αδενοκαρκινώματα 90-95%. (Ζησιάδης Α, Μπασδάνης Γ, Μιχαλόπουλος Α, 2001)



## Κεφάλαιο 3

### Αίτια και Παθογενετικοί μηχανισμοί του καρκίνου παχέος εντέρου.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου έχει επιβεβαιωθεί ότι δεν είναι μεταδοτική νόσος. Μερικοί άνθρωποι έχουν περισσότερες πιθανότητες από άλλους να αναπτύξουν καρκίνο παχέος εντέρου. Οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο ενός ασθενούς να αναπτύξει καρκίνο παχέος εντέρου είναι :

Η υψηλή περιεκτικότητα των τροφών σε λίπος, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου ή πολυπόδων, η παρουσία πολυπόδων στο ίδιο άτομο στο παχύ έντερο, και η χρόνια ελκώδης κολίτις. (Χανιώτης Φρ, 1997)

**Δίαιτα και Διατροφή** Η θεωρία ότι οι διαιτητικοί παράγοντες σχετίζονται με τον ορθοκολικό καρκίνο βασίζεται σε επιδημιολογικές μελέτες που δείχνουν ότι η θνησιμότητα αυξάνει σε πληθυσμούς που καταναλώνουν πολλές θερμίδες, πολλές πρωτεΐνες ζωικής προέλευσης και κορεσμένα λίπη, και λίγες φυτικές ίνες. Οι πληθυσμοί που έχουν αυξημένο ποσοστό στεφανιαίας νόσου και υψηλά επίπεδα χοληστερίνης έχουν και αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση ορθοκολικού καρκίνου. Κάποια είδη λιπών μπορεί να συμβάλλουν κατά το στάδιο ανάπτυξης του καρκίνου.

**Το αλκοόλ:** είναι ένας ακόμα προδιαθεσικός παράγοντας, χωρίς αυτό να είναι καθολικά παραδεκτό.

**Προσωπικό ιστορικό:** ορθοκολικού ή άλλου είδους καρκίνου ή πολύποδα.

Οι γυναίκες που έχουν καρκίνο των ωοθηκών, του ενδομητρίου ή του μαστού έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν και ορθοκολικό καρκίνο.

**Γενετικοί παράγοντες:** (οικογενειακό ιστορικό ορθοκολικού καρκίνου ή πολύποδα). Περίπου 25 % των ασθενών έχουν οικογενειακό ιστορικό νόσου.

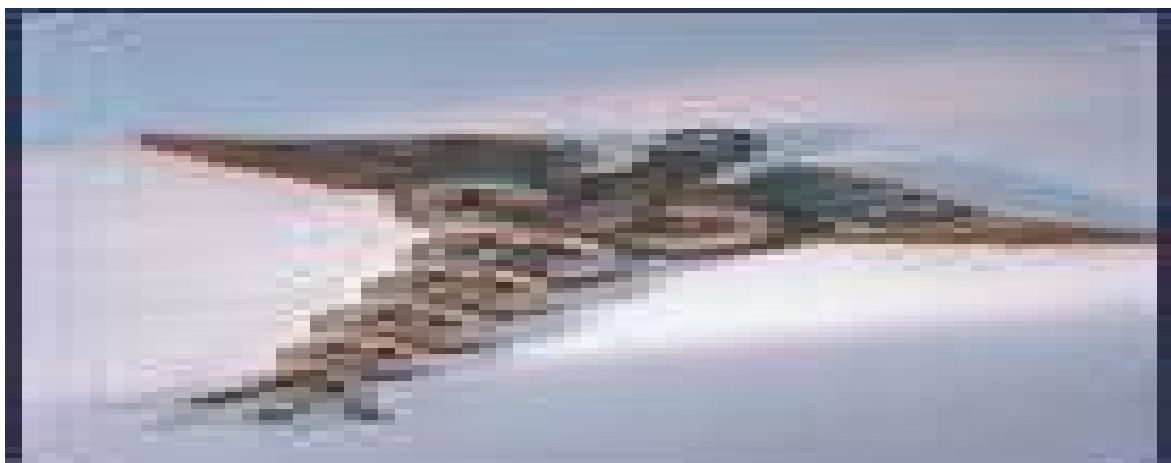
**Ηλικία:** Ο κίνδυνος για την εμφάνιση του ορθοκολικού καρκίνου αυξάνει με την ηλικία. Ατομα με ηλικία άνω των 55 ετών έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν ορθοκολικό καρκίνο. ( Ζησιιάδης Α, 2001)

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

**Χρόνια Φλεγμονώδης Εντερική Νόσος:** Ο ορθοκολικός καρκίνος θεωρείται επιπλοκή χρόνιας φλεγμονώδους εντερικής νόσου και είναι πιο συχνός σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα. Η επίπτωση της νόσου αυξάνει όσο μεγαλύτερο είναι το τμήμα του εντέρου που έχει προσβληθεί και όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια και η σοβαρότητα της κολίτιδας.

**Μεταλλαξιγόνοες ουσίες:** Εχουν βρεθεί και στα ανθρώπινα κόπρανα. Άλλες βρίσκονται στη καθημερινή διατροφή και άλλες παράγονται από τη μικροχλωρίδα του γαστρεντερικού σωλήνα.

**Το υπερβολικό βάρος:** μειώνει το προσδόκιμο επιβίωσης και έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί αιτία αυξημένης θνησιμότητας. Το υπερβολικό βάρος αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου. Σε μια μεγάλη μελέτη στις ΗΠΑ με 750000 συμμετέχοντες διαπιστώθηκε υψηλή θνησιμότητα από καρκίνο παχέος εντέρου, όπως και σε αντίστοιχη μελέτη στην Δανία επι 44000 ασθενών. Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου γενικά αλλά και του παχέος εντέρου ήταν μεγαλύτερη κατά 16% από τον γενικό πληθυσμό. (Γαρδίκια Δ, 1984 Τριαντόπουλος Ι, 2001)



## **Ποιοι κινδυνεύουν περισσότερο να εμφανίσουν καρκίνο του παχέος εντέρου.**

Η ηλικία αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου εμφάνισης της νόσου. Όλα τα άτομα, ανεξαρτήτως φύλου, και χωρίς κάποιο ιστορικό κινδυνεύουν να εμφανίσουν καρκίνο του παχέος εντέρου μετά την ηλικία των 50 ετών. Αν και ο κίνδυνος αυτός υπάρχει και πριν τα 50 έτη, οι περισσότεροι από το 90% των ανθρώπων που εμφανίζουν καρκίνο του παχέος εντέρου είναι μεγαλύτεροι των 50 ετών. Παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο είναι:

- η παρουσία ενός ή περισσότερων συγγενών α' βαθμού με καρκίνο ή πολύποδες του παχέος εντέρου
- η παρουσία αδενωματώδων πολύποδων ή καρκίνου του παχέος εντέρου στο παρελθόν
- η Οικογενής πολυποδίαση του παχέος εντέρου και το σύνδρομο μη Πολυποδιασικού καρκίνου του παχέος εντέρου
- το ιστορικό μακροχρόνιας και εκτεταμένης Ιδιοπαθούς Φλεγμονώδους νόσου του παχέος εντέρου (Ελκώδης κολίτιδα, ν. Crohn). (Barbara E, 2001, Eskelinen M, 1994)

Σήμερα διαχωρίζονται δύο βασικές κατηγορίες κινδύνου, η ομάδα μέσου κινδύνου και η ομάδα υψηλού κινδύνου.

**Ομάδα μέσου κινδύνου:** Τα άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών θεωρούνται μέσου κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου του παχέος εντέρου. Μετά την ηλικία αυτή η συχνότητα της νόσου διπλασιάζεται για κάθε δεκαετία ζωής. Σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες, τα άτομα που δεν έχουν κανένα σύμπτωμα αλλά ανήκουν στην ομάδα μέσου κινδύνου, δηλαδή όταν η ηλικία τους είναι μεγαλύτερη από 50 έτη, πρέπει να υποβάλλονται σε δοκιμασία ανίχνευσης αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα κάθε χρόνο, σε εύκαμπτη σιγμοειδοσκόπηση κάθε 3 με 5 χρόνια ή σε ολική κολονοσκόπηση ανά 10ετία. ( Smith R, 2003, Ogata M, 1996 )

**Ομάδα υψηλού κινδύνου:** Σε αυτή την ομάδα ανήκουν:

- τα άτομα με ατομικό ιστορικό πολυπόδων ή καρκίνου του παχέος εντέρου
- τα άτομα με οικογενειακό ιστορικό πολυπόδων ή καρκίνου του παχέος εντέρου
- οι ασθενείς με μακροχρόνια Ελκώδη κολίτιδα ή νόσο του Crohn.

Το οικογενειακό ιστορικό μπορεί να μας βοηθήσει να ξεχωρίσουμε τις οικογένειες που έχουν βλάβες στα γονίδιά τους, που κληρονομούνται και προδιαθέτουν στην εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Ορισμένα άτομα που ανήκουν σε αυτές τις οικογένειες μπορεί να εμφανίσουν καρκίνο σε ποσοστό που φτάνει το 100%. Τα άτομα που ανήκουν στην ομάδα αυτή μπορεί να εμφανίσουν καρκίνο σε μικρότερη ηλικία.

Τα άτομα που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου πρέπει να υποβάλλονται περιοδικά σε κολonosκόπηση, ανάλογα με το ιστορικό τους και ανεξάρτητα από την ηλικία τους. Ειδικότερα όσοι έχουν έναν ή περισσότερους συγγενείς α' βαθμού με καρκίνο ή πολύποδες του παχέος εντέρου διαγνωσθέντων σε ηλικία μικρότερη των 60 ετών, πρέπει να ελέγχονται από την ηλικία των 40 ετών. Επίσης όσοι έχουν ιστορικό αδενωματώδων πολυπόδων ή καρκίνου του παχέος εντέρου στο παρελθόν, ιστορικό Οικογενούς πολυποδίασης του παχέος εντέρου ή συνδρόμου μη Πολυποδιασικού καρκίνου του παχέος εντέρου στην οικογένεια ή ιστορικό μακροχρόνιας και εκτεταμένης Ιδιοπαθούς Φλεγμονώδους νόσου του παχέος εντέρου (Ελκώδης κολίτιδα, ν. Crohn) πρέπει να ελέγχονται πιο τακτικά στα διαστήματα που ορίζονται από τον ιατρό τους. ( Dollinger M, Rosenbown E, Cable G, 1992)

## ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Συχνά ο καρκίνος του παχέος εντέρου δεν εμφανίζει συμπτώματα. Πρέπει όμως ο ασθενής να συμβουλευτεί τον γιατρό του, αν εμφανιστεί κάποια από τις παρακάτω εκδηλώσεις:

- **Αίμα μέσα ή πάνω στα κόπρανα**
- **Αναιμία**
- **Αλλαγή της σύστασης των κοπράνων. Εμφάνιση διάρροιας ή δυσκοιλιότητας ή εναλλαγή διάρροιας — δυσκοιλιότητας.**
- **Φούσκωμα, κοιλιακός πόνος.**
- **Αίσθημα ότι το έντερο δεν αδειάζει πλήρως μετά την κένωση.**
- **Απώλεια βάρους χωρίς εμφανή αιτία (δίαιτα κλπ).**
- **Επίμονη κόπωση.** (Λαδάς Σ, 2007)

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να υπάρχει για αρκετά χρόνια πριν δώσει συμπτώματα. Τα συμπτώματα ποικίλλουν ανάλογα με το που εντοπίζεται μέσα στο παχύ έντερο. Οι καρκίνοι του δεξιού κόλου είναι συνήθως ασυμπτωματικοί και μπορεί να αναπτυχθούν σε μεγάλο μέγεθος πριν προκαλέσουν το οποιοδήποτε κοιλιακό σύμπτωμα. Τυπικά, οι καρκίνοι του δεξιού κόλου προκαλούν **σιδηροπενική αναιμία** λόγω σιωπηρής απώλειας αίματος στα κόπρανα στη διάρκεια αρκετών μηνών ή και ετών. Η σιδηροπενική αναιμία προκαλεί εύκολη κόπωση, αδυναμία, και δυσκολία στην αναπνοή. Το αριστερό κόλον είναι πιο στενό από το δεξιό κόλον. Γι' αυτό, οι καρκίνοι του αριστερού κόλου είναι πιο επιρρεπείς στο να προκαλέσουν ατελή ή και πλήρη **απόφραξη του εντέρου**. Οι καρκίνοι που προκαλούν ατελή εντερική απόφραξη δίνουν συμπτώματα δυσκοιλιότητας, διάρροιας, κοιλιακού άλγους, κωλικών, και φουσκώματος. Το ζωηρό κόκκινο αίμα στα κόπρανα μπορεί επίσης να είναι ένδειξη ανάπτυξης καρκίνου κοντά στο τέλος του εντερικού σωλήνα ή στο ορθό. (Βασιλειάδου Α, 1996)

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

**Ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να διαγνωσθεί νωρίς, ώστε να είναι θεραπεύσιμος ή ακόμα και να προληφθεί.**

Η πρόωμη διάγνωση αντιστοιχεί πρακτικά σε πλήρη ίαση. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων αναπτύσσεται πάνω σε πολύποδες. Επίσης ο καρκίνος αυτός παραμένει σε πρώιμο στάδιο, μέσα σε πολύποδα, για πολλά χρόνια. Επομένως η ανεύρεση νωρίς και η αφαίρεση ενός πολύποδα προλαμβάνει την ανάπτυξη καρκίνου στον πολύποδα αυτό.

Μια από τις πρώτες εκδηλώσεις του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι η αφανής αιμορραγία. Όταν λέμε αφανή αιμορραγία εννοούμε την απώλεια μικρής ποσότητας αίματος στα κόπρανα, η οποία δεν γίνεται αντιληπτή με το μάτι διότι οι σταγόνες αίματος αναμιγνύονται σε ένα πολύ μεγαλύτερο όγκο κοπράνων. Την αιμορραγία αυτή, όμως, μπορούμε εύκολα να την ανιχνεύσουμε με ειδικές διαγνωστικές δοκιμασίες που αναζητούν αιμοσφαιρίνη στα κόπρανα. Η εξέταση είναι εύκολη, δημιουργεί κάποια ταλαιπωρία, έχει χαμηλό κόστος και μπορεί να εφαρμοστεί σε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες. Αφού δώσουμε δείγμα κοπράνων στο μικροβιολογικό εργαστήριο, ο ειδικός θα τοποθετηθεί επάνω του ένα ειδικό χαρτί εμποτισμένο με τις κατάλληλες χημικές ουσίες και στη συνέχεια θα το στείλει για εξέταση σε ειδικά εργαστήρια. Η εξέταση πρέπει να γίνεται ανά έτος. Πρέπει ωστόσο να επισημάνουμε πως η ανεύρεση αίματος στα κόπρανα δεν σημαίνει υποχρεωτικά την παρουσία καρκίνου. Αίμα μπορεί να υπάρξει και σε ορισμένες μορφές κολίτιδας, λόγω φλεγμονής, αιμορροΐδων και άλλων αιτιών. Η ανίχνευση αίματος ουσιαστικά σημαίνει ότι πρέπει να γίνει ιατρική διερεύνηση, ώστε να αποσαφηνιστεί η αιτία της αφανούς αιμορραγίας.

(Παπαδημητρίου Κ, 1990, Χανιώτης Φρ, 1997)

Το ιστορικό της συμπτωματολογίας του ατόμου και κυρίως κάθε αλλαγή των συνηθειών του εντέρου, που επιμένει παραπάνω από 2-3 εβδομάδες σε άτομα ηλικίας άνω των 40 ετών, πρέπει να θεωρείται ύποπτο για την ύπαρξη καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού. (Αγοραστός Ι, 2001)

### **Έλεγχοι διάγνωσης:**

- Κλινική εξέταση της κοιλιάς
- Δακτυλική εξέταση του πρωκτού και του ορθού
- Ακτινογραφία παχέος εντέρου με βαριούχο υποκλυσμό
- Κολonosκόπηση, Ορθοσιγμοειδοσκόπηση
- Κλινική εξέταση- ιστορικό
- Ογκολογικοί δείκτες
- Αιματολογικές εξετάσεις
- Εξέταση κοπράνων (<http://www.health.gr>, 2007)

### **Ιστορικό- Κλινική εξέταση**

Το ιστορικό έχει σαν στόχο να συγκεντρώσει πληροφορίες για την έναρξη των συμπτωμάτων, το κύριο ενόχλημα αλλά και να διερευνήσει τη παρουσία ή όχι προδιαθεσικών ή αιτιολογικών παραμέτρων. Η κλινική εξέταση περιλαμβάνει την ψηλάφηση της κοιλιάς, την ψηλαφίσει του ήπατος και την παρουσία ή όχι διογκωμένων λεμφαδένων στις υπερκλειδίαιες ή βουβωνικές χώρες.

Η πιο σημαντική διαγνωστική μέθοδος από την φυσική εξέταση είναι η δακτυλική εξέταση του ορθού που θα δώσει πιθανά αξιόπιστες πληροφορίες στο 30-35% των περιπτώσεων, αφού ένα τέτοιο ποσοστό εντοπίζεται στο ορθό.

### **Αιματολογικές εξετάσεις**

Βασικός εργαστηριακός έλεγχος που είναι: Γενική αίματος, βιοχημεία ήπατος, ασβέστιο, έλεγχος νεφρικής λειτουργίας. Οι εξετάσεις αυτές μπορεί να αναδείξουν προβλήματα αναιμίας ή ηπατικής δυσλειτουργίας. (Ντολατζάς Θ, 1994)



## Εξέταση κοπράνων

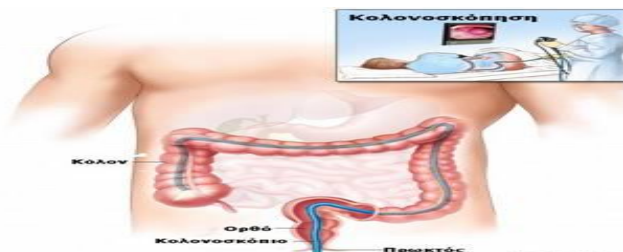
Σε νοπιά δείγματα εκτελούνται μικροβιολογικές εξετάσεις όπως καλλιέργειες για κοινά μικρόβια και άμεση αναζήτηση παρασίτων. Επίσης, αναζητούνται στοιχεία αίματος και άπεπτες μυϊκές ίνες. Σημαντική για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι η εξέταση για αιμοσφαιρίνη ενδεικτική λαθραίας αιμορραγίας. (Τριαντόπουλος Ι, 2001)



Σύνεργα εξέτασης κοπράνων για μικροσκοπική αιμορραγία.

## Κολonosκόπηση

Εξέταση κατά την οποία ελέγχεται, μέσω του κολonosκοπίου, το εσωτερικό του παχέος εντέρου σε ολόκληρο το μήκος του για πολύποδες, περιοχές ύποπτες βλάβης ή καρκινικές αλλοιώσεις. Το κολonosκόπιο είναι ένα λεπτό, εύκαμπτο, φωτιζόμενο όργανο, το οποίο εισάγεται στο παχύ έντερο (κόλον) μέσω του πρωκτού. Κατά την εξέταση μπορεί να ληφθούν και βιοψίες από ύποπτες περιοχές αν κριθεί απαραίτητο. (Ευγενίδης Ν, 2001)



## Σιγμοειδοσκόπηση

Εξέταση κατά την οποία ο ιατρός εξετάζει το ορθό και το σιγμοειδές (κατώτερο) κόλον για πολύποδες, περιοχές ύποπτες βλάβης ή καρκίνο με τη βοήθεια του σιγμοειδοσκοπίου (ένας λεπτός, φωτιζόμενος σωλήνας ο οποίος εισάγεται μέσω του ορθού στο σιγμοειδές). Πολύποδες ή [δείγματα](#) ιστού μπορούν να αφαιρεθούν για βιοψία. Η δακτυλική εξέταση του ορθού σε συνδυασμό με σιγμοειδοσκόπηση μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του ορθοκολικού καρκίνου. (Αγοραστός Ι, 2001)



## Βαριούχος υποκλυσμός.

Μια σειρά ακτινογραφικών λήψεων του κατώτερου γαστρεντερικού. Ένα υγρό που περιέχει βάριο (μια αργυρόχροη έως λευκόχροη μεταλλική ένωση) τοποθετείται στο ορθό με υποκλυσμό. Το βάριο επενδύει την κατώτερη γαστρεντερική οδό και λαμβάνονται ακτινογραφίες στις οποίες μπορούν να αναδειχθούν πιθανές αλλοιώσεις. (Γαρδίκια Δ, 1984)



## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χειρουργική επέμβαση είναι η κύρια αντιμετώπιση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού. Κατά την επέμβαση μαζί με τον όγκο αφαιρείται και ένα τμήμα παχέος εντέρου και γίνεται και λεμφαδενικός καθαρισμός. Ακολουθώς αναστομώνονται τα υγιή τμήματα του παχέος εντέρου και αποκαθίσταται η συνέχεια του πεπτικού. Σε ασθενείς με καρκίνο ορθού πολύ χαμηλά προς τον πρωκτό πρέπει να αφαιρεθεί και το ορθό εξ ολοκλήρου και να γίνει **κολοστομία** ( παρά φύση έδρα). Σε οριακές καταστάσεις που μπορεί να διατηρηθούν οι σφιγκτήρες του εντέρου μπορεί να γίνει η λεγόμενη πολύ χαμήλη πρόσθια εκτομή του ορθού. Η μελλοντική πρόγνωση μετά από μία κολεκτομή εξαρτάται από το εάν ο καρκίνος την στιγμή της επέμβασης έχει επεκταθεί σε άλλα όργανα, έχει κάνει δηλαδή **μεταστάσεις**. Ο κίνδυνος για μετάσταση είναι αναλογικά μεγαλύτερος όσο πιο βαθειά έχει διηθήσει ο καρκίνος το τοίχωμα του εντέρου. Έτσι σε ασθενείς όπου ο καρκίνος είναι αρχόμενος και δεν διεισδύει βαθειά στο εντερικό τοίχωμα, η χειρουργική επέμβαση είναι συνήθως η μόνη απαιτούμενη θεραπεία και η μακρά επιβίωση, ουσιαστικά η ίαση όπως λέμε, ξεπερνάει το 80%. Σε μερικούς ασθενείς που την στιγμή του χειρουργείου δεν εμφανίζουν απομακρυσμένες μεταστάσεις, όμως έχουν καρκίνο που διεισδύει βαθειά στο τοίχωμα του εντέρου ή έχει καταλάβει τους γειτονικούς λεμφαδένες, υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανιστεί πάλι ο καρκίνος τοπικά ή να κάνει μελλοντικά μεταστάσεις. Γι' αυτό στους ασθενείς αυτούς κάνουμε χημειοθεραπεία, η οποία μειώνει τις υποτροπές των καρκίνων και βελτιώνει την επιβίωση των ασθενών. (Ζησιάδης Α, Μπασδάνης Γ, Μιχαλόπουλος Α, 2001)

**Η χημειοθεραπεία** χρησιμοποιεί φάρμακα που σκοτώνουν τα καρκινικά κύτταρα. Είναι συστηματική θεραπεία, το οποίο σημαίνει ότι τα φάρμακα αυτά κυκλοφορούν σε όλο το σώμα του ασθενούς και καταστρέφουν τα καρκινικά κύτταρα οπουδήποτε στο σώμα. Μετά από μία επέμβαση για καρκίνο παχέος εντέρου, μπορεί να παραμείνουν στον οργανισμό καρκινικά κύτταρα τα οποία έχουν φύγει από το έντερο αλλά δεν έχουν αναπτύξει εμφανείς μεταστάσεις. Τότε σύντομα μετά από το χειρουργείο πρέπει να ξεκινήσει **προληπτική χημειοθεραπεία**, η οποία θα σκοτώσει αυτά τα μικροσκοπικά καρκινικά κύτταρα. Αυτού του είδους η χημειοθεραπεία ονομάζεται συμπληρωματική. Πρόσφατες μελέτες έχουν αποδείξει ότι στους ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε συμπληρωματική χημειοθεραπεία μέσα σε διάστημα 5 εβδομάδων από την επέμβαση, υπήρχαν αυξημένα ποσοστά επιβίωσης και μειωμένα ποσοστά υποτροπής του όγκου. Το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο φάρμακο στη χημειοθεραπεία για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού είναι η 5-φθοριουρακίλη. Η χημειοθεραπεία γίνεται συνήθως στο νοσοκομείο και είτε χρειάζεται νοσηλεία του ασθενούς είτε μπορεί να γίνει με παραμονή λίγων ωρών στο θάλαμο βραχείας νοσηλείας. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου χρησιμοποιούμε σκευάσματα χημειοθεραπείας και στο σπίτι με από του στόματος λήψη. Συνήθως ακολουθούνται κύκλοι χημειοθεραπειών, οι οποίοι διακόπτονται από ενδιάμεσα διαστήματα ανάρρωσης.

**Η ακτινοθεραπεία** στην αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού, έχει θέση μόνο στην περίπτωση του **καρκίνου στο ορθό**. Έχει βρεθεί ότι η προεγχειρητική ή μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία στο ορθό, μειώνει σημαντικά την πιθανότητα τοπικών υποτροπών της νόσου. Η πιθανότητα τοπικής υποτροπής στον καρκίνο του ορθού χωρίς ακτινοθεραπεία, φτάνει μέχρι και **50%** μετά το χειρουργείο. ( Τούντας Κ, 1975,76,77)

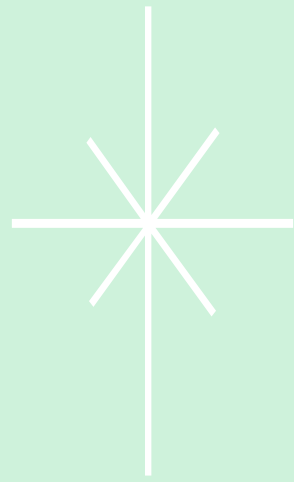
## ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Παλιότερα πίστευαν ότι η μετάσταση του καρκίνου από το παχύ έντερο στο συκώτι ήταν και το τελικό στάδιο της νόσου και ότι ο γιατρός δεν μπορούσε πλέον να βοηθήσει τον ασθενή. Σήμερα όμως έχει αποδειχτεί ότι η αφαίρεση τέτοιων μεταστάσεων ή η τμηματική αφαίρεση του συκωτιού αυξάνει την επιβίωση του ασθενή (3ετής επιβίωση το 25% των ασθενών και 5ετής επιβίωση το 20%). Τελευταία οι επεμβάσεις αυτές γίνονται με ραδιοκύματα με ανοιχτή ή λαπαροσκοπική προσπέλαση που καταστρέφει τα καρκινικά κύτταρα αλλά με μικρή επιβάρυνση για τον ασθενή. (<http://www.health.gr>, 2007)

Σήμερα υπάρχει επίσης η δυνατότητα στην περίπτωση του καρκίνου του παχέος εντέρου να σταλεί για εξέταση ένα κομμάτι του όγκου που αφαιρέθηκε για να διαπιστωθεί το γενικό προφίλ του, δηλαδή πόσο επιθετικός είναι, και κατά συνέπεια να μπορεί ο θεράπων γιατρός να συμπεριφερθεί επιθετικά στη θεραπευτική αντιμετώπιση. (<http://www.wyeth.gr>, 2007)

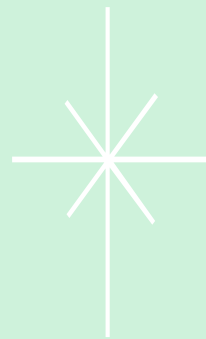
Η πρόγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού στηρίζεται στα χειρουργικά ιστολογικά και κλινικά ευρήματα. Λαμβάνονται υπόψη η ιστολογική διαφοροποίηση του όγκου, το μέγεθος του όγκου, η εντόπιση και η μακροσκοπική εμφάνιση του όγκου, ο βαθμός διηθήσεως του τοιχώματος του εντέρου και η κατάληψη των λεμφαδένων. (Αγοραστός I, 2001)





## **Β ΜΕΡΟΣ**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**



## Κεφάλαιο 1

### Πρόληψη καρκίνου παχέος εντέρου. Ο ρόλος του νοσηλευτή.

Ο καρκίνος παχέος εντέρου αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα στην υφήλιο, ενώ στη χώρα μας είναι η τρίτη αιτία θανάτου από κακοήθη νεοπλασία. Σκοπός του παρόντος θέματος είναι η παράθεση των νεότερων ιατρικών δεδομένων για την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου και κυρίως η κριτική παρουσίαση των νοσηλευτικών ερευνητικών δεδομένων για τον ρόλο του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Η σωστή πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη μπορεί να μειώσει ουσιαστικά τη θνητότητα από τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρωτογενή πρόληψη είναι κυρίως να επισημάνει τους παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνισή του με τέτοιο τρόπο, ώστε όχι μόνο να αυξήσει τις γνώσεις του κοινού, αλλά επίσης να αλλάξει ορισμένες βλαβερές για την υγεία απόψεις και συμπεριφορές. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη δευτερογενή πρόληψη του είναι τριπλός:

- α.** να συμβάλλει άμεσα στην πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου σε ιάσιμο στάδιο, με τη διενέργεια ορθοσιγμοειδοσκοπήσεων.
  - β.** να αναγνωρίσει άτομα με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου με τη λήψη νοσηλευτικού ιστορικού.
  - γ.** να αυξήσει τη συμμετοχή του κοινού στα προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης.
- (Βότση Ε, 2001, Βασιλειάδου Α, 1996)



## Προληπτικός έλεγχος

Ο προληπτικός έλεγχος για καρκίνο του παχέος εντέρου είναι πολύ σημαντικός γιατί:

**α) Η πάθηση αυτή είναι αρκετά συχνή:** Η πιθανότητα ενός ατόμου να εμφανίσει κάποια στιγμή καρκίνο του εντέρου είναι 6%.

**β) Ο καρκίνος του εντέρου μπορεί εύκολα να προβλεφθεί γιατί:**

Αρχικά γεννιέται ως καλοήθης πολύπους («προκαρκινική» κατάσταση)

Ο καλοήθης πολύπους διαρκεί για χρόνια, προτού εξελιχθεί σε καρκίνο. Ο καλοήθης πολύπους θεραπεύεται εύκολα με τη μέθοδο της ενδοσκοπικής πολυδεκτομής, δηλαδή χωρίς εγχείρηση. Η πολυδεκτομή διακόπτει την εξέλιξη σε καρκίνο. Ακόμα και όταν έχει δημιουργηθεί πραγματικός καρκίνος, όταν είναι σε πρώιμο στάδιο θεραπεύεται πλήρως με εγχείρηση, αλλά κατά κανόνα χωρίς παρά φύση έδρα. (Παπαδημητρίου Κ, 1990)

**A.** Στον προληπτικό έλεγχο υποβάλλονται συνήθως υγιείς άνθρωποι που έχουν συνηθή «κίνδυνο» για ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου. Ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται σημαντικά μετά την ηλικία των 50. Αυτό βέβαια αφορά σε ανθρώπους που είναι υγιείς, δεν παρουσιάζουν δηλαδή συμπτώματα από το έντερο και δεν έχουν ιστορικό που να τους εντάσσει στην κατηγορία των ατόμων με αυξημένο κίνδυνο να πάθουν τη νόσο.

**B.** Ο προληπτικός έλεγχος είναι πιο εντατικός και αρχίζει νωρίτερα σε ανθρώπους που το ιστορικό τους- προσωπικό ή οικογενειακό- τους τοποθετεί σε ομάδα με υψηλότερο, από το συνηθισμένο, κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του παχέος εντέρου. Οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο είναι:

**1. Ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου ή πολυπόδων σε στενό συγγενή** (συγγενής πρώτου βαθμού). Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος όταν υπάρχουν δύο ή περισσότεροι πρώτου βαθμού συγγενείς ή συγγενής που έπαθε τον καρκίνο αυτό σε νεαρή ηλικία.



## **2. Ιστορικό καρκίνου του μαστού ή του ενδομητρίου στις γυναίκες.**

**3. Ιστορικό ελκώδους κολίτιδος.** Ο κίνδυνος καρκίνου είναι αυξημένος στις ελκώδεις κολίτιδες που προσβάλλουν μεγάλο μέρος του εντέρου και για πολλά χρόνια.

**4. Ιστορικό προηγούμενων πολυπόδων ή και καρκίνου του παχέος εντέρου που θεραπεύτηκε, στον ίδιο τον ασθενή.** Υπάρχει κίνδυνος να παρουσιαστεί και άλλος- ανεξάρτητος από τον προηγούμενο- καρκίνος!

Η σπαστική κολίτιδα δεν αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου. Αν συντρέχει κάποια από τις παραπάνω περιπτώσεις, δεν υπάρχει κανείς απολύτως λόγος για πανικό. Ο προληπτικός έλεγχος εξασφαλίζει ότι ο καρκίνος μπορεί πάντα να προληφθεί. (Grunshaw N, Renwick IG, Scarisbrick G, 2000)

### **Οι εξετάσεις του προληπτικού ελέγχου είναι:**

- 1) Ετήσια δακτυλική εξέταση του ορθού για ηλικία άνω των 40 κάθε χρόνο σε 3 δείγματα για ηλικία των 50 ετών, κάθε 3-5 χρόνια μετά τα 50.
- 2) Η εξέταση των κοπράνων για αφανή ίχνη αίματος.
- 3) Η σιγμοειδοσκόπηση με εύκαμπτο όργανο.
- 4) Η κολονόσκόπηση, κατά την οποία το παχύ έντερο (το κόλον) γίνεται άμεσα ορατό συνήθως σε όλο του το μήκος.
- 5) Ο βαριούχος υποκλυσμός- διπλής αντίθεσης. Η επιλογή από τα παραπάνω της αναγκαίας εξέτασης ή των εξετάσεων γίνεται από το γιατρό έπειτα από εκτίμηση του μεγέθους του «κινδύνου» κάθε ατόμου και της γενικής του κατάστασης. Όλα τα παραπάνω αφορούν στον έλεγχο σε ανθρώπους χωρίς συμπτώματα και με σκοπό την πρόληψη. Συμπτώματα που πρέπει να οδηγούν σε έλεγχο του εντέρου είναι αίμα από τον πρωκτό, αναιμία από έλλειψη σιδήρου, έντονη πρόσφατη δυσκοιλιότητα, κοιλιακοί πόνοι. Βεβαίως και στις περιπτώσει αυτές καλοήθεις πολύποδες ή καρκίνος ανευρίσκονται σε μικρή μόνο αναλογία των ασθενών. (<http://www.gastrohep.com>, 2007)

### Στόχοι του προληπτικού ελέγχου:

- Ελάττωση της συχνότητας των νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου και ορθού με την διάγνωση και αφαίρεση των προκαρκινωματώδων πολυπόδων του παχέος εντέρου και ορθού.

- Ελάττωση της θνησιμότητας.

- Διάγνωση σε αρχικό στάδιο των κακοήθων όγκων του παχέος εντέρου και συντηρητική θεραπευτική αγωγή

- Ποιότητα ζωής

- Μείωση δαπάνης με την ελάττωση των ημερών νοσηλείας

- Διατήρηση του εργατικού δυναμικού και ενίσχυση της Εθνικής Οικονομίας.

Στην Ελλάδα συστηματική ενημέρωση του πληθυσμού δεν υπάρχει, ούτε κρατικό πρόγραμμα πρόληψης. Παρόλα αυτά και κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό υπάρχει (γιατροί γαστρεντερολόγοι) και όλα τα σύγχρονα μέσα για διάγνωση και θεραπεία της νόσου. Τα άτομα που ανήκουν σε κάποια από τις ομάδες ασθενών που αναφέρθηκαν πιο πάνω, αξίζει τον κόπο να συμβουλευθούν τον ειδικό γιατρό. Η πρόληψη σώζει ζωές! (Λαδάς Σ, 2007)

### **Συνοπτικές οδηγίες πρόληψης**

- Δίαιτα πλούσια σε λαχανικά, φρούτα
- Αντικατάσταση του λίπους στις τροφές με ελαιόλαδο
- Αντικατάσταση του κόκκινου κρέατος με ψάρι ή πουλερικά
- Παρατηρείτε πάντοτε τα κόπρανα για αίμα πριν τραβήξετε το καζανάκι
- Αν δείτε αίμα στα κόπρανα πρέπει να κάνετε κολonosκόπηση
- Προληπτική κολonosκόπηση μετά τα 50 (κάθε 10 χρόνια)
- Συστηματική παρακολούθηση με κολonosκόπηση όταν υπάρχουν παράγοντες αυξημένου κινδύνου (κληρονομικότητα). (Μπασδάνης Γ, 2001)

## Κεφάλαιο 2

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΣΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Στόμιο γενικά είναι μια χειρουργική πράξη κατά την οποία τμήμα ενός οργάνου(στομάχι, έντερο) εκστομούται στην επιφάνεια του δέρματος με αποτέλεσμα τη διακοπή της προώθησης του περιεχομένου στη συνέχεια του αυλού. (Βαργεμέλη Ε, 1994)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

Είναι τεχνητό στόμιο σε κάποιο σημείο του παχέος εντέρου- ανιόν, εγκάρσιον ή κατιόν κόλον - το οποίον εξωτερικεύεται χειρουργικά δια του κοιλιακού τοιχώματος στο δέρμα. Σκοπός της κολοστομίας είναι η αποβολή του περιεχομένου του εντέρου. Η κολοστομία μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη. Π.χ σε κοιλιοπερινεϊκή εκτομή ορθού, σε καρκίνο του ορθού, είναι μόνιμη. Σε φλεγμονώδεις καταστάσεις του εντέρου μπορεί να γίνει προσωρινή για τη διευκόλυνση της επούλωσης του φλεγμαίνοντος τμήματος του εντέρου και μετά να γίνει σύγκλειση του στομίου. (Σαχίνη- Καρδάση Α, Πάνου Μ, 2002)

### ΤΥΠΟΙ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

**Ανιούσα κολοστομία:** γίνεται στο ανιόν κόλον, το περιεχόμενο που εξέρχεται είναι υδαρές.

**Εγκαρσιοστομία:** γίνεται στο εγκάρσιο κόλον, είναι η διπλού αυλού και η ελικοειδής. Η διπλού αυλού έχει δύο στόμια, η ελικοειδής έχει ένα στόμιο αλλά δύο αυλούς. Η κένωση είναι συνήθως ημιυδαρής ή μαλακή, δύσοσμη και μπορεί να ερεθίσει το δέρμα γύρω από το στόμιο.

**Κατιούσα κολοστομία- Σιγμοειδοστομία:** γίνονται στο κατιόν κόλον και το σιγμοειδές, η κένωση στην κατιούσα είναι ημιυδαρής, στη σιγμοειδή κολοστομία είναι συμπαγής. Και εδώ υπάρχει δυσσομία στο περιεχόμενο του εντέρου και προκαλείται ερεθισμός, όταν παραμείνει στο δέρμα χωρίς καλή φροντίδα.

Η κολοστομία όπως και η ειλεοστομία δεν έχουν σφιγκτήρα όπως ο πρωκτός και επομένως η αποβολή των κοπράνων δεν ελέγχεται από τη θέληση του ατόμου. Για τον παραπάνω λόγο επιβάλλεται η συνεχής χρήση ειδικού πλαστικού σάκου και στις δύο περιπτώσεις. (Ντολατζάς Θ, 1994)

## **ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΟΥ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΥΠΟΣΤΕΙ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ**

Περιλαμβάνει την ψυχολογική και τη σωματική ετοιμασία:

**Ψυχολογική:** Αξιολόγηση του επιπέδου κατανόησης του αρρώστου σχετικά με την εγχείρηση που πρόκειται να κάνει, τη χειρουργική πορεία και αγωγή.

-Ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράσει τους φόβους και τα συναισθήματά του, φόβος θανάτου, πόνου, νάρκωσης, αναπηρίας, απόρριψης από τους οικείους και φίλους.

-Παροχή πληροφοριών στα πλαίσια της αρμοδιότητας των νοσηλευτών και προσπάθεια λύσεως των παρεξηγημένων αντιλήψεων του αρρώστου.

-Πληροφόρηση σχετική με το πρόβλημα της κολοστομίας από άρρωστο που έχει ο ίδιος υποστεί.

**Σωματική:** Η σωματική ετοιμασία γενικά περιλαμβάνει τα συνήθη μέτρα μιας επέμβασης κοιλίας.

-Δίαιτα χωρίς υπόλειμμα επί 4 ημέρες πριν την εγχείρηση, την προηγούμενη της επέμβασης μόνον υγρά από το στόμα και τίποτα μετά τα μεσάνυκτα.

-Χορήγηση αντισηπτικού του εντέρου ή ευρέως φάσματος αντιβιοτικό προληπτικά πριν την εγχείρηση.

- Χορήγηση καθαρκτικού ή υποκλυσμού επί 2-4 ημέρες πριν την εγχείρηση.
  - Εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα το πρωί της ημέρας της επεμβάσεως.
- (Βαργεμέλη Ε, 1994, Σαχίνη- Καρδάση Α, Πάνου Μ, 2002)

## **ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ**

Η μεταχειρητική νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου αρχίζει μετά το τέλος της επέμβασης και φθάνει μέχρι την έξοδο του από το νοσοκομείο και την πλήρη αποκατάστασή του. Είναι μια περίοδος παρακολούθησης και φροντίδας που έχει σκοπό:

- Την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο.
- Τη διαπίστωση και αντιμετώπιση των αναγκών του.
- Την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση μετεγχειρητικών επιπλοκών.
- Την πρόληψη κατακλίσεων ή παραμορφώσεων.
- Τη βοήθεια να ανεξαρτοποιηθεί από την φροντίδα των άλλων το συντομότερο και να ανακτήσει τις δυνάμεις του. (Βαργεμέλη Ε, 1994)

## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ**

**-Τραύμα, μόλυνση:** Οι αιτίες είναι το εκτεταμένο τραύμα, η παρουσία μικροβίων και παροχετευτικών υγρών, η δυσκολία ελέγχου του τραύματος λόγω θέσεως, ο πόνος και το οίδημα.

Κατά την νοσηλευτική αντιμετώπιση, παρακολουθούμε για πιθανή αιμορραγία, συστήνουμε εδρόλουτρα σύμφωνα με ιατρική οδηγία, παρακολουθούμε χρώμα και την οσμή των υγρών, αλλάζουμε το επιδεσμικό υλικό, τηρούμε άσηπτη τεχνική στις αλλαγές και τέλος εξασφαλίζουμε άνετη θέση στον άρρωστο.

**-Κακοσμία:** Οι αιτίες είναι η αποβολή περιεχομένου του εντέρου και τα κάκοσμα αέρια από τη λήψη τροφών.

Κατά τη νοσηλευτική αντιμετώπιση, χρησιμοποιούμε πάντοτε τους ειδικούς σάκους κολοστομίας με φίλτρο διαφυγής αερίων.

**-Δερματίτιδα γύρω από το στόμιο.**

**-Αγγος, ανησυχία.** (Τούντας Κ, 1975,76,77, Ντολατζάς Θ, 1994)

### **ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΜΙΟΥ**

-Ενημερώνουμε τον άρρωστο για τη νοσηλεία που πρόκειται να του γίνει και ζητάμε τη συνεργασία του.

-Τοποθετούμε παραβάν, αν δεν υπάρχουν κουρτίνες στο κρεβάτι του αρρώστου, για εξασφάλιση μοναχικότητας.

-Δίνουμε στον άρρωστο κατάλληλη και αναπαυτική θέση, ύπτια με μικρή κλίση προς το πλάγιο της κολοστομίας.

-Αναδιπλώνουμε τα κλινοσκεπάσματα.

-Τοποθετούμε ένα αδιάβροχο κοντά στην κολοστομία ανάλογα με τη θέση του αρρώστου.

-Ανοίγουμε τη χαρτοσακούλα στο κάτω μέρος του κρεβατιού για τη συλλογή των αχρήστων.

-Φοράμε τα γάντια για προληπτικούς λόγους.

-Χαλαρώνουμε τη ζώνη κολοστομίας αν χρησιμοποιεί ο άρρωστος, αποκολλούμε το σάκο και τον πετάμε.

-Τοποθετούμε το νεφροειδές κάτω από το στόμιο αφού καλύψουμε με χαρτοβάμβακο την πλευρά που έρχεται σε επαφή με το σώμα του αρρώστου για να απορροφήσει τα υγρά.

-Ανοίγουμε το σετ.

-Καθαρίζουμε καλά την περιοχή του στομίου με φυσιολογικό ορό, χρησιμοποιώντας λαβίδα και τολύπιο. (Βαργεμέλη Ε, 1994, Βότση Ε, 1996)

## **ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΜΙΟΥ**

- Σαπουνίζουμε καλά τη γύρω περιοχή του στομίου με χλιαρό νερό και σαπούνι, ξεπλύνουμε και στεγνώνουμε καλά.
- Ετοιμάζουμε το σάκο σύμφωνα με τον τύπο και τις ειδικές οδηγίες.
- Βάζουμε καλά το σάκο και βεβαιωνόμαστε ότι δεν υπάρχει πρόβλημα διαρροής γύρω από το στόμιο.
- Αφήνουμε τον άρρωστο καθαρό και σε αναπαυτική θέση.
- Συγκεντρώνουμε και απομακρύνουμε τα χρησιμοποιηθέντα αντικείμενα.
- Σημειώνουμε στο δελτίο νοσηλείας παρατηρήσεις, όπως αίματος, πύου, δερματίτιδα και στο θερμομετρικό διάγραμμα αν είχε κένωση. (Βαργεμέλη Ε, 1994)

## **ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ` ΑΡΡΩΣΤΟΥ-ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

- Διδάξτε στον άρρωστο ή σε μέλος της οικογένειας τα παρακάτω:
- Τη φροντίδα της κολοστομίας. Δείξτε τον τρόπο φροντίδας, το κατάλληλο υλικό και τον τρόπο χρήσεώς του, όπως τη χρήση του σάκου σύμφωνα με τις ειδικές οδηγίες και ανάλογα με τον τύπο του καθώς και την πλύση της κολοστομίας.
  - Την πρόληψη κακοσμίας και τον έλεγχο των αερίων. Συστήστε να αποφεύγει τροφές που προκαλούν κάκοσμα αέρια, όπως κρεμμύδια, ορισμένα λαχανικά, ραδίκια, αγγούρια και φασόλια. Το γιαούρτι, ο χυμός μούρου και το αποβουτυρωμένο γάλα μειώνουν την οσμή των κοπράνων.
  - Τη δίαιτα. Ενημερώστε τον άρρωστο ότι πρέπει να αποφεύγει την πολυφαγία, τα μεγάλα γεύματα και να μασάει καλά την τροφή του. Η δίαιτα του να είναι πλήρης σε θρεπτικές ουσίες, ώστε να μην προκαλείτε διάρροια ή δυσκοιλιότητα. Να αποφεύγει τροφές με πολλές ίνες, σπόρους, καλαμπόκι, σέλινο, ξηρούς καρπούς, λαχανοσαλάτες σταφίδες, αποξηραμένα φρούτα και φαγητά.
  - Ενδυμασία - σπορ. Εξηγήστε στον άρρωστο ότι με το σάκο και την ζώνη που θα φορά δεν προκύπτει κανένα πρόβλημα .( <http://www.sumboules.gr>, 2007)

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ :** Κ. Τ , **ΧΡΟΝ. ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ :** 1965,

**ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ :** ΠΑΤΡΑ, **ΔΙΕΥΘ. ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ :** ΠΛ.ΓΕΩΡΓΙΟΥ

**ΘΡΗΣΚΕΥΜΑ :** Χ.Ο, **ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ :** ΕΛΛΗΝΙΚΗ

**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ :** ΑΓΡΟΤΗΣ , **ΑΣΦΑΛΕΙΑ :** Ο Γ Α

**ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ :** ΕΓΓΑΜΟΣ, **ΗΜ. ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ :** 12/11/2007

**ΩΡΑ :** 11:00 π.μ. , **ΗΜ. ΛΗΨΗΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ :** 12/11/2007

**ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ :** Θ : 36C ΣΦΥΞΕΙΣ : 78/min Α.Π. : 140/80mm H g

### ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

Από 3μήνου βλεννοαιματηρές κενώσεις με ήπιο κοιλιακό άλγος διάχυτο στην κάτω κοιλιακή χώρα και αίσθημα ατελούς εκκένωσης του εντέρου.

Ορθοσκόπηση στις 13/11/2007 . Αποτέλεσμα : Νεοεξεργασία ορθού στα 3-4 εκ. που εκτείνεται ως τα 7-8 εκ. . Λήψη βιοψιών.

15/11/2007 , αποτέλεσμα ιστολογικής : Αδενοκαρκίνωμα ορθού μέσης διαφοροποίησης.

16/11/2007 , ολόσωμη CT που αναφέρει διήθηση του περιορθικού λίπους , κάποιες ύποπτες εστίες στο ήπαρ και είναι αρνητική για μεταστάσεις.

Αιματολογικός έλεγχος 16/11/2007 : Φυσιολογικές τιμές

Προγραμματίστηκε για επέμβαση στις 20/11/2007 .

**ΠΙΘΑΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:** Ca ορθού



## Νοσηλευτική Φροντίδα του ασθενούς με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας

### Προεγχειρητική φάση

#### 1)ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Ανάγκη ψυχολογικής προετοιμασίας του ασθενούς προεγχειρητικά καθώς βρίσκεται σε κατάσταση άγχους ανησυχίας και φόβου.

#### ΣΚΟΠΟΣ

Να ενημερωθεί ο ασθενής και να προετοιμαστεί ψυχολογικά για την επικείμενη επέμβαση .

#### ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

Να ενημερωθεί ο ασθενής για τη λειτουργία της κλινικής και τις διαθέσιμες ευκολύνσεις .

Να ενημερωθεί ο ασθενής και η οικογένειά του για το είδος της επέμβασης και τη μετεγχειρητική του πορεία

Να συζητηθούν οι αναμενόμενοι φόβοι του ασθενούς για τη νάρκωση , το άγνωστο , την αλλαγή του σωματικού ειδώλου ( αν γίνει κολοστομία ) και τον αποχωρισμό .

#### ΕΦΑΡΜΟΓΗ

Κατατοπίσαμε τον ασθενή γύρω από τη λειτουργία της κλινικής και τους χώρους .

Ο θεράπων ιατρός ενημέρωσε τον ασθενή και την οικογένειά του γύρω από τα προαναφερθέντα .

Έγινε συζήτηση με τον ασθενή σχετικά με τους φόβους του και λύθηκαν οι απορίες του .

#### ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Ο ασθενής είναι ενήμερος και μοιάζει λιγότερο αγχωμένος.

## **2)ΠΡΟΒΛΗΜΑ**

Ανάγκη φυσικής προεγχειρητικής ετοιμασίας την παραμονή της επέμβασης .

### **ΣΚΟΠΟΣ**

Να ετοιμαστεί ο ασθενής κατάλληλα για την επικείμενη επέμβαση.

### **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ**

Να ενημερωθεί ο ασθενής για την προεγχειρητική προετοιμασία .

Να ολοκληρωθεί ο εργαστηριακός έλεγχος που περιλαμβάνει :

( Γενική αίματος , βιοχημικές εξετάσεις, χρόνους πήξεως , διασταύρωση , ακτινογραφία θώρακος , ΗΚΓ, και να ελεγχθούν οι απαντήσεις των εξετάσεων) .

Να γίνει εξέταση από αναισθησιολόγο και να δοθούν οδηγίες για προνάρκωση.

Να γίνει φροντίδα ατομικής υγιεινής με λουτρό καθαριότητας.

Να γίνει προετοιμασία εντέρου.

### **ΕΦΑΡΜΟΓΗ**

Ενημερώθηκε ο ασθενής για την ετοιμασία .

Ο εργαστηριακός έλεγχος έχει ολοκληρωθεί .

Ελέγχθηκαν οι απαντήσεις και μπήκαν στο φάκελο .

Έγινε λουτρό καθαριότητας στον ασθενή .

Εξετάστηκε από αναισθησιολόγο και δόθηκαν οδηγίες.

Χορηγήθηκε η κατάλληλη διαίτα .

Ενημερώθηκε ο ασθενής να μη φάει ή πει τίποτα μετά τις 12 τα μεσάνυχτα .

### **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ**

Η φυσική προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενούς συνεχίζεται.

### **3)ΠΡΟΒΛΗΜΑ**

Ανάγκη ύπνου και ανάπαυσης του ασθενούς.

### **ΣΚΟΠΟΣ**

Να αναπαυθεί και να κοιμηθεί ο ασθενής την προηγούμενη της επέμβασης.

### **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ**

Να εξασφαλιστεί ήρεμο - ήσυχο – αναπαυτικό περιβάλλον.

Να γίνει προσπάθεια να μην σκέφτεται συνέχεια την επικείμενη εγχείριση.

Να γίνει σύσταση για αποφυγή υγρών πλούσια σε καφεΐνη.

Να ενημερωθεί ο ασθενής να αδειάσει της ουροδόχο κύστη πριν την κατάκλιση.

Να χρησιμοποιηθούν τεχνικές χαλάρωσης.

### **ΕΦΑΡΜΟΓΗ**

Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε δίκλινο θάλαμο μόνος του.

Ενθαρρύνθηκε η συμμετοχή του σε διάφορες δραστηριότητες κατά τις απογευματινές ώρες.

Αποθαρρύνθηκε ο ασθενής από κατανάλωση καφέ, τσάι, ποτά τύπου cola ιδιαίτερα το απόγευμα.

Παροτρύνθηκε να αδειάσει την ουροδόχο κύστη πριν την κατάκλιση.

Υπήρχε χαμηλή μουσική στο θάλαμο του, έγιναν ασκήσεις προοδευτικής χαλάρωσης, έγινε μασάζ στην πλάτη.

### **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ**

Ο ασθενής κοιμήθηκε βαθιά όλη την νύχτα. Το πρωί αισθανόταν ότι είχε αναπαυθεί καλά.

#### **4)ΠΡΟΒΛΗΜΑ**

Ανάγκη άμεσης προεγχειρητικής προετοιμασίας το πρωί πριν την επέμβαση .

#### **ΣΚΟΠΟΣ**

Να σταλεί ο ασθενής στο χειρουργείο σωστά προετοιμασμένος και με ασφάλεια .

#### **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ**

Να γίνει συζήτηση με τον ασθενή και να λυθούν οι τελευταίες απορίες του.

Να ντυθεί με τα ειδικά ρούχα χειρουργείου και να τοποθετηθούν αντιθρομβωτικές κάλτσες και ταυτότητα αναγνώρισης στο χέρι του.

Να γίνει προνάρκωση.

Να ελεγχθεί η πληρότητα του ιατρικού φακέλου .

Να συμπληρωθεί το έντυπο της γραπτής συγκατάθεσης ( εάν αυτό δεν έχει ήδη γίνει )  
.

Να συμπληρωθεί από τη νοσηλεύτρια το έντυπο προεγχειρητικής ετοιμασίας και να υπογραφεί .

Να γίνει η ασφαλής μεταφορά του ασθενούς στο χειρουργείο .

Να εξασφαλιστεί επικοινωνία με τους συγγενείς και ενημέρωση για τη διάρκεια της επέμβασης και την εικόνα που θα παρουσιάζει ο ασθενής μετά το χειρουργείο .

#### **ΕΦΑΡΜΟΓΗ**

Έγινε συζήτηση με τον ασθενή και λύθηκαν οι απορίες που εξέφρασε .

Βοηθήσαμε τον ασθενή να ντυθεί με τα κατάλληλα ρούχα και τις αντιθρομβωτικές κάλτσες και τοποθετήσαμε στο χέρι το βραχιόλι με το ονοματεπώνυμό του.

Έγινε προνάρκωση.

Ελέγχθηκε η πληρότητα του ιατρικού φακέλου .

Ελέγχθηκε το έντυπο συγκατάθεσης ( ήταν υπογεγραμμένο από τον ασθενή ).

Συμπληρώθηκε και υπογράφηκε το έντυπο της προεγχειρητικής προετοιμασίας

Εξασφαλίζεται η άνετη και ασφαλής μεταφορά του ασθενούς στο χειρουργείο .

Ενημερώθηκαν οι συγγενείς .

### **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ**

Ολοκληρώθηκε η άμεση προεγχειρητική προετοιμασία και στις 7:45 π.μ. οδηγείται ο ασθενής στο χειρουργείο με ασφάλεια και πλήρως προετοιμασμένος.

### **ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΕΝΔΕΙΞΗ : Ca Ορθού .**

### **ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ : Η Ίδια .**

### **ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΑΣΗ**

#### **1)ΠΡΟΒΛΗΜΑ**

Υπογκαιμία λόγω της απώλειας από την επέμβαση .

#### **ΣΚΟΠΟΣ**

Να διορθωθεί η υπογκαιμία που προκλήθηκε από τις απώλειες υγρών από την επέμβαση , με χορήγηση πλάσματος .

Να γίνει η μετάγγιση με ασφάλεια .

#### **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ**

Να χορηγηθούν στον ασθενή μονάδες πλάσματος.

Να ενημερωθεί ο ασθενής για τις επικείμενες μεταγγίσεις .

Να ελεγχθεί η καταλληλότητα των περιφερικών φλεβικών γραμμών .

Να γίνει λήψη ζωτικών σημείων πριν και μετά την μετάγγιση και να παρακολουθείται ο ασθενής συχνά κατά τη διάρκειά της .

Να εκτελεστούν οι μεταγγίσεις με σωστό και ασφαλή τρόπο .

Να γίνει πρόληψη πιθανών επιπλοκών από τη μετάγγιση και έγκαιρη αναγνώριση

τυχόν συμπτωμάτων .

## **ΕΦΑΡΜΟΓΗ**

Ενημερώνεται ο ασθενής για τη μετάγγιση και τους κινδύνους της και ελέγχεται η βατότητα και η καταλληλότητα των περιφερικών φλεβικών γραμμών .

Γίνεται λήψη ζωτικών σημείων πριν τη μετάγγιση , και καταγράφονται στο φάκελο .

Εφαρμόζεται ειδική συσκευή για τη μετάγγιση στη φιάλη του πλάσματος με άσηπτη τεχνική και αφού ελεγχθεί ξανά η μονάδα πλάσματος ότι είναι η κατάλληλη για τη συγκεκριμένη ασθενή , ξεκινά η μετάγγιση .

Ελέγχονται και καταγράφονται στο φάκελο του ασθενούς τα στοιχεία της φιάλης που αφορούν : Στον αριθμό φιάλης αίματος και πλάσματος , στην ημερομηνία παρασκευής του πλάσματος , στην ομάδα αίματος , στο rhesus , στο ονοματεπώνυμο του ασθενούς .

Καταγράφονται επίσης : Το όνομα της νοσηλεύτριας που έκανε τη συμβατότητα , το όνομα του νοσηλευτή που κάνει τη μετάγγιση και η υπογραφή του καθώς και του θεράποντα ιατρού που ζήτησε τη μετάγγιση . Καταγράφεται ακόμα η ώρα έναρξης και η ώρα λήξης της μετάγγισης .

Ο ασθενής παρακολουθείται συχνά .

## **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ**

Η μετάγγιση της ασθενούς με πλάσμα έγινε χωρίς προβλήματα .

## **2)ΠΡΟΒΛΗΜΑ**

Ήπια αναπνευστική δυσχέρεια .

## **ΣΚΟΠΟΣ**

Να ανακουφιστεί ο ασθενής από τα συμπτώματα και να γίνει πρόληψη των

μετεγχειρητικών επιπλοκών του αναπνευστικού.

## **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ**

Να τοποθετηθεί ο ασθενής σε ημικαθιστή θέση για να μην πιέζεται το διάφραγμα από τα κοιλιακά όργανα .

Να χορηγηθεί για το πρώτο 24ωρο O<sub>2</sub> συνεχώς με μάσκα venturi.

Να εξασφαλιστεί ικανοποιητική αναλγησία για να μπορεί να αναπνέει βαθιά και να βήχει .

Να ελέγχεται η αναπνευστική καταστολή από την αναλγησία , με συχνή λήψη ζωτικών σημείων.

Να προγραμματιστεί για φυσικοθεραπεία αναπνευστικού και να δοθεί εξασκητής αναπνοής την επόμενη μέρα .

Να γίνει έγκαιρη έγερση και κινητοποίηση .

## **ΕΦΑΡΜΟΓΗ**

Τοποθετήθηκε ο ασθενής σε σωστή θέση.

Χορηγείται O<sub>2</sub> με μάσκα venturi.

Έχει ενδοραχιαία αναλγησία και προς το παρόν δεν πονάει.

Ελέγχονται συστηματικά τα ζωτικά σημεία του ασθενούς (ικανοποιητικό αριθμό αναπνοών , περίπου 15 / min , σφίξεων 106 / min και Θ 37,4o C.

Προγραμματίστηκε για φυσιοθεραπεία αναπνευστικού.

Η έγερσή του θα γίνει την επομένη μέρα το πρωί .

## **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ**

Ο ασθενής μετά τις παρεμβάσεις αναπνέει σχετικά καλά, δεν πονάει και μπορεί να βήξει .

## **3)ΠΡΟΒΛΗΜΑ**

Δίψα.

## **ΣΚΟΠΟΣ**

Απαλλαγή του ασθενούς από το αίσθημα αυτό.

## **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ**

Να χορηγηθούν υγρά παρεντερικά.

Να υγρανθούν τα χείλη του ασθενούς.

## **ΕΦΑΡΜΟΓΗ**

Χορηγείται παρεντερικά διάλυμα.

Υγράθηκαν τα χείλη του ασθενούς με βρεγμένη γάζα.

## **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ**

Μειώθηκε το αίσθημα της δίψας.

## **4)ΠΡΟΒΛΗΜΑ**

Κίνδυνος θρομβοεμβολικών επεισοδίων .

## **ΣΚΟΠΟΣ**

Να γίνει πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών από το αγγειακό

## **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ**

Να φοράει ο ασθενής αντιθρομβωτικές κάλτσες μέχρι την πλήρη κινητοποίησή του και να χορηγείται στον ασθενή ηπαρίνη.

## **ΕΦΑΡΜΟΓΗ**

Ο ασθενής φοράει τις αντιθρομβωτικές κάλτσες, γίνεται κινησιοθεραπεία και διδασκαλία για ασκήσεις.

## **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ**

Έχουν παρθεί μέτρα για την πρόληψη θρομβοεμβολικών επεισοδίων

## **5)ΠΡΟΒΛΗΜΑ**

Κίνδυνος λοίμωξης.

## **ΣΚΟΠΟΣ**

Πρόληψη λοίμωξης.



## **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ**

Μέτρηση Ζωτικών Σημείων ανά 3ωρο.

Χορήγηση αντιβιοτικών.

## **ΕΦΑΡΜΟΓΗ**

Εγινε μέτρηση των Ζωτικών Σημείων.

Χορηγήθηκε I.V. αντιβιοτικό.

## **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ**

Δεν υπάρχουν σημεία λοίμωξης στις περιοχές I.V. χορήγησης.





**Γ ΜΕΡΟΣ**  
**ΕΠΙΛΟΓΟΣ**

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο καρκίνος αποτελεί την πιο πολυσυζητημένη αρρώστια της εποχής μας, αφού δεν έχει ακόμη βρεθεί η ρίζα της προέλευσης του. Με το πέρασμα όμως του χρόνου οι έρευνες έχουν φωτίσει κάποιες πλευρές του προβλήματος. Σημαντική αποκάλυψη ήταν το γεγονός ότι, στην εμφάνιση του παίζουν σημαντικό ρόλο παράγοντες της καθημερινής μας ζωής. Έτσι παρατηρούμε ότι καρκίνος συνδέεται συχνά με την ποσότητα και λιγότερο με την ποιότητα της καταναλισκόμενης τροφής. Επίσης δίαιτες πλούσιες σε ίνες (φρούτα, λαχανικά) συνδέονται με χαμηλούς δείκτες εμφάνισης κάποιων μορφών καρκίνου. Αντιθέτως δίαιτες πλούσιες σε λιπαρά συνδέονται με υψηλούς δείκτες εμφάνισης κάποιων μορφών καρκίνου. Εκτός αυτού επικίνδυνα έχουν κριθεί και τα πρόσθετα τροφίμων (όπως χρωστικές) αν και δεν έχει βρεθεί συσχέτιση. Θα θέλαμε να αναφέρουμε ενδεικτικά ότι:

- Η κατανάλωση υψηλών ποσοστών λιπαρών φαγητών συνδέεται με Ca μαστού και παχέος εντέρου.
- Η κατανάλωση υψηλών ποσοστών οινοπνεύματος συνδέεται με Ca στομάχου, φάρυγγα, οισοφάγου, λάρυγγα και πνευμόνων.
- Η κατανάλωση υψηλών ποσοστών καπνιστών και αλμυρών τροφίμων συνδέεται με Ca στομάχου
- Η παχυσαρκία θέτει τις γυναίκες, ιδίως μετά την εμμηνόπαυση, σε κίνδυνο Ca ενδομητρίου. ( <http://www.sumboules.gr> , 2007)

**Για τους λόγους αυτούς συνιστάται σε όλους να:**

- Τρώτε συχνά φρέσκα φρούτα, λαχανικά και τροφές πλούσιες σε ίνες
- Διαλέξτε τροφές που γίνονται από διάφορα δημητριακά ολικής άλεσης, πηγή επίσης φυτικών ινών.
- Τρώτε συχνά όσπρια
- Τρώτε καθημερινά ωμές σαλάτες εποχής. Προσπαθείτε μάλιστα να φτιάχνετε τις σαλάτες λίγο πριν το γεύμα, ώστε να παίρνετε όσο το δυνατό περισσότερα στοιχεία.
- Μαγειρεύετε στον ατμό και αποφεύγετε τα τσιγαρίσματα, τις υψηλές θερμοκρασίες και το παρατεταμένο μαγείρεμα.
- Προσπαθείτε να τρώτε ποικιλία στο φαγητό
- Προτιμάτε κοτόπουλο, ψάρι, ή τελείως άπαχο κρέας
- Περιορίστε το αλάτι, το αλκοόλ, την καφεΐνη και τα αναψυκτικά τύπου cola
- Διατηρείστε το βάρος σας σε χαμηλά επίπεδα, αυξάνοντας την φυσική σας δραστηριότητα και μειώνοντας την θερμιδική σας πρόσληψη. (Μπεσμπέας Σ, 2004)



## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ

### ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

- Ασυνήθιστα συμπτώματα από την κοιλιά ή αλλαγές ή αίμα στις κενώσεις πρέπει να αναφέρονται αμέσως στο γιατρό.
- Άτομα μεγαλύτερα των 50 ετών (έστω και χωρίς συμπτώματα) θα πρέπει να υποβάλλονται σε δοκιμασία ανίχνευσης αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα κάθε χρόνο και σε εύκαμπτη σιγμοειδοσκόπηση κάθε 3- 5 χρόνια ή κολonosκόπηση ανά 10ετία
- Η κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και ασβεστίου προφυλάσσει από εμφάνιση καρκίνου του παχέος εντέρου. Το αντίθετο συμβαίνει με την κατανάλωση κόκκινου κρέατος
- Η αποφυγή του καπνίσματος και της καθιστικής ζωής, καθώς και η υιοθέτηση συστηματικής άσκησης (π.χ περπάτημα) αποτελούν σημαντικούς προληπτικούς παράγοντες
- Η αφαίρεση των πολυπόδων προλαμβάνει την εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου. ( Λαδάς Σ, 2007, Μπεσμπέας Σ, 2004)

**Θυμηθείτε : Ο καρκίνος θεραπεύεται πλήρως ! Η πρόληψη και η  
πρώιμη διάγνωση είναι η καλύτερη θεραπεία !**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι σήμερα ο πιο συχνός καρκίνος του γαστρεντερικού σωλήνα, και αποτελεί σημαντική αιτία θανάτων στο Δυτικό κόσμο.

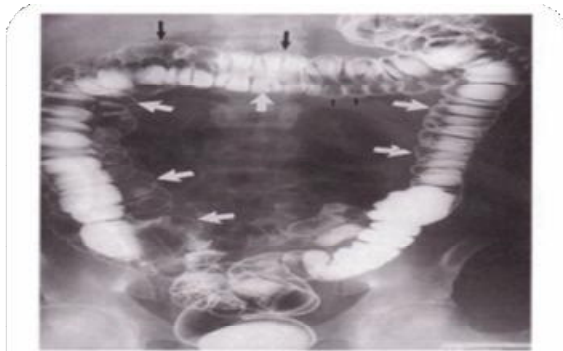
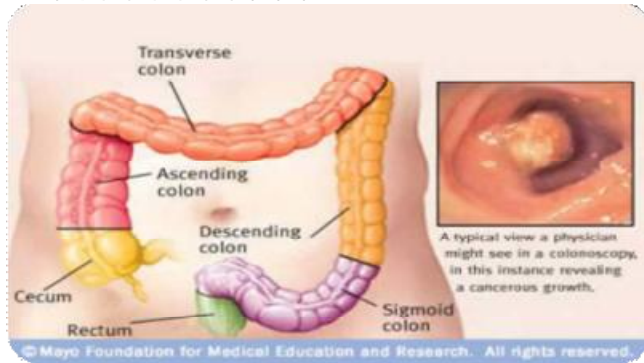
Αν και τα αίτια του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι άγνωστα, υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι παράγοντες του περιβάλλοντος-όπως οι διατροφικές συνήθειες-αυξάνουν τη συχνότητά του. Έχει βρεθεί ότι πληθυσμοί που καταναλώνουν περισσότερα ζωικά λευκώματα και λίπη εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου του παχέος εντέρου από πληθυσμούς που καταναλώνουν κυρίως φυτικές τροφές.

Επίσης, ατομικοί παράγοντες όπως ιστορικό πολύποδα του εντέρου, ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου σε συγγενή πρώτου βαθμού, ιστορικό ελκώδους κολίτιδας και ορισμένα σύνδρομα οικογενούς πολυποδίασης αυξάνουν την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου.

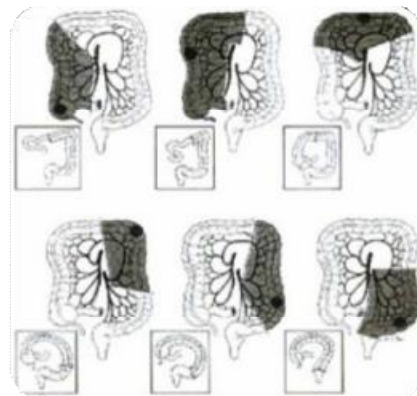
Στην αρχή της νόσου τα συμπτώματα δεν έχουν ειδικό χαρακτήρα. Μπορεί να παρατηρηθεί αλλαγή των συνηθειών του εντέρου δηλαδή διάρροια, δυσκοιλιότητα, εναλλαγή διάρροιας-δυσκοιλιότητας. Επίσης αποβολή αίματος από το ορθό, ή αναιμία από μη φανερή απώλεια αίματος στα κόπρανα, οδηγούν τον άρρωστο στο γιατρό.

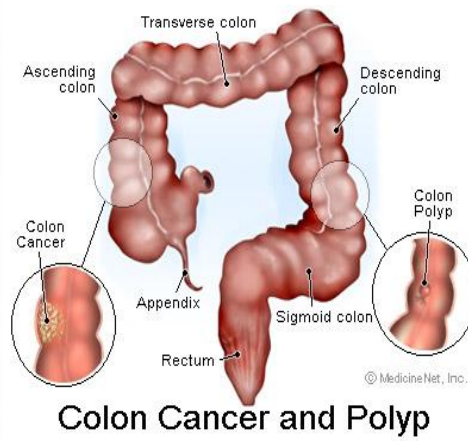
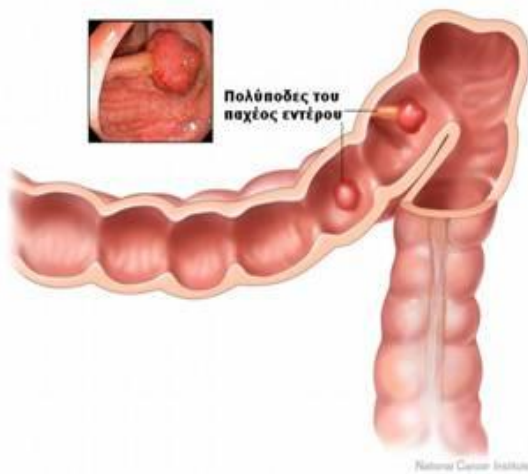
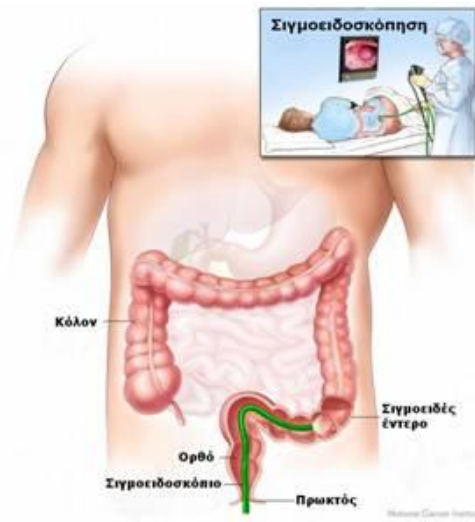
Η διαγνωστική έρευνα αρχίζει συνήθως με προσεκτική δακτυλική εξέταση του ορθού και συνεχίζεται με ενδοσκόπηση του παχέος εντέρου ή ακτινογραφία. Αν βρεθεί κάποια ύποπτη αλλοίωση είναι απαραίτητη η βιοψία.

Η χειρουργική εκτομή του όγκου και των γειτονικών του τμημάτων στα αρχικά στάδια της νόσου έχει πολύ καλά αποτελέσματα. Η πενταετής επιβίωση για τα καρκινώματα που περιορίζονται στο βλεννογόνο φτάνει το 80-90%. Όταν διηθείται το εντερικό τοίχωμα και υπάρχουν μεταστάσεις η πενταετής επιβίωση είναι μικρή.



**Εικόνα 292**  
*Παχύ έντερο. Απεικόνιση με τη μέθοδο διπλής αντίθεσης. Διαγράφονται με σαφήνεια οι κοιλιακές κυψέλες (Β&Α), ο βλεννογόνος, οι κοιλιακές κινήσεις και όλα τα άλλα ανατομικά στοιχεία του παχέως εντέρου.*





**Colon Cancer and Polyp**



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Barbara E, *Νοσηλευτική φροντίδα στην παθολογία και χειρουργική*, Επιμέλεια: Καραχάλιος Γ, Εκδόσεις «Έλλην», 2001
2. Dollinger M, Rosenbown E, Cable G, *Cancer Disease*, Εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα, 1992
3. Eskelinen M, Ikonen J, Lipponen P, *Contribution of history taking, physical examination and computer assistance to diagnosis of acute small bowel obstruction*, *Gastroenterol* 29:715, 1994
4. Grunshaw N, Renwick IG, Scarisbrick G, *Prospective evaluation of ultrasound in distal ileal anal colonic obstruction*, *Clin Radiol* 55:356, 2000
5. Ogata M, Matur J, Condon R, *Prospective evaluation of abdominal sonography for the diagnosis of bowel obstruction*, *Surgery* 223:237, 1996
6. Smith R, American Cancer Society Guidelines For The Early Detention Of Cancer, *Παθολογία Ca*, Εκδόσεις Παρισσιανού Α.Ε, 2003
7. Αγοραστός Ι, *Εσωτερική Παθολογία*, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2001
8. Βαργεμέλη Ε, «*Νοσηλευτική φροντίδα ατόμων με κολοστομία και αποκατάσταση*», πρακτικά εισηγήσεων ημερίδας Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών, «*νεότερες εξελίξεις στην ογκολογική νοσηλευτική*», σελ 35-52, Αθήνα, 1994
9. Βασιλειάδου Α, «*Η μηχανική του σώματος*» κατά την άσκηση της, Εκδόσεις Βητα, Αθήνα, 1996
10. Βότση Ε, «*Ιστορία της Νοσηλευτικής για Μ.Τ.Ν.Σ*», Αθήνα, 1996

11. Γαρδίκας Δ, *Ειδική Νοσολογία*, Α' τόμος, Εκδόσεις Παρισιάνος, 1984
12. Ευγενίδης Ν, *Εσωτερική Παθολογία*, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2001
13. Ζησιάδης Α, Μπασδάνης Γ, Μιχαλόπουλος Α, *Καρκίνος παχέος εντέρου*, Εκδόσεις University Studio Press, 2001
14. Λαδάς Σ, *Γαστρεντερολογία*, Β' έκδοση, Εκδόσεις Λίτσας, 2007
15. Μπεσμπέας Σ, *Διατροφή και καρκίνος*, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία & Εταιρία Νοσηλευτικών σπουδών, Αθήνα, 2004
16. Ντολατζάς Θ, *Συνοπτική Χειρουργική*, Εκδόσεις Λίτσας, 1994
17. Παπαδημητρίου Κ, *Ειδική Παθολογική Ανατομική*, Εκδόσεις Λίτσας, 1990
18. Σαχίνη-Καρδάση Α, Πάνου Μ, *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διεργασίες*, 2<sup>ος</sup> τόμος, Β' έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2002
19. Τούντας Κ, *Χειρουργική* Α', Β', Γ' τόμος, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα, 1975, 76, 77
20. Τριαντόπουλος Ι, *Εσωτερική Παθολογία*, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2001
21. Χανιώτης Φρ, *Παθολογία*, Α' τόμος, Εκδόσεις Λίτσας, 1997

22. <http://www.health.gr> 23/11/2007, 15:30pm

23. <http://www.wyeth.gr> 23/11/2007, 18:00pm

24. <http://www.sumboules.gr> 26/11/2007, 10:00am

25. <http://www.gastrohep.com> 12/12/2007, 12:45pm