

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ**

**Σχολή: ΣΕΥΠ**

**Τμήμα: Νοσηλευτική**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

***Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ, ΘΕΡΑΠΕΙΑ***

***ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ***

***ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ***



**Εποπτεία:**

**Dr. Παπαδημητρίου Μ.**

**Καθηγήτρια**

**Επιμέλεια:**

**Κωστέα Αγγελική**

**Μαργώνη Πανωραία**

**Φοιτήτριες**

**ΠΑΤΡΑ 2012**

# **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

Πρόλογος .....	6
Εισαγωγή.....	7

## **Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>: Ορισμός, Επιδημιολογικά Στοιχεία και Ιστορική Αναδρομή του Καρκίνου**

1.1 Ορισμός του καρκίνου .....	10
1.1.1 Η έναρξη του καρκίνου .....	10
1.1.2 Καλοήθεις – Κακοήθεις όγκοι .....	11
1.1.3 Μεταστάσεις .....	12
1.2 Ιστορική αναδρομή του καρκίνου .....	12
1.3 Επιδημιολογικά Στοιχεία .....	16
1.3.1 Θνησιμότητα και Νοσηρότητα του Καρκίνου .....	16
1.3.2 Επίπτωση του Καρκίνου .....	16

## **Κεφάλαιο 2ο: Ανατομία και φυσιολογία του πεπτικού συστήματος – Ανατομία και φυσιολογία του παχέος εντέρου**

2.1 Ανατομία πεπτικού συστήματος.....	23
2.2 Εμβρυολογία .....	23
2.2.1 Ανατομία παχέος εντέρου.....	24
2.2.2 Χαρακτηριστικά του παχέος εντέρου .....	25
2.2.3 Κατασκευή του παχέος εντέρου .....	26
2.3 Φυσιολογία πεπτικού συστήματος.....	26
2.4 Φυσιολογία του παχέος εντέρου.....	27
2.4.1 Υγρά και ηλεκτρολυτικές μεταβολές.....	27
2.4.2 Λιπαρά οξέα βραχείας αλυσίδας.....	27

2.4.3	Κινητικότητα του παχέος εντέρου .....	28
2.5	Μικροχλωρίδα και εντερικά αέρια .....	28
2.6	Αγγείωση του παχέος εντέρου .....	29
2.7	Λεμφική παροχέτευση .....	30
2.8	Νεύρωση του παχέος εντέρου.....	31

### **Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>: Καρκίνος του παχέος εντέρου**

3.1	Ορισμός.....	33
3.2	Αίτια- Παθογένεια .....	33
3.2.1	Γενετικά σύνδρομα σχετιζόμενα με τον καρκίνο του παχέος εντέρου.....	34
3.2.2	Πολύποδες παχέος εντέρου.....	36
3.3	Παράγοντες κινδύνου .....	38

### **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>: Σταδιοποίηση – Πρόγνωση – Εντόπιση – Μετάσταση – Τρόποι διασποράς**

4.1	Μορφές καρκίνου παχέος εντέρου.....	42
4.2	Σταδιοποίηση .....	42
4.3	Πρόγνωση .....	43
4.4	Μετάσταση.....	44

### **Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>: Κλινική Συμπεριφορά – Διαγνωστική προσέγγιση**

5.1	Κλινική εικόνα .....	46
5.1.1	Κλινικά ευρήματα.....	47
5.1.2	Διαφοροδιάγνωση .....	47
5.2	Διάγνωση .....	48
5.3.	Διαγνωστικές μέθοδοι.....	48

## **Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>: Πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου**

6.1	Πρωτογενής πρόληψη .....	56
6.1.1	Ασπιρίνη και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα .....	58
6.1.2	Προληπτικός έλεγχος του ασυμπτωματικού πληθυσμού .....	58
6.1.3	Γενικές συστάσεις πρωτογενούς πρόληψης .....	59
6.2	Δευτερογενής πρόληψη .....	60
6.2.1	Τι πρέπει να κάνουν όσοι παρουσιάζουν καρκίνο ή πολύποδες παχέος εντέρου .....	61

## **Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup>: Θεραπεία**

7.1	Θεραπευτικές ανά στάδιο επιλογές .....	63
7.2	Χειρουργική θεραπεία .....	63
7.2.1	Γενικές αρχές των χειρουργικών επεμβάσεων .....	64
7.3	Νεότερες εξελίξεις στην αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου .....	64
7.4	Νέοι ορίζοντες με την εφαρμογή της HIPEC στην αντιμετώπιση της προχωρημένης νόσου .....	67
7.5	Χημειοθεραπεία .....	67
7.5.1	Προφυλακτική ή συμπληρωματική χημειοθεραπεία .....	68
7.5.2	Προεγχειρητική χημειοθεραπεία .....	68
7.5.3	Ανεπιθύμητες ενέργειες χημειοθεραπείας .....	69
7.5.4	Πρόοδοι στη χημειοθεραπεία του παχέος εντέρου .....	70
7.6	Ακτινοθεραπεία .....	71
7.6.1	Προφυλακτική ακτινοθεραπεία .....	71
7.6.2	Ακτινοθεραπεία σε δευτεροπαθείς όγκους .....	71
7.6.3	Μέθοδοι εφαρμογής της ακτινοθεραπείας .....	71
7.6.4	Ακτινοθεραπεία- παρενέργειες .....	72

7.7	Χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων .....	73
7.8	Η χρήση του Laser .....	73
7.9	Φωτοδυναμική θεραπεία .....	73
7.10	Χημειοεμβολιασμός ή καυτηριασμός με ραδιοκύματα (radiofrequency ablation, RFA) .....	73
7.11	Κολοστομία .....	73

**Κεφάλαιο 8<sup>ο</sup>: Επιπλοκές της νόσου – Μετεγχειρητικές δυσχέρειες –  
Επιπλοκές**

8.1	Επιπλοκές καρκίνου παχέος εντέρου .....	77
8.1.1	Μεταστατικός καρκίνος του παχέος εντέρου .....	77
8.1.2	Χειρισμός της μεταστατικής νόσου .....	77
8.2	Μετεγχειρητικές δυσχέρειες .....	78
8.3	Μετεγχειρητικές επιπλοκές .....	81

**Κεφάλαιο 9<sup>ο</sup>: Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του παχέος  
εντέρου – Εκπαίδευση και τρόπος ζωής ασθενούς με κολοστομία**

9.1	Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ογκολογία .....	88
9.2	Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου .....	90
9.2.1	Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρωτογενή πρόληψη .....	90
9.3	Ο ρόλος του νοσηλευτή στο διαγνωστικό έλεγχο .....	91
9.4	Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που αντιμετωπίζεται χειρουργικά .....	94
9.4.1	Προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς .....	95
9.5	Ο ρόλος του νοσηλευτή στις μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές .....	100
9.6	Πλύση κολοστομίας .....	104
9.7	Εκπαίδευση ασθενούς με κολοστομία .....	105

9.8	Διαιτολογικές συστάσεις σε ασθενείς με κολοστομία .....	108
9.9	Επίδραση της κολοστομίας στον τρόπο ζωής του ασθενούς .....	109
9.10	Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία .....	111
9.11	Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία .....	112
9.12	Νοσηλευτική παρέμβαση στην αποκατάσταση ασθενή με καρκίνο του παχέος εντέρου .....	114
9.13	Συμβολή της νοσηλευτικής σε καρκινοπαθή τελικού σταδίου .....	117
9.14	Η νοσηλευτική διεργασία ως μέθοδος νοσηλευτικής φροντίδας .....	118
9.15	Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική παρέμβαση σε συγκεκριμένο ασθενή με καρκίνο του παχέος εντέρου με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας .....	119
	Περίπτωση Α .....	119
	Περίπτωση Β .....	135
	Περίπτωση Γ .....	145
	Περίπτωση Δ .....	153
	Συμπεράσματα .....	168
	Προτάσεις .....	169
	Περίληψη .....	170
	Summary .....	171
	Βιβλιογραφία .....	172
	Παράρτημα .....	181

## Πρόλογος

Στις αρχές της τρίτης χιλιετίας ο καρκίνος παραμένει ένα τεράστιο πρόβλημα υγείας που φαίνεται ότι θα συνεχίσει να προβάλλει σημαντικές προκλήσεις για τους επιστήμονες υγείας, τους χρηματοδότες υγείας, αλλά και ολόκληρη την κοινωνία. Η έκρηξη της νέας γνώσης μέσα σε μια κοινωνία που γηράσκει σ' ένα κοινωνικοπολιτιστικό περιβάλλον συνεχούς αλλαγής, επιβράβευσης της ταχύτητας, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας δημιουργεί αντιφάσεις, διλήμματα και νέες προκλήσεις.

Στον τομέα της Ογκολογίας η μόνη βεβαιότητα είναι η συνεχής αλλαγή. Η ανανέωση της γνώσης ανανεώνει την ελπίδα για την προστασία περισσότερων ανθρώπων με τις νέες μεθόδους πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου, παρέχει τη βάση για νέες μορφές θεραπείας που θα σώσουν ή θα παρατείνουν ζωές και θα προτείνει τρόπους βελτίωσης της ποιότητας ζωής των διαγνωσθέντων ασθενών με καρκίνο <sup>1</sup>.

Οι κυριότεροι σκοποί της φροντίδας στην Ογκολογία είναι η θεραπεία και η διάγνωση των ανθρώπων, η διαβεβαίωση ότι ο ασθενής θα έχει πρόσβαση και θα λάβει κάθε δυνατή θεραπευτική παρέμβαση, υποστήριξη και ενημέρωση σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας. Επιπλέον ότι θα εξασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή υποστήριξή του στην τελευταία φάση της ζωής με στόχο την ποιότητα και όχι απλά την επιμήκυνση της ζωής χωρίς νόημα <sup>2</sup>.

Στο παρόν σύγγραμμα θα ασχοληθούμε με τον καρκίνο του παχέος εντέρου, ο οποίος αποτελεί μια από τις συχνότερες κακοήθειες παθήσεις στον Δυτικό κόσμο <sup>3</sup>. Στην χώρα μας αποτελεί την τέταρτη αιτία θανάτου από κακοήθη νεοπλασία <sup>4</sup>. Σκοπός μας είναι η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου που οδηγούν στην δημιουργία του καρκίνου του παχέος εντέρου και η νοσηλευτική προσέγγιση της σοβαρής αυτής μορφής καρκίνου με στόχο την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση αλλά και την αντιμετώπιση του ίδιου του καρκίνου και των επιπλοκών του.

**Λέξεις κλειδιά:** καρκίνος, παχύ έντερο, πρόληψη, διάγνωση, ενδοσκόπηση, θεραπεία, πρόγνωση, αποκατάσταση, κολοστομία.

**Key words:** cancer, colon, prevention, diagnosis, endoscopy, treatment, prognosis, rehabilitation, colostomy.

## *Εισαγωγή*

Από τον Ιπποκράτη έχει καταγραφεί η κακοήθεια. Σήμερα όμως αντί του «καρκίνος» έχει επικρατήσει ο όρος κακοήθες νεόπλασμα ή κακοήθεια ανάλογα με τον ιστό που προέρχεται αυτή <sup>5</sup>. Σχεδόν όλοι οι ιστοί του ανθρώπινου σώματος μπορούν να αναπτύξουν κακοήθη νεοπλάσματα και ορισμένοι μάλιστα περισσότερους από έναν τύπο. Κάθε μορφή καρκίνου έχει μοναδικά χαρακτηριστικά... η βασική διαδικασία που παράγει αυτούς τους διάφορους όγκους μοιάζει να είναι σχεδόν η ίδια. Τα 30 τρισεκατομμύρια κύτταρα του υγιούς ανθρώπινου σώματος ζουν σε μια σύνθετη αλληλοεξαρτώμενη μικροκοινωνία, ρυθμίζοντας το ένα τον πολλαπλασιασμό του άλλου. Τα φυσιολογικά κύτταρα πολλαπλασιάζονται μόνο όταν τα γειτονικά τους κύτταρα τα ειδοποιήσουν ότι πρέπει να το κάνουν. Η αδιάπτωτη αυτή συνεργασία διατηρεί το κατάλληλο μέγεθος και την αρχιτεκτονική κάθε ιστού, ανάλογα με τις ανάγκες του σώματος.

Σε απόλυτη αντίθεση τα καρκινικά κύτταρα παραβιάζοντας αυτό το σχήμα και κωφεύοντας στα συνήθη ερεθίσματα για τον ελεγχόμενο πολλαπλασιασμό ακολουθούν δικούς τους ρυθμούς αναπαραγωγής. Επιπλέον αποκτούν μια περισσότερη ύπουλη ιδιότητα, την ικανότητα της μετανάστευσης από το σημείο της προέλευσης τους, διηθώντας τους γειτονικούς ιστούς και δημιουργώντας μάζες σε απομακρυσμένα σημεία του σώματος. Με την πάροδο του χρόνου, η αποτελούμενη από τέτοια κακοήθη κύτταρα όγκοι γίνονται περισσότερο επιθετικοί και τα κύτταρα καθίστανται φονικά, διαρρηγνύοντας τους ιστούς και τα όργανα που είναι απαραίτητα για την επιβίωση του σώματος ως ολότητα <sup>1,6</sup>.

Κακοήθεια είναι ο άτυπος και ανεξέλεγκτος πολλαπλασιασμός κυττάρων σ' ένα ιστό. Αιτία δεν υπάρχει ή τουλάχιστον δεν έχει βρεθεί ακόμα <sup>5</sup>.

Ο καρκίνος παραμένει μια συχνή νόσος: αφού περίπου ένα στα τρία άτομα την αναπτύσσει σε κάποια στιγμή της ζωής του. Στη Μεγάλη Βρετανία οι τέσσερις μορφές καρκίνου, που καλύπτουν πάνω από το ήμισυ του συνόλου των περιπτώσεων είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, του μαστού, του παχέος εντέρου και του προστάτου.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου (ΚΠΕ) παραμένει σημαντική νεοπλασματική νόσος, τόσο όσον αφορά στη συχνότητα όσο και τη θνητότητα. Το 2008 περισσότερες από 148.000 νέες περιπτώσεις διαγνώστηκαν στις ΗΠΑ και περισσότεροι από 50.000 άνθρωποι κατέληξαν εξαιτίας της νόσου <sup>7</sup>. Στην Ελλάδα ο ΚΠΕ είναι σημαντική αιτία θνησιμότητας (8,7 θάνατοι



ανά 100.000 πληθυσμού) και αποτελεί την Τρίτη σε σειρά αιτία θανάτου από κακοήθη νεοπλασμάτα<sup>8</sup>. Θεωρείται γενικώς αποδεκτό ότι το αδένωμα αποτελεί πρόδρομη βλάβη για το ΚΠΕ. Υφίσταται δε η τυπική ακολουθία από το υπερπλαστικό επιθήλιο στις εστιακά δυσπλαστικές κρύπτες, στο μακροσκοπικά εμφανές σωληνώδες αδένωμα, στο αδένωμα με υψηλόβαθμη επιθηλιακή δυσπλασία και/ή στο λαχνωτό αδένωμα, και τελικά στο διηθητικό καρκίνωμα. Η ακολουθία αυτή προσφέρει ένα εξαιρετικό μοντέλο για την κατανόηση της βιολογίας της καρκινογένεσης των συμπαγών όγκων<sup>9</sup>.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίζεται περίπου στην ίδια αναλογία στους άνδρες και στις γυναίκες. Είναι νόσημα της μεγάλης ηλικίας, μπορεί όμως να παρουσιασθεί σε οποιαδήποτε ηλικία, περισσότερο από το 50% των περιπτώσεων έχουν ηλικία άνω των 60 ετών, με συνηθέστερη την ηλικία των 60 - 70 ετών<sup>10</sup>.

Η εκτίμηση των αναγκών των ασθενών με καρκίνο απευθύνεται στις τρεις διαστάσεις του ατόμου, δηλαδή, τη βιολογική, την ψυχολογική και την κοινωνική, ενώ έχει ως απώτερο στόχο, μέσω της πληροφόρησης, να αναλύσει τα συναισθήματα του ασθενούς, να συμπαρασταθεί στον ίδιο και την οικογένειά του, να τον βοηθήσει να εξοικωωθεί με το νόσημά του και να αγωνιστεί θετικά για τη ζωή του<sup>11,7</sup>.

Τα τελευταία χρόνια με την πρόοδο της μοριακής βιολογίας και της γενετικής, επετεύχθη η πληρέστερη κατανόηση της βιολογικής συμπεριφοράς του καρκίνου. Η πρόοδος αυτή άνοιξε νέους θεραπευτικούς δρόμους που στοχεύουν σε συγκεκριμένες φάσεις της φυσικής ανάπτυξης του κυττάρου, κατά την διάρκεια των οποίων μπορεί να αναπτυχθεί ο καρκίνος<sup>1</sup>.

A decorative border resembling a scroll, with rounded corners and a vertical strip on the left side that also has rounded ends. The border is drawn with a thin black line.

## ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>***

***Ορισμός***

***Επιδημιολογικά Στοιχεία***

***Ιστορική Αναδρομή του Καρκίνου***

## 1.1 Ορισμός του καρκίνου

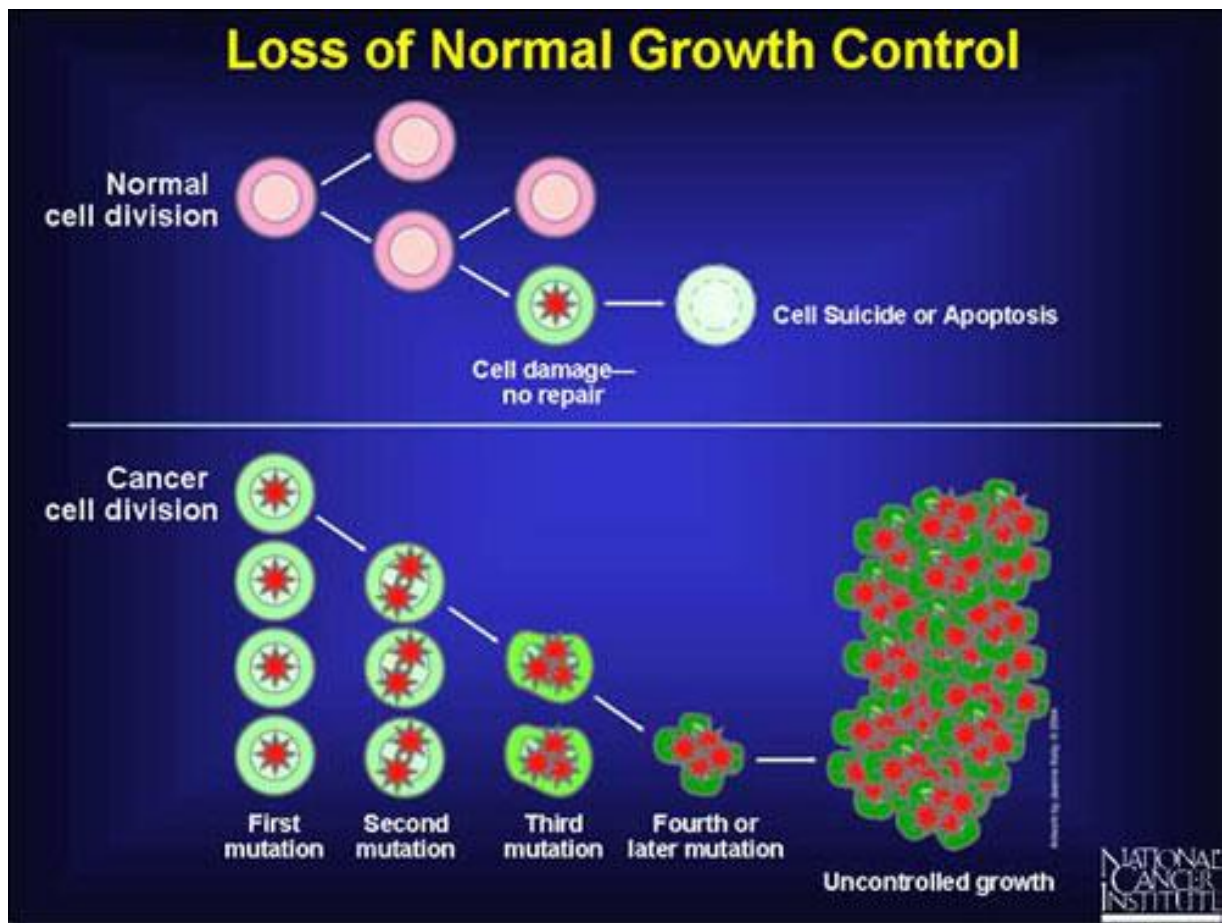
Η πρώτη περιγραφή αυτής της κατάστασης που καταγράφηκε ιστορικά αφορούσε καρκίνωμα του μαστού<sup>12</sup>. Η λέξη καρκίνος δεν σημαίνει μόνο μια νόσο<sup>13</sup>. Είναι ένας γενικός όρος για μια μεγάλη ομάδα ασθενειών που μπορεί να επηρεάσει οποιοδήποτε μέρος του σώματος<sup>14</sup>. Χρησιμοποιείται για τις ασθένειες στις οποίες μη φυσιολογικά κύτταρα διαιρούνται ανεξέλεγκτα και μπορούν να εισβάλουν σε άλλους ιστούς<sup>15</sup>. Η ανεξέλεγκτη ανάπτυξη και η εισβολή σε άλλους ιστούς είναι αυτό που καθιστά ένα κύτταρο καρκινικό<sup>16</sup>.

Ο καρκίνος γεννιέται από ένα μόνο κύτταρο. Η μετατροπή από ένα κανονικό κύτταρο σε ένα κύτταρο όγκου ενός φυσιολογικού κυττάρου είναι μία διαδικασία με πολλαπλά στάδια, συνήθως μια εξέλιξη προκαρκινικής αλλοίωσης σε κακοήθεις όγκους<sup>14</sup>. Για να κατανοήσουμε τον καρκίνο, είναι χρήσιμο να γνωρίζουμε τι συμβαίνει όταν φυσιολογικά κύτταρα μετατρέπονται σε καρκινικά<sup>15</sup>.

Το σώμα αποτελείται από τρισεκατομμύρια ζωντανά κύτταρα. Τα φυσιολογικά κύτταρα του οργανισμού αναπτύσσονται, διαιρούνται και πεθαίνουν με ένα μεθοδικό τρόπο. Κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής ενός ατόμου, τα φυσιολογικά κύτταρα διαιρούνται ταχύτερα για να επιτρέψουν την ανάπτυξη του ατόμου. Μετά την ενηλικίωση, τα περισσότερα κύτταρα διαιρούνται μόνο για να αντικαταστήσουν παλαιά κύτταρα ή για να επιδιορθώσουν κύτταρα από τραυματισμούς<sup>16</sup>.

### 1.1.1 Η έναρξη του καρκίνου

Τα κύτταρα μετατρέπονται σε καρκινικά, λόγω βλάβης του DNA. Το DNA βρίσκεται σε κάθε κύτταρο και κατευθύνει όλες τις δραστηριότητές του. Σε ένα φυσιολογικό κύτταρο, όταν το DNA υποστεί βλάβη, το κύτταρο είτε επιδιορθώνει τη βλάβη ή πεθαίνει. Στα καρκινικά κύτταρα, το κατεστραμμένο DNA δεν επιδιορθώνεται, αλλά το κύτταρο ούτε όμως πεθαίνει, όπως θα έπρεπε. Αντίθετα, το κύτταρο προχωρά στην παραγωγή νέων κυττάρων που το σώμα δεν χρειάζεται. Αυτά τα νέα κύτταρα θα έχουν το ίδιο κατεστραμμένο DNA, όπως το πρώτο κύτταρο<sup>16</sup>. Τα επιπλέον κύτταρα μπορεί να σχηματίσουν μια μάζα ιστού που ονομάζεται όγκος<sup>15</sup>. Οι άνθρωποι μπορεί να κληρονομήσουν κατεστραμμένο γενετικό υλικό, αλλά οι περισσότερες βλάβες στο DNA προκαλούνται από τα λάθη που προκύπτουν κατά την αναπαραγωγή των φυσιολογικών κυττάρων ή από κάτι στο περιβάλλον μας. Μερικές φορές η αιτία της βλάβης του DNA είναι προφανής, όπως το κάπνισμα. Αλλά συχνά, δεν υπάρχει σαφής αιτία<sup>16</sup>.



Εικ.1 National cancer institute, Κατανοώντας την καρκινική σειρά: Καρκίνος

### 1.1.2 Καλοήθεις - Κακοήθεις όγκοι

Δεν είναι όλοι οι όγκοι καρκινικοί. Οι όγκοι μπορεί να είναι **καλοήθεις** ή **κακοήθεις**<sup>15</sup>.

**Οι καλοήθεις όγκοι** δεν είναι καρκινικοί <sup>15</sup>. Μπορούν να προκαλέσουν προβλήματα μπορούν να αναπτυχθούν πολύ και να πιέσουν υγιείς ιστούς και όργανα. Αλλά δεν μπορούν να εξελιχθούν (εισβάλουν) σε άλλους ιστούς. Επειδή δε μπορούν να εισβάλουν, δε μπορούν, επίσης, να εξαπλωθούν σε άλλα μέρη του σώματος. Οι όγκοι αυτοί σχεδόν ποτέ δεν απειλούν τη ζωή <sup>16</sup>. Συχνά αφαιρούνται και στις περισσότερες περιπτώσεις, δεν εμφανίζονται ξανά <sup>15</sup>.

**Οι κακοήθεις όγκοι** είναι καρκινικοί. Τα κύτταρα σε αυτούς τους όγκους μπορούν να εισβάλουν στους γύρω ιστούς και να εξαπλωθούν σε άλλα μέρη του σώματος. Μερικοί καρκίνοι δεν σχηματίζουν όγκους. Για παράδειγμα, η λευχαιμία είναι ένας καρκίνος του μυελού των οστών και του αίματος <sup>15</sup>.

### 1.1.3 Μεταστάσεις

Ο καρκίνος έχει την ικανότητα να εξαπλώνεται μέσα στο σώμα με τους εξής τρόπους: μετάσταση, εισβολή και εμφύτευση.

Τα καρκινικά κύτταρα συχνά ταξιδεύουν σε άλλα μέρη του σώματος, όπου αρχίζουν να αναπτύσσονται και να σχηματίζουν νέους όγκους που αντικαθιστούν το φυσιολογικό ιστό. Αυτή η διαδικασία ονομάζεται μετάσταση. Αυτό συμβαίνει όταν τα καρκινικά κύτταρα μπουν στην κυκλοφορία του αίματος ή των λεμφαδένων του οργανισμού μας<sup>16</sup>. Επίσης ένας άλλος τρόπος μετάδοσης των καρκινικών κυττάρων είναι η εισβολή. Οι κακοήθεις όγκοι επειδή δεν έχουν μια κάψα να τους περιβάλλει ή μια περιοριστική μεμβράνη, έχουν τη δυνατότητα απεριόριστης επέκτασης, εισβάλλοντας στους χώρους ανάμεσα στα κανονικά κύτταρα των ιστών, στους οποίους εντοπίζονται. Τέτοιες αναπτύξεις (πρωτογενής καρκίνος) μπορούν να παραμείνουν απαρατήρητες, μέχρις ότου εξαιτίας της διόγκωσης, αρχίσουν να παρεμποδίζουν τη λειτουργία των σπουδαίων δομών και οργάνων του σώματος.

Τέλος, τα καρκινικά κύτταρα μπορούν να αναπτυχθούν, να επεκταθούν και να διεισδύσουν εύκολα, με αποτέλεσμα να εμφυτεύονται σε κάποια γειτονικά όργανα, όπου θα συνεχίσουν να αναπτύσσονται και να παράγουν τις καταστροφικές επιδράσεις τους. Ο τρόπος αυτός της μετάδοσης ονομάζεται εμφύτευση<sup>16</sup>.

## 1.2 Ιστορική αναδρομή του καρκίνου

### Η ιστορία του καρκίνου: Από το 3000 π.Χ. -1999 μ.Χ

3000 π.Χ. Σημεία του καρκίνου: Σε οστά από μούμιες της αρχαίας Αιγύπτου βρέθηκαν σημάδια του καρκίνου που χρονολογούνται τόσο παλιά όσο το 3000 π.Χ. Σε πάπυρο του Edwin Smith ο οποίος αποτελεί την παλιότερη γραπτή περιγραφή του καρκίνου που υπάρχει, έχουν περιγράψει 8 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού ή ελκών στην Αίγυπτο που θεραπεύτηκαν με καυτηριασμό. Ωστόσο το κείμενο υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει θεραπεία για τον καρκίνο.

Το 400π.Χ ο Ιπποκράτης: Γνωστός σήμερα ως «ο πατέρας της ιατρικής» πρότεινε την χυμική θεωρία, η οποία υποστηρίζει ότι το ανθρώπινο σώμα είναι φτιαγμένο από 4 υγρά ή χυμούς: αίμα, φλέγμα, κίτρινη χολή και μαύρη χολή. Οποιαδήποτε διαταραχή ισορροπίας των παραπάνω υγρών οδηγούσε σε ασθένεια. Είχε συσχετίσει τον καρκίνο με μια υπέρβαση της

μαύρης χολής. Ο Ιπποκράτης ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε τους όρους «καρκίνος» και «καρκίνωμα» για να περιγράψει όγκους και από τότε επινοήθηκε ο όρος καρκίνος .

Το 168 π.Χ. Γαληνός: Ρωμαϊκός γιατρός, που ήταν επίσης υποστηρικτής της χυμικής θεωρίας της ιατρικής, πίστευε ότι ο καρκίνος ήταν θεραπεύσιμος στα αρχικά του στάδια και ότι οι προχωρημένοι καρκίνοι πρέπει να χειρουργούνται είτε αφαιρώντας και την γύρω προσβεβλημένη περιοχή είτε με καυτηριασμό. Επιπλέον πίστευε ότι ο μη υγιεινός τρόπος ζωής και ότι οι κακοί περιβαλλοντικοί παράγοντες συνδέονται άμεσα με τον καρκίνο.

Το 657μ.Χ ο Παύλος της Αίγινας: Ένας από τους σημαντικότερους Βυζαντινούς ιατρούς, έγραψε την επτάτομη «Επιτομή της ιατρικής». Σύμφωνα με αυτόν οι πιο συχνοί καρκίνοι είναι του μαστού και της μήτρας .

Το 1190 ο Μωσής Μαϊμονίδης: υποστηρίζει ότι η θεραπεία για τους μεγάλους καρκίνους περιλαμβάνει διανοίξεις του καρκίνου και εκτομή από την ρίζα (ξερίζωμα) ολόκληρου του καρκίνου και του περιβάλλοντος του μέχρι το σημείο υγιούς οστού εκτός και αν ο καρκίνος αποτελείται από μεγάλα αγγεία ή ο καρκίνος τυχαίνει να εντοπίζεται κοντά σε μεγάλο όργανο τότε η εκτομή είναι επικίνδυνη .

Το 1713 Bernardino Ramazzini: παρατήρησε την εικονική απουσία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε μοναχές και την υψηλή επίπτωση του καρκίνου του μαστού στον ίδιο πληθυσμό. Κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η διαφορά αυτή πρέπει να οφείλεται στον διαφορετικό τρόπο ζωής. Αυτή η παρατήρηση άνοιξε τον δρόμο για την ανακάλυψη της σημασίας των ορμονικών παραγόντων στον καρκίνο.

Το 1750 ο John Hunter: ήταν υποστηρικτής του Stahl και της λεμφικής θεωρίας του Hofmann για τον καρκίνο: ο καρκίνος αποτελείται από «ζυμωμένη» λέμφο σε διαφορετικό pH και πυκνότητα. Πίστευε ότι οι καρκίνοι μπορούν να αφαιρούνται, εάν δεν έχουν ήδη επεκταθεί σε γειτονικούς ιστούς.

Το 1761 Giovanni Morgagni: ξεκίνησε την εκτέλεση αυτοψιών για να συσχετίσει την ασθένεια με τα παθολογικά ευρήματα. Αυτό βοήθησε για να ανοίξει ένα ίδρυμα για την μελέτη του καρκίνου.

Ο John Hill: ήταν ο πρώτος που αναγνώρισε τους κινδύνους της χρήσης του καπνού.

To 1775 Percival Pott: υποστήριξε ότι οι καπνοκαθαριστές έχουν ένα αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο, σχετιζόμενο με το επάγγελμα τους. Η αιθάλη που είχε αθροιστεί κάτω από το όσχεο τους είχε συσχετιστεί με καρκίνο του οσχέου. Αυτή η ανακάλυψη οδήγησε σε επιπρόσθετες μελέτες σχετικά με επαγγελματικούς παράγοντες κινδύνου.

To 1779 το πρώτο ογκολογικό νοσοκομείο: ιδρύθηκε στο Ρέιμς, στη Γαλλία. Το νοσοκομείο εγκαταστάθηκε μακριά από την πόλη εξαιτίας του διαδεδομένου φόβου την δεδομένη χρονική στιγμή ότι ο καρκίνος ήταν μεταδοτικός.

To 1829 Joseph Claude Anthelm Recamier: Ήταν ο πρώτος που αναγνώρισε καρκινική μετάσταση.

To 1838 Johannes Muller: Ένας Γερμανός γιατρός δημοσίευσε ένα έργο με το οποίο απέδειξε ότι ο καρκίνος αποτελείται από κύτταρα, αν και πιστεύει ότι τα καρκινικά κύτταρα προκύπτουν από μη φυσιολογικά-παθολογικά κύτταρα. Πίστευε ότι τα καρκινικά κύτταρα προέκυπταν από το «blastema» (μη διαφοροποιημένος, ιστός από τον οποίο πίστευαν ότι προέκυπταν τα κύτταρα) μεταξύ των φυσιολογικών ιστών.

To 1863 ένας μαθητής του Muller: έγραψε πολλά κείμενα και μια εργασία 3 τόμων σχετικά με τους κακοήθεις όγκους. Θεώρησε ότι οι όγκοι είναι το αποτέλεσμα της χρόνιας ενόχλησης και ότι ο καρκίνος εξαπλώνεται με έναν τρόπο παρόμοιο με το υγρό.

To 1878 ένας γερμανός χειρουργός: πραγματοποίησε την πρώτη πυλωρική εκτομή για καρκίνωμα. Ήταν επίσης ο πρώτος το 1872 που πραγματοποίησε οισοφαγική εκτομή για καρκίνωμα.

To 1889 Steven Paget: Πρότεινε την θεωρία του «σπόρος και έδαφος» για τον καρκίνο. Πρότεινε ότι τα καρκινικά κύτταρα (οι σπόροι) έχουν μια συγκεκριμένη συγγένεια προς συγκεκριμένα όργανα (το έδαφος) και ότι η μετάσταση θα προκύψει μόνο όταν ο σπόρος και το έδαφος είναι συμβατά.

To 1890 William Stewart Halsted: Ήταν ο πρώτος καθηγητής χειρουργικής, ο οποίος εκτέλεσε την ριζική μαστεκτομή (αφαίρεση ολόκληρου του μαστού, των μυών μπροστά στο θώρακα, και του λεμφαδενικού συστήματος του μαστού) για την θεραπεία του καρκίνου του μαστού.

To 1899: Έγινε η πρώτη επιτυχημένη θεραπεία καρκίνου με ακτίνες X.

Το 1910 Francis Peyton Rous: παρείχε επιστημονική υποστήριξη στην ιογενή θεωρία του καρκίνου, ενίοντας κοτόπουλα με ελεύθερα καρκινικά υγρά και παρατηρώντας το σχηματισμό σαρκωμάτων στα κοτόπουλα που τους είχε κάνει ένεση.

Το 1914 Theodor Boveri: Πρότεινε την θεωρία της «Σωματικής Μετάλλαξης» του καρκίνου. Πίστευε ότι ο καρκίνος προκαλείται από ανώμαλα-παθολογικά (μη φυσιολογικά) χρωμοσώματα.

Το 1915: Ο καρκίνος εισήχθη και παρατηρήθηκε για πρώτη φορά σε ζώα εργαστηρίων, ανοίγοντας το δρόμο για μεθόδους ανάλυσης του τωρινού καρκίνου.

Το 1976 ανακαλύφθηκε το πρώτο καρκινικό ογκογονίδιο, src: Αυτό είναι το ίδιο γονίδιο που μεταφέρεται από τον ιό, ο οποίος πρωταρχικά περιγράφηκε από τον Peyton Rous.

Το 1986: απομονώθηκε το πρώτο ογκο-κατασταλτικό γονίδιο, Rb (για το ρετινοβλάστωμα).

Το 1995 πρώτη μικροσυστοιχία DNA: χρησιμοποιείται για την μελέτη του καρκίνου στους ανθρώπους. Πρόσφατα οι γονιδιακές μικροαλληλουχίες έχουν διερευνηθεί ως εργαλεία στην ανάπτυξη ατομικευμένων θεραπευτικών σχεδίων.

Το 1999: ανθρώπινα επιθηλιακά κύτταρα και ινοβλάστες μετατράπηκαν για πρώτη φορά σε καρκινικά κύτταρα στο εργαστήριο <sup>18</sup>.

Η σύγχρονη έρευνα για τον καρκίνο έχει επηρεαστεί πολύ από τις προσθήκες στην γνώση, τις προόδους στην πρακτική και την τεχνολογία. Στον 20ο αιώνα, αυτές οι προκαταρκτικές πρόοδοι προχώρησαν ακόμα περισσότερο με την ικανότητα να βλέπουμε πίσω από το κύτταρο και μέσα στο γονιδίωμα. Έτσι λοιπόν, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι οι σύγχρονες θεωρίες για τον καρκίνο και οι πρόσφατες κατανοήσεις για την ασθένεια έχουν επωφεληθεί σημαντικά από τις παλιότερες θεωρίες, χτίζοντας πάνω στην γνώση που εισήγαγαν και χρησιμοποιώντας αυτές ως αξιώσεις για τις σύγχρονες αντιλήψεις του καρκίνου <sup>19</sup>.



### **1.3 Επιδημιολογικά στοιχεία**

Ο καρκίνος αναμένεται να είναι μια ολοένα και πιο σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας τις επόμενες δεκαετίες, σε όλες τις περιοχές του κόσμου.

Οι προκλήσεις για την αντιμετώπιση του καρκίνου είναι τεράστιες και - όταν συνδυάζεται με τη γήρανση του πληθυσμού – η αύξηση του επιπολασμού είναι αναπόφευκτη, ανεξάρτητα από τρέχουσες ή μελλοντικές δράσεις ή τα επίπεδα των επενδύσεων<sup>20</sup>.

#### **1.3.1 Θνησιμότητα και νοσηρότητα του καρκίνου**

Ο καρκίνος είναι μια από τις κύριες αιτίες θανάτου και ευθύνεται για 7,6 εκατομμύρια θανάτους (13% περίπου του συνόλου των θανάτων) το 2008<sup>21</sup>. Ειδικά στις αναπτυγμένες χώρες αποτελεί τη δεύτερη κύρια αιτία θανάτου<sup>22</sup>. Οι περισσότεροι θάνατοι από καρκίνο προκαλούνται από τον καρκίνο του πνεύμονα, του μαστού, του παχέος εντέρου, του στομάχου και του προστάτη. Σημαντικοί παράγοντες κινδύνου είναι το κάπνισμα, η ανθυγιεινή διατροφή, η έλλειψη σωματικής άσκησης και η κατάχρηση του αλκοόλ<sup>20</sup>.

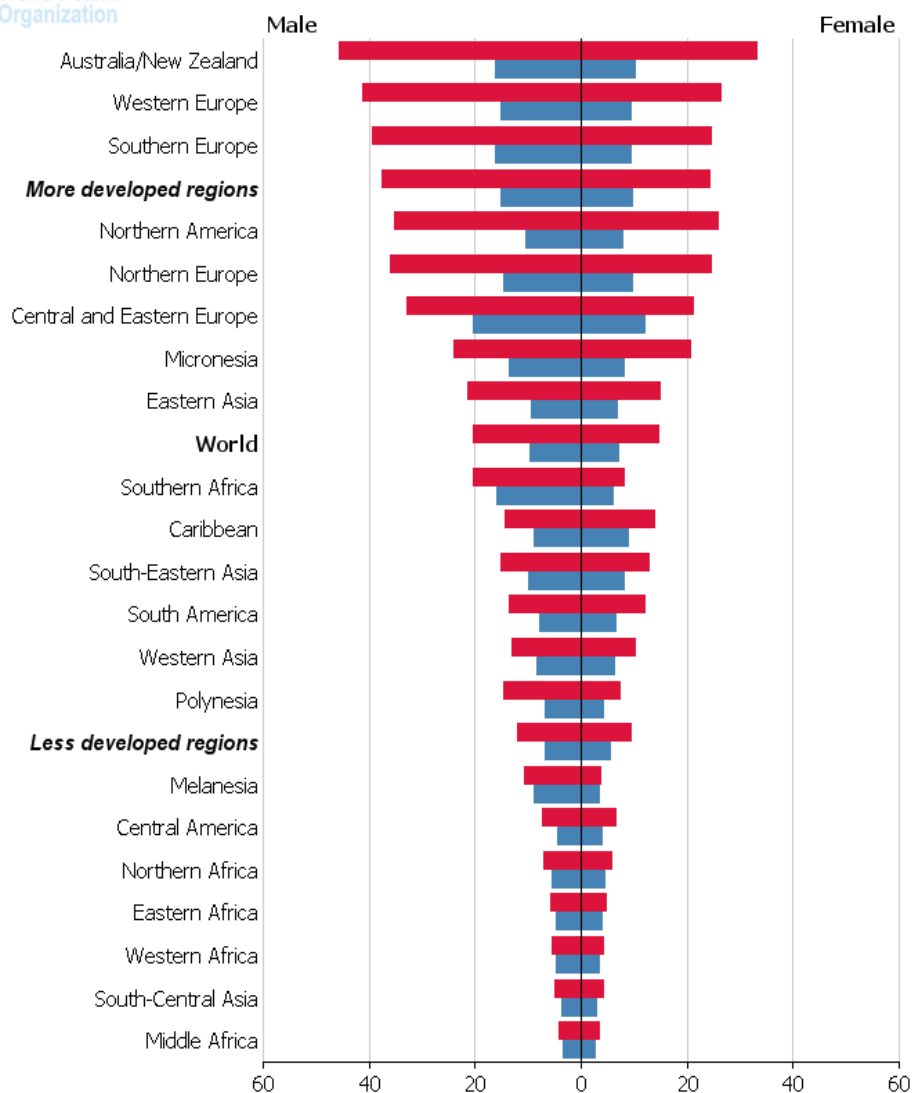
#### **1.3.2 Επίπτωση του καρκίνου**

Οι προβλεπόμενες αλλαγές στα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού τις επόμενες δύο δεκαετίες σημαίνει ότι ακόμη και αν τα τρέχοντα παγκόσμια ποσοστά καρκίνου παραμένουν αμετάβλητα, η εκτιμώμενη επίπτωση από τα 12,7 εκατομμύρια νέα κρούσματα καρκίνου το 2008 θα ανέλθει σε 21,4 εκατομμύρια μέχρι το 2030, με σχεδόν τα δύο τρίτα του συνόλου των διαγνώσεων καρκίνου να συμβαίνουν σε χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες. Το εκτιμώμενο ποσοστό αύξησης της επίπτωσης του καρκίνου το 2030 (έναντι με το 2008) θα είναι μεγαλύτερη σε χαμηλού (82%) και κατώτερες του μεσαίου εισοδήματος χώρες (70%) σε σύγκριση με τις ανώτερες του μεσαίου (58%) και υψηλού εισοδήματος χώρες (40%). Χωρίς αλλαγές στους υποκείμενους παράγοντες κινδύνου (π.χ. με βάση μόνο τις αναμενόμενες δημογραφικές αλλαγές), ο αριθμός των ετήσιων διαγνώσεων καρκίνου το 2030 σε χώρες με χαμηλά και κατώτερα του μεσαίου εισοδήματα θα κυμαίνεται μεταξύ 10 και 11 εκατομμύρια<sup>21</sup>.

**Παγκόσμια Επίπτωση, Θνησιμότητα και Επικράτηση του καρκίνου του παχέος εντέρου  
το 2008**

Εκτιμώμενοι αριθμοί (χιλιάδες)	Άνδρες			Γυναίκες			Άνδρες - Γυναίκες		
	Επίπτωση	Θάνατοι	5-ετής Επικρ.	Επίπτ.	Θάνατ.	5-ετής Επικρ.	Επίπτ.	Θάνατ.	5-ετής Επικρ.
Παγκοσμίως	663	320	1765	571	288	1495	1234	608	3260
Ανεπτυγμένες χώρες	389	165	1141	338	154	968	727	319	2109
Αναπτυσσόμενες χώρες	274	154	624	232	134	526	506	288	1150
Αφρική (ΠΟΥ)	1	11	30	12	9	24	26	20	54
Αμερική (ΠΟΥ)	122	46	360	118	49	342	240	95	702
Ανατολική Μεσόγειος ΠΟΥ	13	9	29	10	7	23	23	16	52
Ευρώπη (ΠΟΥ)	238	115	645	212	107	564	450	222	1209
Νοτιοανατολική Ασία (ΠΟΥ)	50	34	92	47	32	89	97	66	181
Δυτικός Ειρηνικός (ΠΟΥ)	224	101	607	170	81	450	394	182	1057
Μέλη IARC (22 χώρες)	372	154	1082	319	143	909	691	297	1991
Η.Π.Α	79	24	245	74	26	227	153	50	472
Κίνα	125	61	289	95	48	219	220	109	508
Ινδία	20	14	27	16	11	21	36	25	48
Ευρωπαϊκή Ένωση (27 χώρες)	182	80	507	151	68	417	333	148	924

Πιν.1 Colorectal Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2008 (δεδομένα από Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM. GLOBOCAN 2008 v1.2, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on day/month/year. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Estimates of global cancer prevalence in 2008 for 27 sites in the adult population, submitted).



GLOBOCAN 2008 (IARC)

■ Incidence  
■ Mortality

Γραφ.1 παγκόσμια επίπτωση και θνησιμότητα ανδρών και γυναικών για τον καρκίνο του παχέος εντέρου (πηγή: Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM. GLOBOCAN 2008 v1.2, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on day/month/year. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Estimates of global cancer prevalence in 2008 for 27 sites in the adult population, submitted).

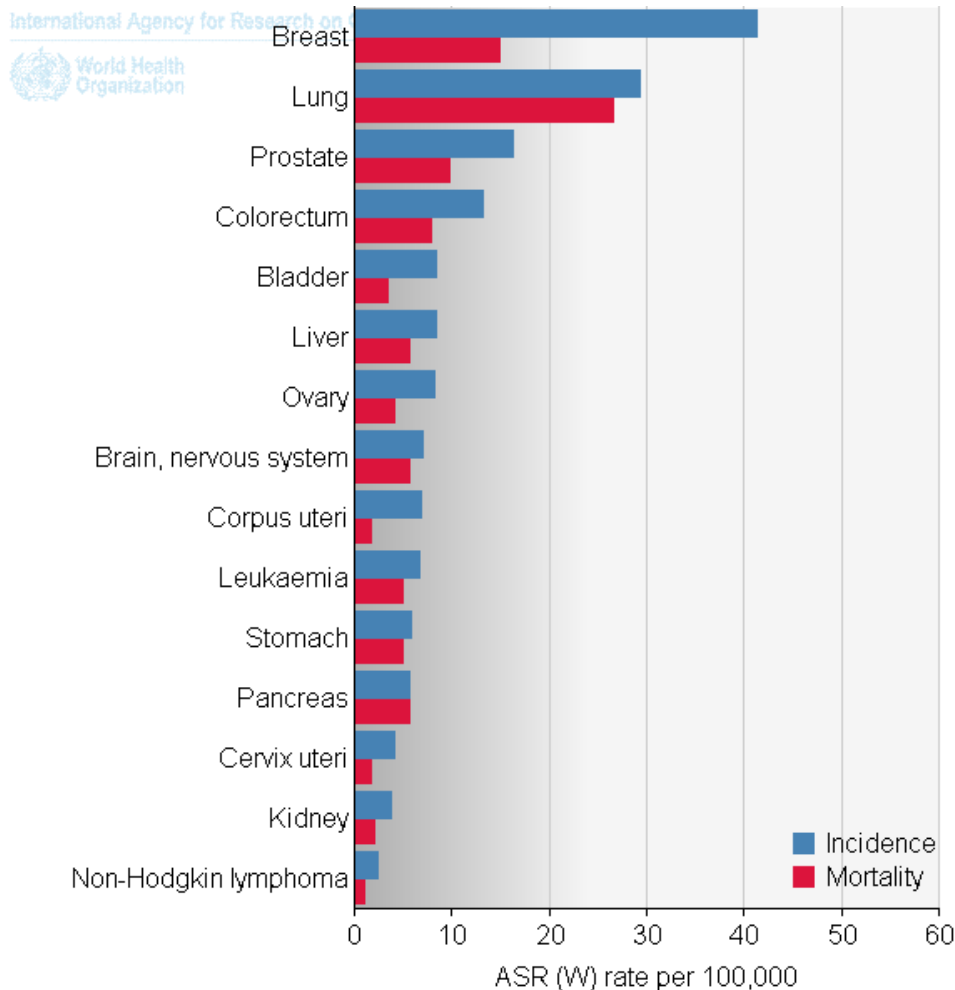
## ΕΛΛΑΔΑ

Καρκίνος	Εκτιμώμενη επίπτωση, θνησιμότητα και 5 ετή επικράτηση: άνδρες- γυναίκες								
	Επίπτωση			Θνησιμότητα			5-ετή επικράτηση		
	Αριθμοί	(%)	ASR (W)	Αριθμοί	(%)	ASR (W)	Αριθμοί	(%)	Prop.
Χείλη, στοματική κοιλότητα	439	1.2	1.8	173	0.6	0.7	1178	1.3	12.3
Ρινοφάρυγγας	117	0.3	0.7	53	0.2	0.3	350	0.4	3.7
Φάρυγγας (άλλοι)	57	0.2	0.3	45	0.2	0.2	127	0.1	1.3
Οισοφάγος	191	0.5	0.8	194	0.7	0.8	198	0.2	2.1
Στομάχι	1486	4.0	5.8	1333	4.9	4.9	2531	2.9	26.5
Παχύ έντερο	3385	9.1	13.2	2296	8.4	7.8	9567	10.8	100.2
Ήπαρ	2267	6.1	8.4	1615	5.9	5.7	2390	2.7	25.0
Χοληδόχος κύστη	365	1.0	1.4	305	1.1	1.1	354	0.4	3.7
Πάγκρεας	1412	3.8	5.7	1469	5.4	5.7	820	0.9	8.6
Λάρυγγας	487	1.3	2.1	364	1.3	1.4	1733	2.0	18.1
Πνεύμονας	6667	18.0	29.3	6402	23.5	26.6	7722	8.7	80.8
Μελάνωμα	414	1.1	2.3	181	0.7	0.9	1625	1.8	17.0
Μαστός	4349	11.7	41.4	1927	7.1	14.9	17476	19.7	360.4
Τραχήλου της μήτρας	345	0.9	4.1	172	0.6	1.6	1205	1.4	24.9
Σώμα της μήτρας	821	2.2	6.9	271	1.0	1.8	3139	3.5	64.7
Ωοθήκες	860	2.3	8.1	504	1.9	4.0	2068	2.3	42.6
Προστάτης	2412	6.5	16.2	1564	5.8	9.8	8901	10.0	189.3
Όσχεο	78	0.2	1.2	19	0.1	0.2	296	0.3	6.3
Νεφροί	880	2.4	3.8	553	2.0	2.0	2650	3.0	27.7
Ουροδόχος κύστη	2240	6.0	8.4	1081	4.0	3.4	7802	8.8	81.7
Εγκέφαλος, νευρικό σύστημα	1291	3.5	7.1	1178	4.3	5.6	1227	1.4	12.8
Θυροειδής	284	0.8	1.8	63	0.2	0.2	1157	1.3	12.1
Hodgkin λέμφωμα	401	1.1	2.4	223	0.8	0.9	1227	1.4	12.8
Μη -Hodgkin λέμφωμα	484	1.3	2.4	258	0.9	1.1	1314	1.5	13.8
Πολλαπλό μυέλωμα	503	1.4	1.9	353	1.3	1.2	1243	1.4	13.0
Λευχαιμία	1512	4.1	6.6	1388	5.1	5.0	3161	3.6	33.1
Όλοι οι τύποι εκτός του μη μελανωματικού καρκίνου του δέρματος	37089	100.0	160.0	27213	100.0	104.2	88758	100.0	929.1

Επίπτωση και θνησιμότητα για όλες τις ηλικίες . 5-ετή επικράτηση για τον ενήλικο πληθυσμό μόνο.

ASR (W) και αναλογίες ανά 100.000

Πιν.2 Estimated incidence, mortality and 5-year prevalence: both sexes, Greece(πηγή: Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM. GLOBOCAN 2008 v1.2, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on day/month/year. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Estimates of global cancer prevalence in 2008 for 27 sites in the adult population, submitted).



Γραφ.2 Εκτιμώμενη επίπτωση, θνησιμότητα, τυποποιημένη ηλικία: και για τα δύο φύλα (Estimated age-standardized incidence and mortality rates: both sexes πηγή Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM. GLOBOCAN 2008 v1.2, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on day/month/year. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Estimates of global cancer prevalence in 2008 for 27 sites in the adult population, submitted).

## Συνοπτικά

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ο τρίτος συχνότερος καρκίνος στους άνδρες (663000 περιπτώσεις, 10,0% του συνόλου) και ο δεύτερος στις γυναίκες (571 000 περιπτώσεις, 9,4% του συνόλου) σε όλο τον κόσμο <sup>23</sup>. Είναι ο τέταρτος σε σειρά συχνότητας καρκίνος (μετά τον καρκίνο του προστάτη, μαστού και πνεύμονα) μεταξύ των πρωτοδιαγνωσθέντων καρκίνων στις ΗΠΑ και αποτελεί το 9% των νέων περιπτώσεων καρκίνου στους άνδρες με το αντίστοιχο ποσοστό στις γυναίκες να είναι 11% <sup>24</sup>.

Στην Ελλάδα σύμφωνα με τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας στο σύνολο του πληθυσμού ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ο δεύτερος σε συχνότητα μετά τον

καρκίνο του πνεύμονα. Κατά τα έτη 1997-2007 επί συνόλου 142.939 και 223.919 νεοπλασμάτων με βάση τη διάγνωση εξόδου από νοσοκομείο οι νέες περιπτώσεις καρκίνου του πνεύμονα ανήλθαν σε 16.340 και 23.160 ενώ για καρκίνο του παχέος εντέρου καταγράφηκαν 7.265 και 17.019 νέες περιπτώσεις αντιστοίχως<sup>25</sup>.

Σχεδόν το 60% των περιπτώσεων συμβαίνουν σε ανεπτυγμένες περιοχές. Τα ποσοστά της επίπτωσης έχουν δεκαπλάσιες διαφορές και στα δύο φύλα παγκοσμίως, τα υψηλότερα ποσοστά υπολογίζονται στην Αυστραλία / Νέα Ζηλανδία και τη Δυτική Ευρώπη, τα χαμηλότερα στην Αφρική (εκτός από Νότια Αφρική) και στη Νότια -Κεντρική Ασία, και ενδιάμεσα στη Λατινική Αμερική.

Η επίπτωση είναι σημαντικά υψηλότερη στους άνδρες παρά στις γυναίκες (συνολική αναλογία φύλου του ASRs 1.4:1)<sup>23</sup>. Επιπλέον χώρες στις οποίες η συχνότητα του ΚΠΕ ήταν χαμηλή πριν το 1950 παρουσιάζουν σημαντική αύξηση που πιθανόν μεταξύ των άλλων προδιαθεσικών παραγόντων, να αντανακλά υιοθέτηση των διαιτητικών συνηθειών της Δύσης<sup>26</sup>.

Περίπου 608 000 θάνατοι από καρκίνο του παχέος εντέρου υπολογίζονται σε όλο τον κόσμο, που αντιπροσωπεύει το 8% όλων των θανάτων από καρκίνο, γεγονός που τον καθιστά την τέταρτη συνηθέστερη αιτία θανάτου από καρκίνο. Όπως παρατηρήθηκε η επίπτωση, και τα ποσοστά θνησιμότητας είναι χαμηλότερα στις γυναίκες παρά στους άνδρες, εκτός από την Καραϊβική. Υπάρχει μικρότερη μεταβλητότητα των ποσοστών θνησιμότητας παγκοσμίως (6 φορές στους άνδρες, 5 φορές στις γυναίκες), με τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και στα δύο φύλα να υπολογίζονται στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη (20,1 ανά 100.000 για τους άνδρες, 12,2 ανά 100.000 για τις γυναίκες), και το χαμηλότερο στη Μέση Αφρική (3,5 και 2,7 αντίστοιχα)<sup>23</sup>.

Ποσοστό 5-10% των περιπτώσεων του ΚΠΕ αναπτύσσεται σε άτομα με σύνδρομο κληρονομούμενου καρκίνου, τις δύο κύριες μορφές του οποίου αποτελούν η οικογενής πολυποδίαση και ο κληρονομούμενος μη πολυποδιασικός ορθοκολικός καρκίνος<sup>27</sup>.

A decorative border resembling a scroll, with rounded corners and a vertical strip on the left side. The text is centered within this border.

## ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>***

***Ανατομία και φυσιολογία του πεπτικού  
συστήματος***

***Ανατομία και φυσιολογία του παχέος εντέρου***

## 2.1 Ανατομία πεπτικού συστήματος

Το πεπτικό σύστημα αποτελείται από τον πεπτικό σωλήνα και τα στοιχεία που το συμπληρώνουν. Ο πεπτικός σωλήνας ή πεπτικό κανάλι έχει μήκος 10 – 12 m και επικοινωνεί με το εξωτερικό περιβάλλον από τα δύο άκρα του (στόμα, πρωκτός). Αρχίζει από το πρόσωπο μέσω της στοματικής κοιλότητας, διαπερνάει το λαιμό, το θώρακα, την κοιλιά, την λεκάνη και καταλήγει στον πρωκτό. Εδώ περιγράφονται περισσότερα τμήματα, τα οποία διαφέρουν μεταξύ τους στο σχήμα, στις τοπογραφικές σχέσεις και στις λειτουργίες. Ξεκινώντας από τη στοματική κοιλότητα θα συναντούμε το φάρυγγα, τον οισοφάγο, το στομάχο, το λεπτό έντερο, το παχύ έντερο και τον πρωκτό <sup>28</sup>.

Τα εξαρτήματα του γαστρεντερικού σωλήνα είναι:

- οι σιαλογόνοι αδένες,
- το ήπαρ,
- ο χοληδόχος πόρος,
- η χοληδόχος κύστη και
- το πάγκρεας.

Μαζί με τα όργανα του πεπτικού συστήματος περιγράφεται και ο σπλήνας, παρόλο ότι στην πραγματικότητα πρόκειται για ένα ανεξάρτητο λεμφοκυττογόνο όργανο <sup>29</sup>.

## 2.2 Εμβρυολογία

Ο γαστρεντερικός σωλήνας στο έμβρυο αρχίζει να αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια της 4<sup>ης</sup> εβδομάδας της κύησης. Το πρωταρχικό έντερο εκφύεται από το ενδόδερμα και διαιρείται σε τρία τμήματα: το προέντερο, το μέσο έντερο και το τελικό έντερο. Το μέσο έντερο και το τελικό έντερο συμβάλλουν στη δημιουργία του κόλου, του ορθού και του πρωκτού <sup>30</sup>. Το μέσο έντερο δίνει γένεση στο λεπτό έντερο, αρχίζοντας από τη 2<sup>η</sup> μοίρα του δωδεκαδακτύλου και στο παχύ έντερο, μέχρι τη μεσότητα του εγκαρσίου κόλου. Αυτό το εντερικό τμήμα αιματώνεται από την άνω μεσεντέρια αρτηρία <sup>31</sup>. Κατά τη διάρκεια της 6<sup>ης</sup> εβδομάδας της κύησης, το μέσο έντερο δημιουργεί κήλη έξω από την κοιλιακή χώρα και μετά στρέφεται κατά 270 μοίρες αντίθετα με τους δείκτες του ρολογιού γύρω από την άνω μεσεντέρια αρτηρία, επιστρέφοντας στην τελική του θέση εντός στις περιτοναϊκές κοιλότητες κατά τη διάρκεια της 10<sup>ης</sup> εβδομάδας της κύησης <sup>30</sup>.



Το τελικό τμήμα του εντέρου αναπτύσσεται στο περιφερικό τμήμα του εγκάρσιου κόλου, στο κατιόν κόλον, στο ορθό και στο εγγύς τμήμα του πρωκτού, τα οποία αιματώνονται από την κάτω μεσεντέρια αρτηρία. Κατά τη διάρκεια της 6<sup>ης</sup> εβδομάδας της κύησης, το πλέον περιφερικό τμήμα του ουραίου εντέρου, η κλοάκη, διαιρείται από το ουροορθικό διάφραγμα, στον ουρογεννητικό κόλπο και το ορθό<sup>30</sup>. Το περιφερικό τμήμα του πρωκτού έχει εξωδερμική προέλευση και αιματώνεται από την έσω αιδοϊκή αρτηρία.<sup>20</sup> Η οδοντωτή γραμμή διαιρεί το ενδοδερμικό τελικό τμήμα του εντέρου από το εκτοδερμικό περιφερικό τμήμα του πρωκτού<sup>30</sup>.

### **2.2.1 Ανατομία παχέος εντέρου**

Το παχύ έντερο, μήκος 100 έως 150 cm, αποτελεί τη συνέχεια του πεπτικού σωλήνα, μετά το τέλος του λεπτού εντέρου (ειλεού). Ο τελικός ειλεός εκβάλλει στο παχύ έντερο διαμέσου της ειλεοτυφλικής βαλβίδος, η λειτουργική δραστηριότητα της οποίας φαίνεται να διαφέρει από άτομου εις άτομον. Χειρουργικώς, πρέπει να δεχθούμε ότι η λειτουργία της ρυθμίζεται μηχανικώς και επιτρέπει, κατά βάση, τη δίοδο εντερικού περιεχομένου από το λεπτό προς το παχύ έντερο, ενώ η αντίθετη ροή, από το παχύ προς το λεπτό, απαιτεί μεταβολή των φυσιολογικών μηχανικών συνθηκών. Ωστόσο, δεν αποκλείεται παλινδρόμηση περιεχομένου προς τον τελικό ειλεό και υπό φυσιολογικές συνθήκες<sup>32</sup>. Το παχύ έντερο είναι το μεγαλύτερο κομμάτι του πεπτικού εξού και το όνομά του. Μακρύτερο από το λεπτό έντερο. Κατά προσέγγιση η διάμετρος του είναι 6cm αλλά μειώνεται προς το τέλος του σωλήνα<sup>33</sup>.

Διακρίνεται σε 8 τμήματα:

1. Τυφλό
2. Ανιόν
3. Δεξιά (ηπατική) κολική καμπή
4. Εγκάρσιο
5. Αριστερά (σπληνική) κολική καμπή
6. Κατιόν
7. Σιγμοειδές
8. Ορθό<sup>34</sup>

Εκτείνεται από το τελικό άκρο του ειλεού μέχρι τον πρωκτό, μια απόσταση περίπου 1,5 μέτρου. Αρχίζοντας στην δεξιά βουβωνική χώρα με το τυφλό και την εξαρτώμενη από αυτό σκωληκοειδή απόφυση, το παχύ έντερο πορεύεται προς τα άνω ως ανιόν κόλον διαμέσου του δεξιού λαγόνιου βόθρου και προς το δεξιό υποχόνδριο. Ακριβώς κάτω από το ήπαρ, κάμπτεται προς τα αριστερά, σχηματίζοντας την δεξιά κολική καμπή (ηπατική καμπή), και διασχίζει οριζόντια την κοιλιά ως εγκάρσιο κόλον μέχρι το αριστερό υποχόνδριο. Στη θέση αυτή, ακριβώς κάτω από τον σπλήνα, το παχύ έντερο κάμπτεται προς τα κάτω σχηματίζοντας την αριστερή κολική καμπή (σπληνική καμπή) και συνεχίζει την πορεία του προς τα κάτω ως κατιόν κόλον, διαμέσου του αριστερού λαγόνιου βόθρου και στην αριστερή βουβωνική χώρα. Εισχωρεί στην πυελική κοιλότητα ως σιγμοειδές κόλον, συνεχίζει τη διαδρομή του στο οπίσθιο τοίχωμα της πυέλου ως ορθό και τερματίζει ως πρωκτικός δακτύλιος<sup>35</sup>.

### **2.2.2 Χαρακτηριστικά του παχέος εντέρου**

- Κολικές ταινίες
- Εκκολπώματα του παχέος εντέρου
- Μηνοειδείς εντομές
- Κολικές κυψέλες
- Μηνοειδείς πτυχές
- Επιπλοικές αποφύσεις

Οι κολικές ταινίες είναι ταινιοειδείς παχύνσεις του μυϊκού χιτώνα του παχέος εντέρου, οι οποίες αρχίζουν από τη βάση της σκωλικοειδούς απόφυσης και αφού διαδράμουν κατά μήκος όλο το παχύ έντερο εξαφανίζονται στην κατώτερη μοίρα του απευθυσμένου. Έχουν πλάτος 10-12 χλστ. και πάχος 1 χλστ. περίπου.

Το τυφλό, το ανιόν και το κατιόν κόλο έχουν από τρεις κολικές ταινίες (πρόσθια ή ελεύθερη, οπίσθια έσω και οπίσθια έξω), το εγκάρσιο τρεις (πρόσθια ή επιπλοική, άνω οπίσθια ή μεσοκολική και κάτω οπίσθια ή ελεύθερη), ενώ το σιγμοειδές έχει μόνο δύο που γίνονται προς το κατώτερο τμήμα του λιγότερο εκσεσημασμένες.

Τα εκκολπώματα του παχέος εντέρου είναι (φυσιολογικά) σακοειδή ανευρύσματα του τοιχώματος του, που τα συναντούμε διαδοχικά στα διαστήματα μεταξύ των κολικών ταινιών.

Διακόπτονται από τις μηννοειδείς εντομές, που είναι εγκάρσιες αύλακες οι οποίες σχηματίζονται από περισφύξεις του τοιχώματος του παχέος εντέρου. Τα εκκολπώματα, στην εσωτερική επιφάνεια, αντιστοιχούν σε κοιλώματα του τοιχώματος, που λέγονται κολικές κυψέλες και οι μηννοειδείς εντομές αντιστοιχούν σε πτυχές, τις μηννοειδείς πτυχές. Οι επιπλοικές αποφύσεις είναι προσεκβολές του ορογόνου χιτώνα του τοιχώματος του παχέος εντέρου (δηλαδή του περιτοναίου) γεμάτες από υπορογόγιο λιπώδη συνδετικό ιστό, μέσα στον οποίο διακλαδίζεται ένα αρτηρίδιο και ένα φλεβίδιο. Διατίθενται κατά στοίχους κατά μήκος των κολικών ταινιών <sup>36</sup>.

### **2.2.3 Κατασκευή του παχέος εντέρου**

- Ορογόνος χιτώνας
- Μυικός χιτώνας
- Υποβλεννογόγιος χιτώνας
- Βλεννογόγιος
- Βλεννογόγια μυική στιβάδα
- Μονήρη λεμφοζίδια
- Χόριο
- Επιθήλιο
- Εντερικές κρύπτες (αδένες) του βλεννογόνου <sup>36</sup>

## **2.3 Φυσιολογία του πεπτικού συστήματος**

Κύρια λειτουργία του πεπτικού σωλήνα είναι η εξασφάλιση του διαρκούς ανεφοδιασμού του οργανισμού με νερό, ηλεκτρολύτες και θρεπτικά συστατικά. Για να επιτευχθεί όμως αυτό απαιτούνται:

- 1) κίνηση της τροφής μέσα στον πεπτικό σωλήνα,
- 2) έκκριση των πεπτικών υγρών και πέψη της τροφής,
- 3) απορρόφηση των τροφών (μετά την πέψη τους), του νερού και των διαφόρων ηλεκτρολυτών,

- 4) κυκλοφορία του αίματος στα όργανα του γαστρεντερικού συστήματος για να παραληφθούν οι ουσίες που απορροφούνται και
- 5) έλεγχος όλων αυτών των λειτουργιών από το νευρικό και το ορμονικό σύστημα<sup>37</sup>.

## **2.4 Φυσιολογία του παχέος εντέρου**

Οι κυριότερες λειτουργίες του παχέος εντέρου (κόλου) είναι:

- 1) η απορρόφηση νερού και ηλεκτρολυτών από το χυμό,
- 2) η εναποθήκευση του κοπρανώδους υλικού ώσπου να γίνει δυνατή η εξώθησή του.

Το κεντρικό ημιμόριο του κόλου εκτελεί κυρίως απορρόφηση και το περιφερικό εναποθήκευση, επειδή γι' αυτές τις λειτουργίες δεν απαιτούνται έντονες κινήσεις, φυσιολογικά οι κινήσεις του κόλου είναι βραδείες. Ωστόσο, ακόμη και βραδείες, έχουν χαρακτηριστικά παρόμοια με αυτά των κινήσεων του λεπτού εντέρου και μπορούν επίσης να διακριθούν σε κινήσεις ανάμιξης και προώθησης<sup>37</sup>.

### **2.4.1 Υγρά και ηλεκτρολυτικές μεταβολές**

Το παχύ έντερο είναι το κυριότερο σημείο απορρόφησης ύδατος και ανταλλαγής ηλεκτρολυτών. Περίπου το 90% του ύδατος που περιέχεται στο ειλικό ως υγρό, απορροφάται από το κόλον (1.000-2.000 ml/d και πάνω από 5 lit υγρού μπορούν ημερησίως να απορροφηθούν. Το νάτριο απορροφάται ενεργά μέσω της Na-K ΑΤΡάση. Το κάλιο εκκρίνεται ενεργά στον αυλό του παχέος εντέρου και απορροφάται με παθητική διάχυση. Το χλώριο απορροφάται ενεργά μέσω ανταλλαγής χλωρίου- διττανθρακικών.

Η βακτηριακή αποσύνθεση των πρωτεϊνών και της ουρίας παράγει αμμωνία. Η αμμωνία, στη συνέχεια απορροφάται και μεταφέρεται στο ήπαρ<sup>30</sup>.

### **2.4.2 Λιπαρά οξέα βραχείας αλυσίδας**

Τα λιπαρά οξέα βραχείας αλυσίδας (οξικό, βουτυρικό και προπιονικό) παράγονται από τη βακτηριακή ζύμωση των υδατανθράκων της διαίτας. Είναι σημαντική πηγή ενέργειας για

τον βλεννογόνο του παχέος εντέρου και ο μεταβολισμός των κυττάρων του παχέος εντέρου προσφέρει ενέργεια για μηχανισμούς όπως της ενεργούς μεταφοράς του νατρίου. Η έλλειψη στη διαίτα για την παραγωγή λιπαρών οξέων βραχείας αλυσίδα, ή η εκτροπή του κοπρανώδους περιεχομένου μέσω μιας ειλεοστομίας ή κολοστομίας, μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την ατροφία του βλεννογόνου και την εμφάνιση κολίτιδας λόγω εκτροπής<sup>30</sup>.

Τα λιπαρά οξέα βραχείας αλυσίδας, ειδικά το βουτυρικό, εμφανίζουν αντινεοπλασματικές ιδιότητες και μπορούν να εμποδίσουν την ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου<sup>39</sup>.

### **2.4.3 Κινητικότητα του παχέος εντέρου**

Εν αντιθέσει με το λεπτό έντερο, το παχύ έντερο δεν δείχνει κυκλική κινητική δραστηριότητα. Παρουσιάζει διαλείπουσες συσπάσεις χαμηλής ή υψηλής εμβέλειας. Οι συσπάσεις χαμηλής δυναμικότητας και μικρής διάρκειας εμφανίζονται ξαφνικά και βίαια και μετακινούν το περιεχόμενο του παχέος εντέρου πρόδρομα και οπισθόδρομα. Πιστεύεται ότι αυτές οι εκρήξεις της κινητικής δραστηριότητας καθυστερούν τη διέλευση διαμέσου του κόλου και με αυτόν τον τρόπο, αυξάνουν το χρόνο που είναι διαθέσιμος για την απορρόφηση του ύδατος και την ανταλλαγή ηλεκτρολυτών.

Οι συσπάσεις μεγάλης δυναμικότητας συμβαίνουν πιο συντονισμένα και δημιουργούν «κινήσεις μάζας»<sup>30</sup>.

Οι μαζικές κινήσεις αναγκάζουν το εντερικό περιεχόμενο να μετακινηθεί προς το ορθό, το οποίο όταν διατείνεται εκλύει το αντανακλαστικό της αφόδευσης<sup>38</sup>.

### **2.5 Μικροχλωρίδα του παχέος εντέρου και εντερικά αέρια.**

Το παχύ έντερο του εμβρύου είναι στείρο μικροβίων και η βακτηριδιακή χλωρίδα εγκαθίσταται αμέσως μετά τη γέννηση. Ο τύπος των μικροοργανισμών που υπάρχουν στο παχύ έντερο εξαρτάται μερικώς από διαιτολογικούς και περιβαλλοντολογικούς παράγοντες. Τα κόπρανα περιέχουν πάνω από 400 διαφορετικά είδη αυτόχθονων βακτηριδίων<sup>31</sup>.

Περίπου το 30% του βάρους των ξηρών κοπράνων, αποτελείται από βακτηρίδια ( $10^{11}$  με  $10^{12}$  βακτ./gr κοπράνων). Τα αναερόβια αποτελούν την κυρίαρχη τάξη των μικροοργανισμών,

με τα Bacteroides να είναι οι πλέον συνήθεις ( $10^{11}$  με  $10^{12}$  οργανισμοί / ml). Η E.coli είναι τα πλέον πολυάριθμα αερόβια ( $10^8$  με  $10^{10}$  οργανισμοί / ml). Η ενδογενής μικροχλωρίδα είναι σημαντική για τον καταβολισμό των υδατανθράκων και των πρωτεϊνών στο παχύ έντερο και συμμετέχουν στον μεταβολισμό της χολερυθρίνης, των χολικών οξέων, των οιστρογόνων και της χοληστερόλης. Τα βακτηρίδια του παχέος εντέρου είναι, επίσης, απαραίτητα για την παραγωγή της βιταμίνης K. Τα ενδογενή βακτηρίδια, επίσης, θεωρούνται ότι καταστέλλουν την παρουσία παθογενών μικροοργανισμών, όπως το clostridium difficile. Όμως, το υψηλό βακτηριακό φορτίο του παχέος εντέρου μπορεί να συμβάλλει στη σήψη σε ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση και να συνεισφέρουν στην ενδοκοιλιακή σήψη, στα αποστήματα και στη λοίμωξη των τραυμάτων μετά από κολεκτομή.

Τα εντερικά αέρια παράγονται από τον αέρα με την κατάποση, τη διάχυση από το αίμα και από την ενδοαυλική παραγωγή. Το άζωτο, το οξυγόνο, το διοξείδιο του άνθρακα, το υδρογόνο και το μεθάνιο είναι τα κυριότερα συστατικά των εντερικών αερίων. Το άζωτο και το οξυγόνο προέρχονται από τον αέρα από την κατάποση. Το διοξείδιο του άνθρακα παράγεται από την αντίδραση δικαρβονικών και ιόντων υδρογόνου και από την πέψη των τριγλυκεριδίων σε λιπαρά οξέα. Το υδρογόνο και το μεθάνιο παράγονται από τα βακτηρίδια του παχέος εντέρου. Η παραγωγή μεθανίου ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό. Το γαστρεντερικό σύστημα συνήθως περιέχει μεταξύ 100 και 200 ml αερίου και 400-1.200 ml κάθε μέρα εκλείνεται σαν διαφυγή, εξαρτώμενα από τον τύπο της τροφής που εισάγεται <sup>30</sup>.

## 2.6 Αγγείωση

Το τυφλό, το ανιόν και τμήμα του εγκαρσίου κόλου (λίγο μετά τη μεσότητά του) αιματώνονται από τους εξής κλάδους της άνω μεσεντέριας αρτηρίας:

- την ειλεοκολική αρτηρία (για το τυφλό) και τον κλάδο της, (η ειλεοκολική αρτηρία είναι απύσα σε πάνω από 20% των ατόμων),
- την αρτηρία της σκωλικοειδούς (για τη σκωληκοειδή απόφυση),
- τη δεξιά κολική αρτηρία (για το ανιόν κόλον)
- τη μέση κολική αρτηρία η οποία δίδει αίμα στο εγκάρσιον κόλον.

Η κάτω μεσεντέριος αρτηρία δίδει κλάδους στην αριστερή κολική αρτηρία, η οποία αρδεύει το κατιόν κόλον και πολλούς κλάδους του σιγμοειδούς που αιματώνουν το σιγμοειδές κόλον και την άνω ορθική αρτηρία, η οποία αρδεύει το εγγύς τμήμα του ορθού.

Οι κολικές αρτηρίες, σε απόσταση 2.5 – 3 cm από το χείλος του εντέρου, διακλαδίζονται σε ανιόντες, κατιόντες ή δεξιούς και αριστερούς κλάδους και σχηματίζουν τόξα, τα οποία αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν την επιχείλια αρτηρία του Drummond. (Αυτό το τόξο είναι πλήρες μόνο στα 15-20% του πληθυσμού. Μέσω αυτής επικοινωνεί η άνω με την κάτω μεσεντέρια αρτηρία.

Η επιχείλια αρτηρία του Drummond μεταφέρει επαρκή ποσότητα αίματος, έτσι ώστε να είναι δυνατή η απολίνωση μιας από τις κολικές αρτηρίες, χωρίς να υπάρχει φόβος ισχαιμίας στα αντίστοιχα τμήματα του εντέρου.

Οι φλέβες του παχέος εντέρου συνοδεύουν τις αντίστοιχες αρτηρίες. Έτσι η άνω μεσεντέρια φλέβα αθροίζει το αίμα από το δεξιό κόλο, καθώς και από το λεπτό έντερο, το πάγκρεας και από το τμήμα του στομάχου και εκβάλλει στη ρίζα της πυλαίας.

Η κάτω μεσεντέρια φλέβα αθροίζει το αίμα από την άνω μοίρα μέχρι και την αριστερή κολική καμπή και εκβάλλει συνήθως στη σπληνική φλέβα. Το αίμα από το κατώτερο τμήμα του ορθού αποχετεύεται μέσω της έσω λαγόνιας στην κάτω κοίλη φλέβα<sup>30,31</sup>.

## 2.7 Λεμφική παροχέτευση

Οι λεμφαδένες ευρίσκονται στο τοίχωμα του παχέος εντέρου (επικολικά), κατά μήκος του έσω χείλους του παχέος εντέρου που γειτνιάζει με τα τόξα των αρτηριών (παρακολικά), γύρω από τα κύρια μεσεντέρια αγγεία (ενδιάμεσα) και στην έκφυση της άνω και κάτω μεσεντερίας αρτηρίας (κύρια).

Έτσι, το δεξιό κόλον διοχετεύει τη λέμφο προς τους άνω μεσεντέριους λεμφαδένες και το αριστερό στους κάτω μεσεντέριους λεμφαδένες. Το ορθό και ο πρωκτός έχουν διπλή λεμφική αποχέτευση όπως και αγγείωση. Το ορθό αποχετεύει τη λέμφο τόσο στους κάτω μεσεντέριους όσο και στους υπογάστριους λεμφαδένες. Ο πρωκτικός σωλήνας πάνω από την οδοντωτή γραμμή παροχετεύει προς τους υπογάστριους λεμφαδένες, ενώ το τμήμα κάτω από την οδοντωτή γραμμή προς τους βουβονικούς λεμφαδένες. Μέσα στα λεμφαγγεία υπάρχουν βαλβίδες που εμποδίζουν την παλινδρόμηση της λέμφου<sup>30,31,34</sup>.

## 2.8 Νεύρωση του παχέος εντέρου

Η νεύρωση του παχέος εντέρου προέρχεται από το συμπαθητικό (ανασταλτική του περισταλτισμού) και το παρασυμπαθητικό (ευοδωτική/ερεθιστική του περισταλτισμού) νευρικό σύστημα. Τα νεύρα πορεύονται παράλληλα με τις αρτηρίες. Τα συμπαθητικά νεύρα εκφύονται από το Θ6 – Θ12 και Ο1 – Ο3. Η παρασυμπαθητική νεύρωση στο ανιόν και εγκάρσιο κόλον προέρχεται από το πνευμονογαστρικό νεύρο. Τα παρασυμπαθητικά νεύρα στο αριστερό κόλον εκφύονται από τα ιερά νεύρα 12 – 14 που σχηματίζουν τα στυτικά νεύρα. Το κόλον και το ορθό νευρώνονται από ίνες που απελευθερώνουν νορεπινεφρίνη, ακετυλοχολίνη και ποικιλία από άλλους νευρομεταβιβαστές<sup>30,32,40</sup>.



A decorative border resembling a scroll, with rounded corners and a vertical strip on the left side that also has a rounded end. The border is drawn with a thin black line.

## ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>***

***Καρκίνος του παχέος εντέρου***

### 3.1 Ορισμός

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ένας κακοήθης όγκος που αναπτύσσεται στην εσωτερική επιφάνεια του παχέος εντέρου <sup>41</sup>.

### 3.2 Αίτια – Παθογένεια

Σήμερα ο καρκίνος του παχέος εντέρου αντιπροσωπεύει το 70% των περιπτώσεων ορθοκολικού καρκίνου και ο καρκίνος του ορθού το 30%<sup>42</sup>. Οι προδιαθεσικοί παράγοντες του καρκίνου του παχέος εντέρου κατατάσσονται σε περιβαλλοντικούς και οικογενείς, ενώ το “μοντέλο” ανάπτυξης της νόσου μπορεί να ακολουθήσει μια από τις κατωτέρω αναφερόμενες οδούς, οι οποίες παρουσιάζουν άμεσο συσχετισμό με μια ακολουθία παραγόντων κινδύνου:

- Κληρονομικός καρκίνος παχέος εντέρου: Αναλογεί σε ποσοστό περίπου 5% των περιπτώσεων και σχετίζεται άμεσα με μια σειρά συνδρόμων, πολυποδιασικών (σύνδρομο Peutz-jeghers, σύνδρομο νεανικής πολυποδιάσεως, σύνδρομο οικογενούς πολυποδιάσεως) και μη (σύνδρομο Lynch ή οικογενής μη πολυποδιασικός καρκίνος παχέος εντέρου).
- Οικογενής καρκίνος παχέος εντέρου: Αντιστοιχεί περίπου στο 25% των περιπτώσεων. Υφίσταται βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό για τη νόσο, αλλά η γονιδιακή βλάβη στην οποία οφείλεται η νόσος δεν έχει ακόμα ταυτοποιηθεί.
- Σποραδικός καρκίνος του παχέος εντέρου: Αναλογεί στο 70% των περιπτώσεων και είναι ο συχνότερος σε άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών. Δεν σχετίζεται με οικογενειακό ιστορικό και στην παθογένεσή του εμπλέκονται περιβαλλοντικοί και διαιτητικοί παράγοντες.

#### Ειδικότερα:

- Διατροφικοί παράγοντες, οι οποίοι είτε προσλαμβάνονται με τις τροφές, είτε σχηματίζονται στο έντερο πιθανόν από τη δράση αναερόβιων μικροβίων. Τα αναερόβια μικρόβια που υπερισχύουν με τη δίαιτα «δυτικού τύπου» είναι κυρίως τα βακτηριοειδή και τα κλωστηρίδια. Τα μικρόβια αυτά με τη βοήθεια ενζύμων τα οποία παράγουν, μεταβολίζουν τα χολικά οξέα, τη χοληστερίνη, τα λίπη και τα λευκώματα σε διάφορες καρκινογόνες ουσίες, οι οποίες ενοχοποιούνται στην παθογένεια του καρκίνου του παχέος εντέρου.

- Προδιαθεσικές- προκαρκινικές παθήσεις: Αυτές είναι η οικογενής πολυποδίαση, τα αδενώματα, η ελκώδης κολίτιδα, η νόσος του Crohn κ.α.<sup>43</sup>.
- Κληρονομικότητα: οι άμεσοι συγγενείς του πάσχοντος από καρκίνο παχέος εντέρου εμφανίζουν τον κίνδυνο να προσβληθούν από τον ίδιο καρκίνο 2-3 φορές συχνότερα από το γενικό πληθυσμό. Τελευταία γίνεται πολύ συζήτηση για το ρόλο των γονιδίων στην ανάπτυξη καρκίνου παχέος εντέρου<sup>44</sup>.
- Επάγγελμα: Υποστηρίζεται ότι άτομα που εργάζονται σε εργοστάσια παραγωγής συνθετικών ινών ή αγροτικών προϊόντων ή έχουν υποστεί παρατεταμένη έκθεση σε αμιάντο παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα καρκίνου του παχέος εντέρου.
- Φύλο: Αυξημένη συχνότητα του αριστερού κόλου, φαίνεται να παρατηρείται σε άτεκνες ή παχύσαρκες γυναίκες. Προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που ζουν σε χώρες με αυξημένη συχνότητα καρκίνου του παχέος εντέρου εμφανίζουν ελαφρά μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου του δεξιού κόλου από τους άνδρες ίδιας ηλικίας ενώ μετά την ηλικία των 55 ετών η διαφορά αυτή κλείνει προς την πλευρά των ανδρών.
- Ιατρογενείς παράγοντες: υποστηρίζεται κυρίως από πειραματικά δεδομένα, ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου αυξάνεται μετά από χολοκυστεκτομή. Είναι επίσης γνωστό ότι η ουρηθροσιγμοειδοστομία είναι δυνατό να οδηγήσει στην ανάπτυξη καρκίνου στο σημείο της αναστόμωσης.
- Νεοπλασματικά νοσήματα: Ασθενείς με καρκίνο μαστού, ενδομητρίου ή ωοθηκών παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου.
- Κάπνισμα: Η βαρύτητα του καπνίσματος όπως και η ηλικία έναρξής του αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου, ενώ παρατηρείται σημαντική και προοδευτική ελάττωσή του μετά τη διακοπή.

### **3.2.1 Γενετικά σύνδρομα σχετιζόμενα με τον καρκίνο του παχέος εντέρου**

- Σύνδρομο Peutz- jehghers. Οφείλεται σε αυτοσωματική επικρατούσα κληρονομική διαταραχή υψηλής διεισδυτικότητας με παγκόσμια κατανομή, η οποία προσβάλλει και τα δυο φύλα. Στη νόσο ενέχεται γονίδιο ευρισκόμενο στο χρωμόσωμα 18. Χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη πολυάριθμων αμαρτωματωδών πολυπόδων όλου του πεπτικού σωλήνα, καθώς και από κηλίδες των βλεννογόνων και του δέρματος. Η διάγνωση τίθεται σε ασθενείς με επιβεβαιωμένο ιστολογικά αμάρτωμα, οι οποίοι πληρούν δύο εκ των κάτωθι κριτηρίων:

- Πολυποδίαση λεπτού εντέρου
- Υπέρχρωση δέρματος και βλεννογόνων
- Οικογενειακό ιστορικό αυτοσωματικά επικρατούσας κληρονομικότητας.

Οι ασθενείς με το σύνδρομο εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του πεπτικού αλλά και καρκίνου σε άλλα όργανα (μαστός, όρχεις, έσω γεννητικά όργανα στη γυναίκα). Αν και οι πολύποδες στο εν λόγω σύνδρομο είναι καλοήθεις, υπάρχει παρόμοια κατανομή μεταξύ πολύποδων και καρκίνου του παχέος εντέρου. Έχει υπολογιστεί ότι έως την ηλικία των 60 ετών οι πάσχοντες από το σύνδρομο διατρέχουν κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου 50% <sup>45</sup>.

- Σύνδρομο οικογενούς πολυποδίασεως:

(Familial Adenomatous Polyposis Syndrome, FAP)

Τόσο το σύνδρομο αυτό καθαυτό όσο και οι παραλλαγές του (σύνδρομο Gardner-οικογενής πολυποδίαση με εξωεντερικές εκδηλώσεις, σύνδρομο Turcot-οικογενής πολυποδίαση με όγκους εγκεφάλου) αποτελούν αυτοσωματικά επικρατούντα νοσήματα προκαλούμενα από μεταλλάξεις στο γονίδιο της οικογενούς πολυποδίασεως (APC) <sup>49</sup>.

Το FAP οφείλεται σε μετάλλαξη στο χρωμόσωμα 5q21- q22. Αν και περιγράφεται πληθώρα μεταλλάξεων του γονιδίου, η πλειοψηφία εξ αυτών τελικά δε θα εκφραστεί, για άλλοτε άλλους λόγους. Στις περιπτώσεις όμως που θα εκφραστεί, τούτο οφείλεται συσσώρευση πρωτεΐνης APC στο κυταρόπλασμα και τον πυρήνα, η οποία θα εμποδίσει τη συσσώρευση β-κατενίνης. Τούτο θα οδηγήσει, σε περιπτώσεις μεταλλαγμένου γονιδίου, σε ενεργοποίηση του παράγοντα μεταγραφής Tcf-4, δίνοντας έτσι έναυσμα για την έναρξη οικογενετικής δραστηριότητας.

Οι πολύποδες θα εμφανιστούν σε ηλικία μεταξύ 10 και 20 ετών με μέσο όρο τα 16 έτη και εύρος μεταξύ 8 και 34 ετών.

Για ασθενείς που δεν θα υποβληθούν σε κάποια θεραπευτική παρέμβαση, η νεοπλασματική νόσος θα εμφανιστεί πριν την ηλικία των 45 ετών και πιθανά να συνοδεύεται από διάφορες εξωεντερικές νεοπλασματικές νόσους (καρκίνος στομάχου, δωδεκαδακτύλου και φύματος Vater, καρκίνος θυρεοειδούς) <sup>50</sup>.

- Σύνδρομο Lynch ή σύνδρομο οικογενούς μη πολυποδιασικού καρκίνου του παχέος εντέρου. Πρόκειται για αυτοσωματική επικρατούσα διαταραχή κληρονομική που αφορά στο 1- 5% του συνόλου των περιπτώσεων καρκίνου του παχέος εντέρου. Αν και ονομάζεται «μη πολυποδιασική», η κακοήθης νεοπλασία εμφανίζεται επί εδάφους αδενωμάτων πολύποδα, χωρίς όμως να υφίσταται σύνδρομο πολυποδιάσεως. Συχνότερα η νεοπλασία ανευρίσκεται στο δεξιό τμήμα του παχέος εντέρου και κατά κανόνα εμφανίζεται σε ηλικία κάτω των 50 ετών<sup>51</sup>.
- Σύνδρομο υπερπλαστικής πολυποδιάσεως. Αφορά ασθενείς με πολλαπλούς, μεγάλου μεγέθους υπερπλαστικούς πολύποδες, που κατά κανόνα εδράζονται στο δεξιό τμήμα του παχέος εντέρου, ενώ κάποιες φορές συνυπάρχουν και οδοντωτά αδενώματα. Κατά κανόνα πρόκειται για επίπεδα πολυποειδή μορφώματα επί πτυχών. Στο 50% των περιπτώσεων αναφέρεται βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου, ενώ οι ασθενείς με το σύνδρομο εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου.
- Σύνδρομο Cronkhite- Canada. Αφορά αγνώστου αιτιολογίας, σπάνια, μη οικογενή διαταραχή χαρακτηριζόμενη από διαρροϊκές κενώσεις, κοιλιακά άλγη, πολυποδίαση του πεπτικού σωλήνα (αμαρτώματα), εκσεσημασμένη απώλεια βάρους, υπερέχρωση βλεννογόνων, αλωπεκία και ονυχοδυστροφία. Η πενταετής επιβίωση είναι της τάξης του 50% και η πλειοψηφία των θανάτων οφείλεται σε αιμορραγία του πεπτικού και συμφοριτική καρδιοπάθεια<sup>31</sup>.

### 3.2.2 Πολύποδες παχέος εντέρου

Ως πολύποδας παχέος εντέρου ορίζεται η βλεννογονική βλάβη η οποία προβάλλει εντός του εντερικού αυλού. Η κλινική σημασία ενός πολύποδα καθορίζεται από τον ιστολογικό του τύπο και δύναται να ταξινομηθεί ως νεοπλασματικός ή μη νεοπλασματικός.

Τα αδενώματα είναι καλοήθη νεοπλάσματα, τα οποία είναι δυνατόν να παρουσιάζουν ποικίλο βαθμό δυσπλασίας. Είναι ευρέως αποδεκτό ότι σχεδόν όλα τα αδενοκαρκινώματα του παχέος εντέρου προέρχονται από αδενώματα τα οποία εξαλλάχθηκαν βάσει μιας διαδικασίας, γνωστής ως «ακολουθία από το αδένωμα στο καρκίνωμα». Μόνο ένα μικρό ποσοστό του συνόλου των σποραδικών αδενωμάτων θα μεταλλαχθεί τελικά σε κακοήθες νεόπλασμα. Τα αδενώματα, βάσει του τύπου με τον οποίο αναπτύσσονται, έχουν ταξινομηθεί από τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας (WHO) ως εξής:

- **Σωληνώδη:** Σωληνώδη κυρίως και σε ποσοστό λιγότερο του 25% με λαχνωτά στοιχεία.
- **Σωληνολαχνωτά:** Ποσοστό μεταξύ 25% και 75% αποτελούμενο από λαχνωτά στοιχεία
- **Λαχνωτά:** Ποσοστό άνω του 75% αποτελούμενο από λαχνωτά στοιχεία<sup>53</sup>.

Οι μη νεοπλασματικοί πολύποδες δεν εμπεριέχουν δυσπλαστικού τύπου ιστολογικές αλλοιώσεις και κατατάσσονται ως εξής:

- **Υπερπλαστικοί**
- **Νεανικοί**
- **Φλεγμονώδεις**
- **Αμαρτωματώδεις<sup>52</sup>.**

Έχει αποδειχθεί ότι γενετικοί παράγοντες κατέχουν ουσιαστικό ρόλο στην ανάπτυξη και εξέλιξη όλων των όγκων του παχέος εντέρου. Οι αυτές γενετικές βλάβες ανευρίσκονται τόσο στα κύτταρα των σποραδικών όσο και σε αυτά των οικογενών νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου.

Η συχνότητα των αδενωματωδών πολυπόδων στο γενικό πληθυσμό δεν είναι επακριβώς γνωστή. Αποσπασματικά δεδομένα από διάφορες περιοχές του πλανήτη κάνουν λόγο για αύξηση της συχνότητάς τους αναλογικά με την ηλικία. Επίσης η συχνότητα ανίχνευσής τους είναι δυνατόν να μεταβάλλεται από χώρα σε χώρα και να επηρεάζεται από τον τρόπο ζωής.

Εκτιμάται ότι ο συνολικός κίνδυνος εξέλιξης ενός αδενώματος σε καρκίνο είναι περίπου 2,5% για μια περίοδο 10 ετών και ότι το ποσοστό αυτό αυξάνει στην περίπτωση μεγάλων αδενωμάτων ή σε περίπτωση που αυτά παρουσιάζουν ιστολογική εικόνα λαχνωτού αδενώματος ή σοβαρού βαθμού δυσπλασία.

Παρά ταύτα, ποσοστό μικρότερο από 10% του συνόλου των αδενωματωδών πολυπόδων θα εξελιχθεί τελικά σε αδενοκαρκινώματα κατά διάρκεια της ζωής ενός ανθρώπου. Το δυναμικό κακοήθειας των αδενωμάτων του παχέος εντέρου εξαρτάται από το μέγεθός τους, τον ιστολογικό τους τύπο και το βαθμό της επιθηλιακής τους δυσπλασίας<sup>52,46</sup>.

## Πολύποδες παχέος εντέρου (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας)<sup>31</sup>

Τύπος	Ιστολογική διάγνωση
Νεοπλασματικοί	Αδενωματώδεις Σωληνώδεις αδένωμα (αδενωματώδεις πολύποδας) Σωληνολαχνωτό αδένωμα Λαχνωτό αδένωμα Καρκίνος
Αμαρτώματα	Νεανικοί πολύποδες Σύνδρομο Peutz - Jeghers
Φλεγμονώδεις	Φλεγμονώδεις πολύποδες (Ψευδοπολύποδες) Καλοήθεις λεμφικοί πολύποδες
Αταξινόμητοι	Υπερπλαστικοί πολύποδες
Διάφοροι	Λίπωμα, Λειομύωμα, Καρκινοειδή

### 3.3 Παράγοντες κινδύνου

#### Ομάδα μέσου κινδύνου

Άτομα ηλικίας 50 ετών ή μεγαλύτερα, χωρίς ιδιαίτερους επιβαρυντικούς παράγοντες (και χωρίς συμπτώματα), πρέπει να υποβάλλονται σε προληπτικό έλεγχο για πολύποδες ή καρκίνο παχέος εντέρου. Το είδος της εξέτασης επιλέγεται μετά από συζήτηση με τον γιατρό. Εάν επιλεγεί η κολονοσκόπηση και είναι φυσιολογική, επανέλεγχος γίνεται σε 10 χρόνια. Εάν στην εξέταση υπάρξουν ευρήματα, επανέλεγχος γίνεται πίο σύντομα, μετά από σύσταση γιατρού<sup>53</sup>.

## Ομάδα υψηλού κινδύνου

Σε αυτή την ομάδα, που η πρόληψη πρέπει να ξεκινάει σε μικρότερη ηλικία, πρέπει να είναι πιο συχνός ο έλεγχος και να γίνεται με πιο ευαίσθητες εξετάσεις όπως η κολonosκόπηση, ανήκουν:

- Άτομα με οικογενειακό ιστορικό πολυπόδων ή καρκίνου παχέος εντέρου, ιδίως συγγενών πρώτου βαθμού (πατέρα, μητέρα, αδελφό, αδελφή ή παιδί). Τα άτομα αυτά πρέπει να ξεκινούν τον προληπτικό έλεγχο στα 40 ή 10 χρόνια νωρίτερα από τη διάγνωση στην οικογένεια (ότι έρχεται πρώτο). Ο έλεγχος πρέπει να γίνεται με κολonosκόπηση που επαναλαμβάνεται κάθε 5 χρόνια.
- Άτομα με οικογενειακό ιστορικό οικογενούς αδενωματώδους πολυποδίασης: Τα άτομα αυτά έχουν ανάγκη από γενετικό έλεγχο για να διαπιστωθεί αν φέρουν το παθολογικό γονίδιο, που οδηγεί σε ανάπτυξη πολλών πολυπόδων και καρκίνου του παχέος εντέρου σε μικρή ηλικία. Άτομα που φέρουν το παθολογικό γονίδιο ή δεν το γνωρίζουν, έχουν ανάγκη από ετήσια ορθοσιγμοειδοσκόπηση ξεκινώντας από την εφηβεία.
- Άτομα με οικογενειακό ιστορικό κληρονομικού, μη πολυποδιασικού καρκίνου παχέος εντέρου: τα άτομα αυτά έχουν επίσης ανάγκη από γενετικό έλεγχο. Όσοι φέρουν παθολογικό γονίδιο ή δεν το γνωρίζουν, πρέπει να υποβάλλονται σε κολonosκόπηση (γιατί οι πολύποδες και οι καρκίνοι σε αυτούς τους ανθρώπους είναι συνήθως στο δεξιό κόλον, το τμήμα εκείνο του εντέρου που δεν ελέγχεται με την ορθοσιγμοειδοσκόπηση) ανά διετία από την ηλικία των 25.
- Άτομα με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο (ελκώδη κολίτιδα ή Crohn κολίτιδα): απαιτείται κολonosκόπηση με λήψη βιοψιών ανά ένα ή δύο χρόνια, ξεκινώντας από την οκταετία μετά την έναρξη της φλεγμονής επί προσβολής όλου του εντέρου ή μετά τη δεκαπενταετία επί προσβολής του ορθού και του σιγμοειδούς. Αυξημένος κίνδυνος για ελκώδη κολίτιδα υφίσταται σε γυναικολογικούς καρκίνους, καρκίνο του προστάτη ή της πυέλου και σε καρκίνο της πυέλου που έχει υποστεί ακτινοθεραπεία <sup>47</sup>.
- Άτομα με διατροφή πλούσια σε λίπη και φτωχή σε ίνες και ασβέστιο. Υπεύθυνο θεωρείται περισσότερο το ζωικό λίπος παρά το φυτικό. Πρόσφατη μελέτη απέδειξε ότι γυναίκες που τρώνε καθημερινά κόκκινο κρέας αντιμετωπίζουν 2,5 φορές μεγαλύτερο



κίνδυνο από όσες τρώνε κόκκινο κρέας λιγότερο από μια φορά το μήνα. Όσες τρώνε ψάρι και κοτόπουλο χωρίς πέτσα, αντιμετωπίζουν τον χαμηλότερο κίνδυνο.

- Άτομα που καταναλώνουν πολλά ψητά στα κάρβουνα.
- Άτομα αδρανή και δυσκοίλια.
- Εργάτες αμιάντου και κόλλας <sup>48</sup>.

**Άτομα με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου<sup>31,34,54</sup>.**

Ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου

Παρουσία αδενώματος (ή αδενωμάτων)

Ουρητηρο-σιγμοειδοστομία

Προηγούμενη ακτινοθεραπεία στην περιοχή της κοιλιάς ή/και πυέλου

Ιστορικό ελκώδους κολίτιδος για διάστημα άνω των 10 ετών

Οικογενειακό ιστορικό με δυο ή περισσότερους συγγενείς πρώτου βαθμού με:

**Καρκίνο παχέος εντέρου**

Σύνδρομο πολυποδιάσεων

Σύνδρομο κληρονομικού μη πολυποειδούς καρκίνου

## ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>***

***Σταδιοποίηση***

***Πρόγνωση***

***Εντόπιση***

***Μετάσταση***

***Τρόποι διασποράς***

## 4.1 Μορφές Καρκίνου Παχέος Εντέρου

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι κυρίως αδenoκαρκίνωμα και εξορμάται από το κυλινδρικό μονόστιβο επιθήλιο. Εμφανίζει μεγάλες διαφορές στο βαθμό διαφοροποίησης των καρκινικών κυττάρων. Έτσι τα καλώς διαφοροποιημένα αδenoκαρκινώματα, όπου τα καρκινικά κύτταρα είναι σχεδόν όμοια με τα φυσιολογικά, σχηματίζουν αδένες όμοιους με εκείνους του φυσιολογικού εντερικού βλεννογόνου.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στα  $\frac{3}{4}$  περίπου των περιπτώσεων εντοπίζεται από το σιγμοειδές και κάτω, ενώ στο υπόλοιπο παχύ έντερο τη συχνότερη εντόπιση παρουσιάζει το τυφλό και ανιόν κόλον.

Μακροσκοπικώς διακρίνουμε τις εξής μορφές καρκίνου παχέος εντέρου:

**α. Πολυποειδής ή ανθοκραμβοειδής τύπος:** Προβάλλει ως ανθοκραμβοειδής μάζα συμπαγής στον αυλό του εντέρου. Εμφανίζει συνήθως ανώμαλη επιφάνεια και ταχεία ανάπτυξη, γι' αυτό εμφανίζει συχνά νέκρωση και μικροσκοπική αναιμία. Εντοπίζεται συχνότερα στο τυφλό και στο άνω τριτημόριο του ορθού.

**β. Ελκωτικός καρκίνος:** Εμφανίζει ανώμαλα και προέχοντα χείλη και ρυπαρό πυθμένα. Μπορεί να καταλάβει ένα μόνο τριτημόριο του αυλού του εντέρου ή και όλα.

**γ. Δακτυλιοειδής ή στενωτικός τύπος καρκίνου:** Μπορεί να θεωρηθεί ως προχωρημένη μορφή του ελκωτικού καρκίνου και καταλαμβάνει τελικώς κυκλοτερώς όλα τα τεταρτημόρια του εντερικού τοιχώματος. Συχνότερα εντοπίζεται στο σιγμοειδές και το κατιόν κόλο.

**δ. Διηθητικός καρκίνος:** Αντιστοιχεί στην πλαστική λινίτιδα του καρκίνου του στομάχου. Προκαλεί σε μεγάλη έκταση πάχυνση του εντερικού τοιχώματος, που καλύπτεται στο μεγαλύτερο μέρος της από υγιή βλεννογόνο.

**ε. Κολλοειδής καρκίνος:** Συνήθως πρόκειται για ευμεγέθη ζελατινοειδή μάζα. Μπορεί να εμφανίζει εξέλκωση και διήθηση<sup>54,31</sup>.

## 4.2 Σταδιοποίηση

Το σύστημα TNM για τον καρκίνο του παχέος εντέρου έχει αντικαταστήσει το σύστημα σταδιοποίησης Dukes. Το στάδιο του όγκου προσδιορίζεται από το βαθμό της διείσδυσης του

όγκου στο εντερικό τοίχωμα, τον αριθμό των προσβεβλημένων περιοχικών λεμφαδένων και την παρουσία ή απουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων. Το στάδιο του όγκου αποτελεί έναν ιδιαίτερα σημαντικό προγνωστικό δείκτη επιβίωσης<sup>31,34,55</sup>.

### Σταδιοποίηση καρκίνου του παχέος εντέρου κατά το TNM σύστημα<sup>57,58</sup>

#### Κατάταξη σύμφωνα με το μέγεθος του όγκου (T)

**T<sub>χ</sub>**: Μη διαπίστωση πρωτοπαθούς εστίας.

**T<sub>is</sub>**: Καρκίνωμα in situ.

**T<sub>1</sub>**: Όγκος που διηθεί τον υποβλεννογόνιο.

**T<sub>2</sub>**: Όγκος που διηθεί το μυικό χιτώνα.

**T<sub>3</sub>**: Όγκος που διηθεί τον υποορογόνιο ή τους περικολικούς και περιορθικούς ιστούς.

**T<sub>4</sub>**: Όγκος που διαπερνά το περιτόναιο ή διηθεί άλλα όργανα.

#### Κατάταξη σύμφωνα με την παρουσία διηθημένων λεμφαδένων (N)

**N<sub>χ</sub>**: Δεν καταδεικνύονται.

**N<sub>0</sub>**: Δεν υφίστανται μεταστάσεις στους λεμφαδένες.

**N<sub>1</sub>**: Μετάσταση σε 1-3 περικολικούς ή περιορθικούς λεμφαδένες.

**N<sub>2</sub>**: Μετάσταση σε 4 ή περισσότερους περικολικούς ή περιορθικούς λεμφαδένες.

**N<sub>3</sub>**: Μετάσταση σε λεμφαδένες κατά μήκος των μεγάλων αγγείων.

#### Απομακρυσμένες μεταστάσεις (M)

**M<sub>0</sub>**: Δεν υπάρχουν μεταστάσεις.

**M<sub>1</sub>**: Καταδεικνύονται μεταστάσεις.

## 4.3 Πρόγνωση

Η πρόγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο έγινε η πρώτη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου. Βασικό συγκριτικό κριτήριο για την αξιολόγηση της πορείας του ασθενούς η πενταετής επιβίωση, μετά τη θεραπευτική αντιμετώπιση που εφαρμόστηκε.

Στο πρώτο στάδιο της νόσου, η χειρουργική θεραπεία εξασφαλίζει πενταετή επιβίωση σε ποσοστό πάνω από το 85% των ασθενών. Στο δεύτερο στάδιο η πενταετής επιβίωση που αναμένεται είναι 50- 60% χωρίς συμπληρωματική ακτινοθεραπεία και περίπου 70% με συμπληρωματική χημειοθεραπεία. Στο τρίτο στάδιο τα αναμενόμενα ποσοστά της πενταετούς επιβίωσης κυμαίνονται γύρω στο 25- 35% με μόνη τη χειρουργική θεραπεία και αναμένεται να υπερβούν το 50% με τη συμπληρωματική χορήγηση χημειο - και ακτινοθεραπείας. Το ποσοστό της πενταετούς επιβίωσης στους ασθενείς του τέταρτου σταδίου δεν υπερβαίνει το 5% <sup>59,60</sup>.

#### 4.4 Επέκταση

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του ορθού επεκτείνεται και δίνει μεταστάσεις με τους εξής τρόπους:

**α. Σε γειτονικούς ιστούς και όργανα** δια του τοιχώματος του εντέρου στη θέση ανάπτυξης του καρκίνου.

**β. Μεταστάσεις στην περιτοναϊκή κοιλότητα:** Όταν ο καρκίνος διηθήσει το τοίχωμα του εντέρου είναι δυνατό να αποπέσουν καρκινικά κύτταρα τοπικώς ή διάχυτα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, με αποτέλεσμα την τοπική ή διάχυτη καρκινωμάτωση της κοιλιάς.

**γ. Μέσω των λεμφαγγείων** του τοιχώματος του εντέρου στους επιχώριους λεμφαδένες (κεντρομόλα - φυγόκεντρα ή προς τα πλάγια) στο παχύ έντερο σε ποσοστό 38%, ενώ στο ορθό ανέρχεται στο 50%.

**δ. Με την αιματική οδό:** Ο καρκίνος είναι δυνατό να διηθήσει τις φλέβες του μεσόκολου και μέσω της πυλαίας να δώσει μεταστάσεις στο ήπαρ. Επίσης, μέσω των οσφυϊκών και σπονδυλικών φλεβών είναι δυνατό να αναπτυχθούν μεταστάσεις στους πνεύμονες και τα οστά.

**ε. Περινευρική διήθηση:** Η διήθηση του περινευρικού χώρου επιτρέπει την εξάπλωση του νεοπλασματος και τη διήθηση κατά μήκος των νεύρων του παχέος εντέρου.

**στ. Ενδοαυλική μετάσταση:** Καρκινικά κύτταρα πέφτουν από την επιφάνεια του όγκου και παρασύρονται από το κοπρανώδες περιεχόμενο του αυλού. Περιφερική εμφύτευση των κυττάρων αυτών γίνεται συχνά στην τραυματική επιφάνεια της αναστομώσεως <sup>31,45,6</sup>.

A decorative border resembling a scroll, with rounded corners and a vertical strip on the left side. The text is centered within the scroll.

## ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>***

***Κλινική συμπεριφορά***

***Διαγνωστική προσέγγιση***

## 5.1. Κλινική εικόνα

Τα αδενοκαρκινώματα του παχέος εντέρου και του ορθού εμφανίζουν σχετικά βραδύ ρυθμό ανάπτυξης. Ο μέσος χρόνος διπλασιασμού του όγκου που εντοπίζεται στο παχύ έντερο είναι περίπου 130 ημέρες, που σημαίνει ότι μεσολαβούν πολλά χρόνια (5 -10) κατά τα οποία ο καρκίνος παραμένει ασυμπτωματικός και κατ' επέκταση, σε πρώιμο στάδιο. Η συμπτωματολογία εξαρτάται από την εντόπιση του καρκίνου, από τον ιστολογικό τύπο και από την έκτασή του.

**Δεξιό κόλο:** Τα συμπτώματα είναι αόριστα και όχι τόσο χαρακτηριστικά διότι:

α) το εύρος του αυλού του δεξιού κόλου είναι περίπου 2 ½ φορές μεγαλύτερο από αυτό του αριστερού κόλου, β) το υδαρές περιεχόμενο του τελικού ειλεού προς το τυφλό και γ) η μακροσκοπική μορφή του καρκίνου που συνήθως είναι αθοκραμβοειδής και όχι στενωτικού τύπου. Έτσι οι ασθενείς προσέρχονται καθυστερημένα, χωρίς σαφή κλινική εικόνα. Τα σπουδαιότερα συμπτώματα είναι τα εξής:

**α. Ανεξήγητη αναιμία** με τα επακόλουθά της, όπως εύκολη κόπωση, ωχρότητα, ζάλη, αδυναμία και δύσπνοια μετά από κόπωση.

**β. Διάφορα δυσπεπτικά ενοχλήματα ή και πόνος** στην δεξιά κοιλία, με επέκταση στον ομφαλό.

γ. Στο 10% των ασθενών ανευρίσκεται **ψηλαφητή μάζα** στο δεξιό λαγόνιο βόθρο.

**δ. Η αλλαγή των συνηθειών** του εντέρου και η **εντερική απόφραξη** δεν είναι χαρακτηριστικά ούτε συχνά συμπτώματα στον καρκίνο του δεξιού κόλου.

**Αριστερό κόλο:** Χαρακτηριστική είναι η αλλαγή των συνηθειών του εντέρου, είτε με τη μορφή δυσκοιλιότητας, είτε υπό τη μορφή διαρροϊκών κενώσεων είτε υπό τη μορφή εναλλαγής και των δύο. Είναι δυνατόν να υπάρχει αίμα στα κόπρανα, που συνήθως είναι ανάμικτο με αυτά, καθώς και βλέννα. Η αιμορραγία που προκαλείται σπανίως είναι μεγάλη. Η παρουσία όμως αναιμίας ή ψηλαφιτής μάζας, υποδηλώνει προχωρημένο καρκίνο. Άλλο χαρακτηριστικό σύμπτωμα του καρκίνου του αριστερού κόλου είναι η πλήρης ή ατελής απόφραξη του εντέρου. Στο τμήμα αυτό, ο αυλός του εντέρου είναι μικρότερος και το εντερικό περιεχόμενο πιο συμπαγές. Επίσης, στην περιοχή αυτή ο συνηθέστερος μακροσκοπικός τύπος καρκίνου είναι ο δακτυλιοειδής, με αποτέλεσμα την προΐουσα εντερική απόφραξη.

**Ορθός:** Στον καρκίνο του ορθού, το συχνότερο σύμπτωμα είναι η αποβολή καθαρού αίματος, που σπανίως όμως είναι άφθονη ή εμφανίζεται με τη μορφή πηγμάτων. Η απώλεια αίματος είναι επίμονη και μπορεί να συνοδεύεται από βλέννη. Συχνά εμφανίζεται τεινεισμός και αίσθημα ατελούς αφόδευσης. Ο πόνος συνήθως απουσιάζει, αλλά όταν όμως υπάρχει σημαίνει επέκταση της νόσου και διήθηση των γύρω ιστών και ιδίως του ιερού και του υπογάστριου πλέγματος<sup>45,31</sup>.

Διάφορα άλλα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν όταν τελικώς διηθηθούν από τον όγκο παρακείμενα όργανα. Έτσι όταν διηθηθούν η ουροδόχος κύστη ή ο προστάτης είναι δυνατό να υπάρχουν συμπτώματα κυστίτιδας ή ουρηθρίτιδας. Επίσης μπορεί να δημιουργηθούν εσωτερικά συρίγγια, με αποτέλεσμα την αποβολή αερίων ή κοπράνων κατά την ούρηση ή από τον κόλπο. Σε πολύ προχωρημένα στάδια ή αν αναπτυχθούν μεταστάσεις στο ήπαρ μπορεί να εμφανιστούν κακουχία, ανορεξία και απώλεια βάρους<sup>62</sup>.

### **5.1.1 Κλινικά ευρήματα**

Η κλινική εξέταση των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου μπορεί να αναδείξει ψηλαφητή μάζα, ηπατομεγαλία, ασκίτη ή και διογκωμένους λεμφαδένες.

### **5.1.2 Διαφοροδιάγνωση**

Η διαφορική διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου γίνεται από:

**α. Παθήσεις του πεπτικού** όπως γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος, τη χολοκυστοπάθεια, τη σκωληκοειδίτιδα, ιδίως σε καρκίνο του δεξιού κόλου μπορεί να αποδοθεί σε ιδιοπαθή αιματολογική νόσο.

**β. Μεγάλους πολύποδες** που δίνουν πολλές φορές τα ίδια συμπτώματα με τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Άλλους κακοήθεις όγκους, όπως λίπωμα, ίνωμα, βλεννοκήλη της σκωληκοειδούς, ενδομητρίωση κ.α.

**γ. Παθολογικές καταστάσεις** του παχέος εντέρου που μπορεί να δώσουν τα ίδια συμπτώματα, όπως εκκολπωματίτιδα, ελκώδη κολίτιδα, νόσο του Crohn κ.α.

**δ. Από φυματίωση και άλλες φλεγμονές του εντέρου**<sup>63</sup>.



## 5.2 Διάγνωση

Η διάγνωση επί συμπτωματικών ασθενών, θα τεθεί πρώιμα, εφόσον οι διαταραχές του πεπτικού σωλήνα αξιολογηθούν ειδικά και από τον ασθενή αλλά και από τον θεράποντα ιατρό.

Η τελική διάγνωση είναι συνησταμένη πολλών συνιστωσών:

- α. Της κλινικής εξέτασης, συνδιαζόμενης με τη λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού
- β. Ειδικών και μη εργαστηριακών εξετάσεων
- γ. Απεικονιστικών μεθόδων
- δ. Ειδικών εξετάσεων <sup>64</sup>

### 5.2.1 Διαγνωστικές μέθοδοι

Η διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου βασίζεται σε:

- **Λεπτομερής λήψη ιστορικού:** Θα προσδιορίσει το χαρακτήρα των συμπτωμάτων και θα καθορίσει την περαιτέρω διερεύνηση, ενώ θα εντοπίσει οικογενή σύνδρομα που παρουσιάζουν αυξημένη πιθανότητα καρκίνου του παχέος εντέρου.
- **Η κλινική εξέταση:** πρέπει να περιλαμβάνει πάντοτε τη δακτυλική εξέταση. Το 10% των νεοπλασμάτων βρίσκονται στο εύρος της διαγνωστικής εμβέλειας του εξεταστικού δακτύλου και είναι δυνατόν να αποκαλυφθούν. Σε περίπτωση ανευρέσεως όγκου η εξέταση είναι χρήσιμη για τη σταδιοποίηση και την εξαιρεσιμότητα του όγκου.

Στην ψηλαφητική εξέταση της κοιλιάς η ανεύρεση μάζας μπορεί να σημαίνει όχι μόνο ευμεγέθες ή ψηλαφητό νεόπλασμα, αλλά ίσως και ένα κεντρικά διατεταμένο έντερο λόγω αποφράξεως εκ του όγκου.

Η ανεύρεση ασκίτη επίσης ενδέχεται να οφείλεται σε καρκίνο του παχέος εντέρου, ο οποίος μπορεί να είναι αιμορραγικός και προκαλείται από τη γενικευμένη καρκινομάτωση της κοιλιάς <sup>64</sup>.

#### Αιματολογικές εξετάσεις

α. Ο αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος, εκτός από μια πτώση του αιματοκρίτη και τον προσδιορισμό του τύπου της αναιμίας, δεν αναμένεται να δώσει ιδιαίτερα διαγνωστικά

στοιχεία, βοηθά όμως στην αξιολόγηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς. Πάντοτε πρέπει να περιλαμβάνεται έλεγχος της νεφρικής και ηπατικής λειτουργίας, ο δε επιρρασμός της τελευταίας, μπορεί να υποσημαίνει μετάσταση<sup>64</sup>.

β. Mayer κοπράνων (ίσως είναι αρνητική στο 50% των περιπτώσεων του καρκίνου του παχέος εντέρου)<sup>64</sup>.

### **Ογκολογικοί δείκτες**

Οι καρκινικοί δείκτες συνήθως χρησιμοποιούνται σε μια από τις παρακάτω περιπτώσεις:

- Πρίν από την αρχική θεραπεία, στη φάση της διάγνωσης και της σταδιοποίησης .
- Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, για την παρακολούθηση της ανταπόκρισης σε αυτή.
- Κατά την παρακολούθηση για την έγκαιρη διάγνωση της υποτροπής.
- Μετά την υποτροπή για την αξιολόγηση της ανταπόκρισης στην καινούργια θεραπεία<sup>65</sup>.

Οι πλέον πρόσφατα χρησιμοποιούμενοι δείκτες είναι χρήσιμοι στην κλινική πράξη, διότι μπορεί να εφαρμοστούν εκτός από την πρωιμότερη διάγνωση του καρκίνου, για την πρωιμότερη διάγνωση της υποτροπής του όγκου και την καλύτερη αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας στη θεραπεία.

Το καρκινοεμβρυικό αντιγόνο (CEA) είναι μια γλυκοπρωτεΐνη που βρίσκεται στην επιφάνεια των καρκινικών κυττάρων και απελευθερώνεται γρήγορα στα περιβαλλοντικά υγρά. Βρίσκεται σε χαμηλές τιμές στους ιστούς υγείων ατόμων (βλεννογόνος εντέρου, βρόγχοι, επιθήλιο μαστών) και στον ορό. Αυξάνεται με το κάπνισμα, σε ποικίλες καλοήθειες καταστάσεις, αλκοολική κύρρωση, φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου, πολύποδες εντέρου. Στις κακοήθειες, αυξάνεται στον καρκίνο του παχέος εντέρου, στομάχου, παγκρέατος, πνεύμονα<sup>66,67</sup>.

### **Απεικονιστικός έλεγχος κατώτερου πεπτικού**

- Βαριούχος υποκλυσμός με διπλή αντίθεση: Υπήρξε για χρόνια η βασική εξέταση για τη διάγνωση του ορθοκολικού καρκίνου. Πλεονεκτήματα: Εξοικίωση των ιατρών και των ασθενών, εξετάζεται όλο το μήκος του εντέρου, εκτελείται στα περισσότερα νοσοκομεία και ακτινολογικά εργαστήρια, είναι ασφαλής με πολύ μικρό ποσοστό επιπλοκών<sup>68</sup>.

Μειονεκτήματα: Υπάρχει έκθεση σε ακτινοβολία, απαιτούνται ιατρικά όργανα και εξειδικευμένο προσωπικό, είναι απαραίτητη η προετοιμασία του εντέρου, εμφανίζει δυσκολίες στη διάγνωση πολυπόδων, είναι δύσκολα αποδεκτή από τους ασθενείς, έχει υψηλό κόστος και είναι χρονοβόρα. Παραμένει ως μέθοδος εκλογής σε συμπτωματικούς ασθενείς.

- Κολοσκόπηση: Χαρακτηρίζεται από υψηλή ακρίβεια, εξετάζεται όλο το μήκος του εντέρου, επιτρέπει τη λήψη βιοψιών για ιστολογική εξέταση και υλικού για κυτταρολογική εξέταση. Επίσης κατά την κολοσκόπηση, οι πολύποδες μπορούν να αφαιρεθούν με ειδικές λαβίδες και να γίνει καταγραφή και αποθήκευση της εικόνας<sup>9,70,74</sup>.

Μειονεκτήματα: Υψηλό κόστος, χρονοβόρα διαδικασία, υψηλότερα ποσοστά επιπλοκών και θνησιμότητας, ανάγκη εκτέλεσης από εξειδικευμένο προσωπικό, δυσκολίες στη συναίνεση των ασθενών. Εκτός αυτών, υπάρχουν περιορισμοί σε ορισμένες κατηγορίες ασθενών: Αυτών με συμφύσεις, εκκολπωματίτιδα. Ενδείξεις για κολοσκόπηση έχουν:

- Ασυμπτωματικοί ασθενείς
- Ασθενείς με θετικό FOBT (αφανή αιμοραγία κοπράνων)
- Ασθενείς με αμφίβολο βαριούχο υποκλυσμό
- Ασθενείς με θετικό βαριούχο υποκλυσμό για τεκμηρίωση της διάγνωσης
- Ασθενείς υπό μετεγχειρητική παρακολούθηση
- Ασθενείς υψηλού κινδύνου για καρκίνο του παχέος εντέρου<sup>71</sup>

- Εικονική κολοσκόπηση: Πρόκειται για μια μορφή αξονικής τομογραφίας κοιλίας, η οποία με τη βοήθεια ειδικού λογισμικού ηλεκτρονικού υπολογιστή παρέχει εικόνα του παχέος εντέρου προσομοιάζουσα με αυτή της οπτικής κολοσκόπησης<sup>65</sup>.

### Ενδοσκόπηση κατώτερου πεπτικού

- Εύκαμπτη σιγμοειδοσκόπηση: Με τη χρήση ενός ενδοσκοπίου 60cm είναι δυνατό να ανιχνευτούν πολύποδες ποικίλης ιστολογικής εικόνας, καθώς και νεοπλασματικές βλάβες σε ποσοστό άνω του 23 - 38% των ατόμων που ελέγχονται<sup>73,74,75,76</sup>.

Πλεονεκτήματα: επιτρέπει την άμεση επισκόπηση εντερικού βλεννογόνου, αποκαλύπτει βλάβες οι οποίες μπορούν να υποβληθούν σε βιοψία ή να εκταμούν κατά τη διάρκεια της

εξέτασης και τέλος, παρουσιάζει μεγάλη ειδικότητα και ευαισθησία, όσον αφορά στα εξετασθέντα τμήματα του εντερικού αυλού. Το μόνο μειονέκτημα της είναι ότι ελέγχεται μόνο το αριστερό τμήμα του παχέος εντέρου.

- Απεικονιστικές μέθοδοι: όπως η υπερηχοτομογραφία (κλασσική και ενδοαυλική), η αξονική τομογραφία, η μαγνητική τομογραφία, το σπινθηρογράφημα χρησιμοποιούνται κυρίως για τη σταδιοποίηση της νόσου και το σχεδιασμό των χειρουργικών και συμπληρωματικών θεραπειών<sup>69,70</sup>.

### **Νεότερες τεχνικές κολονοσκόπησης**

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου παρουσιάζει, κατά κανόνα, μια εξαιρετικά χαρακτηριστική εικόνα κατά τον ενδοσκοπικό έλεγχο. Βιοψίες που θα ληφθούν κατά την κολονοσκόπηση ή εκτεταμένες πολύποδες εύκολα θα επιβεβαιώσουν τη διάγνωση κακοήθειας. Υπάρχει όμως και η πιθανότητα η ανευρεθείσα μάζα να μην παρουσιάζει τυπική ενδοσκοπική εικόνα.

Στα πλαίσια της διαχείρισης της νόσου, η εφαρμογή της χρωμοενδοσκόπησης και της ενδοσκόπησης υψηλής ευκρίνειας μελετήθηκαν ως μέθοδοι διαφοροποίησης των υπερπλαστικών από τους αδενωματώδεις πολύποδες, με απώτερο στόχο να αυξηθεί ο δείκτης ανίχνευσης των επιπέδων αδενωμάτων και καρκίνων κατά τη διάρκεια μιας κολονοσκόπησης, για να εξασφαλισθεί πλήρης εκτομή παθολογικού ιστού κατά τη διάρκεια ενδοσκοπικής βλεννογονεκτομής και ίσως για να επιτευχθεί ταυτοποίηση των δυσπλαστικών αλλοιώσεων σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα.

Παρά την ικανότητα να παρουσιάζει τις πολυποειδής μάζες με κάθε λεπτομέρεια, η **χρωμοενδοσκόπηση** δεν είναι σε θέση να επιτύχει σαφή διαχωρισμό μεταξύ αδενωματωδών και υπερπλαστικών πολυπόδων. Για το λόγο αυτό, η ως άνω τεχνική δεν εφαρμόζεται ευρέως στο δυτικό κόσμο. Η θέση της όμως σε περιπτώσεις ασθενών με χρόνια μη ενεργό ιδιοπαθή φλεγμονώδη πανκολίτιδα έχει σαφώς τεκμηριωθεί, όσον αφορά στην ταυτοποίηση μικρών επιπέδων αδενωμάτων.

Η **φθοριοενδοσκόπηση** δυνατόν να αποτελεί μια ακόμη εναλλακτική μέθοδο για την ανίχνευση δυσπλαστικών αλλοιώσεων σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα.

Η **συνεστιακή ενδοσκόπηση** και η **συνεστιακή Laser** ενδοσκόπηση με τη χρήση μικροσκοπίας έχουν προκαλέσει τα τελευταία χρόνια μεγάλη αίσθηση και πολλές ελπίδες στην διεθνή ιατρική κοινότητα.

Σε in vivo εικόνες παρατηρήθηκαν, με ειδικό συνεστιακό μικροσκόπιο, νεοπλασματικές αλλοιώσεις παρόμοιες με αυτές που βλέπουμε σε ιστολογικά παρασκευάσματα με τη χρήση απλού μικροσκόπιου. Σε αρκετές περιπτώσεις η διαγνωστική ακρίβεια της μεθόδου πλησίαζε το 99%. Πολλά αναμένονται από την εφαρμογή στην καθ' ημέρα πράξη. Εναλλακτική μέθοδος των ως άνω αποτελεί η **ενδομικροσκόπηση** <sup>9</sup>.

### **Νέα διαγνωστική μέθοδος – γάπι κάμερα**

Πρόκειται για μια κάψουλα η οποία διαθέτει δύο ισχυρές κάμερες, με τις οποίες «φωτογραφίζει» καρέ καρέ το παχύ έντερο με ταχύτητα τεσσάρων εικόνων το δευτερόλεπτο, αναζητώντας πιθανές βλάβες. Υποκαθιστά σε πολλές περιπτώσεις την κολonosκόπηση, μια καθόλου δημοφιλή διαγνωστική διαδικασία, παρεμβατική και επώδυνη.

**Ενδείξεις:** Η χορήγηση της ενδοσκοπικής κάψουλας ενδείκνυται σε ασθενείς που έχουν ήδη υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου και πρέπει να κάνουν επαναληπτικές εξετάσεις ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Επίσης, ενδείκνυται σε πάσχοντες από καρδιαγγειακά ή αναπνευστικά προβλήματα, σε όσους έχουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του παχέος εντέρου και οφείλουν να εξετάζονται συχνότερα από το γενικό πληθυσμό, καθώς και σε άτομα που δεν ολοκληρώνουν τη συμβατική εξέταση λόγω πόνου ή άλλων αιτιών.

**Αντενδείξεις:** Άτομα τα οποία εμφανίζουν δυσκαταποσία και δυσφαγία, άτομα που έχουν υποβληθεί σε επανειλημμένες χειρουργικές επεμβάσεις στον πεπτικό σωλήνα, έγκυες γυναίκες ή όσοι πάσχουν από βαριά καρδιακή ανεπάρκεια και άλλη απειλητική για τη ζωή διαταραχή. Παράλληλα η εξέταση δεν μπορεί να διενεργηθεί σε ασθενείς που δεν ολοκληρώνουν για διαφορετικούς λόγους την προετοιμασία που απαιτείται για την υποβολή σε αυτήν.

**Πλεονεκτήματα:** η νέα ενδοσκοπική μέθοδος φωτογραφίζει λεπτομερώς το εσωτερικό του παχέος εντέρου, δεν είναι απαραίτητη η εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο, δεν απαιτείται καταστολή του ασθενούς, επίσης ο ασθενής δεν υποβάλλεται σε ακτινοβολία, όπως με τις κλασικές ακτινογραφίες ή την αξονική τομογραφία.

**Μειονεκτήματα:** Το βασικότερο μειονέκτημα είναι ότι κατά τη διάρκεια της εξέτασης με την κάψουλα δεν υπάρχει δυνατότητα λήψης δείγματος ιστού για βιοψία <sup>60,72,73</sup>.

## Η διαδικασία

Η κάψουλα που έχει σχεδιαστεί για το παχύ έντερο διαφέρει από αυτή του λεπτού εντέρου σε τρία σημεία: Πρώτον, φέρει δύο κάμερες μία σε κάθε άκρο αντί μιας, και κατ' αυτόν τον τρόπο έχει τη δυνατότητα να μελετά καλύτερα τον αυλό του εντέρου. Δεύτερον, έχει μήκος 31 χιλιοστών (6 χιλιοστά μεγαλύτερο από την κάψουλα το λεπτού εντέρου Pillcam SB) το οποίο επιτρέπει την καλύτερη προώθηση στο παχύ έντερο. Τρίτον, η μπαταρία της λειτουργεί περισσότερες ώρες (11 αντί 8 ώρες), λαμβάνοντας ταυτόχρονα 4 αντί για 2 εικόνες ανά δευτερόλεπτο <sup>9</sup>.

Ποια είναι, όμως, η διαδικασία στην οποία καλείται να υποβληθεί ο ασθενής; Η αλήθεια είναι ότι, όπως παραδέχονται οι ειδικοί, μειονεκτεί σε σύγκριση με τη συμβατική κολονοσκόπηση σε ό,τι αφορά την προετοιμασία η οποία είναι πιο περίπλοκη (αφού σε ό,τι αφορά αυτό καθαυτό το κομμάτι της εξέτασης, αντιλαμβάνεται κάποιος εύκολα ότι το να καταπιεί απλώς ένα χάπι... υψηλής τεχνολογίας δεν συγκρίνεται σε καμία περίπτωση με το να υποχρεωθεί να υποβληθεί σε μια παρεμβατική εξέταση). Και αυτό διότι απαιτείται η λήψη μεγαλύτερων ποσοτήτων καθαρτικών, αλλά και γαστροκινητικών φαρμάκων (δομπεριδόνη) σε σύγκριση με τη συμβατική κολονοσκόπηση πριν από την εξέταση. Παράλληλα πριν από την λήψη της Pillcam Colon ο ασθενής πρέπει να υποβληθεί σε μια «εικονική» εξέταση με χρήση μιας άλλης κάψουλας που αποκαλείται κάψουλα βατότητας. Η κάψουλα αυτή ακολουθεί, χωρίς να «φωτογραφίζει» όμως, ολόκληρο το ταξίδι που πρόκειται να κάνει και η κάψουλα-βίντεο ώστε να αποδειχθεί ότι ο δρόμος είναι... καθαρός για να ολοκληρωθεί η διαδρομή εντός του εντέρου - δεν υπάρχουν δηλαδή εμπόδια σημαντικά όπως οι στενώσεις.

Αφού η κάψουλα βατότητας ολοκληρώσει με επιτυχία το έργο της, ξεκινά η 24ωρη προετοιμασία με τη λήψη των καθαρτικών και φαρμάκων για τη λήψη της κάψουλας που θα καταγράψει την κατάσταση του παχέος εντέρου. Την επομένη ημέρα φθάνει η ώρα της κατάποσης της κάψουλας. Το υλικό που καταγράφουν οι ενσωματωμένες κάμερες της Pillcam Colon μεταδίδεται μέσω ενός δικτύου αυτοκόλλητων αισθητήρων που έχουν τοποθετηθεί στα κατάλληλα σημεία της κοιλιακής χώρας του ασθενούς σε έναν ειδικό καταγραφέα (Data Recorder) που φορά στη ζώνη του. Η όλη διαδικασία διαρκεί περίπου 11 ώρες κατά τις οποίες ο ασθενής μπορεί να επιστρέψει σπίτι του. Στη συνέχεια ο εξεταζόμενος επανέρχεται στο ιατρείο, προκειμένου ο γιατρός να λάβει το υλικό που έχει συλλέξει η ειδική συσκευή. Το υλικό αυτό περνά από τον καταγραφέα σε έναν ειδικό επεξεργαστή και ο γιατρός βλέπει στην οθόνη τη διαδρομή της κάψουλας μέσα από έγχρωμες φωτογραφίες. Η

κάψουλα - η οποία είναι βέβαια μιας χρήσεως - αποβάλλεται από τον οργανισμό του ασθενούς με τα κόπρανα μέσα σε 24-48 ώρες.

Σε περίπτωση μάλιστα που οι γιατροί επιθυμούν να παρακολουθήσουν το ταξίδι της κάψουλας εντός του πεπτικού σωλήνα σε πραγματικό χρόνο, έχουν πλέον τη δυνατότητα να το κάνουν. Ένα ειδικό μηχάνημα που ονομάζεται Real Time Viewer δείχνει την ακριβή πορεία της κάψουλας και των «σταθμών» της τη στιγμή ακριβώς που αυτή λαμβάνει χώρα, γεγονός που απαιτεί βέβαια την παραμονή του ασθενούς στο ιατρείο για τη διεξαγωγή της διαδικασίας<sup>72</sup>.

### **Βιολογικοί δείκτες**

Αυξημένο ενδιαφέρον υπάρχει στις μέρες μας αναφορικά με τους βιολογικούς δείκτες που να αφορούν τον καρκίνο του παχέος εντέρου και να σχετίζονται με την πρόωμη διάγνωση αυτού, την εκτίμηση της πιθανότητας ανάπτυξής του, καθώς και την πρόγνωσή του. Δύναται να διακριθούν σε βιολογικούς δείκτες που αφορούν στον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου και σε αυτούς που αφορούν την πρόωμη ανίχνευσή του.

Οι βιολογικοί δείκτες πρόωμης ανίχνευσης καρκίνου του παχέος εντέρου υποδηλώνουν την ύπαρξη της νόσου ή ότι η νόσος θα επισυμβεί με βεβαιότητα της τάξης του 100% εντός συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος. Δεδομένης της ορθότητας της ακολουθίας “από το αδένωμα στο καρκίνωμα”, η οποία κατά γενική αποδοχή ισχύει για την πλειοψηφία των αδενοκαρκινωμάτων του παχέος εντέρου, η τεχνολογία σήμερα μας παρέχει τη δυνατότητα να ανιχνεύσουμε διάφορες αλλαγές στο γονιδιακό υλικό, που σχετίζονται άμεσα με τη νόσο. Γνωρίζουμε με ακρίβεια μεταλλάξεις και απώλεια της ετεροζυγωτίας, που σχετίζονται με ογκογονίδια, όπως το K-ras, και διάφορα ογκοκατασταλτικά γονίδια, όπως τα p53, MCC, APC ΚΑΙ DCC. Πέρα από τους πύο πάνω βιολογικούς δείκτες που ανιχνεύονται στον ιστό, υπάρχει και μια σειρά δεικτών που δεινάνται να ανιχνευτούν στον ορό και φαντάζουν περισσότερο εύχρηστοι, εφόσον χρησιμοποιηθούν κάποτε στην καθ' ημέρα κλινική πράξη<sup>43</sup>.

A decorative border resembling a scroll, with a vertical strip on the left and a horizontal strip at the top, both ending in rounded, scroll-like shapes.

## ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>***

***Πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου***



## Πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου

Πολλοί ασθενείς προσέρχονται για πρώτη φορά στο γιατρό μετά την εκδήλωση των συμπτωμάτων του καρκίνου του παχέος εντέρου. Για τη βελτίωση της επιβίωσης, η διάγνωση θα πρέπει ιδανικά να γίνει πρώιμα στο ασυμπτωματικό στάδιο. Σήμερα δίνεται μεγάλη έμφαση στα προληπτικά μέτρα <sup>75</sup>.

Όταν μιλάμε για πρόληψη καρκίνου, η έννοια αυτή έχει δύο διαστάσεις:

**α.** Την πρωτογενή πρόληψη, που είναι η επισήμανση και αποφυγή των περιβαλλοντικών βιολογικών παραγόντων που θεωρούνται ότι συμβάλλουν αποφασιστικά στην πρόκληση ενός καρκίνου.

**β.** Την δευτερογενή πρόληψη, που είναι η ανεύρεση και θεραπεία των προκαρκινικών καταστάσεων και η πρώιμη διάγνωση του καρκίνου, σε στάδιο που επιτρέπει τη θεραπεία <sup>4</sup>.

### 6.1 Πρωτογενής πρόληψη

-Γενετικοί παράγοντες: Η πρωτογενής πρόληψη αποσκοπεί στη διακοπή της μακροχρόνιας διαδικασίας με την οποία το φυσιολογικό κεντρικό επιθήλιο μεταπίπτει σε καρκινικό επιθήλιο. Σήμερα πιστεύεται ότι σχεδόν όλοι οι καρκίνοι του παχέος εντέρου προέρχονται από αδενώματα που μεταπίπτουν σε καρκίνο. Στην καρκινογένεση εμπλέκονται ογκογονίδια και ογκοκατασταλτικά γονίδια. Είναι σαφές ότι γονιδιακές μεταλλάξεις παίζουν ρόλο στον καρκίνο του παχέος εντέρου. Σήμερα είναι δυνατή η ανίχνευση των μεταλλάξεων των γονιδίων αυτών σε εξειδικευμένα εργαστήρια.

- Περιβαλλοντικοί και διαιτητικοί παράγοντες: Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν και αυτοί ιδιαίτερη σημασία για την εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Παράγοντες με σαφή προστατευτική δράση είναι:

**α.** Οι φυτικές ίνες, που εξασκούν έμμεση προστατευτική δράση λόγω αύξησης του όγκου των κοπράνων και επιτάχυνσης της διάβασης αυτών (μικρότερη επαφή των τοξικών ουσιών με το εντερικό επιθήλιο), δέσμευσης των χολικών οξέων, απελευθέρωσης βουτυρικού οξέος και μείωσης του PH των κοπράνων.

**β.** Τα φρούτα και λαχανικά που περιέχουν σελήνιο, βιταμίνη Α, βιταμίνη C, βιταμίνη Ε και φυλλικό οξύ, ουσίες που έχουν συσχετιστεί με προστατευτική δράση <sup>4</sup>.

**γ.** Το ελαιόλαδο αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της παραδοσιακής Μεσογειακής δίαιτας η οποία συνοδεύεται από χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου. Οι αντικαρκινικές ιδιότητες του ελαιόλαδου αποδίδονται στην υψηλή περιεκτικότητα του σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, φαινόλες και τοκοφερόλες <sup>76</sup>.

**δ.** Το ασβέστιο, ιδιαίτερα όταν λαμβάνεται σε αυξημένες ποσότητες, λόγω ελάττωσης του κυτταρικού πολλαπλασιασμού του εντερικού επιθήλιου, δέσμευσης των χολικών οξέων και λιπαρών οξέων και μετατροπής τους σε αδιάλυτα άλατα, αύξηση της αποβολής δια των κοπράνων χολικών και φωσφορικών αλάτων, καταστολή της δραστηριότητας της δεκαρβοξυλάσης της ορνιθίνης και ελάττωση της αναλογίας των τοξικών διυδροξυ-λιπαρών οξέων σε σχέση με τα τριυδροξυ-λιπαρά οξέα στο δωδεκαδακτυλικό υγρό <sup>4</sup>.

**ε.** Η παχυσαρκία ευνοεί την εμφάνιση καρκίνου του παχέος εντέρου. Επομένως ένα απλό προληπτικό μέτρο είναι η προσπάθεια μείωσης του σωματικού βάρους <sup>76</sup>.

**στ.** Επίσης, προστατευτικός παράγοντας θεωρείται και η σωματική άσκηση. Κάνοντας την άσκηση μέρος της ζωής μας (30') την ημέρα, μειώνουμε τον κίνδυνο, κυρίως λόγω της αύξησης του εντερικού περισταλισμού και ελάττωσης της χολιστερόλης του ορού.

**ζ.** Η κατανάλωση καφέ θεωρείται ότι ούτε προστατεύει ούτε προδιαθέτει σε εμφάνιση καρκίνου του παχέος εντέρου.

**η.** Δεν υπάρχουν στοιχεία που να συνδέουν την εμφάνιση καρκίνου του παχέος εντέρου με την κατανάλωση οινοπνεύματος.

**θ.** Οι καπνιστές φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου. Ο κίνδυνος αυτός εξαρτάται από τη διάρκεια και την ποσότητα του καπνίσματος ενώ φαίνεται να ελαττώνεται με την διακοπή του καπνίσματος. Την ίδια επιβάρυνση φαίνεται να έχει και το κάπνισμα καπνού με τη μορφή πούρου ή με πίπα. Ο κίνδυνος είναι διπλάσιος έως τετραπλάσιος σε σχέση με τους μη καπνιστές.

Οι βαρείς καπνιστές έχουν 2-3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν πολύποδες παχέος εντέρου σε σχέση με τους μη καπνιστές. Οι καπνιστές παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης μεγάλων πολυπόδων με δυνητική κακοήθεια.

Δεδομένων δε και των άλλων βλαβερών συνεπειών του καπνίσματος, η διακοπή του θεωρείται ούτως ή άλλως ωφέλιμη.

ι. Μέχρι στιγμής δεν έχει διαπιστωθεί συσχέτιση κάποιας επαγγελματικής ομάδος με ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου <sup>88</sup>.

### **6.1.1 Ασπιρίνη και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα**

Τα τελευταία χρόνια έχει εισαχθεί ο όρος χημειοπροφύλαξη για την πρωτογενή πρόληψη του καρκίνου που αναφέρεται στην χρήση φυσικών ή συνθετικών παραγόντων για την αναστροφή, καταστολή ή παρεμπόδιση εμφάνισης ή υποτροπής του καρκίνου. Έχουν χρησιμοποιηθεί το ασβέστιο και οι αντιοξειδωτικές βιταμίνες Α, C και Ε, χωρίς να έχει αποδειχθεί η αποτελεσματικότητα και τα νεότερα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) έχουν δώσει τα καλύτερα αποτελέσματα στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου και φαίνεται ότι τα άτομα που λαμβάνουν χρονίως ασπιρίνη ή μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) εμφανίζουν μικρότερο σχετικό κίνδυνο για την ανάπτυξη της νόσου αλλά το θέμα αυτό βρίσκεται ακόμα υπό εντατική μελέτη. Η αρχική παρατήρηση για τη δυνητική ωφέλεια των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (ΜΣΑΦ) σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου έγινε κατά την τυχαία χρήση σουλινδάκης σε ασθενείς με οικογενή πολυποδίαση του κόλου, όπου παρατηρήθηκε υποστροφή πολυπόδων.

Ο μηχανισμός προστατευτικής δράσης των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (ΜΣΑΦ) στον καρκίνο του παχέος εντέρου είναι άγνωστος. Η αναστολή των προσταγλανδινών και οξειδωτικοί παράγοντες (π.χ. Ένας μεταβολίτης της σουλινδάκης) έχουν προταθεί ως πιθανοί μηχανισμοί. Υπάρχει αυξανόμενη μαρτυρία ότι τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) επάγουν τον προγραμματισμένο κυτταρικό θάνατο (απόπτωση) σε κάποια αρχικά αδενωματώδη κύτταρα, αλλά όχι και στα καρκινικά κύτταρα <sup>4</sup>.

### **6.1.2 Πως γίνεται ο προληπτικός έλεγχος του ασυμπτωματικού πληθυσμού για την ανεύρεση πολυπόδων ή καρκίνου του παχέος εντέρου σε πρώιμο στάδιο.**

Για την πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου συνιστώνται:

- Η κολοноσκόπηση είναι η πιο ακριβής μέθοδος απο τον βαριούχο υποκλυσμό με εμφυσηση αερα στον εντοπισμό μικρών (< 1cm) πολυπόδων.

- Η σωστή ανίχνευση αίματος στα κόπρανα απαιτεί δείγμα απο τρείς συνεχόμενες κενώσεις και αποφυγή πρόσφατης πρόσληψης κόκκινου κρέατος ορισμένων λαχανικών και φρούτων (που περιέχουν υπεροξειδάση) (μπρόκολο, ραδίκια, κουνουπίδι, γογγύλι) ή φαρμάκων (σίδηρος, βιταμίνη C, ασπιρίνη, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη).

- Νεοπλασματικοί δείκτες (καρκινοεμβρυικο αντιγόνο) έχουν χαμηλή ευαισθησία και ειδικότητα και χρησιμοποιούνται κυρίως στην παρακολούθηση τυχόν υποτροπών του καρκίνου του παχέος εντέρου.

- Γενετικός έλεγχος περιορίζεται μόνο στην ανίχνευση κληρονομικών συνδρόμων πολυποδιάσης και κληρονομικού καρκίνου παχέος εντέρου σε ασθενείς και συγγενείς που πληρούν τις αντίστοιχες κλινικές προϋποθέσεις.

Ασθενείς μέσου κινδύνου για καρκίνο παχέος εντέρου (> 50 ετών, χωρίς ατομικό ή κληρονομικό ιστορικό αδενώματος ή καρκίνο του παχέος εντέρου) συνίσταται να ανιχνεύονται σε δοκιμασία ανίχνευσης αίματος στα κόπρανα και ορθοσιγμοειδοσκόπηση ή βαριούχο υποκλυσμό κάθε 5 έτη αν και τελευταίες μελέτες δείχνουν οτι η κολοноσκόπηση κάθε 10 έτη είναι αποτελεσματικότερη και ως προς το σκοπό και ως προς το κόστος <sup>77</sup>.

### **6.1.3 Γενικές συστάσεις πρωτογενούς πρόληψη**

Ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα πρωτογενούς πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου πρέπει να περιλαμβάνει τι παρακάτω συστάσεις:

1. Μείωση της κατανάλωσης του ζωικού λίπους (κάτω του 20 % της συνολικής διατροφής).
2. Πρόληψη αυξημένης ποσότητας φρούτων, λαχανικών, ψωμιού ολικής άλεσης. Οσπρίων, ελαιολάδου και ασβεστίου.
3. Προτίμηση ψαριών και πουλερικών αντί χοιρινού και βοδινού κρέατος.
4. Αποφυγή κατεργασμένων κρεάτων (καπνιστό, ζαμπόν, μπέικον, βρασμένο συκώτι, λουκάνικα).

5. Αποφυγή υπερβολικής πρόσληψης θερμίδων .

6. Αποφυγή καθιστικής ζωής, καπνίσματος και κατάχρησης αλκοόλ <sup>79</sup>.

## 6.2. Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη (θεραπεία προκαρκινικών καταστάσεων και πρόωμη διάγνωση του καρκίνου) περιλαμβάνει δύο ομάδες ελέγχου:

α. Τα άτομα που βρίσκονται σε σχετικό κίνδυνο, που είναι όλοι οι ενήλικες άνω των 50 ετών χωρίς οικογενειακό ιστορικό νεοπλασμάτων παχέος εντέρου (αδενωμάτων ή καρκίνου) και ιδιοπαθούς φλεγμονώδους πάθησης των εντέρων (ΙΦΠΕ). Στα άτομα αυτά παρουσιάζεται ο λεγόμενος σποραδικός καρκίνος του παχέος εντέρου (75% του συνόλου).

β. Τα άτομα που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο και είναι αυτά με ιστορικό πολυπόδων, οικογένειες με κληρονομικά σύνδρομα πολυπόδων και κληρονομικό καρκίνο παχέος εντέρου (σύνδρομο Lynch), χειρουργημένοι λόγω καρκίνου παχέος εντέρου, συγγενείς ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου , καθώς και οι ασθενείς με ΙΦΠΕ <sup>4,80</sup>.

Δευτερογενής πρόληψη σε ασυμπτωματικό πληθυσμό για κάποιο νόσημα εφαρμόζεται όταν:

α. Η ελεγχόμενη νόσος αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας.

β. Υπάρχει αποτελεσματική αντιμετώπιση μετά απο έγκαιρη διάγνωση.

γ. Είναι διαθέσιμη προσιτή διαγνωστική διαδικασία.

δ. Το αποτέλεσμα δικαιολογεί το κόστος του ελέγχου.

Οι παραπάνω προϋποθέσεις πληρούνται, λίγο ή πολύ, για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Η δευτερογενής πρόληψη στον καρκίνο του παχέος εντέρου αποσκοπεί στην ανίχνευση της νόσου σε αρχικά στάδια όταν είναι δυνατόν να θεραπευτεί χειρουργικά, και στην ενδοσκόπηση αφαίρεση επιθηλιακών πολυπόδων (αδενωμάτων), που είναι αποδεκτό σήμερα ότι αποτελούν προκαρκινικές καταστάσεις <sup>4</sup>.

### **6.2.1 Τι πρέπει να κάνουν όσοι παρουσιάσουν καρκίνο ή πολύποδες παχέος εντέρου**

- 1.** Μικροί υπερπλαστικοί πολύποδες: επανέλεγχος με κολonosκόπηση σε 10 χρόνια.
- 2.** 1 - 2 μικροί (<10 χιλ.) πολύποδες: επανέλεγχος με κολonosκόπηση σε 5 -10 χρόνια.
- 3.** 2 πολύποδες ή μεγάλος πολύποδας (>1 εκ.): επανάληψη κολonosκόπησης στα 3 χρόνια.
- 4.** Άμισχος πολύποδας, αφαίρεση σε τμήματα: επανέλεγχος σε 2 - 6 μήνες.
- 5.** Αφαίρεση καρκίνου ή πολύποδα με υψηλόβαθμη δυσπλασία: επανέλεγχος σε 1 χρόνο <sup>41</sup>.



***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>***

***Θεραπεία***

## 7.1 Θεραπευτικές ανά στάδιο επιλογές

Παρά το γεγονός ότι τα διεθνώς εφαρμοζόμενα σχετικά πρωτόκολλα δεν συμφωνούν μεταξύ τους, υπάρχει ομοφωνία ως προς το ότι στο πρώτο στάδιο του καρκίνου του παχέος εντέρου η χειρουργική θεραπεία ως μονοθεραπεία, είναι απολύτως επαρκής. Από το δεύτερο στάδιο και μετά συζητιέται η συμπληρωματική θεραπεία.

Στο στάδιο II, γενικώς, η χημειοθεραπεία συζητείται σπανιότερα. Συνιστάται η ακτινοθεραπεία, ιδίως όταν πρόκειται για νεοπλάσματα του ορθού, όπου απαιτείται, για την εκτομή, να γίνει διάνοιξη του εδάφους της ελάσσονος πυέλου.

Στο στάδιο III, γενικώς, συνιστάται να γίνεται συνδυασμένη μετεγχειρητική ακτινο- και χημειο- θεραπεία, σε διάφορα σχήματα, αναλόγως με το κέντρο που θεραπεύει τον ασθενή.

Η επιλογή του εκάστοτε χημειοθεραπευτικού και ακτινοθεραπευτικού σχήματος που πρέπει να εφαρμοστεί για κάθε ασθενή είναι απολύτως θέμα των αντίστοιχων ειδικών. Ωστόσο λαμβάνεται πάντα υπόψη η ηλικία και η γενική κατάσταση του ασθενούς, καθώς και η συνύπαρξη άλλων προβλημάτων υγείας<sup>59</sup>.

## 7.2 Χειρουργική θεραπεία

Η εκτομή του όγκου αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στην αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Στόχος της χειρουργικής θεραπείας είναι η αφαίρεση ολόκληρου του μακροσκοπικά εντοπιζόμενου όγκου κατά τρόπο ώστε να εξασφαλίζονται ασφαλή χειρουργικά όρια υγιών, μη- προσβεβλημένων ιστών. Η χειρουργική εκτομή του όγκου περιλαμβάνει και την εκτομή των επιχώριων αγγειακών και λεμφικών σχηματισμών για την πρόληψη της διασποράς κακοήθων κυττάρων στους γύρω ιστούς. Οι κυριότερες επεμβάσεις που έχουν καθιερωθεί είναι:

**A.** Η ημικολεκτομή δεξιά ή αριστερά

**B.** Η σιγμοειδεκτομή

**Γ.** Η χαμηλή εκτομή του ορθού στην οποία αφαιρείται το σιγμοειδές και το ορθό, μέχρι λίγο πάνω από τον πρωκτικό δακτύλιο για καρκίνο του ορθού. Η αναστόμωση του παχέος εντέρου με το μικρό κολόβωμα του ορθού γίνεται με τον αυτόματο κυκλικό αναστομωτήρα.

**Δ.** Κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του ορθού και μόνιμη κολοστομία.



Ε. Τοπική εκτομή του κακοήθους όγκου του ορθού και ενδοορθική αντινοθεραπεία <sup>45</sup>.

### **7.2.1 Γενικές αρχές των χειρουργικών επεμβάσεων**

- Στον καρκίνο του παχέος εντέρου πρέπει να αφαιρείται όλο το τμήμα του εντέρου και όλο το αντίστοιχο τμήμα του μεσόκολου, διότι εκεί περιέχονται οι λεμφαδένες με τις μεταστάσεις.
- Οι λεμφαδένες που περιέχονται στο μεσόκολο να είναι τουλάχιστον 12.
- Να μην υπάρχει υπολειματική νόσος (υπολείματα όγκου) στον ασθενή.

Με αυτά τα κριτήρια μπορούμε να εκτιμήσουμε την επάρκεια της επέμβασης. Η οθή ογκολογικά επέμβαση είναι που θα εξασφαλίσει τη μέγιστη δυνατή επιβίωση στον ασθενή. Οι υπόλοιπες θεραπείες αν και είναι σημαντικές δεν μπορούν να διορθώσουν μια ανεπαρκή ογκολογικά εγχείρηση αλλά ούτε να επιτύχουν τα ωφέλη της σωστής ογκολογικά επέμβασης <sup>80,81</sup>.

### **7.3 Νεότερες εξελίξεις στην αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου**

Στην χειρουργική του παχέος εντέρου σήμερα υπάρχουν σημαντικές εξελίξεις με τη βοήθεια της ιατρικής τεχνολογίας, που σκοπό έχουν την βελτιστοποίηση των μεθόδων χειρουργικής και το καλύτερο αποτέλεσμα στην ίαση και την ταλαιπωρία του ασθενούς. Οι κυριότερες είναι:

#### **A. Τα συρραπτικά εργαλεία**

Αυτά αποτελούν τα πλέον σύγχρονα αυτόματα μηχανήματα, με τα οποία ο χειρουργός επιτελεί με ταχύτητα και ασφάλεια διατομή-εκτομής και αναστόμωση του εντέρου, με παράλληλη ιδανική ασηψία και ανατομική αρτιότητα <sup>80</sup>.

#### **B. Προηγμένη λαπαροσκοπική χειρουργική**

Η λαπαροσκόπηση σήμερα προσφέρει στην χειρουργική του παχέος εντέρου, το σημαντικό υποβοήθημα της μεγάλης μείωσης του εύρους της χειρουργικής τομής, με αποτέλεσμα την μείωση του μετεγχειρητικού άλγους και του μετεγχειρητικού χρόνου ανάρρωσης. Επίσης προσφέρει μία αρτιότερη και πλέον αναίμακτη επέμβαση σε δύσκολα προσβάσιμες περιοχές της κοιλιάς όπως η «σπληνική καμπή» και η ελάσσον πύελος, με αποτέλεσμα την μείωση της σημαντικής νοσηρότητας αυτών των επεμβάσεων <sup>81</sup>.

Επίσης, η μεγέθυνση που μας προσφέρει η λαπαροσκόπηση επιτρέπει την ευχερή αναγνώριση και διαφύλαξη των υπογάστριων νεύρων. Η διατήρηση των υπογαστρίων νεύρων από λειτουργικής απόψεως είναι πολύ σημαντική, καθώς παίζουν ρόλο στην εγκράτεια των ούρων και τη στυτική λειτουργία (σε άρρενες ασθενείς), και έτσι αποφεύγεται με την ελάχιστη επεμβατική χειρουργική η πρόκληση σημαντικής αναπηρίας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε επέμβαση για καρκίνο του παχέος εντέρου.

Η προσφορά της στην αντιμετώπιση του καρκίνου του ορθού, που αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκίνου του παχέος εντέρου, προσφέρει τεράστιο όφελος στον ασθενή. Με τη βοήθεια της λαπαροσκοπικής χειρουργικής, τις περισσότερες φορές γίνεται αφαίρεση του όγκου χωρίς την ανάγκη για μόνιμη τελική κολοστομία, εξαλείφοντας έτσι μια αναπηρία από την οποία υπέφεραν πολλοί ασθενείς στο παρελθόν.

### **Πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής κολεκτομής:**

- 1) Ελάχιστο τραύμα.
- 2) Περιορισμένη καταστροφή των ιστών από τη στιγμή που υπάρχει μικρό χειρουργικό τραύμα.
- 3) Μεγέθυνση του χειρουργικού πεδίου και προβολή αυτού σε οθόνη έτσι ώστε ο χειρουργός να εργάζεται με "ακρίβεια μικροσκοπίου".
- 4) Ελάχιστη απώλεια αίματος με αποτέλεσμα μικρότερο ποσοστό μεταγγίσεων.
- 5) Μικρότερο ποσοστό ενδοκοιλιακών συμφύσεων.
- 6) Αποφεύγονται οι μετεγχειρητικές κοίλες (λόγω του μικρού χειρουργικού τραύματος).
- 7) Μικρότερος μετεγχειρητικός πόνος.
- 8) Έλλειψη μετεγχειρητικών επιπλοκών όπως η διαπύση ή η διάσπαση του χειρουργικού τραύματος.
- 9) Λιγότερες καρδιοαναπνευστικές επιπλοκές έτσι ώστε να επιτρέπει και σε ασθενείς με επιβαρυσμένη κατάσταση υγείας να μπορούν να χειρουργηθούν.
- 10) Ταχύτερη κινητοποίηση, ανάρρωση του ασθενούς.
- 11) Μικρότερο κόστος νοσηλείας.
- 12) Καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα.
- 13) Έλλειψη επαφής με το αίμα του ασθενούς προφυλάσσοντας την χειρουργική ομάδα από τον κίνδυνο ιογενών λοιμώξεων<sup>83</sup>.

### Γ. Ρομποτική χειρουργική

Η πρώτη γενιά χειρουργικών ρομπότ χρησιμοποιείται ήδη σε αρκετά χειρουργεία ανά τον κόσμο. Δεν πρόκειται φυσικά για αυτόνομα ρομπότ που μπορούν να χειρουργούν μόνα τους, αλλά για μηχανικά βοηθήματα των χειρουργών. Ο έλεγχος αυτών των χειρουργικών ρομπότ γίνεται με τηλεχειρισμό και ενεργοποίηση μέσω φωνής. Η ρομποτική χρησιμοποιείται πλέον στην ιατρική διότι παρέχει τη δυνατότητα άνευ προηγουμένου ελέγχου και ακρίβειας των χειρουργικών εργαλείων σε ελάχιστα παρεμβατικές διαδικασίες.

Στη ρομποτική χειρουργική, ο χειρουργός βρίσκεται μπροστά σε μια χειρουργική κονσόλα - H/Y, όπου βλέπει σε μια οθόνη το χειρουργικό πεδίο, και πραγματοποιεί την επέμβαση κινώντας ειδικούς μοχλούς, που μοιάζουν με joysticks. Ο ηλεκτρονικός υπολογιστής μπαίνει ανάμεσα στον ασθενή και το χειρουργό προσφέροντας ανεκτίμητες πληροφορίες στο γιατρό και διευκολύνοντας κατά πολύ το έργο του. Το ρομποτικό σύστημα, μέσω ψηφιακής ανάλυσης, προσφέρει ακριβέστατη τρισδιάστατη και μεγεθυμένη εικόνα στο χειρουργό, δίνει λεπτομερή αίσθηση των ιστών και μουσιαστικά καθίσταται αρωγός του γιατρού για το μέγιστο όφελος του ασθενή. Οι εντολές που δίνει ο χειρουργός μέσω των μοχλών μεταφέρονται ψηφιακά, ταυτόχρονα και με θαυμαστή ακρίβεια, στους αρθρωτούς χειρουργικούς βραχίονες ενός ρομπότ, οι οποίοι εκτελούν τις κινήσεις στο χειρουργικό πεδίο. Οι κινήσεις των βραχιόνων του ρομπότ ελέγχονται 100% από τον χειρουργό, ο οποίος πρέπει να ειδικά εκπαιδευμένος στη χρήση του ρομποτικού συστήματος, όπου βλέπει σε μια οθόνη το χειρουργικό πεδίο, και πραγματοποιεί την επέμβαση κινώντας ειδικούς μοχλούς, που μοιάζουν με joysticks. Ο ηλεκτρονικός υπολογιστής μπαίνει ανάμεσα στον ασθενή και το χειρουργό προσφέροντας ανεκτίμητες πληροφορίες στο γιατρό και διευκολύνοντας κατά πολύ το έργο του.

Με τη νέα μέθοδο, όλη η επέμβαση διενεργείται διά μέσου μίας μόνο οπής, αυτής του ομφαλού, μέσω του ρομποτικού μηχανήματος. Ο χειρουργός τοποθετεί έναν ειδικό καθετήρα στον ομφαλό του ασθενή και από εκεί εισάγει ταυτόχρονα όλα τα αναγκαία εργαλεία και κάμερες. Με τον τρόπο αυτόν μειώνεται η καταπόνηση του χειρουργού και του εξασφαλίζει καλύτερο έλεγχο. Με τη νέα μέθοδο ο πόνος είναι πιο ήπιος. Έτσι ο ασθενής πλέον χειρουργείται και επιστρέφει σπίτι χωρίς να αισθάνεται ότι έχει χειρουργηθεί. Εξαιρετική μπορεί να αποτελέσουν άτομα που έχουν υποβληθεί σε πολλές, μείζονες επεμβάσεις στην κοιλιακή χώρα ή που είναι παθολογικά παχύσαρκοι, δεδομένου ότι και οι δύο αυτές καταστάσεις περιορίζουν την ορατότητα και την κίνηση μέσα στην κοιλιά .

## Οφέλη για τον ασθενή

- Λιγότεροι κίνδυνοι κατά την επέμβαση (τραυματισμοί οργάνων, λοιμώξεις κ.λπ.).
- Ταχύτερη ανάρρωση.
- Ελάχιστος ή μηδενικός πόνος.
- Άριστο αισθητικό αποτέλεσμα.
- Μικρότερο οικονομικό κόστος. Ελάχιστος ή μηδενικός πόνος.
- Άριστο αισθητικό αποτέλεσμα.
- Μικρότερο οικονομικό κόστος<sup>83,84</sup>.

## **7.4 Νέοι ορίζοντες με την εφαρμογή της HIPEC στην αντιμετώπιση της προχωρημένης νόσου**

Για ασθενείς με προχωρημένη νόσο, η εξειδικευμένη αντιμετώπιση προσφέρει ελπίδες, καθώς όλο και περισσότεροι ασθενείς «τελικού σταδίου» χειρουργούνται και απολαμβάνουν μακροχρόνια επιβίωση. Η επέμβαση αποτελεί μία από τις κλασικότερες επεμβάσεις της μοντέρνας κλασικής χειρουργικής. Ο χρόνος νοσηλείας κυμαίνεται από 4-7 ημέρες, ο δε χρόνος επέμβασης, από 2 έως 4 ώρες ανάλογα με την βαρύτητα της πάθησης.

Απαραίτητο συμπλήρωμα σε αυτές τις περιπτώσεις είναι η χρήση συμπληρωματικής χημειοθεραπείας. Το πρωτοποριακό μας πρωτόκολλο, που συνδυάζει τη συστηματική χημειοθεραπεία και τη λαπαροσκοπική ενδοπεριτοναϊκή υπερθερμική χημειοθεραπεία (HIPEC), επιτυγχάνει έλεγχο της νόσου και ελαχιστοποιεί την υποτροπή της νόσου, προσφέροντας έτσι μακροχρόνια επιβίωση που αγγίζει αυτή των ασθενών που χειρουργούνται σε αρχικό στάδιο της νόσου<sup>84,85</sup>.

## **7.5 Χημειοθεραπεία**

Ο όρος χημειοθεραπεία χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στις αρχές του εικοστού αιώνα για να την χρησιμοποιήσει ουσιών με συγκεκριμένη τοξικότητα εναντίον μικροοργανισμών, όπως είναι τα βακτήρια. Η αντικαρκινική χημειοθεραπεία – η χορήγηση, αντινεοπλασματικών φαρμάκων είτε μεμονωμένα είτε σε συνδιασμούς μεταξύ τους, αφορά τη χρήση φαρμάκων τα οποία παρακαλύουν την κυτταρική διαίρεση μέσω της αναστολής της σύνθεσης νέου γενετικού υλικού, ή με την πρόκληση ανεπανόρθωτων βλαβών στο DNA.

Η χημειοθεραπεία στον καρκίνο χρησιμοποιείται με την προοπτική ίασης της νόσου, εφόσον καταστρέφονται όλα τα καρκινικά κύτταρα οπότε το προσδόκιμο επιβίωσης του ατόμου είναι ίδιο με εκείνου που δεν πάσχει από καρκίνο, είτε για τον έλεγχο της νόσου διαμέσου της επιβράδυνσης ή της διακοπής της εξέλιξης του κακοήθους όγκου με αποτέλεσμα την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Επίσης μπορεί να είναι ανακουφιστική για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων της νόσου, όπως ο πόνος και η δύσπνοια, οπότε τα αναμενόμενα αποτελέσματα δεν είναι η ίαση ή ο έλεγχος της νόσου.

Η οριστική χημειοθεραπεία είναι εκείνη που χορηγείται ως πρώτη γραμμής θεραπεία της νόσου. Ο όρος χημειοθεραπεία διασώσεως χρησιμοποιείται μερικές φορές για να περιγράψει τη χημειοθεραπεία που χορηγείται σε ασθενείς στους οποίους εμφανίζεται κάποια υποτροπή της νόσου μετά την αρχική επιτυχημένη αντιμετώπισή τους με άλλη μορφή θεραπείας (όπως η χειρουργική ή ακτινοθεραπεία).

Πειραματική χημειοθεραπεία χορηγείται προκειμένου να ερευνηθεί η χρησιμότητα ενός νέου φαρμάκου του οποίου ο ρόλος δεν έχει ακόμη διευκρινισθεί πλήρως κατά τη χρονική περίοδο χορήγησής του <sup>1</sup>.

### **7.5.1 Προφυλακτική ή συμπληρωματική χημειοθεραπεία**

Ο όρος προφυλακτική ή συμπληρωματική χημειοθεραπεία, αναφέρεται στη χρήση αντινεοπλασματικών φαρμάκων μετά την αφαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου (της κύριας εντόπισης της νόσου), για την καταστροφή όσο το δυνατόν περισσότερων καρκινικών κυττάρων ή μικρομεταστάσεων <sup>1</sup>.

### **7.5.2 Προεγχειρητική χημειοθεραπεία**

Η προεγχειρητική χημειοθεραπεία αναφέρεται στη χρησιμοποίηση της χημειοθεραπείας ή ακτινοθεραπείας πριν την χειρουργική επέμβαση, έτσι ώστε να ελαττωθεί το μέγεθος της κύριας εντόπισης της νόσου και να μεγιστοποιηθεί η αποτελεσματικότητα περαιτέρω θεραπευτικής αγωγής.

Μετά τη χορήγηση της θεραπείας η επιβίωση τείνει να είναι μεγαλύτερη από ότι θα ήταν αν δεν είχε δοθεί θεραπεία. Η υποχώρηση του όγκου συχνά εμφανίζεται έγκαιρα και μπορεί

να εκτιμηθεί με το μέγεθος του όγκου. Όροι κλειδιά που αναφέρονται στην ανταπόκριση του όγκου είναι:

- πλήρης ανταπόκριση- εξάλειψη του συνόλου της γνωστής νόσου
- μερική ανταπόκριση- ελάττωση του συνολικού όγκου σε ποσοστό 50% ή και περισσότερο
- σταθερή κατάσταση- ούτε κατά 50% ελάττωση του όγκου, αλλά ούτε και αύξηση της μάζας του πάνω του 25%
- επιδείνωση της νόσου- αύξηση του μεγέθους του όγκου σε ποσοστό πέραν του 25% <sup>1</sup>.

### **7.5.3 Ανεπιθύμητες ενέργειες χημειοθεραπείας**

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας είναι οι εξής:

#### **1) Καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών.**

Παρατηρείται:

α) Λευκοπενία, β) Θρομβοπενία, γ) Αναιμία.

#### **2) Γαστρεντερικές διαταραχές.** Εκδηλώνονται με:

α) Ναυτία, εμέτους, β) Διάρροια/ σύσπαση κοιλιακών μυών, γ) Στοματίτιδα – Έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας.

#### **3) Ανοσοκατασταλτική επίδραση.**

#### **4) Νευροτοξικότητα.**

#### **5) Ηπατοτοξικότητα.**

#### **6) Οτοτοξικότητα.**

#### **7) Νεφροτοξικότητα.**

#### **8) Διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων.**

#### **9) Αλωπεκία.**

#### **10) Αλλαγές στο δέρμα**

Οι σημαντικότεροι παράγοντες που ευθύνονται για τις ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας είναι το είδος, η δόση και ο αριθμός των φαρμάκων, καθώς και ο εγγενής βαθμός ανοχής των ανεπιθύμητων ενεργειών από τον ασθενή. (86,87)

## 7.5.4 Πρόοδοι στη χημειοθεραπεία του παχέος εντέρου

Με την πρόοδο της τεχνολογίας και τα αλματώδη βήματα στην φαρμακευτική έρευνα, έχουν εφευρεθεί νέοι αντικαρκινικοί παράγοντες ή αλλιώς βιολογικοί, οι οποίοι ανήκουν στην κατηγορία των στοχευόμενων θεραπειών.

Σε αντίθεση με την κλασική χημειοθεραπεία, η δράση των νέων παραγόντων αυτών δεν είναι κυτταροτοξική αλλά επεμβαίνουν σε «μοριακές οδούς» των καρκινικών κυττάρων αναστέλλοντας έτσι τη δράση τους με άμεσο ή έμμεσο αποτέλεσμα το θάνατό τους.

Οι «έξυπνες» αυτές θεραπείες έχουν θεαματικά κλινικά αποτελέσματα αλλά με χαμηλή τοξικότητα, έτσι οι ασθενείς έχουν από τη μία πλευρά αποτελεσματική θεραπεία και από την άλλη πλευρά υψηλά επίπεδα ποιότητας ζωής.

Ένα από τα σημαντικότερα βήματα σε αυτό το τομέα είναι η ανακάλυψη του ρόλου της αγγειογένεσης στον καρκίνο, καθώς και η αντικαρκινική αποτελεσματικότητα των αντιαγγειογενετικών παραγόντων.

Η αγγειογένεση, η δημιουργία δηλαδή αγγειακού δικτύου στον όγκο, είναι υψίστης σημασίας για την αύξηση του όγκου και τη δυνατότητά του για δημιουργία μεταστάσεων. Στην ουσία χωρίς αυτό το αγγειακό δίκτυο, τα καρκινικά κύτταρα δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση σε θρεπτικά συστατικά και σε οξυγόνο, απαραίτητοι παράγοντες για τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων του όγκου. Το καρκινικό αγγειακό δίκτυο διευκολύνει την πρόσβαση σε αυτούς τους παράγοντες. Υπάρχουν όμως κάποιες ιδιαιτερότητες στο δίκτυο αυτό που το ξεχωρίζουν από το φυσιολογικό. Ένα τέτοιο χαρακτηριστικό είναι η άναρχη και ανώριμη δομή του.

Με την ανακάλυψη των αντιαγγειογενετικών φαρμάκων, είναι δυνατό αν ανασταλεί η δημιουργία του καρκινικού αγγειακού δικτύου και να καταρρεύσει το ήδη υπάρχον. Έτσι ο όγκος δεν μπορεί να τραφεί, τα καρκινικά κύτταρα ατροφούν και πεθαίνουν. Ταυτόχρονα με τον σταδιακό θάνατο των καρκινικών κυττάρων, εμποδίζεται και η ανάπτυξη νέων αφού δε θα είναι δυνατή η ανάπτυξή τους λόγω έλλειψης θρεπτικών συστατικών και οξυγόνου.

Μετά λοιπόν τις ελπιδοφόρες προκλινικές μελέτες, προχώρησαν σε κλινικές έρευνες μεγάλης κλίμακας όπου αποδείχθηκε και πρακτικά αυτό που είχε φανεί στα αρχικά πειράματα. Η προσθήκη αντιαγγειογενετικών παραγόντων στην κλασική χημειοθεραπεία προσέθεσε σημαντικό κλινικό όφελος χωρίς να μειώνεται η ποιότητα ζωής, αντιθέτως, το σημαντικό κλινικό όφελος συνοδεύεται από πολύ καλό προφίλ ασφάλειας.

Έτσι, σήμερα μπορούμε να μιλήσουμε για μία νέα γενιά φαρμάκων, τους αντιαγγειογενετικούς παράγοντες, οι οποίοι έφεραν μία νέα, επαναστατική και ασφαλή μέθοδο αντιμετώπισης του καρκίνου<sup>87, 88</sup>.

## **7.6 Ακτινοθεραπεία**

Η ακτινοβολία είναι θεραπεία με ακτίνες υψηλής ενέργειας (όπως οι ακτίνες X) οι οποίες καταστρέφουν τα καρκινικά κύτταρα. Η ακτινοβολία μπορεί να έρχεται έξω από το σώμα (εξωτερική ακτινοβολία) ή από ραδιενεργά υλικά που τοποθετούνται κατευθείαν στον όγκο (εσωτερική ακτινοβολία)<sup>104</sup>.

### **7.6.1 Προφυλακτική ακτινοθεραπεία**

Η προφυλακτική ακτινοθεραπεία χορηγείται κυρίως μετ' εγχειρητικά για την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων που πιθανόν να έχουν παραμείνει στην περιοχή και που είναι δύσκολο να διαγνωστεί η ύπαρξή τους λόγω του μικροσκοπικού μεγέθους τους. Μερικές φορές προφυλακτική ακτινοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί και προ-εγχειρητικά σε μεγάλους όγκους με σκοπό την συρρίκνωση τους προς διευκόλυνση της χειρουργικής διαδικασίας και της αφαίρεσης<sup>89</sup>.

### **7.6.2 Ακτινοθεραπεία σε δευτεροπαθής όγκους**

Σε περίπτωση επανεμφάνισης της ασθένειας, η ακτινοθεραπεία χορηγείται για αδρανοποίηση του όγκου, ιδίως στην περιοχή της λεκάνης, για ανακούφιση από τα συμπτώματα και κυρίως τον έλεγχο του πόνου<sup>89</sup>.

### **7.6.3 Μέθοδοι εφαρμογής της ακτινοθεραπείας**

**Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται:**

**1. Ως τηλεθεραπεία.** Το είδος της τηλεθεραπείας που επιλέγεται εξαρτάται από το βάθος του όγκου που ακτινοβολείται. Τα μηχανήματα χλιοστάσης ελευθερώνουν τη μέγιστη δόση ακτινοβολίας σε επιφανειακούς όγκους, όπως δέρματος και μαστού. Οι πηγές ακτινών γ (κοβάλτιο-60 μονάδες) ελευθερώνουν τη δόση ακτινοβολίας σε



βαθύτερες δομές του σώματος και αφήνουν άθικτο το δέρμα από ανεπιθύμητες ενέργειες. Άλλα μηχανήματα ακτινοθεραπείας, οι γραμμικοί επιταχυντές, ελευθερώνουν τη δόση τους σε βαθύτερους ιστούς, χωρίς να βλάπτουν το δέρμα και επίσης δημιουργούν λιγότερο σκεδασμό της ακτινοβολίας μέσα στους ιστούς του σώματος.

2. **Εξωτερικά.** Το ραδιοϊσότοπο, μέσα σε θήκη, εφαρμόζεται απευθείας πάνω σε επιφάνεια του δέρματος ή βλεννογόνου.
3. **Ενδοκοιλιακά.** Το ραδιοϊσότοπο, εισάγεται μέσα σε κοίλα όργανα ή κοιλότητες του σώματος. Στην υπεζωκοτική και περιτοναϊκή κοιλότητα εισάγονται κολλοειδή διαλύματα χρυσού ή φωσφόρου, ενώ διαλύματα ραδιενεργού χρυσού, νατρίου και βρωμίου, μέσα σε ελαστικούς σάκους, εισάγονται σε κοίλα όργανα.
4. **Με εμφύτευση.** Ραδιοϊσότοπα μέσα σε στερεά περιβλήματα (προστατευτικές θήκες) που μπορεί να έχουν τη μορφή βελόνων, κόκκων καψουλών, συρμάτων και σωλήνων νάιλον, εμφυτεύονται μέσα σε ορισμένους όγκους. Μένουν μόνιμα μέσα στον ιστό ή αφαιρούνται μετά από ορισμένο χρόνο.
5. **Με ένεση κολλοειδούς διαλύματος ραδιοϊσότοπου.**
6. **Εσωτερικά από το στόμα ή ενδοφλέβια <sup>86</sup>.**

#### **7.6.4 Ακτινοθεραπεία - παρενέργειες**

Οι ασθενείς που ακτινοβολούνται στην κοιλιακή χώρα μπορεί να έχουν ναυτία, εμετούς και διάρροια. Ο γιατρός μπορεί να χορηγήσει στον ασθενή φάρμακα ή να του συστήσει κάποιες διατροφικές αλλαγές που θ' ανακουφίσουν τα προβλήματα του. Η ακτινοθεραπεία για τον καρκίνο του παχέος εντέρου μπορεί να προκαλέσει απώλεια τριχών στην περιοχή της πυέλου· η απώλεια αυτή μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη, ανάλογα με τη δόση της ακτινοβολίας που χρησιμοποιείται. Το δέρμα της θεραπεύσιμης περιοχής ίσως να ερεθιστεί και να γίνει ερυθρό, ξηρό, ευαίσθητο. Οι ασθενείς θα πρέπει ν' αποφεύγουν στενά ενδύματα που τρίβονται στο δέρμα τα χαλαρά ρούχα είναι συνήθως τα καλύτερα. Είναι επίσης αναγκαίο να φροντίζουν οι ασθενείς το δέρμα τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας αλλά χωρίς να χρησιμοποιούν γαλακτώματα ή κρέμες που δεν τους έχει συστήσει ο θεράπων γιατρός τους.

Κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας οι ασθενείς μπορεί να νοιώθουν πολύ κουρασμένοι και ειδικά προς τις τελευταίες εβδομάδες της θεραπείας. Αν και είναι

απαραίτητη η ξεκούραση, ο γιατρός συνήθως τους συστήνει να συνεχίζουν, όσο είναι δυνατό, τις φυσιολογικές τους δραστηριότητες <sup>90</sup>.

### **7.7 Χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων**

Η χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων εναντίον καρκινικών κυττάρων είναι μια άλλη συγχρονη μορφή θεραπείας, η οποία βγαίνει σιγά σιγά από το πειραματικό στάδιο και εφαρμόζεται στην κλινική πράξη. Τα αντισώματα αυτά φέρουν πάνω τους χημειοθεραπευτικά μόρια, προσκολλώνται στα καρκινικά κύτταρα εκλεκτικά και τα καταστρέφουν.

Άλλες μορφές ανοσοθεραπείας στοχεύουν στο να ενδυναμώσουν την ανοσολογική αντίδραση του ίδιου του οργανισμού εναντίον των καρκινικών κυττάρων <sup>91</sup>.

### **7.8 Η χρήση του Laser**

Η χρήση του laser βοηθάει στις περιπτώσεις μεγάλων καρκινικών όγκων που προκαλούν απόφραξη του παχέος εντέρου ή αιμορραγία, σε ασθενείς που έχουν σοβαρά προβλήματα υγείας και δεν μπορούν να χειρουργηθούν <sup>91</sup>.

### **7.9 Η φωτοδυναμική θεραπεία**

Η φωτοδυναμική θεραπεία είναι μια συγχρονη επίσης μέθοδος, με την οποία τα καρκινικά κύτταρα προσλαμβάνουν μια φωτοευαίσθητη ουσία, η οποία διεγείρεται με μία πηγή φωτός οδηγώντας τα κύτταρα που την περιέχουν σε καταστροφή <sup>91</sup>.

### **7.10 Χημειοεμβολιασμός ή καυτηριασμός με ραδιοκύματα (radiofrequency ablation, RFA)**

Αυτές είναι σχετικά νεότερες μέθοδοι που χρησιμοποιούνται κάποιες φορές για τη θεραπεία μεταστάσεων στο ήπαρ ή στον πνεύμονα.

Ο κύριος σκοπός τους είναι η καθυστέρηση της εξέλιξης του όγκου, σπάνια δε μπορούν να επιτύχουν την πλήρη, τοπικά καταστροφή του <sup>92</sup>.

### **7.11 Κολοστομία**

Η κολοστομία είναι στόμιο στο παχύ έντερο το οποίο εξωτερικεύεται μέσω του κοιλιακού τοιχώματος ανάλογα με την εντόπιση (ανιόν, εγκάρσιο ή κατιόν κόλον). Γίνεται συνήθως σε ελκώδη κολίτιδα και καρκίνο του ορθού.

Η κολοστομία μπορεί να είναι προσωρινή, η οποία θα κλείσει αργότερα ή μόνιμη<sup>93</sup>.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η κολοστομία βρίσκεται στην αριστερή πλευρά της κοιλιάς, λίγο κάτω από τον ομφαλό. Άλλες φορές μπορεί να βρίσκεται σε διαφορετικό μέρος, ανάλογα το είδος της εγχείρησης και το τμήμα του παχέος εντέρου που πρέπει να αφαιρεθεί<sup>31</sup>.

Ο ρόλος μιας κολοστομίας μπορεί να είναι προστατευτικός όταν περιφερικότερα της κολοστομίας υπάρχει κάποια επισφαλής αναστόμωση ή θεραπευτικός, όταν περιφερικότερα της κολοστομίας υπάρχει παθολογική κατάσταση για την οποία δεν επιτρέπεται η διέλευση των κοπράνων. Τέλος, μπορεί να αποτελεί μόνιμη λύση<sup>40</sup>.

Σκοπός της κολοστομίας είναι η αποβολή του περιεχομένου του εντέρου. Μπορεί να αποτελεί το τελικό αποτέλεσμα της κοιλιοπερινεϊκής αφαίρεσης του εντέρου, που έγινε

για θεραπεία καρκίνου του ορθού. Μπορεί να γίνει παρηγορητικά σε περίπτωση ανεγχείρητου καρκίνου του εντέρου. Μπορεί να αποτελεί παροδικό μέτρο για προστασία αναστόμωσης, όπως μετά από κοιλιακό τραύμα ή για επούλωση φλεγμαίνοντος εντέρου. Μπορεί να γίνει παροδικά για αλλαγή της διεύθυνσης κίνησης των κοπρανωδών μαζών κατά τη διάρκεια ακτινοθεραπείας ή άλλης θεραπείας<sup>95</sup>.

### **Είδη κολοστομίας:**

Η ταξινόμηση των κολοστομιών γίνεται με βάση την περιοχή του κοιλιακού τοιχώματος όπου εγκαθίσταται, του τμήματος του παχέος εντέρου το οποίο εξωτερικεύεται και του τρόπου με τον οποίο γίνεται η εξωτερίκευση<sup>86</sup>.

Τα είδη της κολοστομίας είναι τα εξής:

**A. Ανιούσα κολοστομία:** Το απέκκριμα είναι υδαρές, περιέχει πεπτικά ένζυμα και ηλεκτρολύτες και είναι απαραίτητη η προστασία του περιστοματικού δέρματος για την πρόληψη ερεθισμού. Η κακοσμία αποτελεί πρόβλημα και η ρύθμιση της κένωσης του εντέρου δεν είναι δυνατή.

**B. Εγκάρσια κολοστομία:** Το απέκκριμα μπορεί να είναι σχηματισμένα κόπρανα, συνήθως όμως είναι πολτώδες. Έλεγχος με την βοήθεια των πλύσεων είναι δυνατόν σε ορισμένες περιπτώσεις, όχι όμως στην πλειοψηφία τους. Ο άρρωστος χρειάζεται πάντα σάκο. Το απέκκριμα μπορεί να περιέχει πεπτικά ένζυμα, η προστασία επομένως του δέρματος γύρω από το στόμιο είναι απαραίτητη.

Εγκάρσιας κολοστομίας γίνονται δύο είδη:

- I. Διπλού αυλού εγκάρσια κολοστομία
- II. Αγκυλωτή κολοστομία

**Γ. κολοστομία αγκύλη:** τμήμα του παχέος εντέρου, συνήθως το εγκάρσιο ή το σιγμοειδές, εξωτερικεύεται διαμέσου μικρής τομής στο κοιλιακό τοίχωμα. Εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση απόφραξης ή πριν από σχεδιασμένη χειρουργική επέμβαση. Η κολοστομία αγκύλη είναι προσωρινή και μπορεί να μείνει ανοιχτή από 10 ημέρες έως 9 μήνες.

**Δ. Διπλή κολοστομία:** Το παχύ έντερο διαιρείται χωρίς εκτομή και τα διαιρούμενα τμήματά του εξωτερικεύονται με χωριστές τομές του κοιλιακού τοιχώματος και συγκρατούνται με εντεροδερματική ραφή. Το κεντρικό στόμιο αποτελεί τη λειτουργούσα κολοστομία, αποβάλλει κόπρανα παρακάμπτοντας βλάβη ή φλεγμονή του κατώτερου κόλου. Ενώ το περιφερικό λειτουργεί ως βλεννογονικό συρίγγιο, αποβάλλει βλέννα. Η κολοστομία αυτή γίνεται για την αποκατάσταση φλεγμονής ή άλλης βλάβης του ανενεργού μέρους του παχέος εντέρου. Όταν γίνει η επούλωση, τότε κλείνεται η κολοστομία και το έντερο επανασυνδέεται με λαπαροτομία.

**Ε. Κατιούσα και σιγμοειδική κολοστομία:** Το απέκκριμα της κατιούσας κολοστομίας είναι πιο στερεό σε σχέση με το απέκκριμα από το ανιόν και το εγκάρσιο. Όσο πιο κάτω είναι η κολοστομία τόσο πιο στέρεο είναι το απέκκριμα και εκμηδενίζεται η απώλεια ενζύμων και ηλεκτρολυτών. Η κένωση έχει φυσιολογική υφή και είναι δυνατή η ρύθμιση της συχνότητάς της με την πλύση, έναν υπολυσμό που γίνεται καθημερινά ή μέρα παρά μέρα μέσα από το στόμιο. Τα άτομα με σιγμοειδοκολοστομία δεν χρειάζεται να χρησιμοποιούν σάκο συλλογής του απεκκρίματος και η κακοσμία ελέγχεται. Ονομάζονται και «στεγνές» κολοστομίες γιατί το κόλο μπορεί να παράγει σχηματισμένα κόπρανα.

**Στ. Τελική κολοστομία:** Αποτελεί μόνιμη εξωτερίκευση του σιγμοειδούς μετά από κολιοπερινεϊκή εκτομή του ορθού και του ορθοσιγμοειδούς. Η κολοστομία συγκρατείται με άμεση εντεροδερματική ραφή και σύγκληση του «πλάγιου χώρου», η οποία επιτυγχάνεται με την στήριξη του μεσοσιγμοειδούς του εξωτερικευμένου εντέρου στο πλάγιο περιτόναιο μέχρι το εσωτερικό άνοιγμα της οπής της κολοστομίας<sup>86</sup>.

## ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>***

***Επιπλοκές της νόσου***

***Μετεγχειρητικές δυσχέρειες***

***Επιπλοκές***

## 8.1 Επιπλοκές καρκίνου παχέος εντέρου

Τα προβλήματα των νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου είναι οι επιπλοκές τους και οι μεταστάσεις τους. Ως επιπλοκές θεωρούνται η απόφραξη του εντέρου, η οποία αναμένεται να συμβεί στο 10-15%, η διάτρηση, η οποία μπορεί να γίνει:

α) είτε προς την ελεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα με άμεσο αποτέλεσμα τη γενικευμένη περιτονίτιδα,

β) είτε προς παρακείμενα όργανα (στόμαχο, ουροδόχο κύστη, κόλπο, λεπτό έντερο). Αποτέλεσμα είναι ο σχηματισμός ενός αντίστοιχου συρριγγίου

γ) είτε να είναι συγκεκαλυμμένη, οπότε θα υπάρξει κάποιος τοπικός φλέγμονας ή απόστημα<sup>32</sup>.

Τέλος μια ακόμα επιπλοκή είναι η αιμορραγία. Η αντιμετώπισή τους είναι πάντοτε η χειρουργική. Τα μεγαλύτερα προβλήματα σε αυτές τις περιπτώσεις είναι η κακή γενική κατάσταση του ασθενούς και η μη προετοιμασία του εντέρου<sup>31</sup>.

### 8.1.1 Μεταστατικός καρκίνος του παχέος εντέρου

Οι μεταστάσεις μπορεί να είναι κλινικά εμφανείς πριν ή μετά από τη χειρουργική εκτομή του πρωτογενούς νεοπλάσματος. Μπορεί να συμβεί έντονη ηπατομεγαλία με πόνο, που οφείλεται στη διάταση της ηπατικής κάψας. Η διασπορά στην κοιλιακή κοιλότητα μπορεί να προκαλέσει απόφραξη του λεπτού ή του παχέος εντέρου και ασκίτη. Η διασπορά στην πύελο μπορεί να προκαλέσει δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστης, πόνο από την προσβολή των ιερών ή των ισχυακών νεύρων και κοιλική έκκριση ή αιμορραγία. Οι απομακρυσμένες μεταστάσεις στους πνεύμονες και τα οστά μπορεί να είναι σιωπηλές μέχρι να φτάσουν σε πολύ προχωρημένο στάδιο. Οι εντερικές υποτροπές δεν είναι συχνές και συνήθως προκαλούνται από εμφύτευση καρκινικών κυττάρων, που σχετίζονται με τη θέση εκτομής του αρχικού όγκου και αναπτύσσονται από τον ορογόνο χιτώνα του εντέρου προς τον αυλό<sup>60,96</sup>.

### 8.1.2. Χειρισμός της μεταστατικής νόσου

Η υποτροπή του καρκίνου του παχέος εντέρου συχνά εντοπίζεται σε εξαιρέσιμα όργανα. Συνηθέστερα εντοπίζεται στο ήπαρ, ενώ δεύτερος σε συχνότητα είναι ο πνεύμονας. Όταν η βλάβη περιορίζεται σε τμήμα που μπορεί να αφαιρεθεί, η μακροπρόθεσμη επιβίωση

ανέρχεται σε 25-40%. Σε ορισμένους ασθενείς, ηπατικές βλάβες μη εξαιρέσιμες μπορούν να αντιμετωπιστούν με κρυοπηξία, έγχυση αιθανόλης ή θερμική αφαίρεση με ραδιοσυχνότητες. Η έγχυση φλοξουριδίνης στην ηπατική αρτηρία δεν έχει φανεί να είναι ανώτερη της συστηματικής χημειοθεραπείας για τις ηπατικές μεταστάσεις, αλλά μπορεί να αποτελέσει συμπληρωματική μέθοδο στους ασθενείς οι οποίοι καθίστανται ελεύθεροι από τη νόσο μέσω ηπατικής χειρουργικής ή θεραπειών εξαίρεσης.

Οι ασθενείς με μη εξαιρέσιμους όγκους ή διάχυτη μεταστατική νόσο μπορεί να ωφεληθούν από τη συστηματική χημειοθεραπεία. Χοντρικά, οι μισοί ασθενείς δεν απαντούν στην χημειοθεραπεία 1ης γραμμής και συνεπώς η νόσος εξελίσσεται <sup>55</sup>.

## 8.2 Μετεγχειρητικές δυσχέρειες

**1. Πόνος:** Ο πόνος είναι μια από τις πρώιμες μετεγχειρητικές δυσχέρειες. Ο μετεγχειρητικός πόνος μπορεί να ξεκινά από το δέρμα, τους μυς, τους τένοντες, τα οστά, το περιτόναιο ή τα σπλάχνα. Ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται στο τραύμα(τομή, απαγωγή, συρραφή ιστών), γι' αυτό χορηγούμε, με ιατρική οδηγία, μορφίνη ή παρόμοια ναρκωτικά. Ο ισχυρότερος πόνος εμφανίζεται 12 - 16 ώρες και υποχωρεί μετά 48 ώρες. Όταν ο άρρωστος πονά, ο νοσηλευτής οφείλει:

**α.** Να εντοπίζει τον πόνο.

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

**γ.** Να διαπιστώνει αν ακτινοβολεί και που, αν έχει σχέση με την αναπνοή, αν επιδεινώνεται τη νύκτα.

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

Το αίσθημα του πόνου σε εγχειρήσεις κοιλιάς γίνεται ισχυρότερο με τον έμετο, το βήχα και τις αναπνευστικές κινήσεις.

Αν και ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται στην εγχείρηση, ο νοσηλευτής δεν πρέπει να παραλείπει να εξετάζει διεξοδικά το τραύμα για διπίστωση και άλλων παραγόντων που μπορεί να επιδεινώνουν τον πόνο.

**2. Έμετος:** Μετεγχειρητικά ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει ναυτία και εμέτους. Αιτίες είναι η συλλογή υγρών στο στομάχι ή η λήψη από το στόμα υγρών ή τροφής πριν από την αποκατάσταση της περίστασης του γαστρεντερικού σωλήνα.

Πριν από χρόνια, ο έμετος ήταν συνηθισμένη μετεγχειρητική δυσχέρεια. Σήμερα, η χρήση νέων αναισθητικών και αντιεμετικών φαρμάκων έχουν ελατώσει κατά πολύ την εμφάνισή του. Καθήκον του νοσηλευτή είναι η πρόληψη εισρόφησης του εμέτου<sup>86,97,98,99,100</sup>.

### **Ο μετεγχειρητικός έμετος διακρίνεται:**

**α.** Στον έμετο κατά την αποδομή της δράσης του αναισθητικού.

**β.** Στον έμετο που διαρκεί την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα και νύκτα.

**γ.** Στον έμετο που συνεχίζεται

Ο έμετος που εκδηλώνεται καθώς η δράση του αναισθητικού παρέρχεται σύντομα, απλά αδειάζει το στομάχι από βλέννα και σίελο. Η διάρκειά του κυμαίνεται από 2-8 ώρες. Δεν χρειάζεται ειδική αγωγή εκτός από πλύση στόματος.

Ο έμετος που παρατείνεται την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα και νύκτα μπορεί να οφείλεται:

**α.** Παρενέργειες από την αναισθησία.

**β.** Παράλυση της εντερικής λειτουργίας για περίοδο πιο μεγάλη από τη συνηθισμένη εξαιτίας σοβαρής βλάβης των κοιλιακών οργάνων κατά τη διάρκεια της εγχείρησης. Αντιμετωπίζεται με ρινογαστρική αναρρόφηση.

**γ.** Ευαισθησία σε φάρμακα (μορφίνη ή άλλο), οπότε και παρουσιάζεται μετά τη χορήγηση του.

Ο έμετος απιμένει επι 3 – 7 ημέρες οφείλεται σε ένα από τα ακόλουθα αίτια:

Εντερική απόφραξη

Οξεία διάταση του στομάχου

Ουραιμία

Αιμοραγία στις εγχειρήσεις στομάχου

Περιτονίτιδα



**3. Ανησυχία δυσφορία.** Αιτίες που δημιουργούν ανησυχία και δυσφορία στον άρρωστο είναι οι εξής:

- Βρεγμένο επίδεσμο υλικό του τραύματος
- Επίσχεση ούρων
- μετεωρισμός και λόξυγκας
- αϋπνία

Ο νοσηλευτής οφείλει να μειώσει τους θορύβους στο ελάχιστο, να βοηθήσει τον άρρωστο να απαλαγγεί από τις δυσάρεστες σκέψεις και να μειώσει τον ημερήσιο ύπνο του με απασχόληση. Την ώρα του ύπνου, του κάνει ελαφρά εντριβή, ειδικά στη ράχη και τον αυχένα, αερίζει το δωμάτιο και χαμηλώνει τα φώτα. Του δίνει ζεστό γάλα ή κακάο, αν αυτό το βοηθά να κοιμηθεί.

**4. Δίψα:** Η δίψα οφείλεται στην αναστολή των εκκρίσεων μετά την ένεση ατροπίνης προεγχειρητικά. Ακόμα οφείλεται στην απώλεια μεγάλης ποσότητας υγρών κατά τη διάρκεια της εγχείρησης.

Σε εγχειρήσεις του γαστρεντερικού σωλήνα απαγορεύεται η χορήγηση νερού επί 24 ώρες ή και περισσότερο. Τολύπια εμπλουτισμένα με διάλυμα σόδας βοηθούν στη διάλυση της βλέννας του στόματος. Γάζα υγρή, που τοποθετείται στο στόμα, βοηθά στην εφύγρανση του εισπνεόμενου αέρα. Η μάσηση σκληρών καραμέλων, μαστίχας ή κεριού προάγει την έκκριση του σιέλου και διατηρεί το στόμα υγρό.

**5. Διάταση του εντέρου:** Αποτελεί συνηθισμένη δυσχέρεια. Ο τραυματισμός των κοιλιακών οργάνων καταργεί την περίσταλη για 24- 48 ώρες. Ο αέρας και οι εκκρίσεις συγκεντρώνονται στο στομάχι και το έντερο και προκαλούν διάταση. Για την έξοδο των αερίων από το παχύ έντερο εφαρμόζεται σωλήνας αερίων ή χαμηλός υποκλυσμός, ενώ ακόμα βοηθά η συχνή μετακίνηση του ασθενούς στο κρεβάτι. Η δυσχέρεια αυτή μπορεί να προληφθεί με ρινογαστρικό ή ρινοεντερικό σωλήνα.

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

**7. Δυσκοιλιότητα:** Αίτια μετεγχειρητικής δυσκοιλιότητας μπορεί να είναι:

- α. Ερεθισμός ή τραυματισμός του εντέρου κατά τη διάρκεια της εγχείρησης.
- β. Τοπική φλεγμονή.
- γ. Περιτονίτιδα.
- δ. Τοπικό απόστημα.

Στον ασθενή με χρόνια δυσκοιλιότητα που χρησιμοποιούσε υπακτικά στο σπίτι, το συντομότερο δυνατό μετά την εγχείρηση πρέπει να επιτρέπεται η εφαρμογή των μέτρων που χρησιμοποιούσε στο σπίτι<sup>86,97</sup>.

### 8.3 Μετεγχειρητικές επιπλοκές

Μετεγχειρητικές επιπλοκές περιγράφονται πολλές. Αυτές μπορεί να επηρεάσουν τη λειτουργία ενός ή και περισσότερων οργάνων. Σαν πιο συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές αναφέρονται οι ακόλουθες:

#### **Επιπλοκές από το κυκλοφορικό σύστημα:**

Οι πιο συχνές από αυτές είναι:

**Αιμορραγίες:** αυτές διαιρούνται σε εξωτερικές και εσωτερικές. Παράγοντες που συντελούν σ' αυτήν την επιπλοκή είναι:

- Η μη ικανοποιητική απολίνωση των αγγείων και μάλιστα των τριχοειδών, τα οποία εύκολα διαφεύγουν την προσοχή του χειρουργού.
- Η μόλυνση του τραύματος, αυτή αντιμετωπίζει ο οργανισμός με συρροή αίματος, ένεκα της οποίας γίνεται καμιά φορά αναπόφευκτη η αιμορραγία.
- Οι βίαιες και απότομες κινήσεις του ασθενούς. Με αυτές απομακρύνεται ο θρόμβος αίματος στο κομμένο αγγείο και σπάνε ράμματα ή ράμμα, με αποτέλεσμα μεγάλη ή μικρή αιμορραγία.
- Η μη καλή πήκτικότητα του αίματος κ.α.

Τα συμπτώματα της αιμορραγίας είναι: Ευπίεστος, γρήγορος και νηματοειδής σφυγμός, πρόσωπο και άκρα ψυχρά, ωχρότητα δέρματος, πτώση της θερμοκρασίας και αρτηριακής πίεσεως, εφίδρωση, αναπνοή βραδεία και ασθμαίνουσα, ανησυχία και εμφάνιση αίματος σε εξωτερική αιμορραγία <sup>101</sup>.

**Shock ή καταπληξία:** Χειρουργική καταπληξία είναι η κατάπτωση του κυκλοφορικού συστήματος, η οποία επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού. Παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση shock είναι: Η μεγάλη αιμορραγία, η νάρκωση, ψυχικός κλονισμός, ισχυρός πόνος και άλλα. Εμφανίζεται με τα ακόλουθα συμπτώματα: Σφυγμό μικρό, συχνό και μόλις αισθητό, αναπνοή επιπόλαιη και ανώμαλη, βλέμμα απλανές και αδιάφορο, πτώση της θερμοκρασίας και της αρτηριακής πίεσεως, δέρμα και βλεννογόνους ωχρούς, άκρα ψυχρά, ψυχρούς ιδρώτες. Ο ασθενής αισθάνεται μεγάλη καταβολή δυνάμεων, εμφανίζει μείωση αισθητικότητας και κινητικότητας.

**Οι θρομβοφλεβίτιδες:** Η πιο συχνή θρόμβωση αγγείου είναι η του μηρού. Συνίσταται στο σχηματισμό θρόμβου, ο οποίος εγκαθίσταται σε κάποιο από τα αγγεία που βρίσκονται «εν τω βάθει» ή «επιπολής». Εμφανίζεται κυρίως μετά από εγχείρηση της μικρής πυέλου.

Τα αίτια που προκαλούν τη θρομβοφλεβίτιδα είναι τα ίδια που προκαλούν το σχηματισμό θρόμβου κατά την πνευμονική εμβολή, καθώς και μερική στάση της φλεβικής κυκλοφορίας των κάτω άκρων, λόγω πίεσεως των αγγείων του μηρού ή της κνήμης. Αυτή εμφανίζεται με πυρετό, οίδημα (πρήξιμο) και πόνο στην περιοχή του αποφραχθέντος αγγείου.

### **Επιπλοκές από το αναπνευστικό σύστημα:**

Οι πιο συχνές από αυτές είναι:

**Πνευμονία, ατελεκτασία.** Αυτές οφείλονται στο μηχανικό αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα του ασθενούς από τις βλεννώδεις εκκρίσεις κατά τη νάρκωση και απονάρκωση του. Για το λόγο αυτό αποφεύγεται η εγχείρηση σε ασθενείς που πρόσφατα κρυολόγησαν ή παρουσιάζουν οξεία βροχίτιδα, εάν δεν προηγηθεί κατάλληλη θεραπεία. Ακόμη, οι επιπλοκές αυτές αφείλονται σε κακό αερισμό των πνευμόνων, ένεκα επιδράσεως του ναρκωτικού, στη μόλυνση αεροφόρας οδού από εισρόφιση εμεσμάτων ή εκκρίσεων, σε απεριποίητη στοματική κοιλότητα, σε εφίδρωση που προδιαθέτει σε ψύξη κ.α. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι η δύσπνοια.

**Πνευμονική εμβολή.** Αυτή εμφανίζεται κυρίως κατά το στάδιο της αναρρώσεως και οφείλεται στη μετακίνηση θρόμβου και απόφραξη από αυτόν κάποιου αγγείου, το οποίο αιματώνει τμήμα του πνεύμονα. Η απόφραξη μπορεί να γίνει σε μεγάλο αγγείο, που τροφοδοτεί μεγάλη έκταση του πνεύμονα ή μικρό που τροφοδοτεί μικρή έκταση του πνεύμονα.

Χαρακτηριστικά συμπτώματα της πνευμονικής εμβολής είναι: απροσδόκητος και έντονος πόνος στο θώρακα κατά την εισπνοή, δυσκολία στην αναπνοή και άγχος.

**Ασφυξία.** Κατ' αυτήν ο ασθενής εμφανίζει δυσκολία στην αναπνοή. Αιτία που προκαλούν την ασφυξία είναι: εισρόφηση εμεσμάτων από την αναπνευστική οδό, πτώση της κάτω γνάθου κατά την οποία παρασύρεται η γλώσσα προς τα πίσω και αποφράζει με την επιγλωττίδα τον λάρυγγα και τέλος, επίδραση του ναρκωτικού στο κέντρο της αναπνοής.

Αυτή εκδηλώνεται με παραλλαγή του ρυθμού της αναπνοής και κυάνωση, η οποία φανερώνει την έλλειψη οξυγόνου.

### **Επιπλοκές που έχουν σχέση με το πεπτικό σύστημα**

- **Παρωτίτιδα:** αυτή εμφανίζεται μετά από παρέλευση 3 – 4 μερών από την εγχείρηση και είναι φλεγμονή των παρώτιων αδένων.

Τα εμφανιζόμενα συμπτώματα είναι πόνος, οίδημα, πυρετός.

- **Διάταση του στομάχου:** αυτή εμφανίζεται κυρίως σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εγχείρηση οργάνου της κοιλιάς.

Αίτια που προκαλούν τη διάταση του στομάχου είναι:

- **ü** Μείωση ανάγκης φυσιολογικής λειτουργικότητας του στομάχου, λόγω υγρής διατροφής του ασθενούς.
- **ü** Υποτονία μυών στομάχου, λόγω επιδράσεων του ναρκωτικού.
- **ü** Μείωση της κινητικότητας του ασθενούς λόγω της χειρουργικής επεμβάσεως.
- **ü** Ελλιπής προεγχειρητική καθαριότητα του εντερικού σωλήνα.

Τα εμφανιζόμενα στον ασθενή συμπτώματα κατά την επιπλοκή αυτή είναι:

- **Ø** Μετεωρισμός κοιλιάς.

Ø Δυσφορία και βάρος στο επιγάστριο.

Ø Λόξυγκας.

Ø Δύσπνοια, λόγω πίεσεως του διαφράγματος από το διατεταμένο στομάχι.

Ø Έμετοι αραιοί, χρώματος σκοτεινού πρασινόφαιου ή μαύρου με δυσάρεστη, όχι όμως κοπρανώδη οσμή.

• **Μετεωρισμός ή τυμπανισμός κοιλιάς:** Κατά την επιπλοκή αυτή γίνεται συσσώρευση αερίων στο παχύ έντερο.

Αίτια που προκαλούν τον τυμπανισμό είναι:

ü Επίδραση ναρκωτικού ένεκα του οποίου προκαλείται υποτονία μυών και πάρεση (αδράνεια) του εντέρου.

ü Ερεθισμός του περιτόναιου κατά την εγχείρηση.

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

ü Λήψη τροφών ή υγρών που προκαλούν αέρια, όπως γάλα, γλυκά υγρά κλπ.

Τα εμφανιζόμενα συμπτώματα είναι:

Ø Μετεωρισμός (φούσκωμα) κοιλιάς.

Ø Κωλικοί πόνοι που προέρχονται από την κυκλοφορία αερίων στο έντερο, τα οποία ο οργανισμός δεν μπορεί να αποβάλλει.

• **Παραλυτικός ειλεός:** Είναι η παρατεταμένη διάταση του εντέρου και του στομάχου, ένεκα συγκεντρώσεως σ' αυτά υγρών και αερίων. Αυτή είναι δυνατό να καταλήγει σε πρόσκαιρη παράλυση του εντερικού σωλήνα.

Τα αίτια που προκαλούν το παραλυτικό ειλεό είναι τα ίδια, μόνο που αργότερα προστίθενται σύσισμοι έμετοι.

**Επιπλοκές που έχουν σχέση με το ουροποιητικό σύστημα**

**Επίσχεση ούρων:** Είναι η κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής, ενώ έχει ούρα στην ουροδόχο κύστη, δε μπορεί να ουρήσει.

### Αίτια που προκαλούν την επίσχεση είναι:

- Υποτονία των κοιλιακών τοιχωμάτων, λόγω επιδράσεως ναρκωτικών η οποία παρεμποδίζει τη σύσταση τους.
- Σύσταση σφιγκτήρα κατά την χρήση σκωραμίδας. Αυτό εμφανίζεται σε νευροφυτικά άτομα.

### Επιπλοκές στο τραύμα:

**Αιμάτωμα:** Πολλές φορές η αιμορραγία του εγχειρητικού τραύματος γίνεται υποδόρια και γι' αυτό είναι καλυμμένη. Σταματά μόνη της, δημιουργεί θρόμβο όμως μέσα στο τραύμα. Αν ο θρόμβος είναι μικρός, απορροφάται χωρίς θεραπεία. Αν είναι μεγάλος, επειδή καθυστερεί την επούλωση του τραύματος, αφαιρείται αφού κοπούν μερικά ράμματα του τραύματος.

**Λοίμωξη:** Για τις περισσότερες λοιμώξεις των μετεγχειρητικών τραυμάτων ενοχοποιείται ο σταφυλόκοκκος. Άλλοι μικροοργανισμοί που μπορούν να προκαλέσουν λοίμωξη είναι το κολοβακτηρίδιο, το πυοκυανικό βακτηρίδιο (ψευδομονάδα), ο στρεπτόκοκκος και άλλα. Τα συμπτώματα παρουσιάζονται συνήθως 36-48 ώρες μετά την έναρξη της φλεγμονώδους εξεργασίας. Η συχνότητα των σφύξεων αυξάνει, η θερμοκρασία ανεβαίνει και το τραύμα γίνεται πιο επώδυνο, οίδηματώδες και ζεστό. Αν η φλεγμονή εντοπίζεται πιο βαθιά, μπορεί να απουσιάζουν τα τοπικά σημεία. Η λοίμωξη του χειρουργικού πεδίου αποτελεί σημαντική αιτία θνητότητας, νοσηρότητας και αυξημένου κόστους νοσηλείας στο χειρουργικό ασθενή.

**Ρήξη ραμμάτων- εκσπλάγνωση:** Η επιπλοκή αυτή οφείλεται σε ρήξη ραμμάτων εξαιτίας λοίμωξης, βήχα και μεγάλης κοιλιακής διάτασης.

Η ρήξη μπορεί να συμβεί ξαφνικά, με έξοδο των εντερικών στο κοιλιακό τοίχωμα. Προκαλεί έντονο πόνο, που συνήθως συνδιάζεται με έμετο. Όταν τα χείλη του τραύματος αποχωρίζονται βαθμιαία, τα σπλάχνα μπορεί να μη βγουν από το τραύμα βαθμιαία ή και καθόλου και το κύριο σύμπτωμα να είναι η απότομη έξοδος μεγάλης ποσότητας περιτοναϊκού υγρού στις γάζες.

**Μετεγχειρητική ψύχωση:** Τα αίτια που την προκαλούν δεν είναι ακόμη γνωστά. Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της είναι: η προδιάθεση του ατόμου, η νάρκωση

και η παρατεταμένη χρήση της. Σε περίπτωση εμφανίσεως μετεγχειρητικής ψυχώσεως πρέπει να ληφθούν μέτρα προφυλάξεως του ίδιου του ασθενούς και του περιβάλλοντός του <sup>86,97</sup>.

### **Επιπλοκές κολοστομίας**

Όπως σε κάθε χειρουργική επέμβαση, έτσι και στην περίπτωση κατασκευής μιας στομίας μπορεί να εμφανιστούν επιπλοκές, οι οποίες είναι:

α. Πρόπτωση-κήλη παρά τη στομία. Διορθώνεται χειρουργικά μόνο, με τη χρήση πλέγματος.

β. Στένωση. Απαιτεί χειρουργική ανακατασκευή.

γ. Εμβύθιση. Απαιτεί επίσης χειρουργική ανακατασκευή.

δ. Απόστημα- Συρίγγιο παρά τη στομία. Απαιτεί παροχέτευση.

ε. Διάρροια. Συνήθως ελέγχεται με λήψη υψηλών δόσεων λοραπαμίδης και κωδεΐνης. Έξι εβδομάδες μετά την εγκατάσταση της στομίας, η αποβαλλόμενη ποσότητα μειώνεται.

στ. Εντερική απόφραξη. Οφείλεται σε συμφύσεις και όχι σπάνια, απαιτεί επέμβαση.

ζ. Δερματίτιδα. Αντιμετωπίζεται με τη χρήση τοπικών κρεμών κι εφαρμογή ειδικών σάκων ειλεοστομίας <sup>101</sup>.

## ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>***

***Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο  
παχέος εντέρου***

***Εκπαίδευση και τρόπος ζωής ασθενούς με  
κολοστομία***



## 9.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ογκολογία

Η νοσηλευτική φροντίδα ορίζεται ως η σκόπιμη ανθρώπινη δραστηριότητα που χαρακτηρίζεται από τη δέσμευση του νοσηλευτή ο οποίος κατέχοντας ένα επαρκές επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων δύναται να υποστηρίξει την ακεραιότητα του φροντιζόμενου ατόμου που είναι στην ευθύνη του <sup>102</sup>.

Τον Ιούνιο του 1985 πάρθηκε η πολιτική απόφαση στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα για λήψη μέτρων ώστε να αντιμετωπιστεί η αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα από τον καρκίνο. Η επιτροπή Ογκολόγων της Κοινότητας το 1986 σχεδίασε το πρόγραμμα "Η Ευρώπη κατά του καρκίνου" με το οποίο εκτός των άλλων πρότεινε την κατάρτιση σε ζητήματα των επαγγελματιών υγείας. Στα πλαίσια αυτών των οδηγιών η Ευρωπαϊκή Ογκολογική Νοσηλευτική Εταιρεία το 1989 κατάρτισε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για εξειδίκευση στη νοσηλευτική ογκολογία το οποίο έτυχε ευρείας αποδοχής από πολλές χώρες της Ευρώπης. Ο εξειδικευμένος στην ογκολογία νοσηλευτής/τρια είναι πλέον αναγκαιότητα και για να αντεπεξέλθει στο δύσκολο ρόλο του απαιτείται:

- Δεξιοτεχνία.
- Επιστημονική κατάρτιση.
- Αγάπη για τους ασθενείς.
- Αίσθημα ευθύνης.
- Προσωπική προσπάθεια και χρόνο.
- Ενδιαφέρον για βελτίωση του επαγγέλματος μέσω της νοσηλευτικής έρευνας και την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της στην καθημερινή πράξη <sup>103</sup>.

Η ευθύνη παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας στον χώρο της Ογκολογίας εντάσσεται στο πλαίσιο της λειτουργίας διεπιστημονικών ομάδων που στηρίζονται στη διαθέσιμη επιστημονική πληροφορία (evidence based), την κλινική εμπειρία των εργαζομένων και τη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη των αποφάσεων.

Οι νοσηλευτές αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι των διεπιστημονικών ομάδων αντιμετώπισης των ογκολογικών ασθενών με κακοήθεις παθήσεις του πεπτικού συστήματος. Τη μοναδικότητα του νοσηλευτή μέσα στη διεπιστημονική ομάδα υγείας συνθέτουν η δυνατότητα ανάπτυξης θεραπευτικής διαπροσωπικής σχέσης με τον ασθενή και την οικογένεια του, που καλλιεργείται από τη διαφορετικότητα στην αντίληψη, καθώς και τη συνεχή 24ωρη παρουσία και επικοινωνία του με τον ασθενή, την οικογένεια και τους άλλους

επιστήμονες υγείας. Το αυτόνομο νοσηλευτικό επιστημονικό έργο στην ομάδα υγείας συνιστά η δυνατότητα του νοσηλευτή να εκτιμά, να διαισθάνεται, να προτείνει, να προγραμματίζει και να συντονίζει την παρεχόμενη φροντίδα για την αξιολόγηση και αποτελεσματική αντιμετώπιση των πολύπλευρων προβλημάτων που δημιουργούν η νόσος και οι διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις στη ζωή των ασθενών και των οικογενειών τους με τον εξατομικευμένο σχεδιασμό φροντίδας.

Οι ευρείες νοσηλευτικές αρμοδιότητες ποικίλλουν ανάλογα με το είδος και το στάδιο της νόσου και περιλαμβάνουν την υποστήριξη στη φάση της διερεύνησης και διάγνωσης, την εκπαίδευση του ασθενούς, την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής του, τη χορήγηση χημειοθεραπείας, την αντιμετώπιση παρενεργειών και επιπλοκών της θεραπευτικής αγωγής, τη διατροφική υποστήριξη, τη φροντίδα στομίων, την υποστήριξη του ασθενούς που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, τη συνεχή ολοκληρωμένη αξιολόγηση και την αρμονική συνεργασία με άλλους επιστήμονες υγείας και υπηρεσίες υγείας στην κοινότητα, για την εξασφάλιση συνέχειας της φροντίδας υγείας.

Εκτός από τις ειδικές ευθύνες που πηγάζουν από το εφαρμοζόμενο θεραπευτικό πρόγραμμα, τη δομή της υπηρεσίας υγείας και την εξειδίκευση τους, οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διευκόλυνση της πρόσβασης των ασθενών στα κατάλληλα μέλη της ομάδας και τις κατάλληλες υπηρεσίες φροντίδας υγείας και υποστήριξης.

Η ακτίνα δράσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος έχει επεκταθεί σε όλους τους τομείς της ογκολογίας (πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση)<sup>105</sup>.

Ένα σχέδιο φροντίδας εξατομικευμένο για κάθε ασθενή δημιουργείται αμέσως μετά τη διάγνωση. Σε αυτό περιλαμβάνονται λεπτομέρειες για τα διαγνωστικά τέστ, τις χειρουργικές επεμβάσεις, τη θεραπεία και πως ο ασθενής αρχίζει τη μετάβαση στη ζωή μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Οι επιβιώσαντες και οι οικογένειές τους υποστηρίζονται για τα οργανικά αλλά και τα συναισθηματικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η επιβίωση αφορά όχι το εάν και πόσο θα ζήσει ο ασθενής αλλά και το πόσο καλά θα επιζήσει. Οι νοσηλευτές αλλά και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας

που συμμετέχουν στη φροντίδα των ασθενών μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας είναι χρήσιμο να λάβουν υπόψιν τους τα παρακάτω προκειμένου να παρέχουν ποιοτική φροντίδα υγείας:

- Πρόληψη του ήδη υπάρχοντος και εμφάνισης καρκίνου σε άλλο σημείο του σώματος καθώς και των μακροχρόνιων παρενεργειών της θεραπείας.
- Παρακολούθηση για μετάσταση του καρκίνου και εκτίμηση των οργανικών και ψυχοκοινωνικών ανεπιθύμητων ενεργειών.
- Πραγματοποίηση παρεμβάσεων για τις συνέπειες του καρκίνου και της θεραπείας του π.χ. οργανικά προβλήματα όπως το λεμφοίδημα, η σεξουαλική δυσλειτουργία,, συμπτώματα όπως ο πόνος, η κόπωση και η ψυχολογική δυσφορία που βιώνεται από τους ασθενείς αλλά και τους φροντιστές τους.
- Συνεργασία μεταξύ των ειδικών και αυτών που παρέχουν τη φροντίδα ώστε να ικανοποιούνται όλες οι ανάγκες για την υγεία <sup>106</sup>.

## **9.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου**

Σ' όλα τα πλαίσια φροντίδας υγείας, οι νοσηλευτές έχουν να παίξουν ένα σημαντικό ρόλο σ' όλα τα στάδια πρόληψης κακοήθων όγκων. Οι κλινικοί και οι ερευνητές, ωστόσο, δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη. (107) Η σωστή πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη, μπορεί να μειώσει ουσιαστικά τη θνητότητα από καρκίνο του παχέος εντέρου <sup>128</sup>.

Η Ιπποκράτειος ρύση << κάλλιον το προλαμβάνει παρά το θεραπεύει>> αποδεικνύεται διαχρονική με βάση τα αποτελέσματα των σύγχρονων μελετών <sup>107</sup>.

Η προληπτική νοσηλευτική στο νοσοκομείο ασχολείται περισσότερο με την πρόληψη των επιπλοκών και με την αποκατάσταση των αρρώστων – σωματική και ψυχική <sup>104</sup>.

### **9.2.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρωτογενή πρόληψη**

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρωτογενή πρόληψη του καρκίνου παχέος εντέρου είναι κυρίως να επισημάνει τους παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση 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 <sup>111</sup>.

#### **Γενικές συστάσεις πρωτογενούς πρόληψης:**

1. Μείωση της κατανάλωσης του ζωικού λίπους (κάτω του 20% της συνολικής διατροφής).

2. Πρόσληψη αυξημένης ποσότητας φρούτων, λαχανικών, ψωμιού ολικής άλεσης, οσπρίων, ελαιολάδου και ασβεστίου.
3. Προτίμηση ψαριών και πουλερικών αντί χοιρινού και βοδινού κρέατος.
4. Αποφυγή κατεργασμένων κρεάτων (καπνιστό ζαμπόν, μπέικον, βρασμένο συκώτι, λουκάνικα).
5. Αποφυγή υπερβολικής πρόσληψης θερμίδων.
6. Αποφυγή καθιστικής ζωής, καπνίσματος και κατάχρησης αλκοόλ <sup>109</sup>.

### **Ο ρόλος του νοσηλευτή στην δευτερογενή πρόληψη είναι τριπλός:**

1. Να συμβάλλει άμεσα στην πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου σε ιάσιμο στάδιο με τη διενέργεια ορθοσιγμοειδοσκοπίσεων.
2. Να αναγνωρίσει άτομα με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου με τη λήψη νοσηλευτικού ιστορικού.
3. Να αυξήσει τη συμμετοχή του κοινού σε προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης <sup>111</sup>.

### **Η δευτερογενής πρόληψη σε ασυμπτωματικό πληθυσμό για κάποιο νόσημα εφαρμόζεται όταν:**

- α. Η ελεγχόμενη νόσος αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας.
- β. Υπάρχει αποτελεσματική αντιμετώπιση μετά από έγκαιρη διάγνωση.
- γ. Είναι διαθέσιμη προσιτή διαγνωστική διαδικασία
- δ. Το αποτέλεσμα δικαιολογεί το κόστος του ελέγχου.

Οι παραπάνω προϋποθέσεις πληρούνται λίγο ή πολύ για τον καρκίνο του παχέος εντέρου <sup>109</sup>.

## **9.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στο διαγνωστικό έλεγχο**

**Κλινική εξέταση:** Πριν από την κλινική εξέταση, εφόσον ο ασθενής που θα υποβληθεί σε αυτήν επικοινωνεί με το περιβάλλον του, η αδελφή του εξηγεί τι πρόκειται να γίνει, το σκοπό της εξέτασης, τι θα περιλάβει η εξέταση αυτή, καθώς και πως ο ίδιος μπορεί να βοηθήσει κατά την εξέταση, απαντά στις ερωτήσεις του και γενικά τον κάνει να νιώσει άνετα <sup>110</sup>.

Εφόσον ο ασθενής εμφανίζει συμπτώματα ασθένειας, η αδελφή ζητά από αυτόν λεπτομερή και ακριβή περιγραφή της ασθένειας του και την ακριβή απάντηση στις ερωτήσεις του γιατρού. Παρακαλείται επίσης να διατηρήσει χαλαρό το μυϊκό και νευρικό του σύστημα για τη διευκόλυνση της εξέτασης και να εκκενώσει την ουροδόχο κύστη για τον προσδιορισμό της κατάστασης της κοιλιάς και των οργάνων της πυέλου. Στο σημείο αυτό, όταν πρόκειται για γυναίκα, η αδελφή εξηγεί ότι δεν πρόκειται να εκθέσει το άτομο περισσότερο απ' ότι χρειάζεται για μια επιτυχή εξέταση και ότι η ίδια θα παραμείνει κοντά του σ' όλο το διάστημα της εξέτασης.

Πριν από την εξέταση η αδελφή βεβαιώνεται ότι ο ασθενής είναι καθαρός και τον βοηθά να αφαιρέσει κάποια ενδύματα.

Το δωμάτιο, στο οποίο γίνεται η εξέταση πρέπει να φωτίζεται ικανοποιητικά και η θερμοκρασία να κυμαίνεται στους 25-27\*<sup>c</sup>, να μην υπάρχουν επισκέπτες, οι πόρτες και τα παράθυρα να είναι κλειστά και να επικρατεί ησυχία.

Κατά την εξέταση η αδελφή βοηθά τι γιατρό, δίνοντας στον ασθενή την κατάλληλη θέση και ελευθερώνοντας το εξεταζόμενο μέλος του σώματος από ό,τι το καλύπτει. Η αδελφή δίνει πληροφορίες στο γιατρό για τον ασθενή, οι οποίες είτε έπεσαν στην αντίληψή της είτε δόθηκαν από τον ασθενή σε αυτήν. Προσφέρει στο γιατρό τα απαιτούμενα εργαλεία για την εξέταση, γράφει τις ιατρικές οδηγίες και ενημερώνεται περισσότερο για τη γενική του κατάσταση<sup>97</sup>.

**Δακτυλική εξέταση:** Ενημερώνεται ο ασθενής. Ζητείται από τον ασθενή να γδυθεί και να ξαπλώσει στην εξεταστική κλίνη σε κατάλληλη θέση (εμβρυϊκή πλάι με τα γόνατα λυγισμένα στην κοιλιά). Η εξεταστική κλίνη έχει προετοιμασθεί με την τοποθέτηση ενός καθαρού χάρτινου καλύματος. Προσφέρεται στο γιατρό γάντι και βαζελίνη. Μετά την εξέταση, η αδελφή τακτοποιεί τον ασθενή στην θέση του.

Η εξέταση γίνεται με επισκόπηση και ψηλάφηση και αποβλέπει στην ανεύρεση τοπογραφικών ανωμαλιών και προσδιορισμό μεγέθους οργάνων, εμφάνιση νεοπλασιών, ραγάδων, δερματοπαθειών κλπ<sup>110</sup>.

**Βαριούχος υποκλυσμός:** Στο βαριούχο υποκλυσμό απαιτείται πολύ καλή προετοιμασία του ασθενούς. Ο ασθενής καταναλώνει μόνο υγρά 12 - 24 ώρες πριν την εξέταση, ώστε να μειωθεί το κοπρανώδες υλικό στο έντερο. Ο ασθενής δεν πρέπει να λάβει τίποτε από το στόμα μετά τα μεσάνυχτα της νύκτας πριν την εξέταση. Επιπρόσθετα, ο ιατρός χορηγεί ένα ισχυρό υπακτικό. Η από του στόματος λήψη υγρών, όπως το κιτρικό μαγνήσιο,

χρησιμοποιείται για τον καθαρισμό του εντέρου το απόγευμα πριν την εξέταση. Σε μερικές περιπτώσεις, χρειάζεται καθαρτικός υποκλυσμός, ανάλογα με το πρωτόκολλο της κάθε κλινικής<sup>61</sup>.

**Διαδικασία:** Κατά την έναρξη της εξέτασης, εισάγεται ένας καθετήρας από το ορθό με ένα διατεταμένο μπαλόνι. Περίπου 500-1000ml βαρίου ενσταλλάζονται αργά με τη βοήθεια της βαρύτητας και ο ασθενής καθοδηγείται να συγκρατήσει το βάριο. Ακτινογραφίες λαμβάνονται με τον ασθενή σε ύπτια, πρινή και πλάγια θέση. Κατά τη διάρκεια της εξέτασης, ο ασθενής αισθάνεται κοιλιακές κράμπες και την έντονη τάση να ενεργηθεί. Δίνονται οδηγίες στον ασθενή να παίρνει αργές, βαθιές ανάσες και να σφίγγει το σφιγκτήρα του πρωκτού όσο πιο πολύ μπορεί. Η εξέταση διαρκεί περίπου 45 λεπτά με μία ώρα. Σε μερικές περιπτώσεις, ζητείται διπλής εξέταση αντίθεσης. Σε αυτή την εξέταση, εισάγεται αέρας ώστε να ενισχυθεί η αντίθεση και να προσδιοριστούν μικρές αλλοιώσεις.

Μετά την ολοκλήρωση της εξέτασης, ο ασθενής επιτρέπεται να αποβάλλει το βάριο. Ο νοσηλευτής ακτινολογίας ή ο τεχνολόγος διδάσκουν τον ασθενή να πίνει άφθονα υγρά ώστε να βοηθήσει στην απέκκριση του βαρίου. Δίνεται ένα υπακτικό, ώστε να επισπευθεί η απομάκρυνση του βαρίου από τον εντερικό σωλήνα. Ο ασθενής ενημερώνεται ότι τα κόπρανά του θα έχουν το χρώμα της κιμωλίας για περίπου 24-72 ώρες, μέχρι να αποβληθεί όλο το βάριο.

**Κολοσκόπηση - ορθοσιγμοειδοσκόπηση:** ο ασθενής λαμβάνει υδαρή διαίτα για 12 έως 14 ώρες πριν από την κολonosκόπηση και παραμένει νηστικός για 6 έως 8 ώρες πριν από την εξέταση. το απόγευμα πριν από την εξέταση γίνεται από του στόματος προετοιμασία για τον καθαρισμό του εντέρου, που περιλαμβάνει, για παράδειγμα, διάλυμα ηλεκτρολυτών πολυεθυλενικής γλυκόλης (GoLYTELY) ή φωσφορικό νάτριο . αυτό μπορεί να επαναληφθεί και το πρωί της ίδιας μέρας . τα διαλύματα θα πρέπει να είναι δροσερά, για να είναι πιο ανεκτά. Δίνουμε οδηγίες στον ασθενή να πιεί το διάλυμα γρήγορα. Αυτά\_τα διαλύματα προκαλούν υδαρή διάρροια, που ξεκινά περίπου σε μια ώρα από την λήψη. το έντερο καθαρίζει σε περίπου 4 με 5 ώρες. σε μερικές περιπτώσεις, ο ασθενής μπορεί να χρειαστεί υπακτικά, υπόθετα [ π.χ βισακοδύλη (dulcolac)] ή έναν ή περισσότερους υποκλισμούς. Για τη χορήγηση ελαφράς καταστολής είναι απαραίτητη η τοποθέτηση ενδοφλέβιας γραμμής. Η προετοιμασία του εντέρου είναι απαραίτητη τόσο για την ενδοσκοπική διαδικασία και όσο για την εικονική κολonosκόπηση<sup>61</sup>.

Κατά την διάρκεια της εξέτασης ο ασθενής θα ξαπλώσει αναπαυτικά στο αριστερό πλευρό σε ένα εξεταστικό κρεβάτι στην αίθουσα ενδοσκοπήσεων. μια νοσηλεύτρια θα είναι μαζί κατά την διάρκεια της εξέτασης. ο γιατρός θα του χορηγήσει ενδοφλέβια κάποιο ηρεμιστικό φάρμακο από κάποια από τις φλέβες του χεριού για να είναι ήρεμος. Η εξέταση διαρκεί 15 - 30 λεπτά. κατά την διάρκεια της κολonosκόπησης ο γιατρός θα βάζει αέρα στο έντερο για να διατείνονται τα τοιχώματα και μπορεί να εντοπίσει κάποια πάθηση, εάν υπάρχει

112

### **Φροντίδα ασθενούς μετά την κολonosκόπηση:**

- Δεν επιτρέπουμε στον ασθενή να λάβει τίποτε από το στόμα μέχρι να ανανήψει από την καταστολή και ανακτήσει πλήρως τις αισθήσεις τους.
- Λαμβάνουμε τα ζωτικά σημεία κάθε 15 με 30 min μέχρι ο ασθενής να είναι σε εγρήγορση.
- Διατηρούμε τα προστατευτικά κάγκελα κλίνης μέχρι να συνέλθει εντελώς.
- Αξιολογούμε για αιμοραγία από το ορθό ή πήγματα
- Του υπενθυμίζουμε ότι για μερικές ώρες είναι αναμενόμενο ένα αίσθημα πληρότητας και ήπιες κοιλιακές κράμπες.
- Αξιολογούμε για καταστάσεις όπως διάτρηση εντέρου, συμπεριλαμβανομένου πολύ ισχυρού πόνου και ευαισθησίας. Ο πυρετός μπορεί να εμφανιστεί αργότερα.
- Αξιολογούμε για σημεία υποογκαιμικού shock, όπως ζάλη, ήπια κεφαλαλγία, πτώση αρτηριακής πίεσης, ταχυκαρδία, ωχρότητα και μεταβολή στο επίπεδο συνείδησης (ίσως να είναι και το πρώτο σημείο).
- Αν η εξέταση γίνεται σε εξωτερικό ασθενή, τότε θα πρέπει να μεριμνήσουμε να συνοδεύσει κάποιος άλλος τον ασθενή στο σπίτι του <sup>61</sup>.

## **9.4 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που αντιμετωπίζεται χειρουργικά**

Κάθε ασθενής που υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση σήμερα επωφελείται από την πρόοδο στις χειρουργικές τεχνικές, την αναισθησία, τη φαρμακολογία, τις ιατρικές συσκευές και τις υποστηρικτικές παρεμβάσεις. Η διερεύνηση των βέλτιστων πρακτικών αποδίδει βελτιωμένη έκβαση σε όλο το φάσμα της περιεγχειρητικής νοσηλείας.

Ανταποκρινόμενοι στις συνεχόμενες τροποποιήσεις του συστήματος παροχής φροντίδας υγείας, οι νοσηλευτές τροποποιούν τις παρεμβάσεις τους, παραμένοντας επικεντρωμένοι στη

φροντίδα του ασθενούς πριν(προεγχειρητικά), στη διάρκεια (διεγχειρητικά) και μετά το χειρουργείο (μετεγχειρητικά) <sup>113</sup>.

#### **9.4.1 Προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς**

Η προεγχειρητική περίοδος αρχίζει όταν ο ασθενής προγραμματίζεται για την χειρουργική επέμβαση και τελειώνει με τη μεταφορά του στο χειρουργείο. Ο νοσηλευτής οφείλει να λειτουργεί ως εκπαιδευτής, ως συνήγορος και ως προαγωγός της υγείας. Η προετοιμασία του ασθενούς είναι ζωτικής σημασίας για την έκβαση της επέμβασης. Στην προετοιμασία επικεντρώνεται η προεγχειρητική φροντίδα. Σ' αυτήν συμπεριλαμβάνεται η εκπαίδευση και κάθε παρέμβαση που απαιτείται για τον περιορισμό του άγχους, των επιπλοκών και την προαγωγή της συνεργασίας στη μετεγχειρητική περίοδο <sup>113</sup>.

Η αξία της προεγχειρητικής ενημέρωσης των ασθενών συμβάλλει στη μείωση του προεγχειρητικού άγχους, στην ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης, στη συμμόρφωση, στην έγκαιρη μετεγχειρητική αποκατάσταση και ακόμη μειώνει το κόστος νοσηλείας <sup>114</sup>.

#### **Η προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς συνίσταται σε:**

- α)** Γενική,
- β)** Τοπική
- γ)** Τελική προετοιμασία <sup>113</sup>.

#### **Γενική προεγχειρητική φροντίδα:** Περιλαμβάνει:

**A. Τόνωση ηθικού:** Κάθε χειρουργική διαδικασία συνοδεύεται από κάποια μορφή συγκινησιακής αντίδρασης του αρρώστου, η οποία μπορεί να οφείλεται:

- α.** στον φόβο της νάρκωσης
- β.** στον φόβο του αγνώστου
- γ.** στον φόβο αλλοίωσης του σωματικού ειδώλου
- δ.** στον φόβο αποχωρισμού από τα οικεία υποστηρικτικά συστήματα και από προηγούμενες δραστηριότητες.

Επιπλέον, ο χειρουργικός άρρωστος μπορεί να έχει οικονομικά προβλήματα, να στεναχωριέται για οικογενειακές ευθύνες και επαγγελματικές υποχρεώσεις και να φοβάται για πιθανές ανικανότητες, εξαιτίας της χειρουργικής επέμβασης και για την απώλεια ελέγχου και ανεξαρτησίας.



Η τόνωση του ηθικού του ασθενούς επιτυγχάνεται με την προσπάθεια της αδελφής:

- Να ανακαλύψει τις προσωπικές ανάγκες του ασθενούς και να τις ικανοποιήσει.
- Να καταλάβει τον ασθενή και να συμμεριστεί τη θέση του <sup>86,97</sup>.

**B. Τόνωση σωματική:** Επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη. Παράλληλα με την ενίσχυση αυτή του οργανισμού, σε εξασθενημένα άτομα καθώς και σε άτομα που θα υποστούν μεγάλη εγχείρηση κατά την οποία ο ασθενής δεν θα τρέφεται από το στόμα, γίνεται η τόνωση του οργανισμού και με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών (λευκωμάτων, βιταμινών κλπ.) ή άλλων στοιχείων του οργανισμού (αίματος, ηλεκτρολυτών κλπ.) η καλή θρέψη και ενυδάτωση προεγχειρητικά βοηθά στην αντιμετώπιση μετεγχειρητικού αρνητικού ισοζυγίου αζώτου και την ελλιπή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών επιπλοκών χωρίς συνέπειες. Ο άρρωστος με κακή θρέψη έχει μικρή αντοχή στο μετεγχειρητικό στρες και είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις λόγω μειωμένης άμυνας. Μπορεί να παρουσιάσει shock και αιμορραγία λόγω υποπρωτεϊναιμίας. Η επούλωση τραύματος καθυστερεί από υποπρωτεϊναιμία και ελάττωση βιταμίνης C.

Ιδιαίτερη προσοχή δίδεται στα παχύσαρκα άτομα τα οποίοι μπορεί να παρουσιάσουν μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως: διαπύση του τραύματος, εκσπλάχνωση, θρομβοφλεβίτιδα, πνευμονικές επιπλοκές, shock (από αφυδάτωση).

Επίσης ένας άλλος σημαντικός παράγοντας για την μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς είναι η ηλικία. Τα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν πιο εύκολα μετεγχειρητικά αφυδάτωση και βραδύτερο ρυθμό επούλωσης στις τραυματικές βλάβες. Χρόνια νοσήματα (κυκλοφορικού, αναπνευστικού) επιβαρύνουν την μετεγχειρητική κατάσταση <sup>86,97</sup>.

Αν ο άρρωστος παίρνει φάρμακα, όπως κορτικοειδή, αντιβιοτικά, διουρητικά και αντιπηκτικά κρίνεται αν πρέπει να συνεχιστούν ή όχι, γιατί μπορεί να υπάρχει συνέργεια με τα αναισθητικά φάρμακα.

Η λειτουργία του εντέρου πρέπει να ρυθμίζεται καλά προεγχειρητικά με κατάλληλη διαίτα, όχι με υπακτικά γιατί προκαλούν υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές.

Όσον αφορά την καθαριότητα του σώματος, την παραμονή της επέμβασης, γίνεται λουτρό και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα για την πρόληψη μολύνσεων.

**Πληροφορημένη συγκατάθεση:** Για να αποκτήσει το δικαίωμα να επέμβει χειρουργικά σ' έναν άρρωστο, ο χειρουργός, πρέπει να εξασφαλίσει προηγουμένως εκούσια και πληροφορημένη συγκατάθεση του αρρώστου ή των συγγενών του.

#### **Διαγνωστικές εξετάσεις:**

Σε όλους, γενικώς, τους αρρώστους γίνονται οι παρακάτω εξετάσεις:

- Γενική αίματος (Ht, Hb, αριθ. ερυθρών, λευκών και αιμοπεταλίων λευκοκυτταρικός τύπος)
- Γενική ούρων
- Ταχύτητα καθίζησης ερυθρών
- Χρόνος προθρομβίνης, INR
- Ομάδα, Rhesus
- Βιοχημικές εξετάσεις αίματος: σάκχαρο, ουρία, κρεατινίνη, ηλεκτρολύτες, τρανσαμινάσες, χοληστερίνη
- Wassermann – VDRL
- HIV
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα
- Ακτινογραφία θώρακος

Ανάλογα με τη συγκεκριμένη περίπτωση ακολουθεί και σειρά ειδικών εξετάσεων.

#### **Διδασκαλία αρρώστου**

**Τεχνική διαφραγματικής αναπνοής:** σκοπός της είναι η ισχυροποίηση του διαφράγματος (μεγαλύτερος αναπνευστικός μυς).

**Αποτελεσματικό βήχα:** σκοπός είναι η αποτελεσματική αποβολή των εκκρίσεων για πρόληψη μετεγχειρητικών πνευμονικών προβλημάτων.

**Ασκήσεις κάτω άκρων- αλλαγή θέσης:** γίνονται για τη βελτίωση της κυκλοφορίας του αίματος και την πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας και μόνιμων μυϊκών συσπάσεων.

**Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου:** Πάντοτε η αναμονή εγχειρήσεως προκαλεί αγωνία και φόβους. Αυτά, προδιαθέτουν στη μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία και ακόμη στην εμφάνιση επιπλοκών. Για την αποφυγή της αυπνίας, και εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου, χορηγείται στον ασθενή τη νύχτα της παραμονής της επέμβασης ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο. Επίσης λαμβάνονται κατάλληλα μέτρα όπως πρόληψη θορύβων, μείωση φωτός, απομάκρυνση επισκεπτηρίου.

### **Τοπική Προεγχειρητική Φροντίδα**

Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Αυτή συνίσταται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις. Η θέση και η έκταση της προετοιμασίας του εγχειρητικού πεδίου εξαρτάται από το είδος της εγχειρήσεως και πρέπει να περιλαμβάνει αρκετή έκταση γύρω από το σημείο της τομής<sup>97</sup>.

### **Τελική Προεγχειρητική Φροντίδα**

- Παραμένει νηστικός, το πρωί της ίδιας μέρας
- Τοποθετείται ταυτότητα χεριού με το ονοματεπώνυμο του αρρώστου και την κλινική που ανήκει για πρόληψη πιθανού λάθους
- Αφαιρούνται φακοί επαφής ή γυαλιά για πρόληψη τραυματισμού και εύκολο έλεγχο της κόρης του οφθαλμού κατά τη νάρκωση
- Αφαιρούνται και δακτυλίδια για να μη χαθούν. Καταγράφονται και παραδίδονται στους οικείους ή την προϊσταμένη. Άλλος λόγος που αφαιρούνται είναι για πρόληψη εγκαύματος από τη διαθερμία σε περίπτωση επαφής με το μεταλλικό πλαίσιο της χειρουργικής τράπεζας. Για τον ίδιο λόγο και για πρόληψη τραυματισμού αφαιρούνται τσιμπιδάκια και φουρκέτες.
- Αφαιρούνται τεχνητά δόντια και οδοντοστοιχίες, γιατί λόγω της μυϊκής χάλασης από τη νάρκωση, είναι δυνατόν να μετακινηθούν και να αποφράξουν την αναπνευστική οδό με

σοβαρές συνέπειες ασφυξίας ή θανάτου. Φυλάσσονται σε ατομικό δοχείο με το όνομα του αρρώστου.

- Τα βαμμένα χείλη ή νύχια καθαρίζονται, για τον έλεγχο της οξυγόνωσης του αρρώστου. Η κυάνωση των νυχιών και των χειλιών είναι κριτήριο κακής οξυγόνωσης.
- Πριν την επέμβαση ο άρρωστος ουρεί. Μια γεμάτη κύστη μπορεί να κενωθεί στο χειρουργικό τραπέζι λόγω μυϊκής χάλασής της από τη νάρκωση ή να τρωθεί κατά την επέμβαση.
- Ο άρρωστος φορά την ειδική στολή χειρουργείου: χειρουργικό πουκάμισο, ποδονάρια, κάλυμμα κεφαλής για λόγους καθαριότητας και διευκόλυνσης των χειρουργών.
- Γίνεται προνάρκωση (IM) ½ -1 h πριν τη μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο. Περιλαμβάνει τη χορήγηση ½ amp πεθιδίνης (0,05gr) για την καταστολή των εκκρίσεων.
- Γίνεται λήψη ζωτικών σημείων.
- Όταν ετοιμαστεί ο άρρωστος συμπληρώνονται όλα τα στοιχεία στο προεγχειρητικό δελτίο. Το προεγχειρητικό δελτίο, ο φάκελος του αρρώστου και τα φάρμακα – αν έχει – τον συνοδεύουν στο χειρουργείο. Στο τέλος το προεγχειρητικό δελτίο υπογράφεται από το νοσηλεύτη.
- Ο άρρωστος μεταφέρεται στο χειρουργείο με φορείο από προσωπικό του χειρουργείου.
- Ενημερώνεται το θερμομετρικό διάγραμμα (σήμα χειρουργείου και μετεγχειρητικές μέρες) και το δελτίο.

Μετά την αποχώρηση του ασθενούς για το χειρουργείο, η αδελφή αερίζει το θάλαμο και ετοιμάζει το κρεβάτι, το κομοδίνο και γενικά το περιβάλλον του ασθενούς<sup>86,97</sup>.

### **Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς**

Επιστρέφοντας ο άρρωστος από το χειρουργείο, ο νοσηλεύτης φροντίζει τα εξής:

- Βοηθά στη μεταφορά του αρρώστου από το φορείο στο κρεβάτι με ήπιες και συγχρονισμένες κινήσεις.
- Ο άρρωστος τοποθετείται σε κατάλληλη θέση μέχρι να ανανήψει.
- Τον σκεπάζει για να μην κρυώνει.
- Τοποθετεί τις παροχετεύσεις, ελέγχονται οι συνδέσεις τους και η κανονική τους ροή.
- Συνδέει τη συσκευή οξυγόνου – εάν χρειάζεται.
- Ελέγχει τα ζωτικά σημεία για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης

- Ελέγχει το τραύμα μήπως αιμορραγεί (εξωτερικές γάζες). Αν δει κάτι, περιχαρακώνει το σημείο με μαρκαδόρο μπλε ή μαύρο.
- Παρακολουθεί για τυχόν μετεγχειρητικές επιπλοκές.
- Μέχρι την πλήρη ανάνηψη του ασθενούς, λαμβάνει ζωτικά σημεία ανά 1-3h.
- Ελέγχει το επίπεδο συνείδησης και κίνησης των κάτω άκρων, που αφορούν τη νευρολογική κατάσταση του αρρώστου.
- Τον ανακουφίζει από τον πόνο και τη δυσφορία .
- Ενθαρρύνει να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει, να κινεί τα κάτω άκρα.
- Εκτιμά τη λειτουργία των νεφρών: ποσό ούρων, μέτρηση και αναγραφή σε ειδικό πίνακα προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών, πιθανή επίσχεση ούρων. Αν έχει καθετήρα κύστεως ελέγχει τη θέση και τη λειτουργία του.
- Παρακολουθεί την ενδοφλέβια έγχυση, τύπο διαλύματος, ποσόν, ρυθμό ροής, σημείο φλεβοκέντησης, προβλέπει την έγκαιρη αντικατάσταση της φιάλης του ορού.
- Ενημερώνει το δελτίο νοσηλείας και σημειώνει: Ώρα επιστροφής αρρώστου από το χειρουργείο
- Ζωτικά σημεία και γενική κατάσταση
- Ενδοφλέβια έγχυση ορού, μετάγγιση ή άλλου διαλύματος
- Αν έχει παροχέτευση, καθετήρα
- Αν παίρνει οξυγόνο ή κάτι άλλο. Στο τέλος υπογράφει <sup>86,97,113</sup>.

## **9.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στις μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές**

### **Πόνος**

#### **Νοσηλευτικές ευθύνες:**

Εντόπιση πόνου και διαπίστωση χαρακτηριστικών του, επισκόπηση τραύματος, έλεγχος παροχετεύσεων, εξασφάλιση συνθηκών περιβάλλοντος, αναπαιτικής θέσης και massage, απόσπαση προσοχής ασθενούς για αύξηση ορίου ανοχής του, πόνου, χορήγηση αναλγητικών με προσοχή.

### **Ναυτία -Εμετός**

#### **Νοσηλευτικές ευθύνες:**

Πλάγια θέση κεφαλής για πρόληψη εισρόφησης

Συγκράτηση τραύματος

Σύσταση για βαθιές αναπνοές  
Χορήγηση αντιεμετικών  
Καταγραφή και αναφορά παρατεταμένων εμέτων  
Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα Levin  
Παρακολούθηση για τυμπανισμό και λόξυγκα σε υποψία ειλεού  
Καθαριότητα στόματος και ασθενούς

### **Δίψα**

Νοσηλευτική φροντίδα:  
Χορήγηση υγρών ανάλογα με περίπτωση  
Περιποίηση στόματος

### **Διάταση εντέρου**

Νοσηλευτική φροντίδα:  
Εφαρμογή σωλήνα αερίων για 20-30 λεπτά  
Χαμηλός υποκλυσμός  
Κινητοποίηση αρρώστου

### **Διάταση κύστης**

Νοσηλευτική φροντίδα:  
Εφαρμογή φυσικών μέσων (άνοιγμα βρύσης) καθιστική ή ημικαθιστική θέση, βάδιση, χύσιμο νερού στα γενετικά όργανα  
Καθετηριασμός κύστεως

### **Ανησυχία δυσφορία**

Νοσηλευτική φροντίδα:  
Ανακούφιση αρρώστου με αντιμετώπιση συμπτωμάτων

### **Δυσκοιλιότητα**

Νοσηλευτική φροντίδα:  
Έγκαιρη έγερση αρρώστου για αύξηση περισταλισμού του εντέρου  
Λήψη άφθονων υγρών  
Προοδευτικά χορήγηση τροφών με υπόλειμμα  
Χορήγηση υπακτικών

Χαμηλός υποκλυσμός

### **Μετεγχειρητικές επιπλοκές**

#### **Αιμορραγία: Νοσηλευτική φροντίδα**

- Τοποθέτηση αρρώστου σε θέση shock
- Χορήγηση μορφίνης για να ηρεμήσει ο άρρωστος
- Τοποθέτηση του αιμοραγούντος σημείου σε ανάροπη θέση
- Μετάγγιση αίματος

#### **Shock ή καταπληξία: Νοσηλευτική φροντίδα**

- Τοποθέτηση αρρώστου σε ύπτια ή οριζόντια θέση με τα κάτω άκρα ανυψωμένα
- Θέρμανση του ασθενούς
- Περιορισμός των κινήσεων του ασθενούς στο ελάχιστο
- Καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος, ορού ή πλάσματος
- Λήψη ζωτικών σημείων συχνά
- Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης

#### **Πνευμονική εμβολή: Νοσηλευτική φροντίδα**

- Καθιστή θέση ασθενούς στο κρεβάτι
- Αναπνευστικές κινήσεις
- Ελεύθερες και συχνές κινήσεις των κάτω άκρων μετά το πρώτο 24ωρο
- Έγερση ασθενούς όταν το επιτρέψει η κατάσταση του
- Αποφυγή στενής επίδεσης του στήθους ή της κοιλιάς

#### **Πνευμονία ατελεκτασία: Νοσηλευτική φροντίδα**

- Ταχεία απονάρκωση
  - Συχνή αλλαγή της θέσεως του ασθενούς
  - Ενθάρυνση να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει και να κάνει κινήσεις άκρων\-
- Περποίηση στόματος και αντισηψία ρινοφάρυγγα

#### **Θρομβοφλεβίτιδες: Νοσηλευτική φροντίδα**

- Αποφυγή πιέσεως πάνω στις κνήμες
- Έγκαιρο σήκωμα από το κρεβάτι

- Ασκήσεις κάτω άκρων για επιβοήθηση της κυκλοφορίας
- Αποφυγή εντριβών των άκρων

#### **Παραλυτικός ειλεός: Νοσηλευτική φροντίδα**

- Έγκαιρη αποβολή του ναρκωτικού
- Καλή προεγχειρητική καθαριότητα του εντερικού σωλήνα
- Έγκαιρη έγερση του ασθενούς
- Αποφυγή υγρών που προκαλούν αέρια
- Ελαφρά στροφή του ασθενούς στο πλάι
- Τοποθέτηση σωλήνα αερίων
- Τοποθέτηση θερμοφόρας στο επιγάστριο
- Χορήγηση φαρμάκων που αυξάνουν τον περισταλτισμό του εντέρου

#### **Λοίμωξη: Νοσηλευτική φροντίδα**

- Διατήρηση ασηψίας κατά τις αλλαγές
- Καθαριότητα περιβάλλοντος
- Διάνοιξη και παροχέτευση του τραύματος
- Έκπλυση τραύματος με ζεστή αντισηπτική διάλυση
- Χορήγηση αντιβίωσης
- Χρήση και τοποθέτηση θερμών επιθεμάτων
- Τήρηση σωστών κανόνων υγιεινής

#### **Ρήξη ραμμάτων - Εκσπλάχνωση: Νοσηλευτική φροντίδα**

- Τοποθέτηση ασθενούς σε ύπτια θέση αναπαυτική θέση με κάμψη των ΓΟΝΑΤΩΝΓΙΑ να μειωθεί η κοιλιακή διάταση
- Τοποθέτηση αποστειρωμένου τετραγώνου βρεγμένο με φυσιολογικό ορό πάνω στο τραύμα ή την εκσπλάχνωση και στερεώνεται πιεστικά
- Χρησιμοποίηση ειδικού επιδέσμου

Στις περιπτώσεις αυτές ο γιατρός ειδοποιείται αμέσως και ο ασθενής μεταφέρεται στο χειρουργείο για ανάταξη των σπλάχνων και συρραφή του τραύματος<sup>86,97,116,117,118</sup>.



## **9.6 Πλύση κολοστομίας**

### **Σκοποί:**

- Να βοηθήσει στο άσειασμα του κόλου από το περιεχόμενο του:κόπρανα, αέρια, βλέννα.
- Να καθαρίσει το περιφερικό τμήμα του εντέρου.
- Να βοηθήσει σε μια προγραμματισμένη κένωση του εντέρου, ώστε να είναι δυνατή η ανάληψη κανονικών δραστηριοτήτων από το άτομο.

### **Αντικείμενα:**

1. Δοχείο υγρού πλύσης
2. Δοχείο για το υγρό πλύσης
3. Υγρό πλύσης 500 mL (χλιαρό νερό βρύσης ή αλατούχο διάλυμα, 4g αλάτι σε 500mLνερού ή άλλο διάλυμα που παράγγειλε ο γιατρός) θερμοκρασίας 40,5 οC.
4. Καθετήρα από μαλακό ελαστικό Νο 22 ή 24, με κάποιο είδος θωράκισης για παρεμπόδιση της προς τα πίσω ροής του υγρού πλύσης (ή μαλακό ελαστικό ή πλαστικό κώνο Laird tip).
5. Μανίκι ή περίβλημα πλύσης, αυτοκόλλητο ή συγκρατούμενο με ζώνη (μπορεί ακόμα να χρησιμοποιηθεί ένα τυλιγμένο σε ρολό αδιάβροχο για παροχέτευση του υγρού πλύσης).
6. Πλαστικός σάκος για συλλογή των υγρών γαζών και του σάκου μιας χρήσης.
7. Χαρτί τουαλέτας και υδατοδιαλυτή γλισχρνητική ουσία.
8. Λαβίδα Kocher.

### **Νοσηλευτική ενέργεια - Φάση προετοιμασίας:**

1. Διαλέξτε τον κατάλληλο χρόνο για την πλύση κάντε την ίδια πάντα ώρα της κάθε ημέρας.
2. Ενημερώστε τον άρρωστο για το είδος της νοσηλείας και προτρέψτε τον να παρακολουθεί τη διαδικασία, ώστε να είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετείται στο μέλλον.
3. Κρεμάστε το δοχείο πλύσης με το διάλυμα σε ύψος 45 - 50 cm πάνω από το στόμιο (στο ύψος του ώμου όταν ο άρρωστος κάθετα).
4. Βάλτε τον άρρωστο να καθίσει στη λεκάνη της τουαλέτας ή σε μια καρέκλα μπροστά στην τουαλέτα.
5. Αφαιρέστε τις γάζες και το σάκο και βάλτε τα στον πλαστικό σάκο ακρήστων.

### **Φάση εκτέλεσης:**

- Τοποθετήστε το μανίκι πλύσης ή το περιβλήμα στο στόμιο και το άλλο άκρο του μέσα στην λεκάνη.
- Αφήστε λίγο διάλυμα να τρέξει μέσα απο το σωλήνα και τον καθετήρα ή κώνο.
- Αλείψτε τον καθετήρα ή κώνο με γλισχραντική ουσία και ήπια βάλτε τον μέσα στο στόμιο. Ο καθετήρας να μην μπει πάνω από 8cm. Πιέστε το στήριγμα του καθετήρα ή τον κώνο απαλά αλλά σταθερά προς το στόμιο, για να εμποδιστεί η επιστροφή του υγρού.
- Αν ο καθετήρας δεν προχωρεί εύκολα, αφήστε το νερό να ρέει αργά, ενώ ήπια θα σπρώχνετε τον καθετήρα. ΠΟΤΕ ΜΗΝ ΒΙΑΖΕΤΕ ΤΟΝ ΚΑΘΕΤΗΡΑ.
- Αφήστε το νερό να μπει στο κόλο αργά. Αν ο άρρωστος αισθανθεί κράμπα, κλείστε το σωλήνα και αφήστε τον άρρωστο να ξεκουραστεί, προτού προχωρήσετε. το νερό πρέπει να μπει σε 5-10 min.
- Κρατήστε το στήριγμα του καθετήρα ή τον κώνο στη θέση του για 10 sec μετά την είσοδο του νερού. Μετά, ήπια αφαιρέστε το .
- Αφήστε 10 - 15 min για την μέγιστη επιστροφή. Κατόπιν, στεγνώστε το κάτω άκρο του μανικιού ή περιβλήματος και κλείστε το με λαβίδα Kocher.
- Αφήστε το μανίκι ή περιβλήμα στη θέση του για περίπου 20 min, καθώς ο άρρωστος θα σηκωθεί και θα κινηθεί.

### **Φάση παρακολούθησης**

1. Καθαρίστε την επιφάνεια με ήπιο σαπούνι και νερό και σπογγίστε την.
2. Επαλείψτε σκεύασμα καράγια ή άλλο φραγμό του περιστομιακού δέρματος. Αντικαταστήστε το σάκο με γάζες.
3. Καθαρίστε τα αντικείμενα με σαπούνι και νερό και στεγνώστε τα προτού τα φυλάξετε σε καλά αεριζόμενο χώρο<sup>61,115</sup>.

## **9.7 Εκπαίδευση ασθενούς με κολοστομία**

Η εκπαίδευση των ασθενών αλλά και των οικογενειών τους είναι πολύ σημαντική και αποτελεί καθήκον των νοσηλευτών που εργάζονται στον κλινικό χώρο<sup>127</sup>.

Κάθε άρρωστος με στομία, στο νοσοκομείο έχει τη φροντίδα και την υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού. Στη διάρκεια αυτή είναι σημαντικό να προετοιμάζεται για τη ζωή στο σπίτι του, όπου εκεί η υποστήριξη μπορεί να είναι λιγότερο διαθέσιμη.

Γι' αυτό λοιπόν καθήκον του νοσηλευτή είναι η ενημέρωση και διδασκαλία του ασθενή σχετικά με την ιδιαιτερότητα του, έτσι ώστε βγαίνοντας από το νοσοκομείο να αντιμετωπίσει όσο το δυνατόν λιγότερα προβλήματα. Αυτά για τα οποία θα ενημερώσουμε και θα διδάξουμε τον άρρωστο αναπτύσσονται παρακάτω <sup>128</sup>:

Η αντίληψη του σωματικού του ειδώλου όχι απλά απειλείται, αλλά είναι πραγματικότητα με όλες τις ψυχολογικές επιπτώσεις, όχι μόνον στο ίδιο το άτομο αλλά και στο περιβάλλον του. Συχνά ο ασθενής βιώνει αισθήματα άγχους, άρνησης, οργής, θυμού απόρριψης, ζήλιας για τους υγιείς ανθρώπους, ενοχής για την παρούσα κατάσταση της υγείας του, φόβο για την εξέλιξή της. Είναι λοιπόν καθήκον του νοσηλευτή:

- Να παρέχει εξατομικευμένη πληροφόρηση, προσαρμοσμένη στις ανάγκες του κάθε ασθενή.
- Να δημιουργήσει κλίμα εμπιστοσύνης, να τον στηρίξει ψυχολογικά, να τον ενθαρρύνει να εκφράσει τα συναισθήματά του.
- Να αποσαφηνίσει απορίες, παρερμηνείες και προκαταλήψεις.
- Να τονίσει ότι χιλιάδες είναι οι άνθρωποι που βρέθηκαν στην θέση του και ένοιωσαν τους ίδιους φόβους. Κι όμως έχουν αναρρώσει πλήρως και συνεχίζουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες <sup>128</sup>.

Ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών (96%) με κολοστομία αισθάνεται αδυναμία ανταπόκρισης στον ρόλο τους, όχι μόνον ως παράγοντα οικονομικής στήριξης της οικογένειας, αλλά και ως προς την ανατροφή των παιδιών, τις σπουδές τους, την οικονομική ενίσχυση και αποκατάστασή τους.

Η τεχνολογία σήμερα στηρίζει την ποιότητα ζωής, και με την εφευρετικότητά του ο άνθρωπος κατάφερε να διασώσει την ακεραιότητα του εντέρου. Πολλές φορές όμως η ριζικότητα της χειρουργικής επέμβασης μπορεί να προκαλέσει βλάβες και σεξουαλική δυσλειτουργία, που μπορεί να φθάνει μέχρι την ανικανότητα με όλες τις συνέπειες στον ψυχικό κόσμο του ατόμου.

Ας μην ξεχνούν στο σημείο αυτό οι κολοστομημένοι ασθενείς ότι ο σύντροφός τους εκτιμά περισσότερο την προσωπικότητά τους, την αμοιβαία τους αγάπη και προσφορά στον γάμο και την οικογένειά τους <sup>129</sup>.

Ο άρρωστος πρέπει να γνωρίζει ότι με την πάροδο του χρόνου το οίδημα και ο ερεθισμός του στομίου υποχωρούν και επέρχεται πλήρης σχηματισμός του, χωρίς βέβαια να υπάρχει σφικτήρας. Η πλήρης και κανονική λειτουργία της κολοστομίας χρειάζεται 3- 4 εβδομάδες, γι' αυτό θα πρέπει να ενημερωθεί και να εφησυχασθεί ο άρρωστος. Τότε η νοσηλευτική φροντίδα του στομίου δεν απαιτεί αποστειρωμένο υλικό και αντικείμενα, αλλά καθαρά.

Στις προσωρινές κολοστομίες δεν απαιτείται ιδιαίτερη φροντίδα εκτός από την περποίηση του δέρματος, γιατί η εξέλκωσή του θα επιμηκύνει το χρόνο σύγκλησής τους<sup>130</sup>.

Στις περισσότερες περιπτώσεις τα άτομα δεν μπορούν να ελέγξουν την αποβολή των κοπράνων από την κολοστομία τους, γι' αυτό καταφεύγουν στην εφαρμογή των ειδικών σάκων κολοστομίας. Μερικοί ασθενείς μπορεί να επιτύχουν έλεγχο της αποβολής κοπράνων με τις τακτικές πλύσεις και τη συστηματική κένωση του εντέρου σε συγκεκριμένη ώρα της ημέρας. Το έντερο αδειάζει τελείως με υποκλυσμό από την κολοστομία κάθε 24 - 28 ώρες.

Η μέθοδος αυτή είναι πολύ πρακτική, ακίνδυνη και αν γίνει σωστά είναι αποδεκτή από πολλούς ασθενείς. Με την επιτυχία της λύνονται πολλά προβλήματα, ιδιαίτερα ψυχολογικά. Η μέθοδος παρέχει πιο ομαλή καθημερινή ζωή, κοινωνική συναναστροφή, επαγγελματική δραστηριότητα, άρα και καλύτερη ψυχολογική κατάσταση των ασθενών, με λιγότερες τοπικές επιπλοκές<sup>131</sup>.

Πριν την έξοδό τους από το νοσοκομείο οι ασθενείς ή εκείνοι που τους φροντίζουν θα πρέπει να γνωρίζουν:

- α. την κανονική εμφάνιση της στομίας.
- β. Σημεία και συμπτώματα των επιπλοκών.
- γ. Μέτρηση στομίας.
- δ. Επιλογή, χρήση, περιποίηση και εφαρμογή του κατάλληλου επιθέματος για να καλυφθεί η στομία.
- ε. Μέτρα προστασίας για το δέρμα γύρω από τη στομία.
- στ. Διατροφικά μέτρα για τον έλεγχο των αερίων και των οσμών.

ζ. Επαναφορά στις κανονικές δραστηριότητες, την εργασία, τις μετακινήσεις, τις σεξουαλικές σχέσεις<sup>69</sup>.

Αξίζει να σημειωθεί ότι έρευνα στο IPO (oncology, institute of Portugal) έδειξε ότι χρειάζονται 4 ημέρες για να εκπαιδευτεί στην περποίηση της κολοστομίας ένας ασθενής. Τέσσερις μέρες που θα βελτιώσουν τη ζωή του<sup>128</sup>.

Ο έλεγχος της στομίας, η επιστροφή στην πλήρη κοινωνική και επαγγελματική ζωή, η καλή φυσική και ψυχολογική κατάσταση είναι στοιχεία μιας παρατεταμένης διεργασίας με την οποία ο νοσηλευτής μπορεί να συμβάλλει καθοριστικά στη μετέπειτα πορεία της ζωής του αρρώστου, αλλά και στη βελτίωση της ποιότητας. Σχετικές έρευνες αποδεικνύουν ότι οι ασθενείς, που τους έγινε διδασκαλία πριν και μετά την χειρουργική επέμβαση, παρέμειναν λιγότερο χρόνο στο νοσοκομείο, παρουσίασαν λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές, υπέφεραν λιγότερο πόνο, και επανήλθαν στο κοινωνικό σύνολο και τις φυσιολογικές τους δραστηριότητες, πιο σύντομα από αρρώστους που δεν τους έγινε καμία διδασκαλία<sup>128,129</sup>.

## **9.8 Διαιτολογικές συστάσεις σε ασθενείς με κολοστομία**

Οι ασθενείς με κολοστομία μπορούν εύκολα να διατηρήσουν μια ισορροπημένη διατροφή. Σε μερικές περιπτώσεις είναι απαραίτητη η απαγόρευση κάποιων τροφών ώστε να ελεγχθεί η ποσότητα των κοπράνων τους και να επιτευχθεί καλύτερη απορρόφηση θρεπτικών συστατικών. Είναι σημαντικό να έχετε στο νου σας ότι κάθε ασθενής και τύπος χειρουργείου είναι διαφορετικός και συνεπώς δεν υπάρχουν τυποποιημένες συστάσεις που ισχύουν για όλους τους ασθενείς. Οι περισσότεροι ασθενείς μετά κάποιο χρονικό διάστημα επιστρέφουν σε μια φυσιολογική διαίτα<sup>132</sup>.

Ειδικοί παράμετροι που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη είναι:

- Αποφυγή πολυφαγίας και ακατάστατων γευμάτων, καλή μάσηση της τροφής.
- Εξατομίκευση της διαίτας, ώστε να είναι πλήρης και να μη δημιουργεί διάρροια ή δυσκοιλιότητα.
- Τα φρούτα, οι χυμοί φρούτων και οι ντομάτες μπορεί να προκαλέσουν συχνές κενώσεις. Η μύρα μπορεί να ενεργήσει ως υπακτικό και να δημιουργήσει αέρια.
- Αποφυγή σιτίων που δημιουργούν οσμές (κρεμμύδια, ορισμένα λαχανικά, αυγά, ψάρια, φασόλια)

- Το γιαούρτι, ο χυμός ενός είδους μούρου και το αποβουτυρωμένο γάλα μειώνουν τις οσμές των κοπρανωδών μαζών.
- Οι οσμές μπορεί να τεθούν κάτω από έλεγχο με τη λήψη ενός ή δύο δισκίων υποανθρακικού ή υπογαλλικού βισμούθιου την ώρα του φαγητού και προ του ύπνου.
- Η μεγάλη ποσότητα αερίων οφείλεται στον αέρα που καταπίνεται, σε φαγητά με πολλά καρυκεύματα και στα αεριούχα ποτά.
- Αποφυγή σιτιών που δημιουργούν αέρια: φασόλια, λαχανικά, κρεμμύδια, ραδίκια, αγγούρια  
86,115

## 9.9 Επίδραση της κολοστομίας στον τρόπο ζωής του ασθενούς

Μετά την εγχείρηση οι κολοστομηθέντες μπορούν να ζουν και πάλι μια φυσιολογική ζωή με κάποιες βέβαια μικρές αλλαγές. Δεν τους εμποδίζει η κολοστομία να συμμετέχουν στις δραστηριότητες που επιθυμούν, αλλά κυρίως η ψυχολογική τους διάθεση. Η απόδευση είναι φυσιολογική διαδικασία του οργανισμού και γι' αυτό δε θα πρέπει να ντρέπονται που φορούν σάκο. Μετά από λίγο, όταν θα έχουν συνηθίσει τη διαδικασία αλλαγής του σάκου, δεν θα το σκέφτονται πια πολύ.

**Ενδυμασία:** Ο σάκος δεν φαίνεται κάτω από τα συνηθισμένα ρούχα, γι' αυτό μπορούν να φορούν τα ίδια ρούχα που φορούσαν και πριν από την εγχείρηση. Αν όμως φορούν πολύ εφαρμοστά ρούχα τότε θα γίνει αντιληπτός.

**Σωματική υγιεινή:** Μπορούν να πλένονται και να κάνουν μπάνιο όπως το συνήθιζαν με ή χωρίς το σάκο ή τη βάση. Η επαφή του στομίου με το νερό δεν δημιουργεί κανένα πρόβλημα και δεν θα αισθανθούν καμία ενόχληση. Προτείνουμε όταν πλένονται να μην χρησιμοποιούν γύρω από το στόμιο σαπούνι που αφήνει υπολείμματα πάνω στο δέρμα γιατί μπορεί να μειώσει την απόδοση του κολλητικού.

**Σεξουαλικές σχέσεις:** Πρέπει να συζητούν για την στόμια τους με τον ερωτικό τους σύντροφο και ιδιαίτερα σε σχέση με την ερωτική τους ζωή. Όταν γίνει αυτό, πολλοί άνθρωποι απολαμβάνουν την ίδια ερωτική ζωή, που είχαν και πριν την εγχείρηση. Μερικοί άνθρωποι τείνουν να πιστέψουν ότι το στόμιο αποτελεί εμπόδιο για την ερωτική τους ζωή. Πρέπει όμως να προσέξουν για να μην δημιουργηθεί ένα πρόβλημα εκεί που δεν υπάρχει. Μπορεί αυτοί να ντρέπονται, ενώ ο σύντροφος τους να δέχεται το στόμιο τους και να ελπίζει ότι θα το ξεχάσουν σύντομα. Αδειάστε το σάκο πριν από την ερωτική επαφή.

**Εργασία:** Το χρονικό διάστημα που θα περάσει μέχρι να επιστέψουν στην δουλεία τους εξαρτάται κυρίως από τη γενικότερη κατάσταση της υγείας τους και τις δυνάμεις του οργανισμού τους. Θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να συμβουλευόμαστε τον ιατρό τους. Σε περίπτωση που η εργασία τους αφορά άρση βαρέων αντικειμένων τότε θα πρέπει να περιμένουν μέχρι να υπάρξει πλήρης ίαση των κοιλιακών μυών για να επανέλθουν σε αυτήν. Αυτό είναι πολύ πιθανό να διαρκέσει αρκετούς μήνες.

**Άθληση:** Οι περισσότεροι μπορούν να συνεχίζουν να αθλούνται όπως και πριν από την εγχείρηση. Δεν τους εμποδίζει το στόμιο να αθλούνται, όλα εξαρτώνται από το πόσο άνετα αισθάνονται. Μπορούν επίσης να κολυμπήσουν στη θάλασσα ή σε πισίνα, εάν το επιθυμούν

133

**Ταξίδια:** Η κολοστομία δεν τους εμποδίζει να ταξιδεύουν. Μπορούν να αγοράσουν σάκους και εξαρτήματα στις περισσότερες χώρες. Όμως για να είναι σίγουροι θα πρέπει να βεβαιωθούν ότι έχουν πάρει ότι χρειάζεται μαζί τους. Όταν επισκέπτονται ζεστές χώρες, θα πρέπει να έχουν υπόψη τους ότι θα ιδρώσουν περισσότερο και ότι θα χρειαστούν περισσότερους σάκους ή βάσεις από ότι συνήθως. Η ζέστη μπορεί επίσης να ταλαιπωρήσει το δέρμα τους, γι' αυτό να πάρουν μαζί τους και μερικά προϊόντα καθαρισμού και περιποίησης του δέρματος.

**Εγκυμοσύνη:** Η κολοστομία δεν αποτελεί αντένδειξη για φυσιολογική κύηση. Πληροφορούμε την μέλλουσα μητέρα ότι το μέγεθος του στομίου καθώς προχωράει η εγκυμοσύνη αλλάζει, διότι αλλάζει το σχήμα της κοιλίας. Γι' αυτό θα χρειαστεί προσαρμογή στο υλικό που χρησιμοποιείται για την κολοστομία<sup>93</sup>.

**Ύπνος:** Το άτομο με κολοστομία μπορεί να πάρει την θέση που τον ξεκουράζει κατά τον ύπνο. Οποιαδήποτε θέση μπορεί να ληφθεί κατά τον ύπνο<sup>115</sup>.

**Φάρμακα:** Οι άρρωστοι με κολοστομία πρέπει να γνωρίζουν ότι δεν μπορούν να παίρνουν φάρμακα χωρίς ιατρική οδηγία. Θα πρέπει να γνωρίζουν ότι μερικά φάρμακα αποχρωματίζουν τα κόπρανα και προκαλούν ασυνήθιστες οσμές. Θα πρέπει να ελέγχουν το σάκο της κολοστομίας μετά την έναρξη ενός φαρμάκου για να γνωρίζουν τα φάρμακα που τους προκαλούν δυσκοιλιότητα<sup>93</sup>.

## **9.10 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία**

Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας εξαρτώνται από το είδος του φαρμάκου ή τον συνδυασμό αυτών, την δόση, την οδό χορηγήσεως. Εν τούτοις όμως ο βαθμός έντασης των παρενεργειών αυτών, εξαρτάτε από το βαθμό ευαισθησίας στη χημειοθεραπεία του κάθε ασθενούς ξεχωριστά, η οποία επηρεάζεται από την εκάστου εργένικη και ψυχολογική κατάσταση του <sup>86,119</sup>.

### Προβλήματα του αρρώστου

1. Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας που οφείλεται στην μειωμένη παράγωγή αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες.
2. Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις (ελαττωμένα λευκά, ανοσοκαταστολή)
3. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, διάρροιες)
4. Διαταραχή ηλεκτρολυτών – υγρών (έμετοι, διάρροιες)
5. Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος.
6. Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής του σωματικού ειδώλου (αλωπεκία, σκούρο δέρμα) <sup>86</sup>

### Σκοποί φροντίδας:

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

### Παρέμβαση:

1. Εξασφάλιση καθαρού και ήρεμου περιβάλλοντος.
2. Ενημέρωση του ασθενή για την θεραπεία και τις τυχόν παρενέργειες.
3. Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή.
4. Κατάλληλη διατροφή (πλούσια σε λευκώματα, όχι ερεθιστικά γεύματα μικρά και συχνά και τροφές με υπόλειμμα).



5. Χορήγηση αντιεμετικών πριν την θεραπεία.
6. Αντιδιαρροικά φάρμακα σε περίπτωση διάρροιας.
7. Έλεγχος των ούρων για αλλαγή χρώματος.
8. Περιποίηση στόματος και συχνός έλεγχος για εξελκώσεις. Αποφυγή σκληρής οδοντόβουρτσάς.
9. Όχι βάνιμο μαλλιών, όχι σκληρή βούρτσα για χτένισμα, απαλό σαμπουάν για λούσιμο. Επειδή το πέσιμο των τριχών ενοχλεί τον ασθενή τοποθετούμε ειδική κάσκα που διατηρούμε στην κατάψυξη (συστέλλονται τα αγγεία και περνά λιγότερη ποσότητα φαρμάκων, άρα πέφτουν λιγότερο). Ενημερώνουμε όμως τον ασθενή για περούκες που τυχόν θα χρησιμοποιήσει μέχρι να γίνει η τριχοφυΐα του, διότι το πρόβλημα είναι παροδικό.
10. Καλή φροντίδα του δέρματος γιατί τα φάρμακα έχουν τοξική δράση.
11. Ενημέρωση για αιματολογικές εξετάσεις πριν και μετά την θεραπεία.
12. Αν υπάρξουν σοβαρότερες επιπλοκές, αντιμετωπίζονται ανάλογα π.χ. στην αιμορραγία γίνεται μετάγγιση. Αν υπάρχει λευκοπενία και θρομβοπενία, τότε παίρνουμε ειδικά μέτρα για πρόληψη λοιμώξεων (αποφυγή επισκεπτηρίου, καλή ατομική καθαριότητα, προσοχή σε μικροτραυματισμούς, όχι λουλούδια στο δωμάτιο, ειδικές στολές και μάσκες στο προσωπικό, σε κάθε παρέμβαση άσηπτη τεχνική, έλεγχος θερμοκρασίας).
13. Καλλιέργεια δυνατότητας στους ασθενείς να ζήσουν κατά την διάρκεια της θεραπείας τη φυσιολογικότερη για εκείνους ζωή, λαμβάνοντας υπόψιν τις προσωπικές επιλογές τρόπου ζωής<sup>86,113,120</sup>.

### **9.11 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία**

#### Προβλήματα του αρρώστου:

1. Κακή διακίνηση του οξυγόνου (αναιμία).

2. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, ανορεξία, εφαρμογή ραδιοϊσοτόπων στην στοματική κοιλότητα).
3. Δυνητικό ανισοζύγιο υγρών, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής ισορροπίας.
4. Δυσχέρειες από την εφαρμογή του ραδιοϊσοτόπου.
5. Κίνδυνοι αιμορραγίας (θρομβοπενία).
6. Κίνδυνοι λοίμωξης (λευκοπενία).
7. Κίνδυνοι άλλων επιπλοκών από την ακτινοθεραπεία για τον άρρωστο και το περιβάλλον.
8. Ψυχικά προβλήματα (απομόνωση, μικρός χρόνος φροντίδα, αριθμητικός και χρονικός αριθμός επισκεπτηρίου).

#### Παρέμβαση – νοσηλευτική φροντίδα:

- Û Πρώτη φροντίδα και εδώ είναι η ακριβής ενημέρωση του ασθενή για όλες τις νοσηλευτικές πράξεις και τις τυχόν παρενέργειες με την αντιμετώπιση τους.
- Û Ψυχολογική υποστήριξη και απάντηση σε ερωτήματα του ασθενή.
- Û Οι γενικές παρενέργειες (αναιμία, ανορεξία, ναυτία κ.α.) είναι όμοιες με τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας και η νοσηλευτική φροντίδα είναι η ίδια. Ειδικότερα εδώ έχουμε ακτινοδεματιτιδα η οποία γίνεται από την τοπική επίδραση της ακτινοβολίας και μπορεί να είναι μια απλή ερυθρότητα ή φυσαλιδώδες εξάνθημα ή δημιουργία εσχάρων και εξελκώσεων.
- Û Συνιστάται καλό πλύσιμο τοπικά αλλά επιπαστικό σκούπισμα πριν και μετά την θεραπεία και μετά εφαρμογή λιπαντικής κρέμας για διατήρηση ελαστικότητας.
- Û Δεν επιτρέπονται αρώματα, ξύρισμα της περιοχής, έκθεση στον ήλιο, ερεθιστικά στενά ενδύματα.
- Û Επιβάλλεται διαιτολόγιο πλούσιο σε λευκώματα και βιταμίνες.
- Û Επιβάλλεται λήψη πολλών υγρών.

Ü Επιβάλλεται αιματολογικός συχνός έλεγχος μετά από ορισμένες συνεδρίες (θεραπείες).

Σε ασθενείς που έχει εφαρμοσθεί ραδιοϊσότοπο ή ραδιενεργό στοιχείο και είναι οι ίδιοι πηγή ακτινοβολίας, τηρούνται τα ακόλουθα:

- Σωστή ενημέρωση από τον νοσηλευτή για συνεργασία και χειρισμό των ειδικών συστημάτων επικοινωνίας.
- Απομόνωση σε ειδικά θωρακισμένο θάλαμο.
- Ειδική στολή στον νοσηλευτή που τον φροντίζει (μπλούζα, γάντια, μάσκα, ποδονάρια, σκούφια κ.α.).
- Χρήση επίσης δοσιμέτρου από τον νοσηλευτή.
- Εκπαίδευση των ατόμων που τον επισκέπτονται για την τήρηση των μέτρων ακτινοπροστασίας.
- Εφαρμογή ειδικών οδηγιών για χειρισμό των μολυσμένων απεκκριμάτων του ασθενή .
- Συνεχής παρακολούθηση του ασθενής με σωστή τήρηση των ειδικών μέτρων .

Ο νοσηλευτής τηρεί τα μέτρα ασφαλείας αλλά και παρέχει ουσιαστική ανθρώπινη επικοινωνία στον πάσχοντα <sup>120</sup>.

## **9.12 Νοσηλευτική παρέμβαση στην αποκατάσταση ασθενή με καρκίνο του παχέος εντέρου**

Κύριος σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδα του αρρώστου με καρκίνο είναι η διατήρηση της ισχύος και της ακεραιότητας του, ώστε να καταπολεμά τα καρκινικά κύτταρα, να αντέχει στην θεραπεία και να αντιμετωπίζει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν την αρρώστια <sup>121</sup>.

Ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας. Ζωτικής σημασίας όμως είναι η θέση των νοσηλευτών στις πολύπλευρες προσπάθειες που γίνονται προς αντιμετώπιση του σε όλα τα επίπεδα: πρόληψη □ διάγνωση □ θεραπεία □ έρευνα □ παροχή υψηλής ποιοτικής φροντίδας (αναφαίρετο δικαίωμα των ασθενών) - υποστήριξη ασθενών και οικογενειών τους.

Οι ογκολογικοί ασθενείς είναι μια πρόκληση και για τους νοσηλευτές, διότι αποτελούν ιδιαίτερη ομάδα ασθενών με ιδιαίτερο ψυχισμό και συναισθηματικές αντιδράσεις. Η βαρύτητα της νόσου τους και το προνόμιο να γνωρίζουν το επικείμενο τέλος αρκετές φορές επηρεάζει τη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής τους.

Οι νοσηλευτές είναι συνοδοιπόροι στο δύσκολο δρόμο που καλείται να διανύσει κάθε άνθρωπος αντιμέτωπος με τον καρκίνο σε όλα τα βήματα της πορείας του <sup>122</sup>.

Οι νοσηλευτές αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι των διεπιστημονικών ομάδων αντιμετώπισης των ογκολογικών ασθενών και με κακοήθεις παθήσεις του πεπτικού συστήματος. Τη μοναδικότητα του νοσηλευτή μέσα στη διεπιστημονική ομάδα υγείας συνθέτουν η δυνατότητα ανάπτυξης θεραπευτικής διαπροσωπικής σχέσης με τον ασθενή και την οικογένεια του, που καλλιεργείται από τη διαφορετικότητα στην αντίληψη, καθώς και τη συνεχή 24ωρη παρουσία και επικοινωνία του με τον ασθενή, την οικογένεια και τους άλλους επιστήμονες υγείας.

Το αυτόνομο νοσηλευτικό επιστημονικό έργο στην ομάδα υγείας συνιστά η δυνατότητα του νοσηλευτή να εκτιμά, να αισθάνεται, να προτείνει, να προγραμματίζει και να συντονίζει την παρεχόμενη φροντίδα για την αξιολόγηση και αποτελεσματική αντιμετώπιση των πολύπλευρων προβλημάτων που δημιουργούν η νόσος και οι διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις στη ζωή των ασθενών και των οικογενειών τους με τον εξατομικευμένο σχεδιασμό φροντίδας <sup>105</sup>.

Οι ευρείες νοσηλευτικές αρμοδιότητες ποικίλλουν ανάλογα με το είδος και το στάδιο της νόσου και περικλείουν την υποστήριξη στη φάση της διερεύνησης και διάγνωσης, την εκπαίδευση του ασθενούς, την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής του, τη χορήγηση χημειοθεραπείας, την αντιμετώπιση παρενεργειών και επιπλοκών της θεραπευτικής αγωγής, τη διατροφική υποστήριξη, τη φροντίδα στομίων, την υποστήριξη του ασθενούς που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, τη συνεχή ολοκληρωμένη αξιολόγηση και την αρμονική συνεργασία με άλλους επιστήμονες υγείας και υπηρεσίες υγείας στην κοινότητα, για την εξασφάλιση συνέχειας της φροντίδας υγείας.

Εκτός από τις ειδικές ευθύνες που πηγάζουν από το εφαρμοζόμενο θεραπευτικό πρόγραμμα, τη δομή της υπηρεσίας υγείας και την εξειδίκευση τους, οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διευκόλυνση της πρόσβασης των ασθενών στα κατάλληλα μέλη της ομάδας και τις κατάλληλες υπηρεσίες φροντίδας υγείας και υποστήριξης.

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι το κλειδί της μεγιστοποίησης της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνο του πεπτικού είναι η ικανοποίηση των προσωπικών επιθυμιών, αναγκών

και προτεραιοτήτων τους. Από την υποψία και τον ψίθυρο της διάγνωσης, οι άνθρωποι αυτοί χρειάζονται κατανόηση, υποστήριξη, πληροφόρηση, εκπαίδευση και πρακτικές συμβουλές για να διαβούν την εμπειρία της διάγνωσης, της θεραπείας (χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία ή συνδυασμό τους), της αποθεραπείας, της αποκατάστασης, το ελεύθερο νόσου μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα, αλλά και αυτό της πιθανής υποτροπής, των μεταστάσεων και της ανακουφιστικής φροντίδας μέχρι τον ειρηνικό θάνατο<sup>105,122</sup>.

Κάθε αντινεοπλασματική θεραπεία είναι απειλή στην εικόνα σώματος και εαυτού και στο αίσθημα αυτοεκτίμησης και ισοδυναμεί με πραγματική ή συμβολική απώλεια δυνατοτήτων ή αγαθών.

Η δημιουργία στομίας ως μέρος της χειρουργικής διαδικασίας είναι ιδιαίτερα στρεσογόνος για τον ασθενή.

Από τη μελέτη της νοσηλευτικής βιβλιογραφίας της τελευταίας 10ετίας φαίνεται ότι αρκετές μελέτες επικεντρώνονται στις επιπτώσεις της θεραπείας στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Νοσηλευτικά ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι η παρακολούθηση και ανακούφιση των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια αλλά και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, όταν ο ασθενής βρίσκεται στο σπίτι του, συμβάλλουν σημαντικά στο αντιλαμβανόμενο από τους ασθενείς βάρος της νόσου, το επίπεδο ποιότητας ζωής και τον βαθμό ικανοποίησης από την παρεχόμενη θεραπεία και φροντίδα.

Η πνευματικότητα φαίνεται ότι πιθανόν προσφέρει δυνατότητα μείωσης των απαιτήσεων της ασθένειας.

Προβλήματα που οφείλουμε να επιλύσουμε για να επιτευχθεί ικανοποιητική ποιότητα ζωής είναι:

- Ø Καρκινικός πόνος
- Ø Διατροφικά - καχεξία
- Ø Καταβολή
- Ø Ψυχολογικά- ηθικά
- Ø Κοινωνικά □οικογενειακά
- Ø Σεξουαλικά

- Ø Τοξικότητα θεραπείας (ναυτία, έμετος, αιματολογικά, βλεννογονίτιδα, αλωπεκία, τοξικότητα νευρικού, νεφρών, καρδιάς)
- Ø Φροντίδα τελικού σταδίου <sup>123</sup>

### 9.13 Συμβολή της νοσηλευτικής σε καρκινοπαθή τελικού σταδίου

Ο νοσηλευτής, ο οποίος παρέχει τη φροντίδα σε αρρώστους που διανύουν το τελικό κομμάτι της ζωής τους, έχει να εκτελέσει μια σειρά πράξεων, με σκοπό να αντισταθεί στην επέλευση του θανάτου ή να συμβάλλει στην προετοιμασία του επικείμενου θανάτου <sup>124</sup>.

Είναι σαφές ότι τα κακοήθη νεοπλάσματα στα τελικά τους στάδια επιβαρύνουν την ποιότητα της ζωής και μειώνουν πολύ σημαντικά την αίσθηση του προσωπικού ελέγχου του πάσχοντα. Η εισαγωγή ενός ασθενούς τελικού σταδίου στο νοσοκομείο, συνεπάγεται φόβο, αβεβαιότητα, απώλεια της προσωπικής ταυτότητας και τελικά την μεταμόρφωσή του από ανεξάρτητο άνθρωπο σε παθητικό και υπάκουο. Σε πολύ ενδιαφέρουσα σχετική ανασκόπηση, η συγγραφέας M. Mallik αναφέρεται αρχικά σε κείμενο ανωνύμου ασθενή ο οποίος σημειώνει: «Αιφνίδια αισθάνθηκα φόβο και πανικό, λόγω του υποβιβασμού μου σε εξαρτημένο παθητικό ρόλο, αφού όλοι οι άλλοι αποφάσιζαν για μένα χωρίς καμιά δική μου συμμετοχή». Η συγγραφέας σημειώνει ότι η παραπάνω περιεκτική λεκτικοποίηση των αισθημάτων αφορά το σύνολο των ασθενών, οι οποίοι συνήθως, μετά μακρά σχετικώς πορεία υφέσεων και εξάρσεων της νόσου των, αντιλαμβάνονται ότι ύστερα από κάποια χρονική περίοδο, η συγκεκριμένη αντινεοπλασματική αγωγή δεν έχει πλέον να προσφέρει και οι ίδιοι βρίσκονται σε χώρο χωρίς ειδικό θεραπευτικό ενδιαφέρον, νοιώθοντας έντονα την ανάγκη προστασίας των δικαιωμάτων τους και αναζητώντας συνηγορία.

Το 1974, για πρώτη φορά, έγινε γραπτή τεκμηριωμένη αναφορά για την αναγκαιότητα συνηγόρου των δικαιωμάτων του καρκινοπαθούς τελικού σταδίου στην οποία υποστήριξε ότι οι πλέον αρμόδιοι για τον ρόλο αυτόν είναι οι νοσηλευτές.

Δέκα χρόνια αργότερα, υποστηρίζεται ότι ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση ασθενών με κακόηθες νεόπλασμα σε τελικό στάδιο αυξάνεται, όσο προχωρά η εξειδίκευση των ιατρών η οποία περιορίζει τους τομείς των γνώσεων και των ενδιαφερόντων τους και μειώνει την ασχολία τους με το συνολικό πρόβλημα.

Αναφερόμενα στην ηθική όψη της συμπαραστάσεως – συνηγορίας του νοσηλευτή στον καρκινοπαθή τελικού σταδίου κλασσικά συγγράμματα τονίζουν ότι πρωταρχικό μέλημα της σχέσεως των δύο μερών πρέπει να είναι η διατήρηση του δικαιώματος αυτονομίας του

ασθενούς. Σε όλη την διάρκεια της σχέσεως ο νοσηλευτής οφείλει να υπερασπίζεται τα δικαιώματα και τις αξίες του πάσχοντος, ανεξάρτητα από το δικό του, προσωπικό σύστημα αξιών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα σχετικής ερευνής φαίνεται ότι οι νεώτεροι εργασιακά νοσηλευτές δείχνουν έτοιμοι και μπορούν να αναλάβουν τον ρόλο του συμπαραστάτη – συνηγόρου του ασθενούς, τα οποία παγκοσμίως, πλέον, τους αναγνωρίζονται.

Η προσεκτική κλασική νοσηλευτική φροντίδα είναι ουσιαστική για ασθενείς τελικού σταδίου. Συνήθη προβλήματα τα οποία απαιτούν άμεση και επιτυχή νοσηλευτική αντιμετώπιση είναι: η ακινησία, οι κατακλίσεις, η διατήρηση βατών αεραγωγών, οι απομάκρυνση των εκκρίσεων και οι οσμές.

Η φροντίδα της στοματικής υγιεινής των ασθενών και η ύγρανση της στοματικής κοιλότητας με λίγο νερό ή βρεγμένο σφουγγάρι συνήθως ανακουφίζουν τον ασθενή<sup>125</sup>.

#### **Οι στόχοι της φροντίδας για έναν ασθενή που βρίσκεται κοντά στο τέλος της ζωής του είναι:**

- Ø Έλεγχος των συμπτωμάτων
- Ø Αναγνώριση των αναγκών του ασθενούς
- Ø Προαγωγή των σημαντικών σχέσεων μεταξύ του ασθενούς και των σημαντικών προσώπων
- Ø Ευόδωση ενός ήρεμου θανάτου<sup>113</sup>

Η εξατομίκευση των αναγκών του ασθενούς, η συνεχής φυσική παρουσία του προσωπικού και η διάθεση χρόνου βοηθούν τον ασθενή να προσεγγίσει τη στιγμή του θανάτου με σθένος και αξιοπρέπεια<sup>126</sup>.

### **9.14 Η νοσηλευτική διεργασία ως μέθοδος νοσηλευτικής φροντίδας**

Η νοσηλευτική διεργασία είναι μια εσκεμμένη προσέγγιση στην αναγνώριση και λύση προβλημάτων, προκειμένου να προληφθούν ανάγκες υγείας αρρώστων. Τα βασικά συνθετικά (φάσεις) της νοσηλευτικής διεργασίας είναι πέντε:

1. Εκτίμηση: συστηματική συλλογή δεδομένων, για να προσδιοριστεί η κατάσταση του αρρώστου και να αναγνωριστούν όλα τα πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας του.

2. Νοσηλευτική διάγνωση: αναγνώριση των πραγματικών ή δυνητικών προβλημάτων που μπορούν να λυθούν μέσω νοσηλευτικών ενεργειών.
3. Σχεδιασμός: ανάπτυξη στόχων και σχεδίου φροντίδας που θα βοηθήσουν τον άρρωστο να λύσει τα αναγνωρισμένα προβλήματα υγείας του.
4. Υλοποίηση: πραγματοποίηση του σχεδίου φροντίδας μέσω των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.
5. Αξιολόγηση: εκτίμηση των αντιδράσεων του ατόμου στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και του βαθμού επιτεύξις στόχων <sup>86</sup>.

### **9.15 Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική παρέμβαση σε αρρώστους με καρκίνο του παχέους εντέρου με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας**

#### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α**

Ο ασθενής Π. Δ. ηλικίας 65 ετών, βάρους 80 Kg, έγγαμος με τρία παιδιά , ο συνταξιούχος ΔΥ, κάτοικος Καλαμάτας, προσέρχεται στα ΤΕΠ του νοσοκομείου Καλαμάτας. Ο ασθενής αναφέρει διάρροιες από 3ημέρου με πρόσμιξη βλέννας και αίματος, 3-4 διάρροιες καθημερινώς. Πριν το ανώτερο γεγονός φυσιολογικές κενώσεις. Δεν αναφέρει καμιά διαταραχή στον αριθμό των κενώσεων, στην σύσταση και την χροιά των κοπράνων. Δεν αναφέρει κοιλιακό άλγος.

#### **Ατομικό αναμνηστικό:**

#### **Από το πεπτικό:**

- Ø Χολολιθίαση προ 3ετίας.
- Ø Χολιδοχολιθίαση.

#### **Αντικειμενική εξέταση:**

- Ø Α.Π: 130/80 mmHg.
- Ø Θ: 36,5°C





Κατά τη διαμονή του στην κλινική σταθερή κατάσταση.

Συμπληρωματικά γίνεται ενδοσκοπικός έλεγχος πεπτικού.

Γαστροσκόπηση: χωρίς παθολογικά ευρήματα (17/05).

Κολονοσκόπηση: έγινε προετοιμασία του εντέρου στις 17/05. Ο ασθενής πήρε 4 fl clean prep. Στις 18/05 έγινε η κολονοσκόπηση.

Αποτελέσματα:

Βιοψίες παχέος εντέρου-σιγμοειδούς.

Ενδοσκοπικά: όγκος σιγμοειδούς.

Μακροσκοπικά: παρελήφθησαν 10 ιστοτεμάχια μ.δ: 0,1-0,3 εκ.

Μικροσκοπικά: παρατηρούνται τεμάχια αδενoca παχέος εντέρου ανώτερας έως μέτριας διαφοροποίησης. Το νεόπλασμα διηθεί τη βλεννογόνο μυική στοιβάδα που συμπεριλαμβάνεται στη βιοψία.

Μεταφορά του ασθενούς στη Β' χειρουργική κλινική, την ίδια ημέρα.

Προετοιμασία του ασθενούς για χειρουργική αφαίρεση του αδενoca στις 22/05 ώρα 10:00.

Εστάλη νέος εργαστηριακός έλεγχος. Οι τιμές δεν παρέκλιναν από αυτές τις 16/05. Έγινε νέο ηλεκτροκαρδιογράφημα, ήταν φυσιολογικό.

Έναρξη ενδοφλέβιας αντιβίωσης: mefoxil fl 2 gr 1x3

Flagyl 500 fl 1x3.

Για γαστροπροστασία: Lordin fl 1x2, αντιπηκτική αγωγή: ivor 2.500iu/0,25ml υποδορίως. Επί πόνου, χορηγείται Tramal 2ml amp IM και επί πυρετού Apotel amp 1000mg IV ύστερα από ιατρική οδηγία.

Ο ασθενής εισήλθε στο χειρουργείο στις 10:00πμ, όπως είχε προγραμματιστεί και εξήλθε στις 14:00μμ. Έγινε αφαίρεση σιγμοειδούς και αποκατάσταση της συνέχειας του πεπτικού σωλήνα με τελικοτελική ορθική αναστόμωση. Φέρει ορό L/R 1000cc, καθετήρα ουροδόχου κύστεως Folley και παροχέτευση του χειρουργικού τραύματος. Τα

ζωτικά σημεία του ασθενούς όταν επέστρεψε στην κλινική είναι τα εξής: ΑΠ:120/70mmHg, Θ: 37,38\*c και σφύξεις: 75/min.

Συνεχίζει η ίδια φαρμακευτική αγωγή, επίσης όλο το 24ωρο θα πάρει 2.500lit L/R.

Νηστικός για τις επόμενες 3 ημέρες. Μετά 3 ημέρες θα λάβει ελαφρά δίαιτα: τσάι, φρυγανιά, φιδέ.

Αναμένεται η ιστολογική εξέταση καθώς επίσης το να ρυθμιστεί η έναρξη των χημειοθεραπειών.

Ο ασθενής εξήλθε στις 03/06 συνοδευόμενος από την οικογένειά του. Με την συμπαράσταση της οικογένειάς του αλλά και του νοσηλευτικού προσωπικού, δείχνει δυνατός να αντιμετωπίσει κάθε δυσκολία που θα του παρουσιαστεί.

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>-Διαρροικές κενώσεις από 3ημέρου.</p>	<p>-Να ανακουφιστεί ο ασθενής από τις διαρροικές κενώσεις.</p> <p>-Να αποκατασταθεί η φυσιολογική λειτουργία του εντέρου.</p> <p>-Πρόληψη επιπλοκών.</p> <p>-Διαταραχή ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.</p> <p>-Ολιγαϊμικό shock.</p> <p>-Δερματίτιδα- Πρωκτίτιδα.</p>	<p>-Λήψη ζωτικών σημείων και αναγραφή τους στο φύλλο νοσηλείας.</p> <p>-Ρύθμιση διαιτολογίου.Αποφυγή φαγητών που περιέχουν φυτικές ίνες και γαλακτοκομικά.</p> <p>-Χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.</p> <p>-Χορήγηση υγρών per os και ενδοφλεβίως για ενυδάτωση.</p> <p>-Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και καταγραφή τους στο φύλλο νοσηλείας.</p> <p>-Λήψη περιφερικού φλεβικού αίματος για εξετάσεις αίματος (γενική και βιοχημικά) για έλεγχο</p>	<p>-Έγινε λήψη ζωτικών σημείων: ΑΠ: 130/80mmHg, Θ:36,5°C, σφύξεις: 80/min.</p> <p>-Χορηγήθηκε η εξής διαίτα:πρωί: τσάι με φρυγανιά.Μεσημέρι: κοτόπουλο ψητό με πουρέ και μήλο. Βράδυ: σούπα από ρυζάλευρο.</p> <p>-Χορηγήθηκε Imodium tab2mg2x2 για μια μέρα (16/05) σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>-Χορηγείται το εξής σχήμα ορών: L/R1000cc1x2 και L/R500cc1x1.</p> <p>-Έγινε μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Προσλαμβανόμενα: 3000cc. Αποβαλλόμενα: 2.500cc.</p> <p>-Έγινε λήψη αίματος για</p>	<p>-Οι τιμές των ΖΣ είναι φυσιολογικές.</p> <p>-Μετά από τη διαίτα και σε συνδιασμό με τη χορήγηση του Imodium σταμάτησαν οι διαρροικές κενώσεις.Το Imodiumελαττώνει την προωθητική περισταλτικότητα του εντέρου.</p> <p>-Δεν παρατηρήθηκε αφυδάτωση, ύστερα από τη χορήγηση των ορών.</p> <p>-Ο έλεγχος των ηλεκτρολυτών, δεν έδειξε διαταραχή.</p>

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
		<p>ηλεκτρολυτών.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Χορήγηση ηλεκτρολυτών σε πτώση αυτών και επανέλεγχος.</li> <li>-Καταγραφή των νοσηλειών στο φύλλο νοσηλείας.</li> <li>-Φροντίδα της περιοχής του πρωκτού.</li> <li>-Συνεχής εκτίμηση και επανεκτίμηση του ασθενούς για πρόληψη επιπλοκών.</li> </ul>	<p>βιοχημικό έλεγχο.Έλεγχος ηλεκτρολυτών: K: 4,6mmol/lit, Na:140mmol/lit.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Εδώθη ιδιαίτερη προσοχή στην φροντίδα της περιπρωκτικής περιοχής. Έγιναν πλύσεις στην περιοχή μετά από την κένωση.</li> </ul>	
<p>-Γαστροσκόπηση (17/05)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Να πραγματοποιηθεί η εξέταση της γαστροσκόπησης χωρίς προβλήματα.</li> <li>-Πρόληψη επιπλοκών.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ενημέρωση της διαδικασίας της εξέτασης, τον σκοπό της εξέτασης, καθώς και ψυχολογική ενίσχυση του ασθενούς.</li> <li>-Αποφυγή λήψεως τροφής ή υγρών από το στόμα μετά τα μεσάνυχτα.</li> <li>-Αφαίρεση ξένων οδοντοστοιχειών.</li> <li>-Αποφυγή χορήγησης αντιχολινεργικών φαρμάκων για 12 -14 ώρες (αν παίρνει).</li> <li>-Παρακαλείται ο ασθενής να</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Έγινε ενημέρωση του ασθενούς και των συγγενών του σχετικά με την εξέταση.</li> <li>-Ο ασθενής δεν λαμβάνει τίποτα από το στόμα πριν την εξέταση.</li> <li>-Δεν λαμβάνει καμιά φαρμακευτική αγωγή.</li> <li>-Έγινε υποκλυσμός για την κένωση του εντέρου.</li> <li>-Αφαιρέθηκαν οι ξένες οδοντοστοιχίες.</li> <li>-Ο ασθενής ούρησε πριν</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Η εξέταση της γαστροσκόπησης έγινε χωρίς ο ασθενής να εμφανίσει κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα.</li> <li>-Ο ασθενής ήταν πιο συνεργάσιμος γνωρίζοντας τη διαδικασία.</li> <li>-Με την αποφυγή λήψης τροφής εξασφαλίζεται ένα αξιόπιστο δείγμα περιεχομένου του στομάχου.</li> <li>-Αποφεύγουμε τα αντιχολινεργικά για να διευκολυνθεί η φυσιολογική</li> </ul>

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
		<p>ουρήσει πριν την εξέταση.</p> <p>-Χορήγηση φαρμάκων αν χρειάζεται σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.</p> <p>-Μεταφορά του ασθενούς στο ενδοσκοπικό τμήμα.</p> <p>-Ξεκούραση του ασθενούς μετά την εξέταση.</p> <p>-Αποφυγή λήψης στερεάς ή υγρής τροφής από το στόμα, πριν της επαναλειτουργίας των αντανακλαστικών της κατάποσης.</p> <p>-Παρακολούθηση του ασθενούς για αιματέμεση.</p>	<p>οδηγηθεί στο ενδοσκοπικό τμήμα.</p> <p>-Χορηγήθηκε 1tabXanax0,5 mgπρίν την επέμβαση.</p> <p>-Ο ασθενής μεταφέρθηκε στο ενδοσκοπικό τμήμα με τη συνοδεία τραυματιοφορέως .</p> <p>-Μετά το τέλος της εξέτασης ο ασθενής μεταφέρθηκε στο κρεβάτι του για ανάπαυση.</p> <p>-Δεν χορηγείται τίποτα από το στόμα, γίνεται τακτική παρακολούθηση του ασθενούς από το νοσηλευτή για τυχόν εμφάνιση επιπλοκών μετά την εξέταση.</p>	<p>κένωση του στομάχου και να αρθεί η κατασταλτική τους δράση στο βλεννογόνο του στομάχου.</p> <p>-Ολοκληρώθηκε η διαγνωστική εξέταση χωρίς κανένα πρόβλημα.</p> <p>-Ο ασθενής μεταφέρθηκε στο δωμάτιό του.</p> <p>-Γίνεται τακτική παρακολούθηση. Αιματέμεση ή αιματηρή απόχρεψη φανερώνουν τραυματισμό του οισοφάγου ή του στομάχου.</p>

## ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>-Άγχος και φόβος για την επέμβαση.</p>	<p>-Να απαλλαγεί ο ασθενής από το άγχος και το φόβο έως ότου έρθει η στιγμή εισαγωγής του στο χειρουργείο για την επέμβαση.</p>	<p>-Τόνωση του ηθικού Δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος και συνθηκών για συζήτηση με τον ασθενή σχετικά με την επέμβασή του, τις απορίες και τις δυσκολίες του.</p> <p>-Να δωθούν οι σχετικές πληροφορίες.</p> <p>-Συζήτηση με τους οικείους του ώστε να τον βοηθήσουν να μειωθεί ή και να απαλλαγεί ο ασθενής από τον φόβο, την αγωνία και το άγχος.</p> <p>-Εξασφάλιση ήρεμου και αναπαυτικού περιβάλλοντος.</p> <p>-Βεβαιώνεται ο ασθενής ότι θα του χορηγηθούν παυσίπονα μετεγχειρητικά.</p> <p>-Χρήση τεχνικών χαλάρωσης.</p>	<p>-Πραγματοποιήθηκε συζήτηση με τον ασθενή, ο οποίος ενημερώθηκε πλήρως για όλες τις διαδικασίες πριν και μετά την επέμβαση, καθώς επίσης για το είδος και το σκοπό της επέμβασης.</p> <p>-Εδόθησαν απαντήσεις σε όλες τις απορίες του ασθενούς.</p> <p>-Χορηγήθηκε Lexotanil 3mg 1x1 (βράδυ) πριν την επέμβαση σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>-Αερίστηκε επαρκώς το δωμάτιο, χαμήλωσαν τα φώτα και απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες. Περιορίστηκαν οι θόρυβοι.</p> <p>-Μασάζ, εντριβές, καθώς και η απαλή μουσική είναι τεχνικές που βοηθούν τον</p>	<p>-Η συζήτηση με τον ασθενή είχε θετικά αποτελέσματα. Ο ασθενής εξωτερίκευσε τα συναισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες του.</p> <p>-Το Lexotanil βοήθησε τον ασθενή να αποβάλλει το άγχος, να χαλαρώσει και να έχει έναν ήρεμο ύπνο. Το lexotanil (bromazepam) είναι αγχολυτικό σε χαμηλές δόσεις. Ελαττώνει εκλεκτικά την ένταση και το άγχος, σε υψηλές δόσεις έχει κατασταλτικές και μυοχαλαρωτικές ιδιότητες.</p> <p>-Η εξασφάλιση ήρεμου και αναπαυτικού περιβάλλοντος καθώς και οι τεχνικές χαλάρωσης, συνέβαλλαν στο να έχει ο ασθενής έναν ήρεμο ύπνο.</p> <p>-Ο ασθενής ήταν ήρεμος έως ότου να εισέλθει στο</p>

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Αναζήτηση βοήθειας αν παραστεί ανάγκη από ειδικούς (ψυχολόγους, ψυχιάτρους).</li> <li>-Χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες</li> <li>-Να ολοκληρωθεί ο προεγχειρητικός εργαστηριακός έλεγχος και η όλη προετοιμασία του ασθενούς χωρίς τη δημιουργία του άγχους (ενημέρωση και ακρίβεια εάν είναι δυνατόν στο χρόνο του προγράμματος).</li> </ul>	ασθενή να χαλαρώσει.	χειρουργείο.
<p>-Χειρουργική επέμβαση. (22/05). (Αφαίρεση σιγμοειδούς και αποκατάσταση της συνέχειας του πεπτικού σωλήνα με τελικοτελική ορθική αναστόμωση).</p>	<p>-Ο ασθενής να είναι καθόλα έτοιμος για το χειρουργείο και να ολοκληρωθεί η χειρουργική επέμβαση χωρίς προβλήματα.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ενημέρωση του ασθενούς για το είδος, το σκοπό και την διάρκεια του χειρουργείου.</li> <li>-Τόνωση ηθικού.</li> <li>-Προετοιμασία εντερικού σωλήνα για την επέμβαση.</li> <li>-Ευπρεπισμός και προετοιμασία χειρουργικού</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ο ασθενής ενημερώθηκε για τη φύση του χειρουργείου, απαντήθηκαν όλες οι απορίες του και υπήρξε η κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη.</li> <li>-Ο ασθενής ετέθη σε υδρική διαίτα μια ημέρα πριν την επέμβαση.8 – 10 ώρες πριν το χειρουργείο δεν χορηγείται τίποτε από το</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ολοκληρώθηκε η προεγχειρητική προετοιμασία επιτυχώς.</li> <li>-Ο υποκλυσμός απέδωσε.</li> <li>-Η αντιπηκτική αγωγή συμβάλλει στην πρόληψη της θρομβοφλεβίτιδας. Η ίνογμειώνει την πηκτικότητα του αίματος μέσα στα αγγεία.</li> </ul>



Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
		<p>πεδίου.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Έναρξη αντιπηκτικής και αντιβιοτικής αγωγής 1 ημέρα πριν την επέμβαση σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.</li> <li>-Χορήγηση προνάρκωσης, αφαίρεση ξένων αντικειμένων και χειρουργική ενδυμασία του ασθενή.</li> <li>-Λήψη ζωτικών σημείων και συμπλήρωση του δελτίου που θα συνοδεύει ασθενή.</li> <li>-Κατεγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</li> </ul>	<p>στόμα. Έγινε καθαρτικός υποκλυσμός (Fleetenema), 24 ώρες πριν, και το πρωί της μέρας της επέμβασης.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Έγινε λήψη ζωτικών σημείων.</li> <li>-Έγινε καλλωπισμός της χειρουργικής περιοχής.</li> <li>-Το βράδυ πριν την επέμβαση χορηγήθηκε 1tab Lexotanil3mg. Επίσης εδόθη: ivor2.500 IUinj1x1 υποδορίως. Το αντιβιοτικό σχήμα που ετέθη είναι το εξής: Mefoxil2grf1x3 IV. Flagyl500mg/100mlf1x3 IV. Για γαστροπροστασία: Lordinfl1x2 IV. Επί πόνου: Tramalamp1x3 IM. Μισή ώρα πριν την επέμβαση χορηγήθηκε 1ampPethidine100mgI.</li> <li>-Ο ασθενής ενεδύθει με την ειδική ενδυμασία του χειρουργείου.</li> </ul>	<p>-Η αντιβιοτική αγωγή είναι σημαντική για την πρόληψη των προεγχειρητικών , διεγχειρητικών και μετεγχειρητικών επιπλοκών. Το Mefoxilείναι ένα ευρέως φάσματος βακτηριοκτόνο ημισυνθετικό αντιβιοτικό. Ανήκει στις κεφαλοσπορίνες β' γενεάς. Έχει ευρύ φάσμα αντιμικροβιακής ενέργειας έναντι Gram θετικών και Gram παθογόνων τόσο αερόβιων όσο και αναερόβιων. Το Flagyl δρα αποτελεσματικά επί των αναερόβιων μικροβίων. Είναι καλώς ανεκτό και τα επίπεδα του φαρμάκου στο αίμα και τους ιστούς είναι κατά πολύ υψηλότερα από εκείνα που θεωρητικώς απαιτούνται για επιτυχή αντιμικροβιακή θεραπεία. Το Lexotanil συνέβαλε στη χαλάρωση του ασθενούς. Το Lexotanil ελαττώνει εκλεκτικά την ψυχική τάση και το άγχος. Η πεθιδίνη</p>

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
				χορηγείται πριν την αναισθησία για να ηρεμήσει ο ασθενής, να μειωθεί η απαιτούμενη δόση αναισθητικού και να αντισταθμιστεί η υπερπαραγωγή βλέννας και σάλιου.

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ**

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>-Χειρουργικό τραύμα αριστεράς κοιλίας με παροχέτευση.</p>	<p>-Ανακούφιση από τα συμπτώματα του τραύματος. -Να επουλωθεί το τραύμα το συντομότερο. -Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>-Νοσηλεία της περιοχής του χειρουργικού τραύματος σύμφωνα με τις νοσηλευτικές αρχές. -Χρήση άσηπτης τεχνικής κατά τη διαδικασία της περποίησης. -Χρήση αποστειρωμένου υλικού. -Συχνές αλλαγές των γαζών και παρακολούθηση για αιμορραγία του τραύματος. -Έλεγχος λειτουργίας του σάκου παροχέτευσης και του περιεχομένου του. -Να δοθεί κατάλληλη ανατομική και λειτουργική θέση στον ασθενή προς χάλαση των μυών και άρση πίεσης στο χειρουργικό τραύμα. -Να χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.</p>	<p>-Έγινε λήψη ζωτικών σημείων: Θ: 36,8 °C, Α.Π.: 130/70mmHg, σφ.:80/min. -Έγινε περποίηση της περιοχής του τραύματος με άσηπτη τεχνική και χρήση αποστειρωμένου υλικού. -Οι γάζες αλλάζονται μια φορά την ημέρα (πρωί) τηρώντας πάντα άσηπτη τεχνική. -Κάθε πρωί γίνεται έλεγχος της παροχέτευσης. Η ποσότητα του παροχετευόμενου υγρού: 1 μμ= 350cc 2 μμ= 250cc 3 μμ= 120cc 4 μμ= 20cc Η βιοχημική αίματος έδειξε: Na<sub>+</sub>=139mmol/lit, K<sub>+</sub>=4,4mmol/lit.</p>	<p>-Δεν παρατηρήθηκαν σημεία μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος. -Δεν εμφανίστηκαν επιπλοκές, όπως αιμορραγία από το τραύμα. -Το υγρό του τραύματος παροχετεύθηκε ομαλώς. Η παροχέτευση αφαιρέθηκε την 4<sup>η</sup> (10 πμ).</p>

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή στο νοσηλευτικό διάγραμμα.</li> <li>-Μέτρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.</li> <li>-Λήψη φλεβικού αίματος για γενικό και βιοχημικό έλεγχο.</li> <li>-Εκτίμηση- επανεκτίμηση του χειρουργικού τραύματος και γενικότερα του ασθενούς προς αποφυγή επιπλοκών από το τραύμα και της ψυχολογίας του (μελαγχολία, κατάθλιψη).</li> <li>-Ενημερωτική αναφορά στην προϊσταμένη και τους θεράποντες ιατρούς σχετικά με τις εκτιμήσεις μας.</li> </ul>		
<p>-Πόνος οφειλόμενος στην επέμβαση.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο.</li> <li>-Απαλλαγή της ασθενούς από τον πόνο.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</li> <li>-Τοποθέτηση της ασθενούς σε κατάλληλη θέση (ημικαθιστή με τα γόνατα σε ελαφρά κάμψη).</li> <li>-Χορήγηση φαρμάκων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Έγινε 1 amp Tramal 2ml IM σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</li> <li>-Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση με τα πόδια κεκαμένα.</li> <li>-Καθοδηγήθηκε και βοηθήθηκε να υποστηρίξει την κοιλιακή</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Μισή ώρα μετά τη χορήγηση της Tramal ο πόνος υποχώρησε. Το Tramal χρησιμοποιείται για την συμπτωματική αντιμετώπιση του πόνου μέτριας έως ισχυρής έντασης.</li> <li>-Με την καθήλωση των σωλήνων παροχέτευσης, ελαττώνεται ο ερεθισμός του</li> </ul>

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
		<p>σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>-Συνεχής εκτίμηση του πόνου.</p> <p>-Εξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου περιβάλλοντος.</p> <p>-Ενημέρωση των συγγενών για τήρηση των ωρών επισκεπτηρίου.</p> <p>-Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>τομή με μαξιλάρι ή με τα χέρια του όταν γυρίζει, βήχει και αναπνέει βαθιά. Επίσης, συμβουλευτήκε να λυγίζει τα γόνατα όταν βήχει και αναπνέει βαθιά.</p> <p>-Έγινε καθήλωση των σωλήνων παροχέτευσης.</p> <p>-Μειώθηκε ο θόρυβος και ο φωτισμός στο δωμάτιο. Ενημερώθηκαν οι συνοδοί για τις ώρες επισκεπτηρίου.</p>	<p>δέρματος από την κίνηση των σωλήνων.</p> <p>-Η ασθενής νιώθει καλύτερα με την τοποθέτησή της στην κατάλληλη θέση και την εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος.</p>
<p>-Πυρετός 38,9<sup>0</sup>c την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα (23/05).</p>	<p>-Να ανακουφιστεί η ασθενής από τον πυρετό.</p> <p>-Να επανέλθει η θερμοκρασία στα φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<p>-Χορήγηση αντιπυρετικών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>-Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων στο μέτωπο της ασθενούς και σύσταση για χλιαρό λουτρό.</p> <p>-Τρίωρη θερμομέτρηση</p> <p>-Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.</p> <p>-Μέτρηση προσλαμβανόμενων, αποβαλλόμενων υγρών και</p>	<p>-Ο ασθενής το απόγευμα της επέμβασης είχε θερμοκρασία 37,8*c. Ετέθησαν ψυχρά επιθέματα στο μέτωπο και τις μασχάλες της ασθενούς. Η θερμοκρασία έπεσε στους 36,7*c. Ο ασθενής δεν χρειάστηκε να λάβει φαρμακευτική αγωγή. Το πρωί της πρώτης μετεγχειρητικής ημέρας η θερμοκρασία ανέβηκε στο 38,9*c. Χορηγήθηκε 1ampApotel1000mg σε 100ml N/S 0,9% iv, κατόπιν ιατρικής εντολής.</p>	<p>-Ο πυρετός υποχώρησε στο 37*c μετά τη χορήγηση του φαρμάκου. Η Αποτελέχει αναλγητική και αντιπυρετική δράση. Το δραστικό συστατικό της είναι η παρακεταμόλη, η οποία έχει αναλγητικές και αντιπυρετικές ιδιότητες. Ενδείκνυται για τη βραχυχρόνια αντιμετώπιση του μέτριου πόνου, ειδικά μετά από χειρουργικές επεμβάσεις και για τη βραχυχρόνια αντιμετώπιση του πυρετού, όταν η ενδοφλέβια χορήγηση είναι</p>

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
		<p>καταγραφή τους στο φύλλο νοσηλείας.</p> <p>-Καταγραφή της θερμοκρασίας στο θερμομετρικό διάγραμμα.</p> <p>-Λήψη καλλιέργειας αίματος για την εντόπιση πιθανής μικροβιακής εστίας.</p> <p>-Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>-Χορηγήθηκε το εξής σχήμα ορών: L/R1000cc1X2 , L/R500cc1x1.</p> <p>-Έγινε τρίωρη θερμομέτρηση.Οι τιμές κυμαίνονται μεταξύ 36,8<sup>ο</sup>c-37<sup>ο</sup>c.</p> <p>-Έγινε μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Προσλαμβανόμενα: 3000cc.Αποβαλλόμενα 2.500cc.</p> <p>-Έγινε λήψη αίματος για καλλιέργεια.</p> <p>-Έγινε καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>κλινικά αιτιολογημένη σε μια επείγουσα ανάγκη αντιμετώπισης πόνου ή υπερθερμίας.</p> <p>-Δεν εμφανίστηκαν σημεία αφυδάτωσης.</p> <p>-Δεν υπήρξε διαταραχή του ισοζυγίου των υγρών.</p> <p>-Ο πυρετός υποχώρησε την δεύτερη ημέρα.</p> <p>-Η καλλιέργεια αίματος δεν έδειξε ευαισθησία σε μικροοργανισμούς.</p>
<p>-Ναυτία – έμετος εξαιτίας της γενικής νάρκωσης (3) έμετοι την ημέρα της επέμβασης.</p>	<p>-Ανακούφιση του ασθενούς.</p> <p>-Απαλλαγή του ασθενούς από την ναυτία και τον έμετο.</p>	<p>-Τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση.</p> <p>-Χορήγηση νεφροειδούς και χαρτοβάμβακου στον ασθενή.</p> <p>-Χορήγηση αντιεμετικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>-Καταγραφή της ποσότητας,</p>	<p>-Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημιFowlerθέση με το κεφάλι στο πλάι.</p> <p>-Τα ζωτικά σημεία δεν παρέκκλιναν από τα φυσιολογικά.Θ:36,7<sup>ο</sup>c,Α.Π:120/70mmHg, σφύξεις:80/min.</p> <p>-Κατεγράφησαν οι έμετοι (3)</p>	<p>-Αποφεύχθηκε η εισρόφιση με τη σωστή θέση του σώματος του ασθενούς.</p> <p>-Η αντιεμετική αγωγή είχε θετικά αποτελέσματα. Το primpereπέχει ισχυρή κεντρική αντιεμετική δράση.Επίσης, επιταχύνει την κένωση του στομάχου και τη διάβαση στο</p>

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
		<p>της σύστασης και της συχνότητας των εμέτων στο φύλλο νοσηλείας και τη λογοδοσία.</p> <p>-Μέτρηση αποβαλλόμενων υγρών και ηλεκτρολυτών.</p> <p>-Λήψη αίματος για έλεγχο ηλεκτρολυτών.</p> <p>-Λήψη ζωτικών σημείων και αναγραφή τους στο φύλλο νοσηλείας.</p> <p>- Ασηψία και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε έμετο.</p> <p>-Διατήρηση καθαρών των κλινοσκεπασμάτων του ασθενούς</p>	<p>στο φύλλο νοσηλείας.</p> <p>-Έγινε μέτρηση των ηλεκτρολυτών: K:3,5mmol, NA: 140mmol/lit.</p> <p>-Ετέθη:N/S0,9% 100cc1χ1 με primperanamp10mg/2ml1x3 για την ημέρα της επέμβασης.</p> <p>-Έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας, μετά από τον εμετό με Hexalen.</p> <p>-Διατηρήθηκε καθαρό το περιβάλλον και ο χώρος της κλίνης του ασθενούς.</p>	<p>λεπτό έντερο.</p> <p>-Δεν εμφανίστηκε στοματίτιδα λόγω της συστηματικής φροντίδας της στοματικής κοιλότητας καθώς επίσης ο ασθενής δεν δυσανασχέτησε από τον εμετό.</p>

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β'

Ο ασθενής Τ.Α. ηλικίας 67 ετών, κάτοικος Αγρινίου, εισήλθε στις 14-11-11 στην χειρουργική κλινική του Γ. Ν. Νοσοκομείου Αγρινίου με διαγνωσμένο καρκίνο αριστερής κολικής καμπής και προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση στις 15-11-11.

Κατά την εισαγωγή του ασθενούς τα ζωτικά του σημεία ήταν τα εξής:

Α.Π 130/70 mmHg,

Θ: 36,1 C,

Σφ. 81 bpm / min

### Ατομικό ιστορικό:

Αρτηριακή υπέρταση

Κολπική μαρμαρυγή,

Ιστορικό καρκίνου προστάτη, προγραμματισμένη προστατεκτομή.

Ο ασθενής λαμβάνει την εξής φαρμακευτική αγωγή:

Ρυθμονόρμ 150 mg 1-2-1

Vastarel 35 mg 1-0-1

Aprovel 150 mg 0-1-0

Sindrom (διακοπή λόγω του προγραμματισμένου χειρουργείου)

Pariet 20 mg 1-0-0

Αλλεργίες: δεν αναφέρει.

Την ημέρα εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο έγιναν οι εξής διαγνωστικές εξετάσεις:

### Γενική αίματος:

- HGB 14.7 g/dl
- HCT 48.0 %
- WBC 7.80 10e3/μL
- RBC 4.95 10e6/μL
- INR 1.09

### Βιοχημικές εξετάσεις:

- Γλυκόζη 86 mg/dl



- Ουρία 31 mg/dl
- Κρεατινίνη 0,9 mg/dl
- Κάλιο 4,7 mmol/l
- Νάτριο 142 mmol/l
- SGOT 28 U/L
- SGPT 40 U/L
- γ-GT 20 U/L

Ακτινογραφία θώρακος: Φυσιολογική.

Γενική ούρων: φυσιολογικά ευρήματα.

Την ίδια μέρα άρχισε η προετοιμασία του εντέρου για την επικείμενη χειρουργική επέμβαση με kleen – prep και ετέθη ουροκαθετήρας Folley No 18.

Ο ασθενής υποβλήθηκε στις 15-11-11 σε χειρουργική επέμβαση (αφαίρεση αριστερής κολικής καμπής με εγκαρσιοσιγμοειδική αναστόμωση).

Επιστρέφει από το χειρουργείο στη 13:20 μ.μ με τα εξής ζωτικά σημεία:

A.Π: 120/80 mmHg,

Θ: 35,7,

ΣΦ: 75/min

Φέρει ορό L/R 1000 cc από περιφερική φλέβα, παροχέτευση Jackson-Prett στο αριστερό υποχόνδριο και ουροκαθετήρα Folley.

Συνολικά ο ασθενής θα λάβει 3 lit ενδοφλέβιων υγρών ανά 24ώρο:·

D/W 5% 1000cc 1x2

N/S 0,9 % 1000cc 1x1

Η φαρμακευτική αγωγή του ασθενούς είναι η εξής:

Thromboparine 0,6 1x1 S.C

Tazepen fl 1x3 I. V

Penrazol fl 1x1 I. V

Apotel amp. 1x3 I. V

Paraffin oil 10 cc x 3 P.O

Ο ασθενής εξήλθε στις 21-11-11 συνοδευόμενος από τους οικείους του. Ευχαρίστησε το προσωπικό για την πολύτιμη βοήθεια και υποστήριξη του.

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>-Χειρουργική επέμβαση στις 15-11-11 (αριστερή ημικολεκτομή με εγκαρσιοσιγμο ειδική αναστόμωση).</p>	<p>-Ο ασθενής να είναι καθ' όλα έτοιμος για την χειρουργική επέμβαση.</p> <p>-Να ολοκληρωθεί η χειρουργική επέμβαση χωρίς προβλήματα.</p> <p>-Πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών.</p>	<p>-Προγραμματισμός προεγχειρητικού ελέγχου (γενική αίματος, βιοχημικός έλεγχος, γενική ούρων, καρδιολογική εκτίμηση).</p> <p>-Προσαρμογή της διαίτας.</p> <p>-Πλήρης κάθαρση του εντερικού σωλήνα για την απρόσκοπτη κένωση κατά την επέμβαση.</p> <p>-Προετοιμασία του χειρουργικού πεδίου.</p> <p>-Έναρξη αντιπηκτικής και αντιβιοτικής αγωγής 1 ημέρα πριν την επέμβαση σύμφωνα με την ιατρική οδηγία οδηγία</p> <p>-Ετοιμασία του ασθενούς (αφαίρεση ξένων αντικειμένων, χειρουργική ενδυμασία, χορήγηση προνάρκωσης).</p>	<p>-Έγινε λήψη αίματος και ούρων και ενημερώθηκε ο φάκελος του ασθενούς.</p> <p>HGB 14.7 g/dl</p> <p>HCT 48.0 %</p> <p>WBC 7.80 10e3/μL</p> <p>RBC 4.95 10e6/μL</p> <p>INR 1.09.</p> <p>Γλυκόζη 86 mg/dl</p> <p>Ουρία 31 mg/dl</p> <p>Κρεατινίνη 0,9mg/dl</p> <p>Κάλιο 4,7 mmol/l</p> <p>Νάτριο 142 mmol/l</p> <p>SGOT 28 U/L</p> <p>SGPT 40 U/L</p> <p>γ –GT 20 U/L.</p> <p>-Εστάλη παραπεμπτικό για</p>	<p>-Ολοκληρώθηκε επιτυχώς η προεγχειρητική προετοιμασία.</p> <p>-Το kleen-prep συνέβαλε στην κένωση του εντέρου, η υψηλή συγκέντρωση ηλεκτρολυτών καθώς και η οσμωτική δράση της πολύ-αιθυλενο-γλυκόλης στο διάλυμα εξασφαλίζουν μη σημαντικές μεταβολές της ομοιόστασης του οργανισμού σε ύδωρ και ηλεκτρολύτες.</p> <p>Thromboparin ανήκει στην κατηγορία των αντιπηκτικών – ηπαρίνες – χαμηλού μοριακού βάρους. Ενδείκνυται στην πρόληψη και θεραπεία των εν τω βάθει θρομβώσεων και στην αντιμετώπιση των θρομβοεμβολικών επιπλοκών.</p> <p>Tazeren είναι μια ευρέως φάσμαρος ημισυνθετική πενικιλίνη δραστική εναντίον</p>

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
		<p>-Συμπλήρωση του δελτίου που θα συνοδεύσει τον ασθενή στο χειρουργείο.</p> <p>-Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>καρδιολογική εκτίμηση.</p> <p>-Ετέθη σε υδρική δίαιτα την προηγούμενη της επέμβασης και από τα μεσάνυχτα δεν πήρε τίποτα από το στόμα.</p> <p>-Έγινε ο καθαρισμός του εντέρου στις 19:00 τις 14-11-11 με kleen-prep και έγινε η προετοιμασία του χειρουργικού πεδίου.Εδόθη Thromboparine 6000 I.U / 0.6 ml 1x1 SC και Tazepen fl. 1x3 IV.</p> <p>Χορηγήθηκε προνάρκωση 30 min πριν το χειρουργείο (½ amp pethidine 100 mg + 1 amp atropine IM).</p> <p>-Συμπληρώθηκε το δελτίο που θα τον συνοδεύσει στο χειρουργείο.</p> <p>-Έγινε καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>πολλών Gram(+) και Gram(-) αερόβιων και αναερόβιων μικροοργανισμών.</p> <p>Πεθιδίνη. Προαναισθητικά για να ηρεμήσει ο ασθενής και να μειωθεί η δόση του αναισθητικού, η ατροπίνη έχει μυοχαλαρωτική δράση και μειώνει την υπερπαραγωγή βλέννης και σιέλου.</p>

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>-Φόβος και ανησυχία του ασθενούς για την επέμβαση που θα ακολουθήσει.</p>	<p>-Ο ασθενής να είναι ήρεμος για την χειρουργική επέμβαση.</p>	<p>- Ενημέρωση του ασθενή για το είδος, τον τρόπο και τον σκοπό της επέμβασης.</p> <p>- Διδασκαλία του ασθενή για την μετεγχειρητική του συμπεριφορά ώστε να αποφευχθούν οι επιπλοκές.</p> <p>-Να δοθεί φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>-Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή τους στο φύλλο νοσηλείας.</p> <p>-Να ζητηθεί βοήθει από ειδήμονα (ψυχολόγο, ψυχίατρο) αν χρειαστεί.</p> <p>-Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>-Έγινε ενημέρωση του ασθενή σχετικά με την επέμβαση και δόθηκαν απαντήσεις στις απορίες του.</p> <p>-Ενημερώθηκε για τον τρόπο που θα πρέπει να βήχει, να κινείται, να κάνει ασκήσεις ώστε να αποφευχθούν οι μετεγχειρητικές επιπλοκές.</p> <p>-Χορηγήθηκε 1 tb. Lexotanil 1.5 mg (το βράδυ πριν την επέμβαση).</p> <p>-Έγινε λήψη ζωτικών σημείων:Θ:36,50C,Α.Π:125/75m mHg,σφύξεις:85/min.</p> <p>-Έγινε καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>-Η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή απέδωσε θετικά και ο ασθενής εξωτερίκευσε τις αγωνίες και τον φόβο του.</p> <p>- Η διδασκαλία του σχετικά με τις ενέργειες για την αποφυγή των μετεγχειρητικών επιπλοκών έδωσαν αυτοπεποίθηση στον ασθενή.</p> <p>ΤοLexotanil (βρωμαζεπάμη) ανήκει στην ομάδα φαρμάκων γνωστή ως βενζοδιαζεπίνες. Η βρωμαζεπάμη ελαττώνει το άγχος και χαλαρώνει τους μύες.</p> <p>-Ο ασθενής ήταν ήρεμος έως την μεταφορά του στο χειρουργείο.</p>

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>-Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως.</p>	<p>-Να επιτευχθεί η διαδικασία του καθετηριασμού με επιτυχία. -Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>-Τοποθέτηση καθετήρα κύστεως Foley με άσηπτη τεχνική. -Μέτρηση ούρων 24ώρου και ισοζύγιο υγρών – ηλεκτρολυτών. -Τήρηση άσηπτης τεχνικής κατά την αλλαγή του συλλέκτη. -Έλεγχος ούρων για την ύπαρξη μεταβολής χρώματος. -Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>-Τοποθετήθηκε καθετήρας κύστεως Νο 18 με άσηπτη τεχνική. -Έγινε μέτρηση ούρων 24ώρου:2750 ml και προσλαμβανομένων υγρών: 3000 ml. -Η αλλαγή του συλλέκτη έγινε με άσηπτη τεχνική. -Έγινε έλεγχος του χρώματος των ούρων. -Έγινε καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>-Δεν εμφανίστηκαν δυσχέρειες ή επιπλοκές κατά την παροχέτευση των ούρων. -Το χρώμα των ούρων ήταν φυσιολογικό. -Δεν παρατηρήθηκε διαταραχή στο ισοζύγιο των υγρών: προσλαμβανόμενα 3000ml αποβαλλόμενα 2950ml.</p>

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ**

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>-Χειρουργικό τραύμα αριστερής κοιλίας.</p>	<p>-Πρόληψη επιμόλυνσης χειρουργικού τραύματος.</p>	<p>-Επιμελημένη φροντίδα του χειρουργικού τραύματος.                      -Χρήση άσηπτης τεχνικής κατά την αλλαγή                      -Χρήση αποστειρωμένου υλικού.                      -Συχνή αλλαγή του τραύματος και παρακολούθηση για αιμορραγία.                      -Έλεγχος παροχέτευσης Jackson-Prett.                      -Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή τους στο φύλλο νοσηλείας.                      -Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>-Έγινε η φροντίδα του τραύματος με άσηπτη τεχνική και χρήση αποστειρωμένου υλικού.                      -Η αλλαγή γίνεται κάθε πρωί.                      Το σημείο του τραύματος δεν παρουσιάζει αιμορραγία.                      -Παρακολουθείται η παροχέτευση. Η ποσότητα του παροχέυμενου υγρού είναι:                      1η MTX= 200cc                      2η MTX= 80cc                      3η MTX= 50cc.</p>	<p>-Δεν παρατηρήθηκαν σημεία επιμόλυνσης του χειρουργικού τραύματος.                      -Δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές από το τραύμα (αιμορραγία, εκσπλάγχωση).                      -Το υγρό του τραύματος παροχετεύτηκε κανονικά και αφαιρέθηκε την 3η μετεγχειρητική ημέρα (18/11, h: 09:00).</p>
<p>-Πόνος που οφείλεται στη χειρουργική επέμβαση.</p>	<p>-Ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο.                      -Απαλλαγή του ασθενούς από τον πόνο.</p>	<p>-Τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση (ημικαθιστή με τα γόνατα σε ελαφρά κάμψη).                      -Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, σύμφωνα με την ιατρική</p>	<p>-Χορηγήθηκε 1 amp Apotel 8ml σε 100cc N/S 0,9% IV.                      -Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση με τα πόδια κεκαμένα.</p>	<p>-Με την Apotel (paracetamol &amp; lidocaine HCL) ο πόνος υποχώρησε, ενδείκνυται για την αντιμετώπιση του πόνου στη χειρουργική, ειδικά σε μετεγχειρητικές καταστάσεις</p>

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
		<p>οδηγία.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Χρήση μεθόδων μείωσης του πόνου.</li> <li>-Εξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου περιβάλλοντος.</li> <li>-Ενημέρωση των συγγενών για τις ώρες επισκεπτηρίου</li> <li>-Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ο ασθενής διδάχθηκε να υποστηρίξει με τα χέρια του το κοιλιακό τραύμα και να κάμπτει τα γόνατα του κάθε φορά που αισθάνεται την ανάγκη να βήξει ή να αλλάξει θέση.</li> <li>-Ελαχιστοποιήθηκε ο θόρυβος και ενημερώθηκαν οι συνοδοί για τις ώρες του επισκεπτηρίου.</li> <li>-Έγινε καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</li> </ul>	<p>και στην αντιμετώπιση του πόνου από νεοπλάσματα.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Η χρήση των μεθόδων μείωσης του πόνου απέδωσαν.</li> <li>-Ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα μετά την επιλογή της κατάλληλης θέσης, σε αυτό συνέβαλε και η εξασφάλιση του ήρεμου περιβάλλοντος.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Κίνδυνος διαταραχής της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.</li> <li>-Πρόληψη επιπλοκών (shock).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Επαρκής ενυδάτωση.</li> <li>-Μέτρηση προσλαμβανόμενων – αποβαλλόμενων υγρών.</li> <li>-Βιοχημικός έλεγχος ηλεκτρολυτών και χορήγηση τους σε περίπτωση πτώσης αυτών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</li> <li>-Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή τους στο φύλλο νοσηλείας.</li> <li>-Εκτίμηση και επανεκτίμηση της</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ο ασθενής λαμβάνει τους εξής ορούς:</li> <li>D/W 5% 1000cc 1X2</li> <li>N/S 0,9 % 1000cc 1X1.</li> <li>-Έγινε μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</li> <li>Προσλαμβανόμενα:3000 ml</li> <li>Αποβαλλόμενα:</li> <li>Ούρα:2750 ml</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Το χορηγούμενο σχήμα ορών συνέβαλε στην αποφυγή της αφυδάτωσης.</li> <li>-Παρατηρήθηκε πτώση της τιμής του καλίου η οποία αντιμετωπίστηκε με την χορήγηση KCL και υπονατρίαμια η οποία αντιμετωπίστηκε με την χορήγηση N/S 0,9 %. Οι νέες τιμές στην βιοχημική εξέταση αίματος είναι:</li> </ul>

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
		<p>κλινικής πορείας του ασθενούς.</p> <p>-Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>Jacson-Prett:200 ml</p> <p>Σύνολο αποβαλλομένων:2950 ml.</p> <p>-Έγινε έλεγχος ηλεκτρολυτών</p> <p>K+ = 4,0 mmol/l</p> <p>NA+ =135 mmol/l.</p> <p>-Έγινε εμπλουτισμός του σχήματος ορών με KCL amp 2X2 για 2 ημέρες.</p> <p>-Ζωτικά σημεία: Θ:370c,A.Π: 130/75mmHg,σφύξεις: 70/min.</p> <p>-Έγινε καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>K+ = 4,3 mmol/l</p> <p>NA+=137mmo/l.</p>
<p>-Ξηρότητα της στοματικής κοιλότητας λόγω της γενικής αναισθησίας που έλαβε ο ασθενής.</p>	<p>-Ανακούφιση του ασθενούς από την ξηρότητα.</p> <p>-Απαλλαγή από την ξηρότητα της στοματικής κοιλότητας.</p> <p>-Πρόληψη στοματίτιδας.</p>	<p>-Υγρανση των χειλιών και της γλώσσας.</p> <p>-Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής,σύμφωνα με οδηγία γιατρού.</p> <p>-Επάλειψη των χειλιών με λιπαντική αλοιφή.</p> <p>-Ασηψία και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας.</p>	<p>-Έγινε χρήση port cotton για την ύγρανση των χειλιών και της γλώσσας.</p> <p>-Έγινε επάλειψη των χειλιών με γλυκερίνη.</p> <p>-Έγινε φροντίδα της στοματικής κοιλότητας με hexalen 10 cc x 2 για πρόληψη της στοματίτιδας.</p>	<p>-Η ξηρότητα υποχώρησε ύστερα από μια μέρα και ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα.</p> <p>-Η στοματίτιδα αποφεύχθη λόγω της περιποίησης της στοματικής κοιλότητας.</p>



Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>-Ναυτία – έμετος που οφείλεται στη γενική νάρκωση που έλαβε ο ασθενής.</p>	<p>-Ανακούφιση του ασθενή. -Απαλλαγή του ασθενή από τον έμετο.</p>	<p>-Τοποθέτηση του ασθενή σε κατάλληλη θέση. -Καταγραφή της ποσότητας και της σύστασης των εμέτων στο φύλλο νοσηλείας. -Χορήγηση αντιεμετικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. -Μέτρηση αποβαλλόμενων υγρών και ηλεκτρολυτών. -Λήψη περιφερικού φλεβικού αίματος για έλεγχο ηλεκτρολυτών. -Ασηψία και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε έμετο. -Διατήρηση καθαρών κλινοσκεπασμάτων.</p>	<p>-Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημί-Fowler θέση με το κεφάλι στο πλάι. -Έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας με Hexalen 5cc. -Κατεγράφησαν οι έμετοι (2) στο φύλλο νοσηλείας. -Έγινε λήψη αίματος για έλεγχο ηλεκτρολυτών: K= 4,0 mmol/l, Na=135 mmol/l. -Χορηγήθηκε amp primperan 1x2 στους ορούς σύμφωνα με ιατρική οδηγία. -Το περιβάλλον και ο χώρος της κλίνης του ασθενούς διατηρήθηκαν καθαρά.</p>	<p>-Αποφεύχθηκε η εισρόφιση με τη σωστή θέση του σώματος του ασθενούς. -Η χορηγούμενη αγωγή είχε θετικά αποτελέσματα. Το primperan(μετοκλοπραμίδη) ασκεί ισχυρή αντιεμετική δράση. Επιταχύνει την κένωση του στομάχου και τη διάβαση στο λεπτό έντερο. -Η φροντίδα της στοματικής κοιλότητας με Hexalen συνέβαλε στην πρόληψη της στοματίτιδας καθώς και στη μη αποστροφή του αρρώστου μετά τους έμετους</p>

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Γ

Η ασθενής Μ.Μ. 90 ετών διακομισθεί από τα ΤΕΠ του Γ.Ν. Αργινίου στην χειρουργική κλινική με συνοδεία τραυματιοφορέα στις 25/5/12 και ώρα 08:30 π.μ. Η διάγνωση εισαγωγής είναι οξεία κοιλία.

Η ασθενής διακομισθεί στην κλινική με τις εξής τιμές ζωτικών σημείων:

A.Π: 125/70 mmHg

Θ: 36 C

Σφ: 100 bpm/min

Δεν αναφέρει αλλεργίες σε κάποιο φάρμακο ή αντιβιοτικό.

*Έγιναν οι εξής εξετάσεις:*

Ακτινογραφία θώρακος: φυσιολογική.

Γενική ούρων: φυσιολογικά ευρήματα.

Κατά την δακτυλική εξέταση της ασθενούς ψηλαφήθηκε συμπαγής όγκος στην περιοχή του ορθού.

### Γενική αίματος:

HGB: 11.4 gr/dl

HCT: 35.3 %

WBC: 11.87 10e3/μL

RBC: 4.13 10e3/MI

INR: 1,17

### Βιοχημικές εξετάσεις

Γλυκόζη 185 mg/dl

Ουρία 36 mg/dl

Κρεατινίνη 0,9 mg/dl

Κάλιο 3,5 mmol/l

Νάτριο 144 mmol/l

Χολερυθρίνη ολική 0,4 mg/dl

SGOT 20 U/L

SGPT 7 U/L

γGT 12 U/L

Αλκαλική φωσφατάση 90 U/L

LDH 289 IU/L

Αμυλάση ορού 32U/L

C αντιδρώσα πρωτεΐνη 0,6 mg/dl

Η ασθενής κατέβη εκτάκτως στο χειρουργείο στις 25/5/12 και ώρα 09:00π.μ όπου και διαπιστώθηκε όγκος στο ορθό με συνοδό ρήξη του ορθοσιγμοειδούς. Διενεργήθηκε κολεκτομή κατά Hartmann με κολοστομία.

Τα φάρμακα που συνοδεύουν την ασθενή στο χειρουργείο είναι Tazepen fl και pethidine IV.

Η ασθενής επέστρεψε από το χειρουργείο στο χειρουργικό τμήμα με ζωτικά σημεία:

A .Π: 125/60 mmHg

Θ: 36.C

ΣΦ: 79 bpm/min

Χορηγήθηκαν 4 μονάδες αίμα κατά τη διάρκεια της επέμβασης.

Φέρει ορό L/R 1000 cc από περιφερική φλέβα και σάκο κολοστομίας.

Η ασθενής θα λάβει 2 lit υγρών το 24ωρο

N/S 0,9 % 1000 cc 1X2

*Ετέθη στην εξής αγωγή:*

Tazepen fl. 1x3 IV

Colpocin fl. 1x3 IV

Netromycin 300mg amp.1x1 IV

Thromboparin 0,3 1x1 S.C,

paraffin oil 10 cc x 2 P.O

penrazol fl 1x1 IV

Επί πόνου χορηγείται Aprotel amp IM.

Η ασθενής εξήλθε στις 6/6/12 συνοδευόμενη από τον γιό της και τη σύζυγο του. Με τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού η ασθενής απέκτησε θάρρος και δύναμη να αντιμετωπίσει το πρόβλημα υγείας που της παρουσιάστηκε.

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>-Χειρουργική επέμβαση (25-5-12) κολεκτομή κατά Hartman με κολοστομία.</p>	<p>-Η ασθενής να είναι καθόλα έτοιμη, ως την ώρα του χειρουργείου.</p> <p>-Πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών.</p>	<p>-Προετοιμασία του χειρουργικού πεδίου.</p> <p>-Ενημέρωση της ασθενούς για το είδος και την αναγκαιότητα της επέμβαση.</p> <p>-Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>-Χορήγηση υγρών.</p> <p>-Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή τους στο φύλλο νοσηλείας.</p> <p>-Αφαίρεση τιμαλφών.</p> <p>-Ενδυση της ασθενούς με χειρουργική ενδυμασία.</p> <p>-Συμπλήρωση του φύλλου που θα συνοδεύσει την ασθενή στο χειρουργείο.</p>	<p>-Έγινε προετοιμασία του χειρουργικού πεδίου.</p> <p>-Η ασθενής πληροφορήθηκε για το είδος της επέμβασης, τους περιορισμούς και τη φροντίδα και υποστηρίχθηκε ψυχολογικά.</p> <p>-Το αντιβιοτικό που συνόδευσε την ασθενή στο χειρουργείο είναι Tazepen fl 1x3 IV.</p> <p>-Αφαιρέθηκαν τα ξένα αντικείμενα και δόθηκαν για φύλαξη στους οικείους της.</p> <p>-Συμπληρώθηκε το φύλλο χειρουργείου.</p>	<p>-Ολοκληρώθηκε η προεγχειρητική προετοιμασία.</p> <p>-Η ασθενής εξωτερέκευσε τους φόβους της για την επικείμενη επέμβαση. Η υποστήριξη από το προσωπικό επέδρασε θετικά στην ψυχολογία της.</p> <p>-Το Tazepen είναι μια ευρέως φάσματος ημισυνθετική πενικιλίνη δραστική εναντίον πολλών Gram(+) και Gram(-) αερόβιων και αναερόβιων μικροοργανισμών.</p>

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>-Χειρουργικό τραύμα αριστερής κοιλίας.</p>	<p>-Πρόληψη επιμόλυνσης χειρουργικού τραύματος. -Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>-Φροντίδα του τραύματος με άσηπτη τεχνική. -Τήρηση όρων ασηψίας και αντισηψίας. -Συχνή αλλαγή του τραύματος. -Παρακολούθηση του τραύματος για επιπλοκές(αιμορραγία, εκσπλάχνωση). -Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>-Έγινε φροντίδα του τραύματος με άσηπτη τεχνική. -Κατά την αλλαγή έγινε χρήση αποστειρωμένου υλικού. -Η αλλαγή γίνεται κάθε πρωί.</p>	<p>-Αποφεύχθηκε η επιμόλυνση του χειρουργικού τραύματος, συνέβαλε σε αυτό η χρήση άσηπτης τεχνικής και αποστειρωμένου υλικού. -Δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές.</p>
<p>-Επίσχεση ούρων.</p>	<p>-Να ανακουφιστεί η ασθενής από την επίσχεση. -Να απαλλαγεί η ασθενής από την επίσχεση ούρων. -Να επανέλθει η διούρηση της ασθενούς σε φυσιολογικά επίπεδα. -Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>-Εφαρμογή φυσικών μέσων για τη διούρηση της ασθενούς. -Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως σε περίπτωση αδυναμίας διούρησης με την εφαρμογή φυσικών μέσων. -Ενημέρωση του φύλλου νοσηλείας.</p>	<p>-Έγινε προσπάθεια ούρησης με την εφαρμογή φυσικών μέσων όπως άνοιγμα βρύσης, τοποθέτηση νερού στο περίνεο τα οποία όμως δεν απέδωσαν. -Τοποθετήθηκε καθετήρας κύστεως Folley NO 18 με άσηπτη τεχνική και χρήση αυστηρά αποστειρωμένων υλικών. -Τέθηκε σε μέτρηση ούρων.</p>	<p>-Με την τοποθέτηση καθετήρα η ασθενής ούρησε 2500 cc (ούρα 24ώρου) και αισθάνεται ανακούφιση. -Δεν παρουσίασε καμία επιπλοκή.</p>

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>-Κίνδυνος ενδοκοιλιακής λοίμωξης λόγω ρήξης του ορθοσιγμοειδούς.</p>	<p>-Να μην εμφανίσει λοίμωξη. -Πρόληψη εμφάνισης λοίμωξης.</p>	<p>-Χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής σύμφωνα με την κάρτα νοσηλείας. -Έλεγχος και καταγραφή των ζωτικών σημείων ανά 3ωρο. -Έλεγχος για σημεία και συμπτώματα λοίμωξης. -Λήψη περιφερικού αίματος για γενική και κυρίως για λευκοκυττάρωση. -Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>-Συνεχίστηκε το αντιβιοτικό σχήμα Tazepen fl 1x3 IV Colprocin fl 1x3 IV Netromycin 300mg 1x3 IV. -Έγινε λήψη αίματος:WBC= 10,07 10e3/μL. -Έγινε τρίωρη λήψη των ζωτικών και ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. -Έγινε καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>-Η ασθενής είχε ομαλή μετεγχειρητική πορεία, δεν ανέπτυξε λοίμωξη και σε αυτό συνέβαλε το αντιβιοτικό σχήμα που ετέθη. Το COLPOCIN, ανήκει στην ομάδα των νιτροιμιδαζολών και έχει ενεργό δράση έναντι ποικίλων αναερόβιων βακτηριδίων και πρωτόζωων. Το NETROMYCIN ανήκει σε μια κατηγορία φαρμάκων που είναι γνωστά ως αντιβιοτικά της ομάδας των αμινογλυκοσίδων και έχουν μικροβιοκτόνο δράση ή εμποδίζουν την ανάπτυξη μικροβίων.</p>
<p>-Άλγος που οφείλεται στην χειρουργική επέμβαση.</p>	<p>-Ανακούφιση από τον πόνο. -Απαλλαγή του ασθενούς από τον πόνο.</p>	<p>-Τοποθέτηση της ασθενούς σε κατάλληλη θέση προς χάλαση των μυών. -Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, σύμφωνα με την ιατρική</p>	<p>-Χορηγήθηκε 1 amp.Apotel plus IM. -Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση με τα γόνατα κεκαμένα.</p>	<p>-Το APOTEL έχει αναλγητικές, αντιπυρετικές και ασθενείς αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες. Είναι ασθενής αναστολέας της βιοσύνθεσης των</p>

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
		<p>οδηγία.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Χρήση μεθόδων μείωσης του πόνου κατά την αλλαγή θέσης και κατά το βήχα.</li> <li>-Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος.</li> <li>-Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ενημερώθηκε η ασθενής να υποστηρίξει το τραύμα με τα χέρια της όταν θέλει να αλλάξει θέση ή να βήξει.</li> <li>-Ελαχιστοποιήθηκε ο θόρυβος και ενημερώθηκαν οι οικείοι για την αυστηρή τήρηση του επισκεπτηρίου.</li> <li>-Έγινε καταγραφή των ενεργειών.</li> </ul>	<p>προσταγλανδινών.</p> <p>Ενδείκνυται για την αντιμετώπιση του πόνου στη χειρουργική, ειδικά σε μετεγχειρητικές καταστάσεις και στην αντιμετώπιση του πόνου από νεοπλάσματα.</p> <p>-Η ασθενής νιώθει καλύτερα και σε αυτό συνέβαλε η χρήση των μεθόδων μείωσης του πόνου, η κατάλληλη θέση καθώς και το ήσυχο περιβάλλον.</p>
<p>-Ξηρότητα στοματικής κοιλότητας και αίσθημα δίψας.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ανακούφιση της ασθενούς από τα συμπτώματα.</li> <li>-Να απαλλαγεί από την ξηρότητα της στοματικής κοιλότητας.</li> <li>-Πρόληψη στοματίτιδας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Υγρανση των χειλιών και της γλώσσας.</li> <li>-Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, σύμφωνα με οδηγία ιατρού.</li> <li>-Χρήση λιπαντικής αλοιφής για επάλειψη των χειλιών.</li> <li>-Ασηψία και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας με Hexalen για πρόληψη στοματίτιδας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Έγινε εφύγρανση των χειλιών και της γλώσσας με port cotton.</li> <li>Έγινε φροντίδα των χειλιών με λιπαντική αλοιφή.</li> <li>Έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας με Hexalen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Η ξηρότητα υποχώρησε τη 2η ΜΤΧ ημέρα.</li> <li>-Αποφεύχθηκε η στοματίτιδα με την περιποίηση της στοματικής κοιλότητας.</li> </ul>

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
-Κίνδυνος ανάπτυξης θρομβοφλεβίτιδας.	-Πρόληψη να μην εμφανιστεί θρομβοφλεβίτιδα.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής σύμφωνα με την οδηγία ιατρού.</li> <li>-Εγκαιρη έγερση της ασθενούς με την βοήθεια του προσωπικού.</li> <li>-Τοποθέτηση των κάτω άκρων σε ανάρροπη θέση.</li> <li>-Αποφυγή εντριβής των κάτω άκρων.</li> <li>-Εκτίμηση και επανεκτίμηση της κλινικής πορείας της ασθενούς (εκτίμηση θερμότητας, πόνου, οιδήματος, ακρόαση της ασθενούς).</li> <li>-Λήψη αίματος, για γενική, Pt, apt, INR.</li> <li>-Εφαρμογή της δοκιμασίας Homans.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Χορηγήθηκε Thromboparin 0,3 1x1 S.C.</li> <li>-Η ασθενής κινητοποιήθηκε την 2η MTX ημέρα.</li> <li>-WBC 10.000UI,RBC 3500UI,HCT 35%. PT 15sec, Aptt 40%, INR 1,20.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Thromboparin ανήκει στην κατηγορία των αντιπηκτικών-ηπαρίνες – χαμηλού μοριακού βάρους. Ενδείκνυται στην πρόληψη και θεραπεία των εν τω βάθει θρομβώσεων και στην αντιμετώπιση των θρομβοεμβολικών επιπλοκών.</li> <li>- Η ασθενής δεν εμφάνισε σημεία θρομβοφλεβίτιδας. Σε αυτό συνέβαλε η αντιπηκτική αγωγή καθώς και η έγκαιρη έγερση.</li> </ul>
-Η ασθενής φέρει αριστερή κολοστομία.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Να επανέλθει σε ικανοποιητική λειτουργία ο εντερικός σωλήνας με την υπάρχουσα κολοστομία.</li> <li>-Πρόληψη επιπλοκών.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Περιποίηση της κολοστομίας, φροντίδα με άσηπτη τεχνική τα πρώτα 24ώρα στη συνέχεια ακολουθείται καθαρή τεχνική.</li> <li>-Προφύλαξη του δέρματος γύρω από τη στομία.</li> <li>-Προστασία της ασθενούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Έγινε η φροντίδα της στομίας για 4 ημέρες με άσηπτη τεχνική και στη συνέχεια με καθαρή τεχνική.</li> <li>-Χρησιμοποιήθηκε ειδική αλοιφή karaya.</li> <li>-Τοποθετήθηκε παραβάν και απομακρύνθηκε το επισκεπτήριο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Δεν παρατηρήθηκε ερυθρότητα,οίδημα, εξέλκωση γύρω από το στόμιο.</li> <li>-Με την χρήση της αλοιφής karaya αποφευχθεί ο ερεθισμός του δέρματος γύρω από τη στομία από το</li> </ul>



Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Κένωση του σάκου σε τακτά χρονικά διαστήματα.</li> <li>-Παρακολούθηση της σύστασης και ποσότητας των κενώσεων.</li> <li>-Χρήση αποσμητικών spray.</li> <li>-Ψυχολογική ενίσχυση και τόνωση της ασθενούς.</li> <li>-Διδασκαλία της ασθενούς και ενός οικείου για τον τρόπο περιποίησης της κολοστομίας.</li> </ul>	<p>κατά την αλλαγή.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Την 4η MTX ημέρα έγινε χαμηλός υποκλυσμός στη κολοστομία και ετέθησαν 2 soup Dulcolax. Στις 10:00 μ.μ αλλάχθηκε ο σάκος (υδαρή περιεχόμενο).</li> <li>-Την 5η MTX ημέρα έγιναν 2 υψηλοί υποκλυσμοί στις 11:20 π.μ και στις 06:00 μμ. Αλλάχθηκε ο σάκος (πηχτό περιεχόμενο).</li> <li>-Χορηγήθηκε paraffin oil 10 cc X 2 σύμφωνα με την κάρτα.</li> <li>-Ο σάκος αλλάζεται κάθε φορά που γεμίζει κατά το ήμισυ.</li> <li>-Σε κάθε αλλαγή γίνεται επίδειξη στην ασθενή και στη συνοδό για τον τρόπο περιποίησης του στομίου.</li> <li>-Απαντήθηκαν όλες οι απορίες της ασθενούς.</li> </ul>	<p>εντερικό περιεχόμενο.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Η ασθενής δεν ένιωσε ανασφάλεια και ντροπή κατά την αλλαγή καθώς χρησιμοποιήθηκαν τα απαραίτητα μέσα προφύλαξης.</li> <li>-Η κακοσμία εξουδετερώθηκε με την χρήση αποσμητικών spray.</li> <li>-Η συνοδός έκανε αλλαγή του στομίου παρουσία νοσηλευτή.</li> <li>-Η ψυχολογία της ασθενούς βρίσκεται σε ικανοποιητικά επίπεδα.</li> </ul>

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Δ

Η ασθενής Κ.Ε ηλικίας 83 ετών, βάρους 70 Kg, προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του γενικού νοσοκομείου Καλαμάτας για διερεύνηση αιμορραγικών κενώσεων άνευ κοιλιακού άλγους, στις 05/10/11.

Δεν αναφέρει κληρονομικό ιστορικό. Συνταξιούχος με 2 παιδιά και 5 εγγόνια. Τα τελευταία 6 χρόνια, ζει μόνη απ'όταν έχασε τον άντρα της. Πάντα πρόσεχε την διατροφή της και δεν αναφέρει καταχρήσεις (κάπνισμα, αλκοόλ).

Η παρούσα νόσος πιθανός εκδηλώθηκε πριν 3-4 μήνες, όπου και άρχισαν οι πρώτες αιματηρές κενώσεις οι οποίες αποδόθηκαν σε αιμορροϊδοπάθεια. Στη συνέχεια και ενώ τα συμπτώματα επέμεναν με παράλληλη απώλεια βάρους (περίπου 5 κιλά), αποφάσισε με την παρότρυνση των παιδιών της να επισκεφθεί το γενικό νοσοκομείο καλαμάτας.

Αναφέρει χολοκυστεκτομή προ 20ετίας κα σκωλικοειδεκτομή στην εφηβική ηλικία.

### **Φυσική εξέταση**

Κατά την επισκόπηση παρατηρήθηκαν οι ουλές από τα δύο προηγούμενα χειρουργεία της ασθενούς.

Κατά την ψηλάφηση, την επίκρουση και την ακρόαση δεν παρατηρήθηκε κάποια πιθανή ανωμαλία.

Α.Π: 120/70mmHg

Θ: 36,5°C

Σφύξεις: 75/min

Στα πλαίσια του ελέγχου υποβλήθηκε σε σειρά εξετάσεων:

**Γενική αίματος:** WBC 12.300uL, RBC 3.400UL, HGB 9,1g/dl, HCT 31,7%, PLT 316.000 g/dl.

**Βιοχημικός έλεγχος:** Σάκχαρο 192mg/, ουρία 40 mg/dl, κρεατινίνη 0,73mg/dl, Na 140 mmol/L, K 4,9mmol/L, Ca 8,2mmol/L.

**Έλεγχος πήκτικότητας:** PT 14,8sec, APTT 42,6sec, INR 1,26.

**Ακτινολογικός έλεγχος:** Ήπια αύξηση των διαστάσεων της καρδιάς. Χωρίς ευρήματα από την ακτινογραφία της κοιλιάς.

**Ηλεκτροκαρδιογράφημα:** Χωρίς εικόνα ισχαιμίας, με ένα block (δε) σκέλους.

**Καρδιολογική εκτίμηση:** Καρδιακή ανεπάρκεια (45%).

**Υπέρηχος κοιλιάς:** Εικόνα χολοκυστεκτομής. Ήπαρ- πάγκρεας- σπλήνας εντός φυσιολογικών ορίων. Παρατηρείται μόρφωμα συμπαγές (αρ) λαγώνιο βόθρο(πιθανός ενδοαυλικό). Χρήζει περαιτέρου ελέγχου. Ακολούθησε C/T άνω- κάτω κοιλιάς με iv

σκιαγραφικό που ανέδειξε ότι το μόρφωμα ήταν πιθανός κακοήθεια στο ύψος του σιγμοειδούς χωρίς διογκωμένους τους επιχώριους λεμφαδένες ή άλλη δευτεροπαθή εντόπιση. Στην **κολονοσκόπηση** που έγινε, σε 2 ημέρες(07/10), βρέθηκε μάζα αιμορραγική, ανθοκραμβοειδής στα 18- 20 εκ.και στις βιοψίες που πάρθηκαν, φάνηκε αδενοκαρκίνωμα. Η ασθενής προγραμματίστηκε για χειρουργείο στις 08/10.

Η ασθενής προετοιμάστηκε για την αφαίρεση του αδενοκαρκινώματος.

Εστάλη νέος εργαστηριακός έλεγχος, ηλεκτροκαρδιογράφημα, ακτινογραφία θώρακος.

Έναρξη iv αντιβίωσης: Mefoxil fl 2gr 1επί 3, flagyl 500gr 1επί 3, Nexium fl 1επί2 για γαστροπροστασία. Αντιπηκτική αγωγή: inor: 2,500iu 1επί 1υποδορίως. Επί πόνου: Apotel amp 1000mg.

Η ασθενής υποβλήθηκε στις 08/10 ώρα 11π.μ σε χειρουργική επέμβαση (τυπική αριστερά ημικολεκτομή, μόνιμη κολοστομία).

Επιστρέφει στην κλινική στις 14μμ με τα εξής ζωτικά σημεία: Α.Π: 130/70mm/Hg, Θ: 37\*c, Σφύξεις: 80min.

Φέρει ορό L/R, καθετήρα κύστεως Folley, ROP για παροχέτευση τραύματος και σάκο κολοστομίας. Επί πόνου δίδεται Apotel amp 1000mg σε 100γρ N/S 0,9% καθώς επίσης και επί πυρετού το ίδιο μετά από ιατρική οδηγία.

Συνεχίζει η ίδια αντιβιοτική αγωγή(Mefoxil fl 2gr 1επί 3, flagyl 500gr 1επί 3) και η ίδια αντιπηκτική αγωγή(inor 2.500iu 1επί 1υποδ.)

Η ασθενής εξήλθε στις 20/10 συνοδευόμενη από τα παιδιά της . Τελικά με τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού η ασθενής απέκτησε δύναμη να αντιμετωπίσει το πρόβλημα υγείας που της παρουσιάστηκε και ενισχύθηκε η αυτοεκτιμησή της.

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>-Απώλεια βάρους(η ασθενής έχασε 5 κιλά περίπου, στο διάστημα εμφάνισης των αιμορραγικών κενώσεων).</p>	<p>-Να επανέλθει το βάρος της ασθενούς στα φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<p>-Χορήγηση διαίτας πλούσιας σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία.                      -Χορήγηση βιταμινούχων σκευασμάτων ανώτερης βιολογικής αξίας.                      -Μέτρηση βάρους της ασθενούς.                      -Ανάπαυση ασθενούς.                      -Ενημέρωση του φύλλου νοσηλείας.</p>	<p>-Η ασθενής λαμβάνει διαίτα πλούσια σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία                      Χορηγείται Ensure plus per os σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.                      -Η ασθενής ξεκουράζεται επαρκώς                      Έγινε καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>-Με την χορηγούμενη διαίτα η ασθενής πήρε 1 κιλό σε 5 ημέρες. Το Ensure plus είναι βιταμινούχο σκεύασμα το οποίο αποτελείται από 16,7% πρωτεΐνες, 30% λίπη, 53,3% υδατάνθρακες. Περιέχει 375 Kcal/250ml και χορηγείτε σε ασθενείς με αυξημένες ανάγκες πρωτεϊνών και θερμίδων.</p>
<p>-Κολονοσκόπηση (07/10).</p>	<p>-Να πραγματοποιηθεί η εξέταση της κολονοσκόπησης χωρίς την εμφάνιση προβλημάτων.                      -Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>-Ενημέρωση για το είδος και το σκοπό της εξέτασης, καθώς και ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς.                      -Αποχή του αρρώστου από τροφή και υγρά 8-10 ώρες πριν την εξέταση.                      -Προετοιμασία του εντέρου. Φροντίδα καθαρισμού, Διενέργεια υποκλυσμού, χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα</p>	<p>-Ο ασθενής ενημερώθηκε για το είδος και τη σημασία της εξέτασης και ενισχύθηκε ψυχολογικά.                      -Δεν έλαβε τίποτα από το στόμα 8-10 ώρες πριν την εξέταση.                      -Εδόθησαν 4 fl x-prep sir 75 ml σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.                      -Ο ασθενής μεταφέρθηκε στο ενδοσκοπικό τμήμα με την συνοδεία τραυματιοφορέως χωρίς παρουσία νοσηλευτή του</p>	<p>-Ολοκληρώθηκε η διαγνωστική εξέταση χωρίς κανένα πρόβλημα.                      -Το x-prep συνέβαλε στην κένωση του εντέρου. Φαρμακολογικώς διεγείρει την εντερική κινητικότητα κυρίως του παχέος εντέρου και μειώνει την απορρόφηση ύδατος και ηλεκτρολυτών.                      -Η ανάπαυση του ασθενούς μετά το τέλος της εξέτασης</p>

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
		<p>με τις ιατρικές οδηγίες.</p> <p>-Μεταφορά της ασθενούς στο ενδοσκοπικό τμήμα.</p> <p>-Μετά την εξέταση, φροντίδα ανάπαυσης του ασθενούς.</p> <p>Εκτίμηση- επανεκτίμηση της όλης βιοψυχοκοινωνικής συμπεριφοράς του ασθενούς για πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>τμήματος.</p> <p>-Μετά το τέλος της εξέτασης ο ασθενής μεταφέρθηκε με τη βοήθεια τραυματιοφορέως στο κρεβάτι του για ανάπαυση.</p>	<p>είναι απαραίτητη γιατί η εξέταση είναι επώδυνη.</p> <p>-Ο ασθενής δεν παρουσίασε κάποια επιπλοκή μετά την διαγνωστική εξέταση της κολονοσκόπησης.</p>
<p>-Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως.</p>	<p>-Να ολοκληρωθεί η διαδικασία του καθετηριασμού χωρίς προβλήματα.</p> <p>-Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>-Τοποθέτηση καθετήρα κύστεως Folley.</p> <p>-Τήρηση αυστηρά άσηπτης τεχνικής κατά την τοποθέτηση.</p> <p>-Μέτρηση ούρων 24ώρου και ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών.</p> <p>-Τήρηση άσηπτης τεχνικής κατά την αλλαγή του ουροσυλλέκτη.</p> <p>-Έλεγχος των ούρων για ύπαρξη μεταβολής του χρώματος.</p> <p>-Καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας/επιπλοκών.</p>	<p>-Τοποθετήθηκε καθετήρας κύστεως Folley No 18 με άσηπτη τεχνική.</p> <p>-Έγινε μέτρηση ούρων 24ώρου: 2400ml και προσλαμβανόμενων υγρών: 3000ml.</p> <p>-Η αλλαγή του ουροσυλλέκτη έγινε με άσηπτη τεχνική.</p> <p>-Έγινε έλεγχος του χρώματος των ούρων.</p> <p>-Κατεγράφησαν όλες οι ενέργειες στο φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>-Δεν εμφανίστηκαν δυσχέρειες ή επιπλοκές κατά την παροχέτευση των ούρων.</p> <p>-Το χρώμα των ούρων είναι φυσιολογικό.</p> <p>-Δεν παρατηρήθηκε διαταραχή στο ισοζύγιο των υγρών και των ηλεκτρολυτών.</p>

## ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>-Χειρουργική επέμβαση στις 08/10. (Μερική κολεκτομή, μόνιμη κολοστομία).</p>	<p>-Η ασθενής να είναι καθόλα έτοιμη για την χειρουργική επέμβαση και να ολοκληρωθεί η χειρουργική επέμβαση χωρίς προβλήματα.</p> <p>-Πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών.</p>	<p>-Ενημέρωση της ασθενούς για την συγκεκριμένη χειρουργική επέμβαση. Το είδος, τον σκοπό και την διάρκεια του χειρουργείου. Δίνονται απαντήσεις σε απορίες της ασθενούς.</p> <p>-Τόνωση του ηθικού.</p> <p>-Προετοιμασία του εντερικού σωλήνα για την επέμβαση και χειρουργικού πεδίου.</p> <p>-Έναρξη αντιπηκτικής κι αντιβιοτικής αγωγής 1 ημέρα πριν την επέμβαση, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>-Χορήγηση προνάρκωσης, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>-Αφαίρεση τιμαλών και χειρουργική ενδυμασία της ασθενούς</p> <p>-Λήψη ζωτικών σημείων και συμπλήρωση του δελτίου που θα</p>	<p>-Η ασθενής ενημερώθηκε για τη φύση της επέμβασης, λύθηκαν οι απορίες της και υποστηρίχθηκε ψυχολογικά.</p> <p>-Ετέθη σε υδρική διαίτα μια μέρα πριν την επέμβαση.8 – 10 ώρες πριν το χειρουργείο δεν χορηγήθηκε τίποτε από το στόμα.</p> <p>-Έγινε καθαρτικός υποκλυσμός (Fleetenema), 24 ώρες πριν, και το πρωί της μέρας της επέμβασης και καλωπισμός του χειρουργικού πεδίου</p> <p>-Το βράδυ πριν την επέμβαση χορηγήθηκε 1tab Lexotanil 3mg. Επίσης έγιναν: ivor 2.500 IUinj 1x1 υποδορίως. Το αντιβιοτικό σχήμα που ετέθη είναι το εξής: Mefoxil 2gr fl 1x3 IV. Flagyl 500mg/100ml fl 1x3 IV. Για γαστροπροστασία: Lordin fl 1x2 IV. Επί πόνου: Tramal amp 1x3 IM. Μισή ώρα πριν την επέμβαση χορηγήθηκε 1amp Pethidine 100mg IM</p>	<p>-Ολοκληρώθηκε επιτυχώς η προεγχειρητική προετοιμασία.</p> <p>-Ο υποκλυσμός απέδωσε.</p> <p>-Η αντιπηκτική αγωγή συμβάλλει στην πρόληψη της θρομβοφλεβίτιδας. Η ivor μειώνει την πηκτικότητα του αίματος μέσα στα αγγεία.</p> <p>-Η αντιβιοτική αγωγή είναι σημαντική για την πρόληψη των προεγχειρητικών , διεγχειρητικών και μετεγχειρητικών επιπλοκών. Το Mefoxil είναι ένα ευρέως φάσματος βακτηριοκτόνο ημισυνθετικό αντιβιοτικό. Ανήκει στις κεφαλοσπορίνες β' γενεάς. Έχει ευρύ φάσμα αντιμικροβιακής ενέργειας έναντι Gram θετικών και Gram παθογόνων τόσο αερόβιων όσο και</p>

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
		<p>συνοδεύει την ασθενή και καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>σύμφωνα με την ιατρική οδηγία</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Αφαιρέθηκαν τα κοσμήματα και παραδόθηκαν στην προϊσταμένη του τμήματος.</li> <li>-Ελήφθησαν τα Ζ.Σ της ασθενούς και κατεγράφησαν στο διαγραμμα. Θ:36,90c, Α.Π:135/75mmHg, σφύξεις:85/min.</li> <li>-Συμπληρώθηκε το δελτίο που θα συνοδεύει την ασθενή στο χειρουργείο.</li> <li>-Η ασθενής ντύνεται με την ειδική ρόμπα του χειρουργείου</li> <li>-Έγινε καταγραφή των ενεργειών στο φύλλο νοσηλείας</li> </ul>	<p>αναερόβιων. Το Flagyl δρα αποτελεσματικά επί των αναερόβιων μικροβίων. Είναι καλώς ανεκτό και τα επίπεδα του φαρμάκου στο αίμα και τους ιστούς είναι κατά πολύ υψηλότερα από εκείνα που θεωρητικώς απαιτούνται για επιτυχή αντιμικροβιακή θεραπεία. Το Lexotanil συνέβαλε στη χαλάρωση του ασθενούς. Το Lexotanil ελαττώνει εκλεκτικά την ψυχική τάση και το άγχος. Η πεθιδίνη χορηγείται πριν την αναισθησία για να ηρεμήσει ο ασθενής, να μειωθεί η απαιτούμενη δόση αναισθητικού και να αντισταθμιστεί η υπερπαραγωγή βλέννας και σάλιου.</p> <p>-Δεν παρατηρήθηκαν παρεκκλίσεις των φυσιολογικών τιμών των ζωτικών σημείων.</p>

## ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>-Χειρουργικό τραύμα αριστεράς κοιλίας με παροχέτευση.</p>	<p>-Ανακούφιση από τα συμπτώματα του τραύματος.                      -Να επουλωθεί το τραύμα το συντομότερο.                      -Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>-Νοσηλεία της περιοχής του χειρουργικού τραύματος σύμφωνα με τις νοσηλευτικές αρχές.                      -Χρήση άσηπτης τεχνικής κατά τη διαδικασία της περποίησης.                      -Χρήση αποστειρωμένου υλικού.                      -Συχνές αλλαγές των γαζών και παρακολούθηση για αιμορραγία του τραύματος.                      -Έλεγχος λειτουργίας του σάκου παροχέτευσης και του περιεχομένου του.                      -Να δοθεί κατάλληλη ανατομική και λειτουργική θέση στον ασθενή προς χάλαση των μυών και άρση πίεσης στο χειρουργικό τραύμα.                      -Να χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.                      -Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή στο νοσηλευτικό</p>	<p>-Έγινε η λήψη των ζωτικών σημείων:Θ:36,90c, Α.Π:125/65mmHg, σφ:80/min.                      Έγινε περποίηση της περιοχής του τραύματος με άσηπτη τεχνική και χρήση αποστειρωμένου υλικού.                      -Οι γάζες αλλάζονται μια φορά την ημέρα (πρωί) τηρώντας πάντα άσηπτη τεχνική.                      -Κάθε πρωί γίνεται έλεγχος της παροχέτευσης. Η ποσότητα του παροχετευόμενου υγρού:                      1 μμ= 300cc                      2 μμ= 250cc                      3 μμ= 120cc                      4 μμ= 20cc                      Προσλαμβανόμενα υγρά:2500ml, αποβαλλόμενα:2000ml.</p>	<p>-Αποφεύχθηκε η επιμόλυνση του τραύματος.                      -Δεν εμφανίστηκαν επιπλοκές, όπως αιμορραγία από το τραύμα.                      -Το υγρό του τραύματος παροχετεύθηκε ομαλώς. Η παροχέτευση αφαιρέθηκε την τέταρτη ημέρα (11 πμ).</p>



Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
		<p>διάγραμμα.</p> <p>-Μέτρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.</p> <p>-Λήψη φλεβικού αίματος για γενικό και βιοχημικό έλεγχο.</p> <p>-Εκτίμηση- επανεκτίμηση του χειρουργικού τραύματος και γενικότερα του ασθενούς προς αποφυγή επιπλοκών από το τραύμα και της ψυχολογίας του (μελαγχολία, κατάθλιψη)</p> <p>Ενημερωτική αναφορά στην προϊσταμένη και τους θεράποντες ιατρούς σχετικά με τις εκτιμήσεις μας.</p>		
<p>-Η ασθενής φέρει αριστερά κολοστομία.</p>	<p>-Να επανέλθει σε ικανοποιητική λειτουργία ο εντερικός σωλήνας με την κολοστομία.</p> <p>-Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>-Περποίηση της κολοστομίας. Φροντίδα τα πρώτα 24ωρα με άσηπτη τεχνική και στη συνέχεια με καθαρή τεχνική.</p> <p>-Προφύλαξη του δέρματος γύρω από την στομία.</p> <p>-Προστασία της ασθενούς.</p> <p>-Κένωση του σάκου σε τακτά χρονικά διαστήματα.</p> <p>-Παρακολούθηση της σύστασης</p>	<p>-Έγινε η φροντίδα της στομίας για 5 ημέρες με άσηπτη τεχνική και εν συνεχεία με καθαρή τεχνική.</p> <p>-Χρησιμοποιήθηκε ειδική αλοιφή karaya.</p> <p>-Τοποθετήθηκε το παραβάν και απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες κατά την αλλαγή.</p> <p>-Ο σάκος αλλάζεται κάθε φορά που γεμίζει κατά το ήμισυ.</p>	<p>-Δεν παρατηρήθηκε ερυθρότητα, οίδημα, εξέλκωση γύρω από το στόμιο.</p> <p>-Με τη χρήση της αλοιφής karaya αποφεύχθει ο ερεθισμός του δέρματος γύρω από την στομία από το εντερικό περιεχόμενο.</p> <p>-Ο ασθενής δεν ένιωσε</p>

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
		<p>και της ποσότητας των κενώσεων</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Χρήση αποσμητικών spray.</li> <li>-Ψυχολογική ενίσχυση και τόνωση της ασθενούς.</li> <li>-Διδασκαλία της ασθενούς κι ενός συγγενή για τον τρόπο περποίησης της κολοστομίας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ο ασθενής αφοδεύει 3 φορές ημερησίως (κόπρανα σχηματισμένα).</li> <li>-Σε κάθε αλλαγή γίνεται επίδειξη στον ασθενή και στον συνοδό για τον τρόπο περιποίησης του στομίου.</li> <li>-Απαντήθηκαν όλες οι απορίες του ασθενή και ήρθε σε επαφή με άτομα που φέρουν κολοστομία.</li> </ul>	<p>ανασφάλεια και ντροπή κατά την αλλαγή καθώς χρησιμοποιήθηκαν τα απαραίτητα μέσα.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Η κακοσμία εξουδετερώθηκε με τη χρήση αποσμητικών spray.</li> <li>-Η συνοδός του ασθενή έκανε μία αλλαγή του στομίου παρουσία νοσηλεύτριας.</li> <li>-Η ψυχολογία του ασθενή βρίσκεται σε ικανοποιητικά επίπεδα.</li> </ul>
<p>-Άγχος- ανησυχία της ασθενούς με κολοστομία (σχετίζεται με την αλλαγή της λειτουργίας του σώματος, του εντέρου, με αρνητικά συναισθήματα της ασθενούς για το σώμα της).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Απαλλαγή της ασθενούς από την ψυχολογική της καταπόνηση.</li> <li>-Να επανέλθει σε ψυχική ισορροπία.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Συνεχής διάλογος κι επικοινωνία με την ασθενή, ώστε να κατασταλούν οι φόβοι και οι ανησυχίες της.</li> <li>-Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.</li> <li>-Να έρθει σε επαφή με άλλους ασθενείς που φέρουν κολοστομία.</li> <li>-Να κλιθεί ειδικός ψυχολόγος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Η ασθενής ήρθε σε επαφή με άλλους ασθενείς.</li> <li>-Η ασθενής ήρθε σε επαφή με την κοινωνική υπηρεσία και την ψυχολόγο του νοσοκομείου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Η νοσηλευτική παρέμβαση, βοήθησε την ασθενή να αποκτήσει θάρρος, πεποίθηση στις δυνάμεις της και να ενισχυθεί η αυτοεκτίμησή της.</li> </ul>

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>-Πιθανή διαταραχή στην ισορροπία υγρών και ηλεκτρολυτών.</p>	<p>-Η ασθενής να διατηρήσει την ισορροπία υγρών και ηλεκτρολυτών. -Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>-Μέτρηση ζωτικών σημείων. -Εξασφάλιση επάρκειας υγρών. -Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. -Αύξηση της λήψης υγρών σε ζεστές ημέρες και υπερβολική αφυδάτωση. -Έλεγχος ηλεκτρολυτών με την λήψη αίματος. -Ενημέρωση της ασθενούς για τα συμπτώματα που μπορεί να παρουσιάσει σε ανεπάρκεια λήψεως υγρών και ηλεκτρολυτών. -Εκτίμηση και επανεκτίμηση της κλινικής πορείας της ασθενούς. -Ενημέρωση του φύλλου νοσηλείας.</p>	<p>-Έγινε λήψη ζωτικών σημείων: ΑΠ 120/70mmHg, θ 36,50c, σφύξεις 80/min. -Χορηγήθηκε το εξής σχήμα ορών: Rigers 1000cc 1x 1, 0,9% 1000cc 1x1, Dextrose 5% 1000cc + 2Kcl 1x 1. -Προσλαμβανόμενα υγρά: 3500cc, αποβαλλόμενα: 3000cc. -Ενημερώθηκε η ασθενής για τα συμπτώματα που μπορεί να παρουσιάσει σε ανεπάρκεια υγρών και ηλεκτρολυτών. -Έγινε λήψη αίματος για έλεγχο ηλεκτρολυτών: Na 140mmol/L, K 4,9mmol/L. -Ενημερώθηκε το φύλλο νοσηλείας.</p>	<p>-Δεν υπήρξαν σημεία αφυδάτωσης. -Δεν υπήρξε διαταραχή του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.</p>
<p>-Συνεχής αποβολή του περιεχομένου του εντέρου από την έλλειψη σφιγκτήρα για τον έλεγχο.</p>	<p>-Να γίνει η κένωση, χωρίς προβλήματα και επιπλοκές.</p>	<p>-Επιλογή κατάλληλου σάκου κολοστομίας. -Συχνή αλλαγή του σάκου. -Έλεγχος της στομίας. -Παρακολούθηση του χρώματος,</p>	<p>-Επιλέχθηκε ο κατάλληλος σάκος κολοστομίας, ο οποίος διαθέτει και φίλτρο αερίων. -Γίνεται αλλαγή του σάκου δύο φορές την ημέρα (πρωί – απόγευμα).</p>	<p>-Ο σάκος αποτελείται από κολλώδες προσάρτημα, που εφαρμόζεται στο δέρμα γύρω από το στόμιο. Συνοδεύεται από φίλτρο</p>

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
		<p>του ποσού, και της σύστασης του περιεχομένου του εντέρου.</p> <p>-Εκτίμηση και επανεκτίμηση της κλινικής πορείας, της λειτουργίας του εντέρου (κολοστομία).</p> <p>-Καταγραφή στο φύλλο νοσηλείας</p>	<p>-Κατά την αλλαγή, γίνεται έλεγχος της στομίας για πρόπτωση ή συρρίκνωση.</p> <p>-Γίνεται έλεγχος του χρώματος, της ποσότητας και της σύστασης των κοπράνων.</p>	<p>διαφυγής αερίων.</p> <p>-Κατά τις αλλαγές του σάκου το περιεχόμενο είναι πλήρες (σχηματισμένα κόπρανα).</p> <p>-Δεν παρατηρήθηκε διαταραχή του χρώματος, του ποσού και της σύστασης του περιεχομένου του εντέρου.</p> <p>-Έγινε καταγραφή στο φύλλο νοσηλείας.</p>
<p>-Κακοσμία (από την συνεχή αποβολή του περιεχομένου του εντέρου και αργότερα από την λήψη τροφών).</p>	<p>-Περιορισμός της κακοσμίας.</p> <p>-Να απαλλαγεί η ασθενής από την κακοσμία.</p>	<p>-Χρήση ειδικού σάκου κολοστομίας με φίλτρο διαφυγής αερίων.</p> <p>-Αλλαγή σάκου μετά από κάθε κένωση.</p> <p>-Αποφυγή λήψης τροφών που προκαλούν αέρια δύσοσμα και τάση για διάρροια.</p> <p>-Τοποθέτηση μιας παστίλιας μέντας στον σάκο για να εξαλείφονται οι οσμές.</p>	<p>-Επιλέχθηκε ο κατάλληλος σάκος κολοστομίας, ο οποίος διαθέτει και φίλτρο διαφυγής αερίων σε συνεργασία με την ασθενή.</p> <p>-Μετά από κάθε κένωση, γίνεται αλλαγή του σάκου της κολοστομίας. Επίσης, κατά την αλλαγή γίνεται έλεγχος για το αν ο σάκος εφαρμόζει καλά. Μην τυχόν υπάρχει χαλάρωση και έτσι υπάρχει διαρροή του περιεχομένου του εντέρου.</p> <p>-Αποφεύγεται η χορήγηση τροφών</p>	<p>-Η ασθενής αφού τήρησε τις οδηγίες του νοσηλευτικού προσωπικού, δεν εμφανίζει κακοσμία. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να τονωθεί ψυχολογικά, να αυξηθεί η αυτοπεποίθησή της και να αρχίσει να προσαρμόζεται στην παρούσα κατάσταση.</p>

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
			<p>όπως αγγούρια, κρεμμύδια, φασόλια, τυρί, αυγό για την αποφυγή πρόκλησης δύσσομων αερίων. Επίσης, δεν χορηγούνται τροφές όπως πράσινα φασόλια, μπρόκολο, σπανάκι, καρυκείμενα, μύρα για αποφυγή τάσης για διάρροια.</p> <p>-Συστήθηκε στην ασθενή να μην τρώει πολύ και ακατάστατες ώρες, καθώς επίσης να μασά καλά την τροφή της.</p> <p>-Τοποθετήθηκε μια παστήλια μέντας στον σάκο της κολοστομίας.</p>	
<p>-Πιθανή εμφάνιση δερματίτιδας γύρω από το στόμιο της κολοστομίας.</p>	<p>-Να μην εμφανίσει η ασθενής δερματίτιδα γύρω από το στόμιο.</p> <p>-Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>-Συχνός έλεγχος του δέρματος για σημεία δερματίτιδας.</p> <p>-Αποφυγή επικόλλησης σάκου κολοστομίας πάνω σε περιοχή που εμφανίζει σημεία δερματίτιδας.</p> <p>-Καλή καθαριότητα και στέγνωμα της περιοχής.</p> <p>-Χρήση ειδικών προϊόντων για δερματίτιδες.</p>	<p>-Σε κάθε αλλαγή του σάκου της κολοστομίας, γίνεται έλεγχος της περιοχής για τυχόν σημεία δερματίτιδας (ερυθρότητα, οίδημα κλπ).</p> <p>-Η αλλαγή γίνεται προσεκτικά για να μην έλθει το υγιές δέρμα σε επαφή με τα ερεθιστικά υγρά του εντέρου και ερεθιστεί.</p> <p>Γίνεται αποκόλληση του σάκου προσεκτικά για να μην ερεθιστεί το</p>	<p>-Δεν εμφανίστηκε δερματίτιδα, ούτε κάποια άλλη επιπλοκή.</p>

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή τους στο φύλλο νοσηλείας.</li> <li>-Εκτίμηση και επανεκτίμηση της κλινικής πορείας της ασθενούς και ιδιαίτερα της περιοχής γύρω από την στομία για εμφάνιση δερματίτιδας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>υγιές δέρμα.</li> <li>-Γίνεται απομάκρυνση των υπολειμμάτων του κολλητικού υλικού και των υγρών του εντέρου με καθαρή μαλακή γάζα και στη συνέχεια καλός καθαρισμός με χλιαρό νερό και μαλακό σαπούνι και τέλος, καλό στέγνωμα της περιοχής.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Διαταραχή θρέψης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Να μην εμφανίσει η ασθενής διαταραχή της θρέψης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Καθημερινή μέτρηση του βάρους της ασθενούς.</li> <li>-Καθημερινός αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος.</li> <li>-Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</li> <li>-Σταδιακή προσαρμογή στις ασθενούς σε καθημερινές δραστηριότητες.</li> <li>-Φροντίδα της στοματικής κοιλότητας.</li> <li>-Εξασφάλιση ποιοτικής και ποσοτικής διατροφής στην ασθενή.</li> <li>-Σύσταση να επικοινωνεί με τον</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Γίνεται κάθε πρωί μετά το μπάνιο και πριν το πρωινό μέτρηση του βάρους της ασθενούς.</li> <li>-Κατά τον αιματολογικό έλεγχο ευρέθησαν: ουρία 25mg/dl, αιματοκρίτης 38,5%, αιμοσφαιρίνη 12g/dl, λευκά 9000Ul.</li> <li>-Η ασθενής παροτρύνεται από το νοσηλευτικό προσωπικό να αρχίσει να φροντίζει μόνη της τον εαυτόν της καθώς επίσης και να βγαίνει μικρές βόλτες στον κήπο του νοσοκομείου μόνη ή με τους οικείους της. Να έρχεται σε επαφή με άλλα άτομα.</li> <li>-Γίνεται πλύση της στοματικής κοιλότητας με Hexalen πρωί –</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Το βάρος της ασθενούς διατηρείται σε φυσιολογικά επίπεδα( 75kg).</li> <li>-Κατά τον αιματολογικό έλεγχο, οι τιμές δεν παρέκλιναν από τις φυσιολογικές.</li> <li>-Η ασθενής αρχίζει να ξαναβρίσκει σταδιακά τα παλιά της ενδιαφέροντα και συνήθειες με την παρότρυνση του νοσηλευτικού προσωπικού και των οικείων της.</li> <li>-Δεν υπήρξαν σημεία στοματίτιδας.</li> <li>-Δεν υπήρξαν σημεία</li> </ul>

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
		γιατρό της για κάθε πρόβλημα.	<p>βράδυ.</p> <p>-Το διαιτολόγιό της περιλαμβάνει τροφές πλούσιες σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία.</p> <p>-Ενημερώθηκε η ασθενής να επικοινωνεί με τον γιατρό της σε κάθε πρόβλημα.</p>	αδυναμίας και κόπωσης.



**Συμπεράσματα**

**Προτάσεις**



## Συμπεράσματα

- ü Ο καρκίνος μπορεί να θεραπευτεί πλήρως
- ü Η ίαση είναι πιο πιθανή όταν βρεθεί σε αρχικό στάδιο
- ü Ασυνήθιστα συμπτώματα από την κοιλιά ή αλλαγές ή αίμα στις κενώσεις πρέπει να αναφέρονται αμέσως στον γιατρό
- ü Η κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και ασβεστίου πιθανότατα προφυλάσσει από τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Το αντίθετο συμβαίνει με την κατανάλωση κόκκινου κρέατος, ζωικού λίπους και καπνίσματος
- ü Ο καρκίνος στις περισσότερες περιπτώσεις αναπτύσσεται πάνω σε πολύποδα
- ü Η αφαίρεση των πολύποδων προλαμβάνει την εμφάνιση καρκίνου του παχέος εντέρου
- ü Η αφαίρεση των πολύποδων ή του καρκίνου υπαγορεύει την ανάγκη παρακολούθησης ανα συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα
- ü Οι άνω των 50 ετών χωρίς συμπτώματα, πρέπει να υποβάλλονται σε δοκιμασία ανίχνευσης αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα κάθε χρόνο και σε εύκαμπτη σιγμοειδοσκόπηση κάθε 3 με 5 χρόνια ή σε κολonosκόπηση ανα 10ετία περίπου αν δεν υπάρξουν ευρήματα
- ü Οι στενοί συγγενείς των ασθενών που εμφάνισαν καρκίνο παχέος εντέρου, ιδιαίτερα αν τον εμφάνισαν σε νεαρή ηλικία, πρέπει να συμβουλευτούν ειδικό γιατρό
- ü Η άποψη ότι η χειρουργική επέμβαση οδηγεί σε χαμηλή ποιότητα ζωής λόγω της κολοστομίας πρέπει να αποδοκιμάζεται
- ü Η σωστή πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη μπορεί να μειώσει ουσιαστικά τη θνησιμότητα στην χώρα μας
- ü Για την βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών απαιτείται συνεχιζόμενη και εξειδικευμένη νοσηλευτική εκπαίδευση από εκπαιδευτές με γνώση και εμπειρία στην ογκολογική νοσηλευτική
- ü Καθήκον των νοσηλευτών δεν είναι μόνο να παρέχουν βασική νοσηλεία στον ασθενή αλλά και να τον εκπαιδεύουν και να τον προετοιμάζουν να ζήσει με μια καλή ποιότητα ζωής εξωνοσοκομειακά.

## Προτάσεις

- ü Συλλογή δεδομένων για έρευνα
- ü Πληροφόρηση και εκπαίδευση στην υγεία
- ü Έγκαιρη διάγνωση και προληπτικός έλεγχος
- ü Δημιουργία προγραμμάτων που θα ενημερώνουν τον κόσμο και θα απομυθοποιούν τον καρκίνο. Έμφαση στην πρόοδο της αντικαρκινικής θεραπείας
- ü Οι νοσηλευτές στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής να συμβάλλουν ενεργά στην ορθή ενημέρωση του κοινού όσον αφορά έναν υγιή τρόπο ζωής, με έμφαση στις διατροφικές συνήθειες και την άσκηση, τα οποία αποτελούν το πρώτο βήμα για την πρόληψη του καρκίνου
- ü Επάνδρωση των νοσοκομείων με κατάλληλο εξοπλισμό τελευταίας τεχνολογίας ώστε να γίνονται όλες οι απαραίτητες εξετάσεις για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου
- ü Αύξηση του προσωπικού για την βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών
- ü Εκπαίδευση των ασθενών για την φροντίδα της κολοστομίας, πρέπει να προηγείται του χειρουργείου και να συνεχίζεται μετά από αυτό
- ü Δημιουργία ενδονοσοκομειακών μονάδων υποστήριξης που να φροντίζουν συνολικά για την φροντίδα των ασθενών στο νοσοκομείο αλλά και τη συνέχεια της φροντίδας στο σπίτι μέσα από προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας
- ü Οι άνθρωποι με καρκίνο να έχουν πρόσβαση σε νοσηλευτές με κατάλληλη εμπειρία και δεξιότητες
- ü Η έρευνα της ογκολογικής νοσηλευτικής να εστιάζει όχι μόνο στη νόσο και τη θεραπεία αλλά και στην επίδραση της νόσου στον ασθενή και την οικογένεια
- ü Δημιουργία εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την επιμόρφωση της ελληνικής οικογένειας που φαίνεται να στηρίζει το μέλος της με καρκίνο
- ü Ειδικοί ψυχολόγοι να βρίσκονται δίπλα στους ογκολογικούς ασθενείς.
- ü Ανάπτυξη ενός προγράμματος ανάπτυξης, στήριξης και ενδυνάμωσης του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται με ογκολογικούς ασθενείς.

## Πρόληψη

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ένας κακοήθεις όγκος που αναπτύσσεται στην εσωτερική επιφάνεια του παχέος εντέρου. Είναι ένας πολύ συχνός και θανατηφόρος καρκίνος. Στις δυτικές κοινωνίες αποτελεί στον τρίτο σε συχνότητα καρκίνο για άντρες και γυναίκες και την δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο. Η πιθανότητα ενός ατόμου να αναπτύξει στην διάρκεια ζωής του την νόσο είναι 5-6% και το 1/3 πεθαίνει από την νόσο. Τα αίτια του καρκίνου του παχέος εντέρου παραμένουν άγνωστα. Περιβαλλοντικοί και γενετικοί παράγοντες (κληρονομικότητα αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου).

**Σκοπός:** της παρούσης εργασίας είναι η διερεύνηση των παραγόντων που οδηγούν στην δημιουργία του καρκίνου του παχέος εντέρου και η νοσηλευτική προσέγγιση αυτής της σοβαρής μορφής καρκίνου με στόχο κυρίως την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση αλλά και την αντιμετώπιση και της ίδιας της νόσου και των επιπλοκών της καθώς επίσης και την συμβολή της στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς που υποφέρει από καρκίνο. Ο καρκίνος είναι μια νόσος που μπορεί να προληφθεί σε μεγάλο βαθμό. Από έρευνες προκύπτει ότι πάνω από 50% των νέων κρουσμάτων καρκίνου στις ανεπτυγμένες χώρες θα μπορούσαν να προληφθούν εάν εφαρμόζονταν σε μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες στοχευμένα προγράμματα πρόληψης που να προάγουν την διακοπή του καπνίσματος, την φυσική άσκηση, τον έλεγχο του βάρους και της παχυσαρκίας, την βελτίωση της διατροφής και την αποφυγή των οινοπνευματωδών ποτών και τον προληπτικό ιατρικό έλεγχο (screening). Επιπροσθέτως, έρευνες και μελέτες που αφορούν την θεραπεία του καρκίνου αφήνουν ελπίδες σχετικά με την πλήρη ίαση του. Επιπλέον η νοσηλευτική επιστήμη συμβάλει σημαντικά τόσο στην πρόληψη όσο και στην θεραπεία των ατόμων καθιστώντας απαραίτητη την κατάλληλη εκπαίδευση και την συνεχιζόμενη μάθηση των εργαζομένων ώστε να συμβάλουν αποτελεσματικά στην φροντίδα των ασθενών.

**Συμπέρασμα:** ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι μια νόσος στην οποία μπορεί να λειτουργήσει ικανοποιητικά η πρόληψη για να υπάρχει πρόληψη ωστόσο θα πρέπει να υπάρχει ευαισθητοποίηση του κοινού και σχετική ενημέρωση του.

Απαραίτητη λοιπόν είναι η κινητοποίηση από όλους τους φορείς υγείας για την έγκαιρη διάγνωση, πρόληψη καθώς και αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου ο οποίος αυξάνεται συνεχώς και στην χώρα μας .

## *Summary*

The colon cancer is a malignant tumor that is developed in the inner surface of the colon. It is one of the most usual and fatal cancer. In the west societies it consists the third in frequency cancer for men and women and the second cause of death of cancer. The possibility of a person to develop in his life this disease is 5 -6 % and 1/3 dies of this disease. The causes of the colon cancer are until now unknown. Environmental and genetic factors (heredity) increase the danger of developed of the disease.

**The purpose** of this present work is the investigation of the factors that lead to the creation of the colon cancer and the nursing approach of this serious form of cancer, with the aim, mostly the prevention, the opportune diagnosis, and the dealing with the own disease and its complications, but also its contribution to the improvement of the quality of life of the patient who suffers from cancer. The cancer is a disease which can be prevented in a big grade. From researches, it is evident that over the 50% of the new cases of cancer, in the developed countries, would be prevented if they were used in big groups of population, aimed programs of prevention, in order to promote the cut of smoking, the physical exercise, the control of the weight and of the obesity, the improvement of the diet and the avoidance of alcoholic drinks and the preventive medical checking (screening). Also, researches and studies concerning the treatment of the cancer leave hopes, regarding its complete cure. In addition, the nursing science contributes considerable as much to the prevention, as to the cure of people, by making necessary the appropriate education and the for life learning of the employed people, so that, to contribute actively and efficiently to the care of the patients.

**Conclusion:** The colon cancer is a disease in which can adequate function the prevention. However, in order to exist prevention, it must exist a sensitization of the public and its relating information.

So, it is necessary the mobilization of all the services of health, for the opportune diagnosis, prevention, but also the dealing of the colon cancer, which is constantly increased also to our country.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Corner J., Bailey C.** Νοσηλευτική Ογκολογία. Το πλαίσιο φροντίδας. Εκδόσεις: Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2006
2. **Κάρλου Χ., Πατηράκη Ε.**, Η έννοια της φροντίδας στην ογκολογική Νοσηλευτική. Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας, Νοσηλευτική 2011, 50(1): 35-48
3. **Κοπραίος Δ.**, Προγνωστικοί παράγοντες στον καρκίνο παχέος εντέρου (Γαστρεντερολογική Κλινική, Α.Ο.Ν.Α «Αγ. Σάββας»), Infogastroenterology, 18-21, [www.iatrikionline.gr/Gastro\\_39/6.pdf](http://www.iatrikionline.gr/Gastro_39/6.pdf) 15/05/2012, 18.20
4. **Χριστοδούλου Κ. Δ., Τσιάνος Β.Ε.**, Πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2000, 17(6):566- 575
5. **Ress G.** Μάθετε για τον καρκίνο. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Δημόπουλος Κ. Μ. Α. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2009
6. **Φράγκου Ε., Μασουρίδου Ν.** Καρκινικά στελεχειαία κύτταρα: Η αιχμή του δόρατος για τον καρκίνο. Ελληνική Ιατρική 2008, 74, 2:84- 91
7. **Πολυκανδριώτη Μ. και συνεργάτες**, Ανάγκες ασθενών με καρκίνο, Νοσηλευτική 2010, 49(3): 236- 245
8. **Χριστοδούλου Δ.**, Πόσο «κακοήθης» είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου, Ευεξία και Διατροφή της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας, τεύχος 23, εκδ. επιμ. Global activities key: Ιανουάριος/ Φεβρουάριος 2007, 10-12
9. **Φωτοπούλου Α., Δημητρόπουλος Δ., Καραϊτιανός Ι.**, Προκαρκινικές καταστάσεις παχέος εντέρου και ορθού. Ιατρική 2010, 98(5):280.
10. **Jemal A. Murray T. Ward E. Samuels A. Twari Rc et al.** Cancer statistics 2005. CA Cancer J clin.2005 Jan – Feb; 55 (1):10-30
11. **Χρυσίδης Θ., Σάλιαγκας Κ. και συν.**, Χειρουργικά Χρονικά, τόμος 10, Τμήμα Χειρουργικής Γενικού Νοσοκομείου Έδεσσας, Έδεσσα 2005, 387-389
12. **Biolody online dictionary.** Definition Cancer. Διαθέσιμο από <http://www.biology-online.org/dictionary/Cancer>, 20/06/2012, 21.30
13. Εγχειρίδιο οδηγιών καταγραφής καρκίνου. Υπουργείο Υγείας Κύπρου. <http://www.thecancerjourney.org/about/wic>, Μετάφραση – Επιμέλεια Κωμολίκη Χ. Έκδοση 3<sup>η</sup> Ιανουάριος 2002
14. **World Health Organization factsheets** No. 297. Διαθέσιμο από <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>, 22/05/2012, 19.30

15. Τι είναι καρκίνος. [www.medlook.net. Cy/article.asp? item\\_id= 1474](http://www.medlook.net/Cy/article.asp?item_id=1474). 29/05/2012, 22.35
16. Τι είναι καρκίνος, [www.news-medical.net/health/what-is-Canser-\(Greek\) asp](http://www.news-medical.net/health/what-is-Canser-(Greek).asp), 15/05/2012, 17.50
17. **Δετοράκης Ι.** Βασικές Αρχές της Υγιεινής, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2003
18. [www.bordet.be/en/presentation/history/cancer\\_e/cancer1.htm](http://www.bordet.be/en/presentation/history/cancer_e/cancer1.htm) on April 28, 2011, 19/06/2012, 17.38
19. **Olszewski M.** Concepts of Cancer from Antiquity to the Nineteenth Century. History of Medicine May 2010, vol. 87, Number 3.
20. [www.World Health organization](http://www.WorldHealthOrganization.org), gho, ncd, mortality\_ morbidity,cancer, 26/06/2012, 23.12
21. [www.Who library cataloguing –in – publication data](http://www.WhoLibraryCataloguing-in-publicationData.org), global status report on noncommunicable diseases 2010 pdf, σελ: 11-15, 29/05/2012, 22.50
22. **Piront P, Louis E, Belaiche J et al.** (screening for colorectal caucer). Rev Med Liege 2007;62: pp15-20.
23. **Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM.** GLOBOCAN 2008 v1.2, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No.10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on day/month/year. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Estimates of global cancer prevalence in 2008 for 27 sites in the adult population, submitted.
24. **Bresalier R.S.** Malignant Neoplasms of the large intestine. In: Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and liver disease. Saunders, 2006 Canada: pp2759-2810)
25. **Ελληνική στατιστική αρχή 2012**, Δημόσια υγεία > κλειστή νοσοκομειακή περίθαλψη εξελθόντες ασθενείς, κατά κατηγορία νόσων και τόπο μόνιμης κατοικίας (Συγκεντρωτικό 2007) ([http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-theme?p-param=A2103&r\\_param=SHE12&y\\_param=2007\\_00&mytabs=O](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-theme?p-param=A2103&r_param=SHE12&y_param=2007_00&mytabs=O)) 23-04-2012. 14:40:47 μ.μ.
26. **Steward BW., Kleihues P. eds.** Colorectal Canser. In: World Cancer Report. Lyon: 2003 IARC Press, p: 198-202.
27. **Lynch HT, de la chapelle A.** Hereditary colorectal cancer. N Engl J Med 2003: 348:919-932)
28. **Μπαλτόπουλος Π.Ι.** Ανατομική του Ανθρώπου Δομή και λειτουργία, Τόμος 2, εκδ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2003
29. **Τουσίμης Δ.** Στοιχεία ανατομικής. Εκδόσεις Ι. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2000

30. **Brunnicardi F.Charles, Andersen D.K., Billiar T.R., Dunn D.L., Hunter J.G., Pollock R.E.. Χαλκιαδάκης Γ.** Αρχές Χειρουργικής, έκδοση 8<sup>η</sup> Αθήνα 2010, Εκδόσεις Παρισιάνου
31. **Κωστάκης Α. Ι.** Σύγχρονη Χειρουργική Διαγνωστική και Θεραπευτική, Τόμος 2, Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 2005
32. **Παπαδημητρίου Ι.** Σύγχρονη γενική χειρουργική, Τόμος 2<sup>ος</sup>, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2001
33. **Thibodeau A. G. ,Patton K.** ANATOMY & PHYSIOLOGY. Sixth Edition 2007. St. Louis, Missouri. MOSBY ELSEVIER. Unit 5. Page 940
34. **Μπονάτσος Γ., Κακλαμάνος Ι., Γολεμάτης Β.** Χειρουργική Παθολογία 4η έκδοση, Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 2006
35. **Drake R.L., Vogl W. Mitchell A.W.M., Σκανδαλάκης Π.Ν editor.** Gray's Ανατομία, εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 2007
36. **Άγιος Ε. Α.** Περιγραφική & Εφαρμοσμένη Ανατομική. Β. Τα σπλάχνα, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2000
37. **Guyton Arthur G. Ευαγγελάτου Α.** Φυσιολογία του ανθρώπου, Έκδοση 5<sup>η</sup>, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2004.
38. **MeGeown G.J., Μολοβδάς Π. Α., Γουργουλάνης Κ., Χατζηελευθερίου Α.** Συνοπτική Φυσιολογία του Ανθρώπου, Έκδοση 2<sup>η</sup>, Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 2009.
39. **Valeur J., Berstad A.,** Colonic fermentation: a neglected topic in human physiology education. Advances in physiology education March 2010 34 (22)
40. **Παπαδημητρίου Μ.** Εσωτερική Παθολογία. Τόμος 1<sup>ος</sup>, Έκδοση 2<sup>η</sup>, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2001.
41. Ενημερωτικό φυλλάδιο. Πρόληψη του Καρκίνου Παχέος Εντέρου. Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία, Επαγγελματική Ένωση Γαστρεντερολόγων Ελλάδας, Ελληνικό Ίδρυμα Γστρεντερολογίας και Διατροφής, Αθήνα 2008
42. **Jemal A, Siegel R., Ward E et al.** Cancer statistics. CA Cancer j Clin 2008, 58:71-96..
43. **Φωτοπούλου Α., Δημητρόπουλος Δ., Καραϊτιανός Ι.,** προκαρκινικές καταστάσεις παχέος εντέρου και ορθού. Ιατρική 2010, 98(5):279-292.
44. **Κουίδου Σ.** Μεθυλίωση και καρκινογένεση. Επιγενετικοί μοριακοί δείκτες καρκίνου. Ελληνική Ιατρική 2003, 69, 4: 270- 280
45. **Μπεσμπέας Σ.** Καρκίνος παχέος εντέρου- ορθού- πρωκτού. Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων φθοράς 2002: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία:p:365-367.

46. **Συνακός Ζ.**, Περιβάλλον και Καρκίνος. Ελληνική Ιατρική 2006, 66, 1: 86- 90
47. **Σούπαρης Α.**, Φλεγμονώδεις παθήσεις, Θεσσαλονίκη 1998- 2000.
48. **Slattery M, Curtin K, Anderson K et al.** Associations between cigarette smoking, lifestyle factors and microsatellite instability in colon tumors. J Natl Cancer Inst 2000; 92: 1831-1836.
49. **Giardiello FM, Welsh SB, Hamilton SR et al.** Increased risk of cancer in Peutz-Jeghers syndrome. N Engl J Med 1987;316:1511-1514.
50. **Petersen G,Slack J,Nakamura Y.** Screening guidelines and premorbid diagnosis of familial adenomatous polyposis linkage.Gastroenterology 2000, 100:1658-1664.
51. **Chow E.,Lipton L., Lynch E et al.**Hyperplastik polyposys syndrome, phenotypic presentation and the role of MBD4 andMYH.Gastroenterology 2006, 131:30-39.
52. **East JE ,Saunders BP, Jass JR.** Sporadic and syndromic hyperplastic polyps and serrated adenomas of the colon:classification, molecular genetics, natural history, and clinical management. Gastroenterol Clin North Am 2008, 37:25-46.
53. **Μπονάτσος Γ., Κακλαμάνος Ι., Γολεμάτης Β.**, Χειρουργική Παθολογία, Έκδοση 4η, Ιατρικές εκδόσεις Π Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 2006
54. **Παπαγιώργης Π.,Οικονομάκης Ι.,Καραπαναγιώτου Ι.,Καλοχριστιανάκης Ν.,Νικητέας Ν. Wexner D. St.** Καρκίνος του παχέος εντέρου. Διαφορετικό μοντέλο ανάπτυξης μεταξύ δεξιού και αριστερού κόλου. Ιατρική 2006. 90(2), 161-166.
55. **Netter H.F.**,Παθολογία, βασικές αρχές, Μετάφραση: Βλάσης Κ., Γιαννουλάκη Ο., Γιαννούλη Ε. και συν. Επιμέλεια-διόρθωση: Κατούλης Α., Κουρούκλης Σ. και συν., Ιατρικές εκδόσεις: Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2009.
56. **Μπονάτσος Γ., Κακλαμάνος Ι. Γολεμάτης Β.**, Χειρουργική παθολογία.Έκδοση 4, Ιατρικές εκδόσεις:Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2006.
57. **Τσιρλιάγκος Α.Ε.** Χειρουργική, εκδόσεις Μαυρογένης Α.Ε.,Θεσσαλονίκη 2004
58. **Ράπη Α.Σ.** Εσωτερική Παθολογία, τόμος 2<sup>ος</sup>, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2001.
59. **Παπαδημητρίου Ι.** Σύγχρονη γενική χειρουργική,έκδοση 2<sup>η</sup>, τόμος 2ος, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2001.
60. **Goldman L. ,Bennett J. C.**,Νοσολογία φυσιοπαθολογία- Διάγνωση Θεραπεία, τόμος 1ος, Ιατρικές εκδόσεις: Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2002.
61. **Ignatavicius- Workman.** Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική:Κριτική σκέψη για συνεργατική φροντίδα, τόμος 2,έκδοση 5<sup>η</sup>, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2008.
62. **Παπαδημητρίου Ι.** Σύγχρονη γενική χειρουργική. Τόμος 2ος, έκδοση 2, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2001.



63. **Braun J.,Dorman A.**,Κλινικός οδηγός. Παθολογία. Μετάφραση: Καραντζούλη Β.,Γιαννακοπούλου Ε., επιμέλεια: Παπαδόπουλος Στ.Ι.,έκδοση 8<sup>η</sup>, ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2005
64. **Τασούλης Αθανάσιος**, Διάγνωση του ΚΠΕ [www.medtime.gr/content/view/86/35/lang.greek](http://www.medtime.gr/content/view/86/35/lang.greek). τελευταία ανανέωση: 02.02.07., 31/05/2012, 21.30
65. **Dollinger M, Rossenbaun E, Cable G.**Ο καρκίνος: Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Επιμέλεια μετάφραση Λαμπρόπουλος Σ. Επίτομος. Εκδόσεις κάτοπτρο. Αθήνα 1992.
66. **Ματσούκα Φ., Κοσμίδης Α.Π.**, Νεοπλασματικοί Δείκτες - Η Αξία τους στον καρκίνο του παχέος εντέρου. Ογκολογία πεπτικού 1, 13-15, 2004.
67. **Χαραλάμπους Χ. Et al.** Πρόληψη, διάγνωση και προεγχειρητικός έλεγχος καρκίνου του παχέος εντέρου. Θέματα παθήσεων παχέος εντέρου. Επιτροπή εκπαίδευσης Ελληνικής χειρουργικής εταιρείας, Αθήνα 1998.
68. **Winawer SJ et al.** A comparison of colonoscopy and double- contrast barium enema for surveillance after polypectomy. N Engl J Med. 2000;342:1766-1771.
69. **Kim DH, Pickhardt PJ, Taylor AJ et al.** CT colonography in colorectal cancer screening:virtual or real? N Engl J Med 2007, 357:1403- 1412.
70. **Ladas.** Pblogs.gr/ karkinos-polypodes-paheos- enteroy- prolhpsy-kai- therapeia, html.
71. **Μανιάτης Β.** Η χρησιμότητα της αξονικής κολονογραφίας. Υγεία και επιστήμη. Εκδόσεις Τεγόπουλος, Αθήνα 2011.
72. **Τσώλη Θ. Φοντανίδου Ε.** Pilcam χάπι αντί κολονοσκόπησης.[www.tovima.gr.25/05/2008](http://www.tovima.gr.25/05/2008)., 12/06/2012, 10.30
73. **Τριανταφyllίδης Κ. Ι., Μυλωνάκη Μ. Μάλλη Χ.** Έλεγχος (screening) πληθυσμού για καρκίνο παχέος εντέρου. Ελληνική εταιρεία ογκολογίας πεπτικού 2008, 2, 77-78
74. Καρκίνος Παχέος Εντέρου. [www.clinicalnutrition.gr/pudlic/2009-09-20-05-19-06/408-karkinos](http://www.clinicalnutrition.gr/pudlic/2009-09-20-05-19-06/408-karkinos), 16/06/2012, 18.30
75. Σχέδιο Δράσης για την Δημόσια Υγεία Γραμμή Ζωής. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο 2011-2015, Ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να προληφθεί. Τεύχος 02, Μάρτιος 07.
76. **Παπαδάκης Ν., Γεωργιανός Π., Γρηγοράκη Ε. και συν.** Οι διαχρονικές τάσεις της θνησιμότητας του ελληνικού πληθυσμού από τους κυριότερους τύπους καρκίνου (1980- 2005). Ε λληνική Ιατρική 2009, 75, 1: 84 -90.
77. **Μπολάνης Ι.**, καρκίνος παχέος εντέρου και ορθού:Τα "μυστικά" της χειρουργικής του εντέρου. [Www.iatronet.gr/article.asp?art-id=14613](http://Www.iatronet.gr/article.asp?art-id=14613) ., 19/05/2012, 22.30

78. **Φραγκανδρέας Γ., Αράπογλου Σ., Καμπαρούδης Α. και συν.** Η σημασία του αριθμού των εξαιρεθέντων λεμφαδένων στο χειρουργικό παρασκεύασμα καρκίνου παχέος εντέρου. *Ελληνική Ιατρική* 2010, 76, 1: 66- 70
79. **Στεφανογιάννης Ι.** Καρκίνος του παχέος εντέρου:Ο ρόλος της πρόληψης.[www.greek-health.gr/2011/01/blog-post.06.html](http://www.greek-health.gr/2011/01/blog-post.06.html) 19/06/2012, 18.10
80. **Λυγιδάκης Ν. Ι.** Καρκίνος Παχέος Εντέρου. [www.lygidakis.gr/datafiles/HYPERLINK](http://www.lygidakis.gr/datafiles/HYPERLINK) [http://www.lygidakis.gr/datafiles/Καρκίνος"Καρκίνος παχέος εντέρου.](http://www.lygidakis.gr/datafiles/Καρκίνος%20Καρκίνος%20παχέος%20εντέρου.), 05/07/2012, 17.30
81. **Λυγιδάκης Ν. Ι.** Λαπαροσκοπική κολεκτομή. Καρκίνος παχέος εντέρου [www.lygidakis.gr/datafiles/](http://www.lygidakis.gr/datafiles/), 06/07/2012, 21.30
82. **Βοργιάς Ν.Μ., Θωμάς Ε.Δ.** Λαπαροσκοπική κολεκτομή.[www.laparoboticsurgery.gr/lap-colostomy.html](http://www.laparoboticsurgery.gr/lap-colostomy.html)., 16/05/2012, 20.30
83. Η χειρουργική του σήμερα. [www.ivf-embryo.gr/gynaikologia/laparoskopisi/video-robotikis-cheiroyrgikis](http://www.ivf-embryo.gr/gynaikologia/laparoskopisi/video-robotikis-cheiroyrgikis)., 29/05/2012, 20.30
84. **Δόσης Α., Καμπαρούδης Απ., Bello F., και συν.** Καμπύλη εκμάθησης της ρομποτικής χειρουργικής του παχέος εντέρου και λογισμικό σύστημα Rovimas. *Ελληνική Ιατρική* 2006, 72, 1: 41- 46
85. **Μητρόπαπας Γ.** Γενική-Ογκολογική-Λαπαροσκοπική χειρουργική. Στομία.[www.mitropapas.gr/articles\\_details.php?id=12](http://www.mitropapas.gr/articles_details.php?id=12). 12/05/2012, 22.20
86. **Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ.** Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με νεοπλάσματα. Τόμος 1ος. Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Έκδοση Β. Αθήνα 2006.
87. **Πολυκανδριώτη Μ και συν.** Διερεύνηση των Ανεπιθύμητων ενεργειών της Χημειοθεραπείας σε Ασθενείς με Καρκίνο. *Νοσηλευτική* 2010, 49 (4): 377- 386
88. Ελληνική Εταιρεία Ογκολογίας Πεπτικού. Καρκίνος του Παχέος Εντέρου. [www.digestiveoncology.org.gr/index.php?option=com-content&HYPERLINK](http://www.digestiveoncology.org.gr/index.php?option=com-content&HYPERLINK) . (Giacosa A. Nutritional Decalogue 2003) 16/05/2012, 18.20
89. **BBC-Υγεία:** Ακτινοθεραπεία.[http://www.bbc.co.uk/health/physical\\_health/conditions/in.depth/cancer.radio.shtml](http://www.bbc.co.uk/health/physical_health/conditions/in.depth/cancer.radio.shtml) 15/05/12, 23.10
90. Health. veria .gr/web/guest/entero, 29/05/2012, 19,30
91. **Γλεντής Κ. Π.** Καρκίνος παχέος εντέρου και ορθού. [www.surgeon.gr/110/316.aspx](http://www.surgeon.gr/110/316.aspx)
92. Ογκολογική Μονάδα ΓΠΠ, Γενικό Νοσοκομείο «Η Σωτηρία», Καρκίνος Παχέος Εντέρου, [www.eoncology.gr/site/pdfs/KARKINOS PAXEOS ENTEROU.pdf](http://www.eoncology.gr/site/pdfs/KARKINOS_PAXEOS_ENTEROU.pdf)., 05/06/2012, 10,30

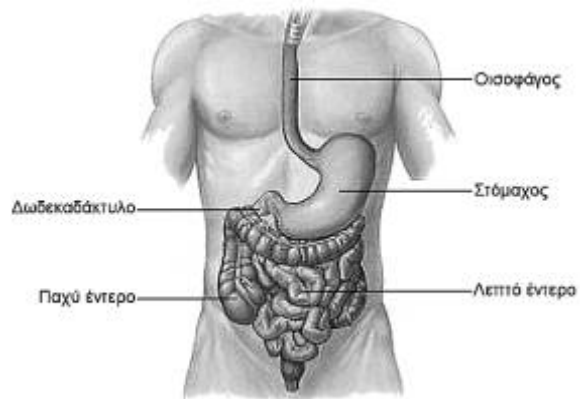
- 93 **Αθανάτου Ε.Κ.** Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική. Έκδοση ΣΤ'. Αθήνα 2000
- 94 **Παπαδημητρίου Μ.**, Εσωτερική Παθολογία. Τόμος 1ος, Έκδοση: 2<sup>η</sup>. Εκδόσεις: University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2001 .
- 95 **Μπάλας Π.** Χειρουργική. Τόμος 1ος, 2ος. Ιατρικές εκδόσεις Λίττους. Αθήνα 2004.
- 96 **Τσακλής Κ.** Η θέση της χειρουργικής εκτομής των ηπατικών μεταστάσεων από ορθοκολικό καρκίνο. Ελληνική Ιατρική 2001, 67, 1: 31- 41
- 97 **Μαλγαρινού Α. Μ.**, Κωνσταντινίδου Φ. Σ. Νοσηλευτική. Γενική παθολογική χειρουργική. Έκδοση δέκατη, Τόμος Α', Αθήνα 1997.
- 98 **Χαρλαύτης Ν., Καραμανλής Ε.** Αντιμικροβιακή χημειοπροφύλαξη στη χειρουργική. Ελληνική Ιατρική 2009, 75: 283 – 291
- 99 **Καμπαρούδης Α., Παπαδόπουλος Σ., Γερασιμίδη Θ.** Περιεγχειρητική χορήγηση αντιβιοτικών στις ενδοκοιλιακές χειρουργικές λοιμώξεις. Ελληνική Ιατρική 2006, 72, 4:278- 291
- 100 **Καμπουρίδης Απ.** Η προφυλακτική χρήση των αντιβιοτικών στο χειρουργικό ασθενή. Ελληνική ιατρική 2005, 71,3:174-1182
- 101 **Μητρόπαπας Γ.** Γενική –ογκολογική-λαπαροσκοπική χειρουργική. Στομία. [Www.mitropapas.gr/artickles-details.php?id=12](http://www.mitropapas.gr/artickles-details.php?id=12).(HYPERLINK "<http://www.mitropapas.gr/artickles-details.php?id=12>.(ημερομηνία δημοσίευσης:02/06/10)., 02/07/2012, 23.30
- 102 Φροντίδα, ο αυτοσκοπός της Νοσηλευτικής Επιστήμης. Νοσηλευτική 2006, 45(4):437- 438
- 103 Καρκίνος Παχέος Εντέρου. 24-4-2012 [www.Bestrong.org.gr](http://www.Bestrong.org.gr) 19/06/2012, 10.30
- 104 **Παπαδαντωνάκη Α.** Προληπτική Νοσηλευτική. Νοσηλευτική 2007, 46(1): 19- 21
- 105 **Ποτηράκη- Κουρμπάνη Ε.** Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με καρκίνο του πεπτικού συστήματος. Ογκολογία πεπτικού 1, 5- 8, 2004.
- 106 **Λαβδανίτη Μ., Αβραμικά Μ.** Η επιβίωση του ασθενούς με καρκίνο μετά το τέλος της θεραπείας- Ο ρόλος του νοσηλευτή. Το βήμα του Ασκληπιού. Τόμος 10<sup>ος</sup>, τεύχος 4<sup>ο</sup>, Οκτώβριος- Δεκέμβριος 2011, σελ. 492- 500
- 107 **Ξανθής Β.Α., Χατζητόλιος Ι.Α.** Συμβολή της πρόληψης, προαγωγής και αγωγής υγείας στη βελτίωση του επιπέδου υγείας στον ελληνικό πληθυσμό. Ιατρικό Βήμα 2006, 102:54- 58
- 108 ([www.iatrotek.org/iotrt.asp?id=16611](http://www.iatrotek.org/iotrt.asp?id=16611)), 29/06/2012, 20.30

- 109 Ιατρική Εταιρία Αθηνών – mednethellas. [www.mednet.gr/archives/2000-6/566.html](http://www.mednet.gr/archives/2000-6/566.html), 29/06/2012, 21.30
- 110 *deWit.C.S.* Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας. Τόμος ΙΙ. Εκδόσεις Λαγός Δ. Αθήνα 2001.
- 111 *Τσιλίδης Κ.* Πρόληψη καρκίνου παχέος έντερου, Ο ρόλος του νοσηλευτή, Νοσηλευτική, 42 (2) 127-179, 2003
- 112 *Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας και Διατροφής.* Ενδοσκόπηση του πεπτικού. Ενημερωτικό φυλλάδιο, Αθήνα 2004.
- 113 *Ignatavicius- Workman.* Παθολογική- Χειρουργική- Νοσηλευτική. Κριτική σκέψη για συνεργατική φροντίδα. Έκδοση Πέμπτη, τόμος 1<sup>ς</sup>, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2008
- 114 *Στεργιοπούλου Α., Βλάχος Γ.* Η επίδραση της Προεγχειρητικής Ενημέρωσης στη Μείωση του Άγχους των Ασθενών. Νοσηλευτική 2010, 49(1): 26- 30
- 115 *Σαχίνη- Καρδάση Α., Πάνου Μ.* Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική. Νοσηλευτικές διαδικασίες. Έκδοση Β. Τόμος Β, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2002
- 116 *Γερασιμίδης Θ.* Λοιμώξεις και χειρουργική παχέος εντέρου. Ελληνική Ιατρική.
- 117 *Σπορίδης Χ.* Γενικές αρχές χορήγησης αντιβιοτικών στο χειρουργικό ασθενή. Ελληνική Ιατρική 2005, 71, 3:169- 173
- 118 *Σκαντάμης Α., Καμπαρούδης ΑΠ., Μπαλλάς Κ.* Βραχεία ή παρατεταμένη χημειοπροφύλαξη στις εγχειρήσεις του παχέος εντέρου. Ελληνική Ιατρική 2000, 66, 3- 4:249- 253
- 119 *Γερασίμου Ε., Τσάμη Α., Κοντρούλας Γρ., και άλλοι.* Παρενέργειες χημειοθεραπείας. Πρακτικά 35<sup>ου</sup> Πανελλήνιου νοσηλευτικού συνεδρίου. Αθήνα 2008.
- 120 *Ρούπα- Δαριβάκη Ζ., Τσίκος Ν., Χατζηπέτρον Μ.* Νοσηλευτική. Τ.Ε.Ε. Τομέας υγείας και πρόνοιας. Ειδικότητα: Βοηθών νοσηλευτών. 2<sup>ος</sup> κύκλος. Οργανισμός εκδόσεων διδακτικών βιβλίων. Έκδοση ΣΤ', Αθήνα 2007.
- 121 *Ραγιά Χ.Α.* Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Νοσηλευτική ψυχικής υγείας αρρώστων με καρκίνο. Έκδοση 7<sup>η</sup>. Εκτύπωση Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε. Αθήνα 2009.
- 122 *Σούγλερη Μ.* Νοσηλευτική παρέμβαση στην ογκολογία. Πρακτικά 3<sup>ου</sup> Ογκολογικού συνεδρίου. Αθήνα 2002.
- 123 *Σούγλερη Μ.* Υποστηρικτικοί παράγοντες για ποιότητα ζωής. Πρακτικά 3<sup>ου</sup> ογκολογικού συνεδρίου. Αθήνα 2002.
- 124 *Κατσιμίγκας Γ. και συν.* Νοσηλευτική και θεολογική προσέγγιση του θανάτου. Νοσηλευτική 2007, 46(4):441- 452

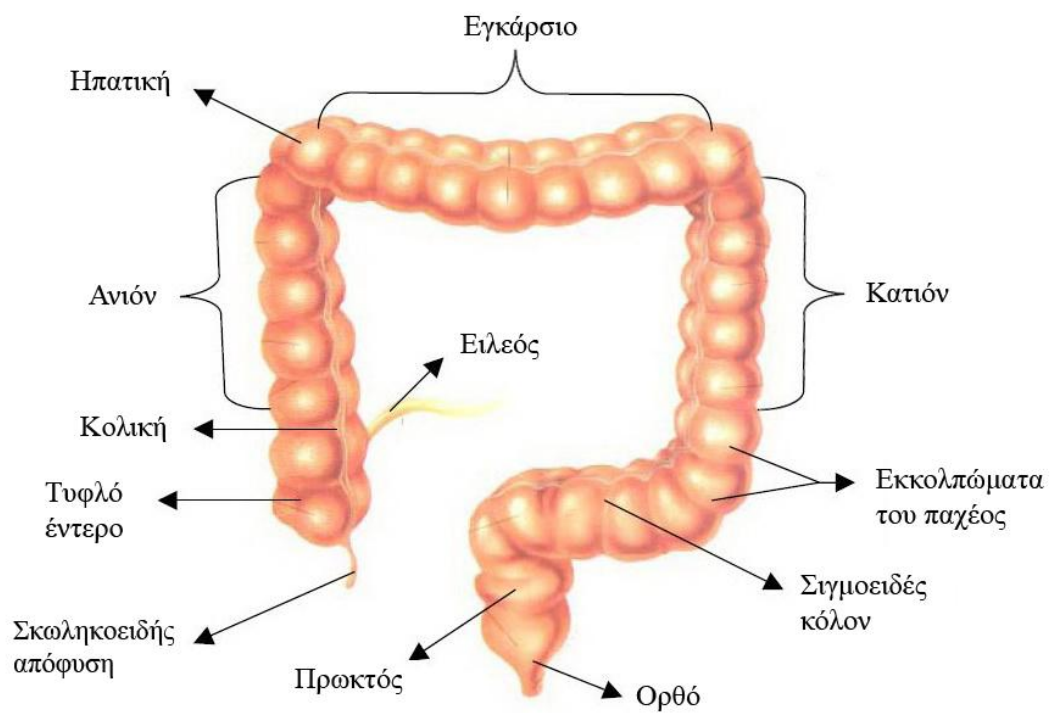
- 125 **Βασιλαματζής Μ., Βαδαλά Χ., Βρυώνης Ε.,** Εκπαιδευτικό συμπόσιο. Η ανακούφιστική αντιμετώπιση ογκολογικών ασθενών τελικού σταδίου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007, 24 (1):131- 141.
- 126 **Παϊκοπούλου Δ., Γεράλη Μ.** Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενούς στο Τελικό Στάδιο της ζωής του. Πρωτόκολλο Μεταθανάτιας Φροντίδας. Νοσηλευτική 2009, 48(1): 19-29
- 127 **Λαβδανίτη Μ., Δημητριάδου Α.** Εξαγείωση Κυτταροστατικών Φαρμάκων- Ο ρόλος του νοσηλευτή. Νοσηλευτική 2009, 48(3): 268- 275
- 128 **Σαρακατσιάνου Χ.** Εκπαίδευση και ενημέρωση ασθενή με κολοστομία. Η συμβολή του Νοσηλευτή. [www.iator.gr/2009/03/14/education-and-briefing-information/](http://www.iator.gr/2009/03/14/education-and-briefing-information/), 15/06/2012, 20.30
- 129 **Σαββοπούλου Γ.** Μόνιμη κολοστομία- Αλλαγή σωματικού ειδώλου- Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις και αντιμετώπιση. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Αθήνα 2001.
- 130 **Αθανάτου Ε. Κ.** Κλινική Νοσηλευτική, Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες. Επίτομος, εκδόσεις Αθανάτου, έκδοση Ι, 2Αθήνα 2002.
- 131 **Παπαεναγγέλου Ε., Καραλιώτας Κ.,** Εξελίξεις στην χειρουργική 2002, Σύγχρονες διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις. Αθήνα 2003
- 132 **Γαβρή Χριστίνα.** Διαιτολογικές συστάσεις κολοστομίας ειλεοστομίας. [Ibd-gr. Blogs pot.gr/2007/12/blog-post-3840.html](http://Ibd-gr.Blogs.pot.gr/2007/12/blog-post-3840.html)
- 133 Coloplastst.Ostomy topics and conditions.[www.coloplast.com/ostomycare/topics](http://www.coloplast.com/ostomycare/topics), 10/06/2012, 21.30



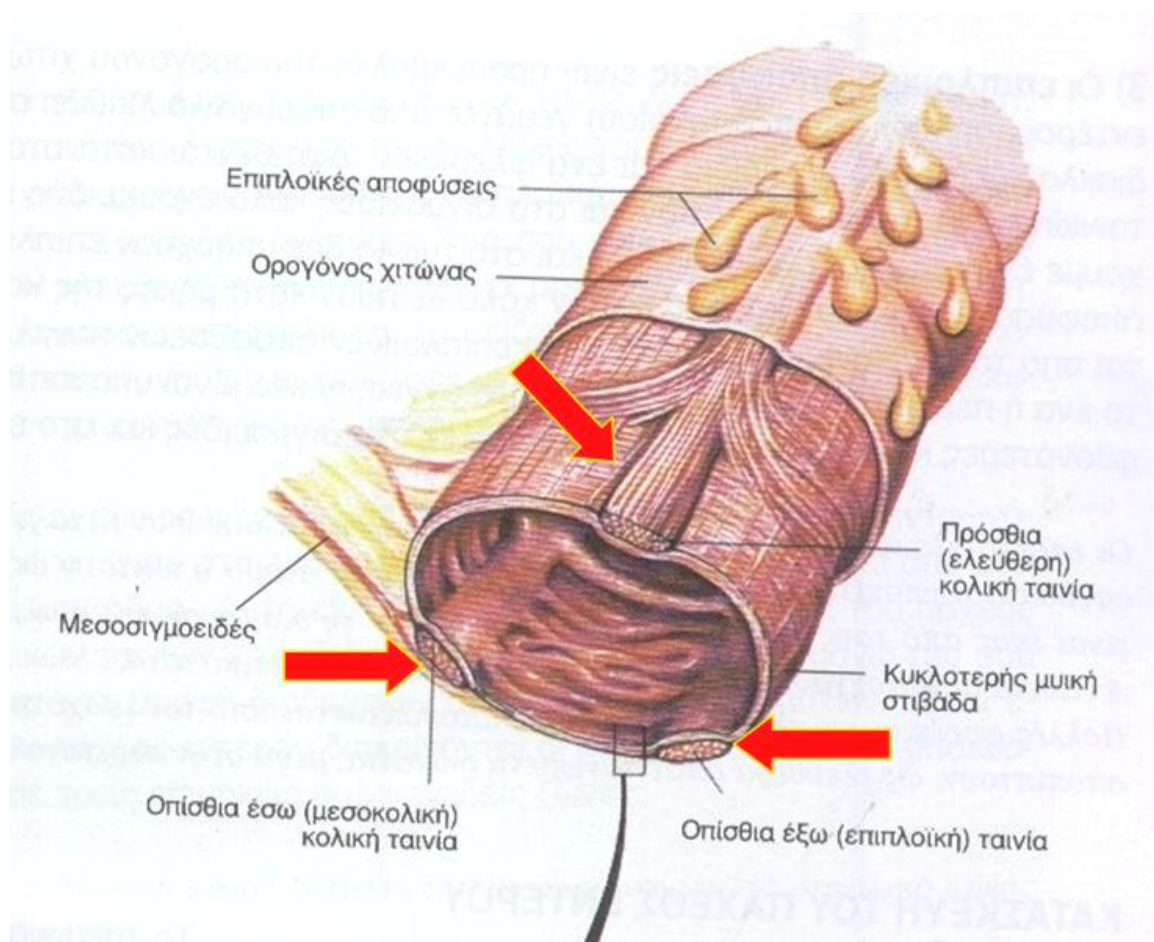
## **Παράρτημα**



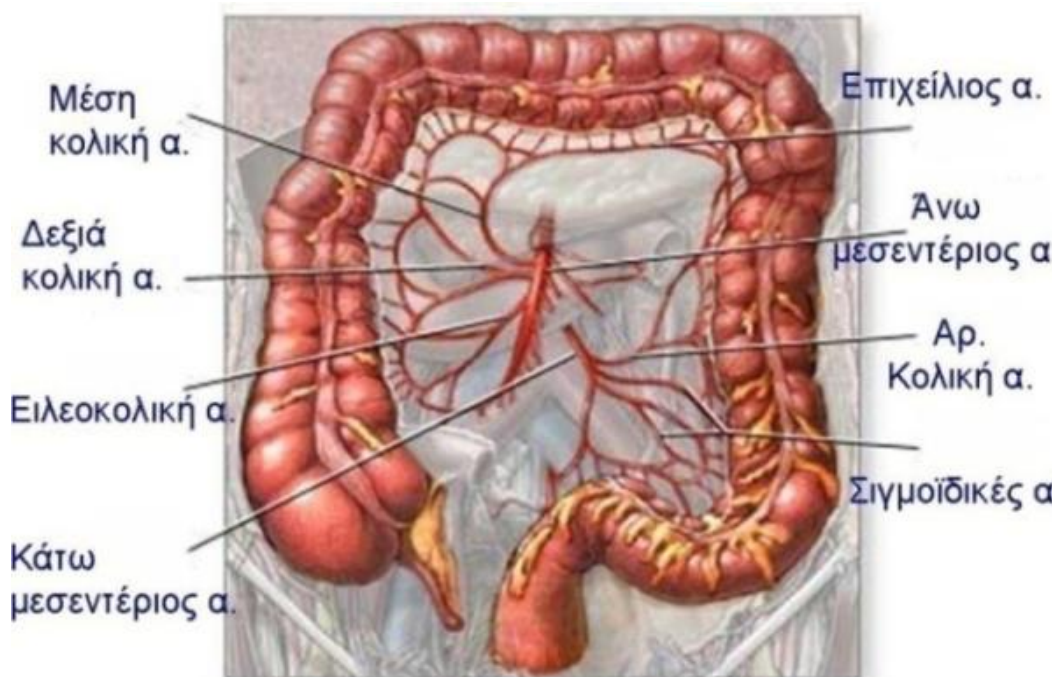
Εικόνα 1 Αδρή απεικόνιση του γαστρεντερικού συστήματος.



Εικόνα 2 Μέρη του παχέος εντέρου.

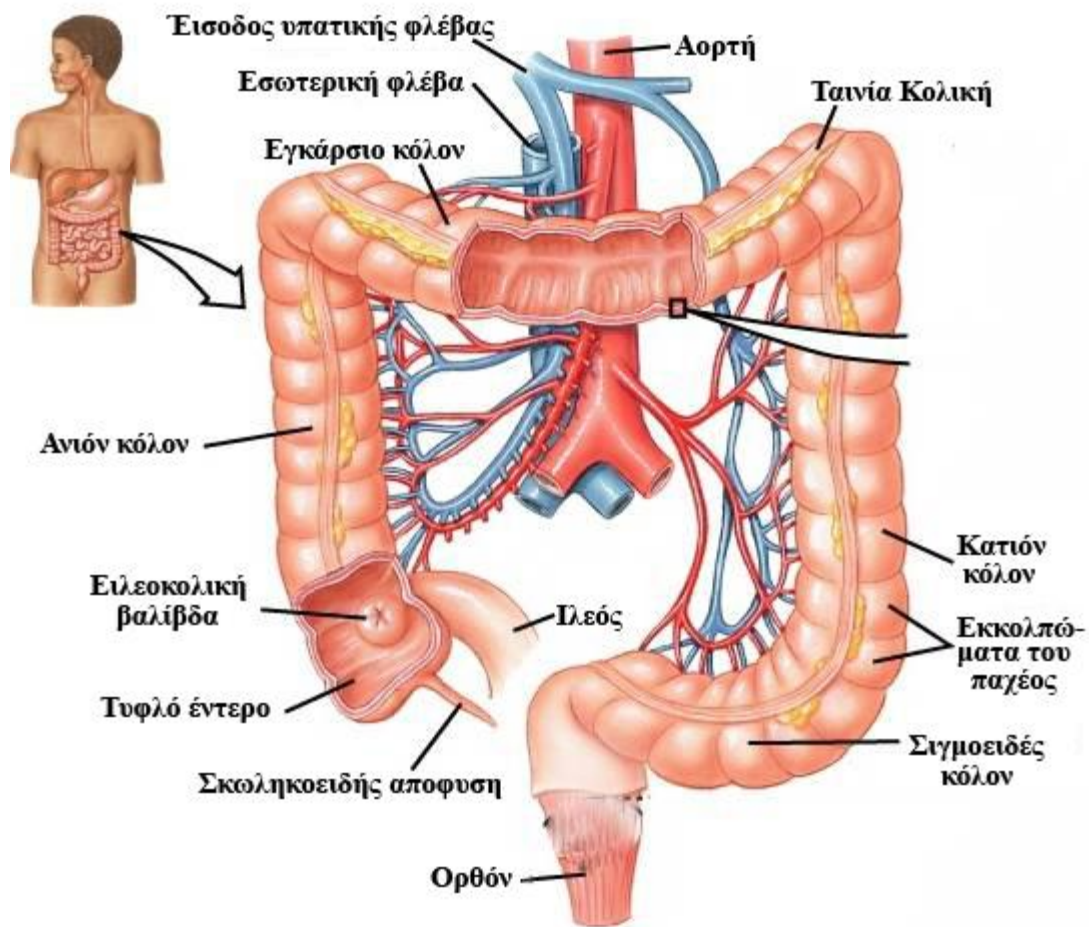


Εικόνα 3 Η κατασκευή του παχέος εντέρου.

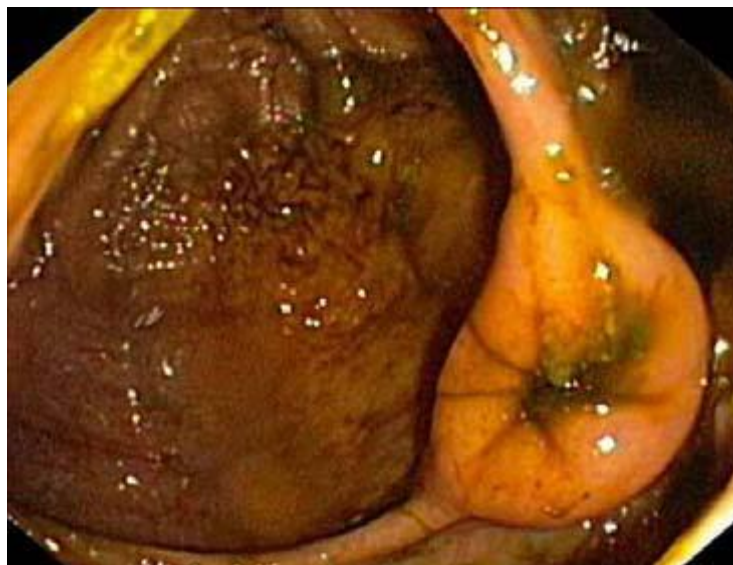


Εικόνα 4 Τα αγγεία του παχέος εντέρου.

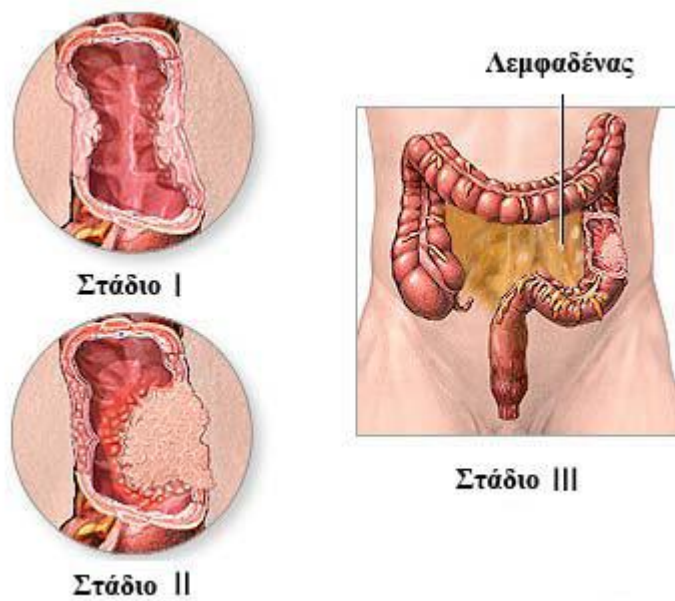




Εικόνα 5 Η νεύρωση του παχέος εντέρου.



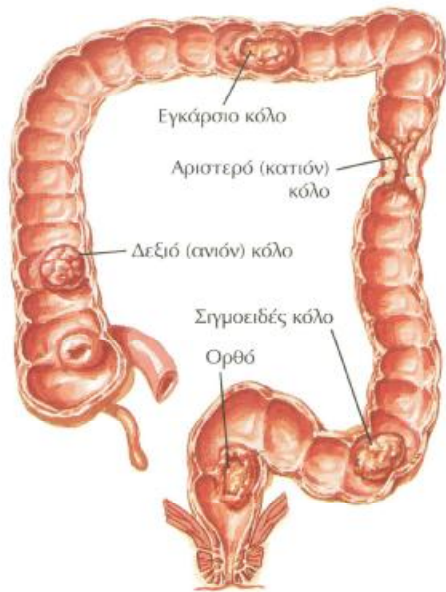
Εικόνα 6 Όγκος στο παχύ έντερο.



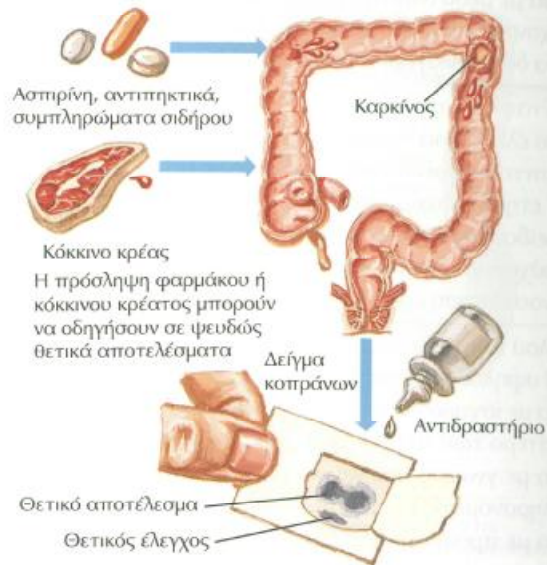
Εικόνα 7 Η σταδιοποίηση του καρκίνου παχέος εντέρου.



Εικόνα 8 Ενδοσκοπική εικόνα καρκίνου του παχέος εντέρου.



Κατανομή του ΚΠΕ



Ο έλεγχος για μικροσκοπική αιμορραγία μπορεί να ανιχνεύσει αιμορραγία σε ολόκληρο το έντερο, αλλά τα αποτελέσματα δεν είναι ακριβή

**Οι απευθείας τεχνικές διαλογής είναι οι πιο αξιόπιστες**

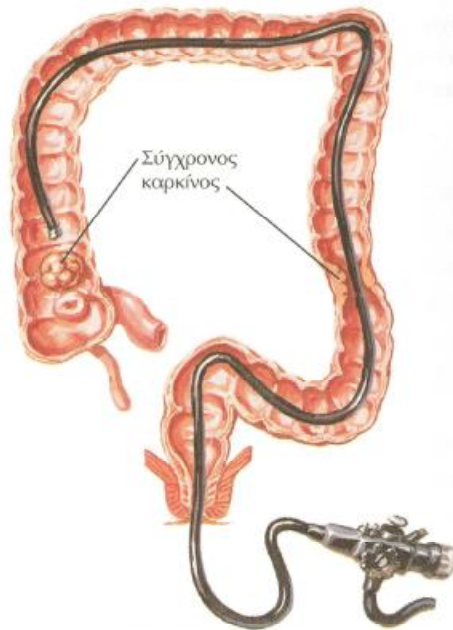
Μπορεί να ψηλαφήσει βλάβες μέχρι πάνω από 8 εκ. μακριά από το πρωκτικό χείλος (20% όλων των ΚΠΕ)



Επιτρέπει την εξέταση του παχέος εντέρου σε απόσταση μεγαλύτερη των 20 εκ. από το πρωκτικό χείλος και την ανίχνευση του 25% όλων των ΚΠΕ

Άκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο 25 εκ.

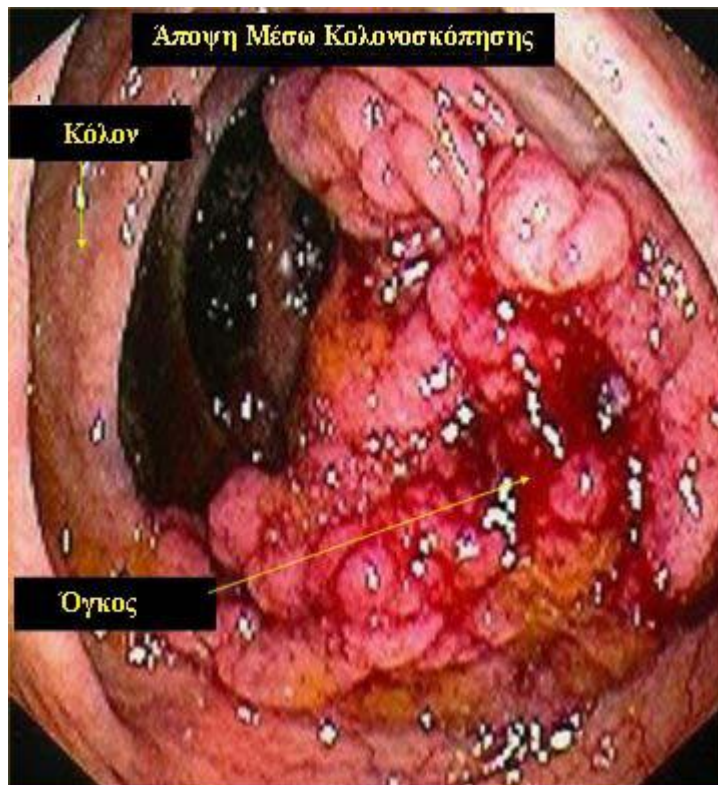
Επιτρέπει την εξέταση του παχέος εντέρου σε απόσταση μεγαλύτερη των 50 εκ. από το πρωκτικό χείλος και την ανίχνευση άνω του 40% των περιπτώσεων ΚΠΕ



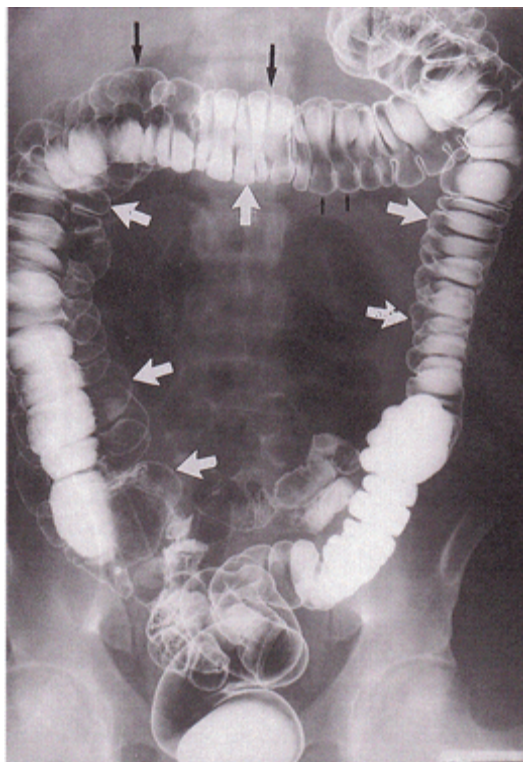
Η κολονοσκόπηση επιτρέπει την εξέταση ολόκληρου του κόλου

JOHN A. CRAIG MD  
© IEN

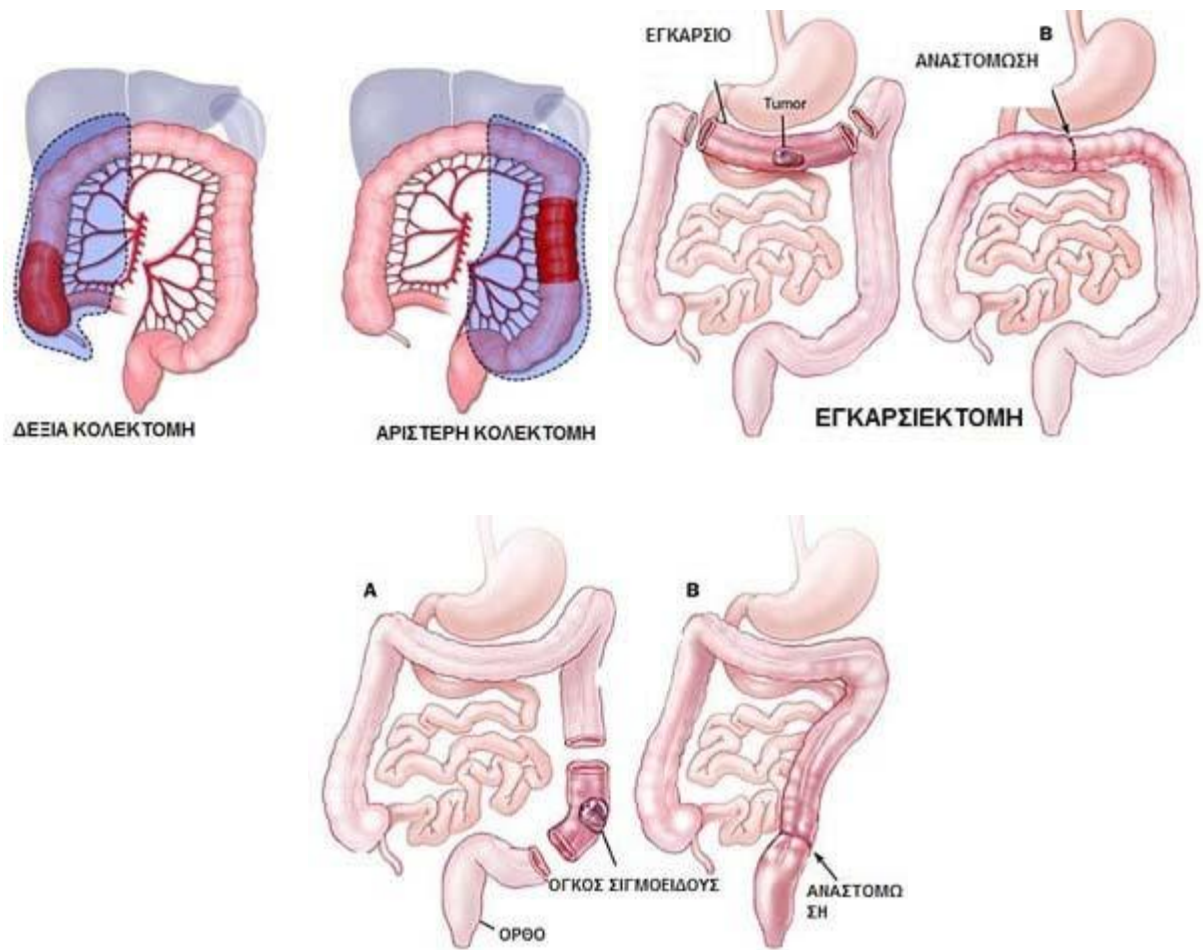
Εικόνα 9 Βαριόχος υποκλυσμός με τυπική απεικόνιση ενός καρκινώματος στην ορθοσιγμοειδική καμπή



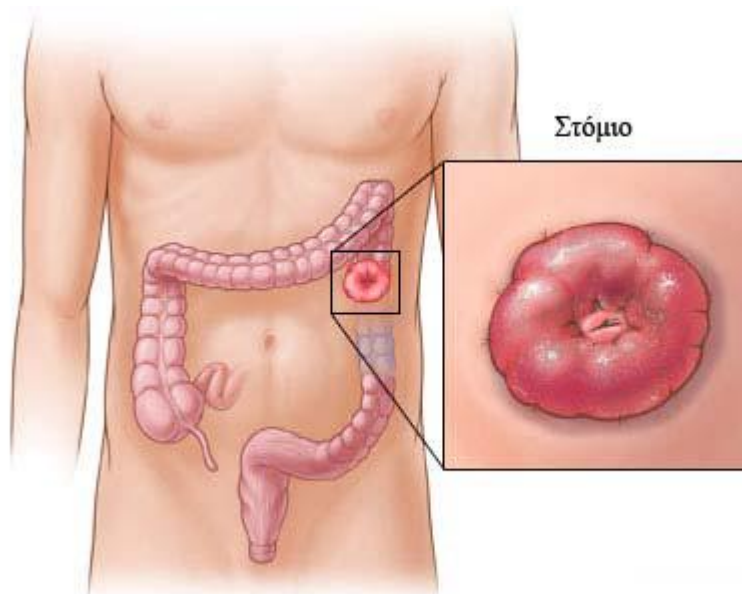
Εικόνα 10 Απεικόνιση του παχέος εντέρου με κολονοσκόπηση.



Εικόνα 11 Απεικόνιση του παχέος εντέρου με τη μέθοδο της διπλής αντίθεσης.



Εικόνα 12 Σχήματα που απεικονίζουν τις εκτομές.



Εικόνα 13 Απεικόνιση του στομίου