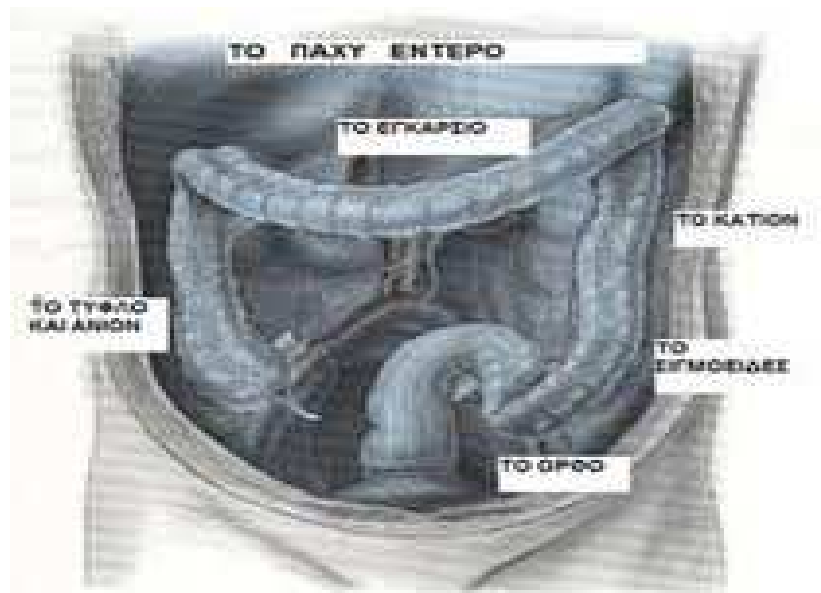


Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*Η νοσηλευτική στην πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση
του καρκίνου του παχέος εντέρου*



Εισηγήτρια
Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία

Καθηγήτρια

Επιμέλεια
Σιμωνά Σταυρούλα

Φοιτήτρια

Πάτρα 2012

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	6
Εισαγωγή	7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Ανατομική και φυσιολογική ανασκόπηση πεπτικού συστήματος – παχέος εντέρου

1.1 Ανατομία πεπτικού συστήματος	10
1.1.1 Ιστολογία πεπτικού συστήματος	10
1.2 Ανατομία παχέος εντέρου	11
1.2.1 Φυσιολογία παχέος εντέρου	12
1.2.2 Ιστολογία παχέος εντέρου	13
1.2.3 Αγγείωση παχέος εντέρου	14
1.2.4 Νεύρωση παχέος εντέρου	15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Καρκίνος παχέος εντέρου

2.1 Η κατανόηση του καρκίνου	17
2.2 Καρκίνος παχέος εντέρου	18
2.2.1 Επιδημιολογία καρκίνου παχέος εντέρου	18
2.3 Παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου ...	19
2.4 Συμπτωματολογία καρκίνου παχέος εντέρου	22
2.4.1 Συμπτωματολογία σύμφωνα με την εντόπιση του όγκου	24
2.5 Διάγνωση καρκίνου παχέος εντέρου	26
2.5.1 Διαγνωστικές εξετάσεις	27
2.5.2 Διαφορική διάγνωση καρκίνου παχέος εντέρου	32
2.6 Πρόγνωση	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Σταδιοποίηση του καρκίνου

3.1	Η Φιλοσοφία της σταδιοποίησης	35
3.2	Σταδιοποίηση κατά Dukes	36
3.2.1	Σταδιοποίηση κατά Astler – Cooler	36
3.2.2	Σταδιοποίηση κατά TNM	37
3.3	Παθολογοανατομία καρκίνου παχέος εντέρου	38
3.4	Επέκταση καρκίνου παχέος εντέρου	38
3.5	Πολύποδες και νεοπλάσματα	40
3.5.1	Σχέση πολύποδα- καρκίνου	41
3.5.2	Θεραπεία πολύποδα	41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Καρκίνος παχέος εντέρου- Θεραπεία

4.1	Θεραπεία ανά στάδιο	44
4.2	Χειρουργική θεραπεία	46
4.3	Χημειοθεραπεία	47
4.4	Ακτινοθεραπεία	48
4.5	Σύγχρονες χειρουργικές πρακτικές	49
4.6	Θεραπευτικές εξελίξεις	50
4.7	Ανοσοθεραπεία	51
4.8	Φαρμακοθεραπεία	51
4.9	Λαπαροσκοπική χειρουργική	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή με καρκίνο παχέος εντέρου

5.1	Νοσηλευτική φροντίδα καρκινοπαθούς	56
5.2	Χειρουργική θεραπεία- Νοσηλευτική παρέμβαση	56
5.2.1	Προεγχειρητική φροντίδα	56
5.2.2	Μετεγχειρητική φροντίδα	58
5.3	Χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων	59

5.3.1	Χειρισμός των κυτταροτοξικών φαρμάκων	59
5.3.2	Επιπλοκές – Εξαγγείωση	61
5.3.3	Νοσηλευτική φροντίδα κατά την χημειοθεραπεία	62
5.4	Νοσηλευτική φροντίδα κατά την ακτινοθεραπεία	64
5.5	Αποκατάσταση ατόμου με καρκίνο παχέος εντέρου	67
5.5.1	Κολοστομία	68
5.5.2	Είδη κολοστομίας	68
5.5.3	Σκοποί εκτέλεσης κολοστομίας	69
5.5.4	Φροντίδα ατόμων με κολοστομία	70
5.5.5	Περιποίηση κολοστομίας	72
5.5.6	Σχέδιο διδασκαλίας -Εξοδος από το νοσοκομείο	76
5.6	Η Νοσηλευτική στη πρόληψη καρκίνου παχέος εντέρου	79
5.6.1	Πρωτογενής πρόληψη	79
5.6.2	Δευτερογενής πρόληψη	82
5.6.3	Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη	85
5.7	Εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας	86
5.7.1	Α' κλινική περίπτωση	89
5.7.2	Β' κλινική περίπτωση	111
	Συμπεράσματα – Προτάσεις	129
	Περίληψη	131
	Summary	132
	Βιβλιογραφία	133
	Παράρτημα	139

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω και να αφιερώσω την παρούσα εργασία τους γονείς μου, που με στήριζαν καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου και συνεχίζουν, και την καθηγήτριά και υπεύθυνη της πτυχιακής μου Κ. Παπαδημητρίου Μαρία, που με υπομονή και αγάπη συνέβαλλε στην προσπάθειά μου. Εύχομαι και ελπίζω σε ένα καλύτερο μέλλον των ατόμων που πάσχουν από καρκίνο..

Πρόλογος

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

Στο 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 διάγνωσης του καρκίνου, παρέχει τη βάση για νέες μορφές θεραπείας που θα σώσουν ή θα παρατείνουν ζωές και προτείνει τρόπους βελτίωσης της ποιότητας ζωής των διαγνωσθέντων με καρκίνο ασθενών.

Με την υιοθέτηση της φιλοσοφίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, όλο και περισσότεροι ασθενείς με κακοήγη νεοπλασμάτα θεραπεύονται ως εξωτερικοί ασθενείς, ή εξέρχονται μετά από μικρή παραμονή στο νοσοκομείο, με αποτέλεσμα να χρειάζονται δεξιότητες αυτοφροντίδας και βοήθεια από το οικογενειακό περιβάλλον για κάποιο μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα, ιδιαίτερα στη χρονική περίοδο της τελικής φάσης της ζωής τους. Επιπλέον πολλοί ασθενείς επιβιώνουν για πολλά χρόνια με καρκίνο ως χρόνια νόσο με πολλαπλές σωματικές, ψυχολογικές κοινωνικές και οικονομικές ανάγκες που απαιτούν ειδική φροντίδα και υποστήριξη.¹

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί μια νόσο με υψηλή θνησιμότητα στις σύγχρονες κοινωνίες. Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο ο καρκίνος του παχέος εντέρου διαγιγνώσκεται σε μισό εκατομμύριο ανθρώπους παγκοσμίως. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί τον τρίτο σε συχνότητα καρκίνο σε άνδρες και γυναίκες στις δυτικές κοινωνίες και τη δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο μετά από τον καρκίνο του πνεύμονα. Στην Ελλάδα το πρόβλημα του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι επίσης σημαντικό αν και η χώρα μας καταλαμβάνει τη χαμηλότερη θέση ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην επίπτωση της νόσου. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία στην Ελλάδα σημειώνονται 8,7 θάνατοι ανά εκατό χιλιάδες πληθυσμού, διαπίστωση που καθιστά τον καρκίνο του παχέος εντέρου σημαντική αιτία θνησιμότητας και αντικατοπτρίζει την ανάγκη για ενημέρωση και σοβαρό σχεδιασμό πρόληψης του πληθυσμού από τη νόσο.²

Εισαγωγή

Ο καρκίνος του πεπτικού συστήματος παραμένει ένα οικουμενικό πρόβλημα υγείας που φαίνεται ότι θα συνεχίσει να προβάλλει σημαντικές προκλήσεις για τους επιστήμονες υγείας. Η ταχύτατη αύξηση σε συνδυασμό με την ασαφή συμπτωματολογία οδηγούν σημαντικό ποσοστό ασθενών στην διάγνωση αρκετές φορές σε προχωρημένα στάδια της νόσου.

Οι νοσηλευτές όπως και όλοι οι επιστήμονες υγείας μοιράζονται το κοινό στόχο της μεγιστοποίησης της αποτελεσματικότητας της θεραπείας πρόληψης και αποκατάστασης.³

Από όλους τους πεπτικούς καρκίνους, ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ο πιο συνηθισμένος. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι μια κακοήθης επεξεργασία που αναπτύσσεται στο βλεννογόνο του παχέος εντέρου. Κάθε χρόνο εντοπίζονται περίπου 130000 νέες περιπτώσεις καρκίνου στο παχύ έντερο στις Η.Π.Α. Αντίθετα με άλλους πεπτικούς καρκίνους, ο χρόνος ζωής είναι αρκετός, αρκεί η ασθένεια να αντιμετωπίζεται σε πρώιμο στάδιο. Περίπου το 70% των διαγνωσθέντων καρκίνων ανά έτος αναπτύσσεται επί εδάφους αδενωματώδους πολύποδα, ενώ το 15-20% αφορά σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου. Το υπόλοιπο ποσοστό (5-10%) αφορά σε γενετικά σύνδρομα όπως ο κληρονομικός μη πολυποδιασικός καρκίνος παχέος εντέρου και η οικογενής πολυποδίαση. Η επίπτωση της νόσου αυξάνει με την ηλικία και ιδίως μετά την ηλικία των 50 ετών και στα δυο φύλα.⁴

Η επιβίωση εξαρτάται από το στάδιο της νόσου κατά το χρόνο της διάγνωσης. Όταν η διάγνωση γίνεται σε πρώιμο στάδιο, η πιθανότητα ίασης μετά από χειρουργική εξαίρεση του όγκου είναι πολύ υψηλή, ενώ η νοσηρότητα και η θνητότητα που συνοδεύουν την εγχείρηση κυμαίνονται σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Όταν ο καρκίνος βρίσκεται μόνο στο βλεννογόνο, η επιβίωση στα δέκα χρόνια είναι στο 80-90%, όταν διαπερνά όλα τα τοιχώματα 70-80% και όταν προσβάλλει και λεμφαδένες 30-35%.⁵

Σε ότι αφορά την συχνότητα εντόπισης της νόσου, είναι διαφορετική ανάλογα με την θέση που εντοπίζεται. Στην περιοχή του ορθοσιγμοειδούς εντοπίζεται το 62% των όγκων, στο κατιόν τμήμα εντοπίζεται το 6% των όγκων, στο ανιόν τμήμα του παχέος εντέρου το 9%, στο εγκάρσιο το 12 % και στο τυφλό το 11%.⁶

Η αιτιολογία του καρκίνου του παχέος εντέρου δεν έχει σαφώς διευκρινισθεί, αλλά από τα υπάρχοντα δεδομένα φαίνεται ότι δημιουργείται μέσω μιας πολυσταδιακής διαδικασίας με αλληλεπίδραση ποικίλων γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Τα συμπτώματα ασθενών με καρκίνο στο παχύ έντερο εξαρτώνται κυρίως από την εντόπιση του όγκου. Η

βασική θεραπευτική αγωγή είναι η χειρουργική εκτομή του προσβεβληθέντος τμήματος του παχέος εντέρου (μαζί με τα λεμφαγγεία του) και τελικοτελική αναστόμωση.⁷ Η πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου διακρίνεται σε πρωτογενή και δευτερογενή. Η πρωτογενής αφορά σε τροποποίηση διαφόρων περιβαλλοντικών παραγόντων, ενώ η δευτερογενής σε εφαρμογή μέτρων προληπτικού ελέγχου του πληθυσμού. Οι παράμετροι της πρωτογενούς πρόληψης είναι το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η σωματική άσκηση, διαίτα, χημικές ουσίες, ενώ οι παράμετροι της δευτερογενούς πρόληψης αφορούν στον έλεγχο του πληθυσμού. Η υψηλή συχνότητα και θνητότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου οφείλεται στο γεγονός ότι τα προγράμματα προληπτικού ελέγχου δεν γίνονται αποδεκτά σε μεγάλο βαθμό από τον φυσιολογικό πληθυσμό λόγω του φόβου για τη νόσο αλλά και λόγω άγνοιας.⁸

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου που οδηγούν στην ανάπτυξη καρκίνου στο παχύ έντερο, στον τρόπο που τίθεται η διάγνωση, τα είδη των εξετάσεων που πραγματοποιούνται και ποια η σημασία τους και η θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου. Επίσης, στο καρκίνο του παχέος εντέρου πρωταρχικό ρόλο παίζει η συμβολή του νοσηλευτή στην πρόληψη, η οποία αναλύεται σε ειδικό κεφάλαιο, και στην αποκατάσταση ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Ανατομική και φυσιολογική ανασκόπηση πεπτικού συστήματος – παχέος εντέρου

- ❖ *Ανατομία πεπτικού συστήματος*
- ❖ *Ιστολογία πεπτικού συστήματος*
- ❖ *Ανατομία παχέος εντέρου*
- ❖ *Φυσιολογία παχέος εντέρου*
- ❖ *Ιστολογία παχέος εντέρου*
- ❖ *Αγγείωση παχέος εντέρου*
- ❖ *Νεύρωση παχέος εντέρου*

1.1 Ανατομία πεπτικού συστήματος

Το πεπτικό σύστημα είναι ομάδα οργάνων που μεταβάλλει την τροφή που καταναλώνουμε σε μορφή που να μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τα κύτταρα του σώματος. Το σύστημα είναι γνωστό σαν γαστρεντερική οδός ή σύστημα και η συνδεδεμένη αλυσίδα των οργάνων μερικές φορές αναφέρεται σαν πεπτικός σωλήνας. Η πεπτική διαδικασία μπορεί να χωριστεί σε τέσσερις φάσεις: την πρόσληψη, την πέψη, την απορρόφηση και την κένωση.

Το πεπτικό σύστημα ξεκινά από το στόμα και καταλήγει στον πρωκτό και καλύπτεται από βλεννογόνο. Τα όργανα κατά μήκος του συστήματος επεξεργάζονται τις τροφές σε πιο απλές μορφές ικανές να περάσουν μέσα από τα τοιχώματα του λεπτού εντέρου και να εισέλθουν στη συστηματική κυκλοφορία του αίματος.⁹

Τα όργανα του πεπτικού συστήματος, βρίσκονται εν μέρει στην κεφαλή και στον τράχηλο και εν μέρει στις κοιλότητες του κορμού. Το ανώτερο τμήμα του πεπτικού συστήματος αποτελείται από την στοματική κοιλότητα με τους πολυάριθμους μικρούς και τρία ζεύγη μεγάλων σιελογόνων αδένων και από τη μέση και κάτω μοίρα του φάρυγγα μέχρι την αρχή του οισοφάγου. Το κατώτερο τμήμα αποτελείται από τον γαστρεντερικό σωλήνα και αρχίζει από την αρχή του οισοφάγου μέχρι και το τέλος του παχέος εντέρου. Αποτελείται από τον οισοφάγο, στόμαχο, λεπτό έντερο και παχύ έντερο.¹⁰

Στο πεπτικό σύστημα οι πρωτεΐνες διασπώνται σε αμινοξέα, οι υδατάνθρακες σε απλά σάκχαρα όπως η ριβόζη και τα λίπη διασπώνται σε λιπαρά οξέα και γλυκερόλη. Οι αλλαγές αυτές διεκπεραιώνονται με μηχανική δράση και χημική δράση με την βοήθεια των ενζύμων. Τα συστατικά των τροφών που δεν πέπτονται προωθούνται κατά μήκος των εντέρων και τελικά αποβάλλονται από το σώμα με τη μορφή κοπράνων.⁹

1.1.1 Ιστολογία πεπτικού συστήματος

Ο γαστρεντερικός σωλήνας παρουσιάζει ορισμένα κοινά δομικά χαρακτηριστικά. Πρόκειται για ένα κοίλο σωλήνα με αυλό ποικίλης διαμέτρου, που περιβάλλεται από ένα τοίχωμα αποτελούμενο από 4 χιτώνες:

- Ο βλεννογόνος,
- Ο υποβλεννογόνιος χιτώνας
- Ο μυϊκός χιτώνας

- Ο ορογόνοος χιτώνας

Ο βλεννογόνοος αποτελείται από το επιθήλιο, το χόριο, ένα χαλαρό συνδετικό ιστό πλούσιο σε αιμοφόρα αγγεία, λεμφαγγεία και λεία μυϊκά κύτταρα, καθώς και αδένες και λεμφικό ιστό, και την βλεννογόνια μυϊκή στοιβάδα, η οποία συνήθως συνίσταται από μια λεπτή εσωτερική κυκλοτερή και μια εξωτερική επιμήκη στοιβάδα από λεία μυϊκά κύτταρα που χωρίζει το βλεννογόνο από τον υποβλεννογόνο. Ο βλεννογόνοος αποκαλείται και βλεννογόνοος υμένας.

Ο υποβλεννογόνοος χιτώνας, αποτελείται από πυκνό συνδετικό ιστό με πολλά αιμοφόρα αγγεία, λεμφαγγεία και το υποβλεννογόνο νευρικό πλέγμα. Επίσης είναι δυνατόν να περιέχει αδένες και λεμφικό ιστό.

Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από λεία μυϊκά κύτταρα τα οποία είναι σπειροειδώς διατεταγμένα και χωρίζονται σε δυο υποστοιβάδες ανάλογα με την κύρια κατεύθυνση που ακολουθούν τα μυϊκά κύτταρα. Στην εσωτερική υποστοιβάδα (πλησιέστερα προς τον αυλό) ο προσανατολισμός των μυϊκών κυττάρων είναι γενικά κυκλοτερής.¹¹

1.2 Ανατομία παχέος εντέρου

Το παχύ έντερο αποτελεί την τελική μοίρα του εντερικού σωλήνα και έχει μήκος περίπου 150cm. Εκτείνεται από την ειλεοκολική βαλβίδα μέχρι τον πρωκτό. Συνίσταται από τρεις μοίρες: το τυφλό με την σκωληκοειδή απόφυση, το κόλον και το απευθυσμένο.^{12,13} Το κόλον ανάλογα με την θέση του, τη φορά της πορείας του και την μορφή του διακρίνεται σε ανιόν, σε εγκάρσιο, σε κατιόν και σε σιγμοειδές κόλον. Το ανιόν μήκους 15cm εκτείνεται από την ειλεοτυφλική βαλβίδα μέχρι τη δεξιά κολική καμπή από την οποία αρχίζει το εγκάρσιο.¹⁴

Το εγκάρσιο κόλο, μήκους 45cm περίπου αποτελεί το μακρύτερο και πλέον ευκίνητο τμήμα του παχέος εντέρου. Διασχίζει την κοιλία και εκτείνεται μέχρι την αριστερή κολική καμπή, όπου και κάμπτεται προς τα κάτω για να αποτελέσει το κατιόν κόλο.¹³ Το κατιόν κόλον μήκους 22-30cm κατέρχεται από την αριστερή κολική καμπή μέχρι τη λαγόνια ακρολοφία όπου μεταπίπτει στο σιγμοειδές κόλον. Το σιγμοειδές, ποικίλου μήκους συνήθως, που δεν ξεπερνά όμως τα 50cm εκτείνεται από την λαγόνια ακρολοφία προς τα πάνω και πίσω και συνδέεται με το ορθό.¹⁵ Το ορθό αποτελεί το καθηλωμένο τελικό τμήμα του παχέος εντέρου.¹³ Έχει μήκος 15cm και εξυπηρετεί στην συλλογή του υπόλοιπου της θρέψης.

Στο παχύ έντερο συνεχίζεται η απορρόφηση ουσιών των τροφών (κυρίως νερού) και από τα υπολείμματα της τροφής διαμορφώνεται η κόπρος η οποία αποβάλλεται από τον πρωκτό.¹⁶

Το παχύ έντερό μπορεί εύκολα να διακριθεί από το λεπτό έντερο χάρις (1) στις τρεις παχιές επιμήκεις μυικές ταινίες του που ονομάζονται κολικές ταινίες,(2) στις μεταξύ των ταινιών κυψέλες του τοιχώματος του και (3) στις μικρές προεκβολές του περιτόναιου που είναι γεμάτες λίπος και λέγονται επιπλοϊκές αποφύσεις.¹³

Το εύρος του είναι μεγαλύτερο στα αρχικά του τμήματα. Το εύρος αυτό προοδευτικά μικραίνει. Το ανιόν και κατιόν τμήμα του με το περιτόναιο είναι καθηλωμένο στο οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Το εγκάρσιο και σιγμοειδές κόλον έχουν μεσεντέριο που καλείται μεσόκολο.¹⁷

1.2.1 Φυσιολογία παχέος εντέρου

Στον πεπτικό σωλήνα εισέρχονται καθημερινά περίπου εννέα λίτρα υγρών. Από αυτά, τα δυο αποτελούν μέρος διατροφής και τα υπόλοιπα προέρχονται από την σίελο και τις εκκρίσεις στομάχου, χολής, παγκρέατος και λεπτού εντέρου που παρέχουν έτσι το κατάλληλο περιβάλλον για την λειτουργία της πέψης. Από τα υγρά αυτά το πλείστον απορροφάται από το λεπτό έντερο ενώ περίπου ένα λίτρο, που αποτελείται από άπεπτα υπολείμματα τροφών και κυτταρικά κατάλοιπα, εισέρχονται στο παχύ έντερο. Η κύρια λειτουργία του παχέος εντέρου συνίσταται στην μετατροπή αυτού του υγρού που προήλθε από τον τελικό ειλεό σε σχηματισμένα κόπρανα πριν την προώθηση στο ορθό για αφόδευση. Οι φυσιολογικές διαδικασίες που συνθέτουν τη λειτουργία του παχέος εντέρου είναι κατά κύριο λόγο η απορρόφηση υγρών και ηλεκτρολυτών, οι περισταλτικές κινήσεις που διευκολύνουν την ανάμιξη και συμπύκνωση και τέλος η αφόδευση. Τα αποβαλλόμενα κόπρανα φθάνουν κατά μέσο τα 200γρ. ημερησίως και η περιεκτικότητά τους σε ύδωρ είναι 60-80%.⁵

Το παχύ έντερο απορροφά το υπερβολικό υγρό από τους χυμούς μέσω των αγγείων στο εσωτερικό του στρώμα. Δεν υπάρχουν λάχνες στο παχύ έντερο. Το απορροφημένο νερό συν κάποια άλατα και πρωτεΐνες αργότερα φιλτράρονται από το αίμα μέσω των νεφρών και αποβάλλονται από τα ούρα. Το υπόλοιπο ινώδες απόβλητο υλικό σχηματίζεται σε ημιστερεά κόπρανα και αποβάλλεται μέσω του εντέρου.¹⁵

Φυσιολογικά το παχύ έντερο παρουσιάζει μια χαμηλή συχνότητα κινήσεων κατάτμησης (2-4 συσπάσεις/ώρα). Εντούτοις περίπου τρεις φορές την ημέρα το παχύ έντερο παρουσιάζει σύσπαση γνωστή ως μαζική κίνηση. Είναι μια συγχρονισμένη και παρατεταμένη σύσπαση του κυκλοτερούς μυός η οποία δεν ταξιδεύει όπως συμβαίνει με το περισταλτικό κύμα. Συχνά συμβαίνει αμέσως μετά το γεύμα, πιθανόν λόγω έκκλησης του γαστροκολικού

αντανακλαστικού το οποίο εξαρτάται από την γαστρίνη.¹⁸ Οι κινήσεις αυτές οφείλονται στο μυεντερικό πλέγμα του Auerbach και έχουν σα στόχο την προώθηση μεγάλων ποσοτήτων του εντερικού περιεχομένου προς το απευθυσμένο.¹⁹

Οι μαζικές κινήσεις αναγκάζουν το εντερικό περιεχόμενο να μετακινηθεί προς το ορθό, το οποίο όταν διατείνεται εκκλύει το αντανακλαστικό της αφόδευσης. Η προσαγωγός αισθητική οδός του αντανακλαστικού ξεκινά από τους μηχανοϋποδοχείς που βρίσκονται στο τοίχωμα του ορθού και διεγείρουν τα νεύρα του παρασυμπαθητικού της ιεράς μοίρας του νωτιαίου μυελού, τα οποία εν συνεχεία αυξάνουν την σύσπαση του κόλου ενώ χαλαρώνουν τον λείο μυ του έσω σφικτήρα του πρωκτού. Τα σωματικά νεύρα προς τον γραμμωτό μυ του έξω σφικτήρα του πρωκτού αναστέλλονται επιτρέποντας έτσι την χάλασή του. Η διάταση του ορθού, εξάλλου, ενημερώνει για την πίεση της αφόδευσης και νωρίς στην ζωή μας μαθαίνουμε να απαντούμε στην πίεση αυτή με την εκούσια σύσπαση του έξω σφικτήρα. Αυτό μας επιτρέπει να ελέγχουμε την αφόδευση (εγκράτεια κοπράνων). Όταν οι συνθήκες το επιτρέπουν ο έξω σφικτήρας χαλαρώνει επιτρέποντας έτσι την κένωση. Η κένωση συχνά υποβοηθείται με την σύσπαση των κοιλιακών μυών και του διαφράγματος που αυξάνουν την ενδοκοιλιακή πίεση γεγονός που νιώθουμε ως κοιλιακή ενόχληση.¹⁸

Η ειλεοκολική βαλβίδα κανονικά είναι κλειστή. Σε κάθε περισταλτικό κύμα ανοίγει για λίγο και μικρή ποσότητα από το χυμό του ειλεού, εισέρχεται στο κόλον (παχύ έντερο). Εάν η βαλβίδα αφαιρεθεί τότε το περιεχόμενο του λεπτού εντέρου εισέρχεται στο κόλον τόσο γρήγορα, που δεν γίνεται καλή απορρόφηση στο λεπτό έντερο.

Όταν η τροφή εισέρχεται στο στομάχι το κόλον ηρεμεί και η είσοδος του περιεχομένου από την ειλεοκολική βαλβίδα αυξάνεται (γαστροειλεϊκό αντανακλαστικό). Αυτό πιθανότατα είναι αντανακλαστικό το οποίο ελκύεται μέσω του πνευμονογαστρικού νεύρου.

Η ενεργοποίηση του συμπαθητικού αυξάνει τη τονική σύσπαση της βαλβίδας.

Οι κινήσεις του παχέος εντέρου περιλαμβάνουν τις μεταβολές του ενδογενούς τόνου και τις τμηματικές συσπάσεις, όπως συμβαίνει και στο λεπτό έντερο για την καλύτερη ανάμειξη του περιεχομένου.¹⁹

1.2.2 Ιστολογία παχέος εντέρου

Το παχύ έντερο έχει βλεννογόνο χωρίς πτυχές εκτός από την περιφερική (ορθική) μοίρα. Δεν υπάρχουν λάχνες στην περιοχή αυτή του εντέρου. Οι εντερικοί αδένες είναι επιμήκεις και

χαρακτηρίζονται από μεγάλη αφθονία καλυκοειδών και απορροφητικών και μικρό αριθμό εντεροενδοκρινικών κυττάρων. Τα απορροφητικά κύτταρα είναι κυλινδρικά και έχουν βραχείες, ανώμαλες μικρολάχνες. Το παχύ έντερο είναι καλά προσαρμοσμένο στις κύριες λειτουργίες του, δηλαδή στην απορρόφηση του νερού, στο σχηματισμό της μάζας των κοπράνων και στην παραγωγή της βλέννης. Η βλέννη είναι ένα έντονα ενυδατωμένο πήκτωμα, το οποίο όχι μόνο λιπαίνει την εντερική επιφάνεια, αλλά καλύπτει επίσης βακτήρια και σωματιδιακό υλικό. Η απορρόφηση του νερού είναι παθητική, ακολουθώντας την ενεργητική μεταφορά του νατρίου έξω από τις βασικές επιφάνειες των επιθηλιακών κυττάρων.

Το χόριο είναι πλούσιο σε λεμφικά κύτταρα και λεμφοζίδια που συχνά εκτείνονται μέσα στον υποβλεννογόνο. Αυτή η αφθονία σε λεμφικό ιστό έχει σχέση με τον άφθονο βακτηριακό πληθυσμό του παχέος εντέρου. Ο μυϊκός χιτώνας περιλαμβάνει επιμήκεις και κυκλοτερείς δεσμίδες. Αυτός ο χιτώνας διαφέρει από τον αντίστοιχο του λεπτού εντέρου, κατά το ότι οι μυϊκές ίνες της έξω επιμήκουσ στοιβάδας συγκεντρώνονται σε τρεις παχιές δεσμίδες που αποκαλούνται κολικές ταινίες. Στα ενδοπεριτοναϊκά τμήματα του παχέος εντέρου, ο ορογόνος χαρακτηρίζεται από μικρές αιωρούμενες προσεκβολές που περιέχουν λίπος, τις επιπλοϊκές αποφύσεις.¹¹

1.2.3 Αγγείωση του παχέος εντέρου

Αρτηρίες: Η ειλεοτυφλική περιοχή και μέχρι το δεξιό ήμισυ του εγκάρσιου κόλου, αρδεύεται από την άνω μεσεντέριο αρτηρία (ειλεοκολική, δεξιά κολική και κλάδοι της μέσης κολικής αρτηρίας). Το αριστερό ήμισυ του εγκάρσιου κόλου μέχρι το ορθό αιματώνεται από την κάτω μεσεντέριο αρτηρία (αριστερή κολική, σιγμοειδική και κλάδοι της άνω αιμορροϊδικής αρτηρίας).^{14,17,20}

Οι αρτηρίες που διέρχονται μέσω του μεσοκόλου, στο χείλος του κόλου αναστομώνονται και σχηματίζουν αρτηριακά τόξα (τόξο του Riolan) και τα τόξα μεταξύ τους επίσης αναστομώνονται (οριακές αρτηρίες Drummond). Με τις επικοινωνίες αυτές αναστομώνεται η άνω και κάτω μεσεντέριο αρτηρία. Η μέση αιμορροϊδική αρτηρία προέρχεται από την έσω λαγόνιο αρτηρία ή την έσω αιδοϊκή αρτηρία και διακλαδίζεται εκ των πλαγίων στο ορθό. Η κάτω αιμορροϊδική αρτηρία που είναι κλάδος της έσω αιδοϊκής αρτηρίας διακλαδίζεται στο κατώτερο τμήμα του ορθού.^{14,17}

Φλέβες: Οι φλέβες του παχέος εντέρου συνοδεύουν της αρτηρίες και εκβάλλουν στην πυλαία φλέβα. Η φλέβα του ανώτερου τμήματος του ορθού, η άνω αιμορροϊδική φλέβα, εκβάλλει στην πυλαία. Αυτή εξάλλου αναστομώνεται και με την μέση και κάτω αιμορροϊδική φλέβα. Οι δυο τελευταίες εκβάλλουν στην κάτω κοίλη φλέβα και ως εκ τούτου δημιουργείται μια πυλαίο-κοιλική επικοινωνία.^{14,17}

Λεμφικό σύστημα: τα λεμφικά πλέγματα που βρίσκονται υποβλεννογόνια και υπορογόνια ακολουθούν την πορεία των αιμοφόρων αγγείων και τα λεμφαγγεία τα οποία εκβάλλουν στους λεμφαδένες. Οι λεμφαδένες αυτοί διακρίνονται σε τέσσερις ομάδες:

1. Οι επικολικοί λεμφαδένες
2. Οι περικολικοί λεμφαδένες
3. Οι ενδιάμεσοι λεμφαδένες
4. Οι κύριοι λεμφαδένες

οι τρεις πρώτες ομάδες βρίσκονται εντός του μεσοκόλου και η τέταρτη διέρχεται των μεσεντέριων αγγείων.¹⁷ Η αποχέτευση της λέμφου του ορθού γίνεται με τα βουβονικά λεμφογάγγλια.²¹

1.2.4 Νεύρωση: Το παχύ έντερο νευρούται από ίνες που απελευθερώνουν νορεπινεφρίνη, ακετυλοχολίνη και ποικιλία από άλλους νευροδιαβιβαστές. Στο συντονισμό κινητικότητας του παχέος εντέρου παίζουν ρόλο α) τα ερεθίσματα κεντρικά που μεταφέρονται από ίνες του αυτόνομου νευρικού συστήματος, β) τοπικά αντανεκλαστικά που περιορίζονται στο εντερικό νευρικό σύστημα και γ) η ανταπόκριση προς συστολή των λείων μυικών ινών.⁵

Το παχύ έντερο νευρούται από συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες. Οι συμπαθητικές ίνες μέχρι το μέσο του εγκάρσιου κόλου προέρχονται από σπλαχνικά νεύρα μέσω του κοιλιακού και άνω μεσεντέριου πλέγματος, ενώ του υπόλοιπου τμήματος από το οσφυϊκό συμπαθητικό, μέσω του κάτω μεσεντέριου και υπογαστρικού πλέγματος.^{21,22}

Τα παρασυμπαθητικά νεύρα: Το δεξιό κόλον παίρνει ίνες από το δεξιό πνευμονογαστρικό και το αριστερό κόλον από τα ιερά παρασυμπαθητικά νεύρα.²²

Ο ερεθισμός των παρασυμπαθητικών νεύρων προκαλεί σύσπαση και των συμπαθητικών παράλυση του εντέρου

Το νευρικό σύστημα του παχέος εντέρου αποτελείται από άφθονα γαγγλιακά κύτταρα που σχηματίζουν το υποβλεννογόνιο πλέγμα του Meissner και το μυεντερικό του Auerbach. Η έλλειψη αυτών των πλεγμάτων έχει σαν συνέπεια το έντερο να χάσει την κινητικότητα του.¹⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Καρκίνος παχέος εντέρου

- ❖ Η κατανόηση του καρκίνου*
- ❖ Καρκίνος παχέος εντέρου*
- ❖ Επιδημιολογία καρκίνου παχέος εντέρου*
- ❖ Παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου*
- ❖ Συμπτωματολογία καρκίνου παχέος εντέρου*
- ❖ Συμπτωματολογία σύμφωνα με την εντόπιση του όγκου*
- ❖ Διάγνωση καρκίνου παχέος εντέρου*
- ❖ Διαγνωστικές εξετάσεις*
- ❖ Διαφορική διάγνωση καρκίνου παχέος εντέρου*
- ❖ Πρόγνωση*

2.1 Καρκίνος- Γενικά

Καρκίνος είναι ένας γενικός όρος που περιγράφει την ανώμαλη ανάπτυξη των κυττάρων.

Ο οργανισμός μας αποτελείται από τεράστια ποικιλία κυττάρων που το καθένα περιέχει 23 ζεύγη χρωμοσωμάτων. Ανάμεσα σε κάθε ζεύγος τυλίγεται η διπλή έλικα του DNA που αποτελεί τον γενετικό κώδικα της ζωής. Το DNA ρυθμίζει και μεταβιβάζει τα γενετικά χαρακτηριστικά των χρωμοσωμάτων τα οποία κληρονομούμε από τους γονείς μας και τα μεταβιβάζουμε στα παιδιά μας.

Τα χρωμοσώματα μας περιέχουν εκατομμύρια μηνύματα που υπαγορεύουν στον οργανισμό πως θα αναπτυχθεί, πως θα λειτουργήσει και πως θα συμπεριφερθεί. Τον περισσότερο χρόνο τα γονίδια λειτουργούν κανονικά στέλνοντας τα σωστά μηνύματα. Έτσι παραμένουμε σε καλή φυσική κατάσταση και τα πάντα λειτουργούν όπως πρέπει.

Υπάρχει όμως απίστευτα μεγάλος αριθμός γονιδίων και τεράστιος αριθμός μηνυμάτων. Ανά πάσα στιγμή στην πορεία της κυτταρικής διαίρεσης κάτι μπορεί, να ακολουθήσει λανθασμένο δρόμο και να συμβεί μετάλλαξη σε ένα ή περισσότερα γονίδια.

Τα μεταλλαχθέντα γονίδια αρχίζουν να στέλνουν λανθασμένα μηνύματα ή ένα τουλάχιστον μήνυμα διαφορετικό από αυτό που έπρεπε να δοθεί. Τότε ένα κύτταρο αρχίζει να αναπτύσσεται με μεγαλύτερη ταχύτητα. Πολλαπλασιάζετε συνεχώς ώσπου να σχηματίσει έναν όγκο, τον λεγόμενο κακοήθη όγκο ή καρκίνο.²³

Η ανάπτυξη ενός όγκου αρχίζει όταν γονίδια που ελέγχουν τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό (ογκογονίδια) ενός ή περισσότερων κυττάρων μετασχηματιστούν από παράγοντες γνωστούς με την ονομασία καρκινογόνα. Από την στιγμή που κάποιο κύτταρο μετασχηματίζεται σε ογκογόνο τύπο (κακοήθης εξαλλαγή), η αλλοίωση των ογκογονιδίων του μεταβιβάζεται σε όλα τα θυγατρικά του κύτταρα. Έτσι δημιουργείται μια μικρή ομάδα παθολογικών κυττάρων που δημιουργούνται πιο γρήγορα από τα φυσιολογικά. Συνήθως τα παθολογικά κύτταρα δεν παρουσιάζουν διαφοροποίηση –δηλαδή δεν εκτελούν πλέον την εξειδικευμένη λειτουργία των κυττάρων του ιστού που τα φιλοξενεί- και ξεφεύγουν από το φυσιολογικό έλεγχο των ορμονών και των νεύρων. Με αυτό τον τρόπο στην πραγματικότητα είναι παράσιτα που δεν προσφέρουν τίποτα στον ιστό, ενώ συνεχίζουν να καταναλώνουν θρεπτικά συστατικά.

Από την εξαλλαγή ως την ανάπτυξη των παθολογικών κυττάρων σε όγκο που να προκαλεί συμπτώματα είναι δυνατό να περάσουν χρόνια, αν και η ταχύτητα της αύξησης του καρκίνου ποικίλλει ανάλογα με τον ιστό προέλευσης.²⁴

2.2 Καρκίνος παχέος εντέρου

2.2.1 Επιδημιολογικά στοιχεία καρκίνου παχέος εντέρου

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ο δεύτερος σε συχνότητα σπλαχνικός καρκίνος στις χώρες του δυτικού κόσμου.²⁵ Στη Βόρεια Αμερική, την Βόρεια Ευρώπη και την Αυστραλία αποτελεί την συνηθέστερη αιτία θανάτου μετά το καρκίνο του πνεύμονα.²⁶ Μέσοι δείκτες θνησιμότητας χαρακτηρίζουν την Νότια και πρώην Ανατολική Ευρώπη και χαμηλοί δείκτες θνησιμότητας την Ασία, την Αφρική και τις χώρες της Λατινικής Αμερικής. Αν και ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί και για την Ελλάδα σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας (αδρός δείκτης 9/100000 κατοίκους), παρουσιάζει μικρότερη συχνότητα σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου προσβάλλει εξίσου άντρες και γυναίκες.² Επίσης ενδιαφέρον παρουσιάζει η παρατήρηση ότι χώρες με χαμηλή συχνότητα καρκίνου παχέος εντέρου έχουν υψηλή επίπτωση της νόσου στο δεξιό κόλο, ενώ στην αντίθετη περίπτωση σε χώρες δηλαδή με υψηλή συχνότητα καρκίνου, η επίπτωση είναι μεγαλύτερη στο αριστερό κόλο.

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

Σε άλλες μελέτες αποδείχθηκε ότι οι Εβραίοι στο θρήσκευμα έχουν μεγαλύτερη επίπτωση και οι Μορμόνοι την χαμηλότερη και τούτο προφανώς οφείλεται στις διαφορετικές διατροφικές συνήθειες.²⁵

Η γεωγραφική κατανομή αυτού του καρκίνου είναι σχεδόν ίδια με την κατανομή των καλοηθών όγκων, που αποκαλούνται πολύποδες. Οι πολύποδες βρίσκονται στο 20% των ενηλίκων στις Δυτικές χώρες αλλά συνήθως δεν δημιουργούν κανένα πρόβλημα. Πολλοί παθολόγοι πιστεύουν ότι οι περισσότεροι καρκίνοι του παχέος εντέρου αναπτύσσονται από κάποιον πολύποδα που προϋπήρχε. Ένα ελάχιστο ποσοστό πολυπόδων εξελίσσεται σε καρκίνο όσο περισσότεροι όμως πολύποδες υπάρχουν στο παχύ έντερο, τόσο μεγαλύτερος και ο κίνδυνος να μεταλλαχθεί κάποιος από αυτούς σε κακοήθης.

Το 80% των περιστατικών αφορά ενήλικες μεταξύ 50 και 75 ετών. Η επίπτωση της νόσου αυξάνεται σε συνάρτηση με την ηλικία, είναι μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές και κάπως μεγαλύτερη στις ανώτερες οικονομικό- κοινωνικές τάξεις.²⁷

Η συνηθέστερη εντόπισή του παραμένει η περιοχή του ορθοσιγμοειδούς (55% των περιπτώσεων), αν και σχετική συχνότητα καρκίνων αυτής της περιοχής μειώνεται τα τελευταία χρόνια. Δεύτερη από πλευράς εντόπιση είναι η περιοχή του τυφλού- ανιόντος κόλου (25%) και ακολουθούν το εγκάρσιο (15%) και το κατιόν κόλον (5%).

Η 5-ετής επιβίωση είναι 90% για τους ασθενείς που ο καρκίνος τους εντοπίζεται και αντιμετωπίζεται σε αρχικά στάδια, πριν να εξαπλωθεί. Αλλά μόνο περίπου 40% του καρκίνου του παχέος εντέρου εντοπίζονται σε αρχικά στάδια. Γι' αυτό είναι πολύ σημαντικό να γίνεται έγκαιρη διάγνωση. Η βιολογική συμπεριφορά των όγκων του παχέος εντέρου είναι σχετικά προβλέψιμη.²⁸

2.3 Παράγοντες κινδύνου

Η αιτιολογία του καρκίνου του παχέος εντέρου δεν έχει διευκρινιστεί αλλά από τα υπάρχοντα δεδομένα φαίνεται ότι δημιουργείται μέσω μιας πολυσταδιακής διαδικασίας με αλληλεπίδραση ποικίλων γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.⁷

Ως κυριότεροι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου του παχέος εντέρου θεωρούνται:

1. **Ηλικία.** Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου αυξάνει μετά την ηλικία των 40 ετών και κορυφώνεται μετά την ηλικία των 60 ετών.²⁵ Υπολογίζεται ότι ένα άτομο 50 ετών έχει 5% πιθανότητα να αναπτύξει καρκίνο παχέος εντέρου στο υπόλοιπο της ζωής του και 2,5% πιθανότητα να πεθάνει από αυτή την αιτία. Δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών.⁷
2. **Διατροφή- Περιβαλλοντικοί παράγοντες.** Η αυξημένη κατανάλωση ζωικού λίπους και η δίαιτα με χαμηλή περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες είναι ευρέως αποδεκτοί παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου. Άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες που έχουν κατά καιρούς συσχετισθεί με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης είναι η μεγάλη κατανάλωση κρέατος (ιδιαίτερα ερυθρού-βοειδών), η υπερκατανάλωση υδατανθράκων, η κατάχρηση οινόπνευματος (ειδικότερα μύρας-καρκίνος ορθού), η παχυσαρκία και το κάπνισμα.^{7,26}

3. **Ατομικό ιστορικό αδενώματος ή καρκίνου παχέος εντέρου.** Η πλειοψηφία (>90%) των περιπτώσεων καρκίνου παχέος εντέρου αναπτύσσεται σε έδαφος προϋπάρχοντος αδενώματος και συνήθως σε έδαφος σποραδικού αδενώματος (75% των περιπτώσεων). Έτσι, η συνήθως μακροχρόνια προϋπαρξή αδενώματος στο παχύ έντερο παρέχει μια ιδανική ευκαιρία για δευτερογενή πρόληψη. Την ισχυρότερη απόδειξη της παραπάνω εξελίξεως αποτελεί η σημαντική ελάττωση (κατά 75%-90%) της επιπτώσεως καρκίνου σε πληθυσμούς υπό επιτήρηση και ενδοσκοπική αφαίρεση των αδενωματοδών πολυπόδων. Ο κίνδυνος καρκίνου παχέος εντέρου είναι ιδιαίτερα υψηλός σε παρουσία αδενωμάτων μεγαλύτερων από 1cm ενώ τα μικρά σωληνώδη αδενώματα φαίνεται ότι αλλάζουν σε μέγεθος βραδύτατα και σπανιότατα υφίστανται μετάλλαξη.⁷

4. **Οικογενειακό ιστορικό αδενώματος ή καρκίνου του παχέος εντέρου**

Παρότι το γενετικό υπόστρωμα ενός ατόμου είναι πολύ σημαντικός παράγοντας στον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου, ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου σε 1ου βαθμού συγγενείς ασθενών με καρκίνο είναι περίπου 18% (τριπλάσιος κίνδυνος σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό). Αν και το οικογενειακό ιστορικό είναι σημαντικός παράγοντας η πλειονότητα (80%) των καρκίνων παρουσιάζονται σποραδικά σε ανθρώπους που δεν είχαν ιστορικό στην οικογένειά τους. Περίπου 20% των ασθενών με καρκίνο έχουν κάποια οικογενειακή προδιάθεση 5% των καρκίνων παχέος εντέρου οφείλονται σε κληρονομούμενα σύνδρομα. Τα κληρονομούμενα αυτά σύνδρομα είναι διαταραχές στις οποίες τα άτομα που νοσούν έχουν κληρονομήσει γενετικές διαταραχές από τον έναν ή και τους δυο γονείς. Τα χρωμοσώματα περιέχουν γενετική πληροφορία και οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες μπορούν να δημιουργήσουν τις γενετικές βλάβες οι οποίες οδηγούν στη δημιουργία πολυπόδων παχέος εντέρου και αργότερα στη δημιουργία καρκίνου. Στις περιπτώσεις σποραδικών πολυπόδων και καρκίνου (πολύποδες και καρκίνοι οι οποίοι αναπτύσσονται χωρίς την παρουσία οικογενειακού ιστορικού), οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες είναι επίκτητες (αναπτύσσονται σε ένα κύτταρο στη διάρκεια της ενήλικου ζωής). Τα προβληματικά χρωμοσώματα μπορούν να βρεθούν μόνο στους πολύποδες και στους καρκίνους που αναπτύσσονται από αυτό το κύτταρο. Όμως στα κληρονομούμενα σύνδρομα καρκίνου, οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες κληρονομούνται κατά τη γέννηση και είναι παρούσες σε κάθε κύτταρο του σώματος. Οι ασθενείς που έχουν κληρονομικά σύνδρομα καρκίνου, βρίσκονται σε κίνδυνο να αναπτύξουν μεγάλο αριθμό πολυπόδων, συνήθως σε νεαρή ηλικία, και

παρουσιάζουν πολύ υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο παχέος εντέρου νωρίς στη ζωή, ενώ επίσης είναι σε κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο και σε άλλα όργανα. Η οικογενής πολυποδίαση είναι ένα σύνδρομο κληρονομούμενου καρκίνου παχέος εντέρου, στο οποίο τα μέλη της οικογένειας θα αναπτύξουν πολυάριθμους πολύποδες (εκατοντάδες, μερικές φορές χιλιάδες) και ξεκινάει συνήθως στην ηλικία της εφηβείας. Αν η κατάσταση αυτή δεν ανακαλυφθεί εγκαίρως και θεραπευτεί (η θεραπεία αφορά ολική αφαίρεση του παχέος εντέρου), τότε ένα τέτοιο άτομο είναι σχεδόν σίγουρο ότι θα αναπτύξει καρκίνο παχέος εντέρου από αυτούς τους πολύποδες. Οι καρκίνοι σ' αυτά τα άτομα συνήθως αναπτύσσονται στη δεκαετία των 40. Αυτοί οι ασθενείς είναι επίσης σε υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν άλλα είδη καρκίνου όπως καρκίνο του θυρεοειδούς, του στομάχου, και της ληκύθου του Vater (το σημείο στο οποίο εκβάλλει η χολή από το συκώτι στο δωδεκαδάκτυλο). Η ήπια μορφή οικογενούς πολυποδίασης είναι μία ελαφρότερη παραλλαγή της κλασικής οικογενούς πολυποδίασης. Τα άτομα που νοσούν αναπτύσσουν λιγότερο από 100 πολύποδες στο παχύ έντερο. Παρόλα αυτά συνεχίζουν να βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου παχέος εντέρου σε νεαρή ηλικία. Επίσης παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να έχουν γαστρικούς ή δωδεκαδακτυλικούς πολύποδες. Ο κληρονομικός μη πολυπογενής καρκίνος παχέος εντέρου είναι ένα σύνδρομο κληρονομούμενου καρκίνου παχέος εντέρου στο οποίο τα νοσούντα άτομα της οικογένειας αναπτύσσουν πολύποδες και καρκίνο, συνήθως στο δεξιό κόλον, σε νεαρές ηλικίες των 30 και των 40. Ορισμένοι απ' αυτούς τους ασθενείς είναι επίσης σε κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο της μήτρας, του στομάχου, των ωοθηκών και καρκίνους των ουρητήρων (τα σωληνάκια τα οποία συνδέουν τους νεφρούς με την ουροδόχο κύστη), επίσης των χοληφόρων (τα σωληνάκια τα οποία αποχετεύουν τη χολή από το ήπαρ στο λεπτό έντερο).^{7, 29}

5. **Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου.** Ευθύνονται μόνον για το 1% των περιπτώσεων καρκίνου του παχέος εντέρου. Ο κίνδυνος είναι αυξημένος σε ασθενείς με ελκώδη πανκολίτιδα (προσβολή παχέος εντέρου πέραν της αριστερής κολικής καμπής) διάρκειας μεγαλύτερης των 7-8 ετών και σε ασθενείς με περιφερική ελκώδη κολίτιδα διάρκειας μεγαλύτερης των 12-15 ετών. Η συχνότητα αναπτύξεως σε ασθενείς με ελκώδη πανκολίτιδα είναι 3% στα πρώτα 10 έτη και στη συνέχεια αυξάνει κατά 1% κατά έτος. Ασθενείς με νόσο του Crohn έχουν αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο στο παχύ έντερο ανάλογο με τον κίνδυνο των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα.⁷

6. **Άλλοι πιθανοί παράγοντες κινδύνου.** Διάφορες νοσολογικές καταστάσεις έχουν κατά καιρούς συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου. Τέτοιες καταστάσεις είναι: χαμηλή χολοπεπτική αναστόμωση, χολοκυστεκτομή, υπεργαστρinαιμία, υπερπαραθυρεοειδισμός, οισοφάγος Barrett και ακτινοβολήση της πυέλου.⁷

2.4 Συμπτωματολογία καρκίνου παχέος εντέρου

Οι αλλαγές στις συνήθειές του εντέρου είναι το πιο συχνό σύμπτωμα, που αναφέρεται όμως όταν έχει ήδη επέλθει σημαντική μεταβολή σε αυτές.

Οι βλάβες περιφερικά δίνουν σοβαρότερη εικόνα από τις κεντρικότερες. Αυτό οφείλεται και στον τύπο και στον τύπο του νεοπλάσματος (διηθητικό) και στη σύσταση των κοπράνων (πιο σχηματισμένα), αλλά και στη μικρότερη διάμετρο του αυλού του εντέρου.^{25, 30}

Η αιμορραγία είναι το δεύτερο σε συχνότητα σύμπτωμα. Μπορεί να είναι είτε μακροσκοπική με ζοηρά ερυθρό χρώμα ή πορφυρό ή μαύρο, είτε μικροσκοπική. Σε περιφερικότερη βλάβη το αίμα είναι ερυθρό και ορατό στις κενώσεις. Αν και η αιμορραγία εμφανίζεται σχετικά νωρίς, δυστυχώς συγχέεται με άλλες καταστάσεις και χάνεται πολύτιμος χρόνος για έγκαιρη διάγνωση. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στις περιπτώσεις που αιμορραγούν οι αιμορροΐδες του δακτυλίου, πράγμα που παρατηρείται σε ποσοστό 35-40% των ασθενών με καρκίνο στο ορθό.^{25,30}

Η παρουσία **βλέννης** στις κενώσεις είτε αμιγώς, είτε με αίμα υποδηλώνει συνήθως περιφερική βλάβη και πρέπει να ευαισθητοποιεί τον θεράποντα ιατρό για λεπτομερή έλεγχο του παχέος εντέρου και του ορθού.²⁵

Ο πόνος στον ορθοπρωκτικό δακτύλιο είναι πολύ σπάνιο σύμπτωμα για τον καρκίνο, διότι συνήθως υποδηλώνει θρομβωμένη αιμορροΐδα, περιεδρικό απόστημα ή συρίγγιο. Εάν όμως υπάρχει πόνος σε καρκίνο του ορθού, σημαίνει πολύ εκτεταμένη και περιφερική βλάβη. Μπορεί να υποδηλώνει επέκταση της νόσου στον πρωκτό ή στον σφιγκτηριακό μηχανισμό.²⁵

Ο **κοιλιακός πόνος** σημαίνει ότι ο καρκίνος αρχίζει να δημιουργεί αποφρακτικά φαινόμενα. Είναι συνήθως κολικός και μπορεί να συνοδεύεται από διάταση της κοιλιάς, ναυτία και έμετο. Η εντερική απόφραξη παρουσιάζεται σε ποσοστό 5-15% των περιπτώσεων ανάλογα με την εντόπιση του καρκίνου.²⁵

Οσφυϊκός πόνος από οπισθοπεριτοναϊκή επέκταση του καρκίνου του ανιόντος ή κατιόντος κόλου είναι πολύ σπάνιος και υποδηλώνει πολύ προχωρημένη νόσο.²⁵

Η παρουσία **ψηλαφητής ενδοπεριτοναϊκής μάζας** παρατηρείται συνήθως στην εντόπιση δεξιά, δεν υποδηλώνει προχωρημένη νόσο, επειδή συνήθως τα νεοπλάσματα αυτά δίνουν μεταστάσεις αργότερα.²⁵

Η **απώλεια βάρους** είναι κακό προγνωστικό σημείο. Η ανορεξία σημαίνει συνήθως επέκταση της νόσου με μεταστάσεις συχνότερα στο ήπαρ. Συμπτώματα μεταστατικής νόσου παρατηρούνται στο 5% των ασθενών με ορθοκολικό καρκίνο. Η ηπατομεγαλία ή οι μεταστάσεις στον πνεύμονα, εγκέφαλο και στα οστά δυστυχώς μπορεί να συνυπάρχουν κατά την αρχική διάγνωση.²⁵

Η διάρρηξη και η εμφάνιση περιτονίτιδας είναι πολύ σπάνια και δημιουργεί πρόβλημα διαφορικής διάγνωσης από διατρηθέν εκκόλπωμα, ιδιαίτερα όταν η νόσος είναι στο σιγμοειδές.²⁵

Η παρουσία νεοπλάσματος στο τυφλό μπορεί να δημιουργήσει **σπάνια οξεία σκωληκοειδίτιδα**, ενώ η διάρρηξή της μπορεί να οφείλεται και σε καρκίνο του παχέος εντέρου περιφερικότερα. Γι' αυτό το λόγο η παρουσία οξείας σκωληκοειδίτιδας σε ηλικία άνω των 50 ετών πρέπει να οδηγεί σε έλεγχο του παχέος εντέρου.²⁵

Πυρετός και μάλιστα ανεξήγητος σε ηλικιωμένους θα πρέπει να κατευθύνει τη διάγνωση προς καρκίνο του δεξιού κόλου. Το ίδιο πρέπει να ισχύει και για την παρουσία ανεξήγητης **αναιμίας**.²⁵

2.4.1 Κλινική εικόνα σύμφωνα με την εντόπιση του όγκου

Καρκίνος του τυφλού: Η συχνότητα του καρκίνου του τυφλού αναφέρεται περί το 10-15%, αλλά τα τελευταία δεδομένα ανεβάζουν το ποσοστό κοντά στο 20% των καρκίνων του παχέος εντέρου. Οι όγκοι του τυφλού είναι κατά κανόνα εκβλαστητικοί, και λαμβάνουν μεγάλες διαστάσεις. Παρ' όλα αυτά η εμφάνιση συμπτωμάτων καθυστερεί, λόγω της διατασιμότητας του τοιχώματος και του υδαρούς περιεχομένου του τμήματος αυτού του παχέος εντέρου.

Σε 10% των ασθενών η πρώτη εκδήλωση της νόσου είναι ψηλαφητή μάζα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Συνήθως οι ασθενείς παραπονούνται για αδυναμία, εύκολη κόπωση και ζάλη. Τα συμπτώματα αυτά οφείλονται σε υπόχρωμη σιδηροπενική αναιμία λόγω χρόνιας μικροσκοπικής απώλειας αίματος. Κάθε υπόχρωμη αναιμία χωρίς εμφανή απώλεια αίματος πρέπει να οδηγεί σε έλεγχο του τυφλού. Σε λίγες περιπτώσεις η αιμορραγία είναι μεγαλύτερη και εκδηλώνεται ως εντερορραγία. Αν και όπως αναφέρθηκε το τυφλό είναι ιδιαίτερα διατατό και δεν αποφράσσεται εύκολα, ο όγκος είναι δυνατό να αναπτυχθεί στην περιοχή της ειλεοτυφλικής βαλβίδας και να προκαλέσει απόφραξη του λεπτού εντέρου. Τα αρχικά συμπτώματα ατελούς απόφραξης συνήθως περνούν απαρατήρητα και ο άρρωστος κατά κανόνα παρουσιάζεται εικόνα αποφρακτικού ειλεού του λεπτού εντέρου και πιθανώς με ψηλαφητή μάζα. Σπανιότερα αποφράσσεται η σκωληκοειδής απόφυση και προκαλείται εικόνα οξείας σκωληκοειδίτιδας.

Η επέκταση του όγκου πέρα από το τοίχωμα του τυφλού μπορεί να συνοδεύεται από διήθηση του δεξιού ουρητήρα και στη συνέχεια από υδρονέφρωση, με ή χωρίς συμπτωματολογία ουρολοιμώξεων, κολικών κ.τ.λ. Η διάτρηση του τυφλού από τον όγκο είναι συνήθως συγκαλυμμένη και καταλήγει συνήθως στην ανάπτυξη αποστήματος, με κλινική εικόνα πανομοιότυπη με περισκωληκοειδικό απόστημα.³¹

Καρκίνος ανιόντος, εγκάρσιου και κατιόντος κόλου.

Η πλειονότητα των όγκων των περιοχών αυτών του παχέος εντέρου είναι διηθητικοί, με χαρακτηριστική δακτυλιοειδή ανάπτυξη και περιορισμένη κατά μήκος του εντερικού αυλού. Παράλληλα η απορρόφηση ύδατος και ηλεκτρολυτών από το βλεννογόνο του εντέρου κάνει τα κόπρανα σχεδόν στερεά περίπου στη μεσότητα του εγκάρσιου κόλου. Φυσικό επακόλουθο των δύο αυτών παραγόντων είναι η κλινική εικόνα του καρκίνου να χαρακτηρίζεται κατά

πρώτο λόγο από αποφρακτικά φαινόμενα, ιδιαίτερα στην περιοχή του κατιόντος, όπου και η διάμετρος του αυλού του εντέρου είναι μικρότερη. Όσο περιφερικότερα είναι ο όγκος τόσο νωρίτερα θα εμφανιστούν τα συμπτώματα, ενώ όγκοι του ανιόντος θα διαγνωσθούν σε περισσότερο προχωρημένα στάδια.

Αρχικά, η κλινική εικόνα είναι ασαφής, με ακαθόριστα κοιλιακά ενοχλήματα, άτυπα κολικοειδή άλγη και προοδευτικά επιδεινούμενη δυσκοιλιότητα, που μπορεί να εναλλάσσεται με ψευδοδιάρροιες.³² Η κατάληψη τμήματος του αυλού του εντέρου από τον όγκο προκαλεί μείωση της διαμέτρου των κοπράνων, διάταση της κοιλίας και επιδείνωση του άλγους. Κάθε αλλαγή στη μορφή και στην συχνότητα των κενώσεων, ιδίως σε άτομα άνω των 60ετών απαιτεί έλεγχο.

Σημειώνεται ότι το 20% των περιπτώσεων, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους αρρώστους, τα αρχικά αυτά συμπτώματα δεν αξιολογούνται, με αποτέλεσμα η νόσος να παρουσιάζεται εξ αρχής ως αποφρακτικός ειλεός του παχέος εντέρου. Μικροσκοπική απώλεια αίματος είναι δυνατόν να ανιχνευθεί στα κόπρανα, συνήθως όμως δεν παρουσιάζει την απαιτούμενη ένταση ή διάρκεια ώστε να προκαλέσει αναιμία.⁷ Όσο πλησιέστερα προς το ορθό βρίσκεται ο όγκος τόσο πιθανότερο είναι να εμφανιστεί το αίμα αναμιγμένο με τα κόπρανα, που περιέχουν επίσης ποσότητα βλέννης.³¹

Καρκίνος του σιγμοειδούς

Τα αποφρακτικά φαινόμενα αποτελούν την κατ' εξοχήν συμπτωματολογία, εξίσου όμως συχνά εμφανίζεται αιμορραγία από το ορθό λόγω της μικρής απόστασης από το πρωκτό. Τα σχηματισμένα πλέον κόπρανα προκαλούν μικροτραυματισμούς της επιφανείας των όγκων, με συνέπεια αιμορραγία.⁷ Το αίμα εμφανίζεται να επαλείφει τα κόπρανα, γιατί στην περιοχή του σιγμοειδούς δεν γίνεται ανάμειξη αλλά μόνο προώθηση του περιεχομένου.³¹

Καρκίνος ορθού

Το ορθό παραμένει η θέση με την μεγαλύτερη συχνότητα ανάπτυξης αδενοκαρκινωμάτων, που στην πλειονότητά τους είναι εκβλαστητικά ή ελκωτικά. Οι εκβλαστητικοί όγκοι χαρακτηρίζονται από παραγωγή βλέννας, συνήθως σε ικανές ποσότητες ενώ παράλληλα τραυματίζονται από τα διερχόμενα κόπρανα που αιμορραγούν. Το κυρίαρχο σύμπτωμα του όγκου είναι η αιμορραγία από το ορθό, συνήθως με πρόσμιξη βλέννας. Το αίμα είτε

επαλείφει τα κόπρανα είτε ακολουθεί την κένωση, ως βλεννοαιματηρή εκροή. Όταν η βλέννα υπερισχύει, ο ασθενής συγχέει την πάθηση με απλή διάρροια, ενώ όταν υπερισχύει το αίμα η παρουσία του αποδίδεται σε αιμορροΐδες.

Χαρακτηριστική ενός βλεννοπαραγωγικού όγκου ορθού είναι μια διαρροϊκή βλεννώδης κένωση μετά από τον ύπνο, που οφείλεται σε συσσώρευση βλέννης κατά την διάρκεια της νύχτας. Οι υπόλοιπες κενώσεις της ημέρας μπορεί να θεωρούνται φυσιολογικές. Όταν ο όγκος λάβει σχετικά μεγάλες διαστάσεις προκαλεί διάταση της ληκύθου και τεινεσμό.

Η αιμορραγία από το ορθό αποτελεί το βασικό σύμπτωμα των ελκωτικών αδενοκαρκινωμάτων του ορθού. Οι όγκοι αυτοί επεκτείνονται σε βάθος και είναι δυνατόν να διηθήσουν την ουροδόχο κύστη, τον κόλπο ή νευρικά πλέγματα, και να προκαλέσουν έντονο άλγος.³¹

Η διάρκεια των συμπτωμάτων μέχρι το χρόνο της διάγνωσης ποικίλλει. Περίπου στο 1/3 των ασθενών είναι πάνω από 6 μήνες. Αν και μπορεί κανείς να επιτύχει θεραπευτικές εκτομές σε ασθενείς με διάρκεια συμπτωμάτων μικρότερη των 5 μηνών, φαίνεται ότι η απώτερη πρόγνωση και επιβίωση δεν επηρεάζονται σημαντικά από αυτό.²⁵

2.5 Διάγνωση

Τα συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου εξαρτώνται από την εντόπιση του και ποικίλλουν αρκετά. Πολλά από αυτά εμφανίζονται και σε άλλες παθήσεις του παχέος εντέρου. Μόνο 4 στους 10 αρρώστους παρουσιάζονται στο γιατρό με τυπικά συμπτώματα.

Τα δεδομένα αυτά αποδεικνύουν την σημασία της καλής λήψεως του ιστορικού και της λεπτομερούς παρακλινικής μελέτης σε οποιοδήποτε άρρωστο με ελάχιστη έστω πιθανότητα υπάρξεως καρκίνου.

Η διάγνωση πολλές φορές βραδύνει αδικαιολόγητα για αρκετούς μήνες. Αυτό οφείλεται τόσο σε αμέλεια των αρρώστων (από υποσυνείδητο φόβο για την αρρώστια ή ακόμα και από άγνοια) όσο και στους θεράποντες ιατρούς που δεν υποπτεύονται την νόσο. Ανεξάρτητα από το αν πράγματι η κατάδειξη του καρκίνου του παχέος εντέρου και σε πρωιμότερο στάδιο βελτιώνει ή όχι την επιβίωση, είναι αδικαιολόγητο το υψηλό ποσοστό καθυστερημένης διάγνωσης.³³

Το ιστορικό περιλαμβάνει τα συμπτώματα του ασθενούς, ατομικό αναμνηστικό αφαίρεσης πολυπόδων ή καρκίνου, οικογενειακό ιστορικό πολυποδιάσεως ή καρκίνου, ιστορικό

φλεγμονώδους νόσου του εντέρου. Η κλινική εξέταση μπορεί να δείξει αναιμία, ψηλαφητή μάζα, ψηλαφητό ήπαρ, ψηλαφητό όγκο στη δακτυλική εξέταση, ασκίτη αποφρακτικό ειλεό τέλειο ή ατελή. Τα εργαστηριακά ευρήματα μπορεί να δείξουν σιδηροπενική αναιμία και αύξηση των τιμών των ηπατικών ενζύμων. Οι απεικονιστικές μέθοδοι περιλαμβάνουν την ακτινογραφία θώρακα, την ορθοσιγμοειδοσκόπηση, το βαριούχο υποκλυσμό, την κολonosκόπηση, την ηλεκτρονική τομογραφία. Η ακτινογραφία θώρακα γίνεται για πιθανές μεταστάσεις.⁵

2.5.1 Διαγνωστικές εξετάσεις

Για τους περισσότερους ανθρώπους, ένα περιστασιακό ξέσπασμα διάρροιας ή δυσκοιλιότητα δεν αποτελεί λόγο ανησυχίας, όταν όμως τα πεπτικά συμπτώματα επιμένουν ή επιδεινώνονται, η επίσκεψη στον γιατρό είναι απαραίτητη.

Ωστόσο, προτού ο γιατρός μπορέσει να θέσει την διάγνωση, απαιτούνται να γίνουν ορισμένες εξετάσεις. Πιο συγκεκριμένα, για την διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου οι διαγνωστικές εξετάσεις που είναι απαραίτητες είναι οι παρακάτω ^{4,5}

Αιματολογικός – Βιοχημικός Έλεγχος

Οι εξετάσεις αίματος είναι συνήθως το πρώτο βήμα διότι δίνουν μια γενική εικόνα της κατάστασης και προσδιορίζουν τιμές λευκών και ερυθρών αιμοσφαιρίων. Ο αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος, εκτός από την πιθανή πτώση του αιματοκρίτη και τον προσδιορισμό του τύπου της αναιμίας, δεν αναμένεται να αποδώσει ιδιαίτερα διαγνωστικά στοιχεία. Συμβάλλει, όμως, στην αξιολόγηση της γενικής κατάστασης του ασθενή και δεν πρέπει να παραλείπεται. Πάντα πρέπει να περιλαμβάνει έλεγχο της νεφρικής και ηπατικής βιοχημείας, καθώς ο επηρεασμός της λειτουργίας του ήπατος μπορεί να υποδηλώνει μετάσταση.^{4,5}

Εξέταση κοπράνων

Σε νωπά δείγματα εκτελούνται μικροβιολογικές εξετάσεις, όπως καλλιέργειες για κοινά μικρόβια και άμεση αναζήτηση παρασίτων. Επίσης αναζητούνται στοιχεία αίματος και άπεπτες μυϊκές ίνες. Σημαντική για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι η εξέταση για αιμοσφαιρίνη ενδεικτική αφανούς αιμορραγίας στα κόπρανα.^{4,5}

Έλεγχος λανθάνουσας αιμορραγίας στα κόπρανα

Βασίζεται στην ιδιότητα που έχουν τα περισσότερα αδενοκαρκινώματα του εντέρου καθώς και οι αδενωματώδεις πολύποδες να αιμορραγούν. Επειδή η αιμορραγία αποτελεί χαρακτηριστικό του καρκίνου και λιγότερο των καλοηθών πολυπόδων, η διαδικασί είναι καταλληλότερη για την ανίχνευση καρκίνων πρώιμου σταδίου παρά των προκαρκινικών αλλοιώσεων. Εάν η δοκιμασία είναι θετική τότε ο ασθενής πρέπει να υποβληθεί σε κολονοσκόπηση μέχρι το τυφλό.

Συνηθέστερα η δοκιμασία πραγματοποιείται με την τοποθέτηση δείγματος κοπράνων σε χαρτί το οποίο είναι εμποτισμένο με χημικά αντιδραστήρια.^{5,20}

Επισκόπηση κοιλίας

Κατά την επισκόπηση της κοιλίας μπορεί να είναι ορατή στον αριστερό λαγόνιο βόθρο μια εκκολπωματική μάζα που αναπτύχθηκε λόγω τοπικής φλεγμονής ή αποστήματος. Κατά την ψηλάφηση, η επιπολής και μετά η εν τω βάθει ψηλάφηση της κοιλίας μπορεί να σκιαγραφήσει το σιγμοειδές που είναι το συχνότερα προσβαλλόμενο από εκκολπωματική νόσο τμήμα του παχέος εντέρου. Με την δακτυλική εξέταση μπορεί να ψηλαφηθεί ευαίσθητη μάζα στην αριστερή πλευρά, αν και το εντερικό τοίχωμα θα πρέπει να φαίνεται φυσιολογικό.³⁴

Βαριούχος υποκλυσμός

Προκειμένου να ελεγχθεί ολόκληρο το παχύ έντερο το μείγμα βαρίου χορηγείται με υποκλυσμό. Το μέσον αυτό σκιαγραφεί το εσωτερικό τοίχωμα του εντέρου για ανίχνευση αλλαγών βλεννογόνου, όγκου, πολύποδα και άλλες ανωμαλίες του εντέρου. Ο ασθενής πρέπει να προσέξει την προετοιμασία με μια περιοριστική χαμηλή σε υπολείμματα διατροφή για περίπου δυο ημέρες και να ακολουθείται από υγρά μια μέρα μόνο μετά πριν την εξέταση.¹⁵

Ενδοσκοπικός έλεγχος

Ορθοσιγμοειδοσκόπηση

Με την χρησιμοποίηση σήμερα των εύκαμπτων ινσκοπίων η εξέταση του ορθού και του σιγμοειδούς γίνεται ευκολότερη. Εξετάζονται τα κατώτερα 40-60 εκ. του παχέος εντέρου^{5,35}

και προκαλείται ελάχιστη ενόχληση στον ασθενή σε σύγκριση με τα άκαμπτα ορθοσιγμοειδοσκόπια που χρησιμοποιούνταν παλαιότερα και των οποίων η εμβέλεια έφθανε στα 25 εκ. από το πρωκτό. Η ορθοσιγμοειδοσκόπηση είναι βασική εξέταση διότι να μισά από τα νεοπλάσματα του παχέος εντέρου και του ορθού αναπτύσσονται στα τελευταία 50 εκ. του πεπτικού σωλήνα. Ο καρκίνος του ορθού είναι δυνατό να διαφύγει με το βαριούχο υποκλυσμό ενώ εντοπίζεται εύκολα με την σιγμοειδοσκόπηση και συγχρόνως λαμβάνονται τεμαχίδια ιστού προς ιστολογική εξέταση. Η βιοψία του ορθού είναι εύκολη και ανώδυνη διαμέσου του ινοσκοπίου με ειδική λαβίδα και πρακτικά δεν επιφέρει επιπλοκές παρά μόνο αν συνυπάρχουν διαταραχές της αιμοστάσεως. Έναντι του βαριούχου υποκλυσμού η ορθοσιγμοειδοσκόπηση υπερέχει και ως προς την διαπίστωση πρώιμων αλλοιώσεων φλεγμονώδους νόσου του εντέρου που δεν αναδεικνύονται ακτινολογικά.⁵

Κολονοσκόπηση

Πρόκειται για άμεση επισκόπηση του κόλου ως την ειλεοτυφλική βαλβίδα για επιβεβαίωση ή αποκλεισμό πολυπόδων, όγκων, εξελκώσεων ή φλεγμονών, όταν παρατηρούνται μεταβολές στις συνήθειες του εντέρου ή συμβαίνουν αιμορραγικές κενώσεις.³⁶

Η κολονοσκόπηση είναι μια εξέταση που απεικονίζει ολόκληρο το παχύ έντερο με τη χρήση ελαστικού ενδοσκοπίου. Συνήθως ενδύκνεται μετά από αρνητικά ή μη συμπερασματικά αποτελέσματα σε μελέτες με βάριο ή σιγμοειδοσκόπηση. Γίνεται σε ενδοσκοπικό τμήμα του νοσοκομείου ή σε ιδιωτική κλινική αφού προηγουμένως έχει γίνει κατάλληλη προετοιμασία του εντέρου με ειδική διατροφή και καθαρτικά φάρμακα. Πριν από την εξέταση χορηγείται συνήθως ενδοφλέβια ηρεμιστικό φάρμακο για την ηρεμία του ασθενούς.¹⁵ Εάν ανακαλυφθούν πολύποδες, τότε συνήθως αφαιρούνται δια μέσου του κολονοσκοπίου και στέλνονται για ιστολογική εξέταση. Ο παθολογοανατόμος εξετάζει τον πολύποδα μικροσκοπικά για να ανακαλύψει την ύπαρξη ή όχι καρκίνου. Ενώ η πλειονότητα των πολυπόδων που αφαιρούνται με την κολονοσκόπηση είναι καλοήθεις, πολλοί είναι προκαρκινικοί. Η αφαίρεση των προκαρκινικών πολυπόδων απαλλάσσει το άτομο από τον κίνδυνο μεταγενέστερης ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου. Εάν στη διάρκεια της κολονοσκόπησης ανακαλυφθεί καρκινικός όγκος, στέλνονται δείγματα του ιστού για ιστολογική εξέταση για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση. Μετά την ιστολογική επιβεβαίωση γίνονται **εξετάσεις** σταδιοποίησης για να καθοριστεί εάν ο καρκίνος έχει επεκταθεί σε άλλα όργανα. Καθώς ο καρκίνος του παχέος εντέρου έχει την τάση να μεθίσταται στο συκώτι ή στους πνεύμονες, οι εξετάσεις σταδιοποίησης που γίνονται συνήθως

είναι η ακτινογραφία θώρακος, το υπερηχογράφημα, η αξονική τομογραφία θώρακος και κοιλίας.^{4,15}

Συμπληρωματικές εξετάσεις

Ακόμη και μετά από την διάγνωση του καρκίνου, είναι σημαντικό να γίνουν κάποιες επιπρόσθετες εξετάσεις που θα βοηθήσουν τον ιατρό να προσδιορίσει το μέγεθος και την ακριβή θέση του όγκου, αλλά και για τον εντοπισμό πιθανών μεταστάσεων σε άλλα όργανα. Όλη αυτή η διαδικασία και ο έλεγχος λέγεται σταδιοποίηση και παίρνει λίγο χρόνο μέχρι να συμπληρωθεί.

Τα αποτελέσματα από την σταδιοποίηση βοηθούν τον ιατρό στο προγραμματισμό της θεραπείας. Αυτές οι εξετάσεις μπορεί να επαναληφθούν τόσο κατά τη διάρκεια της θεραπείας όσο και μετά και στοχεύουν στην παρακολούθηση και τον έλεγχο της πορείας και την πρόοδο της υγείας του ασθενούς.³⁷

Υπερηχογράφημα ήπατος και κοιλιάς

Αποτελεί μέθοδος εκλογής για την απεικόνιση συμπαγών οργάνων. Είναι δυνατή η απεικόνιση κοιλιακών μαζών ιδιαίτερα στην περιοχή των λαγόνιων βόθρων

Είναι τα κυριότερα όργανα που ελέγχονται στις περιπτώσεις καρκίνου του παχέος εντέρου. Για σκοπούς καλής και σωστής απεικόνισης, 6 ώρες πριν την εξέταση επιβάλλεται αποφυγή λήψης τροφής και υγρών. Συνήθως γίνεται σε νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική στο ακτινολογικό τμήμα. Ο ιατρός χρησιμοποιεί ένα ειδικό πομπό στη περιοχή της κοιλιάς ο οποίος μετατρέπει τα ηχητικά κύματα που παίρνει σε εικόνα με την βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή.^{4,37}

Αξονική Τομογραφία

Η αξονική τομογραφία, είναι εξειδικευμένη ακτινογραφία η οποία απεικονίζει σε τρεις διαφορετικές τομές τα εσωτερικά όργανα του σώματος. Είναι ανώδυνη εξέταση και διαρκεί συνήθως από 10-20λεπτά. Στην αξονική τομογραφία χρησιμοποιείται ελαφριά δόση ακτινοβολίας από την οποία δεν επηρεάζεται ο ασθενής. Πριν από την εξέταση θα πρέπει ο ασθενής να μείνει χωρίς τροφή και υγρά για 4 ώρες.

Για καλύτερη απεικόνιση των ευρημάτων χορηγείται σκιαγραφική ουσία υπό μορφή ροφήματος ή και ενδοφλέβια πριν από την εξέταση. Η ενδοφλέβια σκιαγραφική ουσία συνήθως σε ορισμένους ασθενείς προκαλεί ένα αίσθημα αύρας σ' όλο το σώμα. Σε περίπτωση αλλεργίας του ασθενούς στο ιώδιο ή αν ο ασθενής έχει από πρέπει οπωσδήποτε να το αναφέρει στη νοσηλεύτρια του τμήματος ή τον ακτινολόγο. Σπάνια χορηγείται παρόμοια σκιαγραφική ουσία υπό μορφή υποκλυσμού.^{4,37}

Μαγνητική Τομογραφία

Αυτή η εξέταση είναι παρόμοια με την αξονική τομογραφία με την διαφορά ότι χρησιμοποιείται μαγνητισμός αντί ακτίνες X. Χορηγείται συνήθως σκιαγραφική ουσία ενδοφλέβια και διαρκεί περίπου 30λεπτά. Ο μαγνητικός τομογράφος είναι ένα θορυβώδες μηχάνημα γι' αυτό και χορηγούνται ωτοασπίδες για περιορισμό της ενόχλησης από τους κρότους. Λόγω του υψηλού μαγνητισμού αφαιρούνται όλα τα μεταλλικά αντικείμενα που θα φοράει ο ασθενής. Άτομα με χειρουργικά μεταλλικά κλίπς ή με καρδιακούς βηματοδότες δυστυχώς δεν μπορούν να υποβληθούν σε μαγνητική τομογραφία.

Μετά τη συμπλήρωση όλων των απαραίτητων εξετάσεων ο ιατρός ανακοινώνει τα αποτελέσματα των ευρημάτων στον ασθενή και στη συνέχεια ξεκινά ο προγραμματισμός της θεραπείας.³⁷

Καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA)

Η μέτρηση της τιμής του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA) αποτελεί σχετικά ειδική εξέταση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο είναι μια γλυκοπρωτεΐνη που βρίσκεται στην κυτταρική μεμβράνη πολλών κυττάρων, μεταξύ των οποίων και τα νεοπλασματικά κύτταρα του καρκίνου του κόλου.³² Ανιχνεύεται κυρίως στο αίμα αλλά και σε άλλα ιστικά υγρά όπως το γαστρικό, τα ούρα και τα κόπρανα. Αύξηση του CEA ανευρίσκεται και σε άλλους καρκίνους του γαστρεντερικού συστήματος καθώς και άλλων συστημάτων. Επίσης αυξημένο CEA παρατηρείται σε ορισμένες καλοήθεις παθήσεις και σε μερικές ομάδες υγιούς πληθυσμού. Το CEA αυξάνεται στο 70% των αρρώστων με καρκίνο του παχέος εντέρου, αλλά σε λιγότερο από το 50% των ασθενών με καρκίνο σταδίου A κατά Dukes. Συνεπώς η μέτρηση του δεν μπορεί να χρησιμεύσει ούτε ως μέθοδος

screening, ούτε ως ειδική διαγνωστική μέθοδος.³¹ Η μέτρηση του CEA έχει αξία στον καθορισμό της πρόγνωσης και στην παρακολούθηση των ασθενών με διαγνωσμένο καρκίνο παχέος εντέρου. Έτσι, η τιμή του CEA πριν το χειρουργείο έχει ανεξάρτητη προγνωστική αξία και οι ασθενείς με αυξημένο CEA έχουν, ανεξαρτήτου σταδίου νόσου, χειρότερη πρόγνωση από αυτούς με φυσιολογικό. Επιπλέον, εάν μετά την επέμβαση η τιμή του δεν επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα, αυτό σημαίνει ότι υπάρχει υπολειπόμενη νόσος και χρειάζεται επιπλέον έλεγχος ή επανεγχείριση.

Μετεγχειρητικά συνιστάται η παρακολούθηση του CEA σε ασθενείς που θα μπορούσαν πιθανόν να υποβληθούν σε επανεγχείριση λόγω τοπικής υποτροπής ή σε μεταστασεκτομή μεμονωμένων ηπατικών ή πνευμονικών υποτροπών με στόχο την ίαση. Σε αυτούς του ασθενείς συνιστάται η μέτρηση του CEA κάθε 2-3 μήνες για τουλάχιστον 2 χρόνια ακόμη και εάν προεγχειρητικά το CEA δεν ήταν αυξημένο.

Σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία η μέτρηση του CEA μπορεί να βοηθήσει στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Έτσι σε έλλειψη απεικονιστικών ή άλλων κλινικών ευρημάτων η προοδευτική αύξηση του CEA κατά την διάρκεια της θεραπείας συνήθως σημαίνει πρόοδο νόσου. Γι' αυτό και συνιστάται σε τέτοιους ασθενείς να γίνεται μέτρηση του δείκτη πριν την έναρξη και κατόπιν κάθε 2-3 μήνες κατά την διάρκεια χορήγησης της χημειοθεραπείας.³⁸

2.5.2 Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση πριν από τη διενέργεια κολonosκοπήσεως εξαρτάται από το προβάλλον σύμπτωμα.

A. Απόφραξη του παχέος εντέρου λόγω στενώσεως μπορεί να συνοδεύει ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (νόσος Crohn), ισχαιμική κολίτιδα και μετακτινική κολίτιδα.

B. Απώλεια αίματος από το ορθό εμφανίζεται και σε εκκολπωμάτωση, ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, λοιμώδη κολίτιδα, αιμορροϊδοπάθεια και μονήρες έλκος ορθού.

Γ. Κοιλιακός πόνος συχνά συνοδεύει ευερέθιστο έντερο, εκκολπωματίτιδα, ισχαιμική κολίτιδα και ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου.

Δ. Διαταραχές των κενώσεων μπορεί να οφείλονται σε ευερέθιστο έντερο, φάρμακα, ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και λοιμώδη αίτια

Ε. Κοιλιακή μάζα μπορεί να οφείλεται σε καλοήθες νεόπλασμα ή να είναι απότοκος εντερικών φλεγμονών. Αξίζει να τονιστεί ότι η παρουσία ενός καλοήθους αιτίου, που μπορεί

να εξηγήσει το σύμπτωμα του ασθενούς, δεν αποκλείει την συνύπαρξη καρκίνου του παχέος εντέρου, που πρέπει πάντοτε να αποκλείεται με κολονοσκόπηση ή βαριούχο υποκλυσμό.⁷

2.6 Πορεία-πρόγνωση

Η πρόγνωση των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου εξαρτάται κυρίως από:

- α) Το στάδιο του όγκου
- β) Τα ιστολογικά χαρακτηριστικά του
- γ) Τη μορφολογία του
- δ) Την διήθηση αγγείων και νεύρων
- ε) Την παρουσία και το είδος των συμπτωμάτων (καλύτερη πρόγνωση έχουν οι ασυμπτωματικοί όγκοι και όσοι προβάλλουν με απώλεια αίματος από το ορθό, ενώ τη χειρότερη πρόγνωση έχουν οι όγκοι που εκδηλώνονται με πλήρη απόφραξη ή διάτρηση του εντέρου)
- ζ) Την εντόπιση του όγκου (ο καρκίνος του ορθού έχει την χειρότερη πρόγνωση λόγω συχνών τοπικών υποτροπών, ενώ ο καρκίνος του δεξιού κόλου έχει δυσμενέστερη πρόγνωση από τον καρκίνο του αριστερου κόλου)
- η) Η ηλικία (χειρότερη πρόγνωση σε ασθενείς κάτω των 30ετών)
- θ) Τα προεγχειρητικά επίπεδα CEA (υψηλά επίπεδα CEA σχετίζονται με δυσμενή πρόγνωση)
- ι) Γενετικούς δείκτες (μεταλλάγες στα p53 και DCC επιδεινώνουν την πρόγνωση).⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Σταδιοποίηση του καρκίνου

- ❖ *Η Φιλοσοφία της σταδιοποίησης*
- ❖ *Σταδιοποίηση κατά Dukes*
- ❖ *Σταδιοποίηση κατά Astler – Cooler*
- ❖ *Σταδιοποίηση κατά TNM*
- ❖ *Παθολογοανατομία καρκίνου παχέος εντέρου*
- ❖ *Έπέκταση καρκίνου παχέος εντέρου*
- ❖ *Πολύποδες και νεοπλάσματα*
- ❖ *Σχέση πολύποδα- καρκίνου*
- ❖ *Θεραπεία πολύποδα*

3.1 Η φιλοσοφία της σταδιοποίησης

Η λογική για την κατάταξη των διαφόρων περιπτώσεων καρκίνου σε ομάδες με βάση το στάδιο της νόσου βασίστηκε στην παρατήρηση ότι η επιβίωση των ασθενών ήταν μεγαλύτερη όταν ο όγκος ήταν εντοπισμένος στο σημείο από όπου ξεκίνησε και μικρότερη όταν είχε εξαπλωθεί και σε άλλα όργανα. Έτσι αρχικά ο αδρός διαχωρισμός αφορούσε το πρώιμο και το προχωρημένο στάδιο της νόσου τα οποία είχαν πολύ διαφορετική πορεία και έκβαση. Σε εξέλιξη αυτής της λογικής δημιουργήθηκε το σύστημα ταξινόμησης των όγκων με βάση την ανατομικής τους επέκταση όπως αυτή τεκμηριώνεται με βάση κλινικά και παθολογοανατομικά ευρήματα. Η American Joint Committee on Cancer (AJCC), στηριζόμενη στην υπόθεση ότι οι όγκοι που προέρχονται από την ίδια ανατομική περιοχή και έχουν τον ίδιο ιστολογικό τύπο έχουν παρόμοιο τρόπο αύξησης και επέκτασης, δημιούργησε το σύστημα ταξινόμησης και σταδιοποίησης των όγκων TNM που είναι ταυτόσημο με το σύστημα της Union Contre le Cancer (UICC).

Το σύστημα αυτό ταξινομεί τους όγκους με βάση τα τρία σημαντικά στάδια της φυσικής τους εξέλιξης, δηλαδή την τοπική ανάπτυξη του όγκου (T-tumor), την επέκταση του όγκου στους επιχώριους λεμφαδένες (N-nodes), και την μετάσταση του όγκου σε άλλα όργανα (M-metastasis). Έτσι για κάθε ασθενή, η κωδικοποιημένη αναφορά της έκτασης του όγκου με βάση τις τρεις αυτές παραμέτρους σε μια δεδομένη χρονική στιγμή αποτελεί το στάδιο της νόσου.

Η σταδιοποίηση των όγκων βοηθάει:

1. Στην επιλογή της αρχικής αλλά και της συμπληρωματικής θεραπείας
2. Στην εκτίμηση της πρόγνωσης
3. Στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας.
4. Στην δυνατότητα σύγκρισης των αποτελεσμάτων διαφορετικών θεραπειών σε ασθενείς με όμοιο στάδιο και την εξαγωγή συμπερασμάτων

5. Στην ανταλλαγή πληροφοριών ανάμεσα σε διάφορα θεραπευτικά κέντρα

6. Στην συνεχιζόμενη έρευνα για την ανάπτυξη αποτελεσματικότερων θεραπειών για τις διάφορες μορφές καρκίνου.³⁸

Υπάρχουν διάφορα συστήματα σταδιοποίησης με συχνότερο το TNM το οποίο περιγράφει το μέγεθος και την έκταση της πρωτοπαθούς εστίας, την πιθανή προσβολή λεμφαδένων καθώς και την ύπαρξη ή μη απομακρυσμένων μεταστάσεων. Αναλόγως και ο καρκίνος του παχέος εντέρου κατηγοριοποιείται σε τέσσερα στάδια , από I-IV ή Dukes A-D .²³

3.2 Ταξινόμηση κατά Dukes

Κατάταξη σύμφωνα με την παρουσία διηθημένων λεμφαδένων

- Dukes A(Στάδιο I) Ο όγκος εντοπίζεται μόνο στο εσωτερικό τοίχωμα του παχέος εντέρου.
- Dukes B(Στάδιο II) Ο όγκος έχει εισχωρήσει από το εσωτερικό τοίχωμα προς το μυ χωρίς να προσβάλει τους λεμφαδένες της περιοχής.
- Dukes C(Στάδιο III) Ο όγκος έχει επεκταθεί σε έναν ή περισσότερους λεμφαδένες της περιοχής. (οι λεμφαδένες είναι μέρος του λεμφικού συστήματος και αποτελούν την φυσική άμυνα του οργανισμού εναντίον των μολύνσεων).
- Dukes D(Στάδιο IV) Τα καρκινικά κύτταρα του όγκου έχουν διασκορπιστεί και σε άλλα όργανα του σώματος και έχουν δημιουργήσει δευτεροπαθείς όγκους-μεταστάσεις.

3.2.1 Ταξινόμηση κατά Astler-Cooler

Μία από τις συχνότερα χρησιμοποιούμενες τροποποιήσεις της σταδιοποίησης κατά Dukes είναι αυτή που προτάθηκε το 1954 από τους Astler και Cooler.

Αυτή η κατάταξη περιγράφει τα εξής στάδια:

A. Για όγκους που περιορίζονται στο βλεννογόνο

B1. Για όγκους που εκτείνονται μέσα στη μυϊκή στιβάδα αλλά δεν την ξεπερνούν

B2. Για όγκους που ξεπερνούν το τοίχωμα του εντέρου αλλά χωρίς συμμετοχή λεμφαδένων

C. Για όγκους με διηθημένους τοπικούς λεμφαδένες. Το στάδιο C χωρίζεται επιπλέον στο **C1:** για όγκους που περιορίζονται στο τοίχωμα του εντέρου και στο **C2:** για όγκους που το διαπερνούν.

3.2.2 Ταξινόμηση κατά TNM

Ένας άλλος τρόπος κατάταξης που έχει προταθεί είναι το TNM σύστημα, το οποίο ταξινομεί τους όγκους ανάλογα με την έκταση του πρωτοπαθούς όγκου T, την έκταση των διηθημένων λεμφαδένων N και την παρουσία ή όχι απομακρυσμένων μεταστάσεων M.

Ταξινόμηση TNM

T (tumor) : Πρωτοπαθής εστία

- T₀ : Δεν υπάρχει ένδειξη πρωτοπαθούς εστίας όγκου
T_x : Δεν υπάρχει δυνατότητα εκτίμησης της έκτασης του όγκου
T_{is} : Καρκίνωμα in situ
T₁ : Όγκος περιοριζόμενος στον βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο
T₂ : Όγκος περιοριζόμενος στο εντερικό τοίχωμα χωρίς τη διήθηση του ορογόνου
T₃ : Διήθηση του ορογόνου με ή χωρίς επέκταση σε παρακείμενους ιστούς
T₄ : Επέκταση σε παρακείμενους ιστούς και όργανα

N (nodes) : Λεμφαδένες

- N₀ : Απουσία διήθησης λεμφαδένων
N_x : Οι επιχώριοι λεμφαδένες δεν μπορούν να εκτιμηθούν
N₁ : Διήθηση 1 ως 3 περικολικών ή περιορθικών λεμφαδένων
N₂ : Διήθηση 4 ή περισσότερων περικολικών ή περιορθικών λεμφαδένων
N₃ : Διήθηση λεμφαδένων πέραν των περικολικών ή περιορθικών

M (metastases) : Μεταστάσεις

- M_x : Η ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων δεν μπορεί να εκτιμηθεί
M₀ : Απουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων
M₁ : Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων

3.3 Παθολογοανατομία καρκίνου παχέος εντέρου

Ο καρκίνος αναπτύσσεται στο κυλινδρικό επιθήλιο του βλενογόννου του εντέρου και μακροσκοπικώς διακρίνεται σε πέντε μορφές.

Την ανθοκραμβοειδή μορφή: Εμφανίζεται κυρίως στο τυφλό, ανιόν και ορθό. Επεκτείνεται συνήθως προς τον αυλό του εντέρου ή προς το τοίχωμα αυτού. Οι λεμφαδένες διηθούνται κατά τα τελευταία στάδια της νόσου. Στο τυφλό εμφανίζεται συνήθως μια σαρκώδης μάζα η οποία εξελκείται και αιμορραγεί. Λόγω του μεγάλου αυλού του τυφλού, η διάγνωση γίνεται σε προχωρημένο στάδιο και συνήθως λόγω της αιμορραγίας.

Την διηθητική μορφή: Αυτή διηθεί τους χιτώνες του εντέρου προκαλώντας δακτυλοειδή στένωση.

Τον σκίρρο καρκίνο: ο οποίος υπάγεται στην διηθητική μορφή. Συνήθως εντοπίζεται στο αριστερό ήμισυ του κόλου ιδίως στο σιγμοειδές και προκαλεί δακτυλοειδή και πρώιμη απόφραξη του αυλού του εντέρου.

Τον κολλοειδή καρκίνο: ο οποίος οφείλεται σε βλενώδη εκφύλιση των κυττάρων της ανθοκραμβοειδούς μορφής. Ο όγκος συνήθως είναι μεγάλος και προβάλλει στον αυλό του εντέρου

Την ελκωτική μορφή: η οποία είναι σπάνια αλλά κακοηθέστερη. Εντοπίζεται συνήθως στο ορθό και στην ορθοσιγμοειδική γωνία. Παρουσιάζεται ως εξέλκωση με ανώμαλα χείλη, σκληρά βάση και νεκρωτικό πυθμένα. Η μορφή αυτή διηθεί όλους τους χιτώνες του εντέρου και είναι δυνατό να οδηγήσει σε στένωση του αυλού.²⁵

3.4 Οδοί επέκτασης του καρκίνου

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου μεθίσταται κατά συνέχεια ιστού, αιματογενώς, λεμφογενώς, δια εμφυτεύσεως και ενδοαυλικά.

Κατά συνέχεια ιστού ο όγκος επεκτείνεται δακτυλοειδώς και αποφράσσει τελικά τον αυλό του εντέρου, ιδίως στο αριστερό κόλον. Απαιτείται περίπου ένας χρόνος για την διήθηση των 3/4 της περιφέρειας του εντέρου. Διήθηση του ενδοτοιχωματικού υποβλεννογόνιου λεμφικού δικτύου είναι περιορισμένης έκτασης και σπάνια υπερβαίνει τα 2 εκατοστά από το όριο του όγκου (χαμηλής διαφοροποίησης νεοπλάσματα). Η διήθηση ολόκληρου του πάχους του τοιχώματος του εντέρου συνεπάγεται επέκταση σε παρακείμενα όργανα και ιστούς, όπως το ήπαρ, η χοληδόχος κύστη, το λεπτό έντερο, ο νεφρός και ο ουρητήρας, λαγόνια αγγεία, το πάγκρεας, η ουροδόχος κύστη και τα κοιλιακά τοιχώματα. Ιδιαίτερα ο καρκίνος του ορθού είναι δυνατόν να διηθήσει το τοίχωμα του κόλπου, τον προστάτη και το ιερό οστό.

Αιματογενώς ο όγκος μεθίσταται στο ήπαρ κατά μήκος του συστήματος της πυλαίας, ενώ μεταστάσεις στους πνεύμονες δίδονται δια των οσφυϊκών και σπονδυλικών στελεχών. Η αποφυγή αυξημένων χειρισμών του όγκου διεγχειρητικά φαίνεται ότι ελαττώνει το ποσοστό αιματογενούς διασποράς (no touch technique).

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου μεθίσταται κατά κανόνα **λεμφογενώς** στα επιχώρια λεμφογάγγλια, στα λεμφογάγγλια κατά μήκος των αιμοφόρων αγγείων και κεντρικότερα. Το μέγεθος του όγκου δεν αποτελεί κριτήριο για την ύπαρξη ή όχι λεμφογενών μεταστάσεων, ενώ αντίθετα ο βαθμός διαφοροποίησης των καρκινικών κυττάρων είναι σημαντικός παράγοντας. Οι οδοί λεμφικής αποχέτευσης του όγκου πρέπει να αφαιρούνται κατά την εκτέλεση θεραπευτικών επεμβάσεων.

Όταν ο όγκος διηθήσει και τον ορογόνο του εντέρου, είναι δυνατόν καρκινικά κύτταρα να αποπέσουν και να **εμφυτευθούν** στην περιτοναϊκή κοιλότητα προκαλώντας έτσι διάχυτη καρκινομάτωση ή τοπικές εναποθέσεις στον ορθοκυστικό ή στον ορθομητρικό χώρο ή και σε ολόκληρη την ελάσσονα πύελο (frozen pelvis). Μεταστάσεις στις ωοθήκες αποδίδονται επίσης σε εμφύτευση καρκινικών κυττάρων.

Ενδοαυλική επέκταση του όγκου γίνεται με εμφύτευση αποφολιδωμένων καρκινικών κυττάρων από την επιφάνεια εκβλαστητικών κυρίως όγκων. Τα κύτταρα καθηλώνονται κατά κανόνα επί των αναστομωτικών επιφανειών και ευθύνονται για ένα ποσοστό των υποτροπών επί αναστόμωσης.^{6,31}

3.5 Πολύποδες

ο όρος πολύποδας είναι περιγραφικός και αναφέρεται σε κάθε περίγραπτη ογκοειδή επεξεργασία που προβάλλει πάνω από την επίπεδη επιφάνεια μιας φυσιολογικής βλεννογονικής μεμβράνης. Οι πολύποδες έχουν μακρύ ή βραχύ μίσχο ή είναι τελείως άμισχοι. Η διάμετρός τους ποικίλλει από μερικά χιλιοστά έως 10εκατοστα. Κάτω από τον μακροσκοπικό όρο πολύποδας βρίσκονται οι ακόλουθοι 4 ιστολογικοί τύποι:

- 1. Αμαρτωματώδεις πολύποδες.** Περιλαμβάνουν τους νεανικούς πολύποδες και αυτούς του συνδρόμου Peutz-Jeghers.
- 2. Φλεγμονώδεις πολύποδες.** Αυτοί ονομάζονται και ψευδοπολύποδες και είναι επακόλουθα μιας φλεγμονώδους επεξεργασίας όπως η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn.
- 3. Μεταπλαστικοί ή υπερπλαστικοί πολύποδες.** Οι πολύποδες αυτοί εντοπίζονται συνήθως στο ορθό χωρίς και να αποκλείονται και τα άλλα τμήματα του παχέος εντέρου. Η συχνότητά τους είναι σημαντική και αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας (75% των περιπτώσεων σε άτομα άνω 40-50ετών). Λόγω της υψηλής συχνότητας, η ανεύρεσή τους σε παρακείμενες θέσεις καρκινωμάτων θεωρείται μάλλον τυχαία. Εν τούτοις έχουν περιγραφεί δυσπλαστικές αλλοιώσεις σε σπάνιες περιπτώσεις υπερπλαστικών πολυπόδων καθώς και μικτές μορφές υπερπλαστικού-αδενωματώδους πολύποδα.
- 4. Νεοπλασματικοί πολύποδες (αδενώματα).** Αυτοί διακρίνονται ιστολογικά σε τρεις υποκατηγορίες: α) στο σωληνώδες αδένωμα, που χαρακτηρίζεται από σωληνώδεις σχηματισμούς, β) στο λαχνωτό αδένωμα με θηλώδη ή λαχνωτή διάταξη των υπερπλασμένων επιθηλιακών κυττάρων και γ) στο σωληνολαχνωτό αδένωμα που χαρακτηρίζεται από σωληνώδεις και λαχνωτούς ή θηλώδεις επιθηλιακούς σχηματισμούς. Όλες αυτές οι υποκατηγορίες αποτελούν διαφορετικές ιστολογικές μορφές ανάπτυξης της ίδιας παθολογικής οντότητας. Κοινό χαρακτηριστικό τους πάντως, είναι οι μορφολογικές κυτταρικές μεταβολές της επιθηλιακής δυσπλασίας ή ατυπίας που παρουσιάζουν και που κυμαίνονται από ήπιες ή βαρείες. Από πλευράς συχνότητας, πιο συχνό είναι το σωληνώδες και πιο σπάνιο το λαχνωτό αδένωμα. Η γενική συχνότητα ανάπτυξης των νεοπλασματικών πολυπόδων ποικίλει ανάλογα με διάφορους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η γεωγραφική τους κατανομή είναι σχεδόν όμοια με αυτή του καρκίνου του παχέος εντέρου. Γίνεται λόγος για πολυποδίαση του

εντέρου όταν ο αριθμός των πολυπόδων ξεπερνάει τους 100. Μια μορφή πολυποδιάσεως χαρακτηρίζεται από μεγάλους αριθμούς αδενωματώδων πολυπόδων είναι η οικογενής πολυποδίαση. Έχει υποστηριχθεί ότι όλα τα αδενώματα έχουν γενετική αιτιολογία.³⁹

3.5.1 Σχέση αδενωμάτων και καρκίνου

Τα αδενώματα του παχέος εντέρου φαίνεται ότι έχουν δυνητική κακοήθεια, βασισμένη στις εξής παρατηρήσεις:

- Τα αδενώματα και τα αδενοκαρκινώματα έχουν την ίδια ανατομική κατανομή στο κόλον
- Η επιδημιολογία τους είναι ίδια
- Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου στα αδενώματα αυξάνει με το μέγεθός του.
- Σε μικρούς καρκίνους παρατηρείται αρκετά συχνά υπολειμματικός αδενωματώδης ιστός.
- Η καθολική ανάπτυξη καρκίνου στην οικογενή πολυποδίαση.
- Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου αυξάνει σε ασθενείς με ιστορικό αδενωμάτων και ελαττώνεται μετά την αφαίρεσή τους.
- Σε περίπου 5 χρόνια μετά την διάγνωση του αδενώματος αναπτύσσεται καρκίνος

Διάφοροι παράγοντες παίζουν ρόλο στην εξαλλαγή ενός αδενώματος σε καρκίνο: το μέγεθος, ο ιστολογικός τύπος και η επιθηλιακή δυσπλασία. Όταν το μέγεθος του αδενώματος είναι μικρότερο από 1cm, η συχνότητα εξαλλαγής είναι 1-3%, όταν είναι έως 2cm η συχνότητα είναι 10% και για αδενώματα μεγαλύτερα των 2cm είναι 40%. Η εξαλλαγή είναι συχνότερη στο λαχνωτό θήλωμα (40%) και σπανιότερη στο σωληνώδες (5%). Η καρκινωμάτωση εξαλλαγή συμβαίνει συνήθως στην κορυφή του αδενωματώδη πολύποδα, χωρίς να διηθεί το μυϊκό χιτώνα και στην περίπτωση αυτή η απλή πολυπεκτομή αποτελεί οριστική θεραπεία. Ενίοτε διηθείται ο μυϊκός χιτώνας, ο μίσχος τα λεμφαγγεία, οι λεμφαδένες και γίνονται μεταστάσεις σε άλλα όργανα.⁵

3.5.2 Θεραπεία αδενωματώδων πολυπόδων

Επειδή οι αδενωματώδεις πολύποδες μπορεί δυνητικά να εξαλλαγούν σε καρκίνο, πρέπει να αφαιρούνται είτε ενδοσκοπικώς με διαθερμία, εφόσον είναι δυνατό(μέγεθος

και θέση πολύποδα), είτε χειρουργικά. Η ενδοσκοπική αφαίρεση των πολυπόδων γίνεται σε μια ή περισσότερες συνεδρίες (στους μεγάλους επίπεδους) και ολόκληρο το παρασκεύασμα αποστέλλεται για πλήρη ιστολογική εξέταση. Η ενδοσκοπική εικόνα εξαλλαγέντος πολύποδα περιλαμβάνει εξέγκωση, ανώμαλη επιφάνεια, σκληρότητα και ευθρυπτότητα. Αν στο ιστολογικό παρασκεύασμα ο πολύποδας δεν έχει εξαλλαγή ή έχει μόνο στην επιφάνειά του (in situ), τότε η θεραπεία είναι οριστική. Αν όμως υπάρχει διήθηση της μυϊκής στιβάδας, διήθηση φλεβών ή λεμφαγγείων, τα όρια πολυπεκτομής είναι διηθημένα και ο βαθμός διαφοροποίησης είναι χαμηλός, τότε χρειάζεται χειρουργική εκτομή. Μετά την αφαίρεση των πολυπόδων, συνίσταται παρακολούθηση κάθε 3-5έτη. Συχνή, κάθε 3έτη παρακολούθηση απαιτείται σε νεαρά άτομα και με επιβαρυνμένο οικογενειακό ιστορικό.⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Καρκίνος παχέος εντέρου- Θεραπεία

- ❖ *Θεραπεία ανά στάδιο*
- ❖ *Χειρουργική θεραπεία*
- ❖ *Χημειοθεραπεία*
- ❖ *Ακτινοθεραπεία*
- ❖ *Σύγχρονες χειρουργικές πρακτικές*
- ❖ *Θεραπευτικές εξελίξεις*
- ❖ *Ανοσοθεραπεία*
- ❖ *Φαρμακοθεραπεία*
- ❖ *Λαπαροσκοπική χειρουργική*

4.Θεραπεία καρκίνου παχέος εντέρου

Η θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι πολύπλευρη και αποσκοπεί αφενός στο άμεσο πρόβλημα και αφετέρου στη μελλοντική θεραπεία για τοπικές ή απομακρυσμένες μεταστάσεις. Επίσης σχεδιάζεται η προληπτική εξέταση των συγγενών των ασθενών.³¹ Η αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου πρέπει να γίνεται από ομάδα ειδικών γιατρών. Ιδιαίτερα, η αποτελεσματική αντιμετώπιση του ασθενούς με καρκίνο του ορθού προϋποθέτει συνεργασία ειδικού χειρουργού, παθολογοανατόμου, γαστρεντερολόγου, ογκολόγου και ακτινοθεραπευτή. Το είδος της αγωγής που ακολουθείται εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων κυριότερη θέση κατέχει το στάδιο της νόσου. Η χειρουργική, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία μπορεί να εναλλάσσονται σε διάφορες περιόδους της αντιμετώπισης του αρρώστου, ενώ η παρηγορητική αντιμετώπιση (π.χ με ακτίνες Laser) φυλάσσεται για προχωρημένα στάδια.² Στη συνέχεια συνοπτικά αναφέρεται η θεραπεία ανά στάδιο:

4.1 Θεραπεία ανά στάδιο

Στάδιο 0 του καρκίνου του παχέος εντέρου (καρκίνωμα in situ)

Η θεραπεία του καρκίνου σταδίου 0(καρκίνωμα in situ) μπορεί να περιλαμβάνει τους ακόλουθους τύπους χειρουργικής επέμβασης:

- ❖ Τοπική εκτομή (ενδοσκοπική επέμβαση για την αφαίρεση του όγκου χωρίς να χρειαστεί τομή του κοιλιακού τοιχώματος) ή απλή πολυποδεκτομή (επέμβαση αφαίρεσης πολύποδα που έχει εξαλλαγεί σε καρκίνο).
- ❖ Τμηματεκτομή και αναστόμωση (χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση του καρκίνου και συρραφή των άκρων που δημιουργήθηκαν στις περιοχές εκτομής). Εφαρμόζεται όταν το μέγεθος του καρκινικού ιστού δεν επιτρέπει την αφαίρεσή του με τοπική εκτομή.

Στάδιο I του καρκίνου του παχέος εντέρου

Η θεραπεία για τον καρκίνο σταδίου I είναι συνήθως η ακόλουθη:

- ❖ Τμηματεκτομή και αναστόμωση (χειρουργική επέμβαση αφαίρεσης του καρκίνου και συρραφής των υγιών άκρων που δημιουργήθηκαν στις περιοχές εκτομής του παχέος εντέρου

Στάδιο II του καρκίνου του παχέος εντέρου

- ❖ Τμηματεκτομή και αναστόμωση
- ❖ Χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία ή βιολογική θεραπεία ως μέρος κλινικής μελέτης, μετά την χειρουργική επέμβαση (επικουρικά)

Στάδιο III του καρκίνου του παχέος εντέρου

Η θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου που βρίσκεται στο στάδιο II μπορεί να είναι μια από τις παρακάτω:

- ❖ Τμηματεκτομή / αναστόμωση σε συνδυασμό με μετεγχειρητική χημειοθεραπεία.
- ❖ Κλινικές μελέτες χημειοθεραπείας, ακτινοθεραπείας ή βιολογικής θεραπείας μετεγχειρητικά.

Στάδιο IV του καρκίνου του παχέος εντέρου

Η θεραπεία του καρκίνου σταδίου IV μπορεί να είναι μια από τις παρακάτω:

- ❖ Μερική κολεκτομή και αναστόμωση (αφαίρεση του καρκίνου και συνένωση των άκρων εντέρου που προκύπτουν από την εκτομή, με παράκαμψη του όγκου).
- ❖ Χειρουργική επέμβαση αφαίρεσης τμημάτων άλλων οργάνων όπως το ήπαρ, οι πνεύμονες, οι ωθήκες στα οποία μπορεί να έχει γίνει μετάσταση.
- ❖ Χημειοθεραπεία.
- ❖ Κλινικές μελέτες χημειοθεραπείας ή βιολογικής θεραπείας.
- ❖ Κάποιοι ασθενείς μπορούν να υποβληθούν σε ακτινοθεραπεία ως παρηγορητική (ανακουφιστική) θεραπεία η οποία συμβάλλει στην υποχώρηση των συμπτωμάτων του καρκίνου.

4.2 Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική είναι η παλαιότερη μορφή αντικαρκινικής θεραπείας αλλά και μια από τις σημαντικότερες σύγχρονες θεραπευτικές επιλογές αντιμετώπισης των ατόμων με συμπαγείς όγκους. Με την πάροδο των ετών έχουν σημειωθεί πολλές αλλαγές στην θεραπεία του καρκίνου. Παρά το γεγονός ότι η χειρουργική παραμένει η θεραπεία εκλογής για πολλές κακοήθειες, νεοπλασίες η κατανόηση της βιολογίας του καρκίνου σε συνδυασμό με τις εξελίξεις των άλλων θεραπευτικών επιλογών, καθώς και της ίδιας της χειρουργικής, καθιστούν αναγκαία την επαναξιολόγηση των χρησιμοποιούμενων μεθόδων και μορφών χειρουργικής προσέγγισης. Επιπλέον, οι αλλαγές των υπηρεσιών παροχής φροντίδας ατόμων με καρκίνο, όπως για παράδειγμα οι υπηρεσίες παροχής ημερήσιας φροντίδας, ή η ελάττωση του χρόνου νοσηλείας έχουν επηρεάσει τον τρόπο χορήγησης αυτής της αντινεοπλασματικής θεραπείας.¹

Στόχος της **χειρουργικής θεραπείας** του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι η ολοκληρωτική αφαίρεση του τμήματος του εντέρου που περιέχει τον όγκο, μαζί με τους επιχώριους λεμφαδένες και τους λεμφαδένες κατά μήκος των αγγειακών μίσχων και στην συνέχεια την αποκατάσταση της συνέχειας του εντερικού σωλήνα. Η παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων (ήπαρ κ.α.) δεν αποτελεί αντένδειξη για την εκτέλεση της εγχείρησης, η οποία πλέον είναι παρηγορητική, με σκοπό την προφύλαξη από αιμορραγία ή απόφραξη του εντέρου. Επειδή 4% των γυναικών με καρκίνο του παχέος εντέρου εμφανίζουν μεταστάσεις στις ωθήκες ορισμένοι ιατροί συνιστούν προφυλακτική ωθηκεκτομή, ιδιαίτερα σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση.³¹

Η θεραπεία του πρώτου σταδίου είναι η χειρουργική αφαίρεση του όγκου και των συνοδών αδένων με ημικολεκτομές για όγκους του δεξιού και του αριστερού κόλου. Όγκοι του σιγμοειδούς και του ορθού έως 6-8cm από το δακτύλιο, αφαιρούνται με κοιλιοπερινεϊκή εκτομή και μόνιμη κολοστομία του σιγμοειδούς.⁵ Σχετικά με τον καρκίνο του ορθού, η χειρουργική αντιμετώπιση εμφανίζει ιδιαιτερότητα που αφορά κυρίως στην αποκατάσταση της συνέχειας του αυλού του εντέρου ή όχι, και στον τρόπο αυτής της αποκατάστασης. Διαγραμματικά, όγκοι του άνω τριτημορίου αντιμετωπίζονται με εκτομή και τελικοτελική αναστόμωση, ενώ όγκοι του κάτω τριτημορίου με κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του ορθού και μόνιμη τελική κολοστομία. ³¹

4.3 Χημειοθεραπεία

Ο όρος «χημειοθεραπεία» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στις αρχές του εικοστού αιώνα, για να περιγράψει την χρησιμοποίηση ουσιών με συγκεκριμένη τοξικότητα εναντίον μικροοργανισμών, όπως είναι τα βακτήρια. Η αντικαρκινική χημειοθεραπεία, η χορήγηση αντινεοπλασματικών φαρμάκων είτε μεμονωμένα είτε με συνδυασμούς μεταξύ τους, αφορά την χρήση φαρμάκων τα οποία παρακωλύουν την κυτταρική διαίρεση μέσω της αναστολής της σύνθεσης νέου γενετικού υλικού, ή με την πρόκληση ανεπανόρθωτων βλαβών στο DNA. Η χημειοθεραπεία στον καρκίνο χρησιμοποιείται είτε με την προοπτική ίασης της νόσου, εφόσον καταστρέφονται όλα τα καρκινικά κύτταρα οπότε το προσδόκιμο επιβίωσης του ατόμου είναι ίδιο με εκείνο 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 των συμπτωμάτων της νόσου, όπως ο πόνος και η δύσπνοια, οπότε τα αναμενόμενα αποτελέσματα δεν είναι η ίαση ή ο έλεγχος της νόσου.¹

Η **χημειοθεραπεία** χρησιμοποιεί φάρμακα που σκοτώνουν τα καρκινικά κύτταρα. Είναι συστηματική θεραπεία, το οποίο σημαίνει ότι τα φάρμακα αυτά κυκλοφορούν σε όλο το σώμα του ασθενούς και καταστρέφουν τα καρκινικά κύτταρα οπουδήποτε στο σώμα. Μετά από μία επέμβαση για καρκίνο παχέος εντέρου, μπορεί να παραμείνουν στον οργανισμό καρκινικά κύτταρα τα οποία έχουν φύγει από το έντερο αλλά δεν έχουν αναπτύξει εμφανείς μεταστάσεις. Τότε σύντομα μετά από το χειρουργείο πρέπει να ξεκινήσει **προληπτική χημειοθεραπεία**, η οποία θα σκοτώσει αυτά τα μικροσκοπικά καρκινικά κύτταρα. Αυτού του είδους η χημειοθεραπεία ονομάζεται συμπληρωματική. Πρόσφατες μελέτες έχουν αποδείξει ότι στους ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε συμπληρωματική χημειοθεραπεία μέσα σε διάστημα 5 εβδομάδων από την επέμβαση, υπήρχαν αυξημένα ποσοστά επιβίωσης και μειωμένα ποσοστά υποτροπής του όγκου. Το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο φάρμακο στη χημειοθεραπεία για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού είναι η 5-φθοριουρακίλη.(ιντερνετ). Οι φθοριοπυριμιδίνες με κύριο εκπρόσωπο την 5-φθοριουρακίλη, αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπευτικής αντιμετώπισης με κυτταροστατικά. Μεγάλος αριθμός κυτταροστατικών έχουν δοκιμαστεί μόνα ή σε συνδυασμούς, όμως σε λίγα από αυτά παρουσιάστηκε μερική θεραπευτική ανταπόκριση. Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με την 5-φθοριουρακίλη οι λεγόμενοι

φαρμακολογικοί τροποποιητές, με κύριο εκπρόσωπο το φολλινικό οξύ. Τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά όπως ενθαρρυντικά είναι και τα αποτελέσματα με την χορήγηση ιντερφερόνης και 5-φθοριουρακίλης. Η χημειοθεραπεία γίνεται συνήθως στο νοσοκομείο και είτε χρειάζεται νοσηλεία του ασθενούς είτε μπορεί να γίνει με παραμονή λίγων ωρών στο θάλαμο βραχείας νοσηλείας. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου χρησιμοποιούμε σκευάσματα χημειοθεραπείας και στο σπίτι με από του στόματος λήψη. Συνήθως ακολουθούνται κύκλοι χημειοθεραπειών, οι οποίοι διακόπτονται από ενδιάμεσα διαστήματα ανάρρωσης. Σημαντικό βήμα στην πρόοδο των χημειοθεραπευτικών ήταν η ανακάλυψη νέων μορφών χημειοθεραπείας. Σε συνδυασμό με το γεγονός ότι έχουν εκλεκτική δράση κατά των καρκινικών κυττάρων βελτιώνουν το κλινικό αποτέλεσμα, βελτιώνοντας ταυτόχρονα κατά πολύ την καθημερινότητα των ασθενών, μειώνοντας τις επισκέψεις στα νοσοκομεία δημιουργώντας έτσι καλύτερη ποιότητα ζωής.²⁹

4.4 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία αποτελεί σημαντική θεραπευτική επιλογή στην αντιμετώπιση του καρκίνου. Ποσοστό μεγαλύτερο από 50% των ασθενών με καρκίνο υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία κάποια χρονική στιγμή κατά την διάρκεια της θεραπείας τους. Μέσα στο γενικότερο πλαίσιο της αντικαρκινικής θεραπείας, η αξία της ακτινοθεραπείας εντοπίζεται στην δυνατότητα τοπικού ελέγχου της νόσου. Η χορήγηση ακτινοθεραπείας στοχεύει είτε στην ίαση, είτε στην παρηγορητική θεραπεία, ή την συμπλήρωση της ήδη χορηγούμενης αγωγής. Η επιτυχία της εξαρτάται από το μέγεθος της καρκινικής μάζας, από την ευαισθησία του όγκου στην ακτινοβολία, καθώς και από την αντοχή των παρακείμενων ιστών. Η ακτινοθεραπεία συνίσταται στην χρήση ιονιζουσών ακτινοβολιών. Η προσπίπτουσα ακτινοβολία δια του ιονισμού των ατόμων και των μορίων προξενεί βλάβες, ρήξεις στις έλκυες του DNA και επιφέρει το θάνατο των κυττάρων, ιδιαίτερα εκείνων που βρίσκονται στη φάση διπλασιασμού τους. Η ακτινοβολία επηρεάζει τόσο τα υγιή όσο και τα κακοήθη κύτταρα.¹

Η ακτινοθεραπεία με την χρησιμοποίηση ακτινοβολίας 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).

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται προεγχειρητικά ή μετεγχειρητικά σε περιπτώσεις καρκίνου του ορθού με λεμφαδενική διήθηση.² Μετεγχειρητικά η ακτινοβολία μπορεί να προσβάλλει μικρές περιοχές του καρκίνου που δεν μπόρεσαν να αφαιρεθούν κατά την εγχείρηση. Αν το μέγεθος ή η θέση ενός όγκου κάνει δύσκολη την εγχείρηση, η ακτινοβολία μπορεί να χρησιμοποιηθεί πριν από αυτή για να περιορίσει το μέγεθος του όγκου.

Η ακτινοθεραπεία σε συνδυασμό με την χημειοθεραπεία φαίνεται να ελαττώνει την τοπική υποτροπή και τις μεταστάσεις αλλά δεν αυξάνει την επιβίωση. Επίσης ελαττώνει το μέγεθος του όγκου σε ανεγχείρητους καρκίνους και τους καθιστά εγχειρήσιμους. Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται για τους ασθενείς με λεμφικές ή απομακρυσμένες μεταστάσεις για περίπου 6 μήνες και φαίνεται να ελαττώνει τους όγκους και να αυξάνει την επιβίωση.⁵ Η συμπληρωματική θεραπεία των νεοπλασιών του παχέος εντέρου με ακτινοβολία ή χημειοθεραπεία αποτελεί ακόμα αντικείμενο έρευνας και διχογνωμιών.³¹ Τέλος, σε ορισμένα κέντρα χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο η διαθερμοπηξία ή φωτοπηξία με Laser όπου σε περιπτώσεις ανεγχείρητου αποφρακτικού καρκινώματος, η διάνοιξη του αυλού με ακτίνες Laser βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών αν και εφαρμόζονται σε περιορισμένο αριθμό προσεκτικά επιλεγμένων ασθενών.^{5, 25,31}

4.5 Σύγχρονες χειρουργικές πρακτικές

Στην χειρουργική του παχέος εντέρου σήμερα υπάρχουν σημαντικές παροχές της ιατρικής τεχνολογίας, που σκοπό έχουν την βελτιστοποίηση των μεθόδων χειρουργικής και το καλύτερο αποτέλεσμα στην ίαση και την μείωση ταλαιπωρίας του ασθενούς.

- ✓ Τα συρραπτικά εργαλεία. Αυτά αποτελούν τα πλέον σύγχρονα αυτόματα μηχανήματα, με τα οποία ο γενικός χειρουργός επιτελεί: γρήγορες κινήσεις διατομής εκτομής και αναστόμωσης του εντέρου, με παράλληλη ιδανική ασηψία και ανατομική αρτιότητα.
- ✓ Λαπαροσκοπική Χειρουργική. Η λαπαροσκοπηση 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 ελάσσων πύελος, με αποτέλεσμα την μείωση της σημαντικής νοσηρότητας αυτών των επεμβάσεων.

4.6 Θεραπευτικές εξελίξεις - Πρόσφατα επιτεύγματα

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 να 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, πρόκειται για μία νέα γενιά φαρμάκων, τους αντιαγγειογενετικούς παράγοντες, οι οποίοι έφεραν μία νέα, επαναστατική και ασφαλή μέθοδο αντιμετώπισης του καρκίνου.

Οι νέοι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τα φάρμακα irinotecan, oxaliplatin και capecitabine.

Τα νέα φάρμακα με «στοχευμένη» δράση περιλαμβάνουν τα: bevacizumab, cetuximab και προσφάτως το panitumumab.⁴⁰

4.7 Ανοσοθεραπεία

Οι βιολογικοί τροποποιητές οι οποίοι περιλαμβάνουν τις ιντερφερόνες και τις κυτταροκίνες στην κλινική πράξη έχουν χρησιμοποιηθεί σε ορισμένα νεοπλάσματα με συζητήσιμα αποτελέσματα όπως επίσης και σε αιματολογικά κακοήθη νοσήματα.

Οι ιντερφερόνες είναι πολυπεπίδια που παράγονται από τα κύτταρα ως απάντηση σε ερεθίσματα κυρίως ιών αλλά και αντιγόνων ή νεοπλασματικών κυττάρων. Η πρόοδος του DNA έκανε δυνατή την παραγωγή μεγάλων ποσοτήτων ιντερφερόνης.

Υπάρχουν τρεις τύποι ιντερφερόνης α,β,γ. οι ιντερφερόνες αποτελούν σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα του πολλαπλασιασμού των ιών, αλλά έχουν και άλλες δράσεις όπως αντιμιτωτική, ανοσοτροποποιητική, διαφοροποιητική, προκαλούν αναστολή της νεοαγγειογένεσης, αναστέλλουν τα κυτταρικά γονίδια περιλαμβανομένων και των ογκογονιδίων.

Ασθενείς που υποβάλλονται σε τέτοιου είδους θεραπείες μπορεί να εμφανίσουν ναυτία, εμετούς, διάρροια, δυσκοιλιότητα, δυσπεπτικά ενοχλήματα, ανορεξία, κόπωση, εφίδρωση, πυρετό με ρίγος. Οι ανεπιθύμητες αυτές ενέργειες μπορεί να έχουν συνέπειες στη διατροφική κατάσταση των ασθενών και πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπ' όψιν στο καθορισμό της διατροφικής υποστήριξης των ασθενών που υποβάλλονται σε τέτοιες θεραπείες.⁴¹

4.8 Φαρμακοθεραπεία

Οι ασθενείς με νεοπλάσματα συχνά έχουν την ανάγκη να χρησιμοποιούν φάρμακα για να αντιμετωπίσουν διάφορα συμπτώματα τα οποία είτε οφείλονται στην ίδια τη νόσο και έχουν σχέση με το σύστημα ή το όργανο που προσβάλλεται είτε αποτελούν παρενέργειες της θεραπείας ή της ακτινοθεραπείας.

Το άλγος είναι ένα πρόβλημα το οποίο συχνότατα αντιμετωπίζει ο καρκινοπαθής και καλείται να λύσει ο θεράπων ιατρός του. Τα συνήθη παυσίπονα παρέχουν αναλγησία 3-4ωρών στη δοσολογία που κυκλοφορούν. Τα ισχυρότερα προσφέρουν αναλγησία 4-5ωρών. Στα ενέσιμα η διάρκεια είναι 5-7ώρες. Ορισμένα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη έχουν ισχυρή παυσίπονη δράση, γι αυτό χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις πολύ ισχυρού άλγους.

Ανάλογα με την ένταση, το είδος και την εντόπιση του άλγους χρησιμοποιούνται:

1. Απλά παυσίπονα όπως παρακεταμόλη.
2. Οποειδή όπως πεδιθίνη, μορφίνη και κωδεΐνη.
3. Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη όπως ινδομεθακίνη, φαινυλβουταζόνη, νιμεσουλίδη.

Η χορήγηση υπνωτικών, ηρεμιστικών και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι συχνή σε ασθενείς με κακοήθη νεοπλάσματα. Αυτό γίνεται είτε για την αντιμετώπιση του άγχους, των φοβικών διαταραχών, της κατάθλιψης και των διαταραχών ύπνου που είναι συχνά στους καρκινοπαθείς, είτε για την καλύτερη αντιμετώπιση του άλγους που επιφέρει ο καρκίνος. Τα διάφορα αντικαταθλιπτικά και τα ηρεμιστικά φάρμακα έχουν σαφή συνεργική δράση με τα παυσίπονα διότι αυξάνουν την περίοδο αναλγησίας.

Η διαζεπάμη, η λοραζεπάμη, η λολπιδέμη ταρταρική είναι από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα ηρεμιστικά-υπνωτικά. Από τα αντικαταθλιπτικά η σιταλοπράμη και η υδροχλωρική φλουοξετίνη χρησιμοποιούνται ευρύτατα.

Αρκετά φάρμακα χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της εξάντλησης του ασθενούς και για την θεραπεία της καρκινικής καχεξίας. Η οξεϊκή μεγεστρόλη βελτιώνει την όρεξη και προάγει την αύξηση βάρους.

Η χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων γίνεται κυρίως για την αντιμετώπιση της ναυτία και των εμετών που παρουσιάζονται και ως παρενέργεια της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας. Ναυτία και εμετός όμως μπορεί να έχουν και ως κύρια ενοχλήματα πολλοί ασθενείς με νεοπλάσματα του γαστρεντερικού ή ασθενείς με εγκεφαλικές μεταστάσεις.

Συχνή είναι επίσης και η χρήση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων. Αρκετά κυτταροστατικά όπως η φλουοουρακίλη, η ιρινοτεκάνη προκαλούν σοβαρά διαρροϊκά σύνδρομα.

Η χορήγηση των φαρμάκων που αναφέρθηκαν είτε μέσω του τρόπου δράσης τους είτε λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών επηρεάζουν την θρέψη και παίζουν το ρόλο τους στην διατροφική κατάσταση των ασθενών.⁴¹

4.9 Λαπαροσκοπική χειρουργική

Με την λαπαροσκοπική χειρουργική του παχέος εντέρου επιτυγχάνεται η εκτομή του από μικρές οπές. Η παραδοσιακή τεχνική απαιτούσε τη δημιουργία μεγαλύτερων τομών. Η χρήση μικρότερων τομών οδηγεί σε λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο, λιγότερο χρόνο παραμονής στο Νοσοκομείο και γρηγορότερη επάνοδο στην εργασία και τις καθημερινές δραστηριότητες. Η λαπαροσκοπική κολεκτομή εφαρμόζεται σε όλες τις παθήσεις του παχέος έντερου, καλοήθειες (εκκολπωματίτιδα, ελκώδης κολίτιδα, κ.λ.π.) αλλά και στις κακοήθειες. Ιδιαίτερα θεαματικά είναι τα αποτελέσματα σε παθήσεις που απαιτούν ολική κολεκτομή και ειλεοπρωκτική αναστόμωση (όπως ελκώδης κολίτιδα, οικογενής πολυποδίαση) με δημιουργία **j-pouch**, κατά τις οποίες επιτυγχάνεται η αφαίρεση ολοκλήρου του παχέος εντέρου από τομή μήκους μόνο λίγων εκατοστών.

Προετοιμασία

Προεγχειρητικά απαιτείται ο αδρός αιματολογικός έλεγχος: γενική αίματος, σάκχαρο, ουρία, και ηλεκτρολύτες καθώς και διασταύρωση. Επίσης διενεργούνται ακτινογραφία θώρακος, καρδιολογική εκτίμηση και, αν υπάρχει λόγος, πνευμονολογική εξέταση. Την ημέρα προ του χειρουργείου επιτρέπεται η λήψη υδρικής διαίτας: νερό, ζελέ, σούπα, καφές. Επίσης είναι συνήθως απαραίτητη η προετοιμασία του εντέρου με τη λήψη καθαρτικού διαλύματος σε δύο δόσεις. Μετά τα μεσάνυκτα απαγορεύεται η λήψη τροφής.

Τεχνική

Η είσοδος στην κοιλία μετά την δημιουργία πνευμοπεριτοναίου γίνεται με τομή 1 εκ. περίπου κάτωθεν του ομφαλού όπου τοποθετείται η ινδοσκοπική ενδοσκοπική κάμερα. Ακολούθως τα ατραυματικά εργαλεία τοποθετούνται από τρεις μικρές οπές εργασίας 0,5-1 εκ. ενώ η αφαίρεση του εντέρου γίνεται από τομή στο εφήβαιο 4 εκ. περίπου.

Μετεγχειρητικά

Είναι εφικτή και σημαντική η γρήγορη κινητοποίηση. Αμέσως μετά το χειρουργείο ο ασθενής μπορεί να πιει υγρά και μετά την δεύτερη ή τρίτη ημέρα μπορεί να λάβει στέρεες τροφές. Μπάνιο επιτρέπεται τη πρώτη μετεγχειρητική ημέρα. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας είναι 4-5 ημέρες, ενώ οι ασθενείς ενθαρρύνονται να επιστρέφουν σταδιακά στις συνήθειες

δραστηριότητές τους (συνήθως απαιτούνται 1-2 εβδομάδες για τη πλήρη αποκατάσταση). Απαραίτητη κρίνεται η πρώτη επίσκεψη την 7η-10η ημέρα, ή νωρίτερα αν παρουσιαστούν προβλήματα, όπως:

- Ναυτία και έμετοι που διαρκούν πάνω από 24 ώρες.
- Θερμοκρασία μεγαλύτερη από 38ο C. Μικρότερες διακυμάνσεις είναι αρκετά συχνές μετά από χειρουργικές επεμβάσεις.
- Πόνος ο οποίος δεν υφίεται με την χορήγηση κοινών αναλγητικών.
- Δυσουρικά ενοχλήματα και επίσχεση ούρων.

Κίνδυνοι

Αν και σπάνια, στην ανοικτή και στη λαπαροσκοπική χειρουργική εντέρου μπορούν να προκύψουν οι κάτωθι επιπλοκές:

- Τραυματισμός παρακείμενων σπλάχνων: λεπτό έντερο, σπλήνας, ουρητήρες.
- Αιμορραγία
- Διαφυγή από την αναστόμωση
- Ενδοκοιλιακή συλλογή
- Διαπύση τραύματος

Όλες οι παραπάνω επιπλοκές είναι αντιμετωπίσιμες, ενίοτε με επανεπέμβαση.

Στη λαπαροσκοπική κολεκτομή όπως και σε κάθε λαπαροσκοπική επέμβαση υπάρχει μικρή πιθανότητα μετατροπής σε ανοικτή επέμβαση, που εξαρτάται από την θέση του όγκου, το μέγεθός του, τυχόν διήθηση παρακείμενων ιστών, καθώς και από άλλους παράγοντες (προηγούμενες επεμβάσεις, γενική κατάσταση του ασθενούς κ.ά.).⁴²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή με καρκίνο παχέος εντέρου

- ❖ *Νοσηλευτική φροντίδα καρκινοπαθούς*
- ❖ *Χειρουργική θεραπεία- Νοσηλευτική παρέμβαση*
- ❖ *Χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων*
- ❖ *Χειρισμός των κυτταροτοξικών φαρμάκων από το προσωπικό*
- ❖ *Επιπλοκές – Εξαγγείωση*
- ❖ *Νοσηλευτική φροντίδα κατά την χημειοθεραπεία*
- ❖ *Νοσηλευτική φροντίδα κατά την ακτινοθεραπεία*
- ❖ *Αποκατάσταση ατόμου με καρκίνο παχέος εντέρου*
- ❖ *Κολοστομία -Είδη κολοστομίας*
- ❖ *Σκοποι εκτέλεσης κολοστομίας*
- ❖ *Φροντίδα ατόμων με κολοστομία*
- ❖ *Περιποίηση κολοστομία*
- ❖ *Σχέδιο διδασκαλίας κολοστομίας- Έξοδος από το νοσοκομείο*
- ❖ *Πρόληψη καρκίνου παχέος εντέρου και Νοσηλευτική*
- ❖ *Εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη παρέμβαση με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας*

5.1 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο

Ο καρκινοπαθής αποτελεί μια ειδική περίπτωση αρρώστου. Ο καρκίνος αποτελεί σήμερα κοινωνικό πρόβλημα και αντιμετωπίζεται από τον κόσμο όπως αντιμετωπιζόταν παλαιότερα και η φυματίωση. Θεωρείται από πολλούς ότι ο καρκινοπαθής δεν έχει πια κανένα μέλλον. Ο τρόπος το είδος εξαρτάται από διάφορους παράγοντας (π.χ μορφωτικό επίπεδο) και αποφασίζεται σε συνεργασία με τους Το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να παίξει σπουδαίο ρόλο, μαζί με όλα τα μέλη ομάδας Υγείας, να βοηθήσει τον καρκινοπαθή να ξεπεράσει τα ψυχολογικά προβλήματα κυρίως και άλλα προβλήματα που προκαλούνται από την ασθένεια. Επίσης σημαντικό είναι ο ασθενής να διατηρήσει όλες τις ηθικές και σωματικές δυνάμεις του στο ακέραιο έτσι ώστε να είναι σε θέση να δεχθεί οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή του οριστεί και να συντελέσει στην επιτυχία της. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να δώσουν θάρρος και ελπίδα ώστε να παλέψει ο ασθενής για την καλύτερη ποιότητα ζωής του.

Πρωταρχικό ρόλο στην αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς παίζει η ενημέρωση για την φύση και την σοβαρότητα της κατάστασής του. Ο γιατρός και το οικογενειακό περιβάλλον.

Ιδιαίτερης σημασίας είναι το καθήκον των Νοσηλευτών να αντιμετωπίζει τον ασθενή με τον ίδιο τρόπο με τους άλλους ασθενείς και να αποφεύγεται κάθε ενέργεια που θα θεωρηθεί σαν ιδιαίτερη περιποίηση από συμπόνια και οίκτο για την κατάστασή του. ⁴³

5.2 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο που αντιμετωπίζεται χειρουργικά

5.2.1 Προεγχειρητική φροντίδα αρρώστου

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς με καρκίνου παχέος εντέρου συνίσταται στην προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα. Η προεγχειρητική προετοιμασία συνίσταται:

- Σε γενική
- Τοπική και
- Τελική

A. Γενική προεγχειρητική προετοιμασία

Αυτή περιλαμβάνει:

α) **Την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή.** Κάθε ασθενής που εισέρχεται στο νοσοκομείο και πρόκειται να χειρουργηθεί διακατέχεται από άγχος και φόβο για το άγνωστο. Καθήκον λοιπόν του νοσηλευτή είναι να ενημερώσει τον ασθενή σχετικά με την έκβαση της επέμβασης, να του εξηγήσει τι πρόκειται να συμβεί με κατανοητά λόγια σύμφωνα με το μορφωτικό επίπεδο του κάθε ασθενή. Πρέπει να ενθαρρύνει τον άρρωστο να εξωτερικεύσει τους φόβους και τις ανησυχίες του και να εξηγήσει τις απορίες του σχετικά με την επέμβαση που θα πραγματοποιηθεί.

Οι νοσηλευτές επειδή ξοδεύουν πολύ χρόνο στην φροντίδα του αρρώστου και έρχεται σε επαφή με τους γιατρούς εκ των πραγμάτων αποτελούν τον συντονισμό της νοσηλείας του πάσχοντος.

β) **Την σωματική τόνωση .** χορηγείται τροφή πλούσια σε θερμίδες και φτωχή σε λίπη για την τόνωση του οργανισμού και την μείωση του περιεχομένου του εντέρου. Επίσης, δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά. Τέλος, χορηγείται προληπτική αντιβίωση για προστασία του οργανισμού από λοιμώξεις.

γ) **Την καθαριότητα του ασθενούς** η οποία περιλαμβάνει αφενός την ατομική καθαριότητα και αφετέρου την καθαριότητα του εντερικού σωλήνα. Το έντερο προετοιμάζεται για την εγχείρηση με τροφή φτωχή σε υπολείμματα. Την παραμονή της επέμβασης πραγματοποιείται καθαρτικός υποκλυσμός καθώς και το πρωί πριν από την επέμβαση. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί τα αποτελέσματα των υποκλυσμών και τα καταγράφει. Όσο για την ατομική καθαριότητα του ασθενούς το προηγούμενο βράδυ πραγματοποιείται λουτρό καθαριότητας, αφαίρεση κοσμημάτων και τεχνητών οδοντοστοιχιών και αν υπάρχουν βαμμένα νύχια αφαιρείται το χρώμα.

δ) **Εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου** για την αποφυγή αϋπνίας και κόπωσης που μπορεί να οδηγήσει σε μετεγχειρητικές διαταραχές.

Β. Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία είναι η ετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου δηλαδή του μέρους του σώματος που θα πραγματοποιηθεί η επέμβαση. Αυτή συνίσταται στην αποτρίχωση , καθαριότητα, αντισηψία του δέρματος για αποφυγή μολύνσεων. Στην συγκεκριμένη επέμβαση το εγχειρητικό πεδίο περιλαμβάνει την πρόσθια επιφάνεια του

κορμού, από το ύψος των θηλών των μαστών μέχρι την ηβική σύμφυση. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην καθαριότητα του ομφαλού και των βουβωνικών πτυχών.

Γ. Τελική προεγχειρητική προετοιμασία.

Αυτή περιλαμβάνει την παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή, το ντύσιμο μισή ώρα πριν την καθορισμένη ώρα της επέμβασης με την ρόμπα του χειρουργείου, τα ποδονάρια και τον σκούφο. Επίσης αφαιρούνται όλα τα ξένα σώματα (οδοντοστοιχίες) και τα κοσμήματα τα οποία παραδίδονται στους συγγενείς για φύλαξη. Τέλος γίνεται προνάρκωση η οποία έχει ήδη προκαθοριστεί από τον αναισθησιολόγο. Μετά την προνάρκωση φροντίζουμε να ξαπλώσει ο άρρωστος και διατηρούμε περιβάλλον ήσυχο και χωρίς έντονο φωτισμό. Ο ασθενής είναι έτοιμος για την μεταφορά του στο χειρουργείο όπου αν είναι δυνατόν τον συνοδεύει και ο νοσηλευτής.

Όσο ο ασθενής είναι στο χειρουργείο ο νοσηλευτής φροντίζει να ετοιμαστεί ο θάλαμος κατάλληλα για να δεχτεί τον χειρουργημένο άρρωστο. Η ετοιμασία περιλαμβάνει το στρώσιμο του κρεβατιού, χειρουργικό δηλαδή ανοιχτό από όλες τις πλευρές χωρίς μαξιλάρι και με αδιάβροχο στο πάνω μέρος.

Επίσης στο κομοδίνο τοποθετείται πετσέτα, ποτήρι με νερό, port cotton, νεφροειδές και στο πλάι χάρτινη σακούλα για τα άχρηστα. Προηγουμένως ο θάλαμος έχει αεριστεί και έχει καθαριστεί.⁴⁴

5.2.2 Μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου

1. Φροντίδα για την μεταφορά του αρρώστου από το φορείο στο κρεβάτι με ήπιες κινήσεις και συγχρονισμένο βάδισμα.
2. Τακτοποίηση του αρρώστου στην κατάλληλη για κάθε περίπτωση θέση. Συνήθης θέση μετά το χειρουργείο είναι η ύπτια με το κεφάλι πλάγια για την πρόληψη εισρρόφησης εμεσμάτων και πνιγμού, σε περίπτωση εμετού, καθώς και πτώσεως της γλώσσας προς τα πίσω.
3. Γίνεται έλεγχος: α) των ζωτικών σημείων, για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης, β) του τραύματος, των εξωτερικών γαζών μήπως αιμορραγούν γ) των παροχετεύσεων, τις συνδέσεις και την λειτουργία τους και δ) του επιπέδου συνείδησης και τις κινήσεις των άκρων που αφορούν την νευρολογική κατάσταση του ασθενή.

4. Προστασία του αρρώστου από ρεύματα αέρα για να μην κρυώσει.
5. Εκτίμηση του πόνου και της δυσφορίας και φροντίδα για την ανακούφισή του.
6. Παρακολούθηση της ενδοφλέβιας έγχυσης υγρών, του ρυθμού ροής και φροντίδα για την έγκαιρη αντικατάσταση της φιάλης.
7. Ενθάρρυνση του αρρώστου να παίρνει βαθιές αναπνοές να βήχει, να αλλάζει συχνά την θέση για την πρόληψη επιπλοκών από το αναπνευστικό και το κυκλοφορικό σύστημα.
8. Τοποθέτηση στο κομοδίνο του χαρτοβάμβακο, νεφροειδές καθώς και το κουδούνι για να διευκολύνεται η επικοινωνία του.
9. Αν φέρει κολοστομία παρακολούθηση του χειρουργικού τραύματος.^{45,46}

5.3 Χορήγηση χημειοθεραπευτικών παραγόντων

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορεί να χορηγηθούν με τους εξής τρόπους:

1. Από το στόμα
2. Σε μεγαλύτερες δόσεις ενδοφλέβια
3. Ενδοαρτηριακά

Αν το νεόπλασμα είναι εντοπισμένο στα άκρα, αποφράσσονται τα κύρια αγγεία με περίσφιξη του άκρου ή απολίνωση της φλέβας. Το φάρμακο εισάγεται από την αρτηρία. Το αίμα απάγεται από την φλέβα και αφού περάσει από κλειστό κύκλωμα που περιέχει οξυγονωτή, επανεισέρχεται στην αρτηρία.

Με καθετήρα που εισάγεται στην αρτηρία του οργάνου ή της περιοχής που είναι εντοπισμένο το κακοήθες νεόπλασμα. Ο καθετήρας συνδέεται με ενδοφλέβια χορήγηση, της οποίας η φιάλη τοποθετείται σε ύψος τουλάχιστον τριών μέτρων.

4. Άμεση έγχυση του φαρμάκου μέσα στον όγκο.
5. Ενδοϋπεζωκοτική ή ενδοπεριτοναϊκή έγχυση.⁴⁶

5.3.1 Χειρισμός των κυτταροτοξικών φαρμάκων από το προσωπικό.

Οι πραγματικές ή δυνητικές βλάβες που συνοδεύουν την έκθεση στα κυτταροτοξικά φάρμακα είναι τέτοιες, ώστε θα πρέπει να δίνεται μεγάλη προσοχή στον ασφαλή χειρισμό και στην αποκομιδή των απορριμάτων. Τα κυτταροτοξικά φάρμακα είναι γνωστά ως δυνητικά

μεταλλαξιγόνα (επάγουν γενετικές), τερατογόνα (προκαλούν φυσικές δυσφορίες στο έμβρυο), και καρκινογόνα (επάγουν την δημιουργία καρκίνου), ενώ ορισμένες μελέτες σε προσωπικό νοσοκομείων έχουν καταδείξει χρωμοσωμικές ανωμαλίες καθώς και έκκριση προϊόντων μετάλλαξης. Οι ανωμαλίες αυτές έχει βρεθεί ότι εξαφανίζονται όταν τα μέλη του προσωπικού δεν εκτίθενται πλέον στις ουσίες αυτές και η ολική ποσότητα των απορροφούμενων φαρμάκων είναι πιθανότατα μικρή. Παρ' όλα αυτά, τα φάρμακα αυτά είναι επικίνδυνα και είναι δυνατόν να εισπνέονται, όταν από την μορφή του υγρού ή της σκόνης μεταπίπτουν στην μορφή της αεροσόλης, ή όταν διαχέονται με την μορφή λεπτής, αερομεταφερόμενης σκόνης ή σπρί κατά την ανασύστασή τους, ή αν μολύνουν το περιβάλλον κατά την διαδικασία της παρασκευής ή της χορήγησής τους. Επίσης, μπορεί να καταποθούν ή να έρθουν σε επαφή με το δέρμα. Είναι λοιπόν φανερό ότι αντιπροσωπεύουν ένα κίνδυνο για την υγεία των μελών του προσωπικού που συστηματικά εμπλέκονται στην διαδικασία παρασκευής και χορήγησής τους. Ο ασφαλέστερος τρόπος εργασίας με κυτταροτοξικά φάρμακα είναι η ανάπτυξη και η εφαρμογή πολιτικών και κατευθυντηρίων οδηγιών για την μείωση της πιθανότητας άμεσης έκθεσης σε αυτά. Η κυτταροτοξική χημειοθεραπεία αντιπροσωπεύει κίνδυνο για την υγεία όσων ασχολούνται με αυτή σε δυο επίπεδα: πρώτον, ένας σαφής κίνδυνος προβάλλει από το γεγονός ότι ορισμένοι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες είναι γνωστοί ως ιδιαίτερα ερεθιστικοί και επιφέρουν τοπικές βλάβες μετά από επαφή με το δέρμα ή τους οφθαλμούς. Δεύτερον, υπάρχει και ένας δυνητικός κίνδυνος, καθώς αυτού του τύπου οι ουσίες έχει δειχθεί ότι προκαλούν στους ανθρώπους μεταλλάξεις σε κυτταρικό επίπεδο. Τοπικές βλάβες από την έκθεση με κυτταροτοξικά φάρμακα περιλαμβάνουν την δερματίτιδα, την φλεγμονή των βλεννογόνων μεμβρανών, την υπερβολική δακρύρροια, την υπερμελάγχρωση, την δημιουργία φυσαλίδων και μια σειρά άλλων αλλεργικών αντιδράσεων. Οι συστηματικές παρενέργειες περιλαμβάνουν ζάλη, απώλεια των μαλλιών, κεφαλαλγίες, θάμβος της όρασης, βήχα, κνησμό και γενική κακουχία.

Ο νόμος περί Υγείας και Ασφαλείας στη Εργασία(1974) και οι κανονισμοί περί ελέγχου βλαπτικών ουσιών για την υγεία (COSHH) επιβάλλουν την υποχρεωτική εκτίμηση των εργασιακών κινδύνων, ενώ οι οδηγίες για τον χειρισμό, την παρασκευή και την αντιμετώπιση της εξ ατυχήματος διασποράς των χημειοθεραπευτικών παραγόντων πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμοι πριν την χορήγηση των αντινεοπλασματικών παραγόντων.

Επαρκή επίπεδα ασφάλειας θα πρέπει να προσφέρονται τόσο στους ασθενείς, όσο και στο προσωπικό που προετοιμάζει και χορηγεί φάρμακα. Ακόμη, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται συγκεκριμένης μορφής προστατευτικά ενδύματα καθόλο το χρόνο που κάποιο μέλος του

προσωπικού χειρίζεται τους κυτταροτοξικούς παράγοντες (ολόσωμη ποδιά, καλής ποιότητας γάντια).¹

5.3.2 Άμεση επιπλοκή χημειοθεραπευτικών στον ασθενή- Εξαγγείωση

Πολλά κυτταροτοξικά αντικαρκινικά φάρμακα προκαλούν ερεθισμό των φλεβών, ενώ ορισμένα γνωστά και ως ερεθιστικά, είναι δυνατόν να προκαλέσουν έντονο τοπικό ερεθισμό των ιστών και πόνο. Κάτι που εξελίσσεται σε νέκρωση και εξέλκωση, αν υπάρξει διαρροή από τη φλέβα κατά την διάρκεια της χορήγησή τους. Η διαρροή αυτή των φαρμάκων προς τους ιστούς καλείται *εξαγγείωση*. Οι βλάβες που προκαλούνται στους ιστούς μπορεί να είναι εκτεταμένες και μακρόχρονες. Οι νοσηλευτές οφείλουν να γνωρίζουν ποια από τα χορηγούμενα φάρμακα είναι ερεθιστικά, και να αναγνωρίζουν τη δυνητική εξαγγείωση. Υπό κανονικές συνθήκες η εξαγγείωση είναι δυνατόν να αποφεύγεται με την χρήση κατάλληλων τεχνικών χορήγησης. Η επίπτωση επεισοδίων εξαγγείωσης είναι χαμηλή μεταξύ έμπειρων ογκολογικών νοσηλευτών σε εξειδικευμένα κέντρα, αλλά υψηλότερη σε περιβάλλον γενικού νοσοκομείου. Οι παράγοντες που είναι δυνατόν να αυξήσουν τον κίνδυνο εξαγγείωσης είναι οι ακόλουθοι:

- Παρουσία επιπλέον δυσκολιών κατά το καθετηριασμό, ή την χορήγηση φαρμάκων (για παράδειγμα αν ο ασθενής είναι πολύ νέος)
- Η τοποθέτηση του ενδοφλέβιου καθετήρα σε ακατάλληλη θέση, όπου η παρακολούθηση της χορήγησης του φαρμάκου καθίσταται δυσκολότερη (π.χ πάνω από οστική προεξοχή ή άρθρωση)
- Χαμηλό επίπεδο νοσηλευτικής πρακτικής (για παράδειγμα, λάθος ποσότητα ή τύπος διαλύτη, αποτυχία αποτελεσματικής παρατήρησης της περιοχής όπου βρίσκεται ο ενδοφλέβιος καθετήρας κατά την χορήγηση των φαρμάκων, ή η χρήση ακατάλληλης περιφερικής φλέβας αντί κάποιας κεντρικής φλέβας)

Η έγκαιρη αναγνώριση του συμβάντος της εξαγγείωσης είναι απαραίτητα για την ελαχιστοποίηση της ιστικής βλάβης. Τα ακόλουθα συμπτώματα και σημεία της εξαγγείωσης είναι δυνατόν να εμφανίζονται είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό μεταξύ τους:

- Οίδημα (το πλέον συχνό σημείο)
- Κέντρισμα, καύσος ή πόνος (όχι πάντοτε παρόντα)
- Ερυθρότητα (η οποία δεν παρατηρείται αρχικά)

- Αδυναμία επιστροφής αίματος από τη φλέβα στη σύριγγα (αν και αυτό δεν είναι πάντοτε σημείο εξαγγείωσης)
- Πίεση ή αντίσταση στο έμβολο της σύριγγας κατά την έγχυση του φαρμάκου.

Είναι πρωταρχικής σημασίας η άμεση αντιμετώπιση προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα η ιστικής βλάβης και η αποφυγή περαιτέρω σοβαρών συνεπειών. **Οι νοσηλευτές** πρέπει να διασφαλίσουν ότι όλα τα αντίδοτα και οι διαλύτες είναι άμεσα διαθέσιμα και εύκολα προσιτά στο προσωπικό του τμήματος. Για την αντιμετώπιση της εξαγγείωσης ακολουθούνται τα παρακάτω βήματα:

- Διακοπή της χορήγησης του φαρμάκου.
- Προσπάθεια αναρρόφησης κάποιας ποσότητας φαρμάκου αν είναι αυτό δυνατόν.
- Αφαίρεση της συσκευής φλεβικής πρόσβασης (αν είναι περιφερικός καθετήρας)
- Εφαρμογή θερμών επιθεμάτων για τα αλκαλοειδή της vinca, ή ψυχρών επιθεμάτων για τις ανθρακυκλίνες, σύμφωνα με τις οδηγίες.
- Ετοιμασία του αντίδοτου και υποδόρια ένεση του γύρω από την περιοχή της εξαγγείωσης με βελόνα 25G.
- Ανύψωση του μέλους όπου συνέβη η εξαγγείωση.
- Ειδοποίηση ιατρικού προσωπικού.
- Εκπαίδευση του ασθενή πάνω στη φροντίδα της πληγείσας περιοχής, έναρξη επαρκούς συστηματικής αναλγησίας και σχεδιασμός προγράμματος επανεκτίμησης.¹

5.3.3 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία.

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοήθων νεοπλασμάτων προκαλούν ναυτία εμέτους, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλενογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, από την στοματική κοιλότητα ως το κόλο. Ορισμένα προκαλούν διάρροια ενώ άλλα δυσκοιλιότητα.

Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γενετικούς αδένες. Πολλά προκαλούν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Τέλος, άλλα δρουν τοξικά σε διάφορα ζωτικά όργανα όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Προβλήματα του αρρώστου

- Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας που οφείλεται στην μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες (θρομβοπενία)
- Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις (ελαττωμένα λευκά, ανοσοκαταστολή)
- Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, διάρροια)
- Διαταραχή υγρών- ηλεκτρολυτών, δυνητική (έμετοι, διάρροια)
- Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος
- Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής σωματικού ειδώλου (αλωπεκία, σκούρο δέρμα)⁴⁶

Νοσηλευτικοί σκοποί:

Οι νοσηλευτικοί σκοποί περιλαμβάνουν την προετοιμασία τόσο σε οργανικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο ώστε να δεχθούν την χημειοθεραπεία και συνοψίζονται στους ακόλουθους:

- Παροχή πληροφοριών για την χημειοθεραπεία και τις επιπτώσεις της στο απαιτούμενο επίπεδο στους ασθενείς ή στις οικογένειές τους και τους φίλους τους. Επανάληψη και ενίσχυση των πληροφοριών αυτών όσο κρίνεται αναγκαίο, με την απάντηση ερωτήσεων των ασθενών και την αντιμετώπιση των παρανοήσεων.
- Παροχή επαρκούς χρόνου στους ασθενείς ώστε να προσαρμοστούν στην ιδέα της χημειοθεραπείας και της σημαντικότητάς της, καθώς και δυνατότητα να μοιραστούν τις σκέψεις και τις αγωνίες τους.
- Αποτελεσματική χορήγηση της αγωγής στους ασθενείς με αποφυγή δυσφορίας ή τραυματισμού.
- Πρόληψη των πιθανών παρενεργειών και της τοξικότητας των φαρμάκων και σχεδιασμός νοσηλευτικών παρεμβάσεων για την ελαχιστοποίηση ή την ανακούφισή τους.
- Συμμετοχή των ασθενών στο προγραμματισμό, την εκτέλεση και την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας αυτών των παρεμβάσεων. Ενθάρρυνση της έκφρασης ασύνηθων συμβάντων και συναισθημάτων από πλευράς των ασθενών.
- Ενθάρρυνση της οικογένειας και των φίλων των ασθενών για συμμετοχή στην παροχή φροντίδας τόσο στο σπίτι όσο και στο νοσοκομείο. Επίσης, υποστήριξή τους στην αναζήτηση λύσεων σε ανακλύπτουσες παρενέργειες ή διλήμματα.
- Εντόπιση πραγματικών ή δυνητικών προβλημάτων των ασθενών, τα οποία δεν μπορούν να επιλυθούν με την λήψη νοσηλευτικών μέτρων και παραπομπή των

ασθενών στο κατάλληλο μέρος της διεπιστημονικής ομάδας για την αναζήτηση λύσης.

- Καλλιέργεια δυνατότητας στους ασθενείς να ζήσουν κατά την διάρκεια της θεραπείας την φυσιολογικότερη για εκείνους ζωή, λαμβάνοντας υπ' όψιν τις προσωπικές επιλογές τρόπου ζωής.¹

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Χορήγηση αντιεμετικών πριν την έναρξη της θεραπείας.
- Επαρκής υδάτωση με μέτρηση προσλαμβανόμενων- αποβαλλόμενων υγρών.
- Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
- Γεύματα συχνά, μικρά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών.
- Προσεκτική φροντίδα στόματος.
- Προστασία αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή ρευμάτων, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις)
- Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
- Βοήθεια του αρρώστου να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα.
- Λήψη μέτρων για την αποφυγή των δυσάρεστων συνεπειών της εξαγγείωσης.⁴⁶

Μερικά φάρμακα μπορεί να δοθούν σε εξωτερικούς αρρώστους, αλλά πολλοί πρέπει να εισαχθούν στο νοσοκομείο για τη χορήγηση φαρμάκων και την αντιμετώπιση των παρενεργειών τους, πολλές ημέρες ή μιας ημέρας νοσηλεία (day klining). Η νοσηλευτική φροντίδα θα εξασφαλίσει στον ασθενή που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία μια επιπρόσθετη φροντίδα και υποστήριξη σε ειδικά προβλήματα με την μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας

47

5.4 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία

Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στη θεραπευτική προσέγγιση έχει σαν σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων. Οι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τα αποτελέσματα των ιονίζουσων ακτινοβολιών στους ιστούς είναι:

Το είδος της ακτινοβολίας.

Η δόση της ακτινοβολίας.

Ο ρυθμός της δόσης.

Το είδος του ιστού.

Η έκταση του ακτινοβολούμενου πεδίου.

Η οξυγόνωση του ιστού, που έχει σχέση ανάλογη με την ακτινευαισθησία, γι αυτό η ακτινοθεραπεία συχνά συνδυάζεται με υπερβαρική οξυγόνωση.

Η θερμοκρασία, που έχει σχέση ανάλογη με την ακτινευαισθησία επειδή επηρεάζει το ρυθμό κυκλοφορίας του αίματος και, επομένως την οξυγόνωση του ιστού.

Διάφορες ουσίες που ελαττώνουν την ακτινευαισθησία.¹

Προβλήματα αρρώστου

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

Νοσηλευτική παρέμβαση

1. Ενημέρωση, μέσα σε λογικά όρια, του αρρώστου για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, ώστε να την αποδεχθεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης.
2. Επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας για απελευθέρωση της ακτινοβολίας, μαζί με περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, την διάρκεια της διαδικασίας, της πιθανής ανάγκης για ακινητοποίηση του αρρώστου κατά την διάρκεια της

διαδικασίας, καθώς και πληροφόρησή του ότι δεν θα αισθανθεί τίποτα κατά την διάρκεια της θεραπείας, όταν πρόκειται για τηλεθεραπεία.

3. Όταν το ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στο σώμα του αρρώστου, εξήγηση λήψης προφυλακτικών μέτρων για προστασία του περιβάλλοντος.
4. Λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών από την ακτινοθεραπεία και έγκαιρη αντιμετώπισή τους όταν εκδηλωθούν.

Οι παρενέργειες αυτές αντιμετωπίζονται, σε γενικές γραμμές, ως εξής:

Ναυτία και έμετοι

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

Αντιδράσεις από το δέρμα

- Παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα, απολέπιση.
- Προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό (ηλιακή ακτινοβολία, υψηλή θερμοκρασία) και τραυματισμό από στενά ενδύματα.
- Παροχή συμβουλών στον άρρωστο ώστε να αποφεύγει επάλειψη της περιοχής με αντισηπτικά βαριών μετάλλων, όπως υδραργύρου, μόλυβδου, ψευδάργυρου, αργύρου και με βάμμα ιωδίου. Ακόμα, να αποφεύγει αλοιφές, λοσιόν και σκόνες, επιθέματα και λευκοπλάστη.
- Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, πλύση με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό.
- Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, χρήση υδροκορτιζόνης σπρέυ και γαζών Lanettwax

Διάρροια

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

Αντιδράσεις βλενόγονου στοματικής κοιλότητας

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

Καταστολή λειτουργίας του μυελού των οστών

- Προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και τραυματισμούς.
- Στενή παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία λοίμωξης και για αιμορραγίες.

Γενικά συμπτώματα

- Αν ο άρρωστος παρουσιάσει γενικά συμπτώματα, όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης, μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και στην ατομική υγιεινή.
- Υποστήριξη του αρρώστου ώστε να δεχθεί όσο το δυνατό πιο ανώδυνα τυχόν παροδική αλλαγή στο σωματικό του είδωλο (αλωπεκία)⁴⁶

5.5 Αποκατάσταση ατόμου με καρκίνο παχέος εντέρου

Ως αποκατάσταση ορίζεται η επιστροφή του ατόμου στο βέλτιστο επίπεδο λειτουργικής ικανότητας αναφορικά με τις ανάγκες και τις επιθυμίες του ίδιου και της οικογένειάς του και σε συνύπαρξη με τα όρια που θέτει η νόσος και η θεραπείας της. Στην περίπτωση παροχής φροντίδας ασθενών με καρκίνο η αποκατάσταση σχετίζεται με την υιοθέτηση των μέτρων ελαχιστοποίησης των οργανικών επιδράσεων του καρκίνου και της θεραπείας, με την παροχή βοήθειας των ατόμων να προσαρμοστούν στις αλλαγές που επιφέρει η ασθένεια και να μάθουν να ζουν με την αβεβαιότητα, ενώ παράλληλα θέτουν προσωπικούς στόχους για την μέγιστη οργανική, ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική λειτουργικότητα. Η αποκατάσταση στην παροχή φροντίδας στην ογκολογία επικεντρώνεται στην προσαρμογή

και στην αναπροσαρμογή στις αλλαγές που επιφέρει η ασθένεια. Η επικέντρωση στην προσαρμογή απομακρύνει την πιθανότητα παρανοήσεων και μη ρεαλιστικών προσδοκιών επιστροφής στα προηγούμενα επίπεδα λειτουργικότητας.

Βασιζόμενος στις ιδέες του Dietz, ο Wells αναγνωρίζει τρεις καταστάσεις στις οποίες είναι σημαντική η αποκατάσταση. Στη πρώτη υπάρχει καλό προσδόκιμο επιβίωσης μετά από την θεραπεία και δεν υπάρχει υπολειμματική παραμόρφωση ή αναπηρία. Στην περίπτωση αυτή οι ανάγκες πιθανά να μην είναι οργανικές, αλλά απαιτείται συμβουλευτική για την απομάκρυνση από τους ρόλους του καρκίνου και του ασθενή και ενδεχομένως είναι πολύτιμες οι παρεμβάσεις προαγωγής της υγείας. Η δεύτερη κατάσταση είναι όταν υπάρχει επίσης καλό προσδόκιμο ζωής, αλλά η θεραπεία του καρκίνου έχει αφήσει σωματική ή ψυχολογική αναπηρία ή παραμόρφωση. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται οργανική, ψυχολογική και κοινωνική αποκατάσταση για την επαναφορά κάποιων νοημάτων ύπαρξης και την επανένωση των ατόμων με εκείνα τα πράγματα που έδιναν αξία στην ζωή τους, πριν να ασθενήσουν. Η τρίτη κατάσταση αφορά εκείνους που απέτυχε η θεραπεία ή υποτροπίασαν έπειτα από την αρχική ύφεση και έχουν περιορισμένο προσδόκιμο επιβίωσης. Σκοπός της αποκατάστασης είναι η παροχή καλής ποιότητας ζωής.¹

5.5.1 Κολοστομία

Ορισμός

Κολοστομία είναι η εξωτερίκευση του εντερικού αυλού από μια άλλη οδό πλὴν της φυσιολογικής, συνήθως από το κοιλιακό τοίχωμα. Πρόκειται για μια λύση ανάγκης που εφαρμόζεται είτε όταν η αποκατάσταση της συνέχειας του εντερικού σωλήνα μετά από εκτομή είναι αδύνατη ή παρακινδυνευμένη, είτε όταν χρειάζεται να γίνει μια πρόσκαιρη απομόνωση μιας περιοχής του εντέρου από το εντερικό περιεχόμενο.⁴⁸ Το κόλο έχει δυο λειτουργίες: α) να συγκεντρώνει και να αποθηκεύει τις περιττωματικές ουσίες και β) να απορροφά νερό και ηλεκτρολύτες. Το είδος και η συχνότητα της κοπρανώδους απέκκρισης και η τεχνική για την αγωγή της εξαρτάται κατά ένα μεγάλο βαθμό από την εντόπιση της κολοστομίας.

5.5.2 Είδη κολοστομίας

Κατιούσα και σγμοειδική κολοστομία

Συχνά ονομάζονται «στεγνές» κολοστομίες γιατί αν και δεν υπάρχει εκούσιος έλεγχος, το κόλο μπορεί να παράγει σχηματισμένα κόπρανα. Η πλύση που γίνεται καθημερινά ή μέρα παρά μέρα, μέσα από το στόμιο, μπορεί να βοηθήσει στην λειτουργία του εντέρου.

Εγκάρσια κολοστομία

α) Το απέκκριμα μπορεί να είναι σχηματισμένα κόπρανα, συνήθως όμως είναι πολτώδες. Έλεγχος με τη βοήθεια πλύσεων είναι δυνατός σε ορισμένες περιπτώσεις, όχι όμως στην πλειοψηφία τους.

β) Ο άρρωστος σχεδόν με βεβαιότητα θα χρειάζεται πάντα σάκο.

γ) Το απέκκριμα μπορεί να περιέχει πεπτικά ένζυμα, η προστασία επομένως γύρω από το στόμιο είναι απαραίτητη.

Η εγκάρσια κολοστομία γίνεται σε δυο είδη που είναι η εγκάρσια κολοστομία διπλού αυλού καθώς και η αγκυλωτή κολοστομία.

Ανιούσα κολοστομία

Το απέκκριμα είναι υδαρές και ρέει σχεδόν συνέχεια. Το πρόβλημα του ερεθισμού του δέρματος λόγω της συνεχούς ροής είναι αυξημένο, γι' αυτό το λόγο η προστασία του δέρματος είναι απαραίτητη. Συνήθως η αγωγή είναι όμοια με εκείνη της ειλεοστομίας. Υλικό εκλογής είναι ο αποχετευόμενος σάκος, προτιμότερος με δακτύλιο από ρητίνη καράγια.³⁶

5.5.3 Σκοποί εκτέλεσης της κολοστομίας:

- Μπορεί να αποτελεί το τελικό αποτέλεσμα κοιλιοπερινεϊκής αφαίρεσης του εντέρου, που έγινε για θεραπεία καρκίνου του ορθού.
- Μπορεί να γίνει παρηγορητικά σε περιπτώσεις 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 την διάρκεια ακτινοθεραπείας ή άλλης θεραπείας.

Ο προγραμματισμός μιας σωστής φροντίδας αρρώστου με κολοστομία περιλαμβάνει τρία στάδια. Το πρώτο στάδιο καλύπτει την προεγχειρητική προετοιμασία (σωματική και ψυχολογική). Το δεύτερο καλύπτει η μετεγχειρητική περίοδος. Το τρίτο στάδιο καλύπτεται από μακροπρόθεσμο προγραμματισμό νοσηλευτικής φροντίδας που αποσκοπεί στο να αποκαταστήσει σε ρεαλιστικό επίπεδο ανεξαρτησίας και να τον βοηθήσει να λύσει τα ψυχολογικά, συναισθηματικά και κοινωνικά προβλήματά του πριν την έξοδο από το νοσοκομείο.³⁰

5.5.4 Φροντίδα ατόμων με κολοστομία

Το βασικότερο πρόβλημα των ασθενών με κολοστομία είναι η δύσκολη παραδοχή από τον άρρωστο της νέας πραγματικότητας που καταργεί προσωρινά ή μόνιμα τη φυσιολογική οδό αφόδευσης και δημιουργεί μια «παρά φύση έδρα».

Αυτή η μορφή ακρωτηριασμού, η δημιουργία ενός τεχνητού πρωκτού στο εμπρόσθιο μέρος της κοιλιάς, η κατάργηση του φυσικού πρωκτού και η απώλεια του ελέγχου αφόδευσης δεν αποτελούν σωματικό μόνο τραύμα. Οι ψυχικές επιπτώσεις αυτής της επέμβασης είναι δυνατόν να ακολουθήσουν τον ασθενή καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του.

Η σωστή προετοιμασία του ασθενή πριν από την εγχείρηση παίζει βασικό ρόλο στην όλη την πορεία του ασθενούς, και στην προσαρμογή του στη νέα κατάσταση. Η προετοιμασία συνίσταται σε απλές συμβουλές και ενημέρωση για την κατάστασή του από τον γιατρό και το ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.

Η Stoma Therapist θα ασχοληθεί με την μετεγχειρητική φροντίδα αυτών των αρρώστων. Stoma therapist είναι η εξειδικευμένη νοσηλεύτρια που πρέπει να είναι καλός γνώστης της ψυχολογίας αυτών των ατόμων, και καλός γνώστης των πρακτικών προβλημάτων.

Μετά την εγχείρηση οι περισσότεροι ασθενείς εκφράζουν, σχεδόν ολοκληρωτικά, ένα μόνο συναίσθημα, τον φόβο. Στην αρχή ο φόβος αυτός συνοψίζεται σε πρακτικά προβλήματα, όπως οι οσμές, οι θόρυβοι και οι διαρροές. Αυτά είναι συνήθως πραγματικά προβλήματα και οφείλονται στο γεγονός ότι ο ασθενής δεν έχει ακόμα προσαρμοστεί στην τεχνική πλευρά της νέας κατάστασης. Με την βοήθεια της Stoma Therapist τα προβλήματα αυτά αρχίζουν σταδιακά να εξαφανίζονται.

Παρά όμως την αντιμετώπιση των πρακτικών προβλημάτων, το άγχος και τα άλλα προβλήματα συνεχίζονται. Η αλλαγή την οποία υφίσταται η εικόνα του σώματος του νέου οστομικού είναι έντονη και εμφανής στον ίδιο. Ο ασθενής αισθάνεται ακρωτηριασμένος. Το τραύμα που έχει υποστεί τον κάνει να αντιλαμβάνεται το σώμα του ως κάτι που έχει

πληγωθεί και είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο. Το νέο άνοιγμα στο εμπρόσθιο μέρος του σώματός του είναι εύκολα παρατηρητέο τόσο από τον ίδιο όσο και από τους γύρω του. Η άμεση περιποίηση της κολοστομίας έχει σημασία γιατί οι πρώτες εντυπώσεις που θα δημιουργηθούν στον άρρωστο, δεν πρέπει να είναι τραυματικές.

Κύριο ρόλο θα παίξει η συμβολή της Stoma Therapist η οποία και θα πρέπει να διδάξει στον άρρωστο την φροντίδα της κολοστομίας και να τον πειραματίσει στην τεχνική της μιας και πρόκειται στην συνέχεια να αναλάβει ο ίδιος την εξυπηρέτησή του.

Κατά την ώρα της αλλαγής ο ασθενής πρέπει να είναι μόνος του με την Stoma Therapist μακριά από τα βλέμματα του περιβάλλοντος. Ο άρρωστος διδάσκεται να περιποιείται το δέρμα σωστά και να αλλάζει το σάκο. Με την αφαίρεση του σάκου το δέρμα καθαρίζεται με ουδέτερο σαπούνι και νερό. Το στεγνώνει καλά και κολλάει το σάκο. Ο οποίος πρέπει να έχει μετρηθεί και να μην αφήνει ελεύθερο δέρμα μέσα στο σάκο και το ερεθίζει. Με αυτό τον τρόπο αποφεύγεται η δερματίτιδα. Ευτυχώς, σήμερα υπάρχουν όλα τα μέσα που βοηθούν, ώστε να ξεπεραστούν τα προβλήματά τους. Η τελευταία μέθοδος που προκάλεσε πραγματική επανάσταση, είναι η πλύση του εντέρου με το irrigation set, το οποίο κατά κάποιο τρόπο ελέγχει και αναγκάζει το έντερο να εκκενωθεί μόνο μια φορά την ημέρα και μετά χρησιμοποιείται το stoma cap.

Ο άρρωστος αποδεδειγμένα καθημερινά σε ώρα που καθορίζει ο ίδιος και μπορεί άνετα να επιδοθεί σε όλες τις δραστηριότητες και να απολαύσει όλες τις χαρές της ζωής. Έχει ολοκληρωμένη την μετεγχειρητική του αποκατάσταση και αποδίδεται σαν χρήσιμο και ενεργό μέλος του κοινωνικού συνόλου.

Κάποια από τα συναισθήματα των ασθενών που ευεργετήθηκαν από την εφαρμογή της τεχνικής αντιμετώπισης της κολοστομίας.

1. Ομαλή συζυγική συμβίωση.
2. Επαγγελματική αποκατάσταση.
3. Ανεμπόδιστη κοινωνική συναναστροφή
4. Ψυχική υγεία.
5. Διαιτητική ελευθερία.
6. Ελεύθερη επιλογή ενδυμάτων.

Το πρώτο βήμα για τον προγραμματισμό σωστής μακροπρόθεσμης νοσηλευτικής φροντίδας είναι η αξιολόγηση. Το να αξιολογηθεί η ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο άρρωστος για να διαπιστωθεί η στάση του απέναντι στη στομία και οι λόγοι που τον κάνουν να αρνηθεί ή να αποδεχθεί αυτήν την κατάσταση, είναι βασικό στοιχείο.

Ο ασθενής διακατέχεται από άγχος και βιώνει έντονα το συναίσθημα της αναπηρίας. Οι ψυχοτραυματικές επιβαρύνσεις σαν αποτέλεσμα της στομίας τον κάνουν να νιώθει αδύναμος να αντιμετωπίσει πρακτικά θέματα της ζωής. Οι επιβαρύνσεις αυτές εξελίσσονται και διαφοροποιούνται σε σχέση με πολλούς παράγοντες, όπως το οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου, οι σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας, το κοινωνικό και το επαγγελματικό περιβάλλον και πάνω από όλα η διαμόρφωση της προσωπικότητας του ίδιου του ασθενή.

Τα σοβαρά προβλήματα καθαριότητας, σεξουαλικής συμπεριφοράς, κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργίας που δημιουργούνται από την στομία, πρέπει να αντιμετωπιστούν με την ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου, την παροχή γνώσεων για την αυτοεξυπηρέτησή του, την εξοικίωση του αρρώστου με την νέα κατάστασή του και την προσαρμογή σε ένα νέο τρόπο ζωής.³⁰

Τέλος, σημαντική νοσηλευτική ευθύνη εκτός από την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς είναι η αναγνώριση παρουσίας μετεγχειρητικών επιπλοκών. Ο συχνός έλεγχος του μηχανισμού της κολοστομίας και του χειρουργικού επίδεσμου για το μέγεθος και το χρώμα του στομίου αποτελούν σοβαρές ευθύνες και χρίζουν της επίβλεψη του νοσηλευτή.⁴⁹

5.5.5 Περιποίηση κολοστομίας

Οι αυτοκόλλητοι σάκοι κολοστομίας εφαρμόζονται σε υγιές δέρμα. Για αποφυγή πιθανού δερματικού ερεθισμού, που προκαλείται από επανειλημμένες αλλαγές των αυτοκόλλητων σάκων, εφαρμόζουμε γύρω από το σάκο ένα λεπτό ζελατινούχο πήκτωμα.

Ο σάκος στο επάνω μέρος έχει φίλτρο διαφυγής αερίων από ενεργό άνθρακα, που συγκρατεί τις δυσάρεστες οσμές. Μερικές φορές τα τοιχώματα του σάκου κολλούν μεταξύ τους, όταν εξασκείται πίεση σε αυτά κατά την εφαρμογή του σάκου, εξαιτίας του κενού αέρα στο κλειστό σύστημα του σάκου. Για πρόληψη αυτής της κατάστασης τοποθετείται μέσα στο σάκο ένα τσαλακωμένο χαρτοβάμβακο.

Ο σάκος κολοστομίας με αυτοκόλλητη επιφάνεια είναι μιας χρήσης. Η αλλαγή του σάκου επιβάλλεται όταν γεμίσει ως την μέση.

Η περιποίηση και η πλύση της κολοστομίας αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της νοσηλευτικής φροντίδας.

Τα αντικείμενα που χρειαζόμαστε για την διαδικασία περιποίησης της κολοστομίας είναι:

1. Ο δίσκος που περιέχει:

- Μπολ με τολύπια και χαρτοβάμβακο
- Φυσιολογικό ορό και phisohex

- Σετ αλλαγής
 - Νεφροειδές
 - Αδιάβροχο με τετράγωνο
2. Skin gel της Holister
 3. Πάστα καράγια
 4. Σάκοι κολοστομίας
 5. Πλαστικός σάκος για την συλλογή του σάκου κολοστομίας μιας χρήσης
 6. Σαπούνι, νερό και τρίφτης

Νοσηλευτική Φάση προετοιμασίας	ενέργεια	Αιτιολόγηση ενέργειας
-----------------------------------	----------	-----------------------

- | | | |
|--|--|---|
| <p>1.Χρησιμοποιώντας διαμετρώμετρο στομίων διαλέξτε το διαμέτρημα που εφαρμόζει πιο κοντά στο στόμιο χωρίς να το αγγίζει. Παραγγείλετε το διαμέτρημα που αντιστοιχεί στη κάτω τυπωμένη σειρά του διαμετρώμετρου.</p> | | <p>1. Μικρότερο διαμέτρημα θα ερεθίσει το στόμιο. Μεγαλύτερο διαμέτρημα θα αφήσει ακάλυπτο το δέρμα και θα οδηγήσει σε δερματικό πρόβλημα. Υπάρχουν σάκοι με 7 έτοιμα διαμετρήματα σε εκατοστά.</p> |
| <p>2. δώστε στον άρρωστο αναπνευστική θέση που να μπορεί να παρακολουθεί την όλη διαδικασία. Εξασφαλίστε ιδιαιτερότητα.</p> | | <p>2. Ο άρρωστος ενθαρρύνεται να παίρνει μέρος και να κατανοεί αυτό που του γίνεται, ώστε τελικά να μπορεί να κάνει την αλλαγή μόνος του.</p> |
| <p>3. Εξηγήστε στον άρρωστο τις λεπτομέρειες.</p> | | |
| <p>4. Αποκαλύψτε την περιοχή του στομίου και αφαιρέστε το σάκο κολοστομίας.</p> | | |
| <p>5. Τυλίξτε το χρησιμοποιούμενο σάκο και βάλτε τον στον πλαστικό σάκο των αχρήστων.</p> | | |
| <p>6. Τοποθετήστε το αδιάβροχο με το τετράγωνο κάτω από το στόμιο.</p> | | |
| <p>7. Τοποθετήστε το νεφροειδές κάτω από το στόμιο σε επαφή με το σώμα.</p> | | |

Η ρητίνη καράγια είναι φυσική ουσία που σιγά σιγά διαλύεται καθώς προστατεύει την περιοχή γύρω από το στόμιο. Μερικές φορές μάλιστα κομμάτια της πέφτουν μέσα στο σάκο. Επειδή η ρητίνη καράγια είναι φυσική ουσία ο δακτύλιος μπορεί να διαφέρει σημαντικά στο χρώμα. Η διάρκεια ζωής του δακτυλίου επηρεάζεται από τις παρακάτω παράγοντες:

1. Θερμοκρασία σώματος και περιβάλλοντος.
2. Υγρασία περιβάλλοντος.
3. Κινητικότητα και εφίδρωση ατόμου.
4. Φύση και ποσότητα εξερχόμενου από το στόμιο υλικού.

5. Σωστή επιλογή διαμετρήματος στομίου και σωστή εφαρμογή σάκου.³⁶

Πλύση κολοστομίας

ο σκοπός της πλύσης της κολοστομίας είναι:

1. Ο καθαρισμός του περιφερικού τμήματος του εντέρου όταν η κολοστομία έχει διπλό αυλό.
2. Η κένωση του εντέρου από κόπρανα, αέρια και βλέννα.
3. Η άσκηση του εντέρου να επανέλθει στην φυσιολογική του λειτουργία και να έχει τακτική κένωση.

Υλικό νοσηλείας:

Ο δίσκος περιέχει:

- Set πλύσεως κολοστομίας ή κλυστήρα ή fleet enema.
- Καθετήρα ορθού, γάντια και βαζελίνη
- Διάλυμα σύμφωνα με ιατρική οδηγία.
- Νεφροειδές, χαρτοβάμβακο, χαρτοσακούλα.
- Αδιάβροχο μιας χρήσεως ή απορροφητικό χαρτί.
- Κουβέρτα νοσηλείας αν υπάρχει.
- Παραβάν αν δεν υπάρχουν κουρτίνες στο κρεβάτι.
- Δοχείο με κάλυμα ή μεγάλο νεφροειδές.
- Στύλος ορού

Ενημέρωση και προετοιμασία του αρρώστου

- Ενημερώνουμε τον άρρωστο για την νοσηλεία.
- Ζητάμε την συνεργασία και την συμμετοχή του στην διαδικασία της νοσηλείας αν μπορεί και επιθυμεί και ο ίδιος. Αυτό ενέχει στοιχεία διδασκαλίας που θα συμβάλλουν στην εξοικειώσή του για να μπορέσει να ανεξαρτοποιηθεί ευκολότερα.
- Τοποθετούμε τον ασθενή σε ύπτια θέση με κλίση προς το μέρος της κολοστομίας.

Εκτέλεση πλύσεως της κολοστομίας

- Τοποθετούμε την κουβέρτα νοσηλείας και κατεβάζουμε τα κλινοσκεπάσματα στο κάτω μέρος του κρεβατιού.
- Τοποθετούμε το αδιάβροχο κάτω από την κολοστομία για την προστασία των κλινοσκεπασμάτων.
- Αφαιρούμε και πετάμε το σάκο.
- Τοποθετούμε το δοχείο ή το νεφροειδές κάτω από την κολοστομία.
- Καλύπτουμε με χαρτοβάμβακο την πλευρά που ακουμπάει στο σώμα του αρρώστου για απορροφηθεί το υγρό και να μην λερωθεί το στρώμα.
- Κρεμάμε το σάκο με το διάλυμα ή τον κλυστήρα στη στήλη του ορού ή ετοιμάζουμε το fleet enema.
- Επαλείφουμε τον καθετήρα ή το κώνο με βαζελίνη, αφαιρούμε τον αέρα αφήνοντας να πέσει μια μικρή ποσότητα διαλύματος στο νεφροειδές. Ο αέρας στο έντερο μπορεί να προβληματίσει τον άρρωστο με τυμπανισμό.
- Εισάγουμε τον καθετήρα 6-8 εκ ή τον κώνο στο έντερο δια του στομίου με ήπιες κινήσεις για την πρόληψη τραυματισμού. Αν ο καθετήρας δεν προχωρά δεν ασκούμε βία. Αφήνουμε να τρέξει το διάλυμα και ωθούμε ήπια τον καθετήρα προς τα μέσα.
- Κρατάμε το σάκο ή τον κλυστήρα 40 εκ ψηλότερα από την κολοστομία για να εξασφαλίσουμε χαμηλή πίεση και περιμένουμε να πέσει το διάλυμα. Στο Fleet enema πιέζουμε ήπια το σάκο. Αν ο άρρωστος παρουσιάσει κωλικό εντέρου (πόνος) διακόπτουμε την ροή και περιμένουμε να ηρεμήσει. Οι κολικοί αποδίδονται αρκετά συχνά στο ταχύ ρυθμό εισαγωγής του διαλύματος.
- Αφαιρούμε τον καθετήρα ή τον κώνο από το στόμιο της κολοστομίας, όταν πέσει το διάλυμα και τον βγάζουμε από τον σωλήνα και τον τοποθετούμε στο νεφροειδές.
- Προστατεύουμε τα λευχίματα και τον εαυτό μας από τυχόν απότομη έξοδο του περιεχόμενου του εντέρου, κρατώντας κοντά το νεφροειδές στο στόμιο της κολοστομίας.
- Επαναλαμβάνουμε την πλύση εάν κριθεί αναγκαίο.
- Περιμένουμε τουλάχιστον 15 λεπτά για να κενωθεί το έντερο. Αν δεν αποβληθεί το περιεχόμενο πιθανόν να χρειαστεί τοποθέτηση σωλήνα αερίων για την υποβοήθηση της εξόδου του. Συστήνουμε στον άρρωστο να μετακινηθεί ή να ανασηκωθεί για την καλύτερη διέγερση του εντέρου. ⁴⁵

5.5.6 Σχέδιο διδασκαλίας κολοστομίας- Έξοδος από το νοσοκομείο

1. Φροντίδα στόματος, αλλαγή σάκου, άδειασμα σάκου.

2. Φροντίδα δέρματος.

- Υποαλλεργιογόνοι φραγμοί του δέρματος: περιλαμβάνουν τα Stomahesive. Αυτά φθείρονται βραδύτερα από το στεγανό του ινδικού κόμμεος (karaya gum washer) και συχνά μπορούν να φορεθούν σε περιοχές που έχουν πτυχές.
- Το Stomahesive και το Hollihesive μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε τεμάχια διαστάσεων 10X10 ή μπορεί να κοπούν στο μέγεθος της επιφάνειας που πρέπει να στεγανοποιηθεί. Κολλούν καλά σε υγρό, ερεθισμένο δέρμα και επιτρέπουν την επούλωση.
- Καλύμματα του στομίου μπορεί να είναι σάκοι μιας χρήσης, γάζα και χαρτοβάμβακο επαλειμμένο με βαζελίνη, κάλυμμα Saran ή κηρόχαρτο πάνω από τη γάζα που στερεώνεται με υποαλλεργιογόνο λευκοπλάστη.

3. Έλεγχος κακοσμίας

- Αποφυγή σιτιών 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 μπορούν να τεθούν υπό έλεγχο με τη λήψη ενός ή δύο δισκίων υποανθρακικού ή υπογαλλικού βισμούθιου την ώρα του φαγητού και προ του ύπνου.

4. Έλεγχος αερίων

- Η μεγαλύτερη ποσότητα αερίων οφείλεται στον αέρα που καταπίνεται, σε φαγητά με πολλά καρυκεύματα και στα αεριούχα ποτά.
- Αποφυγή σιτιών που προκαλούν αέρια: φασόλια, λαχανικά, κρεμμύδια, ραδίκια, αγγούρια.

5. Δίαιτα

- Αποφυγή πολυφαγίας και ακατάστατων γευμάτων, καλή μάσηση της τροφής.
- Εξατομίκευση της διαίτας, ώστε να είναι πλήρης και να μην δημιουργεί διάρροια ή δυσκοιλιότητα.

- Τα φρούτα, οι χυμοί φρούτων και οι ντομάτες μπορεί να προκαλέσουν συχνές κενώσεις. Η μπύρα μπορεί να ενεργήσει σαν υπακτικό και να δημιουργήσει αέρια.

6. Ενδυμασία

- Μπορεί να φορεθεί ζώνη, πρέπει όμως να είναι μεγαλύτερου μεγέθους για να δέχεται και το σάκο.
- Μπορεί να χρησιμοποιηθεί μαγιό. Για τους άνδρες είναι προτιμότερο το σόρτς και για τις γυναίκες το μαγιό με φούστα.

7. Φάρμακα

- Οι ειλεοστομημένοι δεν πρέπει να παίρνουν υπακτικά και φάρμακα με κάλυμμα που διαλύεται στο έντερο.

8. Ταξίδια

- Δεν αντενδείκνυται το ταξίδι με αεροπλάνο ή οποιοδήποτε άλλο μέσο, ερκει να έχει μαζί του ο άρρωστος το κουτί φροντίδας του στομίου.
- Οι κολοστομημένοι που κάνουν πλύση, μπορούν να χρησιμοποιούν πόσιμο νερό.

9. Σπορ

- Επιτρέπεται η συμμετοχή σε όλα τα είδη σπορ.
- Προβλήματα μπορεί να δημιουργηθούν στη συμμετοχή σε σπορ επαφής, όπως το ποδόσφαιρο.

10. Σεξουαλική λειτουργία

- Η σεξουαλική λειτουργία ποικίλλει από πλήρη ικανότητα μέχρι πλήρη ανικανότητα.
- Σε πολλές περιπτώσεις ξαναποκτάται η ικανότητα, αυτό όμως μπορεί να απαιτήσει δύο χρόνια.

11. Εγκυμοσύνη

- Το στόμιο δεν αποτελεί αντένδειξη για μια επιτυχή εγκυμοσύνη.
- Είναι απαραίτητη η σωστή ιατρική παρακολούθηση. Το μέγεθος του στομίου αλλάζει καθώς προχωρεί η εγκυμοσύνη και, μαζί με την μεταβολή στο σχήμα της κοιλιάς, μπορεί να απαιτηθεί προσαρμογή στο χρησιμοποιούμενο υλικό για το στόμιο.

12. Ύπνος

- Οποιαδήποτε θέση μπορεί να ληφθεί κατά τον ύπνο.

13. Απόφραξη

- Γνώση σημείων και συμπτωμάτων, πληροφόρηση γιατρού ή θεραπευτή αν είναι απαραίτητο.³⁶

5.6 Πρόληψη του καρκίνου παχέος εντέρου και Νοσηλευτική

Η πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου διακρίνεται σε πρωτογενής και δευτερογενής. Η πρωτογενής πρόληψη αποσκοπεί στην αποτροπή της έναρξης της καρκινογενετικής διαδικασίας, μέσω της υιοθέτησης από το άτομο υγιεινών συνηθειών στη ζωή του. Η δευτερογενής πρόληψη αποσκοπεί στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου σε προσυμπτωματικό στάδιο.

5.6.1 Πρωτογενής Πρόληψη

Θεωρείται ότι η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι μεγαλύτερη σε πληθυσμούς, που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες κρέατος και ζωικού λίπους. Κατά μέσον όρο, στις δυτικές κοινωνίες με υψηλή επίπτωση της νόσου, οι λιπαρές τροφές αντιστοιχούν στο 40 – 45% της συνολικής θερμιδικής πρόσληψης. Παρόλο που σε διάφορες επιδημιολογικές μελέτες έχει επιβεβαιωθεί η θετική συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης κρέατος και ζωϊκού λίπους και της εμφάνισης της νόσου, τα αποτελέσματα δεν ήταν πάντα στατιστικώς σημαντικά. Σημειώνεται, πάντως, ότι η επιδημιολογική αυτή συσχέτιση έχει

επιβεβαιωθεί εργαστηριακά σε μελέτες με πειραματόζωα. Σύμφωνα με μία θεωρία, οι ετεροκυκλικές αμίνες, που παράγονται κατά το μαγείρεμα του κρέατος σε υψηλές θερμοκρασίες, ενοχοποιούνται για την πρόκληση της καρκινογένεσης. Τα αντικρουόμενα αποτελέσματα των μελετών, σχετικά με την ύπαρξη ή μη στατιστικά σημαντικής σχέσης, πιθανώς ερμηνεύονται από:

- 1) Διαφοροποιήσεις στην ηλικία του πληθυσμού, που εξετάζεται
- 2) Διαφορές στους τρόπους μαγειρέματος (π.χ. παραγωγή ετεροκυκλικών αμινών σε υψηλές θερμοκρασίες).
- 3) Διαφοροποιήσεις στην ταυτόχρονη κατανάλωση και άλλων τροφίμων (π.χ. λαχανικά). Σε μία μελέτη, η ομάδα των ατόμων, που κατανάλωναν μεγάλη ποσότητα κρέατος και λαχανικών, εμφάνιζε μικρότερη συχνότητα της νόσου σε σχέση με την ομάδα ατόμων, που κατανάλωναν μεγάλη ποσότητα κρέατος αλλά όχι λαχανικών στο καθημερινό τους διααιτολόγιο.

Σύμφωνα με μελέτες, η κατανάλωση μεγάλης ποσότητας **ζωϊκού λίπους** συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο υποτροπής ενός αδενώματος μετά πολυποδεκτομή, αν και αυτό το αποτέλεσμα δεν επιβεβαιώνεται σε άλλες μελέτες. Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι τα **χολικά οξέα** πιθανώς να έχουν κεντρικό ρόλο στην αιτιοπαθογένεια του καρκίνου του παχέος εντέρου. Μετά από ένα λιπαρό γεύμα παρατηρείται υψηλή συγκέντρωση χολικών οξέων στο έντερο (εξαιτίας της έκκρισης από την χοληδόχο κύστη). Η συγκέντρωση των χολικών οξέων στο παχύ έντερο εξαρτάται – σε σημαντικό βαθμό – από την ποσότητα και τον τύπο του προσλαμβανόμενου λίπους με τις τροφές. Ο καρκινογεννητικός μηχανισμός δράσης των χολικών οξέων στο παχύ έντερο δεν είναι γνωστός, αλλά πιστεύεται ότι διαμεσολαβείται από την διακυλογλυκερόλη. Η μετατροπή των διαιτητικών φωσφολιπιδίων σε διακυλογλυκερόλη, από βακτήρια του εντέρου, αυξάνεται όταν το διααιτολόγιο είναι πλούσιο σε λίπος. Κατόπιν, πιστεύεται ότι η διακυλογλυκερόλη εισέρχεται στο κύτταρο και ενεργοποιεί την πρωτεϊνική κινάση C, η οποία συσχετίζεται με την ενδοκυττάρια μεταγωγή σημάτων. Τα δεδομένα, σχετικά με την προστατευτική δράση των **φυτικών ινών** στην μείωση της επίπτωσης του καρκίνου στο παχύ έντερο, είναι αντικρουόμενα. Πάντως, οι περισσότερες εργαστηριακές και επιδημιολογικές μελέτες επιβεβαιώνουν την προστατευτική δράση. Η κατανάλωση φυτικών ινών είναι δυνατό να τροποποιήσει τη διαδικασία της καρκινογένεσης στο παχύ έντερο διότι:

- 1) Δημιουργεί αύξηση του όγκου των κοπράνων και της ταχύτητας διέλευσης του εντερικού περιεχομένου. Κατ' αυτόν τον τρόπο μειώνεται η πυκνότητα των καρκινογόνων στα κόπρανα και ο χρόνος έκθεσης του εντερικού βλενογόνου στα καρκινογόνα που περιέχονται στα κόπρανα.

- 2) Αυξάνει την οξύτητα του εντερικού περιεχομένου διότι παράγει λιπαρά οξέα που έχει ως συνέπεια την αναστολή της καρκινογένεσης.
- 3) Προσροφά οργανικές ενώσεις, όπως τα χολικά άλατα από τα οποία, ένα από τα προϊόντα διασπάσεώς τους (3- μεθυλχολανθρένιο) είναι καρκινογόνο.
- 4) Μειώνει τις προσλαμβανόμενες το 24ωρο θερμίδες που δρουν ανασταλτικά στην ανάπτυξη του καρκίνου του παχέος εντέρου.
- 5) Η αυξανόμενη κατανάλωση λαχανικών όπως κουνουπίδι, μπρόκολο, λάχανο ελαττώνει την ανάπτυξη καρκίνου γιατί θεωρείται ότι περιέχουν παράγωγα ινδολών που δυνητικά αναστέλλουν την καρκινογένεση.

Ο παραδοσιακός τρόπος διατροφής (Μεσογειακή δίαιτα) με άφθονα λαχανικά, φρέσκα φρούτα, δημητριακά, μείωση του λίπους και των θερμίδων το 24ωρο, των αλατισμένων και παστών τροφών μπορεί να ελαττώσει την ανάπτυξη του καρκίνου του παχέος εντέρου.⁶

Τροφές πλούσιες σε **ασβέστιο** (γάλα, γαλακτοκομικά προϊόντα) είναι δυνατό να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου, εξαιτίας της προστατευτικής δράσης του ασβεστίου (δέσμευση χολικών οξέων, άμεσες επιδράσεις στον μεταβολισμό των επιθηλιακών κυττάρων και έμμεσες επιδράσεις στον μεταβολισμό των χολικών οξέων). Πολλές επιδημιολογικές και εργαστηριακές μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η αυξημένη κατανάλωση τροφών με ασβέστιο συσχετίζεται με μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου, αν και σε αυτό το αποτέλεσμα δεν καταλήγει το σύνολο των ερευνητών.

Διάφορες μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί, για τη διαπίστωση της επίδρασης της πρόσληψης συγκεκριμένων **βιταμινών** στον κίνδυνο εμφάνισης ορθοκολικού καρκίνου, με αντικρουόμενα αποτελέσματα. Οι μελέτες αυτές κυρίως αφορούν την πρόσληψη βιταμίνης E, D και άλλων (αντιοξειδωτικών) βιταμινών. Σε μία μετα-ανάλυση 14 τυχαιοποιημένων μελετών δεν διαπιστώθηκε προστατευτική δράση από τη χορήγηση συμπληρωμάτων αντιοξειδωτικών βιταμινών σχετικά με την εμφάνιση ορθοκολικών αδενωμάτων, καρκίνου ή άλλων όγκων του ΓΕΣ. Σε εξέλιξη βρίσκονται μελέτες αναφορικά με την απαιτούμενη δοσολογία των χορηγούμενων σκευασμάτων βιταμινών, ώστε να προκύψει προστατευτική δράση.

Διάφορες μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί για τη διαπίστωση της σχέσης της **φυσικής άσκησης** με τον κίνδυνο εμφάνισης ορθοκολικού καρκίνου. Οι περισσότερες από αυτές τις μελέτες καταδεικνύουν μία αντιστρόφως ανάλογη σχέση μεταξύ του επιπέδου της φυσικής άσκησης και της επίπτωσης της νόσου. Δεν είναι, όμως, σαφής ο βαθμός επίδρασης διαιτητικών και γενετικών παραγόντων στη διαπιστούμενη συσχέτιση. Επίσης, σε άλλη

μελέτη έχει διαπιστωθεί αύξηση του κινδύνου εμφάνισης ορθοκολικού καρκίνου σε προεμμηνοπαυσιακές – παχύσαρκες γυναίκες.

Η σχέση της κατανάλωσης **οινοπνευματωδών ποτών** με τον κίνδυνο εμφάνισης ορθοκολικού καρκίνου ή αδενωμάτων έχει εξεταστεί σε διάφορες μελέτες. Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών καταδεικνύουν την ύπαρξη μίας θετικής σχέσης, παρόλο που – σε ορισμένες μελέτες – ο βαθμός συσχέτισης δεν είναι ιδιαίτερα ισχυρός. Σύμφωνα με μία άποψη, είναι πιθανό το οινόπνευμα να ενεργοποιεί τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό του βλεννογόνου, να πυροδοτεί την έκφραση πρωτο-ογκογονιδίων και να οδηγεί σε συγκέντρωση καρκινογόνων παραγόντων στο παχύ έντερο.

Η σχέση του **καπνίσματος** με τον κίνδυνο εμφάνισης ορθοκολικού καρκίνου έχει μελετηθεί εκτενώς και έχει διαπιστωθεί αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης της νόσου (όπως και αδενωμάτων) σε καπνιστές. Επίσης, μία σημαντική αύξηση του κινδύνου υποτροπής ενός αδενώματος (μετά πολυποδεκτομή) αποδίδεται στο κάπνισμα, σύμφωνα με διάφορες μελέτες. Βάσει της μελέτης CPS II (Cancer Prevention Study II), εκτιμάται ότι το 12% των θανάτων από ορθοκολικό καρκίνο στις ΗΠΑ το 1997 συσχετιζόταν με το κάπνισμα.

Σε διάφορες μελέτες, η χορήγηση **μη στεροειδών** αντιφλεγμονωδών φαρμάκων έχει συσχετιστεί με τη μείωση της πιθανότητας ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου. Όμως, η εφαρμογή της χορήγησης αυτών των φαρμάκων – ως μέτρου πρωτογενούς πρόληψης – παραμένει ασαφής, καθώς δεν υπάρχουν συγκεκριμένα στοιχεία σχετικά με βασικές παραμέτρους (π.χ. δοσολογία, διάρκεια της αγωγής) και δεν έχουν εκτιμηθεί επαρκώς τα δυνατά πλεονεκτήματα (π.χ. μείωση των αναγκαίων μέτρων πληθυσμιακής επιτήρησης) σε σχέση με τους μακροχρόνιους κινδύνους (π.χ. γαστρεντερικά έλκη, αιμορραγικά Α.Ε.Ε.).

Η μείωση της πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου σε γυναίκες, που λαμβάνουν σκευάσματα ορμονικής υποκατάστασης μετά την **εμμηνόπαυση**, έχει καταδειχθεί σε διάφορες μελέτες. Αντίθετα, η χορήγηση θεραπείας υποκατάστασης δεν επηρεάζει (ή ακόμα και αυξάνει ελαφρά) την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του ορθού.⁸

5.6.2 Δευτερογενής Πρόληψη

Η Χειρουργική, η Αναισθησιολογία, οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και η Ογκολογία έχουν κατορθώσει με την συνεχή βελτίωση των τεχνικών και μεθόδων, να μειώσουν την περιεγχειρητική θνητότητα στο 1-2.5% και να επιτύχουν πενταετή επιβίωση της τάξεως 40-50% στο σύνολο των ασθενών. Ο σκοπός της δευτερογενής πρόληψης είναι η ανεύρεση των

προκαρκινικών καταστάσεων και πρώιμων νεοπλασιών ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου.⁸

Η δευτερογενής πρόληψη μπορεί να επιτευχθεί με τους παρακάτω τρόπους:

Επιτήρηση Γενικού Πληθυσμού (ασυμπτωματικά άτομα)

Η πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου αυξάνει σημαντικά την επιβίωση. Στην ομάδα ατόμων, που χαρακτηρίζονται ως συνήθους κινδύνου, περιλαμβάνονται ασυμπτωματικοί άνδρες και γυναίκες άνω των 50 ετών. Τα άτομα αυτής της ομάδας πρέπει να υποβάλλονται στον εξής προσυμπτωματικό έλεγχο:

1. Εξέταση κοπράνων, για την παρουσία λανθάνουσας απώλειας αίματος, κάθε έτος μετά την ηλικία των 50 ετών.
2. Ορθοσιγμοειδοσκόπηση κάθε 5 έτη μετά την ηλικία των 50 ετών. Εναλλακτικά, προτείνεται βαριούχος υποκλυσμός κάθε 5 χρόνια μετά την ηλικία των 50 ετών ή κολονοσκόπηση κάθε 10 έτη.

Επιτήρηση μελών οικογενειών με κληρονομικά σύνδρομα

Η υποψία κληρονομικών συνδρόμων καρκίνου του παχέος εντέρου τίθεται εφόσον υπάρχει ιστορικό πολλαπλών περιπτώσεων σε στενούς συγγενείς και η νόσος εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία.

Σε Οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση

1. Γονιδιακός έλεγχος των μελών της οικογένειας στην εφηβική ηλικία. Σε τέκνα διαγνωσθέντων ατόμων συνιστάται έμμεση οφθαλμοσκόπηση κατά τη βρεφική ηλικία.
2. Ορθοσιγμοειδοσκόπηση ανά 6μήνες ή ανά έτος από την ηλικία των 12 ετών. Μετά τα 40 έτη, η συχνότητα της εξέτασης μπορεί να μειωθεί στα 3 έτη. Ολική κολονοσκόπηση εφαρμόζεται εάν κριθεί αναγκαίο.
3. Επί αδενωμάτων του παχέος εντέρου συνιστάται ενδοσκοπικός έλεγχος του ανώτερου πεπτικού ανά 3 - 5 έτη.
4. Επί παρουσίας του συνδρόμου, επιβάλλεται ολική κολεκτομή. Σε παιδιά συνιστάται αναμονή μέχρι την ενηλικίωση.

Σε Σύνδρομο κληρονομικού μη πολυποδιασικού καρκίνου παχέος εντέρου (σύνδρομο Lynch I ή II)

1. Οι γονιδιακές δοκιμασίες είναι πολύπλοκες, με χαμηλή ευαισθησία, και δεν είναι πρακτικά διαθέσιμες για την έγκαιρη διάγνωση του συνδρόμου, όπως συμβαίνει με την οικογενή αδενωματώδη πολυποδίαση.

2. Άτομα με οικογενειακό ιστορικό πρέπει να υποβάλλονται σε ολική κολonosκόπηση ανά 1 - 2 έτη από την ηλικία των 20 ετών ή από ηλικία κατά 5 έτη μικρότερη από αυτή του νεότερου συγγενή, που εμφάνισε καρκίνο του παχέος εντέρου. Μετά την ηλικία των 40 ετών, η κολonosκόπηση πρέπει να γίνεται ανά έτος.

Σε Σύνδρομο Peutz-Jeghers

1. Σε ασυμπτωματικά άτομα συνιστάται ετήσια εξέταση κοπράνων (για λανθάνουσα απώλεια αίματος) από την ηλικία των 20 ετών και ορθοσιγμοειδοσκόπηση ανά 3 έτη.
2. Εφόσον τεθεί η διάγνωση του συνδρόμου, συνιστάται, εκτός από πλήρη τακτική ενδοσκόπηση του κατώτερου πεπτικού, και ενδοσκόπηση του ανώτερου ανά 3 - 5 έτη.

Σε ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου

Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου είναι σημαντικός μετά 8 έτη από την εγκατάσταση πανκολίτιδας ή μετά 12 - 15 έτη από την αριστερή κατανομή της νόσου. Στους υπόλοιπους ασθενείς, ο κίνδυνος είναι μόλις 1.5 φορές μεγαλύτερος από αυτόν του γενικού πληθυσμού. Συνιστάται ολική κολonosκόπηση και λήψη βιοψιών. Η εξέταση πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε 1 - 2 έτη επί απουσίας δυσπλασίας, κάθε έτος επί παρουσίας ακαθόριστης δυσπλασίας και κάθε 3-6 μήνες επί παρουσίας μέτριας δυσπλασίας.

Επίσης,

Επιτήρηση συγγενών ασθενών με νεόπλασμα του παχέος εντέρου Άτομα με έναν ή περισσότερους συγγενείς πρώτου βαθμού, που ανέπτυξαν καρκίνο του παχέος εντέρου ή αδενωματώδεις πολύποδες σε ηλικία κάτω των 60 ετών, ή με δύο ή περισσότερους συγγενείς, που ανέπτυξαν καρκίνο σε οποιαδήποτε ηλικία, βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Συνιστάται ολική κολonosκόπηση κάθε 5 έτη με έναρξη στην ηλικία των 40 ετών ή 10 έτη νωρίτερα από την ηλικία, που εμφανίστηκε η νόσος στον νεότερο συγγενή. Επιτήρηση ασθενών με αδενώματα παχέος εντέρου. Οι ασθενείς αυτοί έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης κακοηθών νεοπλασμάτων στο παχύ έντερο. Η ενδοσκοπική πολυποδεκτομή και επιτήρηση των ασθενών συμβάλλει στη μείωση της εμφάνισης της νόσου. Σε ασθενείς με αδένωμα μεγέθους μικρότερου του 1 cm. Συνιστάται κολonosκόπηση 3-6 έτη μετά την εκτομή του αδενώματος. Εάν η εξέταση είναι φυσιολογική, η μετέπειτα παρακολούθηση του ασθενούς γίνεται σύμφωνα με όσα ισχύουν για τον γενικό πληθυσμό.

Ασθενείς με αδένωμα μεγαλύτερο από 1 cm, πολλαπλά αδενώματα ή αδενώματα με υψηλού βαθμού δυσπλασία ή τάση εξαλλαγής. Συνιστάται κολonosκόπηση εντός 3 ετών από την πολυποδεκτομή. Εάν η εξέταση είναι φυσιολογική, προτείνεται επανέλεγχος σε 3 έτη και εάν η εξέταση είναι και πάλι αρνητική, ο ασθενής θεωρείται ότι ανήκει στην ομάδα γενικού πληθυσμού.⁸

5.6.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη καρκίνου παχέος εντέρου

Οι νοσηλευτές λόγω της φύσης του επαγγέλματος έρχεται πολύ κοντά στον ασθενή αλλά και στον υγιή άνθρωπο αφού η δραστηριότητά του δεν περιορίζεται μόνο στο νοσηλευτικό ίδρυμα που εργάζεται αλλά επεκτείνεται και στην κοινότητα. Έτσι μπορεί να συμβάλλει αποφασιστικά στην πρόωμη διάγνωση και στην πρόληψη γενικότερα του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρακολουθεί συνεχώς έναν ασθενή που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο και παρουσιάζει συμπτώματα από το πεπτικό σύστημα. Θα πρέπει να παρατηρεί καθημερινώς και να ενημερώνει το γιατρό για οποιαδήποτε αλλαγή παρατηρείται στο χρώμα των κοπράνων ή για την παρουσία αίματος ή βλέννης στα κόπρανα. Επίσης, θα πρέπει να ενημερώνει το γιατρό αν ο ασθενής παραπονείται για κοιλιακά άλγη ή μετεωρισμό κοιλίας.

Γενικότερα, στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου, ο νοσηλευτής μπορεί να συμβάλλει αποφασιστικά, ιδιαίτερα μέσα από την κοινότητα. Μπορεί να οργανώσει ορισμένα προγράμματα μέσω ενημερωτικών φυλλαδίων, ειδικών σεμιναρίων και επιμορφωτικών μαθημάτων, τα οποία να διαπαιδαγωγούν το κοινό σε θέματα σχετικά με τον καρκίνο παχέος εντέρου.

Η διαφώτιση του κοινού είναι το σημαντικότερο μέτρο πρόληψης διότι η ενημέρωση είναι το πρώτο στοιχείο για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου. Δυστυχώς η άγνοια αποτελεί τον σημαντικότερο λόγο για τον οποίο πολλοί άνθρωποι επισκέπτονται το γιατρό σε πολύ προχωρημένα στάδια της νόσου. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η χειρουργική επέμβαση να μην μπορεί να προσφέρει ίαση.

Καθήκον του νοσηλευτικού προσωπικού είναι να ενημερώνει τα άτομα της κοινότητας για τα συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου, έτσι ώστε να επισκέπτονται έγκαιρα το γιατρό με την έναρξη των πρώτων συμπτωμάτων. Ο νοσηλευτής διδάσκει τα πρόδρομα συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου τα οποία είναι τα παρακάτω:

- Οποιαδήποτε αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου ή μεταβολή του ρυθμού κενώσεων.
- Οποιαδήποτε πεπτική και λειτουργική διαταραχή του γαστρεντερικού σωλήνα.
- Φαινόμενα γενικής καταβολής του οργανισμού (αναιμία) καθώς και αιμορραγία.

Επίσης μέσα στα πλαίσια της διαφώτισης του κοινού είναι και η διδασκαλία των κανόνων υγιεινής διατροφής καθώς είναι γνωστό ότι η νόσος εξαρτάται από το είδος της διατροφής. Ο νοσηλευτής συστήνει την αποφυγή κατανάλωσης, επεξεργασμένων τροφίμων που έχουν.

Επίσης συστήνει την αποφυγή ζωικού λίπους και υποδεικνύει την λήψη άφθονων λαχανικών και φρούτων τα οποία ασκούν προστατευτικό ρόλο απέναντι σε αυτή την ασθένεια.

Ακόμη ο νοσηλευτής ενημερώνει το κοινό για τα διαγνωστικά κέντρα που υπάρχουν για την ανίχνευση καρκίνου παχέος εντέρου. Παράλληλα τονίζει ότι κάθε άνθρωπος άνω των 50 ετών πρέπει να ελέγχεται τουλάχιστον μία φορά κάθε δυο χρόνια με ενδοσκόπηση.⁵⁰

5.7 Εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου με την μέθοδο την νοσηλευτικής διεργασίας

Νοσηλευτική διεργασία- Ορισμός

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

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

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

Ο νοσηλευτής δεν σκοπεύει μόνο στην αρρώστια, αλλά κυρίως στην σημασία και τις επιπτώσεις που έχει η αρρώστια αυτή, η εισαγωγή στο νοσοκομείο, ή οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα στο συγκεκριμένο άτομο, στην οικογένεια του αρρώστου και στην κοινότητα. Μελετά τις ψυχολογικές, πνευματικές και κοινωνικές επιπτώσεις.⁵¹

Η νοσηλευτική διεργασία είναι:

Συστηματική: Όπως η μέθοδος επίλυσης προβλημάτων, αποτελείται από πέντε στάδια, κατά την διάρκεια των οποίων προχωράμε με προσεκτικά βήματα για τη μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας και για την αποκόμιση μακροπρόθεσμων οφέλιμων αποτελεσμάτων.

Δυναμική: Καθώς αποκτάται με τον καιρό όλο και μεγαλύτερη εμπειρία ανατρέχει σε προηγούμενα σε ενδιάμεσα αλλά και σε επόμενα στάδια, συνδυάζοντας πολλές φορές δραστηριότητες και από τα τρία στάδια και καταλήγοντας στο ίδια πάντα αποτέλεσμα. Για παράδειγμα, οι νέοι νοσηλευτές χρειάζεται συνήθως να εκτιμήσουν με μεθοδικό τρόπο έναν ασθενή για αρκετό χρόνο, ώσπου να καταλήξουν σε μία διάγνωση, ενώ οι έμπειροι νοσηλευτές συχνά υποπτεύονται αμέσως μία διάγνωση και μετά εκτιμούν τον άρρωστο πιο προσωπικά για να επιβεβαιώσουν την διάγνωση που έθεσαν στην αρχή.

Ανθρωπιστική: Βασίζεται στην πεποίθηση ότι κατά την διάρκεια του προγραμματισμού και της παροχής φροντίδας, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα μοναδικά ενδιαφέροντα, τις αξίες και τις επιθυμίες του ασθενή (άτομο, οικογένεια, κοινότητα). Ως νοσηλευτές, ασχολούμαστε με το σώμα, την ψυχή και το πνεύμα. Προσπαθούμε να καταλάβουμε τα προβλήματα υγείας του κάθε ατόμου και την αντίστοιχη επίδραση που έχουν στην αίσθηση της ευεξίας και στην ικανότητα του ατόμου να πραγματοποιήσει τις καθημερινές δραστηριότητες.

Επικεντρωμένη στα αποτελέσματα: τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας έχουν σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο, ώστε να στοχεύουν στον υπολογισμό του κατά πόσο οι άνθρωποι που αναζήτησαν υγειονομική φροντίδα είχαν τα καλύτερα αποτελέσματα με τον πιο αποδοτικό τρόπο. Οι απαιτήσεις για σαφή καταγραφή παρέχουν τις βασικές πληροφορίες, οι οποίες μπορούν να μελετηθούν για την βελτίωση των αποτελεσμάτων σε άλλους ασθενείς με παρόμοιες καταστάσεις. ⁵²

Στάδια νοσηλευτικής διεργασίας

1. **Εκτίμηση:** Συλλογή και έλεγχος πληροφοριών για την κατάσταση υγείας, ψάχνοντας για στοιχεία μη φυσιολογικής λειτουργίας ή παραγόντων

επικινδυνότητας που μπορούν να συμβάλλουν σε προβλήματα υγείας (πχ κάπνισμα).

2. **Διάγνωση:** Σε αυτό το στάδιο οι νοσηλευτές αναλύουν τα στοιχεία και αναγνωρίζουν υπάρχοντα ή πιθανά προβλήματα, τα οποία αποτελούν βάση για το σχέδιο φροντίδας.

3. **Προγραμματισμός:**

Καθορισμός προτεραιοτήτων:

Καθορισμός αναμενόμενων αποτελεσμάτων

Καθορισμός παρεμβάσεων

Καταγραφή ή εξατομίκευση σχεδίου φροντίδας

4. **Εφαρμογή:**

Εκτίμηση της κατάστασης της υγείας του ατόμου πριν από κάθε ενέργεια.

Εκτέλεση παρεμβάσεων και επανεκτίμηση των αρχικών αντιδράσεων.

Αναφορά και καταγραφή των παρεμβάσεων.

5. **Αξιολόγηση:**

Σύγκριση της κατάστασης της υγείας του ατόμου και της λειτουργικότητας σε σχέση με τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Αν ο ασθενής έφτασε στα αναμενόμενα αποτελέσματα αξιολογείται και εάν μπορεί να αναλάβει μόνος του την φροντίδα του.⁵²

Οφέλη από την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας.

Η νοσηλευτική διεργασία συμπληρώνει άλλες επιστήμες επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον όχι μόνο στα ιατρικά προβλήματα, αλλά επίσης και στην ανθρώπινη αντίδραση, πως δηλαδή αντιδρά το άτομο στα ιατρικά προβλήματα, στις θεραπευτικές αγωγές και στις αλλαγές της καθημερινότητάς του. Η ολιστική επικέντρωση βοηθά να διασφαλιστεί ότι οι παρεμβάσεις έχουν εξατομικευτεί για το άτομο, όχι μόνο για την αρρώστια.⁵²

5.7.1 Α' Κλινική περίπτωση

Ιστορικό ασθενούς:

Όνοματεπώνυμο:	Κ.Θ
Φύλο:	Γυναίκα
Ηλικία:	78
Επάγγελμα:	Οικιακά
Καταγωγή:	Πάτρα
Ημερομηνία εισόδου:	9/11/2011
Αιτία εισόδου:	Διαρροϊκό σύνδρομο με πρόσμιξη αίματος από εβδομάδας

Παρούσα κατάσταση:

Από μηνός η ασθενής διαμαρτύρεται για έντονο διαρροϊκό σύνδρομο με πρόσμιξη αίματος από εβδομάδας. Επίσης αναφέρει εύκολη κόπωση και αδυναμία. Τέλος, η ασθενής αναφέρει πτώση τιμής του αιματοκρίτη 10 μονάδες από τον Απρίλιο έως και τώρα.

Μετά την διενέργεια κολονοσκόπησης τέθηκε η διάγνωση: Πολυποειδές μόρφωμα στη δεξιά κολική καμπή και μάζα στο σιγμοειδές. Η βιοψία ήταν θετική για κακοήθεια και στα δύο σημεία.

Ιατρικό ιστορικό:

Σκωληκοειδεκτομή
Χολοκυστεκτομή προ δετίας
Αφαίρεση εχινόκκοκος-κύστεως το 1974
2 καισαρικές τομές
Δυσλιπιδαιμία

Εργαστηριακές – Διαγνωστικές εξετάσεις

1. Πλήρης βιοχημικός και αιματολογικός έλεγχος. Εξέταση ούρων
2. Κολονοσκόπηση

Τελική διάγνωση

1. Πολυποειδές μόρφωμα στην δεξιά κολική καμπή και μάζα στο σιγμοειδές. Βιοψία θετική για κακοήθεια και στα δύο σημεία.
2. Αναιμία (χαμηλή τιμή αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης)
3. Δυσλιπιδαιμία (αυξημένη χοληστερίνη)

Η ασθενής εισήχθη στην χειρουργική κλινική και προγραμματίστηκε χειρουργείο για δεξιά κολεκτομή και χαμηλή πρόσθια κολεκτομή.

<i>Αιματολογικός έλεγχος</i>	<i>Βιοχημικός έλεγχος</i>
Αιμοσφαιρίνη: 9,3 g/dl	Γλυκόζη: 96
Αιματοκρίτης: 28%	Ουρία: 48
Μέσος όγκος ερυθρών: 88 Fl	Κρεατινίνη: 1,02
Λευκά αιμοσφαίρια: 9020	Ουρικό οξύ: 6,0
Πολυμορφοπύρηνα: 59%	K: 3,1
Λεμφοκύτταρα: 37%	Na: 136
Αιμοπετάλια: 204 K/μl	γGt: 50
T.K.E: 94	LDH: 180
PT: 11	CPK: 125
PTT: 25	Χοληστερίνη: 271
	Τριγλυκερίδια: 120
<i>Γενική ούρων</i>	HDL: 55
Χροιά: Υποκίτρινη	SGOT: 20
Ειδικό βάρος: 1020	SGPT: 35
pH: 5,0	Ολική χολερυθρίνη: 1,2
Ερυθρά: 0-2	Ολικά λευκώματα: 6,2
Πυοσφαίρια: 0-2	Αλβουμίνη: 1,02
Λεύκωμα: -	
Σάκχαρο: -	
Ακετόνη: -	

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
<p>Έντονο διαρροϊκό σύνδρομο από 10ημέρου</p>	<p>Να ανακουφιστεί η ασθενής από το διαρροϊκό σύνδρομο.</p> <p>Να απαλλαγεί η ασθενής από το διαρροϊκό σύνδρομο και να επανέλθει η λειτουργία του εντερικού σωλήνα στα φυσιολογικά επίπεδα όσο αυτό είναι εφικτό.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>Λήψη ζωτικών σημείων ανά 8ωρο και καταγραφή αυτών στο Νοσηλευτικό διάγραμμα.</p> <p>Συχνή εκτίμηση και επανεκτίμηση των διαρροϊκών κενώσεων (ποσότητα, χρώμα, προσμίξεις με αίμα-βλέννα)</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Ρύθμιση διαιτολογίου χαμηλής περιεκτικότητας σε φυτικές ίνες και λίπη, και ενημέρωση διατροφολόγου εάν κριθεί αναγκαίο.</p> <p>Λήψη αίματος για βιοχημικό έλεγχο (έλεγχος και επανέλεγχος ηλεκτρολυτών)</p> <p>Επαρκής ενυδάτωση με χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών</p>	<p>Έγινε λήψη ζωτικών σημείων με: ΑΠ: 117/75 mmHg, Θ: 36.2⁰C Σφ: 75/min και καταγράφηκαν στο νοσηλευτικό διάγραμμα.</p> <p>Έγινε εκτίμηση των κενώσεων της ασθενούς καθ' όλη την διάρκεια της μέρας χωρίς να παρατηρηθούν κάποιες ιδιαίτερες αλλαγές.</p> <p>Χορηγήθηκε Imodium cap 2mg 2x2 για 1 ημέρα σύμφωνα με την ιατρική οδηγία</p> <p>Χορηγήθηκε η εξής διαίτα: Πρωί τσάι με φρυγανιά. Μεσημέρι, κοτόπουλο βραστό με πατάτες και ένα μήλο και βράδυ μοσχάρι ψητό με ρύζι.</p> <p>Πραγματοποιήθηκε έλεγχος ηλεκτρολυτών με K+: 3,1 και Na: 136</p> <p>Πραγματοποιήθηκε ενδοφλέβια χορήγηση</p>	<p>Η ασθενής ανακουφίστηκε από το διαρροϊκό σύνδρομο μετά από 3 μέρες.</p> <p>Τα ζωτικά σημεία δεν παρεκκλίνουν των φυσιολογικών ορίων</p> <p>Δεν παρατηρήθηκαν αλλαγές των διαρροϊκών κενώσεων της ασθενούς σε ποσότητα, χρώμα, παρουσία αίματος-βλέννας.</p> <p>Μετά την χορήγηση του Imodium οι διάρροιες ελαττώθηκαν ενώ την επόμενη ημέρα σταμάτησαν εντελώς. Το Imodium ενεργοποιεί προσυναπτικούς οπιοειδείς υποδοχείς του νευρικού συστήματος του εντέρου και αναστέλλουν την απελευθέρωση ακετυλοχολίνης, ελαττώνει τον περισταλισμό του εντέρου, κάνει τη σύσταση των κοπράνων πιο συμπαγή και ελαττώνει τη συχνότητα των κενώσεων.</p> <p>Η τροφή σε συνδυασμό με την χορήγηση του φαρμάκου ελάττωσαν τις</p>

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
		<p>ενδοφλεβίως ή από το στόμα.</p> <p>Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και ηλεκτρολυτών.</p> <p>Τοπική υγιεινή της περιπρωκτικής περιοχής</p>	<p>Sodium Chloride 0,9% 1000cc 1x1 εμπλουτισμένο με 2Nacl+1Kcl Dextroze 5% 1000cc 1x2</p> <p>Έγινε μέτρηση προσλαμβανόμενων (3800ml) και α αποβαλλόμενων (3000ml) υγρών</p> <p>Πραγματοποιήθηκαν συχνές πλύσεις με αντισηπτική διάλυση της περιοχής προς αποφυγή επιπλοκών (πχ δερματίτιδα)</p>	<p>κενώσεις.</p> <p>Παρατηρήθηκε άνοδος των τιμών των ηλεκτρολυτών μετά την χορήγηση καλίου και νατρίου στο σχήμα ορών.</p> <p>Αναπληρωθήκαν τα υγρά της ασθενούς χωρίς να παρατηρηθεί αφυδάτωση και έχοντας θετικό ισοζύγιο. Η ασθενής δεν εμφάνισε επιπλοκές λόγω του διαρροϊκού συνδρόμου.</p>

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
Καταβολή δυνάμεων	Να επανακτήσει η ασθενής τις δυνάμεις της όσο αυτό είναι εφικτό.	<p>Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή αυτών στο νοσηλευτικό διάγραμμα.</p> <p>Μείωση των δραστηριοτήτων της ασθενούς και προτροπή των συγγενών στη υποβοήθηση της (έγερση από το κρεβάτι)</p> <p>Ψυχολογική ενίσχυση, σωματική και διατροφική υποστήριξη.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Λήψη αίματος για γενική αίματος και βιοχημικό έλεγχο.</p> <p>Δημιουργία περιβάλλοντος για συζήτηση- εκτόνωση της ασθενούς.</p> <p>Επαρκής ανάπαυση ασθενούς.</p>	<p>Έγινε λήψη ζωτικών σημείων με: ΑΠ:109/70 mmHg, Θ: 36.2⁰C Σφ:73/min και καταγράφηκαν στο νοσηλευτικό διάγραμμα Οι συνοδοί της ασθενούς βοήθησαν στην έγερση της ασθενούς από το κρεβάτι και στην μεταφορά της στην τουαλέτα. Επίσης μειώθηκε ο χρόνος του επισκεπτηρίου διότι και αυτό την κατέβαλε. Σύμφωνα με οδηγία ιατρού χορηγήθηκε ορός D/W 5% 1000cc με 1 amp Evaton για 3ημέρες. (1X3) Το αποτέλεσμα του εργαστηριακού ελέγχου ανέδειξε πτώση της τιμής του Fe και με ιατρική οδηγία χορηγήθηκε στην ασθενή amp Venofer 4ml 1X2 για δυο ημέρες σε 100cc N/S 0,9% Η ασθενής επικοινωνήσε μέσω διαλόγου κ εξέφρασε το άγχος- φόβο για την έκβαση της υγείας της.Κοιμήθηκε ήσυχα χωρίς να της χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή</p>	<p>Τα ζωτικά σημεία δεν παρεκκλίνουν των φυσιολογικών ορίων Η ασθενής κατάφερε να ανακτήσει τις δυνάμεις της. Σε αυτό βοήθησε η χορήγηση βιταμινών και του σιδήρου. Το Evaton-B12 αποτελεί ένα συνδυασμό νευροτρόπων βιταμινών Β1 - Β6 - Β12 σε υψηλές δοσολογίες. Ο συνδυασμός αυτός παρουσιάζει έντονη φαρμακοδυναμική συνέργεια πολύ μεγαλύτερη εκείνης της οποίας επιτυγχάνεται με την μεμονωμένη χορήγηση αυτών των βιταμινών, ενώ καθιστά το ιδιοσκεύασμα άριστο τονωτικό και ρυθμιστικό πολλών ενζυματικών μηχανισμών, οι οποίοι είναι απαραίτητοι για τις ανάγκες του μεταβολισμού. Το Venofer επιταχύνει την απορρόφηση και αποθήκευση σιδήρου στο σώμα με αποτέλεσμα την αύξηση του Fe.</p>

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
<p>Χαμηλός αιματοκρίτης λόγω απώλειας αίματος με τα κόπρανα. (Ht 30%)</p>	<p>Να επανέλθει ο αιματοκρίτης στις φυσιολογικές τιμές</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών</p>	<p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Χορήγηση τροφής πλούσιας σε σίδηρο, υδατάνθρακες και λευκώματα</p> <p>Λήψη αίματος για εκτίμηση και επανεκτίμηση της τιμής του αιματοκρίτη</p> <p>Επιβεβαίωση για ομάδα αίματος και Rhesus και ενημέρωση των συγγενών για εύρεση αίματος.</p> <p>Προγραμματισμός ενεργειών για πιθανή μετάγγιση αίματος στην ασθενή.</p>	<p>Δόθηκε amp Ferrum Hausmann IM 1X2 για 2 ημέρες.</p> <p>Δόθηκε πρωινό: τσάι με φρυγανιά. Μεσημεριανό: μοσχάρι ψητό με βραστή πατάτα και Βραδινό: μπιφτέκι με ρύζι.</p> <p>Έγινε συχνή λήψη αίματος για εκτίμηση της τιμής του Hct και γενικότερα της όλης κατάστασης της αρρώστου.</p> <p>Έγινε ενημέρωση στους συγγενείς για εύρεση αίματος</p> <p>Έγινε προγραμματισμός για μετάγγιση αλλά τελικά δεν χρειάστηκε να μεταγγισθεί η ασθενής</p>	<p>Αυξήθηκε η τιμή του αιματοκρίτη 35%. Το Ferrum Hausmann περιέχει ferric hydroxide polymaltose complex_ως δραστική ουσία. Αυτή η δραστική ουσία είναι μία σύμπλοκος ένωση του υδροξειδίου του τρισθενούς σιδήρου με πολυμαλτόζη και παρέχει στον οργανισμό σίδηρο. Αποτελεί μία πολύ καλή πηγή σιδήρου για τον οργανισμό, απορροφάται γρήγορα και σε μεγάλο βαθμό και επιτυγχάνει αύξηση της αιμοσφαιρίνης Η ασθενής δεν χρειάστηκε να μεταγγισθεί διότι η τιμή του Hct βελτιώθηκε με την λήψη φαρμάκων και τροφής.</p>

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
Κολοноσκόπηση 10/11/2011	Η ασθενής να είναι καθ' όλα έτοιμη για την ολοκλήρωση και αποτελεσματικότητα της διαγνωστικής εξέτασης της κολοноσκόπησης.	<p>Ενημέρωση της ασθενούς για την διαδικασία της εξέτασης και την προετοιμασία του εντέρου- Ψυχολογική υποστήριξη</p> <p>Αποχή της αρρώστου από τροφή 8-10 ώρες πριν την ενδοσκόπηση.</p> <p>Προγραμματισμός υποκλυσμού: εκτίμηση αποτελέσματος και ενημέρωση.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία για απαλλαγή του εντέρου από το περιεχόμενό του.</p> <p>Μεταφορά της ασθενούς στο ενδοσκοπικό τμήμα.</p> <p>Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή αυτών στο νοσηλευτικό διάγραμμα Ξεκούραση της ασθενούς μετά την εξέταση.</p> <p>Εκτίμηση κλινικής πορείας ασθενούς μετά την κολοноσκόπηση (εκδήλωση συμπτωμάτων)</p>	<p>Η ασθενής ενημερώθηκε για το είδος και τον τρόπο εκτέλεσης της εξέτασης. Εξέφρασε ένα αίσθημα φόβου ότι θα είναι επίπονη η διαδικασία και θέλησε να της χορηγηθεί μέθη.</p> <p>Η ασθενής δεν έλαβε τροφή από το στόμα για 8 ώρες.</p> <p>Έγινε καθαρτικός υποκλυσμός (fleet enema) Ο πρώτος πραγματοποιήθηκε το προηγούμενο βράδυ της εξέτασης και ο επόμενος το πρωί.</p> <p>Για τον καθαρισμό του εντέρου χορηγήθηκαν 4 φακελάκια Prep-clean σε διάστημα 6 ωρών. Το κάθε φακελάκι διαλύθηκε σε 1Lt νερό και η ασθενής έπινε ένα ποτήρι κάθε 15 με 20 λεπτά.</p> <p>Η ασθενής μεταφέρθηκε στο ενδοσκοπικό τμήμα</p>	<p>Η εξέταση πραγματοποιήθηκε με την χορήγηση μέθης στην ασθενή από τον αναισθησιολόγο. Η ασθενής ήταν ήρεμη και συνεργάσιμη. Με την ανάλογη δίαιτα και την χορήγηση των καθαρτικών επιτεύχθηκε σωστή καθαριότητα του εντέρου. Ο υποκλυσμός απέδωσε. Η βιοψία ήταν θετική για κακοήθεια και στα δύο σημεία που υπήρχε πολύποδας. Το χειρουργείο ορίστηκε σε 4 ημέρες. Επιστροφή της ασθενούς στο τμήμα και ανάπαυση αυτής διότι η μέθη προκαλεί ελαφρά ζάλη και καταβολή δυνάμεων. Τα ζωτικά σημεία δεν εμφάνισαν παρέκκλιση των φυσιολογικών τιμών. Δεν παρατηρήθηκε αιμορραγία από το έντερο μετά την κολοноσκόπηση.</p>

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
		πχ αιμορραγία)	Η ασθενής επέστρεψε στο δωμάτιο, ελήφθησαν ζωτικά σημεία (Α.Π 110/70 mmHg, ΣΦ:70/min και Θ:36° C) και καταγράφηκαν στο νοσηλευτικό διάγραμμα και έγινε έλεγχος-επανελέγχος για πιθανή αιμορραγία μετά την κολονοσκόπηση.	

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
<p>Άγχος- φόβος για το χειρουργείο</p>	<p>Η ασθενής να είναι ήρεμη έως ότου αποχωρήσει από το τμήμα για την χειρουργική επέμβαση.</p>	<p>Επικοινωνία- Συζήτηση με την ασθενή για επεξήγηση της αναγκαιότητας του χειρουργείου.</p> <p>Να δοθούν απαντήσεις σε ερωτήσεις για τυχόν απορίες της ασθενούς.</p> <p>Να έλθει σε επαφή με ασθενή που υποβλήθηκε στην ίδια χειρουργική επέμβαση και είχε καλή-ικανοποιητική μετεγχειρητική πορεία και αποκατάσταση.</p> <p>Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς (ψυχολόγο-ψυχίατρο) εάν κριθεί αναγκαίο.</p> <p>Συζήτηση με τους οικείους της, εάν αυτό είναι εφικτό, προς στήριξη των ιδίων αλλά και της ασθενούς.</p>	<p>Πραγματοποιήθηκε διάλογος με λεπτομερή ενημέρωση της ασθενούς για την κατάστασή της και ψυχολογική υποστήριξη τονίζοντάς της ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θα κάνει ότι είναι δυνατόν προκειμένου να επανέλθει στην καθημερινότητά της και να ανακτήσει τις σωματικές και ψυχικές της δυνάμεις.</p> <p>Χορηγήθηκε tb Lexotanil 3mg 1X1 το βράδυ πριν από την επέμβαση.</p> <p>Δεν χρειάστηκε βοήθεια από ψυχολόγο- ψυχίατρο διότι αφενός βοήθησε η ψυχολογική υποστήριξη από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και αφετέρου η επαφή της ασθενούς με ασθενή που υπεβλήθει στην ίδια χειρουργική επέμβαση και είχε όμαλη μετεγχειρητική πορεία.</p>	<p>Η ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς είχε θετικά αποτελέσματα. Επίσης στην χαλάρωση της ασθενούς συνέβαλε και η χορήγηση του Lexotanil. Το Lexotanil περιέχει το δραστικό συστατικό βρωμαζεπάμη, το οποίο ανήκει στην ομάδα των φαρμάκων που είναι γνωστά ως βενζοδιαζεπίνες. Η βρωμαζεπάμη ελαττώνει το άγχος και χαλαρώνει τους μύες 1-2 ώρες μετά την χορήγηση του φαρμάκου από το στόμα.</p>

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
<p>Προεγχειρητική ετοιμασία</p>	<p>Η ασθενής να είναι καθ' όλα έτοιμη για το χειρουργείο.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών</p>	<p>Σωματική τόνωση της ασθενούς.</p> <p>Φροντίδα υγιεινής του σώματος</p> <p>Εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου</p> <p>Ενημέρωση ασθενούς και φροντίδα πολύ καλής κένωσης του εντέρου με χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Προγραμματισμός υποκλυσμού και εκτίμηση αποτελέσματος.</p> <p>Διδασκαλία- Υπενθύμιση μετεγχειρητικής συμπεριφοράς προς αποφυγή επιπλοκών και ανακούφιση από τις μετεγχειρητικές δυσχέρειες.</p> <p>Χορήγηση προνάρκωσης σύμφωνα με την ιατρική οδηγία</p>	<p>Χορηγήθηκε τροφή πλούσια σε υδατάνθρακες, λευκώματα και βιταμίνες για 4 ημέρες πριν το χειρουργείο</p> <p>Δόθηκε ελαφριά τροφή τις δυο τελευταίες ημέρες πριν το χειρουργείο και οκτώ ώρες πριν η ασθενής μας παρέμεινε νηστική.</p> <p>Παράλληλα με την σωστή διατροφή η ασθενής έλαβε και υγρά παρεντερικώς.(Dextroze 1X1 και N/S 0,9% 1X1 για 4 ημέρες.</p> <p>Έγινε λουτρό καθαριότητας στην ασθενή την προηγούμενη ημέρα της επέμβασης και καλλωπισμός της περιοχής με αποτρίχωση του εγχειρητικού πεδίου.</p> <p>Η ασθενής κοιμήθηκε 8 ώρες χωρίς να της χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή.(ήταν ήρεμη)</p> <p>Επεξήγηση στην ασθενή ότι η κένωση του έντερου από κόπρανα και αέρια πραγματοποιείτε ώστε</p>	<p>Η σωματική τόνωση της ασθενούς πραγματοποιήθηκε σε ικανοποιητικά επίπεδα πρόσληψης θρεπτικών ουσιών από το στόμα και παρεντερικώς. Η χορήγηση των υγρών πραγματοποιείται διότι η ασθενής κατά το χειρουργείο θα χάσει υγρά και αίμα.(πρόληψη επιπλοκών)</p> <p>Ο σκοπός καθαριότητας και υγιεινής του σώματος είναι η αποφυγή μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρτο δέρμα. Η καθαριότητα πραγματοποιήθηκε με επιτυχία</p> <p>Η ασθενής λόγω της επάρκειας ύπνου και της καλής ψυχολογικής κατάστασης που βρισκόταν οδηγήθηκε στο χειρουργείο ήρεμη.</p> <p>Η κένωση του εντέρου με φαρμακευτική αγωγή ήταν</p>

		<p>Εκτίμηση της τελικής γενικής προεγχειρητικής ετοιμασίας της ασθενούς με: Λήψη ζωτικών σημείων Κένωση ουροδόχου κύστεως Ένδυση της ασθενούς</p> <p>Διευθέτηση χειρουργικής κλίνης και του γύρω περιβάλλοντος: Να τακτοποιηθεί: η χειρουργική κλίνη, το κομοδίνο, ο θάλαμος και να γίνει έλεγχος λειτουργικότητας της συσκευής O₂ ,και του ηλεκτροκαρδιογράφου</p>	<p>κατά την επέμβαση να αποφευχθεί η επιμόλυνση του χειρουργικού πεδίου αλλά κα για να γίνει ευχερέστερα η επέμβαση από τον ιατρό. Η καθαριότητα του εντέρου πραγματοποιήθηκε με την χορήγηση καθαρτικών Clean-prep σε δυο δόσεις. Εδώθησαν 2 φακελάκια το την ημέρα πριν τη επέμβαση το πρωί και τα υπόλοιπα 2 φακελάκια το απόγευμα. Πραγματοποιήθηκαν δυο υποκλυσμοί με διαφορά 8 ωρών. Ο υποκλυσμός που πραγματοποιήθηκε ήταν υψηλός με ικανοποιητικά αποτελέσματα, τα οποία και καταγράφηκαν. Έγινε εκπαίδευση της ασθενούς για κινήσεις των άκρων και γρήγορη έγερση από το κρεβάτι για πρόληψη μετεγχειρητικών θρομβώσεων.</p> <p>Χορηγήθηκε στην ασθενή Amoxil 2gr peros Garamycin και 1,5mg/k.</p>	<p>επιτυχής και ο υποκλυσμός απέδωσε.</p> <p>Η διδασκαλία της ασθενούς για την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών πραγματοποιήθηκε. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να εκδηλώσουν κάποια επικίνδυνη θρόμβωση του αίματος λόγω της ακινησίας για αυτό το λόγο είναι πολύ σημαντική η εκπαίδευση της αρρώστου να κινεί το σώμα της. Η ασθενής φαίνεται να κατανόησε τις οδηγίες που της δόθηκαν.</p> <p>Η προληπτική αγωγή που χορηγήθηκε στην ασθενή αποβλέπει στην πρόληψη λοιμώξεων λόγω του αυξημένου κινδύνου διασποράς μικροοργανισμών κατά την διάρκεια του χειρουργείου. Τέλος, δόθησαν</p>
--	--	--	---	--

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
			<p>IM την προηγούμενη ημέρα της επέμβασης και σημειώθηκε να χορηγηθεί η ίδια αγωγή ώρες μετά το χειρουργείο για πρόληψη μετεγχειρητικών λοιμώξεων.</p> <p>Για την πρόληψη της μετεγχειρητικής αναπνευστικής δυσχέρειας έγινε εκπαίδευση στην ασθενή ότι το πρόβλημα λύνεται συνήθως με κάποιες απλές τεχνικές όπως η βάδιση, ο βήχας και οι ασκήσεις αναπνοής ή η φυσιοθεραπεία στο στήθος.</p> <p>Τα ζωτικά σημεία της ασθενούς την ημέρα του χειρουργείου ήταν: ΑΠ: 130/80 mm/Hg Σφύξεις: 78/min Θ: 36,6° C</p> <p>Η ασθενής πραγματοποίησε τις τελευταίες φυσικές της ανάγκες (κένωση ουροδόχου κύστεως) και φόρεσε την χειρουργική ενδυμασία</p>	<p>πληροφορίες στην ασθενή, για την πρόληψη της αναπνευστικής δυσχέρειας προς αποφυγή επιπλοκών όπως Ατελεκτασία. Η ασθενής φαίνεται να κατανόησε τι πρέπει να κάνει για να επιτύχει μια ομαλή μετεγχειρητική πορεία.</p> <p>Οι τιμές των ζωτικών σημείων δεν παρέκκλιναν των φυσιολογικών ορίων.</p> <p>Πραγματοποιήθηκε κένωση της ουροδόχου κύστης για την αποφυγή ατυχήματος κατά την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης.</p> <p>Η ασθενής φόρεσε την κατάλληλη ενδυμασία με την βοήθειά μου και είναι έτοιμη για την μεταφορά της στην αίθουσα του χειρουργείου ύστερα από την προνάρκωση που της χορηγείται στην μονάδα.</p> <p>Η προνάρκωση πραγματοποιήθηκε</p>

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
			<p>Στην ασθενή χορηγήθηκε IM πεθιδίνη 0,05gr και ατροπίνη 0.50gr. Η ασθενής μεταφέρθηκε στο χειρουργείο</p>	<p>προκειμένου να χαλαρώσουν οι μυς. Η εγχείρηση έγινε: Δεξιά κολεκτομή και χαμηλή πρόσθια. Όγκος χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις.</p> <p>Κατά την επιστροφή της ασθενούς ήταν όλα έτοιμα, το δωμάτιο αερισμένο και ζεστό. Αυτό βοήθησε την ασθενή να παραμείνει στη σωστή θερμοκρασία σώματος. Συνήλθε προοδευτικά από την νάρκωση(γενική) 4 ώρες αργότερα.</p>

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
Χειρουργικό τραύμα αριστερής και δεξιάς κοιλίας	<p>Να επουλωθεί το τραύμα το συντομότερο δυνατό.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών (όπως επιμόλυνση τραύματος)</p>	<p>Φροντίδα περιοχής χειρουργικού τραύματος με άσηπτη τεχνική.</p> <p>Χρησιμοποίηση αποστειρωμένου υλικού</p> <p>Συχνές αλλαγές στη περιοχή του τραύματος με άσηπτη τεχνική.</p> <p>Εκτίμηση και επανεκτίμηση τραύματος-έλεγχος παροχετεύσεων δεξιά και αριστερά, και καταγραφή χαρακτηριστικών αλλοιώσεων δέρματος ή τραύματος.</p> <p>Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή αυτών στο νοσηλευτικό διάγραμμα.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Διατροφική κ υδατοηλεκτρολυτική υποστήριξη της ασθενούς</p>	<p>Χρησιμοποιήθηκε αποστειρωμένο υλικό και πραγματοποιήθηκε περιποίηση της περιοχής του χειρουργικού τραύματος σε συνεργασία με τον γιατρό.</p> <p>Οι αλλαγές πραγματοποιήθηκαν μια φορά την ημέρα</p> <p>Πραγματοποιήθηκε έλεγχος των παροχετεύσεων:</p> <p>1^η ημέρα: Δεξιό coloplast με περιεχόμενο 300 cc αιματηρό και το αριστερό coloplast περιεχόμενο 200cc επίσης αιματηρό</p> <p>2^η ημέρα: με περιεχόμενο (ΔΕ) 200cc (ΑΡ) 20cc</p> <p>3^η ημέρα: περιεχόμενο (ΔΕ)180cc και (ΑΡ) 20cc</p> <p>4^η ημέρα: (ΔΕ)20cc και (ΑΡ) 20cc</p> <p>Ελήφθησαν ζωτικά σημεία με ΑΠ 120/75mm.Hg Θ:36° C Σφύξεις:70 και αναπνοές 18.</p>	<p>Το τραύμα επουλώθηκε χωρίς να παρουσιάσει καμμία επιπλοκή και η η παροχετεύση αφαιρέθηκε την 4^η μετεγχειρητική ημέρα.</p>

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
			Χορηγήθηκε το εξής σχήμα ορών: D/W 5% 1000cc 1X2 και N/S 1000cc 1X1	

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
<p>Πόνος στην περιοχή του τραύματος (λόγω χειρουργικής επέμβασης)</p>	<p>Να ανακουφιστεί η ασθενής από τον πόνο</p> <p>Να απαλλαγεί η ασθενής από το πόνο</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών</p>	<p>Τοποθέτηση της ασθενούς στην κατάλληλη ανατομική και λειτουργική θέση προς χάλαση των μυών ανακούφιση από το πόνο.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία</p> <p>Προαγωγή της ηρεμίας της ασθενούς – Ήσυχο περιβάλλον</p> <p>Εκτίμηση και επανεκτίμηση της περιοχής του τραύματος και της εξέλιξης του πόνου</p>	<p>Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση με σκοπό την χάλαση των μυών προκειμένου να ανακουφιστεί από τον πόνο.</p> <p>Χορηγήθηκε amp Zideron 75mg/ml IM σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Συστήθηκε στους συγγενείς να μην την κουράζουν με αποτέλεσμα να μειωθεί ο θόρυβος στο δωμάτιο.</p> <p>Η ασθενής δεν παρουσίασε επιδείνωση καθ' όλη την διάρκεια της μέρας.</p>	<p>Η ασθενής νιώθει ανακούφιση από το πόνο μετά την θέση που της δόθηκε και μετά την χορήγηση φαρμάκου ανακουφίστηκε πλήρως.</p> <p>Το ZIDERON υπάγεται στην κατηγορία των ναρκωτικών αναλγητικών. Η δεξτροπροποξυφαίνη (dextropropoxyphene) που περιέχεται στο φάρμακο είναι συνθετικός αγωνιστής των οπιοειδών. Ενώνεται με τους υποδοχείς οπιούχων και οδηγεί σε μείωση της αντίληψης των ερεθισμάτων του πόνου. Τα παραπάνω σε συνδυασμό και με την εξασφάλιση του ήσυχου περιβάλλοντος απάλλαξαν πλήρως την ασθενή από τον πόνο.</p>

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
<p>Πυρετός 38,4° C την 1^η μετεγχειρητική ημέρα.</p>	<p>Ανακούφιση της ασθενούς από τον πυρετό.</p> <p>Να επανέλθει η θερμοκρασία σώματος στα φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<p>Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων στο μέτωπο της ασθενούς.</p> <p>Συχνή θερμομέτρηση ανά 3ώρες και αναγραφή της θερμοκρασίας στο νοσηλευτικό διάγραμμα.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών ενδοφλεβίως για πρόληψη αφυδάτωσης.</p> <p>Να γίνει μέτρηση προσλαμβανόμενων αποβαλλόμενων υγρών για έλεγχο και διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.</p> <p>Εκτίμηση και επανεκτίμηση της θερμοκρασίας της ασθενούς.</p> <p>Χορήγηση ελαφριάς διαίτας.</p>	<p>Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα στο μέτωπο της ασθενούς ώστε να μειωθεί ο πυρετός.</p> <p>Έγινε 3ωρη θερμομέτρηση με τιμές: το απόγευμα της πρώτης ημέρας η ασθενής ανέβασε πυρετό 38,4. μετά από μια ώρα περίπου ο πυρετός αυξήθηκε στους 39° C.</p> <p>Την επόμενη ημέρα συνεχίστηκε η πυρετική κίνηση με θερμοκρασία που δεν ξεπέρασε τους 39° C.</p> <p>Χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με την ιατρική οδηγία επι πυρετου: amp Apotel 600mg/4ml IM</p> <p>Χορηγήθηκε το εξής σχήμα ορών: D/W 5% 1000cc 1X2 και N/S 1000cc 1X1</p> <p>Έγινε μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών με προσλαμβανόμενα 3000cc και 2500cc</p>	<p>Μετά την χορήγηση του Apotel σε συνδυασμό και με την τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων μειώθηκε σταδιακά η πυρετική κίνηση έως την 3^η μετεγχειρητική ημέρα που σταμάτησε εντελώς. Το Apotel έχει αναλγητικές και αντιπυρετικές ιδιότητες παρόμοιες με αυτές του ακετυλοσαλικυλικού οξέος και ασθενείς αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες. Είναι ασθενής αναστολέας της βιοσύνθεσης των προσταγλανδινών αν και υπάρχουν ενδείξεις ότι είναι πιο αποτελεσματική κατά των ενζύμων του ΚΝΣ από αυτά της περιφέρειας.</p> <p>Δεν διαπιστώθηκε διαταραχή του θρεπτικού ισοζυγίου και η ασθενής δεν εμφάνισε αφυδάτωση</p>

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
			<p>Η ασθενής την 3^η μετεγχειρητική μέρα ξεκίνησε ελαφριά διαίτα: πρωινό τσάι με φρυγανιά, μεσημεριανό σούπα με κοτόπουλο και το βράδυ ψητό κοτόπουλο με ρύζι.</p>	

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
<p>Μετάγγιση αίματος την 2^η μετεγχειρητική ημέρα λόγω αναιμίας Ht 30% (1 μονάδα συμπυκνωμένων ερυθρών)</p>	<p>Η ασθενής να μεταγγισθεί χωρίς να εμφανίσει αντιδράσεις.- Επιπλοκές</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών</p>	<p>Να ενημερωθεί η ασθενής για την μετάγγιση καθώς και οι συγγενείς της.</p> <p>Να ταυτοποιηθεί η φιάλη αίματος με τα στοιχεία της ασθενούς.</p> <p>Να γίνει έλεγχος της ημερομηνίας λήξης της φιάλης και επιβεβαίωση ότι η ομάδα αίματος του ασθενή είναι ίδια με αυτή της φιάλης και να έχει γίνει διασταύρωση.</p> <p>Να γίνει λήψη των ζωτικών σημείων και γενική εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς και να ενημερωθεί ο θεράπων ιατρός για να πραγματοποιηθεί έλεγχος-ταυτοποίηση και χορήγηση της φιάλης.</p> <p>Να γίνει εφαρμογή της συσκευής μετάγγισης με άσηπτη τεχνική</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία</p>	<p>Η ασθενής παρουσία των συγγενών της ενημερώθηκε για την διαδικασία της μετάγγισης. Ταυτοποιήθηκε η φιάλη αίματος με τα στοιχεία της ασθενούς και είναι η σωστή.</p> <p>Έγινε έλεγχος και επιβεβαιώθηκε ότι η ομάδα αίματος της ασθενούς ταιριάζει με αυτή της φιάλης. Η ασθενής έχει ομάδα A και Rh: θετικό. Έγινε διασταύρωση και η φιάλη φέρει την υπογραφή του υπεύθυνου νοσηλευτή από το χώρο της αιμοδοσίας και του γιατρού που την ζήτησε.</p> <p>Έγινε λήψη ζωτικών σημείων με ΑΠ: 136/73mm/Hg Θ: 36.2° C και ΣΦ: 73/min και ειδοποιήθηκε ο θεράπων ιατρός.</p> <p>Εφαρμόστηκε συσκευή μετάγγισης με άσηπτη τεχνική και χορηγήθηκαν συμπυκνωμένα ερυθρά παρουσία γιατρού.</p>	<p>Στην ασθενή ετέθη μια μονάδα συμπυκνωμένων ερυθρών παρουσία του εφημερεύοντα ιατρού. Η ασθενής ήταν υπό παρακολούθηση σε όλη την διάρκεια της μετάγγισης με λήψη ζωτικών σημείων κάθε 30 λεπτά. Η μετάγγιση ολοκληρώθηκε και η ασθενής δεν παρουσίασε κάποια επιπλοκή. Πριν γίνει η μετάγγιση στην ασθενή είχε χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή προκειμένου να αυξηθεί ο κυκλοφορούντος όγκος αίματος με: Την Human (ανθρώπινη λευκωματίνη) σταθεροποιεί την κυκλοφορούσα ποσότητα αίματος και μεταφέρει ορμόνες, ένζυμα, φάρμακα και τοξίνες. Το Abseamed προκαλεί διέγερση στον μυελό των οστών για την παραγωγή ερυθροκυττάρων. Λειτουργεί ακριβώς με τον ίδιο τρόπο με την φυσική ορμόνη (ερυθροποιητίνη).</p>

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
		Εκτίμηση- επανεκτίμηση της ασθενούς πριν, κατά την διάρκεια και μετά την μετάγγιση αίματος.	Ετέθη Human 1X1 (IV) και Abseamed 40000 μον. (IV) σύμφωνα με την ιατρική οδηγία	χορηγήθηκε στην ασθενή για να περιοριστεί ο κίνδυνος αναιμίας. Το αποτέλεσμα μετά τον συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και μετάγγισης αίματος ήταν να αυξηθεί η τιμή του αιματοκρίτη στο 35%.

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
<p>Ξηρότητα στοματικής κοιλότητας λόγω της νάρκωσης.</p>	<p>Ανακούφιση της ασθενούς από την ξηρότητα.</p> <p>Απαλλαγή ασθενή από την ξηρότητα και κακοσμία στοματικής κοιλότητας.</p>	<p>Εφύγραση της στοματικής κοιλότητας με port-cotton</p> <p>Χρήση αντισηπτικής φαρμακευτικής αγωγής και πλύσεις της στοματικής κοιλότητας για πρόληψη στοματίτιδας</p>	<p>Έγινε ύγραση των χειλιών της ασθενούς με port-cotton εμποτισμένο σε νερό.</p> <p>Πραγματοποιήθηκαν πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με Hexalen 10cc.</p>	<p>Η ασθενής ανακουφίστηκε μερικώς από την δίψα με το port cotton έως και την 4^η μετεγχειρητική ημέρα που ήπια νερό.</p> <p>Δεν παρουσιάστηκε στοματίτιδα λόγω φροντίδας της στοματικής κοιλότητας.</p> <p>Το Hexalen είναι ένα τοπικής χρήσης φάρμακο(στοματικό διάλυμα) με αντισηπτικές ιδιότητες, που δρα εναντίον πολλών μικροβίων και μυκήτων που ευθύνονται για τις λοιμώξεις της στοματοφαρυγγικής κοιλότητας.</p>

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
<p>Προετοιμασία εξόδου από το νοσοκομείο</p>	<p>Η ασθενής να είναι πλήρως ενημερωμένη και να γνωρίζει πλήρως την κατάστασή της πριν την έξοδο από το νοσοκομείο</p>	<p>Να δωθούν οι κατάλληλες οδηγίες και να τις κατανοήσει η ασθενής αλλά και κάποιος από τους συγγενείς της πριν την έξοδό της από το νοσοκομείο.</p> <p>Μείωση του άγχους-ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς για την πορεία της υγείας της.</p> <p>Διδασκαλία ασθενούς για πρόληψη εξάπλωσης του καρκίνου.</p> <p>Η ασθενής να επαναλάβει κάποια σημεία των οδηγιών ώστε να είναι σίγουρο ότι κατανόησε.</p>	<p>Οι οδηγίες που της δώθηκαν είναι:</p> <p>Συχνός αιματολογικός έλεγχος για μέτρηση Hct αλλά και για πρόληψη αναιμίας</p> <p>Έλεγχος του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA)</p> <p>Σωστή διατροφή πλούσια σε υδατάνθρακες και λευκώματα</p> <p>Να ακολουθείται σωστά το πλάνο μετεγχειρητικής παρακολούθησης με κολonosκόπηση, τεστ κοπράνων και εξετάσεις αίματος.</p> <p>Η ασθενής εξέφρασε τους φόβους της και πραγματοποιήθηκε διάλογος.</p> <p>Η ασθενής επανέλαβε τα σημεία που της ζητήθηκαν και διαπιστώθηκε ότι τα γνώριζε.</p>	<p>Η ασθενής μετά την συζήτηση φαινόταν να κατανόησε όσα συζητήσαμε και μειώθηκε το άγχος της. Το εξιτήριο βγήκε για την επόμενη ημέρα. Η ασθενής ήταν σε πολύ καλή ψυχολογική κατάσταση.</p>

5.7.2 Β' Κλινική περίπτωση

Ιστορικό ασθενούς:

Όνοματεπώνυμο:	Μ.Π
Φύλο:	Γυναίκα
Ηλικία:	73
Επάγγελμα:	Συνταξιούχος
Καταγωγή:	Ιθάκη
Ημερομηνία εισόδου:	1/11/2011
Αιτία εισόδου:	Έντονα κοιλιακά άλγη

Παρούσα κατάσταση:

Η ασθενής τον τελευταίο μήνα παρουσίασε διαταραχές ως προς τις συνήθειες αφόδευσης με εναλλαγή δυσκοιλιότητας και βλεννοαιματηρών κενώσεων. Τις τελευταίες μέρες παρουσίασε και έντονα κοιλιακά άλγη τα οποία ήταν και ο λόγος για να έλθει στο νοσοκομείο.

Ιατρικό ιστορικό:

Αρτηριακή υπέρταση υπό αγωγή και χειρουργείο προ 17ετίας (αρθροπλαστική δεξιού γόνατος).

Εργαστηριακές – Διαγνωστικές εξετάσεις

Πλήρης βιοχημικός και αιματολογικός έλεγχος.

Γενική εξέταση ούρων.

Σιγμοειδοσκόπηση.

Τελική διάγνωση

1. Καρκίνος σιγμοειδούς (διάγνωση με σιγμοειδοσκόπηση).
2. Αναιμία (χαμηλός Hct).

Η ασθενής εισήχθη στην χειρουργική κλινική και προγραμματίστηκε χειρουργείο αφαίρεσης της μάζας στο σιγμοειδές και αναστόμωση του εντέρου με μόνιμη κολοστομία.

<i>Αιματολογικός έλεγχος</i>	<i>Βιοχημικός έλεγχος</i>
Αιμοσφαιρίνη: 10,1 g/dl	Γλυκόζη: 88
Αιματοκρίτης: 30%	Ουρία: 44
Μέσος όγκος ερυθρών: 87 Fl	Κρεατινίνη: 0,86
Λευκά αιμοσφαίρια: 8500	Ουρικό οξύ: 5,4
Πολυμορφοπύρηνα: 55%	K: 4,6
Λεμφοκύτταρα: 47%	Na: 144
Αιμοπετάλια: 286 K/μl	γGt: 51
T.K.E: 101	LDH: 135
PT: 12	CPK: 125
PTT: 28	Χοληστερίνη: 122
	Τριγλυκερίδια: 110
<i>Γενική ούρων</i>	HDL: 45
Χροιά: Υποκίτρινη	SGOT: 28
Ειδικό βάρος: 1015	SGPT: 42
pH: 5,5	Ολική χολερυθρίνη: 1,12
Ερυθρά: 0-2	Ολικά λευκώματα: 6,3
Πυροσφαίρια: 0-2	Αλβουμίνη: 2,0
Λεύκωμα: -	
Σάκχαρο: -	
Ακετόνη: -	

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
<p>Δυσκοιλιότητα τον τελευταίο μήνα.</p>	<p>Να ανακουφιστεί η ασθενής από την δυσκοιλιότητα</p> <p>Να αποκατασταθεί η φυσιολογική λειτουργία του εντερικού σωλήνα</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών</p>	<p>Χορήγηση υδρικής διαίτας (τροφές πλούσιες σε κυτταρίνη)</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Δραστηριοποίηση-κινητικότητα της ασθενούς όσο αυτό είναι εφικτό</p> <p>Εφαρμογή υποκλυσμού εάν χρειαστεί και εκτίμηση αποτελέσματος.</p>	<p>Στην ασθενή εδόθη η εξής διαίτα: Το πρωί γάλα με φρυγανιές. Το μεσημέρι ψάρι με χόρτα και πορτοκάλι και το βράδυ βραστό κοτόπουλο σε σούπα με λαχανικά. Η ασθενής κατανάλωσε και άφθονα υγρά.(νερό)</p> <p>Τέθηκε Dulcolax supp.10mg 1X1 σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Η ασθενής σηκώθηκε και περπάτησε στο διάδρομό της κλινικής.</p> <p>Δεν χρειάστηκε να γίνει υποκλυσμός.</p>	<p>Η ασθενής ανακουφίστηκε από την δυσκοιλιότητα αφού αποκαταστάθηκε η λειτουργία του εντέρου. Η κυτταρίνη και άλλοι πολυσακχαρίτες που δεν πέπτονται προσθέτουν όγκο στα κόπρανα λόγω της ικανότητάς τους να κάνουν δεσμούς με το νερό και βοηθούν ιδιαίτερα στη διόδο των προϊόντων που πέπτονται και των προϊόντων που αποβάλλονται μέσω των εντέρων. Με αυτόν τον τρόπο βοηθούν στην πρόληψη και την θεραπεία της δυσκοιλιότητας. Το Dulcolax ανακουφίζει από τη δυσκοιλιότητα βοηθώντας το παχύ έντερο να επανέλθει στο φυσιολογικό του ρυθμό. διεγείρει την κίνηση των μυών του παχέος εντέρου, υποστηρίζοντας τη λειτουργία του πεπτικού συστήματος. Η κινητοποίηση της ασθενούς βοήθησε περισταλτικότητα και κινητικότητα του εντέρου</p>

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
Έντονα κοιλιακά άλγη	<p>Ανακούφιση ασθενούς από τα συμπτώματα.</p> <p>Να απαλλαγεί η ασθενής από τα κοιλιακά άλγη</p>	<p>Τοποθέτηση της ασθενούς στην κατάλληλη θέση: ανατομική και λειτουργική, προς χάλαση των κοιλιακών μυών ώστε να ανακουφιστεί.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρικά οδηγία.</p> <p>Λήψη ζωτικών σημείων και αναγραφή αυτών στο νοσηλευτικό διάγραμμα.</p> <p>Συχνή επανεκτίμηση της συμπτωματολογίας (κοιλιακά άλγη) της αρρώστου.</p>	<p>Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ύπτια θέση με κάμψη των γονάτων της προς την κοιλιακή χώρα.</p> <p>Χορηγήθηκε σπασμολυτικό φάρμακο σύμφωνα με την ιατρική οδηγία cap duspatalin 20mg 1x2.</p> <p>Τα ζωτικά σημεία της ασθενούς:</p> <p>ΑΠ: 130/70 mm/Hg Σφύξεις: 75/min Θ: 36,6° C</p> <p>Πραγματοποιήθηκε εκτίμηση και επανεκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς καθ' όλη την διάρκεια της ημέρας με την λήψη ζωτικών σημείων, με την χορήγηση φαρμάκου duspatalin, με την επισκόπηση και με την ακρόαση- επικοινωνία με την ασθενή</p>	<p>Η ασθενής ανακουφίστηκε πλήρως από τα άλγη στη κοιλιακή χώρα, σε αυτό συντέλεσε:</p> <p>Η θέση που δόθηκε βοήθησε την ασθενή και χαλάρωσε ο πόνος.</p> <p>Με την σπασμολυτική δράση του duspatalin η ασθενής ανακουφίστηκε από τους πόνους. Το Duspatalin, είναι ένα μυοτρόπο σπασμολυτικό με απευθείας δράση στις λείες μυϊκές ίνες του γαστρεντερικού σωλήνα, που επιφέρει ανακούφιση από το σπασμό χωρίς να επιδρά στη φυσιολογική κινητικότητα του εντέρου.</p>

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
<p>Προεγχειρητική ετοιμασία για αυριανό χειρουργείο. Ημικολεκτομή και μόνιμη κολοστομία</p>	<p>Η ασθενής να είναι καθ' όλα έτοιμη για το χειρουργείο.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών</p> <p>Προετοιμασία θαλάμου για επιστροφή της ασθενούς μετά την επέμβαση.</p>	<p>Σωματική τόνωση της ασθενούς.</p> <p>Φροντίδα υγιεινής του σώματος</p> <p>Εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου</p> <p>Ενημέρωση ασθενούς και φροντίδα πολύ καλής κένωσης του εντέρου με χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Προγραμματισμός υποκλυσμού και εκτίμηση αποτελέσματος.</p> <p>Διδασκαλία- Υπενθύμιση μετεγχειρητικής συμπεριφοράς προς αποφυγή επιπλοκών και ανακούφιση από τις μετεγχειρητικές δυσχέρειες.</p> <p>Χορήγηση προνάρκωσης σύμφωνα με την ιατρική οδηγία</p>	<p>Χορηγήθηκε τροφή πλούσια σε υδατάνθρακες, λευκώματα και βιταμίνες για 4 ημέρες πριν το χειρουργείο</p> <p>Δόθηκε ελαφριά τροφή τις δυο τελευταίες ημέρες πριν το χειρουργείο και οκτώ ώρες πριν η ασθενής μας παρέμεινε νηστική.</p> <p>Παράλληλα με την σωστή διατροφή η ασθενής έλαβε και υγρά παρεντερικώς διότι κατά το χειρουργείο θα χάσει υγρά και αίμα- πρόληψη επιπλοκών.(Dextroze 1X1 και N/S 0,9% 1X1 για 4 ημέρες)</p> <p>Έγινε λουτρό καθαριότητας στην ασθενή την προηγούμενη ημέρα της επέμβασης (αποφυγή μόλυνσης από το ακάθαρτο δέρμα) και καλλωπισμός της περιοχής με αποτρίχωση του εγχειρητικού πεδίου.</p> <p>Η ασθενής κοιμήθηκε 8 ώρες χωρίς να της χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή.(ήταν ήρεμη)</p>	<p>Η σωματική τόνωση της ασθενούς πραγματοποιήθηκε σε ικανοποιητικά επίπεδα με τη πρόσληψη θρεπτικών ουσιών από το στόμα και παρεντερικώς.</p> <p>Η καθαριότητα πραγματοποιήθηκε με επιτυχία.</p> <p>Η ασθενής λόγω της επάρκειας ύπνου και της καλής ψυχολογικής κατάστασης που βρισκόταν οδηγήθηκε στο χειρουργείο ήρεμη.</p> <p>Η κένωση του εντέρου με φαρμακευτική αγωγή ήταν επιτυχής και ο υποκλυσμός απέδωσε.</p> <p>Η διδασκαλία της ασθενούς για την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών πραγματοποιήθηκε και η ασθενής φαίνεται να κατανόησε τις οδηγίες που της δώθησαν</p> <p>Οι τιμές των ζωτικών σημείων δεν παρέκκλιναν των φυσιολογικών ορίων.</p>

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
		<p>Εκτίμηση της τελικής προεγχειρητικής ετοιμασίας. Λήψη ζωτικών σημείων Κένωση ουροδόχου κύστεως Ένδυση της ασθενούς</p>	<p>Επεξήγηση στην ασθενή ότι η κένωση του έντερου πραγματοποιείτε ώστε κατά την επέμβαση να αποφευχθεί η επιμόλυνση του χειρουργικού πεδίου αλλά κα για να γίνει με μεγαλύτερη ευχέρεια η επέμβαση από τον ιατρό. Η καθαριότητα του εντέρου πραγματοποιήθηκε με την χορήγηση καθαρτικών Clean-prep σε δυο δόσεις. Εδώθησαν 2 φακελάκια το την ημέρα πριν τη επέμβαση το πρωί και τα υπόλοιπα 2 φακελάκια το απόγευμα. Πραγματοποιήθηκαν δυο υποκλυσμοί με διαφορά 8 ωρών. Ο υποκλυσμός που πραγματοποιήθηκε ήταν υψηλός με ικανοποιητικά αποτελέσματα, τα οποία και καταγράφηκαν. Έγινε εκπαίδευση της ασθενούς για κινήσεις των άκρων και γρήγορη έγερση από το κρεβάτι για πρόληψη μετεγχειρητικών θρομβώσεων. Χορηγήθηκε στην ασθενή Amoxil 2gr peros</p>	<p>Η εγχείρηση έγινε: Δεξιά κολεκτομή και χαμηλή πρόσθια. Όγκος χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις.</p> <p>Κατά την επιστροφή της ασθενούς ήταν όλα έτοιμα, το δωμάτιο αερισμένο και ζεστό. Αυτό βοήθησε την ασθενή να παραμείνει στη σωστή θερμοκρασία σώματος. Συνήλθε προοδευτικά από την νάρκωση(γενική) 4 ώρες αργότερα.</p>

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
			<p>Garamycin και 1,5mg/kg IM την προηγούμενη ημέρα της επέμβασης και σημειώθηκε να χορηγηθεί η ίδια αγωγή 6ώρες μετά το χειρουργείο για πρόληψη μετεγχειρητικών λοιμώξεων.</p> <p>Για την πρόληψη της μετεγχειρητικής αναπνευστικής δυσχέρειας έγινε εκπαίδευση στην ασθενή ότι το πρόβλημα λύνεται συνήθως με κάποιες απλές τεχνικές όπως η βάδιση, ο βήχας και οι ασκήσεις αναπνοής ή η φυσιοθεραπεία στο στήθος. Τα ζωτικά σημεία της ασθενούς την ημέρα του χειρουργείου ήταν: ΑΠ:140/80 mm/Hg Σφύξεις: 75/min Θ: 36,6° C</p> <p>Η ασθενής πραγματοποίησε τις τελευταίες φυσικές της ανάγκες (κένωση ουροδόχου κύστεως) και φόρεσε την χειρουργική ενδυμασία.</p>	

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
			<p>Η ασθενής έλαβεIM πεθιδίνη 0,05gr και ατροπίνη 0.50gr.</p> <p>Έγινε η κατάλληλη τακτοποίηση της χειρουργικής κλίνης και του περιβάλλοντα χώρου.</p>	

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
<p>1^η μετεγχειρητική ημέρα Ήπια δύσπνοια.</p>	<p>Να ανακουφιστεί η ασθενής από την δύσπνοια.</p> <p>Να απαλλαγεί η ασθενής από την δύσπνοια.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών</p>	<p>Να δοθεί στην ασθενή κατάλληλη θέση προς διευκόλυνση της αναπνοής (ημι-Fowler)</p> <p>Χορήγηση O₂ σύμφωνα με την ιατρική οδηγία</p> <p>Λήψη φλεβικού αίματος</p> <p>Λήψη αρτηριακού αίματος για έλεγχο αερίων.</p> <p>Λήψη ζωτικών σημείων και αναγραφή αυτών στο νοσηλευτικό διάγραμμα.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p>	<p>Δόθηκε στην ασθενή η κατάλληλη θέση</p> <p>Χορηγήθηκε O₂ 100% στα 2lt με μάσκα Venturi</p> <p>Έγινε λήψη φλεβικού αίματος: D-dimers 1,69 και Τροπονίνη I 0,30 και Hct:31,5% και Hb:10,1g/dL</p> <p>Έγινε λήψη αρτηριακού αίματος προκειμένου να ελεγχθούν τα αέρια αίματος: ph: 7,36. PaCO₂:32,3. PaO₂:64,3 SaO₂: 92%</p> <p>Πραγματοποιήθηκε ΗΚΓ και Υπερηχογράφημα Καρδιάς: ανώμαλη λειτουργία δεξιάς κοιλίας, σύσταση για CTPA</p> <p>Πραγματοποιήθηκε Αξονική Αγγειογραφία Πνευμόνων (CTPA) η οποία ανέδειξε τμηματικό έλλειμμα δεξιού κάτω λοβού, υγρό άμφω, (περισσότερο δεξιά) και ατελεκτασίες.</p>	<p>Η ασθενής ανακουφίστηκε μερικώς από την δύσπνοια μετά την θέση που της δόθηκε και την χορήγηση οξυγόνου. Ο έλεγχος ανέδειξε πνευμονική εμβολή.</p> <p>Το clexane είναι είδος ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους (αντιπηκτικό φάρμακο) που χρησιμοποιείται για την πρόληψη των φλεβικών θρομβώσεων και των πνευμονικών εμβολών που μπορούν να συμβούν ιδιαίτερα μετά από μερικές χειρουργικές επεμβάσεις. Το solu-cortef είναι ένα αντιφλεγμονώδες φλοιοεπινεφριδικό στεροειδές που επιτρέπει την άμεσο ενδοφλέβια χορήγηση μεγάλων δόσεων υδροκορτιζόνης εντός μικρού όγκου διαλυτικού μέσου και είναι ειδικώς χρήσιμος όπου απαιτούνται ταχέως υψηλοί πυκνότητες υδροκορτιζόνης στο αίμα. Η ασθενής έως την έξοδό της από το νοσοκομείο δεν εμφάνισε κάποια ιδιαίτερη επιπλοκή</p>

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
			<p>Ζωτικά σημεία: ΑΠ: 175/94mm/Hg, ΣΦ:85/min και SpO₂ 96% με την χορήγηση οξυγόνου.</p> <p>Χορηγήθηκε στην ασθενή κορτιζόνη Solucortef 250mg IM με οδηγία γιατρού. Στην διάρκεια της ημέρας η ασθενής βρισκόταν υπό στενή παρακολούθηση με ωριαία μέτρηση ζωτικών σημείων και διούρησης.</p> <p>Χορηγήθηκε 20mg Lasix iv, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Και σύμφωνα με τον καρδιολόγο ετέθη D/W 5%250cc + Nitroligual 25mg με Dial-flow (συσκευή μικροσταγόνων) στις 20 μικροσταγόνες.</p> <p>Έναρξη Clethane 0,6mgX2 και Sintrom (1x1)</p>	

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
<p>Η ασθενής αναφέρει 2 μέλαινες κενώσεις, (2^η μετεγχειρητική ημέρα)</p>	<p>Να ανακουφιστεί η ασθενής από τις μέλαινες κενώσεις.</p> <p>Να απαλλαγεί από τις μέλαινες κενώσεις</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών</p>	<p>Λήψη φλεβικού αίματος για αιματολογικό έλεγχο (Ht, Hb)</p> <p>Συχνή λήψη ζωτικών σημείων και αναγραφή αυτών στο νοσηλευτικό διάγραμμα.</p> <p>Ενημέρωση της ασθενούς για παραμονή στο κρεβάτι.</p> <p>Συνεχής ενημέρωση του γιατρού για την κατάσταση.</p> <p>Προετοιμασία συγγενών για εύρεση αίματος σε περίπτωση μετάγγισης.</p>	<p>Ο αιματολογικός έλεγχος ανέδειξε μεγάλη πτώση της τιμής του αιματοκρίτη στο 29% και αιμοσφαιρίνης στο 9,8 gr/dl.</p> <p>Τα ζωτικά σημεία της ασθενούς ήταν: ΑΠ:143/86 mm/Hg Σφύξεις: 69 /min Θ: 36,6° C</p> <p>Η ασθενής ενημερώθηκε και παρέμεινε στο κρεβάτι όλη την ημέρα.</p> <p>Η ασθενής μεταγγίσθηκε με μια μονάδα συμπυκνωμένων ερυθρών (RBC) και δυο μονάδες πλάσμα(FFP)</p>	<p>Οι μέλαινες κενώσεις μειώθηκαν και σταμάτησαν εντελώς την 5^η μετεγχειρητική ημέρα. Η ασθενής εκτός από την αναιμία δεν εμφάνισε κάποια άλλη επιπλοκή εξαιτίας των μέλαινων κενώσεων.</p>

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
<p>Μετάγγιση αίματος: Θα λάβει μια μονάδα RBC (συμπυκνωμένα ερυθρά) και 2 μονάδες FFP (πλάσμα) λόγω αναιμίας. (Ht 29%) .</p>	<p>Η ασθενής να μεταγγισθεί χωρίς να εμφανίσει αντιδράσεις.- Επιπλοκές</p> <p>Να αυξηθεί η τιμή του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης σε φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<p>Να ταυτοποιηθεί η φιάλη αίματος με τα στοιχεία της ασθενούς.</p> <p>Να γίνει έλεγχος της ημερομηνίας λήξης της φιάλης και επιβεβαίωση ότι η ομάδα αίματος του ασθενή είναι ίδια με αυτή της φιάλης και να έχει γίνει διασταύρωση.</p> <p>Να γίνει συχνή λήψη των ζωτικών σημείων και γενική εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς.</p> <p>Να γίνει εφαρμογή της συσκευής μετάγγισης με άσηπτη τεχνική</p> <p>Εκτίμηση και επανεκτίμηση της ασθενούς κατά την διάρκεια και μετά την μετάγγιση.</p>	<p>Ταυτοποιήθηκε η φιάλη αίματος με τα στοιχεία της ασθενούς και είναι η σωστή.</p> <p>Έγινε έλεγχος και επιβεβαιώθηκε ότι η ομάδα αίματος της ασθενούς ταιριάζει με αυτή της φιάλης. Η ασθενής έχει ομάδα αίματος 0 με Rh: θετικό. Έγινε διασταύρωση και η φιάλη φέρει την υπογραφή του υπεύθυνου νοσηλευτή από το χώρο της αιμοδοσίας και του γιατρού που την ζήτησε.</p> <p>Έγινε λήψη ζωτικών σημείων ανά μισάωρο με ΑΠ:116/67 Θ:35.7° C και ΣΦ: 73/min.</p> <p>Εφαρμόστηκε συσκευή μετάγγισης με άσηπτη τεχνική.</p> <p>Στην ασθενή ετέθη μια μονάδα συμπυκνωμένων ερυθρών στις 4.00μμ. Το πλάσμα δόθηκε στις 7.00μμ η πρώτη μονάδα και στις 8.00 μμ η δεύτερη, παρουσία του</p>	<p>Η ασθενής μεταγγίσθηκε και πήρε όλο το προγραμματισμένο αίμα χωρίς να εμφανίσει κάποια ιδιαίτερη αντίδραση – επιπλοκή. Η τιμή του αιματοκρίτη ανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα(33%) καθώς και η τιμή της αιμοσφαιρίνης (10,3g/dl)</p>

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
			<p>ιατρού. Η ασθενής ήταν υπό παρακολούθηση σε όλη την διάρκεια της μετάγγισης με λήψη ζωτικών σημείων κάθε 30 λεπτά, αλλά και μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας της μετάγγισης (πρόληψη επιπλοκών-αντίδρασεων).</p>	

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
<p>Λιποθυμικό επεισόδιο με παροδική απώλεια αισθήσεων</p>	<p>Να επανέλθει η ασθενής στις φυσιολογικές πνευματικές λειτουργίες του εγκεφάλου και γενικότερα όλου του οργανισμού.</p>	<p>Να τοποθετηθεί η ασθενής σε ύπτια θέση με ανυψωμένα τα κάτω άκρα (θέση Tradelenburg) Μέτρηση ζωτικών σημείων και καταγραφή τους στο νοσηλευτικό διάγραμμα.</p> <p>Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών (ενδοφλέβια)</p> <p>Νευρολογική εκτίμηση της κλίμακας της Γλασκώβης.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής αν κριθεί απαραίτητο από το γιατρό.</p>	<p>Ανύψωση των κάτω άκρων και η ασθενής σταδιακά επανήλθε στις αισθήσεις της σε φυσιολογικά επίπεδα.</p> <p>ΑΠ:97/67 mm/Hg ΣΦ: 105/min</p> <p>Ετέθη ορός Ringers 500cc σε γρήγορη ροή με οδηγία γιατρού και έγινε χορήγηση οξυγόνου με μάσκα venturi 30% στα 6lt.</p> <p>Η νευρολογική εκτίμηση πραγματοποιήθηκε. Στην αρχή η ασθενής ήταν αποπροσανατολισμένη στην ομιλία της. Τα μάτια της παρέμειναν κλειστά για λίγο. Παροδικά ανέκτησε τις δυνάμεις της και συνήλθε.</p>	<p>Η ασθενής ανέκτησε τις αισθήσεις της σε σχετικά μικρό χρονικό διάστημα μετά από τα λαμβανόμενα ιατρονοσηλευτικά μέτρα.</p>

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
<p>Η ασθενής φέρει μόνιμη αριστερά κολοστομία.</p>	<p>Φροντίδα κολοστομίας. Η κολοστομία της αρρώστου να λειτουργεί ικανοποιητικά</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών</p>	<p>Φροντίδα της κολοστομίας και της πέριξ περιοχής με άσηπτη τεχνική τα πρώτα 24ώρα</p> <p>Να ληφθούν μέτρα ώστε η ασθενής να αισθάνεται άνετα κατά την κένωση του εντέρου</p> <p>Να δοθεί αναπαυτική θέση στην ασθενή ώστε να παρακολουθεί την διαδικασία φροντίδας του στομίου</p> <p>Να γίνει αντισηψία χεριών από το νοσηλευτικό προσωπικό και να φορεθούν γάντια</p> <p>Να γίνει περιποίηση του στομίου αλλά και του δέρματος γύρω από αυτό.</p> <p>Προστασία του δέρματος γύρω από τη στομία από ερεθισμό και μόλυνση</p> <p>Γνωστοποιούμε στην ασθενή πόσο σημαντική είναι η ισορροπημένη διατροφή.</p>	<p>Πραγματοποιήθηκε η φροντίδα της στομίας με άσηπτη τεχνική για 4 ημέρες.</p> <p>Τοποθετήθηκε παραβάν και απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες. Αφού αισθάνθηκε άνετα τοποθετήθηκε η ασθενής σε ύπτια θέση και το τετράγωνο αδιάβροχο κάτω από το σώμα της ασθενούς.</p> <p>Έγινε αφαίρεση του σάκου και απομάκρυνση του υλικού στο σάκο των ακρήστων. Με κυκλικές κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια έγινε η περιποίηση με βαμβάκι βρεγμένο με χλιαρό νερό και το στόμιο με PhisoHex και ισότονο διάλυμα NaCl, με λαβίδα αρχίζοντας από το κέντρο προς την περιφέρεια με κυκλικές κινήσεις. Έγινε επάλειψη της περιοχής με Skin gel για αποφυγή ερεθισμού.</p>	<p>Η κολοστομία της ασθενούς λειτούργησε σε ικανοποιητικό βαθμό.</p>

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
			<p>Εφαρμόστηκε πρώτα το κάτω μέρος της αυτοκόλλητης επιφάνειας του νέου σάκου ακριβώς κάτω από το στόμιο και σταθερά προς τα έξω ισιώνοντας έτσι την αυτοκόλλητη επιφάνεια. Με τον ίδιο τρόπο εφαρμόστηκε και το πάνω μέρος.</p> <p>Συστήθηκε στην ασθενή ένα υγιεινό πρόγραμμα διατροφής, που θα πρέπει να ακολουθεί, χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά με μέτρια λήψη ινών. Τα φρούτα, οι χυμοί τους και οι ντομάτες μπορεί να προκαλέσουν συχνές κενώσεις</p>	

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
<p>Ψυχολογικό πρόβλημα της ασθενούς από την κολοστομία (δυσκολία αποδοχής της κολοστομίας)</p>	<p>Η ασθενής να αποδεχθεί την αλλαγή του σωματικού ειδώλου της και να είναι σε θέση να φροντίσει την κολοστομία</p>	<p>Συνεχής επικοινωνία με ασθενή και την οικογένεια της.</p> <p>Παρότρυνση της ασθενούς να εκφράσει τις απορίες και τους φόβους της.</p> <p>Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς και οικογένειας.</p> <p>Φροντίδα ώστε να επικοινωνήσει η ασθενής με άλλον ασθενή με το ίδιο πρόβλημα.</p> <p>Αναζήτηση βοήθειας από ειδικό ψυχολόγο αν κριθεί αναγκαίο.</p>	<p>Πραγματοποιήθηκε διάλογος με την ασθενή παρουσία και των μελών της οικογένειας προκειμένου να ενημερωθούν πλήρως για την νέα κατάσταση.</p> <p>Η ασθενής εξέφρασε τους φόβους της και την ανασφάλεια που της προκαλεί η κατάσταση</p> <p>Συμπαράσταση της ασθενούς και διαβεβαίωση ότι πολλοί άνθρωποι με το ίδιο πρόβλημα έχουν θεραπευτεί και είναι πλέον υγιείς.</p> <p>Η επαφή πραγματοποιήθηκε με μια άλλη ασθενή μικρότερης ηλικίας που έφερε κολοστομία τα 2 τελευταία χρόνια. Συζήτησαν για αρκετή ώρα και μοιράστηκαν τους ίδιους φόβους.</p> <p>Δεν χρειάστηκε βοήθεια από ψυχολόγο.</p>	<p>Η ασθενής ανακουφίστηκε μετά την συζήτηση με το προσωπικό. Φαίνεται να βοήθησε και η παρουσία των μελών της οικογένειας διότι φάνηκαν να κατανοούν την αναγκαιότητα της κολοστομίας και ήδη πρόσφεραν ψυχολογική υποστήριξη στην ασθενή γνωστοποιώντας της ότι θα το αντιμετωπίσουν μαζί. Αυτό που την βοήθησε περισσότερο ήταν η επαφή με άτομα που είχαν το ίδιο πρόβλημα αλλά το είχαν αποδεχθεί και είχαν προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση του σώματός τους. Η ασθενής συνεργαζόταν με το προσωπικό κατά την διάρκεια φροντίδας της κολοστομίας. Η ασθενής ενισχύθηκε ψυχικά με αποτέλεσμα να αποκτήσει θάρρος και πεποίθηση για το μέλλον και τις αλλαγές που επιφέρει.</p>

Προβλήματα-Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελέσματος.
<p>Προετοιμασία εξόδου από το νοσοκομείο</p>	<p>Η ασθενής να είναι πλήρως ενημερωμένη και να γνωρίζει τα σχετικά με την περίπτωση της πριν την έξοδο από το νοσοκομείο.</p>	<p>Να δωθούν οι κατάλληλες οδηγίες και να τις κατανοήσει η ασθενής αλλά και κάποιος από τους συγγενείς της πριν την έξοδό της από το νοσοκομείο.</p> <p>Μείωση του άγχους-ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς για την πορεία της υγείας της.</p> <p>Διδασκαλία ασθενούς για πρόληψη εξάπλωσης του καρκίνου.</p> <p>Η ασθενής να επαναλάβει κάποια σημεία των οδηγιών ώστε να είναι σίγουρο ότι κατανόησε</p> <p>Εκτίμηση ποσοτικής και ποιοτικής λειτουργικότητας του εντέρου από την κολοστομία.</p> <p>Εκτίμηση της περιοχής πέριξ της κολοστομίας (δέρμα- αλλαγή χρώματος)</p> <p>Τακτική ενημέρωση του οικογενειακού ιατρού.</p>	<p>Οι οδηγίες που της δώθηκαν είναι:</p> <p>Συχνός αιματολογικός έλεγχος για μέτρηση Hct αλλά και για πρόληψη αναιμίας</p> <p>Έλεγχος του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA)</p> <p>Σωστή διατροφή πλούσια σε υδατάνθρακες και λευκώματα</p> <p>Να ακολουθείται σωστά το πλάνο μετεγχειρητικής παρακολούθησης με κολonosκόπηση, τεστ κοπράνων και εξετάσεις αίματος.</p> <p>Η ασθενής εξέφρασε τους φόβους της και πραγματοποιήθηκε διάλογος.</p> <p>Η ασθενής επανέλαβε τα σημεία που της ζητήθηκαν και διαπιστώθηκε ότι τα γνώριζε.</p>	<p>Η ασθενής φάνηκε ότι ήταν σίγουρη για την εξατομικευμένη φροντίδα της και πλήρως ικανοποιημένη. Την επόμενη μέρα αποχώρησε από το νοσοκομείο.</p>

Συμπεράσματα

- ❖ Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι μια μορφή καρκίνου με μεγάλο ποσοστό θνησιμότητας και αποτελεί μείζον πρόβλημα υγείας σε παγκόσμια κλίμακα.
- ❖ Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι αρκετά επιθετικός καθώς όταν δίνει συμπτώματα βρίσκεται, συνήθως, σε προχωρημένο στάδιο.
- ❖ Η αιτιολογία του καρκίνου του παχέος εντέρου δεν έχει διευκρινιστεί αλλά από τα υπάρχοντα δεδομένα φαίνεται ότι δημιουργείται μέσω μιας πολυσταδιακής διαδικασίας με αλληλεπίδραση ποικίλων γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.
- ❖ Ο πολύποδας δεν ισούται με καρκίνος.
- ❖ Ο τρόπος ζωής και οι διατροφικές συνήθειες παίζουν σπουδαίο ρόλο στην εμφάνιση αυτής της μορφής καρκίνου.
- ❖ Η πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου, κυρίως μετά την ηλικία των 50ετών, αποτελεί σημαντική παράμετρο για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση.
- ❖ Στην πρόληψη αλλά και στην ενημέρωση του κοινού οφείλει να συμβάλλει το νοσηλευτικό προσωπικό που βρίσκεται συνεχώς σε επαφή με τον ασθενή.
- ❖ Στην αποκατάσταση ασθενή με καρκίνο παχέος εντέρου η stoma therapist θα παίξει καθοριστικό ρόλο.
- ❖ Οι ασθενείς με «παρά φύσιν» έδρα αντιμετωπίζονται ως ιδιαίτεροι ασθενείς, με ιδιαίτερα προβλήματα και μεγαλύτερη κατανόηση των αναγκών τους από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Προτάσεις

- ❖ *Εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής Υγείας από την πολιτεία με θέμα την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου.*
- ❖ *Να υπάρξει μεγαλύτερη εξειδίκευση του νοσηλευτικού προσωπικού στην νοσηλεία καρκινοπαθών.*
- ❖ *Κατάλληλος εξοπλισμός στα νοσοκομεία με μηχανήματα και μείωση του κόστους των διαγνωστικών εξετάσεων.*
- ❖ *Επαρκής πληροφόρηση του κοινού από τα ΜΜΕ για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου.*
- ❖ *Σε κάθε νοσοκομείο είναι απαραίτητο να υπάρχει ειδικό τμήμα ψυχικής υποστήριξης και αποκατάστασης ασθενών με κολοστομία.*
- ❖ *Δημιουργία ειδικών κέντρων εκπαίδευσης και διδασκαλίας του αρρώστου με κολοστομία αλλά και της οικογένειάς του που θα συμβάλλει στην προαγωγή της αυτοφροντίδας του.*

Περίληψη

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ο συχνότερος καρκίνος του πεπτικού συστήματος και αποτελεί την δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου από νεοπλασμάτα μετά τον καρκίνο του πνεύμονα στους άνδρες και τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες. Από το γεγονός αυτό προκύπτει ότι αυτή η μορφή καρκίνου αποτελεί ένα τεράστιο πρόβλημα δημόσιας υγείας στις χώρες του Δυτικού κόσμου.

Σκοπός του παρόντος συγγράμματος είναι η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου που οδηγούν στην καρκινογένεση του παχέος εντέρου καθώς και η νοσηλευτική προσέγγιση αυτής της σοβαρής μορφής καρκίνου. Η αιτιοπαθογένεια του καρκίνου στο παχύ έντερο παραμένει άγνωστη και όπως προκύπτει από τα υπάρχοντα δεδομένα δημιουργείται μέσω μιας πολυσταδιακής διαδικασίας, όπου ευθύνονται γενετικοί και διατροφικοί παράγοντες. Ο συνηθής τύπος καρκινώματος του παχέος εντέρου είναι το αδενοκαρκίνωμα. Η κλινική εικόνα των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου ποικίλει ανάλογα με την εντόπιση του όγκου. Η συμπτωματολογία, κατά κανόνα, εκφράζεται με κάποια αλλαγή στις κενώσεις και στον τρόπο λειτουργίας του εντέρου. Η διαγνωστική προσέγγιση τίθεται από το ιστορικό, την κλινική εξέταση, τα εργαστηριακά ευρήματα και τις απεικονιστικές μεθόδους. Η θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι, κατά κανόνα, χειρουργική αλλά μπορεί και να συνδυαστεί με χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Όσον αφορά την πρόγνωση του καρκίνου στο παχύ έντερο, εξαρτάται βασικά από το στάδιο κατά το οποίο τέθηκε η πρώτη διάγνωση αλλά και από την θεραπευτική αντιμετώπιση που πραγματοποιήθηκε. Η ελπίδα αύξησης της επιβίωσης ασθενών με καρκίνο στο παχύ έντερο στηρίζεται στην πρόληψη η οποία βοηθά στην έγκαιρη διάγνωση. Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι καθοριστικός ως προς την παροχή ενημέρωσης στο κοινό για την πρόληψη αυτής της μορφής καρκίνου. Τέλος, σημαντικό μέλημα των υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα των νοσηλευτών είναι η αποκατάσταση των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου. Ο νοσηλευτής οφείλει να έχει τα απαραίτητα εφόδια για να υποστηρίξει τον άρρωστο και την οικογένειά του στις φυσικές, κοινωνικές και ψυχολογικές ανάγκες που προκύπτουν.

Συμπερασματικά, ο καρκίνος του παχέος εντέρου αυξάνεται με ραγδαίους ρυθμούς για αυτό το λόγο θα πρέπει να υπάρξει ευαισθητοποίηση του κοινού και σχετική ενημέρωση από τους φορείς υγείας. Η ενημέρωση αλλά και η ευαισθητοποίηση θα συντελέσει καθοριστικά στην πρόληψη και στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου στο παχύ έντερο.

Summary

Colon cancer is the most common cancer of the digestive system and is the second leading cause of death from tumors after lung cancer in men and breast cancer in women. From this appears that this form of cancer is a major public health problem in Western countries.

The purpose of this paper is to explore the risk factors leading to colon carcinogenesis and the nursing approach to this serious form of cancer. The etiopathogenesis of colon cancer remains unknown and, according to existing data, it is caused by a multistage process, where genetic and dietary factors are considered important. The usual type of carcinoma of the colon is the adenocarcinoma. The clinical presentation of carcinoma of the colon varies depending on the tumor location. The symptoms usually expressed as a change in stools and bowel functioning. The diagnostic approach is the history, physical examination, laboratory findings and imaging techniques. The treatment of colon cancer is usually surgical but may be combined with chemotherapy and radiotherapy. As far as the prognosis of colon cancer is concerned, it depends on the main stage which was the first diagnosis and the treatment performed. The hope of increased survival of patients with colon cancer is based on prevention, which is related to early diagnosis. The role of nurses is crucial in providing information to the public for the prevention of this cancer. Finally, an important asset is the role of health services and especially the nurses' in the rehabilitation process of patients with colorectal cancer. Nurses must have the necessary skills to support the patients and their family in all physical, social and psychological needs that arise.

In conclusion, colorectal cancer is increasing rapidly. For this reason there should be public awareness and information from health care providers. Information and awareness will contribute decisively to the prevention and early diagnosis of cancer in the colon.

Βιβλιογραφία

1. *Jessica Corner -Christopher Bailey*, Νοσηλευτική ογκολογία, Επιμέλεια- Μετάφραση Ελισάβετ Πατηράκη, Επίτομος, Έκδοση πρώτη, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2006, σ. 4, 202-205
2. *Ράπτης Σωτήριος Α.*, Εσωτερική Παθολογία, Τόμος δεύτερος, Δεύτερη Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε, Αθήνα 2006, σ.1116, 1119
3. *Μανουσάκης Απόστολος*, Ογκολογία Πεπτικού, Τόμος 5, Τεύχος 1, Ιανουάριος-Απρίλιος, Αθήνα 2005, σ.175,
4. *John E. King M.D*, Mayo Clinic, Πεπτικό σύστημα, Μετάφραση: Χριστίνα Ελιασιά, Επίτομος, Έκδοση Πρώτη, Εκδόσεις: Μοντέρνοι καιροί, Αθήνα 2001, σ.105-109
5. *Παπαδημητρίου Μ.*, Εσωτερική Παθολογία, Πρώτος Τόμος, Έκδοση Πρώτη, Εκδόσεις: University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1998, σ.635-636, 648-650,654
6. *Καραδήμας Ε.*, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια Νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, τεύχος: Οκτώβριος 2003-Ιανουάριος 2004, Εκδόσεις: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα 2004, σ.78, 81-82
7. *Χατζηγιάννης Στέφανος*, Παθολογία Ι, Πρώτος τόμος, Έκδοση Πρώτη, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2002, σ.391-392, 394
8. *Χρυσίδης Θωμάς*, Έλεγχος πληθυσμού για την έγκαιρη διάγνωση ασυμπτωματικών νεοπλασιών του καρκίνου του παχέος εντέρου, Διδακτορική Διατριβή, Εκδόσεις: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 2004, σ.19, 24-25
9. *Barbara R. Henger- Esthel Caldwell*, Εισαγωγή στη Γενική Νοσηλευτική, Μετάφραση: Καλαβρουζιώτης Γεώργιος, Πρώτος Τόμος, Έβδομη Έκδοση, Εκδόσεις «Ελλην», Αθήνα 1999, σ.65
10. *Berne M.D, Lery N.M*, Αρχές φυσιολογίας, Μετάφραση: Βουκελάτου Γ. Αγγελάτου Γ., Επίτομος, Έκδοση Δεύτερη, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης, Ηράκλειο 2002, σ.25-26
11. *Luiz Carlos Junqueira, Jose Carneiro*, Βασική Ιστολογία III , Μετάφραση: Κιττάς Χρήστος, Τόμος Δεύτερος, 5^η Εελληνική Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2004, σ.424-427
12. *Christian Barnard*, Το ανθρώπινο σώμα μια τέλεια μηχανή, Μετάφραση: Τσαντάλια Κώστας, Πρώτος Τόμος, Έκδοση Πρώτη, Αθήνα 1986, σ.126-127
13. *Keith L. Moore*, Κλινική Ανατομία Ι, Μετάφραση: Δημητρίου Στ. Θέσπης, Πρώτος Τόμος, Τρίτη Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1998, σ.239-244

14. *Σμπαρούνης Χαράλαμπος*, Γενική Χειρουργική, Τόμος Γ, Έκδοση Πρώτη, Εκδόσεις: University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1991, σ.886-887
15. *Lucille Keir, Barbara A. Wise, Connie Krebs*, Ανατομία και Φυσιολογία του Ανθρώπινου Σώματος, Μετάφραση: Ταλαντοπούλου Μαρία, Πρώτος τόμος, Τρίτη Έκδοση, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», Αθήνα 1996, σ.167-169, 170
16. *Αλέξανδρος Ε. Άγιος*, Περιγραφική & Εφαρμοσμένη Ανατομική, Επίτομος, Πρώτη Έκδοση, Εκδόσεις: University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2007, σ.76
17. *Αποστολίδης Νικόλαος*, Συνοπτική Γενική Χειρουργική, Επίτομος, Πρώτη Έκδοση, Εκδόσεις: Επτάλοφος Α.Ε.Β.Ε.Ε, Αθήνα 1987, σ.144-145
18. *J.G McGeown*, Συνοπτική φυσιολογία του Ανθρώπου, Μετάφραση: Μολυβδάς Π. Γουργουλάνης Κ. Χατζηευθυμίου, Επίτομος, Δεύτερη Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2008, σ.188-189
19. *Κίτρου Μιχάλης*, Σημειώσεις Φυσιολογίας, Εκδόσεις ΑΤΕΙ Πατρών, Πάτρα 2004, σ.99-100
20. *Richard J. Aspinall, Simon D. T aylor- Robinson*, Έγχρωμο Εγχειρίδιο Γαστρεντερολογίας και Ηπατολογίας, Μετάφραση: Ηλίας Μάλλας- Δημήτριος Καραμανώλης, Επίτομος, Πρώτη Έκδοση, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2005, σ. 93,
21. *Ρήγας Αναστάσιος Μ.*, Χειρουργικές Παθήσεις Πεπτικού Συστήματος «Αλγοριθμικοί Πίνακες» Επίτομος, Πρώτη Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1983, σ.261
22. *Arthur C. Gayton M.D.*, Φυσιολογία του Ανθρώπου, Μετάφραση: Ευαγγέλου Α., Επίτομος, Πέμπτη Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992, σ.749
23. *Malin Dollinger M.D, Ernest Rosenb um M.D, Greg Cable*, Ο καρκίνος, Διάγνωση και Πρόληψη, Θεραπεία και καθημερινή Αντιμετώπιση, ένας οδηγός για όλους, Μετάφραση: Μαθάς Χ. Λαμπρόπουλος Σ Αναγνωστοπούλου Β., Πρώτος Τόμος, Πρώτη Έκδοση, Εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα 1992, σ.187,372
24. *The British Medical Association*, Ιατρικό Εγκυκλοπαιδικό Λεξικό, Μετάφραση: Αγγελόπουλος Α. Μουτσόπουλος Χ. Παπαδόπουλος και άλλοι, Επίτομος, Πρώτη Έκδοση, Ιατρικές Εκδοσεις Λίτσας, Αθήνα 2001, σ.628
25. *Αζαρίδης Δημήτριος Π.*, Μεταπτυχιακή Χειρουργική, Τόμος Δεύτερος, Πρώτη Έκδοση, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1993, σ.1554-1556, 1558-1559

26. *Denis Burkitt*, Οι φυτικές ίνες: Η βάση της υγιεινής διατροφής, Μετάφραση: Τζελέπογλου Ελένη, Επίτομος, Πρώτη Έκδοση, Εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα 1993, σ.68
27. *Σχιζιάς Σταύρος*, Κακοήθη Νεοπλάσματα Οισοφάγου, Λεπού και Παχέος Εντέρου, Παράθεσή στοιχείων για Ελλάδα, Ευρώπη και υπόλοιπο κόσμο, Πτυχιακή μελέτη, Υπεύθυνος Καθηγητής: Σταυρινός Β., Εκδόσεις: Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα 2003-2004, σ.28
28. *Richard L. Drake, Wayne Vogl, Adam Mitchell*, Greys Ανατομία, Μετάφραση: Σκανδαλάκης Παναγιώτης, Τόμος 1&2, 2^η Ελληνική Έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2007, σ.399
29. *Παναγιώτης Γλεντής*, Καρκίνος παχέος εντέρου και ορθού, <http://www.iator.gr/2011/04/10/karkinos-paxeos-enteroy-kai-orthoy>, 10 Απριλίου 2011, προσπελάστηκε 10 Ιανουαρίου 2012
30. *Μπεσμπέας Σ.*, Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου και αποκατάσταση του καρκινοπαθούς- Σεμινάρια Νοσηλευτών, Εκδόσεις: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991, σ.35, 43-45
31. *Γολεμάτης Βασίλειος*, Χειρουργική Παθολογία, Τόμος δεύτερος, Πρώτη Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1991, σ.1082-1083,1084-1086, 1088
32. *Γαρδίκια Κ.Α.*, Ειδική Νοσολογία, Τόμος Πρώτος, Δ' Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε, Αθήνα 2000, σ.406-407
33. *Κοσμίδης Π. Τριανταφυλλίδης Γ.*, Ογκολογία του πεπτικού συστήματος, Επίτομος, πρώτη Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1991, σ.231-233
34. *Alastair M. Thompson*, Χειρουργική Ανατομία Κλινική εξέταση, Μετάφραση: Γερασιμίδης Θωμάς, Επίτομος, Πρώτη έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2004, σ.58
35. *Παγκαλτσος Ασήμης*, Στοιχεία Παθολογίας, Επίτομος, Πρώτη έκδοση, Εκδόσεις Δημοπούλου, Θεσσαλονίκη 2002, σ.190
36. *Σαχίνη-Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία*, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος Δεύτερος, Β' Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2006, σ.280, 406-423
37. Ογκολογικό κέντρο, Κατανοώντας τον καρκίνο του παχέος εντέρου, www.bococ.org.cy/cache/851ddf5058cf22df63d3344ad89919cf.doc, προσπελάστηκε 5 Δεκεμβρίου 2010

38. *Παυλίδης Νικόλαος*, Εισαγωγή στην κλινική Ογκολογία, Επίτομος, Πρώτη Έκδοση, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 2004, σ.45-46, 56-57
39. *Παπαδημητρίου Κωνσταντίνος*, Ειδική Παθολογική Ανατομική (Συστηματική Παθολογία) Επίτομος, Πρώτη Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1990. σ. 214-218
40. *Ελληνική εταιρεία ογκολογίας Πεπτικού*, Θεραπευτικές εξελίξεις - Πρόσφατα επιτεύγματα <http://www.coloncancer.gr/index.php?section=677>, προσπελάστηκε 7 Δεκεμβρίου 2010
41. *Stephen McPhee*, Παθολογική Φυσιολογία, Μετάφραση: Μουτσόπουλος Χαράλαμπος, Επίτομος, Δεύτερη Έκδοση, Αθηνά 2000, σ.148-150
42. *Χειρουργική κλινική Νοσοκομείο «Ερρίκος Ντυνάν»*, Λαπαροσκοπικές κολεκτομές, <http://www.lapcolectomy.org/index.php/lapcolectomy/training/patients/p>, προσπελάστηκε 7 Δεκεμβρίου 2010
43. *Καραγεωργόπουλος Σ. Τσίκος Ν.*, Πρακτική άσκηση Νοσηλευτικής II, επίτομος, Δεύτερη έκδοση, Εκδόσεις «Ελλήν» Αθήνα 1999, σ.142-144
44. *Μαλγαρίνου Μ. Κωνσταντινίδου Σ.*, Νοσηλευτική Παθολογική και Χειρουργική, Τόμος δεύτερος, Έκδοση 21^η, Εκδόσεις: Η Ταβιθά, Αθήνα 2005, σ. 118-130
45. *Αθανάτου Ε.*, Προεγχειρητική και μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου, Βασικές και ειδικές νοσηλείες, Επίτομος, Έκδοση ΙΔ, Εκδόσεις Παπανικολάου, Αθήνα 2004, σ. 487-489
46. *Σαχίνη Καρδάση Α. Πάνου Μαρία*, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Πρώτος Τόμος, Β' Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2007, σ.185-186, 190-192
47. *Μπεσμπέας Στ.*, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας, Τόμος δεύτερος, Πρώτη έκδοση, Εκδόσεις: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1999, σ. 271-272
48. *Πισιώτης Βασίλειος*, Χειρουργική Νεοπλασμάτων Παχέος εντέρου, 2^ο Πανελλήνιο Αντικαρκινικό συμπόσιο του εθνικού ογκολογικού συμβουλίου, Εκδόσεις: Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα Σεπτέμβριος 1981, σ.163
49. *Ardelina Baldonado Karen Williams Deborah Davis*, Γενική Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Μετάφραση: Καραχάλιος Ν. Ταλαντοπούλου Μ., Επίτομος, Πρώτη Έκδοση, Εκδόσεις «Ελλήν», Αθήνα 1999, σ.332
50. *Καντζαβέλου Αρχοντούλα*, Καρκίνος Παχέος εντέρου και Νοσηλευτική Παρέμβαση, Πτυχιακή εργασία (εποπτεία Αντωνακόπουλος Κ.), Εκδόσεις: Α.Τ.Ε.Ι Πατρών, Πάτρα 2002, σ.69

51. *Κυριακίδου Ελένη*, Κοινωνική Νοσηλευτική, Επίτομος, Έκδοση έκτη, Εκδόσεις: Η Ταβιθά, Αθήνα 2005, σ.103-104
52. *Rosalinda Alfaro-LeFerre*, Εφαρμόζοντας τη Νοσηλευτικά Διεργασία, προάγοντας τη συνεργατική φροντίδα, Μετάφραση: Ζαβερδίνου Ρόζα, Επίτομος, Πρώτη Έκδοση, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2005, σ.4-6, 12

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Έξι μύθοι για τον καρκίνο του παχέος εντέρου

Μύθος 1ος: Στην Ελλάδα επειδή ακολουθούμε το πρότυπο της μεσογειακής διατροφής τα ποσοστά είναι χαμηλά:

Πιστεύουμε πως η κατανάλωση λαχανικών και φρούτων μας προστατεύει από τον κίνδυνο! Περισσότερα όμως από 6.000 κρούσματα καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού καταγράφονται κάθε χρόνο στην Ελλάδα. Ο αριθμός αυτός είναι αρκετά σημαντικός και φέρνει τη χώρα μας σε επικίνδυνα επίπεδα καρκίνου σχεδόν ανάλογα με τις Δυτικού τύπου κοινωνίες (π.χ. ΗΠΑ). Παρ' όλα αυτά, στη χώρα μας όχι μόνο αμελούμε γενικά την ιατρική παρακολούθηση, αλλά και ειδικότερα όσοι έχουν οικογενειακό ιστορικό ή προσωπικό ιστορικό πολύποδων, συχνά δεν κάνουν τις προγραμματισμένες εξετάσεις. Αυτές οι εξετάσεις είναι απαραίτητο να γίνονται μετά το 50ό έτος σε άντρες και γυναίκες. Πρόκειται για έναν απλό έλεγχο μικροσκοπικής αιμορραγίας στα κόπρανα (Amoccult test). Ο έλεγχος αυτός μπορεί να γίνει στο σπίτι και χορηγείται δωρεάν από όλα τα αντικαρκινικά νοσοκομεία της χώρας μας.

Μύθος 2ος: Οι πολύποδες του εντέρου είναι καρκίνος:

Οι πολύποδες δεν είναι καρκίνος. Όμως πρέπει να αφαιρούνται διότι μπορεί να εξελιχθούν σε καρκίνο. Ειδική κατηγορία αποτελούν οι «κληρονομικοί» πολύποδες, αυτοί δηλαδή που εμφανίζονται στα μέλη μιας οικογένειας και που ευθύνονται για το περίπου 1% του συνόλου των καρκίνων του παχέος εντέρου. Εφόσον γνωρίζετε ότι κάποιος στην οικογένειά σας είχε πολύποδα στο έντερο, θα πρέπει από την ηλικία των 40 ετών να υποβληθείτε σε κολonosκόπηση.

Μύθος 3ος: Επειδή είχε η μητέρα μου θα έχω και εγώ:

Το οικογενειακό ιστορικό αποτελεί όντως μια σημαντική επιβάρυνση. Στην περίπτωση που έχετε έναν συγγενή πρώτου βαθμού, με διάγνωση καρκίνου του εντέρου πριν από την ηλικία των 45 ετών, επισκεφτείτε το γιατρό σας. Όσοι εμφανίζουν αυτή τη νόσο σε μικρές ηλικίες έχουν προφανώς γενετική προδιάθεση, την οποία ενδεχομένως την έχουν κληροδοτήσει και στα παιδιά τους. Παρ' όλα αυτά ο κληρονομούμενος καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί ένα μικρό ποσοστό του συνόλου των κρουσμάτων της νόσου. Επίσης, πρέπει να γνωρίζετε ότι άλλες παθολογικές καταστάσεις όπως η παχυσαρκία, η νόσος του Crohn και η ελκώδης κολίτιδα συνδυάζονται με αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης του καρκίνου του εντέρου. Αντίθετα, το σύνδρομο του ευερέθιστου συνδρόμου (σπαστική κολίτιδα) δεν ενοχοποιείται για υψηλότερα ποσοστά επίπτωσης του καρκίνου του παχέος εντέρου καθώς και του πρωκτού.

Μύθος 4ος: Τα αντισυλληπτικά ενοχοποιούνται για την εμφάνισή του:

Όχι μόνο δεν ισχύει αυτό, αλλά σύμφωνα με πολυάριθμες επιστημονικές μελέτες πιθανώς να υπάρχει και αντίθετη σχέση. Για τις γυναίκες που χρησιμοποιούν το αντισυλληπτικό χάπι, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου ενδέχεται να είναι μέχρι και 20% μικρότερος, σύμφωνα με έρευνα που διενεργήθηκε από το Ινστιτούτο Φαρμακολογικής Έρευνας του Μιλάνο. Η συγκεκριμένη έρευνα επικεντρώθηκε στα αποτελέσματα 19 διεθνών μελετών που σύγκριναν τα ποσοστά εμφάνισης αυτής της μορφής καρκίνου σε γυναίκες που χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά χάπια.

Μύθος 5ος: Οι τηγανητές πατάτες αυξάνουν τον κίνδυνο:

Παλαιότερες επιστημονικές μελέτες είχαν καταδείξει ότι η έκθεση τροφών σε πολύ υψηλές θερμοκρασίες, όπως για παράδειγμα κατά τη διάρκεια του τηγανίσματος, προκαλεί τη

δημιουργία μιας χημικής ένωσης από την οποία προκύπτει μια ουσία που ονομάζεται ακρυλαμίδα. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα που δημοσιεύτηκε στο «British Journal of Cancer» φαίνεται πως η ακρυλαμίδα δεν έχει καρκινογόνες ιδιότητες. Όπως αναφέρουν οι επιστήμονες από το έγκριτο Ινστιτούτο Καρολίνσκα της Σουηδίας, δεν βρέθηκε κάποια σχέση μεταξύ της ακρυλαμίδης και του καρκίνου του παχέος εντέρου. Αντιθέτως, τα υψηλά ποσοστά της ουσίας ενδέχεται να μειώνουν τον κίνδυνο εκδήλωσής του.

Μύθος 6ος: Τα λαχανικά ερεθίζουν το παχύ έντερο:

Η διατροφή διαδραματίζει έναν από τους σημαντικότερους ρόλους στην ανάπτυξη καρκίνου του εντέρου. Εάν καταναλώνετε τρόφιμα πλούσια σε λίπη και με χαμηλά επίπεδα φυτικών ινών, αυξάνεται κατά πολύ ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου. Εκτιμάται πως διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες με πολλά φρούτα, λαχανικά και υδατάνθρακες μειώνει κατά πολύ τον κίνδυνο. Οι φυτικές ίνες μπορούν επίσης να παράγουν «προστατευτικά χημικά» τα οποία όταν αποτίθενται στο έντερο δημιουργείται μια ασπίδα προστασίας.

Ένα διατροφικό πλάνο που περιλαμβάνει τροφές πλούσιες σε φυλλικό οξύ (βιταμίνη Β9) μπορεί να έχει προστατευτική δράση. Αντίστοιχες είναι και οι ιδιότητες της ντομάτας, η οποία έχει το δικό της ευεργετικό ρόλο λόγω του λυκοπένιου που περιέχει. Το λυκοπένιο είναι μέρος μιας ομάδας θρεπτικών στοιχείων γνωστών ως καροτενοειδή, βοηθά τον οργανισμό να αναπτύξει αντιοξειδωτική δραστηριότητα. Αυτή η ιδιότητα δίνει στο λυκοπένιο τη δυνατότητα να συμβάλει στη μείωση του κινδύνου καρκίνου αλλά και των καρδιακών νόσων.

Επίσης, το ελαιόλαδο έχει συνδεθεί με τη δημιουργία ενός προστατευτικού μανδύα στο έντερο το οποίο δεν επιτρέπει την απορρόφηση των χολικών οξέων που προέρχονται από το κόκκινο κρέας. Ένα από αυτά τα οξέα, το δεοξυχολικό οξύ εκτιμάται πως ευνοεί τη δημιουργία τύπων πολύποδα που μπορεί να εξελιχθούν σε καρκίνο.

Αντωνακάκης Ε. Σωκράτης
Γενικός Χειρουργός