

Α.Τ.Ε.Ι ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ , ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ  
ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**



### Εισηγήτρια

Δρ Παπαδημητρίου Μαρία

Καθηγήτρια

### Επιμέλεια

Κοτσάνη Φωτεινή

Σπουδάστρια

ΠΑΤΡΑ 2014

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος..... 6

Εισαγωγή..... 8

### **1ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

#### **Ανατομική και φυσιολογική ανασκόπηση του παχέος εντέρου**

1.1 Ανατομία παχέος εντέρου..... 11

1.2 Φυσιολογία παχέος εντέρου..... 16

### **2ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

#### **Καρκίνος παχέος εντέρου**

2.1 Ορισμός καρκίνου παχέος εντέρου..... 20

2.2 Επιδημιολογία..... 20

2.3 Προδιαθεσικοί παράγοντες- Παράγοντες κινδύνου..... 20

2.4 Ομάδες κινδύνου για αναπτυξη καρκίνου παχέος εντέρου..... 21

2.5 Παθολογική φυσιολογία..... 22

2.6 Παθολογική ανατομική..... 23

2.7 Ιστολογία..... 23

2.7.1 Καλοήθη νεοπλάσματα του παχέος εντέρου..... 23

2.7.2 Κακοήθη νεοπλάσματα του παχέος εντέρου..... 24

2.8 Σταδιοποίηση καρκίνου του παχέος εντέρου..... 25

2.9 Διασπορά της νόσου..... 26

### **3ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

#### **Κλινική συμπεριφορά – διαγνωστική προσέγγιση**

3.1 Κλινική εικόνα – συμπτωματολογία..... 29

3.2	Διάγνωση.....	30
3.3.	Διαγνωστικές μέθοδοι.....	30
3.4	Διαφορική διάγνωση.....	32
3.5	Νέες μέθοδοι για την διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου.....	32
3.5.1	Χάπι βιντεοκάψουλα.....	32
3.5.2	Εξέταση DNA για την διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου.....	37

## **4<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

### **Καρκίνος παχέος εντέρου - Θεραπεία**

4.1	Θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου.....	39
4.1.1	Χειρουργική θεραπεία.....	39
4.1.2	Ακτινοθεραπεία.....	40
4.1.3	Χημειοθεραπεία.....	41
4.1.4	Βιολογική θεραπεία.....	41
4.1.5	Φωτοδυναμική θεραπεία.....	42
4.1.6	Νέα μέθοδος θεραπείας στον καρκίνο του παχέος εντέρου.....	42
4.2	Πρόγνωση και παρακολούθηση του καρκίνου του παχέος εντέρου.....	43

## **5<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

### **Καρκίνος παχέος εντέρου – Κολοστομία**

5.1	Ορισμός κολοστομίας.....	46
5.2	Ενδείξεις κολοστομίας.....	46
5.3	Είδη κολοστομίας.....	46
5.4	Θέσεις κολοστομίας.....	47
5.5	Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με κολοστομία.....	48

5.6 Φροντίδα κολοστομίας.....	49
5.6.1 Τεχνική φροντίδας κολοστομίας.....	50
5.7 Πλύση κολοστομίας.....	51
5.8 Επιπλοκές κολοστομίας .....	52
5.9 Εκπαίδευση και ενημέρωση ασθενούς με κολοστομία.....	53
5.10 Συμβουλές διατροφής σε ασθενής με κολοστομία.....	56
5.11 Ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου και της μόνιμης κολοστομίας .....	57

## **6<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

### **Καρκίνος παχέος εντέρου – Πρόληψη**

6.1 Αρχές της πρόληψης καρκίνου.....	60
6.1.1 Πρωτοβάθμια πρόληψη .....	60
6.1.2 Δευτεροβάθμια πρόληψη .....	61
6.1.3 Τριτοβάθμια πρόληψη.....	61
6.2 Πρόληψη καρκίνου του παχέος εντέρου.....	62
6.3 Νεότερες μέθοδοι πρόληψης.....	62
6.4 Συνοπτικές οδηγίες πρόληψης.....	63

## **7<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

### **Καρκίνος παχέος εντέρου- Διατροφή**

7.1 Η μεσογειακή διατροφή στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου.....	65
7.2 Η ασπιρίνη στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου.....	66
7.3 Το ελαιόλαδο στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου.....	66
7.4 Τα γαλακτοκομικά προϊόντα στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου .....	68

7.5 Κάπνισμα και καρκίνος του παχέος εντέρου .....	70
7.6 Ο δεκάλογος της καλής διατροφής .....	71

## **8<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

### **Η νοσηλευτική φροντίδα στην θεραπεία ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου**

8.1 Προεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς .....	74
8.2 Μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς .....	75
8.3 Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία.....	75
8.4 Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία.....	76
8.5 Εξατομικευμένη και ολιστική νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.....	78
8.5.1 Ορισμός της νοσηλευτικής διεργασίας .....	78
8.5.2 Σκοποί της νοσηλευτικής διεργασίας.....	79
8.5.3 Στάδια νοσηλευτικής διεργασίας .....	80
8.5.4 Περιστατικό Α .....	81
8.5.5 Περιστατικό Β.....	102
Συμπεράσματα-προτάσεις.....	116
Περίληψη.....	118
Summary.....	119
Βιβλιογραφία.....	120

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ζούμε σε μια εποχή που ο άνθρωπος παρά τις τολμηρές τεχνολογικές και επιστημονικές επιτεύξεις δεν έχει κατορθώσει ακόμα να εξασφαλίσει μια ικανοποιητική θεραπεία κατά του καρκίνου. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ένα από τα σοβαρά και οδυνηρά προβλήματα που απασχολεί σήμερα όλο και περισσότερους ανθρώπους. Ανεξάρτητα από το διανοητικό επίπεδο του ατόμου, την μόρφωση και την κοινωνική του θέση, η διάγνωση του καρκίνου δημιουργεί τεράστια προβλήματα και αυτό γιατί η αιτιολογία του είναι άγνωστη, η δε θεραπεία του δύσκολη και αμφίβολη. Οι ψυχολογικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην ικανότητα του αρρώστου να δεχθεί και να αντιμετωπίσει την ασθένεια και τις επιπλοκές της.

Η λέξη καρκίνος είναι συνώνυμη με το κακοήθες νεόπλασμα πρόκειται για ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων πάντοτε επιβλαβή στον οργανισμό που διασκορπίζονται ή μεταναστεύουν σε άλλους ιστούς μακριά από την αρχική τους εμφάνιση. Ο άνθρωπος «χτυπημένος» από τα καρκινικά κύτταρα βρίσκεται σε μια πολύ άσχημη θέση τόσο ψυχολογικά όσο και σωματικά. Η τυχόν αφαίρεση του παχέος εντέρου και οι συνέπειες της μπορούν να κάνουν τον ασθενή να νιώσει έναντι της κοινωνίας μειονεκτικότερα. Ο πόνος της παραμόρφωσης μπορεί να αποβεί για τον ασθενή εξαιρετικά επώδυνος. Η νοσηλευτική και ιατρική ομάδα καθώς και το κοινωνικό σύνολο έχουν χρέος να βοηθήσουν, να υποστηρίξουν και να ενισχύσουν το άτομο που πάσχει από καρκίνο του παχέος εντέρου, ώστε να μπορέσει να σταθεί σαν φυσιολογικό άτομο μέσα στην κοινωνία.

Επισημαίνουμε ότι είναι αναγκαίο να δίνεται μεγαλύτερη προσοχή στο θέμα της πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου και στην πρώιμη διάγνωση, γιατί μόνο έτσι θα μπορέσουμε να επιτύχουμε την ιδανικότερη ίαση του ασθενούς. Ελπίζουμε ότι τα τελευταία επιτεύγματα της επιστήμης θα είναι σε θέση να επηρεάσουν την διαγνωστική και θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου, με αποτέλεσμα να υπόσχονται ένα καλύτερο αύριο στους καρκινοπαθείς όλου του κόσμου.

Ο ασθενής με καρκίνο του παχέος εντέρου αντιμετωπίζει αρκετά και σημαντικά προβλήματα, για αυτό τον λόγο εμείς οι νοσηλευτές χρειάζεται να έχουμε βαθιά

γνώση του θέματος ώστε να μπορέσουμε να αντιμετωπίσουμε οποιαδήποτε δυσκολία παρουσιαστεί στο κοινωνικό έργο που επιτελούμε.

Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσω μια ολοκληρωμένη εικόνα του καρκίνου του παχέος εντέρου τόσο από την ιατρική όσο και από την νοσηλευτική πλευρά, αλλά και το δύσκολο έργο του νοσηλευτή ώστε να αντιμετωπίσει τον ασθενή σωστά και να του προσφέρει την κατάλληλη θεραπεία και την ψυχολογική υποστήριξη. Στις σελίδες της κάτωθι εργασίας περιλαμβάνονται ορισμοί για την φυσιολογική και παθολογική λειτουργία του παχέος εντέρου, μέθοδοι διάγνωσης της νόσου, θεραπευτικοί μέθοδοι καθώς και μέθοδοι αποκατάστασης της υγείας των ασθενών.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Καρκίνος είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα σύνολο από νόσους με κοινά αλλά και διαφορετικά χαρακτηριστικά, ανάλογα με την θέση εντόπισης .Οι μορφές του καρκίνου διαφέρουν σημαντικά ως προς την φύση τον ρυθμό ανάπτυξης, εξέλιξης ,θεραπείας και πρόγνωσης. Αν και τουλάχιστον το ένα τρίτο των διαγνωσθέντων ασθενών με καρκίνο αναμένεται να ιαθεί και παρόλο που έχει επιτευχθεί σημαντική πρόοδος στη θεραπεία και τον έλεγχο των συμπτωμάτων της νόσου, είναι γνωστό ότι και μόνο η αναγγελία της διάγνωσης του καρκίνου συνοδεύεται από σοβαρές συνέπειες . Οι αρνητικές επιδράσεις της διεργασίας της νόσου, η παρατεταμένη φύση της θεραπείας και οι ψυχολογικές επιπτώσεις , ξεπερνούν οποιαδήποτε άλλη οξεία ή χρόνια κατάσταση.(Ελισάβετ Πατηράκη-Κουρμπάνη.2004)

Η λέξη καρκίνος, λειτουργεί μόνο ως όρος «ομπρέλα» για να περιγράψει μια μεγάλη ομάδα νόσων. Η δυσκολία με τον όρο καρκίνος είναι ότι αναπόφευκτα φορτίζει αρνητικά το άτομο. Έτσι η προσπάθεια κατανόησης του τι είναι καρκίνος καθίσταται ακόμα πολυπλοκότερη διαδικασία. Ένας τρόπος κατανόησης του καρκίνου είναι η διερεύνηση του τρόπου εμφάνισης του σε μία κοινωνία. Ο καρκίνος παραμένει μια συχνή νόσος αφού περίπου ένα στα τρία άτομα την αναπτύσσει σε κάποια στιγμή της ζωής του. Στη Μεγάλη Βρετανία περισσότεροι από 250.000 άνθρωποι προσβάλλονται από καρκίνο κάθε χρόνο. Μολονότι η νόσος μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο είναι ηλικίας άνω των 65 ετών. Στην Μεγάλη Βρετανία οι τέσσερις μορφές καρκίνου που καλύπτουν πάνω από το ήμισυ του συνόλου των περιπτώσεων είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, του μαστού ,του παχέους εντέρου και του προστάτου.

Στην Ελλάδα ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι σημαντική αιτία θνησιμότητας και αποτελεί την τρίτη σε σειρά αιτία θανάτου από κακοήθη νεοπλάσματα. Είναι εντυπωσιακό όμως το γεγονός, ότι η συχνότητα του, αλλά και η επιβίωση των ασθενών μετά την εγχείρηση, δεν έχουν μεταβληθεί ουσιωδώς κατά τα τελευταία 40 χρόνια, και αυτό παρά το γεγονός ότι σήμερα γνωρίζουμε πολύ περισσότερα για τη φυσική ιστορία της νόσου, την βιολογική συμπεριφορά του καρκίνου αυτού, την γενετική του, την ύπαρξη και την σημασία των ογκογονιδίων καθώς επίσης και τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες. Οι αιτιολογικοί παράγοντες είναι η γενετική προδιάθεση, η διατροφή, η φτωχή σε φυτικές ίνες, φρούτα και λαχανικά, η



υπερκατανάλωση του ζωικού λίπους, το κάπνισμα, η παχυσαρκία, το οινόπνευμα, η έλλειψη άσκησης καθώς επίσης και η έκθεση σε αμίαντο. Τα κλινικά συμπτώματα είναι αίμα στα κόπρανα, αναιμία, αλλαγή στην σύσταση των κοπράνων, διάρροια ή δυσκοιλιότητα και ίκτερο. Στην διάγνωση συμβάλλουν το ιστορικό, η κλινική εξέταση καθώς και η εργαστηριακή διερεύνηση με σκοπό την εντόπιση του όγκου στο έντερο. Η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη που αποσκοπεί στην αποφυγή εμφάνισης του καρκίνου και τη δευτερογενή πρόληψη που αφορά την σιγμοειδοσκόπηση, την κολonosκόπηση, την ανίχνευση αίματος στα κόπρανα και την δακτυλική εξέταση του ορθού. Κατά κανόνα η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι κυρίως χειρουργική αλλά συνδυάζεται η ακολουθείτε από χημειοθεραπεία η ακτινοβολία. Ο ρόλος του νοσηλευτή προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά είναι πολύ σημαντικός για την αποκατάσταση του ασθενή με καρκίνο του παχέος εντέρου. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την αποφυγή των επιπλοκών, καθώς και η συνεχής υποστήριξη, η συζήτηση και γενικότερα η επικοινωνία νοσηλευτή με ασθενή συμβάλλει στο να επανέλθει ο άρρωστος στη φυσιολογική του ζωή. (Jessica Corner & Christopher Bailey.2009)

# **1ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

## **Ανατομική και φυσιολογική ανασκόπηση του παχέος εντέρου**

## **1.1 Ανατομία παχέος εντέρου**

Το παχύ έντερο αποτελεί συνέχεια του λεπτού εντέρου. Αρχίζει από την ειλεοτυφλική βαλβίδα και τελειώνει στον πρωκτό. Το κοιλιακό τμήμα του παχέος εντέρου έχει μήκος 1,5 μέτρο και αποτελείται από το τυφλό, το κόλον (ανιόν, εγκάρσιο, κατιόν και σιγμοειδές) καθώς και από το ορθό. Τρία τμήματα του παχέος εντέρου σχηματίζουν πλαίσιο για το λεπτό έντερο. Το τυφλό βρίσκεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο και χωρίζεται από ανιόν κόλο με την εμφύτευση του ειλεού τι ανιόν κόλο πορεύεται δεξιά προς τα πάνω μέχρι το ήπαρ. Το κατιόν κόλο πορεύεται προς τα κάτω και πίσω κατά μήκος του αριστερού πλαγίου της κοιλιακής χώρας, όπου μεταβαίνει στο σιγμοειδές. Το σιγμοειδές κόλο πορεύεται αρχικά στον αριστερό λαγόνιο βόθρο και μετά εισέρχεται στην ελάσσονα πύελο σχηματίζοντας αγκύλη σαν S. (Ζήσης Θ.1999)

### **Το τυφλό**

Το σακοειδές τυφλό πρώτο τμήμα του παχέος εντέρου, συνέχεια με το ανιόν κόλον. Ο ειλεός εκβάλλει στο ανώτερο τμήμα του, ενώ η σκωληκοειδής απόφυση εκβάλλει στο έσω τοίχωμα του 2,5 εκατοστά περίπου κάτω από την ειλεοτυφλική συμβολή. Το τυφλό αποτελεί ευρύ τυφλό θύλακο μήκους 5-7 εκατοστά. Εντοπίζεται στο δεξιό κάτω τεταρτημόριο της κοιλίας όπου κατασκηνώνει στο λαγόνιο βόθρο κάτω από το ανιόν κόλον. Συνήθως το τυφλό περιβάλλεται εξ ολοκλήρου από περιτόναιο και μπορεί να ανασπασθεί ελεύθερα, στερείται όμως μεσεντερίου. Παρόλα αυτά, συχνά προσφύεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο με εσωτερικές και εξωτερικές περιτοναϊκές τυφλικές πτυχές, οι οποίες σχηματίζουν μικρό θύλακο της περιτοναϊκής κοιλότητας, που ονομάζεται οπισθοτυφλικό κόλπωμα.

Το οπισθοτυφλικό κόλπωμα βρίσκεται πίσω από το τυφλό και μπορεί να εκτείνεται προς τα πάνω, πίσω από το κάτω άκρο του ανιόντος κόλου, ως οπισθοκολικό κόλπωμα. Το κόλπωμα αυτό είναι αρκετά βαθύ ώστε να επιτρέπει την είσοδο ενός δακτύλου και στους περισσότερους ανθρώπους η σκωληκοειδής απόφυση να βρίσκεται μέσα σε αυτό.

Ο ειλεός εκβάλλει στο τυφλό λοξά και εν μέρει εισέχει σε αυτό σχηματίζοντας το άνω και κάτω χείλος του ειλεοτυφλικού στομίου. Τα χείλη που σχηματίζουν την ειλεοτυφλική βαλβίδα συναντώνται προς τα έσω και έξω σχηματίζοντας ακρολοφίες, οι οποίες ονομάζονται χαλινοί της ειλεοτυφλικής βαλβίδας.

### **Οι αρτηρίες του τυφλού**

Το τυφλό δέχεται αίμα από την ειλεοκολική αρτηρία, κλάδο της άνω μεσεντέριας αρτηρίας.

### **Η φλεβική παροχέτευση του τυφλού**

Η ειλεοκολική φλέβα ,κλάδος της άνω μεσεντέριας φλέβας, παροχετεύει αίμα από το τυφλό. Η άνω μεσεντέρια φλέβα ενώνεται με την σπληνική φλέβα και σχηματίζει την πυλαία φλέβα.

### **Η λεμφική παροχέτευση του τυφλού**

Τα λεμφαγγεία του τυφλού εκβάλλουν σε λεμφαδένες του μεσεντεριδίου καθώς και στους ειλεοκολικούς λεμφαδένες, που βρίσκονται κατά μήκος της ειλεοκολικής αρτηρίας. Τα απαγωγά λεμφαγγεία εκβάλλουν στους άνω μεσεντέριους λεμφαδένες.

### **Η νεύρωση του τυφλού**

Τα νεύρα του τυφλού προέρχονται από τα κοιλιακά και τα άνω μεσεντέρια γάγγλια.

### **Το κόλον**

Το κόλον είναι η δεύτερη μοίρα του παχέος εντέρου και χωρίζεται σε τέσσερις μικρότερες μοίρες το ανιόν, το εγκάρσιο, το κατιόν και το σιγμοειδές κόλον.

Το ανιόν κόλον

Το ανιόν κόλον ποικίλλει σε μήκος από 12 έως 20 εκατοστά. Ανέρχεται στην δεξιά πλευρά της κοιλιακής κοιλότητας από το τυφλό προς το δεξιό λοβό του ήπατος, όπου στρέφεται προς τα αριστερά σχηματίζοντας την δεξιά κολική (ηπατική) καμπή. Το ανιόν κόλον στερείται μεσεντερίου και βρίσκεται σε οπισθοπεριτοναϊκή θέση κατά μήκος της δεξιάς πλευράς του οπίσθιου κοιλιακού τοιχώματος. Το ανιόν κόλον χωρίζεται από τους δύο μύες (δηλαδή λαγόνιο και τον τετράγωνο οσφυϊκό ) προς τα πάνω από το δεξιό νεφρό και προς τα κάτω από τα νεύρα του οπίσθιου κοιλιακού τοιχώματος. Από το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα χωρίζεται συνήθως από έλικες του λεπτού εντέρου καθώς και από το μείζων επίπλουν. Η πρόσθια επιφάνεια και τα πλάγια του ανιόντος κόλου καλύπτονται από το περιτόναιο, το οποίο καθηλώνει το ανιόν κόλον πάνω στο οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Στο έξω πλάγιο χείλος του ανιόντος κόλου, το περιτόναιο σχηματίζει κανάλι η αύλακα, πού ονομάζεται δεξιά παρακολική αύλακα. Το βάθος αυτής της αύλακας εξαρτάται από την ποσότητα του αέρα που περιέχεται στο ανιόν κόλον.

### **Οι αρτηρίες του ανιόντος κόλου**

Το ανιόν κόλον και η δεξιά κολική καμπή δέχονται αίμα από την ειλεοκολική και δεξιά κολική αρτηρία, κλάδους της άνω μεσεντέριας αρτηρίας.

### **Η φλεβική παροχέτευση του ανιόντος κόλου**

Το αίμα *απάγεται* από το ανιόν κόλον μέσω της ειλεοκολικής και δεξιάς κολικής φλέβας, κλάδων της άνω μεσεντέριας φλέβας.

### **Η λεμφική παροχέτευση του ανιόντος κόλου**

Τα λεμφαγγεία του ανιόντος κόλου εκβάλλουν στους παρακολικούς και στους επικολικούς λεμφαδένες και στην συνέχεια στους άνω μεσεντέριους λεμφαδένες.

### **Η νεύρωση του ανιόντος κόλου**

Τα νεύρα του ανιόντος κόλου προέρχονται από τα κοιλιακά και τα άνω μεσεντέρια γάγγλια.

### **Το εγκάρσιο κόλον**

Παρά την ονομασία του, το τμήμα αυτό του παχέος εντέρου δεν είναι στην πραγματικότητα εγκάρσιο, διότι κρέμεται προς τα κάτω σε ποικίλο βάθος σαν αγκύλη. Το εγκάρσιο κόλον, μήκους 45 εκατοστά περίπου, αποτελεί το μακρύτερο και πλέον ευκίνητο τμήμα του παχέος εντέρου. Διασχίζει την κοιλία από τη δεξιά κολική καμπή για να αποτελέσει το κατιόν κόλον. Η αριστερή κολική καμπή γειτνιάζει με το κατώτερο τμήμα του αριστερού νεφρού και προσφύεται στο διάφραγμα με μια οριζόντια πτυχή του περιτόναιου, τον φρενοκολικό σύνδεσμο. Η αριστερή κολική καμπή βρίσκεται πιο πίσω και σε ψηλότερο επίπεδο από τη δεξιά κολική καμπή. Μεταξύ των δύο κολικών καμπών, το εγκάρσιο κόλον είναι πλήρως κινητό και σχηματίζει αγκύλη που κατευθύνεται προς τα κάτω και εμπρός. Το εγκάρσιο κόλον φέρει μεσεντέριο το οποίο λέγεται εγκάρσιο μεσόκολο και συνδέεται με το κάτω χείλος του παγκρέατος και το μείζων επίπλουν που το καλύπτει από εμπρός. Λόγω του ότι είναι πλήρως κινητό το εγκάρσιο κόλον δεν παρουσιάζει σταθερή εντόπιση. Μπορεί να εντοπίζεται στο ύψος του διαφυλικού ή να εκτείνεται προς τα κάτω μέχρι το χείλος της πυέλου.

### **Οι αρτηρίες του εγκάρσιου κόλου**

Το εγκάρσιο κόλον αρδεύεται κυρίως από την μέση κολική αρτηρία, κλάδο της άνω μεσεντέριας αρτηρίας, δέχεται όμως αίμα και από την δεξιά και αριστερή κολική αρτηρία.

### **Η φλεβική παροχέτευση του εγκάρσιου κόλου**

Το αίμα του εγκάρσιου κόλου *απάγεται* μέσω της άνω μεσεντέριας φλέβας.

### **Η λεμφική παροχέτευση του εγκάρσιου κόλου**

Η λέμφος του εγκάρσιου κόλου διέρχεται από τους λεμφαδένες που βρίσκονται κατά μήκος της μέσης κολικής αρτηρίας.

### **Η νεύρωση του εγκάρσιου κόλου**

Τα νεύρα του εγκάρσιου κόλου, τα οποία συνοδεύουν την δεξιά και τη μέση κολική αρτηρία, προέρχονται από το άνω μεσεντέριο πλέγμα και μεταφέρουν συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες.

### **Το κατιόν κόλον**

Αυτό το τμήμα του παχέος εντέρου, μήκους 22-30 εκατοστά, κατέρχεται από την αριστερή κολική καμπή στον αριστερό λαγόνιο βόθρο, όπου μεταπίπτει στο σιγμοειδές κόλον. Κατά την κάθοδο του, το κατιόν κόλον διέρχεται μπροστά από τα έξω χείλος του αριστερού νεφρού, τον εγκάρσιο και τετράγωνο οσφυϊκό μυ. Το εύρος του αυλού του κατιόντος κόλου είναι σημαντικά μικρότερο από το εύρος του ανιόντος κόλου. Συνήθως στερείται μεσεντερίου και βρίσκεται σε οπισθοπεριτοναϊκή θέση κατά μήκος της αριστερής πλευράς του οπίσθιου κοιλιακού τοιχώματος. Η οπίσθια επιφάνεια του προσφύεται στο οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα, αλλά το κατιόν κόλον, όπως και το ανιόν, μπορεί να κινητοποιηθεί με χειρουργικούς χειρισμούς. Σε μερικούς ανθρώπους (σε ποσοστό 33% ), το κατιόν φέρει μεσεντέριο.

### **Η αρτηριακή αιμάτωση του κατιόντος κόλου**

Το κατιόν κόλον δέχεται αίμα από αριστερή κολική και την άνω σιγμοειδή αρτηρία, κλάδους της άνω μεσεντερίας αρτηρίας.

### **Η φλεβική παροχέτευση του κατιόντος κόλου**

Η απαγωγή του αίματος του κατιόντος κόλου γίνεται από την κάτω μεσεντέρια φλέβα.

### **Η λεμφική παροχέτευση του κατιόντος κόλου**

Τα λεμφαγγεία του κατιόντος κόλου εκβάλλουν στους μέσους κολικούς λεμφαδένες κατά μήκος της αριστερής κολικής αρτηρίας. Στην συνέχεια η λέμφος διέρχεται από τους κάτω μεσεντέριους λεμφαδένες που βρίσκονται γύρω από την κάτω μεσεντέρια αρτηρία. Εντούτοις, λεμφαγγεία της αριστερής κολικής καμπής εκβάλλουν επίσης και στους άνω μεσεντέριους λεμφαδένες, ακολουθώντας την άνω μεσεντέρια αρτηρία.

### **Η νεύρωση του κατιόντος κόλου**

Η νεύρωση του κατιόντος κόλου προέρχεται από το συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό σύστημα.

### **Το σιγμοειδές κόλον**

Το σιγμοειδές κόλον σχηματίζει ελικοειδή αγκύλη ποικίλου μήκους. Το σιγμοειδές κόλον είναι το τμήμα του παχέος εντέρου που παρεμβάλλεται μεταξύ του κατιόντος

κόλου και του ορθού .Εκτείνεται από το χείλος της πυέλου μέχρι τον τρίτο σπόνδυλο του ιερού οστού όπου μεταπίπτει στο ορθό. Το σιγμοειδές κόλον φέρει συνήθως επίμηκες μεσεντέριο και για αυτό το λόγο παρουσιάζει σημαντική ελευθερία κινήσεων

### **Η αρτηριακή αιμάτωση του σιγμοειδούς κόλου**

Το σιγμοειδές κόλον αιματώνεται από 2-3 σιγμοειδείς αρτηρίες. Οι σιγμοειδείς αρτηρίες, κλάδοι της κάτω μεσεντέριας αρτηρίας, κατέρχονται λοξά προς τα αριστερά όπου διχάζονται σε ανιόντες και κατιόντες κλάδους. Η άνω σιγμοειδής αρτηρία αναστομώνεται με τον κατιόντα κλάδο της αριστερής κολικής αρτηρίας .

### **Η λεμφική παροχέτευση του σιγμοειδούς κόλου**

Η λέμφος διοχετεύεται στους μέσους κολικούς λεμφαδένες, που βρίσκονται γύρω από τους κλάδους των αριστερών κολικών αρτηριών και από εκεί στους κάτω μεσεντέριους λεμφαδένες, που περιβάλλουν την κάτω μεσεντέρια αρτηρία.

### **Η νεύρωση του σιγμοειδούς κόλου**

Η νεύρωση του προέρχεται από τον συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό σύστημα.

### **Το απευθυσμένο (ορθό)**

Το ορθό, αποτελεί το καθηλωμένο τμήμα του παχέος εντέρου. Συνεχόμενο προς τα πάνω με το σιγμοειδές κόλον, το ορθό αρχίζει από το ύψος του τρίτου ιερού σπονδύλου. Το ορθό (μήκους 12-15 εκατοστά) ακολουθεί την καμπύλη του ιερού οστού και του κόκκυγα και καταλήγει 3 με 4 εκατοστά κάτω και εμπρός από την κορυφή του κόκκυγα. Η τελική μοίρα του ορθού εμφανίζει προς τα εμπρός ανεύρυσμα, την κοπροδόχο λήκυθο, η οποία έχει μεγάλα περιθώρια διάτασης. Στην κοπροδόχο λήκυθο αθροίζονται τα κόπρανα πριν την αφόδευση.

### **Αρτηρίες απευθυσμένου**

Οι αρτηρίες του ορθού χαρακτηρίζονται από εκτεταμένες αναστομώσεις. Η κάτω μεσεντέρια αρτηρία συνεχίζεται ως άνω αιμορροϊδική αρτηρία, η οποία κατανέμεται στην τελική μοίρα του σιγμοειδούς και την ανώτερη μοίρα του ορθού.

### **Φλεβική παροχέτευση του απευθυσμένου**

Το αίμα από τον ορθό παροχετεύεται δια των άνω, μέσων και κάτω αιμορροϊδικών φλεβών. Παρατηρούνται πολλές αναστομώσεις μεταξύ των αγγείων αυτών. Το αιμορροϊδικό φλεβικό δίκτυο βρίσκεται στον υποβλεννογόνιο χιτώνα του εντερικού τοιχώματος, περιβάλλει το ορθό και επικοινωνεί με το κυστικό φλεβικό πλέγμα στον άνδρα και με το μητροκολεϊκό φλεβικό πλέγμα στην γυναίκα.

Λεμφική παροχέτευση του απευθυσμένου

Τα λεμφαγγεία από το άνω ημιμόριο του ορθού πορεύονται προς τα πάνω μαζί με τα άνω αιμορροϊδικά αγγεία στους παραορθικούς λεμφαδένες, περνούν κατόπιν στους λεμφαδένες του κατώτερου τμήματος του μεσοσιγμοειδούς και από εκεί στους κάτω μεσεντέριους λεμφαδένες και στους αορτικούς λεμφαδένες.

### **Νεύρωση του απευθυσμένου**

Τα νεύρα για το ορθό προέρχονται από το συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό σύστημα. (*Keith L. Moore. 2005*)

### **1.2 Φυσιολογία παχέος εντέρου**

Οι βασικές λειτουργίες του παχέος εντέρου είναι οι εξής:

1. **Απορρόφηση:** περίπου 500 κ. εκ. περιεχομένου του λεπτού εντέρου, με περιεκτικότητα 90% σε νερό, εισέρχονται καθημερινός στο τυφλό. Το υλικό αυτό, κατά τη διέλευσή του από τις υπόλοιπες μοίρες του παχέος εντέρου, αφυδατώνεται έτσι ώστε μόνο 120-150 κ. εκ. νερού να αποβάλλονται με τα κόπρανα. Το χλώριο και κυρίως το νάτριο απορροφώνται επίσης από το παχύ έντερο έτσι ώστε, ενώ οι ημερήσιες ανάγκες ενός φυσιολογικού ατόμου σε νάτριο είναι περίπου 5mEq Na, οι ανάγκες ατόμου που έχει υποβληθεί σε ολική κολεκτομή να ανέρχονται σε 80 100mEq. Η απορρόφηση αμινοξέων, λιπολυτικών προϊόντων ή βιταμινών δεν είναι σημαντική στο παχύ έντερο αντιθέτως ένα σημαντικό μέρος υδατανθράκων, που δεν απορροφήθησαν στο λεπτό έντερο, απορροφώνται από το παχύ. (*Κίτρον Μ. 2004*)

2. **Αποθήκευση κοπράνων και έκκριση βλέννης :** τα κόπρανα προωθούνται αργά μέχρι το σιγμοειδές όπου και παραμένουν εφόσον δεν γίνεται αφόδευση. Το ορθό φυσιολογικά είναι άδειο όταν όμως με τις τμηματικές και δακτυλιοειδείς συσπάσεις που αναφέρονται πιο κάτω, το περιεχόμενο φθάνει στο ορθό, η όταν η ενδοαυλική, πίεση φθάνει τα 20-25 cm H<sub>2</sub>O, τότε το άτομο αισθάνεται την επιθυμία για αφόδευση. Οι νευρικοί υποδοχείς στο τοίχωμα του ορθού φυσιολογικών ατόμων είναι σε θέση να διακρίνουν εάν το προς αποβολή υλικό είναι στερεό, υγρό ή αέριο.

Τα αέρια του παχέος εντέρου προέρχονται κυρίως από τον αέρα που καταπίνουμε. Πρόκειται κυρίως για άζωτο (διοξείδιο του άνθρακος και το O<sub>2</sub> απορροφώνται ταχέως). Μεθάνιο και υδρογόνο υπάρχουν σε μικρές ποσότητες και είναι προϊόντα των βακτηριακών ζυμώσεων όπως και η αμμωνία. Φυσιολογικά, τα σχηματισμένα κόπρανα αποτελούνται από 70% νερό και 30% στερεά συστατικά. Απ' αυτά τα μισά περίπου είναι βακτηρίδια και τα άλλα μισά υπολείμματα τροφών.

3. **Αποβολή των κοπράνων:** η κινητικότητα του παχέος εντέρου ρυθμίζεται με την αλληλεπίδραση χολινεργικών, αδρενεργικών, πεπτιδεργικών νευρώνων και



γαστρεντερικών ορμονών και εκδηλώνεται με τρεις τρόπους : δακτυλιοειδείς συσπάσεις, κυρίως στο δεξιό κόλο, κινούμενες κεφαλικά (αντίστροφος περισταλισμός), τμηματικές συσπάσεις, κυρίως στο εγκάρσιο και κατιόν, συγχρόνως σε διαφορετικές τυχαίες θέσεις και έντονες δακτυλιοειδείς συσπάσεις, κυρίως στο εγκάρσιο και κατιόν, κινούμενες προς την περιφέρεια σε μεγάλες αποστάσεις. Οι τελευταίες αυτές συσπάσεις συμβαίνουν συνήθως μόνο λίγες φορές ημερησίως και είναι αυτές που βάζουν σε λειτουργία το μηχανισμό της αφόδευσης. Η έναρξη των συσπάσεων αυτών διευκολύνεται με ένα μεγάλο γεύμα, με το κάπνισμα, τη λήψη καφέ ή άλλα ερεθίσματα στα οποία το άτομο έχει συνηθίσει τον εαυτό του (γαστροκολικό αντανακλαστικό). Όταν τα κόπρανα φθάνουν στο ορθό, τούτο διατείνεται. Η διάταση αυτή στη συνέχεια προκαλεί αντανακλαστικές συσπάσεις του παχέος εντέρου. Η σύγχρονη σύσπαση των κοιλιακών μυών, ο χειρισμός Valsalva και η χαλάρωση του σφιγκτήρα του δακτυλίου έχουν ως αποτέλεσμα την αφόδευση.

Η κινητικότητα του παχέος εντέρου αλλάζει με διάφορα ερεθίσματα. Το παχύ έντερο εύκολα εμφανίζει παραλυτικό ειλεό από τραύμα, φλεγμονή ή χειρισμούς κατά τη διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων. Η κινητικότητα του παχέος εντέρου αλλάζει με διάφορα ερεθίσματα. Το παχύ έντερο εύκολα εμφανίζει παραλυτικό ειλεό από τραύμα, φλεγμονή ή χειρισμούς κατά τη διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων. Η μορφίνη και η κωδεΐνη αυξάνουν σημαντικά το μυϊκό τόνο με αποτέλεσμα την ελάττωση των περισταλτικών κινήσεων. Το ίδιο συμβαίνει με τα αντιχολινεργικά και τη γλυκαγόνη, ενώ τα παρασυμπαθομιμητικά φάρμακα [νεοστιγμίνη] αυξάνουν σημαντικά το μυϊκό τόνο με αποτέλεσμα την ελάττωση των περισταλτικών κινήσεων.

Το ίδιο συμβαίνει με τα αντιχολινεργικά φάρμακα [νεοστιγμίνη] αυξάνουν την κινητικότητα του παχέος εντέρου. Η προώθηση και αποβολή αερίων είναι το πρωιμότερο κλινικό σημείο άρσης του παραλυτικού ειλεού ο οποίος κατά κανόνα συνοδεύει τις χειρουργικές επεμβάσεις και ιδιαίτερα τις ενδοκοιλιακές. Το σημείο αυτό εμφανίζεται συνήθως μεταξύ του πρώτου και τρίτου εικοσιτετραώρου ανάλογα με τη βαρύτητα και τη διάρκεια της επέμβασης.

Η συχνότητα της αφόδευσης επηρεάζεται από κοινωνικούς και διαιτητικούς παράγοντες. Μια κένωση το 24ωρο είναι το σύνηθες. Ανάλογα όμως με το είδος της τροφής και με τη δραστηριότητα του ατόμου οι κενώσεις μπορεί φυσιολογικά να κυμαίνονται από το 24ωρο έως και μία κάθε δύο ή τρεις ημέρες. Οποιαδήποτε αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου, που διαρκεί περισσότερο από μερικές εβδομάδες, θα πρέπει να ελέγχεται. Η επίμονη διάρροια είναι εξουθενωτική για τον ασθενή και

ίσως και θανατηφόρος λόγω μεγάλης απώλειας ύδατος και ηλεκτρολυτών. Μπορεί να οφείλεται σε χρόνια λήψη καθαρτικών, σε αυξημένη έκκριση από το λεπτό έντερο, σε φλεγμονώδεις παθήσεις λεπτού και παχέος εντέρου, σε θηλώδες αδένωμα του παχέος εντέρου, σε απώλεια της απορροφητικής επιφάνειας του εντέρου (εντερεκτομές). Η δυσκοιλιότης αναφέρεται είτε στην αραιή συχνότητα των κενώσεων είτε στην σκληρή σύσταση των κοπράνων. Η δυσκολία στην αποβολή των κοπράνων λέγεται δυσχεσία. Επίμονη δυσκοιλιότης, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα, πρέπει να εγείρει την υπόνοια καρκίνου του παχέος εντέρου μέχρις αποδείξεως του εναντίου. Η πιο συνηθισμένη αιτία δυσκοιλιότητας, ιδιαίτερα στις δυτικές χώρες είναι η ανεπαρκής κατανάλωση φυτικών τροφών.

Η λειτουργία της αφόδευσης απαιτεί επαρκή αισθητικότητα του ορθού, φυσιολογικό σφιγκτηριακό μηχανισμό, φυσιολογική κινητικότητα του παχέος εντέρου και άθικτη νεύρωση. Όσοι προγραμματίζουν εγχειρήσεις στο παχύ έντερο και ιδιαίτερα στο περιφερικό του τμήμα, όλοι αυτοί οι παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη προκειμένου μετεγχειρητικώς να διατηρηθεί φυσιολογικός ο μηχανισμός της αφόδευσης. (*N. Καλαχάνης. 1990*)

## **2<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

### **Καρκίνος παχέος εντέρου**

## **2.1 Καρκίνος παχέος εντέρου – ορισμός**

Ως καρκίνο του παχέος εντέρου ορίζουμε τους κακοήθεις όγκους που αναπτύσσονται στο τμήμα εκείνο του γαστρεντερικού σωλήνα που ενώνει το λεπτό έντερο με τον πρωκτό. *(Αναγνωστόπουλος και Παπαδόπουλος.2004)*

## **2.2 Επιδημιολογία**

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι η τρίτη συχνότερη μορφή καρκίνου στις ΗΠΑ όπου το 2002 διαγνώστηκαν περίπου 148.300 νέες περιπτώσεις καρκίνου του παχέος εντέρου και τα ορθού ενώ περισσότεροι από 5.000 ασθενείς απεβίωσαν εξαιτίας της νόσου. Η συχνότητα του καρκίνου αυτού είναι σχεδόν ίδια και στους άνδρες και στις γυναίκες Παρατηρείτε συνηθέστερα μετά την ηλικία των 50 ετών και η συχνότητα αυξάνετε με την ηλικία. Με την πρόωμη διαγνώση η πενταετής επιβίωση είναι 90%. Δυστυχώς όμως η διάγνωση μειώνεται σε 65% , όταν η νόσος έχει πλέον επεκταθεί αρκετά και σε 8% όταν υπάρχουν ήδη μακρινές μεταστάσεις τη στιγμή της διάγνωσης *(Priscilla Lemone & Karen Burke.2006)*

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίζει υψηλούς δείκτες θνησιμότητας στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες μέσου δείκτες στην Νότια και Ανατολική Ευρώπη και χαμηλούς στις φτωχές χώρες της Αφρικής και της Ασίας. Στην Ελλάδα αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας, δεδομένου ότι 850 ασθενείς πεθαίνουν ετησίως από καρκίνο παχέος εντέρου. *Αναγνωστόπουλος και Παπαδόπουλος.2004)*

## **2.3 Προδιαθεσικοί παράγοντες- παράγοντες κινδύνου**

- Η προχωρημένη ηλικία, συνήθως άνω των 50 ετών.
- Άτομα με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου, ιδίως συγγενών 1<sup>ου</sup> βαθμού. Ο κίνδυνος είναι 2-3 φορές μεγαλύτερος απ' ο,τι στον υπόλοιπο πληθυσμό.
- Άτομα με « σύνδρομο οικογενούς καρκίνου» (σύνδρομο Lynch) παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο για καρκίνο τού κόλου και άλλων αδενοκαρκινμάτων, όπως καρκίνο ωοθήκης, ενδομητρίου, μαστού και παγκρέατος.
- Άτομα με οικογενειακό ιστορικό πολλαπλών αδενωματοειδών πολυπόδων μετά την ηλικία των 10 ετών.
- Άτομα που είχαν παλαιότερα πολύποδες του κόλου και του ορθού.

- Άτομα με φλεγμονώδη εντερική πάθηση, όπως ελκώδη κολίτιδα και τελική ειλίτιδα(νόσος Crohn). Στην ελκώδη κολίτιδα ο κίνδυνος να εμφανιστεί καρκίνος είναι περίπου εικοσαπλάσιος απ' ό'τι στον γενικό πληθυσμό. Ο καρκίνος μπορεί να αναπτυχθεί στην επίπεδη επιφάνεια του βλεννογόνου μάλλον παρά στους πολύποδες.
- Άτομα με διατροφή πλούσια σε λίπη και φτωχή σε ίνες και ασβέστιο. Υπεύθυνο θεωρείται περισσότερο το ζωικό λίπος παρά το φυτικό. Πρόσφατη έρευνα απέδειξε ότι γυναίκες που τρώνε καθημερινά κόκκινο κρέας αντιμετωπίζουν 2,5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο απ' όσες τρώνε κόκκινο κρέας λιγότερο από μία φορά το μήνα. Όσοι τρώνε ψάρι και κοτόπουλο χωρίς πέτσα, αντιμετωπίζουν τον χαμηλότερο κίνδυνο.
- Άτομα που καταναλώνουν πολλά φαγητά ψημένα στα κάρβουνα.
- Εργάτες αμιάντου και κόλλας(*Malin Dollinger & Ernest Rosenbaum & Greg Cable.1992*).
- Τα άτομα που καπνίζουν και κάνουν χρήση αλκοόλης
- Τα παχύσαρκα άτομα
- Καθιστική ζωή

«Αν τροποποιούσαμε τον τρόπο ζωής μας και δίναμε σημασία στους παράγοντες κινδύνου, περισσότεροι από τους μισούς καρκίνους του παχέος εντέρου θα μπορούσαν να προληφθούν». (*Αναστάσιος Ξιάρχος.2014*)

#### **2.4 Ομάδες κινδύνου για αναπτυξη καρκίνου παχέος εντέρου**

- ❖ Ομάδα χαμηλού κινδύνου
  - ✓ Ηλικία >40 ετών
  - ✓ Δεν παρουσιάζουν συμπτώματα
  - ✓ Δεν πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα και δεν έχουν ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου
- ❖ Ομάδα μέσου κινδύνου
  - ▶ Ασθενείς μετά από πολυπεκτομή
  - ▶ Ασθενείς μετά από τμηματική κολεκτομή για καρκίνο του παχέος εντέρου
  - ▶ Άτομα που έχουν >1 συγγενή με καρκίνο παχέος εντέρου
- ❖ Ομάδες υψηλού κινδύνου
  - ▶ Ελκώδης κολίτιδα (>10 χρόνια)
  - ▶ Σύνδρομο πολυποδιάσεως

- Familial adenomatous polyposis (FAP)
- Gardner
- Turcot
- ▶ Οικογενής καρκίνος παχέος εντέρου
  - Lynch I ή HNPCC-a
  - Lynch II ή HNPCC-b(Λαδάς Σ.2013)

## 2.5 Παθολογική φυσιολογία

Σχεδόν όλες οι κακοήθειες εξεργασίες του παχέος εντέρου και του ορθού είναι αδενοκαρκινώματα, που αναπτύσσονται πάνω σε προϋπάρχοντες αδενωμάτωδεις πολύποδες. Οι περισσότεροι πολύποδες παρατηρούνται στο ορθό και το σιγμοειδές, αν και οποιοδήποτε τμήμα του παχέος εντέρου είναι δυνατόν να προσβληθεί. Ο όγκος τυπικά αυξάνεται χωρίς να γίνεται κλινικά εμφανής, δημιουργώντας ελάχιστα μόνο συμπτώματα. Τη χρονική στιγμή που εμφανίζονται τα τελικά συμπτώματα, η νόσος έχει επεκταθεί σε βαθύτερα στρώματα του τοιχώματος του εντέρου και ενδεχομένως και στα παρακείμενα όργανα. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου επεκτείνεται κατά συνέχεια ιστού, διηθώντας ολόκληρη την περίμετρο του παχέος εντέρου, τον υποβλεννογόνο και τις υπόλοιπες στοιβάδες του τοιχώματος του εντέρου. Είναι επίσης δυνατόν η άμεση επέκταση της νόσου να έχει ως αποτέλεσμα την διήθηση των παρακείμενων οργάνων (όπως ήπαρ, μείζων τόξο στομάχου, λεπτό έντερο, σπλήνας, πάγκρεας, ουροποιογεννητικό σύστημα και κοιλιακό τοίχωμα).

Η συνηθέστερη μορφή διασποράς της νόσου είναι οι μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες (λεμφαδενικές μεταστάσεις). Οι λεμφαδενικές μεταστάσεις δεν ακολουθούν πάντα την ανατομική σειρά των λεμφαδένων. Έτσι είναι δυνατόν πιο απομακρυσμένοι λεμφαδένες να περιέχουν καρκινικά κύτταρα, ενώ οι επιχώριοι λεμφαδένες να είναι ελεύθεροι μεταστάσεων. Τα καρκινικά κύτταρα του πρωτογενούς όγκου μπορεί επίσης να διασπαρούν μέσω του λεμφικού συστήματος ή μέσω της κυκλοφορίας του αίματος και να δημιουργήσουν απομακρυσμένες μεταστάσεις (δηλαδή στο ήπαρ, στους πνεύμονες, στον εγκέφαλο, στα οστά και στους νεφρούς). Όταν ο όγκος διαπεράσει τον ορογόνο του εντέρου, είναι δυνατόν να παρατηρηθούν απόπτωση και εμφύτευση των καρκινικών κυττάρων σε άλλες περιοχές της περιτοναϊκής κοιλότητας. Το ίδιο είναι δυνατόν να παρατηρηθεί και κατά την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης.(Priscilla Lemone & Karen Burke.2006)

## **2.6 Παθολογική ανατομική**

Η πλειονότητα των καρκίνων του παχέος εντέρου και του ορθού είναι αδενοκαρκινώματα. Οι όγκοι παρουσιάζουν διαφόρων βαθμών αδενική διαφοροποίηση και παράγουν ποικίλες ποσότητες βλέννας. Επί τη βάσει των αδρών μορφολογικών χαρακτηριστικών μπορούν να διαιρεθούν σε δύο μεγάλες ομάδες 1) τις πολυποειδείς και 2) δακτυλιοειδείς στενωτικές βλάβες. Οι πολυποειδείς βλάβες βρίσκονται συχνότερα στη δεξιά πλευρά του παχέος εντέρου και οι δακτυλιοειδείς στενωτικές στο αριστερό κόλο. Κατά προσέγγιση το 75% των καρκίνων του παχέος εντέρου απαντώνται στο κατίον κόλον, το ορθοσιγμοειδές και το ορθό. Περίπου 50% των νεοπλασμάτων αυτών εντοπίζονται στα πρώτα 60cm από τον πρωκτό που μπορούν να ελεγχθούν με εύκαμπτο ορθοσιγμοειδοσκόπιο. Τα τυφλό και το ανιόν κόλο προσβάλλεται σε 15% και το εγκάρσιο σε 10% των περιπτώσεων. (Lee Goldman & Claude Bennett.2002)

## **2.7 Ιστολογία**

Τα νεοπλάσματα του παχέος εντέρου διακρίνονται σε καλοήγη και κακοήγη.

### **2.7.1 Καλοήγη νεοπλάσματα του παχέος εντέρου**

#### **A. Πολύποδες**

Με τον όρο πολύποδες εννοούμε κάθε περιγεγραμμένο όγκο που προβάλλει στον αυλό με παρουσία ή απουσία μίσχου.

Ιστολογικώς, αναγνωρίζονται επιθηλιακοί και μη επιθηλιακοί πολύποδες.

#### **A.1 Επιθηλιακοί πολύποδες**

Είναι οι πιο συχνοί πολύποδες στο παχύ έντερο. Η ταξινόμηση τους ανάλογα με την ιστογένεση τους είναι 1)Ανώριμος 2)Νεοπλασματικός 3)Αμαρτωματώδης 4)Φλεγμονώδης

#### **A.2 Μεταπλαστικός –Υπερπλαστικός πολύποδας**

Είναι επιθηλιακός πολύποδας με άγνωστη αιτιολογία. Για την ανάπτυξη του ενοχοποιούνται περιβαλλοντικοί παράγοντες, πιθανόν διαιτητικοί μερικοί θεωρούν ότι αφορούν σε γεροντική εστιακή εκφύλιση του βλεννογόνου, πλην όμως έχουν βρεθεί πολλαπλοί πολύποδες και σε νέα άτομα. Σε σχέση με την πρόγνωση, παρόλο που οι υπερπλαστικοί πολύποδες παρατηρούνται στην περιοχή των καρκινωμάτων θεωρείται ότι δεν είναι προκαρκινωματώδης αλλοίωση αλλά ότι έχει κοινή παθογένεια με τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

#### **A.3 Νεανικός πολύποδας**

Δεν θεωρείται γνήσιο νεόπλασμα, αλλά αμάρτωμα ή φλεγμονώδους αιτιολογίας. Συχνά εμφανίζεται στο ορθό σε αγόρια ή κορίτσια ηλικίας 1-10 ετών.

## **B. Αδένωμα**

Είναι καλοήθης επιθηλιακό νεόπλασμα με δυνατότητα κακοήθους εξαλλαγής. Για την γένεση του αδενώματος, ενοχοποιούνται γενετικοί παράγοντες, ενώ περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για την αύξηση του μεγέθους, την προοδευτικά αυξανόμενη σε βαθμό δυσπλασία και τέλος, την καρκινωματούδη εξαλλαγή. Συχνότερα απαντάται σε άντρες.

### **B.1 Σωληνώδες αδένωμα**

Είναι ο συχνότερος τύπος, μεγέθους από 0,1 μέχρι μερικά εκατοστά. Μακροσκοπικώς μοιάζει με μικρή ανθοκράμβη και συνήθως έχει μίσχο.

### **B.2 Λαχνωτό αδένωμα**

Συνήθως είναι μεγάλο άμισχο ή μισχωτό. Μικροσκοπικώς, έχει χαρακτηριστική εμφάνιση. Αποτελείται από λάχνες – θηλές που επενδύονται από επιθηλιακά κύτταρα.

### **B.3 Σωληνο-λαχνωτό αδένωμα**

Συνήθως είναι έμισχος πολύποδας. Στη μικροσκοπική του εμφάνιση είναι μικτό αδένωμα, ενώ η ενώ η δυναμική του κακοήθεια βρίσκεται μεταξύ άλλων δύο τύπων.

### **B.4 Κακοήθης εξαλλαγή αδενώματος**

Η κακοήθης εξαλλαγή του αδενώματος έχει σχέση με το μέγεθος, το βαθμό δυσπλασίας και το είδος του αδενώματος.

### **B.5 Οικογενής πολυποδίαση**

Κληρονομείται με τον επικρατούντα χαρακτήρα ένα παιδί έχει 50% πιθανότητες να νοσήσει όταν πάσχει ο ένας γονέας. Νοσούν εξίσου άνδρες και γυναίκες.

### **B.6 Σύνδρομο Gardner**

Εκτός από τα αδενώματα του παχέος εντέρου στο σύνδρομο υπάρχουν πολλές αλλοιώσεις εκτός γαστρεντερικού συστήματος

### **B.6 Σύνδρομο Turcot**

Είναι σύνδρομο πολυποδίασεως του παχέος εντέρου και κακοηθών όγκων του κεντρικού νευρικού συστήματος. Κληρονομείται με τον επικρατούντα χαρακτήρα και οι πολύποδες καρκινώματα εξαλλάσσονται σε καρκίνο σε νεαρά άτομα.

## **2.7.2 Κακοήθη νεοπλάσματα του παχέος εντέρου**



Ο πιο συχνός τύπος είναι το αδενοκαρκίνωμα, ενώ απαντώνται επίσης το αδеноμαλπιγιάκό, το αμιγές διηθητικό μαλπιγιάκό, το αδιαφοροποίητο και το ενδοκρινικό καρκίνωμα.(Αραπαντώνη-Δαδιώτη.1991)

## 2.8 Σταδιοποίηση καρκίνου παχέος εντέρου

Η σταδιοποίηση του καρκίνου εξαρτάται από πόσες στοιβάδες του τοιχώματος του τοιχώματος του εντέρου έχει διηθήσει και από το αν έχει προσβάλλει λεμφαδένες η άλλα όργανα. Χρησιμοποιούνται τα παρακάτω γράμματα

- T για την σταδιοποίηση του όγκου στο κόλον η το ορθόν.
- N για τυχόν επέκταση στους λεμφαδένες
- M για την ύπαρξη μεταστάσεων(διασπορά σε άλλες περιοχές του σώματος). Ένα νούμερο συνοδεύει έκαστο γράμμα και παριστά την επέκταση του καρκίνου. Για παράδειγμα, N0 σημαίνει ότι δεν υπάρχει ένδειξη καρκινικών κυττάρων στους λεμφαδένες. Αυτοί οι κώδικες προσφέρουν τη θέση για την πιστοποίηση του σταδίου του καρκίνου.

Τα στάδια συνήθως δίνονται σε νούμερα που κυμαίνονται από 0 έως IV. Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός, τόσο πιο προχωρημένος είναι ο καρκίνος. Επιπλέον του συστήματος ταξινόμησης T, N, M ο καρκίνος του παχέος εντέρου μερικές φορές ταξινομείται και με βάση ένα παλαιότερο σύστημα το Dukes-Kirklin. Οι διαφορές μεταξύ αυτών των συστημάτων είναι περισσότερο τεχνικές και ο ιατρός είτε το ένα είτε το άλλο. Και τα δύο όμως δίνουν γενικές πληροφορίες, δηλαδή την επέκταση του καρκίνου. Το T, N, M και το ισοδύναμο τους Dukes έχει ως παρακάτω

### Στάδιο 0

**TisN0M0.** Αυτό είναι το πρωιμότερο στάδιο του καρκίνου, ένα επιφανειακό, μη διηθητικό καρκίνωμα. Τα γράμματα «is» αναφέρονται στο in situ, που σημαίνει εντοπισμένο στην φυσιολογική του θέση, δηλαδή ο καρκίνος δεν έχει επεκταθεί κάτωθεν του βλεννογόνου, της πρώτης δηλαδή στοιβάδας του εντέρου. Τα ποσοστά /πενταετούς επιβίωσης φτάνουν στο 95%.

### Στάδιο I

**T1N0M0=Dukes-Kirklin A.** Ο καρκίνος έχει επεκταθεί κάτωθεν του βλεννογόνου στην υποκείμενη στοιβάδα, την υποβλεννογόνο του κόλου ή του ορθού. Όμως δεν έχει επεκταθεί στο μυϊκό χιτώνα βαθύτερα ή στους λεμφαδένες και δεν έχει δώσει μετάσταση ( N0, M0). Τα ποσοστά επιβίωσης είναι μεγαλύτερα του 90 %.

**T2N0M0= Dukes-Kirklin B1.** Ο καρκίνος έχει επεκταθεί στην επόμενη στοιβάδα του κόλου ή του ορθού, τη μυική, αλλά δεν έχει επεκταθεί στους λεμφαδένες, ούτε έχει κάνει μετάσταση. Τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης φτάνουν στο 85%.

### **Στάδιο II**

**T3N0M0 ή T4N0M0=Dukes-Kirklin B2.** Ο καρκίνος έχει διαπεράσει και τη μυική στοιβάδα του εντέρου αλλά δεν έχει επεκταθεί σε λεμφαδένες. Το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης φτάνουν στο 70%-75%.

### **Στάδιο III**

**TXN1M0= Dukes-Kirklin C.** Ο καρκίνος έχει επεκταθεί στους λεμφαδένες εγγύς του κόλου ή του ορθού. Τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης είναι 35%-65%. Ο βαθμός τοπικής διεξόδου του όγκου δεν επηρεάζει το στάδιο.

### **Στάδιο IV**

**TXNXM1= Dukes-Kirklin D.** Ο καρκίνος έχει επεκταθεί σε απομακρυσμένους ιστούς και όργανα. Η πιο συνήθη εστία μετάσταση είναι το ήπαρ. Εφόσον το δείξουν οι απεικονιστικές εξετάσεις, ούτε ο βαθμός της τοπικής επέκτασης του όγκου ούτε των λεμφαδένων επηρεάζουν το στάδιο. Με εξαίρεση λίγες περιπτώσεις στο στάδιο IV του καρκίνου είναι ανίατο. (Gilbert S.2004)

## **2.9 Διασπορά της νόσου**

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου επεκτείνεται με τους ακόλουθους τρόπους

### ➤ **Κατά συνέχεια ιστού**

Το αδενοκαρκίνωμα με το χρόνο διηθεί όλους τους χιτώνες του εντέρου προς όλες τις κατευθύνσεις. Έτσι προχωράει κατά τον επιμήκη άξονα, σπανίως όμως πάνω από 5 εκατοστά. Επεκτείνεται κυκλοτερώς και αναφέρεται ότι χρειάζεται περίπου 1 χρόνο για να διηθήσει τα  $\frac{3}{4}$  του αυλού. Επεκτείνεται και εκτός του αυλού, διηθώντας τους πέριξ ιστούς.

### ➤ **Αιματογενής διασπορά**

Ο καρκίνος μπορεί να διηθήσει αιμοφόρα αγγεία της περιοχής. Δια των φλεβών καρκινωματώδη κύτταρα μεταφέρονται μέσω της πυλαίας φλέβας στο ήπαρ, το οποίο είναι το πρώτο σε συχνότητα όργανο στο οποίο εμφανίζονται μεταστάσεις. Καρκινωματώδη κύτταρα μπορεί επίσης να παρακάμψουν την πυλαία κυκλοφορία και να εμβολίσουν τον πνεύμονα.

### ➤ **Λεμφική διασπορά**

Είναι η πιο συχνή οδός διασποράς του καρκίνου. Στο υλικό της κλινικής μας έχουν βρεθεί μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες σε ποσοστό πάνω από 50%. Η μετάσταση στα λεμφογάγγλια δεν εξαρτάται από το μέγεθος της πρωτοπαθούς εστίας, αλλά από το πόσο αδιαφοροποίητα είναι τα καρκινωματώδη κύτταρα. Η μετάσταση στους 4 στοίχους λεμφογαγγλίων δεν γίνεται προοδευτικώς και κατά σειρά, αλλά μπορεί να βρεθούν μεταστάσεις σε απομακρυσμένα λεμφογάγγλια, ενώ δεν υπάρχουν στο πλησίον της πρωτοπαθούς εστίας.

➤ **Διασπορά με εμφύτευση κυττάρων**

Όταν η καρκινωματώδης εστία διηθήσει και τον ορογόνο, καρκινωματώδη κύτταρα αποφολιδώνονται και πέφτουν μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Τα κύτταρα αυτά προσκοιώνται στο τοιχωματικό περιτόναιο ή στα τοιχώματα οργάνων και εξελίσσονται σε μεταστατικές εστίες. Η πιο συχνή εντόπιση και ανάπτυξη γίνεται στο δουγλάσιο χώρο, όπου με την δακτυλική εξέταση μπορεί να διαπιστωθούν από μικρές σκληρίες έως πλήρης διήθηση του εδάφους της πυέλου. Η διασπορά αυτή θεωρείται καρκινωμάτωση της κοιλίας και έχει την ανάλογη κακή προγνωστική σημασία.

➤ **Διασπορά πέριξ των νεύρων**

Η διήθηση του περινευρικού χώρου από καρκίνο επιτρέπει την διασπορά δια των νεύρων του παχέος εντέρου. Η κατάσταση αυτή έχει ιδιαίτερα κακή προγνωστική σημασία.

➤ **Ενδοναυλική εμφύτευση κυττάρων**

Από την επιφάνεια του όγκου αποκολλώνται συνεχώς κύτταρα, τα οποία ακολουθώντας το ρεύμα των κοπράνων μπορεί να προσκολληθούν επί του βλεννογόνου κεντρικώς η περιφερικώς και να αναπτύξουν μεταστατική εστία. Σε τραυματισμένη ή εξελκωμένη όμως επιφάνεια του βλεννογόνου μπορεί να αναπτυχθούν μεταστάσεις, όταν προσκολληθούν καρκινωματώδη κύτταρα. Αυτός είναι ο λόγος που διαπιστώνονται υποτροπές της νόσου στη γραμμή της αναστομώσεως μετά από κολεκτομή για καρκίνο. Έτσι, σήμερα, συνιστάται κατά τις κολεκτομές και πρίν αρχίσουν οι χειρισμοί επί του αυλού του εντέρου, να αποφράσσεται με απολίνωση ο αυλός του εντέρου κεντρικώς και περιφερικώς του όγκου. (*Αραπαντώνη-Λαδιώτη Π. 1991*)

## 3<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ

**Κλινική συμπεριφορά –**  
**διαγνωστική προσέγγιση**

### 3.1 Κλινική εικόνα-συμπτωματολογία

Τα συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου έχουν σχέση με τη θέση του στο έντερο το μέγεθος του και το βαθμό διήθησης. Στα πρώτα στάδια αναπτύξεως του ο καρκίνος του παχέος εντέρου δεν προκαλεί συνήθως συμπτώματα. Ο καρκίνος αυτός χαρακτηρίζεται από την παρατεταμένη ασυμπτωματική του περίοδο. Μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων, 15% των περιπτώσεων θεωρούνται ανεγχείρητοι καρκίνοι λόγω πολλαπλών μεταστάσεων. Στο υπόλοιπο 85%, δηλαδή στους χειρουργήσιμους ασθενείς, η πρόγνωση επιδεινώνεται λόγω διηθήσεων στους τοπικούς λεμφαδένες (50%) συνυπάρξεως αποφράξεως παχέος εντέρου (15%) ή διηθήσεως παρακείμενων οργάνων (15%).

Για τους λόγους αυτούς έχουν κατά καιρούς προταθεί διάφοροι τρόποι για την πρόιμη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου που βρίσκονται σε μαζικό έλεγχο αυπυτωματικών ομάδων πληθυσμού που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξη του. (Μούζας Ι. 1991)

Τα νεοπλάσματα του δεξιού κόλου είναι συνήθως ευμεγέθη και εξωφυτικά (αναπτύσσονται δηλαδή ,μέσα στον αυλό του εντέρου). Παρ' όλα αυτά σπάνια δίνουν συμπτώματα απόφραξης λόγω της μεγάλης διαμέτρου του αυλού του δεξιού κόλου. Το προεξάρχον σύμπτωμα είναι η αδυναμία και η καταβολή λόγω της μικροσκοπικής απώλειας αίματος και συνακόλουθης αναιμίας.

Αντίθετα τα νεοπλάσματα του αριστερού κόλου δίνουν συχνότερα συμπτωματολογία απόφραξης λόγω του στενότερου αυλού του εντέρου αλλά και των σχηματισμένων κοπράνων. Ο ασθενής προσέρχεται παραπονούμενος για εγκατάσταση επίμονης δυσκοιλιότητας, με αίσθημα διάτασης κοιλίας και εντερικούς κολικούς.

Τα νεοπλάσματα του ορθού παρουσιάζονται συνήθως με αποβολή ζωηρά ερυθρού αίματος με τις κενώσεις και αυξημένη περιεκτικότητα βλέννης στα κόπρανα. Όταν αποκτήσουν σημαντικό μέγεθος προκαλούν τεινισμό και αίσθημα ατελούς κένωσης. . (Μπονάτσος Γ. & Κακλαμάνος Ι. & Γολεμάτης Β. 2011)

Σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου του παχέος εντέρου, είναι δυνατό να υπάρξουν, μόνα ή σε συνδυασμό, ένα η περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα.

- Η Αλλαγή των συνηθειών του εντέρου
- Ανεξήγητη διάρροια η δυσκοιλιότητα η το αίσθημα ότι το έντερο δεν κενούται πλήρως

- Κόπρανα στενότερα απ' ότι συνήθως
- Γενικά κοιλιακά συμπτώματα, όπως πόνος, πολλά αέρια, τυμπανισμός
- Απώλεια βάρους αγνώστου αιτιολογίας, με η χωρίς ανορεξία
- Αδυναμία και εύκολη κόπωση
- Αναιμία-Σιδηροπενία
- Ίκτερος.
- Ζάλη και τάση για εμετό
- Ανορεξία
- Εντερική απόφραξη
- Παρουσία αίματος στις κενώσεις ,σκούρου η ανοιχτόχρωμου
- Παρουσία βλέννας στις κενώσεις (*Πετρίδης Α.2004*)

### 3.2 Διάγνωση

Η λήψη ενός προσεκτικού ιστορικού, η κλινική εξέταση και η επιλεκτική χρήση εργαστηριακών και ακτινολογικών εξετάσεων διευκολύνουν την διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Στο ιστορικό περιλαμβάνονται τα συμπτώματα του ασθενούς πριν από την αφαίρεση ενός αδενώματος ή καρκίνου, ή παρουσία φλεγμονώδους νόσου του εντέρου ή το οικογενειακό ιστορικό ενός από τα κληρονομούμενα σύνδρομα καρκίνου του παχέος εντέρου. (*Lee Goldman & Claude Bennett.2002*)

### 3.3 Διαγνωστικές μέθοδοι

#### Κλινική εξέταση

- Δακτυλική εξέταση

Η δακτυλική εξέταση αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της φυσικής εξέτασης του ασθενούς, καθώς ο περιφερικός καρκίνος του ορθού είναι ψηλαφητός τις περισσότερες ως σκληρός, ωοειδής ή κυκλοτερής όγκος. Επίσης με την δακτυλική εξέταση είναι δυνατόν να προσδιορίζονται τα όρια του και το βάθος διήθησης.

- Ψηλάφηση κοιλιάς για την αναζήτηση μάζας ή διογκωμένου ήπατος(ηπατομεγαλία).
- Διογκωμένοι λεμφαδένες πάνω την αριστερή κλείδα και στη βουβωνική περιοχή. (*Malin Dollinger & Ernest Rosenbaum & Greg Cable.1992*)

#### Αιματολογικές και άλλες εξετάσεις

- Γενική αίματος για την ανίχνευση τυχόν αναιμίας που μπορεί να είναι αποτέλεσμα της χρόνιας απώλειας αίματος και της εξελικτικής πορείας του όγκου.
- Γενική ούρων.
- Βιοχημικές εξετάσεις, που περιλαμβάνουν ηπατικά ένζυμα, χοληστερίνη ασβέστιο, σάκχαρο ουρικό οξύ και σίδηρο ορού ή φερριτίνη(για έλεγχο αναιμίας).
- Έλεγχος κοπράνων για λανθάνουσα απώλεια αίματος, η οποία γίνεται για την ανίχνευση αίματος στα κόπρανα, καθότι σε όλους σχεδόν σε όλους τους καρκίνους του παχέος εντέρου παρατηρείται διαλείπουσα απώλεια αίματος(ίσως είναι αρνητική στο 50% των περιπτώσεων).
- Προσδιορισμός του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου(CEA), ενός νεοπλασματικού δείκτη του ορού που μπορεί να είναι αυξημένος σε πρωτοπαθή ή υποτροπιάζοντα καρκίνο του παχέος εντέρου. Πολύ υψηλά επίπεδα CEA ενδέχεται να υποδεικνύουν περισσότερο προχωρημένη νόσο. Το επίπεδο του CEA πρέπει να προσδιορίζεται πριν από τη χειρουργική επέμβαση και αν είναι αυξημένο, να επανελέγχεται περιοδικά(κάθε 3-4 μήνες) μετεγχειρητικά.(Frank H.Netter.2009)

#### **Απεικονιστικές μέθοδοι**

- Ακτινογραφία μετά από βαριούχο υποκλυσμό, ο βαριούχος υποκλυσμός με διπλή σκιαγράφιση με αέρα δίνει ακριβείς εικόνες των ενδοαυλικών μορφωμάτων και έχει το πλεονέκτημα να απεικονίζει περιοχές μη προσπελάσιμες σε κάποιο ποσοστό από την κολονοσκόπηση.
- Υπερηχογράφημα κοιλίας, και, αν υπάρχει ένδειξη μέσα στο ορθό. Ενδοορθικό υπερηχογράφημα μπορεί να δείξει με ακρίβεια τον όγκο και διογκωμένους λεμφαδένες έξω από το ορθό, αλλά αδυνατεί να αποδείξει αν οι διογκωμένοι λεμφαδένες περιέχουν μεταστατικό καρκίνο.
- Αξονική και μαγνητική τομογραφία κοιλίας, με σκοπό την εντόπιση μακρινών μεταστάσεων πριν από το χειρουργείο.
- Ακτινογραφία θώρακος μπορεί να αποκαλύψει πνευμονικές μεταστάσεις.
- Έρευνες με αντί-CEA μονοκλωνικά αντισώματα έδειξαν υψηλή ανακάλυψη όγκων μικρότερων του 1 cm, γεγονός χρήσιμο για το χειρουργό..( Malin Dollinger & Ernest Rosenbaum & Greg Cable.1992)

### **Ενδοσκόπηση και βιοψία**

- Εξέταση ολόκληρου του παχέος εντέρου με κολονοσκόπιο(κολονοσκόπηση), ή του κατώτερου τμήματος του κόλου και του ορθού με έναν εύκαμπτο σωλήνα (πρωκτοσιγμοειδοσκόπηση) και βιοψία κάθε μάζας που θα βρεθεί.
- Αν υπάρχει μάζα στον ορθό γίνεται κυστεοσκόπηση για έρευνα της ουροδόχου κύστης και ενδοφλέβια πυελογραφία(Frank H.Netter.2009)

### **3.4 Διαφορική διάγνωση**

Στο 25% των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου η αρχική διάγνωση μετά την εκδήλωση των πρώτων συμπτωμάτων είναι εσφαλμένη. Τα πρώτα συμπτώματα είναι δυνατόν να αποδοθούν σε καλοήθεις παθήσεις του πεπτικού, όπως χολολιθίαση ή πεπτικό έλκος. Η οξεία εμφάνιση συμπτωματολογίας σε καρκίνο του δεξιού κόλου είναι δυνατόν να οδηγήσει τον ασθενή ακόμη και στο χειρουργείο με τη διάγνωση οξείας σκωληκοειδίτιδος. Επίσης η απώλεια αίματος από το ορθό αποδίδεται αρκετά συχνά σε αιμορροϊδοπάθεια ή σε καλοήθεις πολύποδες.

Σε ορισμένες περιπτώσεις η διάκριση μεταξύ καρκίνου του παχέος εντέρου και της εκκολπωματικής νόσου είναι δύσκολη, ακόμη και μετά τον ενδοσκοπικό έλεγχο. Η διάγνωση τίθεται με την ιστολογική εξέταση είτε τμήματος ιστού που λαμβάνεται κατά την κολονοσκόπηση είτε με την ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος της κολεκτομής, όταν ο ασθενής χειρουργηθεί εκτάκτως λόγω απόφραξης. Άλλες παθήσεις όπως η ελκώδης κολίτιδα, η νόσος του Crohn, η ισχαιμική κολίτιδα και ορισμένες λοιμώδεις καταστάσεις εμπεριέχονται στην διαφορική διάγνωση.

( Παπαλάμπρος Ε.2012).

### **3.5 Νέες μέθοδοι για την διαγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου**

**3.5.1. Χάπι –κάμερα** που φωτογραφίζει καρέ καρέ παχύ έντερο υποκαθιστά σε πολλές περιπτώσεις την κολονοσκόπηση, μια καθόλου δημοφιλή διαγνωστική παρεμβατική και επώδυνη.

Η Pillcam Colon είναι μια hi-tech κάψουλα η οποία υπόσχεται να γλιτώσει πολλούς ασθενείς από μια όχι και τόσο ευχάριστη εξέταση, την κολονοσκόπηση. Είναι μια κάψουλα διαφορετική από τις άλλες. Δεν διαθέτει θεραπευτικές ιδιότητες όπως οι κάψουλες που όλοι γνωρίζουμε αλλά διαγνωστικές, ενώ παράλληλα υπόσχεται να απαλλάξει αρκετούς ασθενείς από μια εξέταση που ακόμη και στο άκουσμά της οι περισσότεροι νιώθουν το λιγότερο... δυσφορία: την κολονοσκόπηση. Ονομάζεται Pillcam Colon και με τις δύο ισχυρές κάμερες που διαθέτει



«φωτογραφίζει» καρέ καρέ το παχύ έντερο με ταχύτητα τεσσάρων εικόνων το δευτερόλεπτο, αναζητώντας πιθανές βλάβη.

Δημιουργεί έτσι ένα λεπτομερές φωτογραφικό «φωτογραφικό άλμπουμ» του... εσωτερικού κόσμου του ασθενούς και δη ενός οργάνου που βάλλεται από πολλαπλούς «εχθρούς» με κυριότερο τον καρκίνο, τον οποίον η νέα ενδοσκοπική μέθοδος εντοπίζει με αξιοπιστία σχεδόν εφάμιλλη εκείνης της συμβατικής κολονοσκόπησης, σύμφωνα με τους ειδικούς. Ο κατάλογος όμως των «εχθρών» του παχέος εντέρου δεν σταματά εδώ: οι πολύποδες, αλλά και τα εκκολπώματα παραμονεύουν και τώρα δίνεται πλέον η δυνατότητα και στους έλληνες ασθενείς να τα συλλάβουν (φωτογραφικώς, αλλά και κυριολεκτικώς) πίνοντας μια κάψουλα-κάμερα εις υγείαν... της υγείας τους.

Το 2002 έφθασε στα χέρια των ελλήνων ειδικών και ασθενών μια βιντεοκάψουλα η οποία προσέφερε εξέταση του λεπτού εντέρου (η κάψουλα αυτή είχε παρουσιαστεί και από το ΒΗΜΑscience σε άρθρο στις 20.6.2004). Τώρα η «μητέρα» εταιρεία εκείνης της κάψουλας, η Given Imaging με έδρα στο Ισραήλ, δημιούργησε το «αδελφάκι» της, που δεν είναι άλλο από μια κάψουλα που με τη λογική του «πιείτε - φωτογραφίστε - τελειώσατε» προσφέρει μη παρεμβατική εξέταση ενός άλλου σημαντικού «μέλους» της... οικογενείας του πεπτικού σωλήνα μας, του παχέος εντέρου. Και αυτό το «αδελφάκι» έχει ταξιδέψει τους τελευταίους μήνες ως και τη χώρα μας, προσφέροντας διάγνωση σε έλληνες ασθενείς, αν και βρίσκεται ακόμη... στη βρεφική ηλικία του. (Τσώλη Θ., Φυντανίδου Ε.2008).

## **2. Η διαδικασία**

Η κάψουλα που έχει σχεδιαστεί για το παχύ έντερο διαφέρει από αυτή του λεπτού εντέρου σε τρία σημεία: Πρώτον, φέρει δύο κάμερες μία σε κάθε άκρο αντί μιας, και κατ' αυτόν τον τρόπο έχει τη δυνατότητα να μελετά καλύτερα τον αυλό του εντέρου. Δεύτερον, έχει μήκος 31 χιλιοστών (6 χιλιοστά μεγαλύτερο από την κάψουλα το λεπτού εντέρου Pillcam SB) το οποίο επιτρέπει την καλύτερη προώθηση στο παχύ έντερο. Τρίτον, η μπαταρία της λειτουργεί περισσότερες ώρες (11 αντί 8 ώρες), λαμβάνοντας ταυτόχρονα 4 αντί για 2 εικόνες ανά δευτερόλεπτο. Ποια είναι, όμως, η διαδικασία στην οποία καλείται να υποβληθεί ο ασθενής; Η αλήθεια είναι ότι, όπως παραδέχονται οι ειδικοί, μειονεκτεί σε σύγκριση με τη συμβατική κολονοσκόπηση σε ό,τι αφορά την προετοιμασία η οποία είναι πιο περίπλοκη (αφού σε ό,τι αφορά αυτό καθαυτό το κομμάτι της εξέτασης, αντιλαμβάνεται κάποιος εύκολα ότι το να καταπιεί απλώς ένα χάπι... υψηλής τεχνολογίας δεν συγκρίνεται σε καμία περίπτωση με το να

υποχρεωθεί να υποβληθεί σε μια παρεμβατική εξέταση). Και αυτό διότι απαιτείται η λήψη μεγαλύτερων ποσοτήτων καθαρτικών, αλλά και γαστροκινητικών φαρμάκων (δομπεριδόνη) σε σύγκριση με τη συμβατική κολονοσκόπηση πριν από την εξέταση. Παράλληλα πριν από την λήψη της Pillcam Colon ο ασθενής πρέπει να υποβληθεί σε μια «εικονική» εξέταση με χρήση μιας άλλης κάψουλας που αποκαλείται κάψουλα βατότητας. Η κάψουλα αυτή ακολουθεί, χωρίς να «φωτογραφίζει» όμως, ολόκληρο το ταξίδι που πρόκειται να κάνει και η κάψουλα-βίντεο ώστε να αποδειχθεί ότι ο δρόμος είναι καθαρός για να ολοκληρωθεί η διαδρομή εντός του εντέρου - δεν υπάρχουν δηλαδή εμπόδια σημαντικά όπως οι στενώσεις.

Αφού η κάψουλα βατότητας ολοκληρώσει με επιτυχία το έργο της, ξεκινά η 24ωρη προετοιμασία με τη λήψη των καθαρτικών και φαρμάκων για τη λήψη της κάψουλας που θα καταγράψει την κατάσταση του παχέος εντέρου. Την επομένη ημέρα φθάνει η ώρα της κατάποσης της κάψουλας. Το υλικό που καταγράφουν οι ενσωματωμένες κάμερες της Pillcam Colon μεταδίδεται μέσω ενός δικτύου αυτοκόλλητων αισθητήρων που έχουν τοποθετηθεί στα κατάλληλα σημεία της κοιλιακής χώρας του ασθενούς σε έναν ειδικό καταγραφέα (Data Recorder) που φορά στη ζώνη του. Η όλη διαδικασία διαρκεί περίπου 11 ώρες κατά τις οποίες ο ασθενής μπορεί να επιστρέψει σπίτι του. Στη συνέχεια ο εξεταζόμενος επανέρχεται στο ιατρείο, προκειμένου ο γιατρός να λάβει το υλικό που έχει συλλέξει η ειδική συσκευή. Το υλικό αυτό περνά από τον καταγραφέα σε έναν ειδικό επεξεργαστή και ο γιατρός βλέπει στην οθόνη τη διαδρομή της κάψουλας μέσα από έγχρωμες φωτογραφίες. Η κάψουλα - η οποία είναι βέβαια μιας χρήσεως - αποβάλλεται από τον οργανισμό του ασθενούς με τα κόπρανα μέσα σε 24-48 ώρες.

Σε περίπτωση μάλιστα που οι γιατροί επιθυμούν να παρακολουθήσουν το ταξίδι της κάψουλας εντός του πεπτικού σωλήνα σε πραγματικό χρόνο, έχουν πλέον τη δυνατότητα να το κάνουν. Ένα ειδικό μηχάνημα που ονομάζεται Real Time Viewer δείχνει την ακριβή πορεία της κάψουλας και των «σταθμών» της τη στιγμή ακριβώς που αυτή λαμβάνει χώρα, γεγονός που απαιτεί βέβαια την παραμονή του ασθενούς στο ιατρείο για τη διεξαγωγή της διαδικασίας. (Τσώλη Θ., Φυντανίδου Ε. 2008).

### **3. Τι έδειξε η έρευνα**

Σε αυτή την μη παρεμβατική εξέταση έχουν ήδη υποβληθεί ως σήμερα, όπως προαναφέραμε, 25 άτομα στο νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ. Τα ευρήματα με βάση τη μέχρι στιγμής χρήση της κάψουλας έδειξαν όπως αναφέρεται στη μελέτη ότι «τόσο η κολονοσκόπηση όσο και η εξέταση με κάψουλα διαπίστωσαν καρκίνο σε 12 ασθενείς

ίδια ποσοστά επιτυχίας. Σε ό,τι αφορούσε τον εντοπισμό πολυπόδων η κολονοσκόπηση ανέδειξε εννέα στους δέκα σημαντικούς πολύποδες και 14 στους 17 μικρούς, ενώ η κάψουλα επτά στους δέκα σημαντικούς πολύποδες και 11 στους 17 μικρούς. Η ευαισθησία της κολονοσκόπησης στην ανίχνευση πολυπόδων ήταν 86% και της κάψουλας 73%». Πρέπει βέβαια να σημειωθεί ότι, όπως είναι αναμενόμενο, οι ασθενείς έδειξαν σημαντικά μεγαλύτερη ανοχή στην εξέταση με την κάψουλα παρά με την κολονοσκόπηση, σύμφωνα με τη μελέτη.

Πράγματι, όπως παραδέχεται και ο κ. Καλαντζής, η νέα πολλά υποσχόμενη μέθοδος παρουσιάζει, όπως όλες άλλωστε οι τεχνικές, μειονεκτήματα. «Εκτός της σχετικής δυσκολίας στην προετοιμασία των ασθενών για την εξέταση σε σχέση με τη συμβατική κολονοσκόπηση, το βασικότερο μειονέκτημα είναι ότι κατά τη διάρκεια της εξέτασης με την κάψουλα δεν υπάρχει η δυνατότητα λήψης δείγματος ιστού για βιοψία. Στην περίπτωση που η εξέταση δείξει πολύποδα ή άλλη βλάβη, ο ασθενής πρέπει να υποβληθεί στη διεξαγωγή της συμβατικής μεθόδου, προκειμένου να αφαιρεθεί και να εξεταστεί η "ύποπτη" περιοχή». *(Τσώλη Θ., Φυντανίδου Ε.2008).*

#### **4. Προοπτική και για βιοψία**

Τα εμπόδια, όμως, αυτά είναι πιθανόν στο άμεσο μέλλον να ξεπεραστούν. Δύο εταιρείες σχεδιάζουν να κυκλοφορήσουν νέες προηγμένες κάψουλες για τον έλεγχο τόσο του λεπτού όσο και του παχέος εντέρου, λαμβάνοντας την ίδια στιγμή βιοψία. «Οι κάψουλες θα είναι περιστρεφόμενες, θα μπορούν να λαμβάνουν δείγμα "ύποπτου" ιστού, εγγέροντας παράλληλα αιμοστατικές ουσίες στο σημείο της βλάβης. Η νέα εξελιγμένη κάψουλα για την εξέταση του λεπτού εντέρου είναι πιθανόν να κυκλοφορήσει μέσα στο 2008 και θα ακολουθήσει εκείνη για το παχύ έντερο» εξηγεί ο καθηγητής. Είναι σημαντικό ότι τα νέα αυτά συστήματα θα παίρνουν περισσότερες «φωτογραφίες» απ' ό,τι οι υπάρχουσες κάψουλες, οι οποίες σήμερα λαμβάνουν περισσότερες από 100.000 εικόνες στο παχύ και περισσότερο από 60.000 εικόνες στο λεπτό έντερο.

Ως φαίνεται, λοιπόν, η νέα μέθοδος δίνει μια μεγάλη υπόσχεση για ένα ιατρικό μέλλον λιγότερο παρεμβατικό - κάτι που αποτελεί τη γενικότερη τάση της ιατρικής τα τελευταία χρόνια. Όσπου όμως η υπόσχεση να μετουσιωθεί σε πράξη για μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού, απαιτούνται κάποια ακόμη βήματα. Στη μελέτη των ελλήνων ειδικών υπογραμμίζεται ότι «η ενδοσκόπηση με κάψουλα Pillcam Colon είναι μια νέα ενδοσκοπική τεχνική που φαίνεται να πλησιάζει τα αποτελέσματα της κολονοσκόπησης στην ανίχνευση νεοπλασιών στο παχύ

έντερο, ενώ υπολείπεται ελαφρώς στην ανίχνευση πολυπόδων. Είναι σαφές ότι χρειάζονται ακόμη αρκετά περιστατικά για την αξιολόγηση της μεθόδου και για την καλύτερη εμπέδωσή της. Πρέπει επίσης να τονιστεί ότι η ενδοσκόπηση με κάψουλα Pillcam Colon ως μη επεμβατική μέθοδος είναι καλύτερα ανεκτή από την κολονοσκόπηση, αν και η προετοιμασία της απέχει ακόμη από το να είναι εύκολη».

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

Υπάρχουν όμως και ομάδες του πληθυσμού στις οποίες αντενδείκνυται η χρήση του προηγμένου μικροσκοπικού διαγνωστικού συστήματος: σε αυτές ανήκουν όσοι εμφανίζουν δυσκαταποσία και δυσφαγία, άτομα που έχουν υποβληθεί σε επανειλημμένες χειρουργικές επεμβάσεις στον πεπτικό σωλήνα, έγκυες γυναίκες ή όσοι πάσχουν από βαριά καρδιακή ανεπάρκεια και από άλλη απειλητική για τη ζωή διαταραχή. Παράλληλα η εξέταση δεν μπορεί να διενεργηθεί σε ασθενείς που δεν ολοκληρώνουν για διαφορετικούς λόγους την προετοιμασία που απαιτείται για την υποβολή σε αυτήν.

Το κόστος κάθε κάψουλας (λεπτού και παχέος εντέρου) ανέρχεται στα 600 ευρώ, αλλά καλύπτεται πλήρως από όλα τα ασφαλιστικά ταμεία, πλην του Οργανισμού Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ). Η κάψουλα βατότητας που προηγείται της χορήγησης της διαγνωστικής κάψουλας κοστίζει 150 ευρώ και επίσης καλύπτεται από τα ίδια Ταμεία. Πάντως, όπως επισημαίνει ο κ. Καλαντζής, αν και δεν είναι απαραίτητη η εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο ώστε να υποβληθεί στην εξέταση, συνιστάται να γίνεται για εντελώς... γραφειοκρατικούς λόγους, αφού μόνο τότε καλύπτεται από τα Ταμεία.

Σε κάθε περίπτωση, είναι άκρως σημαντικό η διαγνωστική φαρέτρα των ειδικών να γεμίζει από νέας τεχνολογίας «όπλα» τα οποία ως μόνο στόχο έχουν να σώζουν ζωές. Αν αναλογιστεί κάποιος ότι οι βλάβες του παχέος εντέρου, όπως οι πολύποδες, είναι άκρως συχνές και πολλές φορές... σιωπηλές με αποτέλεσμα οι ειδικοί να συστήνουν κολονοσκόπηση ανά τακτά χρονικά διαστήματα σε όλα τα άτομα άνω των 50 ετών,

τότε αντιλαμβάνεται εύκολα την αξία της Pillcam Colon. Οι εικόνες που λαμβάνει η συγκεκριμένη βιντεοκάψουλα μπορεί να μην είναι οι πιο γοητευτικές, είναι όμως σωτήριες. (Τσώλη Θ., Φουντανίδου Ε.2008)

**3.5.2 Εξέταση DNA για την διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου** Ένα νέο τεστ που γίνεται στο σπίτι και ανιχνεύει αίμα και DNA στα κόπρανα για να ανιχνεύσει τον καρκίνο του παχέος εντέρου, ενέκρινε η αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων & Φαρμάκων (FDA). Οι γιατροί συνταγογραφούν το τεστ αλλά οι ασθενείς συλλέγουν δείγμα κοπράνων στο σπίτι και το στέλνουν στα εργαστήρια για ανάλυση.

Το τεστ, χρησιμοποιείται για τον εντοπισμό γενετικών μεταλλάξεων στα κόπρανα ασθενών, που σχετίζονται με καρκινικές και προκαρκινικές βλάβες στο παχύ έντερο. Ο Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ, (FDA) ενέκρινε την εξέταση DNA για τον καρκίνο του παχέος εντέρου σε ανθρώπους με χαμηλότερο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Πρόκειται για το πρώτο τεστ του είδους του το οποίο ενεκρίθη από τις ρυθμιστικές αρχές των ΗΠΑ. Το τεστ, χρησιμοποιείται για τον εντοπισμό γενετικών μεταλλάξεων στα κόπρανα ασθενών, που σχετίζονται με καρκινικές και προκαρκινικές βλάβες στο παχύ έντερο. Ο FDA σημείωσε ότι το τεστ εντόπισε περισσότερους καρκίνους σε κλινικές δοκιμές έναντι ανταγωνιστικού τεστ αίματος. Ο αξιωματούχος του FDA, Alberto Gutierrez, δήλωσε ότι η έγκριση προσφέρει στους ασθενείς και τους γιατρούς ακόμα μια επιλογή όσον αφορά την εξέταση για καρκίνο παχέος εντέρου. (Ρούλα Τ.2014)

## **4<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

### **Καρκίνος παχέος εντέρου -** **Θεραπεία**

#### **4.1 Θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου**

Η αντιμετώπιση εξαρτάται από το μέγεθος, την εντόπιση και την έκταση του όγκου, από τις τυχόν επιπλοκές που έχει προκαλέσει και από τη γενική κατάσταση του ασθενούς. Απαιτείται η συνεργασία ομάδας ιατρών όπως χειρουργού, γαστρεντερολόγου, ογκολόγου και ακτινοθεραπευτή, ώστε να ακολουθηθεί μια ή συνδυασμός περισσότερων θεραπευτικών επιλογών. (Πάππης Χ.2013)

##### **4.1.1 Χειρουργική θεραπεία**

Είναι η παλαιότερη και η πιο επιτυχής μέθοδος . Αν είναι εφικτό να αφαιρεθεί ασφαλώς ο όγκος και να μην παραμείνουν καρκινικά υπολείμματα, μπορεί να επιτευχθεί πλήρης ίαση. Για να θεωρηθεί η χειρουργική επέμβαση ως ορθότερη επιλογή πρέπει να δοθεί απάντηση σε δύο θεμελιώδη ερωτήματα

Εντοπίζεται ο όγκος σε ένα μόνο σημείο;

Αν είναι διάσπαρτος, η χειρουργική αντιμετώπιση ίσως αποδειχθεί επωφελής, ίσως όχι. Μπορούμε να αφαιρέσουμε τον όγκο χωρίς να βλάψουμε τα ζωτικά όργανα και χωρίς λειτουργικά προβλήματα;

Το πιο σπουδαίο μέσο για την αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι η ριζική εκτομή. Οι καρκίνοι του δεξιού και του αριστερού κόλου αντιμετωπίζονται με ημικολεκτομή. Οι καρκίνοι του σιγμοειδούς και του άνω μέρους του ορθού( πάνω από 6 cm από τον πρωκτικό δακτύλιο) εξαιρούνται με πρόσθια εκτομή. Οι τεχνικές με την χρήση αυτόματων συρραπτικών μηχανών έχει διευκολύνει την δημιουργία αναστομών μέσα στην πυελική κοιλότητα.

Οι βλάβες που εντοπίζονται 5 εκ. από τον πρωκτικό δακτύλιο συνήθως αντιμετωπίζονται με συνδυασμένη κοιλιοπερινεϊκή και μόνιμη κολοστομία. Η νεότερη προσέγγιση για τα μικρά πρώιμα καρκινώματα του ορθού περιλαμβάνει τη διατήρηση του σφιγκτήρα με τοπική εκτομή, που ακολουθείται από χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία της πυελικής κοιλότητας. Ο συνδυασμός ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας προεγχειρητικά μπορεί να υποβοηθήσει την εκτομή και τις εγχειρητικές τεχνικές διατήρησης του σφιγκτήρα.

Για τον καρκίνο του πρωκτού η σταθερή θεραπευτική αντιμετώπιση συνίσταται σε συνδυασμό ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας ο οποίος προκαλεί συνήθως συρρίκνωση ή και εξάλειψη του καρκίνου. Η χειρουργική εκτομή συνήθως γίνεται στις βλάβες που δεν ανταποκρίνονται στο συνδυασμό χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας ή σε αυτές που υποτροπιάζουν.

Η χειρουργική επέμβαση μπορεί να είναι αναγκαία για ανακούφιση από τα συμπτώματα όπως επίσης και για την θεραπεία. Η απόφραξη του παχέος εντέρου μπορεί να απαιτεί ανακουφιστική κολοστομία αν και μπορεί να γίνει ταυτόχρονα και εκτομή του όγκου. Ένας καρκίνος που έχει προκαλέσει διάτρηση του εντέρου συνήθως αντιμετωπίζεται με εκτομή του όγκου και κολοστομία με μεταγενέστερη σύγκλειση της κολοστομίας. Είναι επίσης δυνατή η εφαρμογή της ηπατεκτομής σε ασθενείς με καλή γενική κατάσταση και μια εις τρεις μεταστάσεις. Η προσεκτική προεγχειρητική ακτινολογική σταδιοποίηση σε συνδυασμό με την διεγχειρητική υπερηχοτομογραφική μελέτη του ήπατος διευκολύνει την εφαρμογή αυτών των τεχνικών. Η καταστροφή του όγκου με laser χρησιμοποιείται όλο και πιο συχνά για την ύφεση της απόφραξης ή της αιμορραγίας σε ασθενείς με ανεγχείρητο καρκίνο ή πολλαπλές μεταστάσεις. (Lee Goldman & Claude Bennett.2002)

#### **4.1.2 Ακτινοθεραπεία**

Στόχος της ακτινοθεραπείας είναι η υποχώρηση ή η εξαφάνιση του όγκου. Με την ακτινοθεραπεία καταστρέφεται ή γενετική δομή των κυττάρων του όγκου και έτσι εν αναπτύσσονται ούτε και διαιρούνται άλλο. Η καταστροφή επιτυγχάνεται από μια δέσμη ραδιενεργών ακτινών και ηλεκτρονίων που κατευθύνονται απευθείας στον όγκο από ειδικά μηχανήματα υψηλής ενέργειας τα οποία βρίσκονται σε ορισμένη απόσταση από το σώμα ή ακόμη με ραδιενεργά υλικά τα οποία τοποθετούνται μέσα ή κοντά στον όγκο.

Κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας ο ασθενής δεν αισθάνεται πόνο ούτε άλλη δυσφορία. Η ακτινοβολία μοιάζει με την ακτινογράφιση του θώρακα, με τη διαφορά ότι το μηχάνημα παραμένει για μερικά λεπτά και όχι για ένα- δύο δευτερόλεπτα. Η ακτινοβολία μπορεί να είναι η μόνη θεραπεία για μερικές μορφές εντοπισμένων καρκίνων ή να δοθεί σε συνδυασμό με άλλα είδη θεραπευτικών σχημάτων.

Η ακτινοθεραπεία παίζει σπουδαίο ρόλο στην μετεγχειρητική αντιμετώπιση του καρκίνου του ορθού. Η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία συνδυάζεται συχνά με φθοριουρακίλη και λευκοβορίνη προκειμένου να ελαττωθούν οι τοπικές μετεγχειρητικές υποτροπές και να αυξηθεί η επιβίωση. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί με σκοπό την ελάττωση του μεγέθους του όγκου και για να καταστήσει χειρουργήσιμη μια αρχικά ανεγχείρητη βλάβη. Η μετεγχειρητική χορήγηση ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας αποτελεί σήμερα την κλασική αντιμετώπιση και έχει αποδειχθεί ότι ελαττώνει την τοπική υποτροπή και τις απομακρυσμένες μεταστάσεις. Χρησιμοποιείται επίσης η βιοχημική τροποποίηση



της δράσης της φθοριουρακίλης από τη λευκοβορίνη. Η ακτινοθεραπεία είναι χρήσιμη για την παρηγορητική αντιμετώπιση της υποτροπής του καρκίνου του ορθού η των οστικών και εγκεφαλικών μεταστάσεων.(*Lee Goldman & Claude Bennett.2002*)

#### **4.1.3 Χημειοθεραπεία**

Ο όρος χημειοθεραπεία , που συχνά παρεξηγείται, υποδηλώνει μια μέθοδο θεραπείας με χημικές ουσίες. Ενώ η χειρουργική και η ακτινοβολία εφαρμόζονται για να θεραπεύσουν καρκίνους που αναπτύσσονται σε ορισμένη περιοχή ή χημειοθεραπεία εφαρμόζεται γενικότερα για καρκίνους οι οποίοι διασπείρονται, μέσω της αιματικής ροής ή του λεμφικού συστήματος σε πολλά σημεία του σώματος .

Οι ασθενείς που έχουν υποστεί χειρουργική εκτομή του όγκου και παρουσιάζουν προσβολή των επιχωρίων λεμφαδένων παρουσιάζουν μεγαλύτερη επιβίωση εάν αντιμετωπιστούν μετεγχειρητικά με την χορήγηση συνδυασμού φθοριουρακίλης και λευκοβορίνης για 6 μήνες. Σε ασθενείς με μεταστατική νόσο ο συνδυασμός φθοριουρακίλης και λευκοβορίνης αυξάνει την συρρίκνωση του όγκου σε σχέση με την μεμονωμένη χορήγηση φθοριουρακίλης. Τα νέα φάρμακα, όπως οι αναστολείς της τοποϊσομεράσης και η εξαλιπλατίνη έχουν ικανοποιητικά θεραπευτικά αποτελέσματα για την ανακούφιση των ασθενών με διάσπαρτες μεταστάσεις

Σε ασθενείς με ηπατικές μεταστάσεις η θεραπεία με χορήγηση φλοξουριδίνης στην ηπατική αρτηρία μέσω εμφυτεύσιμης αντλίας ή καθετήρων, μόνης ή σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα όπως η λευκοβορίνη, οδηγεί σε συρρίκνωση των ηπατικών όγκων. Ωστόσο δεν έχει αποδειχθεί ακόμη με ακρίβεια η αύξηση της διάρκειας και της ποιότητας της επιβίωσης που παρέχεται από αυτή τη σχετικά δαπανηρή παρέμβαση.(*Kinghorn S& Gamlin R.2000*)

#### **4.1.4 Βιολογική θεραπεία**

Αποτελεί έναν νέο τρόπο θεραπείας του καρκίνου. Με τις τελευταίες μέρες αποδείχθηκε ότι πλεονεκτεί επειδή το ανοσολογικό σύστημα μπορεί να διαδραματίσει ουσιαστικό ρόλο προστατεύοντας τον οργανισμό εναντίον του καρκίνου. Επιπλέον το ανοσολογικό σύστημα ίσως συμβάλει στην καταπολέμηση του καρκίνου όταν αυτός έχει ήδη αναπτυχθεί.

Το ανοσολογικό σύστημα αποτελείται από λευκά αιμοσφαίρια, τα λεμφοκύτταρα που δρουν ως αμυντικό σύστημα κατά των ξένων οργανισμών, όπως είναι τα βακτηρίδια και οι ιοί. Ένας τύπος λεμφοκυττάρων τα Τ κύτταρα τα οποία παράγονται από τον θύμο αδένιο αποτελούν τον φυσικό «δολοφόνο» των ξένων

κυττάρων συμπεριλαμβανομένων των καρκινικών. Ένα άλλο είδος λεμφοκυττάρων, τα κύτταρα Β, ή Β κύτταρα παράγουν αντισώματα αντιδρώντας στο ερέθισμα μιας εξωγενούς πρωτεΐνης. Τα λεμφοκύτταρα Β μπορούν επίσης να καταστρέψουν τα καρκινικά κύτταρα. Ένας άλλος τύπος λευκών αιμοσφαιρίων –τα μονοκύτταρα-αλληλεπιδρά με τα κύτταρα Τ και Β.

Η βιολογική θεραπεία συνίσταται κυρίως στη χρήση μιας πρωτεΐνης υψηλής καθαρότητας – κυρίως ιντερφερόνης και ιντερλευκίνης-2- για να ενεργοποιηθεί το ανοσολογικό σύστημα. Με διαφορετικούς τρόπους ενισχύεται η ιδιότητα των λεμφοκυττάρων που τα καθιστά ικανά να καταστρέψουν τα καρκινικά κύτταρα. (Malin Dollinger & Ernest Rosenbaum & Greg Cable. 1992)

#### **4.1.5 Φωτοδυναμική θεραπεία**

Η φωτοδυναμική θεραπεία είναι μια σύγχρονη επίσης μέθοδος, με την οποία τα καρκινικά κύτταρα προσλαμβάνουν μια φωτοευαίσθητη ουσία, η οποία διεγείρεται με μία πηγή φωτός οδηγώντας τα κύτταρα που την περιέχουν σε καταστροφή. (Γλέντης Π.2011)

#### **4.1.6 Νέα μέθοδος χειρουργικής θεραπείας στον καρκίνο του παχέος εντέρου**

Ελπίδες σε χιλιάδες ασθενείς που έχουν προσβληθεί από καρκίνο του παχέος εντέρου δίνει η νέα επαναστατική μέθοδος λαπαροσκοπικής αφαίρεσης, η οποία εφαρμόζεται με επιτυχία και στη χώρα μας από διακεκριμένους χειρουργούς και επιτρέπει την επιστροφή τους στο σπίτι πολύ γρηγορότερα από το κλασικό χειρουργείο.

Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, 7,3 άντρες και 6,6 γυναίκες ανά 100.000 πληθυσμού χάνουν κάθε χρόνο τη ζωή τους στην Ελλάδα από καρκίνο του παχέος εντέρου, τον τρίτο συχνότερο καρκίνο στη χώρα ύστερα από αυτόν του πνεύμονα στους άντρες και του μαστού στις γυναίκες. Μέχρι σήμερα η μόνη αποτελεσματική θεραπεία ήταν η χειρουργική εκτομή η αλλιώς κολεκτομή του πάσχοντος τμήματος ή και ολόκληρου του εντέρου.

Αυτό τονίστηκε από διάσημους χειρουργούς κατά τις εργασίες ετήσιου συνεδρίου, το οποίο πραγματοποιήθηκε πριν από λίγες ημέρες στο Λίβερπουλ. Σύμφωνα με τους επιστήμονες, τα πλεονεκτήματα που προσφέρει στον ασθενή η λαπαροσκοπική αφαίρεση καρκίνου από το παχύ έντερο σε σχέση με το ανοιχτό χειρουργείο είναι θεαματικά. «Η εξέλιξη της Χειρουργικής, σε συνδυασμό με την υψηλή τεχνολογία, μας δίνει τη δυνατότητα στις περιπτώσεις του καρκίνου του παχέος εντέρου να επεμβαίνουμε λαπαροσκοπικά, με πολλαπλά οφέλη για τον ασθενή» τόνισε ο

διαπρεπής χειρουργός, δρ Αναστάσιος Ξιάρχος, πρόεδρος της Ελληνικής Επιστημονικής Εταιρείας Ορθοπρωκτικής Χειρουργικής.

Όπως επισημαίνει ο δρ Ξιάρχος, ο οποίος έχει χειρουργήσει με τη νέα επαναστατική μέθοδο δεκάδες ασθενείς στην Ελλάδα: «Η χειρουργική εμπειρία σε μεγάλη σειρά λαπαροσκοπικών κολεκτομών δίνει τη δυνατότητα για ασφαλή ογκολογικά χειρουργεία και πλήρη εκτομή του όγκου με λεμφαδενικό καθαρισμό, λόγω της μεγέθυνσης που παρέχει η λαπαροσκόπηση και του ευκρινέστερου εγχειρητικού πεδίου».

Ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση του παχέος εντέρου συχνά αντιμετωπίζουν μεγάλη και δύσκολη περίοδο ανάρρωσης, γιατί οι κλασικές «ανοιχτές» επεμβάσεις είναι πολύ εκτεταμένες. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο χειρουργός αναγκάζεται να κάνει μεγάλη τομή. Η μετεγχειρητική παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο είναι από πέντε μέχρι οκτώ ημέρες κατά μέσο όρο και συνήθως απαιτείται περίοδος ανάρρωσης έξι εβδομάδων. Όμως η μέθοδος της λαπαροσκοπικής κολεκτομής επιτρέπει στον χειρουργό να κάνει την επέμβαση με πολύ μικρές τομές. Αναλόγως του είδους της επέμβασης, οι ασθενείς μπορούν να επιστρέψουν σπίτι τους σε λίγες ημέρες και στις κανονικές τους δραστηριότητες πολύ πιο γρήγορα από τους ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε «ανοιχτό» χειρουργείο.

Σύμφωνα με τους επιστήμονες, τα οφέλη για τον ασθενή είναι πολλαπλά. Συγκεκριμένα, ο γιατρός χειρουργεί με ακρίβεια μικροσκοπίου, καθώς γίνεται μεγέθυνση του χειρουργικού πεδίου και προβολή του σε υψηλής ευκρίνειας οθόνη, προκαλείται ελάχιστο τραύμα, υπάρχει περιορισμένη καταστροφή ιστών, λόγω μικρού χειρουργικού τραύματος, ελάχιστη απώλεια αίματος, με αποτέλεσμα μικρότερο ποσοστό μεταγγίσεων, μικρότερο ποσοστό ενδοκοιλιακών συμφύσεων, μικρότερος μετεγχειρητικός πόνος και το κυριότερο έλλειψη μετεγχειρητικών επιπλοκών όπως κήλες, διαπύηση ή διάσπαση του χειρουργικού τραύματος. (Γιούλη Σταρίδα.2013)

#### **4.2 Πρόγνωση και παρακολούθηση του καρκίνου του παχέος εντέρου**

Η δεκαετής επιβίωση των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου που έχουν υποστεί χειρουργική εκτομή είναι περίπου 50%. Χρησιμοποιούνται αρκετά συστήματα ιστοπαθολογικής σταδιοποίησης με σκοπό να περιγράψουν την έκταση της νόσου και η επιβίωση σχετίζεται με το στάδιο της νόσου. Η δεκαετής επιβίωση για τον καρκίνο που περιορίζεται στον βλεννογόνο είναι 80-90%, για την νόσο που επεκτείνεται σε όλες τις στοιβάδες του τοιχώματος του εντέρου 70-80% και για τον

καρκίνο με προσβολή των επιχωρίων λεμφαδένων 30-35%. Ο καρκίνος του ορθού με προσβολή των λεμφαδένων παρουσιάζει πτωχότερη πρόγνωση.

Πριν από την χειρουργική εκτομή θα πρέπει να ελέγχεται όλο το παχύ έντερο με σκοπό την διαπίστωση της παρουσίας σύγχρονων αδενωμάτων εάν δεν είναι δυνατόν να γίνει αυτό προεγχειρητικά, θα πρέπει να γίνει κολonosκόπηση 2-3 μήνες μετά την εγχείρηση. Η κολonosκόπηση θα πρέπει να επαναληφθεί ένα χρόνο αργότερα και κατόπιν κάθε τρία χρόνια, γιατί τα νέα αδενώματα απαιτούν περίπου τρία χρόνια για να γίνουν αρκετά μεγάλα ώστε να παρουσιάσουν πιθανή κακοήθη εξαλλαγή. Μετά την χειρουργική εκτομή οι ασθενείς χωρίς γνωστή μετάσταση θα πρέπει να εκτιμώνται για την χορήγηση συμπληρωματικής χημειοθεραπείας. Οι ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου και προσβολή των λεμφαδένων θα πρέπει να λαμβάνουν φθοριουρακίλη και λευκοβορίνη και αυτοί με καρκίνο του ορθού και προσβολή όλων των τοιχωμάτων ή προσβολή των λεμφαδένων θα πρέπει να λαμβάνουν, εκτός από την χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά με βάση τις οδηγίες του πρωτοκόλλου. Για αυτούς που δεν λαμβάνουν κάποια ειδική θεραπεία θα πρέπει να γίνεται περιοδικός έλεγχος με λήψη ιστορικού, κλινική εξέταση και εργαστηριακές εξετάσεις κάθε 3 μήνες για τα πρώτα 3 χρόνια και κατόπιν κάθε 6 μήνες μέχρι την πενταετία. Υπάρχει σημαντική διχογνωμία σχετικά με τη σχέση κόστους –οφέλους του περιοδικού ελέγχου με ακτινογραφίες θώρακα και αξονικές τομογραφίες της κοιλίας και της πυέλου επί απουσίας συμπτωμάτων ή εργαστηριακών ανωμαλιών.(*Lee Goldman & Claude Bennett.2002*)

## **5<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

### **Καρκίνος παχέος εντέρου –** **Κολοστομία**

## 5.1 Ορισμός κολοστομίας

Η λέξη κολοστομία προέρχεται από τη λέξη «κόλον» [παχύ έντερο] και την λέξη «στομία», που σημαίνει στόμιο, άνοιγμα, εκβολή. Αποτελεί εξωτερίκευση ενός ανοικτού τμήματος του παχέος εντέρου στο δέρμα, με σκοπό την έξοδο των κοπράνων από εκεί και όχι από τον πρωκτό. Για το λόγο αυτό είναι γνωστή και ως «παρα φύσιν» έδρα. Για πρώτη φορά εφαρμόστηκε από το Littre το 1710, αλλά απέκτησε σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του αποφρακτικού καρκίνου του ορθού, χάρη στον Γάλλο χειρουργό Amussat το 1839. Βασική αρχή στην εντόπιση της κολοστομίας είναι να απέχει από οστικές ακρολοφίες, παλαιές ουλές, από τον ομφαλό και άλλες περιοχές με μη φυσιολογικό δέρμα. Η θέση της κολοστομίας αποφασίζεται την προηγούμενη της επέμβασης και σημειώνεται επί του δέρματος με τη συνεργασία του ασθενούς, ο οποίος ενημερώνεται λεπτομερώς για το είδος και την αναγκαιότητα της επέμβασης. Το σημείο της κολοστομίας θα πρέπει να είναι εύκολα ορατό και προσπελάσιμο από τον ασθενή και δε θα πρέπει να παρεμποδίζει το ντύσιμό του. (Βασίλειος Α. Κομπορόζος.2006)

## 5.2 Ενδείξεις κολοστομίας

- Μόλυνση της κοιλιάς, όπως εκκολπωματίτιδα ή ένα απόστημα
- Τραυματισμός του παχέος εντέρου ή του ορθού (για παράδειγμα, ένα τραύμα από
- Μερική ή ολική απόφραξη του παχέος εντέρου (εντερική απόφραξη)
- Καρκίνος του ορθού ή του παχέος εντέρου
- Πληγές ή συρίγγια στο περίνεο - η περιοχή μεταξύ του πρωκτού και του αιδοίου (γυναίκες) ή οι πρωκτό και τους όρχεις (άνδρες). (Debra wechter et al.2014)

## 5.3 Είδη κολοστομίας

Υπάρχουν τρία βασικά είδη στομίας στην χειρουργική για τις διαταραχές του εντέρου και καλούνται

- ✚ Κολοστομία αγκύλης
- ✚ Κολοστομία διπλής εκστόμωσης
- ✚ Κολοστομία μονής εκστόμωσης ή τελική κολοστομία

### 1.Κολοστομία αγκύλης (loop colostomy)

Όπως υποδηλώνει και το όνομα μια αγκύλη του μια αγκύλη του κόλου φέρεται μέσω μιας κοιλιακής τομής προς την επιφάνεια του σώματος. Κάποιο είδος γέφυρας

τοποθετείται κάτω από την αγκύλη για να προληφθεί το «γλίστρημα» προς την κοιλιακή κοιλότητα. Η αγκύλη σχηματίζεται και ασφαρίζεται στην θέση της ενώ ο ασθενής βρίσκεται στην αίθουσα του χειρουργείου . Περίπου 2 μέρες αργότερα ο χειρουργός ανοίγει την κολοστομία, είτε στο χειρουργείο είτε στην κλίνη του ασθενούς. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί με ειδικό ηλεκτρικό καυτηριαστή(διαθερμία) η χειρουργικό ψαλίδι και δεν απαιτεί αναισθησία καθώς το έντερο δεν διαθέτει αισθητήρια νεύρα.

Όταν ο χειρουργός πραγματοποιήσει το άνοιγμα στο τοίχωμα του εντέρου(στομία), το κοπρανώδες περιεχόμενο περνάει μέσω του ανοίγματος (στόμα) στην αγκύλη του εντέρου. Ο ειδικός συλλέκτης για τα κόπρανα πρέπει να είναι έτοιμος πριν το άνοιγμα του εντέρου ώστε να τοποθετηθεί αμέσως μετά την δημιουργία του στόματος. Ο συλλέκτης των κοπράνων πρέπει να εφαρμόζεται καλά πάνω στην στομία. Μετά από 5-7 ημέρες ο χειρουργός μπορεί να αφαιρέσει την γέφυρα αν η στομία είναι πλέον σταθερή στο κοιλιακό τοίχωμα. .( *Susan C. Dewit.2009*)

## **2. Κολοστομία(Διπλής εκστόμωσης )**

Στο είδος αυτής της κολοστομίας υπάρχουν δύο διαφορετικά στόμια. Η αγκύλη του εντέρου διαχωρίζεται πλήρως και δημιουργείται και δημιουργούνται ένα εγγύς και ένα άπω στόμιο. Το εγγύς στόμιο είναι εκείνο το οποίο βρίσκεται πλησιέστερα στο λεπτό έντερο ώστε το περιεχόμενο να μπορεί να διέλθει προς τα έξω. Το άπω στόμιο οδηγεί στο ορθό και πρέπει να παροχετεύει μόνο μικρές ποσότητες βλέννης. Η απόσταση ανάμεσα στα στόμια ποικίλει. Σε περιπτώσεις που βρίσκονται πολύ κοντά είναι δύσκολο να υπάρχει αρκετή επιφάνεια γύρω από το κάθε ένα για να εφαρμοστεί ο συλλέκτης . Κάποια στιγμή μπορεί τα δύο άκρα να επανενωθούν.

## **3.Τελική κολοστομία**

Σε αυτή τη μορφή κολοστομίας υπάρχει μόνο ένα στόμιο. Αυτό εντοπίζεται στο κατώτερο τεταρτημόριο της κοιλίας και αποτελεί το εγγύς άκρο του σιγμοειδούς Το άκρο αυτό φέρεται προς το κοιλιακό τοίχωμα, υφίσταται μια περιέλιξη γύρω από τον εαυτό του και τελικά συρράπτεται στο δέρμα, δημιουργώντας τη λεγόμενη ώριμη χειρουργική στομία. Αν η κολοστομία είναι προσωρινή το εναπομένον τμήμα του εντέρου και του ορθού παραμένουν ακέραια. Αν η στομία είναι μόνιμη, μπορεί να εφαρμοστεί κοιλιοπερινεϊκή προσπέλαση για την απομάκρυνση του υπόλοιπου παχέος εντέρου, του ορθού και του πρωκτού. (*Μιχάλης Σταυρινός .2012*)

## **5.4 Θέσεις κολοστομίας**

Η ανιούσα κολοστομία είναι εκείνη στην οποία είτε το ένα άκρο είτε μια αγκύλη ενός τμήματος του ανιόντος κόλου φέρεται προς την επιφάνεια του κοιλιακού τοιχώματος για να σχηματίσει ένα στόμα. Τα κόπρανα από μια ανιούσα κολοστομία είναι περισσότερο υδαρή και δημιουργούν πολλά προβλήματα. Η ανιούσα κολοστομία συνήθως είναι προσωρινή και πραγματοποιείται για να επιτρέψει στο έντερο περιφερικά της στομίας να ηρεμίσει και να επουλωθεί. Αυτό μερικές φορές είναι απαραίτητο για ασθενή με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, προκειμένου να αποκατασταθεί μια συγγενείς ανωμαλία ή για ασθενή ο οποίος υπέστη διάσχιση από τραυματισμό του εντέρου. Μετά από ένα χρονικό διάστημα ηρεμίας και επούλωσης του εντέρου, ο χειρουργός αποκαθιστά και επανενώνει τα δυο άκρα του και το κοπρανώδες περιεχόμενο μπορεί να αποβάλλεται φυσιολογικά.

Η εγκάρσια κολοστομία συνήθως δημιουργείται στο κέντρο της κοιλιάς, σημείο στο οποίο εντοπίζεται το εγκάρσιο κόλον. Ο τύπος αυτός της κολοστομίας συνήθως είναι προσωρινός. Τα κόπρανα από την εγκάρσια κολοστομία είναι υδαρή και η αποβολή τους είναι απρόβλεπτη.

Η κολοστομία στο σιγμοειδές κόλον(κατιούσα) εντοπίζεται στο κατώτερο τμήμα του κοιλιακού τοιχώματος. Είναι ο συνηθέστερος τύπος μόνιμης κολοστομίας και πραγματοποιείται για τη θεραπεία του καρκίνου του ορθού. Τα κόπρανα από μια κολοστομία του σιγμοειδούς είναι περισσότερο στερεά και καλά σχηματισμένα και δεν αποβάλλονται συχνότερα από μια φορά την ημέρα ή ανά 2 ημέρες. Είναι επομένως πιο εύκολο να αναπτυχθεί κάποιο πρότυπο κένωσης για τον έλεγχο της ροής του κοπρανώδους περιεχομένου από αυτήν. .( *Susan C. Dewit.2009, Ξάνθου Έφη.2012*)

### **5.5 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με κολοστομία**

Αμέσως μετά την εγχείρηση βασικό μέλημα είναι αφ' ενός η άμεση μετεγχειρητική αντιμετώπιση του ασθενούς, η αναγνώριση και αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκών και η δημιουργία ενός πλάνου εκπαίδευσης του ασθενούς, ούτως ώστε να είναι σε θέση να φροντίζει τη στομία μόνος του. Βασικός στόχος της μετεγχειρητικής φροντίδας σε ασθενείς που φέρουν κολοστομία είναι η διατήρηση του δέρματος περίξ της κολοστομίας σε καλή κατάσταση, ούτως ώστε να μπορεί εύκολα και με ασφάλεια να εφαρμόζει η βάση ή ο σάκος της στομίας. Κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες η περιποίηση της κολοστομίας γίνεται από την ειδική νοσηλεύτρια, η οποία διδάσκει στον ασθενή και στο άμεσο περιβάλλον του τον τρόπο αντιμετώπισης της νέας κατάστασης η οποία προέκυψε μετά την εγχείρηση. Η ταχεία προσαρμογή του



ασθενούς είναι συνάρτηση της καλής προεγχειρητικής ψυχολογικής προετοιμασίας, της εμπειριστατωμένης ενημέρωσης και της εκπαίδευσής του στη φροντίδα της κολοστομίας και η στήριξη και αποδοχή του από το οικογενειακό περιβάλλον (Βασίλειος Α. Κομπορόζος, 2006)

### **5.6 Φροντίδα κολοστομίας**

Η στομία επισκοπείται για την εικόνα ροζ ή ερυθρού χρώματος που υποδηλώνουν επαρκή παροχή αίματος. Πρέπει να έχει την εικόνα υγιούς βλεννογόνου, όπως ο φυσιολογικός βλεννογόνος του στόματος. Στη συνέχεια, η στομία συρρικνώνεται σε μέγεθος και το χρώμα της γίνεται λιγότερο έντονο. Μπορεί να παρατηρηθεί μικρή αιμορραγία γύρω από την στομία, αλλά αν η αιμορραγία είναι μεγαλύτερη πρέπει να αναφέρεται. Οι περισσότεροι σάκοι συλλογής είναι διαφανείς και έτσι δεν απαιτείται η αφαίρεσή τους για την αξιολόγηση του χρώματος και της ποιότητας του περιεχόμενου τους. Το δέρμα γύρω από την στομία αξιολογείται για την ύπαρξη ερεθισμού και σημείων λύσης.

Μια εμφανής στιλπνότητα ή αποχρωματισμός της στομίας μπορεί να υποδουλώνει μη επαρκή ροή αίματος διαμέσου των ιστών της στομίας. Το κυανό χρώμα μπορεί να υποδουλώνει απόφραξη της αιματικής ροής.

Επίσης η στομία παρακολουθείται για την ύπαρξη σημείων οιδήματος. Κατά την πρόιμη μετεγχειρητική περίοδο, η στομία μπορεί να είναι ελαφρά οιδηματώδεις και μεγαλύτερη σε σχέση με το μέγεθος της μετά την πλήρη επούλωση. Οίδημα της στομίας μπορεί να προκληθεί από την εφαρμογή ενός σάκου συλλογής ο οποίος να είναι πολύ στενός για να την περιβάλλει. Το άνοιγμα του στομίου πρέπει να είναι κατά 0,4 cm μεγαλύτερο από την περίμετρο της στομίας. Τις 2 με 4 πρώτες ημέρες δεν εμφανίζεται αποβολή κοπράνων από την κολοστομία καθώς ο ασθενής δεν λαμβάνει τίποτα από το στόμα.

Η ακριβής καταγραφή των προσλαμβανομένων και των αποβαλλομένων είναι πολύ σημαντική στη φροντίδα ενός ασθενούς με στομία. Η συνολική αποβολή του κοπρανώδους υλικού μετράται κάθε 8 ώρες. Αν τα κόπρανα είναι υδαρή, η ακρίβεια της μέτρησης είναι πολύ σημαντική. Όταν η κατάσταση του ασθενούς είναι πλέον σταθερή, η αποβολή της στομίας είναι φυσιολογική και η κατάσταση θρέψης και ενυδάτωσης είναι επίσης φυσιολογική, η καταγραφή των προσλαμβανομένων και των αποβαλλομένων διακόπτεται.

Η περιοχή του δέρματος γύρω από τη στομία πρέπει να διατηρείται καθαρή και προστατευμένη από το κοπρανώδες περιεχόμενο το οποίο έρχεται σε επαφή στα σημεία γύρω από το άνοιγμα του σάκου συλλογής. Οι δύο βασικές αρχές οι οποίες πρέπει να τηρούνται προκειμένου να προστατεύεται το δέρμα η καθαριότητα και η εφαρμογή ενός προστατευτικού φραγμού, ο οποίος εμποδίζει την επαφή ανάμεσα στο δέρμα και στο περιεχόμενο που ρέει από τη στομία. Εάν υπάρχει κατάλληλη μόνωση για την πρόληψη της

επαφής κοπράνων ή ούρων γύρω από την στομία, ο ερεθισμός και η λύση του δέρματος γύρω από αυτή εμφανίζονται εξαιρετικά σπάνια.

Γενικά, οι σάκοι αλλάζουν δυο φορές την εβδομάδα προκειμένου να διατηρείται η αποτελεσματικότητα του φραγμού. Όταν γίνεται αλλαγή του σάκου, αυτός πρέπει να αφαιρείται με προσοχή και το δέρμα να πλένεται με ήπιες κινήσεις με σαπούνι και νερό έτσι ώστε να μην προκαλείται βλάβη από την έντονη τριβή. Η περιοχή πρέπει να ξεπλένεται προσεκτικά και να στεγνώνεται ταμποναριστά χωρίς τριβή του δέρματος. Πιθανές αιτίες των προβλημάτων του δέρματος είναι οι αλλεργικές αντιδράσεις, οι λοιμώξεις από μύκητες και ο ερεθισμός από την πολύ συχνή αλλαγή των σάκων. Η εφαρμογή προστατευτικής πάστας μετά τον καθαρισμό προλαμβάνει την επαφή του δέρματος με το υλικό της παροχέτευσης της στομίας. Η εφαρμογή αυτή πιθανόν δεν είναι απαραίτητη στις κολοστομίες του σιγμοειδούς.

Οι προστατευτικοί φραγμοί είναι διαθέσιμοι σε διάφορες μορφές και τύπους. Ο ειδικός για τις στομίες, ο χειρουργός ή ο νοσηλευτής καθορίζει τον τύπο του φραγμού που είναι αποτελεσματικότερος για κάθε συγκεκριμένο ασθενή. Όταν το δέρμα εμφανίζει ερεθισμούς παρά τις προσπάθειες προστασίας του, ο ιατρός συνήθως δίνει οδηγία για τοπική εφαρμογή φαρμακευτικών σκευασμάτων. Οι μυκητιάσεις του δέρματος είναι αρκετά συνήθεις, (Μιχάλης Σταυρινός .2012)

### **5.6.1 Τεχνική φροντίδας κολοστομίας**

#### **Σειρά εργασίας**

- Ενήμέρωση και προετοιμασία αρρώστων
- Ενημερώστε τον άρρωστο για την νοσηλεία που πρόκειται να γίνει και ζητήστε τη συνεργασία του.
- Τοποθετήστε παραβάν για την εξασφάλιση μοναχικότητας.
- Δώστε στον άρρωστο κατάλληλη και αναπαυτική θέση, ύπτια με μικρή κλίση προς το πλάγιο της κολοστομίας ή ημικαθιστή.

#### **Φροντίδα του στομίου**

- Αναδιπλώστε τα κλινοσκεπάσματα
- Τοποθετήστε το αδιάβροχο κοντά στην κολοστομία ανάλογα με την θέση του αρρώστου για να προστατέψετε τα κλινοσκεπάσματα
- Ανοίξτε την χαρτοσακούλα στο κάτω μέρος του κρεβατιού για την συλλογή των αχρήστων.
- Φορέστε τα γάντια για προληπτικούς λόγους
- Χαλαρώστε την ζώνη κολοστομίας αν χρησιμοποιεί ο άρρωστος. Αποκολλήστε τον σάκο και απορρίψτε τον.

- Τοποθετείστε το νεφροειδές κάτω από το στόμιο αφού καλύψετε με χαρτοβάμβακο την πλευρά που έρχεται σε επαφή με το σώμα του αρρώστου για να απορροφήσει τα υγρά
- Ανοίξτε το σέτ
- Καθαρίστε καλά την περιοχή του στομίου με φυσιολογικό ορό, χρησιμοποιώντας λαβίδα και τολύπιο
- Σαπουνίστε καλά τη γύρο από το στόμιο περιοχή με χλιαρό νερό και σαπούνι ή αντισηπτική σαπουνάδα, ξεπλύνετε και στεγνώστε καλά
- Ετοιμάστε τον σάκο σύμφωνα με τον τύπο του και τις ειδικές οδηγίες
- Επικολλήστε καλά τον σάκο και βεβαιωθείτε ότι δεν υπάρχει διαρροή γύρω από το στόμιο
- Αφήστε τον άρρωστο καθαρό σε αναπαυτική θέση
- Συγκεντρώστε και απομακρύνετε τα χρησιμοποιηθέντα αντικείμενα
- Σημειώστε στο δελτίο νοσηλείας παρατηρήσεις, όπως εμφάνιση αίματος, πύου, δερματίτιδα και στο θερμομετρικό διάγραμμα αν είχε κένωση. (Αθανάτου Ε.2010) ,(Μιχάλης Σταυρινός .2012)

### **5.7 πλύση κολοστομίας**

Σκοπός της πλύσης κολοστομίας είναι:

Ο καθαρισμός του περιφερικού τμήματος του εντέρου όταν η κολοστομία έχει διπλό αυλό.

Η κένωση του εντέρου από κόπρανα, αέρια και βλέννα

Η άσκηση του εντέρου να επανέλθει στη φυσιολογική του λειτουργία και να έχει τακτική κένωση.

#### **Ενημέρωση και προετοιμασία του αρρώστου.**

- Ενημερώστε τον άρρωστο για την νοσηλεία
- Ζητήστε τη συνεργασία και τη συμμετοχή του στη νοσηλεία, αν μπορεί και επιθυμεί ο ίδιος. Αυτό ενέχει στοιχεία διδασκαλίας, θα συμβάλουν στην εξοικείωση του, για να μπορέσει να ανεξαρτητοποιηθεί ευκολότερα.
- Δώστε θέση ύπτια στον άρρωστο με κλίση προς το μέρος της κολοστομίας

#### **Εκτέλεση πλύσεως κολοστομίας**

- Τοποθετήστε την κουβέρτα νοσηλείας και κατεβάστε τα κλινοσκεπάσματα στο κάτω μέρος του κρεβατιού

- Τοποθετείστε το αδιάβροχο κάτω από την κολοστομία για την προστασία των κλινοσκεπασμάτων.
- Αφαιρέστε και απορρίψτε το σάκο
- Τοποθετήστε το δοχείο ή το νεφροειδές κάτω από την κολοστομία,
- Καλύπτοντας με χαρτοβάμβακο την πλευρά που ακουμπάει στο σώμα του αρρώστου, για να απορροφηθεί υγρό που μπορεί να βρέξει τα λευχίματα ή το στρώμα
- Κρεμάστε το σάκο με το διάλυμα ή τον κλυστήρα στη στήλη του ορού ή ετοιμάστε το fleet enema.
- Επαλείψτε τον καθετήρα ή τον κώνο με βαζελίνη, αφαιρέστε τον αέρα, αφήνοντας να πέσει μια μικρή ποσότητα διαλύματος στο νεφροειδές. Ο αέρας στο έντερο μπορεί να προβληματίσει τον άρρωστο με τυμπανισμό.
- Εισάγετε τον καθετήρα μέχρι 6-8 εκ ή τον κώνο στο έντερο δια του στομίου με ήπιες κινήσεις για την πρόληψη τραυματισμού. Αν ο καθετήρας δεν προχωρεί μην ασκείται βία. Αφήστε να τρέξει το διάλυμα και ωθήστε ήπια τον καθετήρα προς τα μέσα.
- Κρατείστε το σάκο ή τον κλυστήρα περίπου 40 εκ ψηλότερα από τη κολοστομία για να εξασφαλίσετε χαμηλή πίεση και περιμένετε να πέσει το διάλυμα. Στο fleet enema πιέστε ήπια τον σάκο. Αν ο άρρωστος παρουσιάζει κωλικό έντερο (πόνος) διακόψτε τη ροή και περιμένετε να ηρεμήσει. Οι κολικοί αποδίδονται συχνά στον ταχύ ρυθμό εισαγωγής του διαλύματος.
- Αφαιρέστε τον καθετήρα ή τον κώνο από το στόμιο της κολοστομίας, όταν πέσει το διάλυμα και αποχωρίστε τον από το σωλήνα αφήνοντας τον στο νεφροειδές.
- Προστατέψτε τα λευχίματα και τον εαυτό σας από τυχόν απότομη έξοδο περιεχομένου του εντέρου, κρατώντας το νεφροειδές κοντά στο στόμιο της κολοστομίας .
- Επαναλάβετε την πλύση αν κρίνετε αναγκαίο
- Περιμένετε τουλάχιστον 15' για να κενωθεί το έντερο. Αν δεν αποβληθεί το περιεχόμενο, πιθανόν να χρειασθεί τοποθέτηση σωλήνα αερίων για την υποβοήθηση της εξόδου του. Συστήνεται στον άρρωστο να μετακινηθεί ή να ανασηκωθεί για την καλύτερη διέγερση του εντέρου(*Αθανάτου Ε.2010*) .(*Susan C. Dewit.2009*),

## 5.8 Επιπλοκές κολοστομίας

1. **Εισολκή**, είναι η βαρύτερη επιπλοκή, ιδιαίτερα όταν ελκωθεί η επιφάνεια του άκρου του εντέρου προς την περιτοναϊκή κοιλότητα. Τα αίτια είναι η παχυσαρκία, η ανάπτυξη παραλυτικού ειλεού ή αποφρακτικού ειλεού μετεγχειρητικά, απαρασκευάστο έντερο που περιέχει κοπρανώδεις μάζες, ισχαιμία και γάγγραινα του τμήματος του εντέρου που έχει εξωτερικευτεί. Σε εισολκή συνίσταται επανεγχείριση και κατασκευή νέας κολοστομίας
2. **Διάτρηση**, τραυματισμός του εντέρου με το ρύγχος συσκευής των υποκλυσμών. Μπορεί να προκληθεί περιτονίτιδα. Η θεραπεία είναι η αντιμετώπιση της περιτονίτιδας ή και η χειρουργική διόρθωση.
3. **Περικολική φλεγμονή ή απόστημα**, επιμόλυνση από τα υγρά του περιεχομένου της κολοστομίας. Η θεραπεία επιτυγχάνεται με την χορήγηση αντιβιοτικών και την παροχέτευση πυώσους συλλογής.
4. **Συρίγγιο**, κακή τεχνική των ραφών. Θεραπεία, κλείνει μόνο του η επεμβαίνουμε χειρουργικά.
5. **Στένωση**, αποδίδεται σε φλεγμονή. Ο άρρωστος μπορεί να παραπονείται για δυσκοιλιότητα. Θεραπεία με χειρουργική επέμβαση.
6. **Κήλη- Πρόπτωση**, αποδίδονται σε αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση. Θεραπεία, στην κήλη αρχικά σε ελαφρά ενοχλήματα εφαρμόζεται χρήση ζώνης και στην πρόπτωση η χειρουργική διόρθωση. (Αθανάτου Ε.2010)(Debra wechter et al.2014)

## **5.9 Εκπαίδευση και ενημέρωση ασθενούς με κολοστομία**

Όταν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με τον καρκίνο, η διατήρηση της ελπίδας και της προσδοκίας για μια ευνοϊκή έκβαση, είναι έννοιες ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση της αλλαγής της σωματικής εικόνας και τις ψυχολογικές της επιπτώσεις, την συνέχιση των καθημερινών δραστηριοτήτων, την διατήρηση ενός λειτουργικού ρόλου μέσα στην οικογένεια, τη βελτίωση του επιπέδου της ποιότητας ζωής. Κάθε άρρωστος με στομία, στο νοσοκομείο έχει τη φροντίδα και την υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού. Στη διάρκεια αυτή είναι σημαντικό να προετοιμάζεται για τη ζωή στο σπίτι του, όπου εκεί η υποστήριξη μπορεί να είναι λιγότερο διαθέσιμη. Γι' αυτό λοιπόν καθήκον του νοσηλευτή είναι η ενημέρωση και διδασκαλία του ασθενή σχετικά με την ιδιαιτερότητα του, έτσι ώστε βγαίνοντας από το νοσοκομείο να αντιμετωπίσει όσο το δυνατόν λιγότερα προβλήματα. Αυτά για τα οποία θα ενημερώσουμε και θα διδάξουμε τον άρρωστο αναπτύσσονται παρακάτω.

### **Φροντίδα κολοστομίας**

Σωστή επιλογή του σάκου συλλογής κοπράνων σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενή

Σωστή επιλογή της βάσης ανάλογα με το στόμιο

Σωστή περιποίηση του δέρματος(Χρήση καθαριστικών που σέβονται το pH του δέρματος, καλό σκούπισμα, χρήση ειδικών σκευασμάτων για αποφυγή ερεθισμού)

Επίδειξη υποκλυσμού, εφόσον η μέθοδος αυτή ταιριάζει στον ασθενή.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ερευνα στο IPO (Ongology intitute of Portugal) έδειξε ότι χρειάζονται 4 μόνο μέρες για να εκπαιδευτεί στην περιποίηση της στομίας ένας ασθενής. Τέσσερις μέρες που θα βελτιώσουν την υπόλοιπη ζωή του.

#### **Διατροφή**

Αποφυγή πολυφαγίας και ακατάστατων γευμάτων, καλή μάσηση της τροφής.

Εξατομίκευση της διαίτας, ώστε να είναι πλήρης και να μην δημιουργεί διάρροια ή δυσκοιλιότητα

Ισορροπημένη διατροφή χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά με μέτρια λήψη ινών.

Τα φρούτα ,οι χυμοί τους και οι ντομάτες μπορεί να προκαλέσουν συχνές κενώσεις.

Η μύρα μπορεί να ενεργήσει ως υπακτικό και να δημιουργήσει αέρια

Άφθονη λήψη υγρών- τουλάχιστον 6 ποτήρια ημερησίως

Απολαύστε το φαγητό σας.

#### **Ενδυμασία**

Αποφυγή πολύ εφαρμοστών ρούχων και χρήση αξεσουάρ στην περιοχή της στομίας (ζώνες τιράντες), τα οποία μπορεί να προκαλέσουν δυσφορία. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί μαγιό.

#### **Σωματική υγιεινή**

Ο ασθενής μπορεί να πλυθεί και να κάνει μπάνιο όπως το συνήθιζε, με ή χωρίς τον σάκο ή τη βάση. Η επαφή του στομίου με το νερό δε δημιουργεί κανένα πρόβλημα και δεν θα αισθανθεί καμία ενόχληση.

#### **Εργασία**

Σε περίπτωση που η εργασία του αφορά άρση βαρέων αντικειμένων τότε θα πρέπει να περιμένει μέχρι να υπάρξει πλήρης ίαση των κοιλιακών μυών για να επανέλθει σε αυτήν. Η γρήγορη αποκατάσταση είναι μεγάλης σημασίας για τον ασθενή και την οικογένεια του, ώστε να αποφευχθεί το άγχος της μακροχρόνιας απουσίας και απραξίας. Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ασθενών (96%) με κολοστομία αισθάνεται αδυναμία ανταπόκρισης στον ρόλο τους, όχι μόνον ως παράγοντα οικονομικής στήριξης της οικογένειας, αλλά και ως προς την ανατροφή των παιδιών, τις σπουδές τους, την οικονομική ενίσχυση και αποκατάσταση τους.

### **Αθληση**

Ο μόνος κίνδυνος είναι να τραυματιστεί η στομία, που σημαίνει ότι τα «σκληρά» αθλήματα καλό θα ήταν να αποφεύγονται. Ενημερώνουμε τον ασθενή ότι υπάρχουν ειδικά εξαρτήματα στήριξης του σάκου τα οποία τον απαλλάσσουν από το πιθανό άγχος ότι το τρέξιμο το κολύμπι ή κάποια άλλη αθλητική δραστηριότητα θα προκαλέσει απώλεια του σάκου και «ατύχημα».

### **Σεξουαλικές σχέσεις**

Η αλλαγή της εικόνας του σωματικού ειδώλου, η απώλεια της ελκυστικότητας, η αίσθηση δυσοσμίας και του ατυχήματος είναι παράγοντες που επιδρούν ψυχολογικά μιας ομαλής σεξουαλικής ζωής. Ο νοσηλευτής πρέπει να καθησυχάσει τον ασθενή και να τον ενθαρρύνει να συζητήσει για την στομία με τον ερωτικό του σύντροφο καθώς η σεξουαλική λειτουργία των κολοστομημένων ασθενών ποικίλλει από πλήρη ικανότητα μέχρι πλήρη ανικανότητα. Σε πολλές περιπτώσεις η ικανότητα αυτή ξαναποκτάται κάτι που μπορεί να απαιτήσει και δύο χρόνια.

### **Εγκυμοσύνη**

Η στομία δεν αποτελεί αντένδειξη για μια επιτυχή εγκυμοσύνη. Το μέγεθος της αλλάζει καθώς προχωρεί η εγκυμοσύνη και, μαζί με τη μεταβολή στο σχήμα της κοιλιάς, μπορεί να απαιτηθεί προσαρμογή στο χρησιμοποιούμενο υλικό.

### **Ταξίδια**

Η κολοστομία δεν εμποδίζει τον ασθενή να ταξιδεύσει. Προσεχτική συγκέντρωση των απαραίτητων υλικών, προσεκτική εκλογή του είδους ταξιδιού και διαμονής και τα προβλήματα λύνονται.

### **Οσμές**

Ενημερώνουμε τον ασθενή ότι όλοι οι νέοι σάκοι κολοστομίας περιέχουν φίλτρο από ενεργό άνθρακα που φυλακίζει τις οσμές και ότι κυκλοφορούν στο εμπόριο αποσμητικές πούδρες και σπρεϋ που δρουν πολύ αποτελεσματικά. Καλό είναι να αποφεύγονται τροφές όπως ψάρι, αυγά, κρεμμύδια, πράσινα λαχανικά, τυρί, φασόλια, αγγούρια.. Ενώ το γιαούρτι, ο χυμός ενός είδους μούρου, το αποβουτυρωμένο γάλα και η λήψη δισκίων υποανθρακικού ή υπογαλλικού βισμούθιου την ώρα του φαγητού και προ του ύπνου μειώνουν τις οσμές.

### **Αέρια**

**Συμβουλευουμε τον ασθενή:**

Να αποφεύγει να καταπίνει αέρα ενώ τρώει.

Να μην μιλάει ενώ τρώει.

Να αποφεύγει τα ανθρακούχα ποτά.

Να έχει κανονικά γεύματα.

Να αποφεύγει τροφές όπως: πράσινα λαχανικά, φρούτα, καρύδια, μπιζέλια κρεμμύδια, ραδίκια, αυγά φασόλια

#### **Διάρροια**

Η διάρροια μπορεί να προκληθεί από γαστρεντερίτιδα ή άλλες εντερικές μολύνσεις, από τα φάρμακα ή από διάφορες τροφές. Συνιστάται η κατανάλωση υγρών και να αποφεύγονται έντονα καρυκευμένες τροφές, σοκολάτα, φασόλια, μπιζέλια, δαμάσκηνα, φρούτα και λαχανικά, ακόμα και ο χυμός τους.

#### **Δυσκοιλιότητα**

Στη δυσκοιλιότητα συνιστάται η κατανάλωση περισσότερων λαχανικών και φρούτων, καθώς και η αποφυγή προϊόντων γάλακτος και τροφών όπως τα πορτοκάλια, οι ξηροί καρποί, τα σπαράγγια και τα μανιτάρια. Η άσκηση βοηθά στην κινητοποίηση του εντέρου.

#### **Συμπεράσματα**

Ο έλεγχος της στομίας, η επιστροφή στην πλήρη κοινωνική και επαγγελματική ζωή, η καλή φυσική και ψυχολογική κατάσταση είναι στοιχεία μιας παρατεταμένης διεργασίας με την οποία ο νοσηλευτής μπορεί να συμβάλλει καθοριστικά στη μετέπειτα πορεία της ζωής του αρρώστου, αλλά και στη βελτίωση της ποιότητας. Σχετικές έρευνες αποδεικνύουν ότι οι ασθενείς, που τους έγινε διδασκαλία πριν και μετά την χειρουργική επέμβαση, παρέμειναν λιγότερο χρόνο στο νοσοκομείο, παρουσίασαν λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές, υπέφεραν λιγότερο πόνο, και επανήλθαν στο κοινωνικό σύνολο και τις φυσιολογικές τους δραστηριότητες, πιο σύντομα από αρρώστους που δεν τους έγινε καμία διδασκαλία. (Χαμαϊδή Σαρακατσιάνου.2009)

#### **5.10 Συμβουλές διατροφής σε ασθενείς με κολοστομία**

Για να αποφύγετε την παραγωγή αερίων στο τελικό κομμάτι του γαστρεντερικού σωλήνα:

- ✓ Μην φοράτε στενά ρούχα
- ✓ Προσπαθήστε να μασάτε αργά, χωρίς να καταπίνετε αέρα
- ✓ Αποφύγετε τα αεριούχα και τα αλκοολούχα ποτά
- ✓ Αποφύγετε να πίνετε υγρά με καλαμάκι
- ✓ Συνήθειες ύποπτοι για την παραγωγή αερίων και δυσάρεστων οσμών είναι τα εξής τρόφιμα: όσπρια, σκόρδο, κρεμμύδι, λάχανο, ψάρι, πικάντικα γεύματα.



Σημαντικό ρόλο μπορεί να έχουν και ορισμένα αντιβιοτικά ή και συμπληρώματα διατροφής.

- ✓ Σε γενικές γραμμές, προτείνεται να αποφεύγετε τα τρόφιμα με μεγάλη ποσότητα φυτικών ινών (κυρίως των υδατοδιαλυτών) και αυτά που είναι πλούσια σε λακτόζη (γαλακτοκομικά προϊόντα) αλλά και σε φρουκτόζη (όπως οι έτοιμοι χυμοί φρούτων). Περιορίστε την κατανάλωση πατάτας, καλαμποκιού και ρυζιού ή καταναλώστε αφού έχει προηγηθεί πολύ καλό μαγείρεμα. Περιορίστε επίσης την κατανάλωση εσπεριδοειδών, μήλου, φράουλας και καρότου, λόγω της αυξημένης περιεκτικότητάς τους σε διαλυτές φυτικές ίνες.
- ✓ Παρατηρήστε τις αντιδράσεις του οργανισμού σας σε καθημερινή βάση. Μην ξεχνάτε ότι κάθε ασθενής είναι μοναδικός. Ανάλογα με την χλωρίδα του εντέρου του καθενός, πιθανόν κάποια τρόφιμα που δίνονται στις γενικές οδηγίες να μην σας ενοχλούν αλλά μπορεί να συμβαίνει και το αντίθετο.
- ✓ Αν τα δυσάρεστα συμπτώματα επιμένουν, απευθυνθείτε στον θεράποντα ιατρό, αφού εξασφαλίσετε ότι τηρείτε επακριβώς τις συνθήκες υγιεινής.
- ✓ Ελέγχετε συχνά την ποσότητα της βιταμίνης B12 στο αίμα σας, γιατί σε πολλούς ασθενείς τείνει να εκλείπει. *(Μαρία Τούμπη.2014)*

### **5.11 Ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου και της μόνιμης κολοστομίας.**

Κάθε ασθενής αντιδρά με τον δικό του προσωπικό τρόπο στη διάγνωση της νόσου, την εφαρμογή της αντικαρκινικής θεραπείας και την περίοδο μετά την ολοκλήρωση αυτής. Γενικά, οι ογκολογικοί ασθενείς βιώνουν πολλά αντικρουόμενα συναισθήματα και ο τρόπος, που κάθε ασθενής αντιμετωπίζει τη νόσο και τη θεραπεία, είναι αυστηρά προσωπικός. Ενδεικτικά αναφέρονται τα εξής:

1. Αίσθημα μειωμένης αυτοεκτίμησης. Το αίσθημα μειωμένης αυτοεκτίμησης συσχετίζεται με την αντίληψη ορισμένων ασθενών ότι η εμφάνιση της νόσου είναι συνέπεια δικού τους λάθους, την εξάρτηση των ασθενών από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τα άτομα που τους φροντίζουν (ακόμα και για τις βασικότερες ανάγκες - π.χ. σίτιση, καθαριότητα) και άλλους παράγοντες.
2. Υιοθέτηση μίας αισιόδοξης στάσης σε σχέση με την έκβαση της θεραπείας, αν και οι περισσότεροι ασθενείς βρίσκονται σε δυσμενή ψυχολογική κατάσταση κατά την έναρξη της αγωγής.
3. Απογοήτευση, ιδιαίτερα εάν ο ασθενής πιστεύει ότι δεν έχει την απαιτούμενη υποστήριξη από τα συγγενικά και φιλικά του πρόσωπα.

4. Σύγχυση στην οποία συμβάλλει και η συμμετοχή ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων στη θεραπεία (παθολόγος, γυναικολόγος, παθολόγος – ογκολόγος, χειρουργός, ακτινοθεραπευτής, κ.α.) στο πλαίσιο του άγνωστου νοσοκομειακού περιβάλλοντος.

5. Φόβος του θανάτου. Ορισμένοι ασθενείς εκδηλώνουν θυμό έναντι του προσωπικού υγείας και άλλοι αναπτύσσουν πνευματικές αναζητήσεις. Βασικό υπόστρωμα αυτών των συμπεριφορών αποτελεί ο φόβος του θανάτου.

6. Παραίτηση ή πανικός. Όταν δεν υπάρχουν – πλέον – δυνατότητες αντιμετώπισης της νόσου, ορισμένοι ασθενείς αναζητούν βοήθεια από μη επιστημονικές ομάδες ή άτομα, κατάσταση που συχνά οδηγεί στην οικονομική εκμετάλλευσή τους (αμφισβητούμενες θεραπείες). Άλλοι ασθενείς επιθυμούν να σταματήσει κάθε προσπάθεια. *(Κουράκλης Γ.1999)*

## **6<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

### **Καρκίνος παχέος εντέρου –** **Πρόληψη**

## **6.1 Αρχές της πρόληψης του καρκίνου**

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας κήρυξε την πρόληψη και τον έλεγχο του καρκίνου ως μια από τις σημαντικότερες επιστημονικές προκλήσεις για την δημόσια υγεία του καιρού μας. Ο ΠΟΥ υπολογίζει ότι υπάρχουν πάνω από 20 εκατομμύρια άνθρωποι που ζουν με τον καρκίνο, η πλειοψηφία τον οποίον ζουν στον αναπτυσσόμενο κόσμο, και υπάρχουν 10 εκατομμύρια καινούργιες περιπτώσεις ετησίως παγκόσμια. Ο καρκίνος είναι μια από τις κύριες αιτίες θανάτου στην Ευρώπη καθώς και σε διάφορες άλλες αναπτυγμένες χώρες. Οι επιπτώσεις του αυξάνονται, με την αύξηση στην υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής του παγκόσμιου πληθυσμού και τις αλλαγές που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, όπως η αύξηση στην επικράτηση της χρήσης του καπνού και των αλλαγών στις διατροφικές συνήθειες. Υπολογίζεται ότι τουλάχιστον το ένα τρίτο των περιπτώσεων των καρκίνων παγκοσμίως θα μπορούσε να αποτραπεί και ένα άλλο ένα τρίτο θα μπορούσε να ωφεληθεί από την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση είναι ουσιαστικά συστατικά της κλινικής νοσηλευτικής ογκολογίας. Η πρόληψη ταξινομείται συνήθως σε τρία διαφορετικά επίπεδα :πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο, τριτοβάθμιο. (*Nora Kearney & Alison Richardsons 2006*).

### **6.1.1 Πρωτοβάθμια πρόληψη**

Ο στόχος της πρωτοβάθμιας πρόληψης είναι να αποφευχθεί η ανάπτυξη της ασθένειας μέσω του περιορισμού ή της αποφυγής της καρκινογόνου έκθεσης. Τα προληπτικά μέτρα είναι ενδεχομένως οικονομικά αποδοτικά και τα προγράμματα πρόληψης θα μπορούσαν να συμβάλουν πολύ στην μείωση του κοινωνικού φορτίου του καρκίνου. Τα αρχικά μέτρα πρόληψης είναι στρατηγικές μείωσης του κινδύνου οι οποίες είναι αποδεδειγμένα αποτελεσματικές αλλά δεν εγγυώνται ότι το άτομο δεν θα αναπτύξει αργότερα καρκίνο, το οποίο αποτελεί ένα σημαντικό μήνυμα για να μεταβιβάσει σαφώς στους ασθενείς και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Η πρωτοβάθμια πρόληψη διαιρείται συνήθως σε ιατρικές συμπεριφοριστικές δραστηριότητες. Οι ιατρικές δραστηριότητες περιλαμβάνουν την ανοσοποίηση. Επίσης θεωρείται ως χημειοπροφύλαξη, η χορήγηση φαρμάκων σε ασυμπτωματικά άτομα υψηλού κινδύνου για καρκίνο προκειμένου να προληφθεί η ανάπτυξη του καρκίνου ή για να προλάβει την ανάπτυξη ενός προκαρκινικού όγκου.

Ως εκ τούτου, η πρωτοβάθμια πρόληψη του καρκίνου βασίζεται κυρίως σε συμπεριφορές και γνωστικά μέτρα που στηρίζονται στην εκπαίδευση σε θέματα υγείας, τον τρόπο ζωής και την τροποποίηση του περιβάλλοντος, βασιζόμενη σε

γνωστούς παράγοντες κινδύνου. Η τροποποίηση της συμπεριφοράς παρουσιάζει πολλές προκλήσεις και είναι πιο επιτυχής όταν κάθε παρέμβαση είναι μέρος μιας ευρύτερης κοινωνικής και πολιτικής παρέμβασης που προάγει την υγιή συμπεριφορά ως κοινωνικά αποδεκτό πρότυπο. (Nora Kearney & Alison Richardsons 2006).

### **6.1.2 Δευτεροβάθμια πρόληψη**

Πολλά μέτρα πρόληψης του καρκίνου περιέρχονται στο δευτεροβάθμιο επίπεδο πρόληψης. Ο στόχος της δευτεροβάθμιας πρόληψης είναι να αποτραπεί η νοσηρότητα του καρκίνου και η θνησιμότητα, επομένως, η διάγνωση και η έγκαιρη ανίχνευση είναι τα μέτρα που συνδέονται με την δευτεροβάθμια πρόληψη. Συνήθως, καλύπτει τα άτομα υψηλού κινδύνου με στόχο τα ασυμπτωματικά άτομα και την έγκαιρη ανίχνευση τους. Προσπαθεί να προσφέρει την έγκαιρη διάγνωση, δεδομένου ότι η έγκαιρη ανίχνευση και η διάγνωση οδηγούν στην μεγαλύτερη πιθανότητα της επιτυχούς θεραπείας. Ουσιαστικά, τα προγράμματα διάγνωσης και έγκαιρης ανίχνευσης περιλαμβάνουν μια δημόσια πολιτική για εκπαίδευση με στόχο να βοηθήσουν στον έγκαιρο προσδιορισμό σημείων και συμπτωμάτων.

Όπως και στην πρωτοβάθμια πρόληψη, είναι σημαντικό για τον νοσηλευτή να διασαφηνίζει στους ασθενείς ότι η παρουσία οποιονδήποτε από αυτά τα σημεία και συμπτώματα δεν υπονοεί απόλυτα την διάγνωση του καρκίνου, αλλά ότι απαιτεί την άμεση ιατρική παρέμβαση για αξιολόγηση και περαιτέρω διαγνωστικές εξετάσεις. Επομένως, εκτός από την εκπαίδευση υγείας, τα δευτεροβάθμια μέτρα πρόληψης περιλαμβάνουν επίσης τη διάγνωση μέσω του ιατρικού ιστορικού, της έκθεσης σε καρκινογόνες ουσίες, της φυσικής εξέτασης και της χρησιμοποίησης της διαγνωστικής και τεχνολογικής ανίχνευσης. (Χριστοδούλου Δ & Τσιάνος Ε. 2000)

### **6.1.3 Τριτοβάθμια πρόληψη**

Ο στόχος της τριτοβάθμιας πρόληψης είναι να περιοριστεί η έκταση της νοσηρότητας και της ανικανότητας και να παρασχεθεί αποκατάσταση στους ασθενείς με καρκίνο. Τα τριτοβάθμια μέτρα πρόληψης περιλαμβάνουν την αποφυγή των περιπλοκών από την θεραπεία και από την ίδια την ασθένεια, την περαιτέρω νοσηρότητα, την επανάληψη και τον αντίκτυπο του καρκίνου στο φυσικό, συναισθηματικό και κοινωνικό επίπεδο. Ένα παράδειγμα της τριτοβάθμιας πρόληψης είναι να εκτιμηθεί ο κίνδυνος για μετάσταση του καρκίνου μέσω της εφαρμογής της κατάλληλης ανίχνευσης και των διαγνωστικών μεθόδων. Περιλαμβάνει επίσης τη χρησιμοποίηση της χημειοπροφύλαξης, όπου είναι εφικτό, για την αποφυγή μεταστατικού καρκίνου. (Nora Kearney & Alison Richardsons 2006).

## **6.2 Η πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου**

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα στην υφήλιο, ενώ στην χώρα μας είναι η 4<sup>η</sup> αιτία θανάτου από κακοήγη νεοπλασία. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αντιμετωπίζεται εύκολα, αρκεί να διαγνωσθεί πριν από την εμφάνιση των ενοχλημάτων. Η πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου έχει δύο διαστάσεις την πρωτογενή πρόληψη, που αποσκοπεί στην αποφυγή εμφάνισης του καρκίνου και τη δευτερογενή πρόληψη, που αποσκοπεί στην θεραπεία των καρκινικών καταστάσεων και την πρόωμη διαγνώση του καρκίνου σε ιάσιμο στάδιο. Στην πρωτογενή πρόληψη αναζητούνται οι γενετικοί παράγοντες που συμβάλλουν στο καρκίνο του παχέος εντέρου, όπως διάφορα μεταλλαγμένα γονίδια στα κληρονομικά σύνδρομα πολυποδίασης και μη πολυποειδούς καρκίνου. Επίσης, γίνεται αποφυγή των βλαπτικών, διαιτητικών παραγόντων, όπως το ζωικό λίπος, το κόκκινο κρέας, το αλκοόλ, το κάπνισμα, η παχυσαρκία και η έκθεση στον αμίαντο, ενώ συστήνεται η διατροφή σε φυτικές ίνες, φρούτα, λαχανικά ασβέστιο και ελαιόλαδο, καθώς και σωματική άσκηση. Η δευτερογενής πρόληψη αφορά έλεγχο με κατάλληλες δοκιμασίες στα άτομα με σχετικό κίνδυνο, δηλαδή όλους τους ενήλικες άνω των 50 ετών χωρίς άλλους παράγοντες κινδύνου η οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου. Βασικές τέτοιες δοκιμασίες είναι η δακτυλική εξέταση του ορθού, η ανίχνευση αίματος στα κόπρανα ή σιγμοειδοσκόπηση και ενδεχομένως και η κολonosκόπηση. Στα άτομα σε μεγάλο κίνδυνο (αυτά με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου, ιστορικό αδενωμάτων πολύποδων, ιδιοπαθούς φλεγμονώδους, κληρονομικών συνδρόμων πολυποδίασης ή μη πολυποειδούς καρκίνου), ο έλεγχος γίνεται από νεότερη ηλικία και σε συχνότερη βάση.

Στο μέλλον, ο έλεγχος γενετικών μεταλλάξεων ίσως συμβάλει στην περαιτέρω μείωση της θνητότητας στα κληρονομικά σύνδρομα που οδηγούν σε καρκίνο του παχέος εντέρου. (Χριστοδούλου Δ & Τσιάνος Ε.2000, Αλέξανδρος Γιατζίδης.2012)

## **6.3 Νεότερες μέθοδοι πρόληψης**

Σήμερα αναπτύσσονται δύο νέες μέθοδοι ελέγχου του παχέος εντέρου: η εικονική κολonosκόπηση και η κολonosκόπηση με βιντεοκάψουλα παχέος εντέρου. Η εικονική κολonosκόπηση συνίσταται στην απεικόνιση του παχέος εντέρου με αξονική ή μαγνητική τομογραφία και η ανασύνθεση και ανάλυση των εικόνων με ειδικά προγράμματα λογισμικού. Η ανάλυση των δημοσιευμένων μελετών σε σύγκριση με την κολonosκόπηση ως μέθοδο αναφοράς, έχει δείξει ότι ανιχνεύονται

75% των πολύποδων, με μεγαλύτερους από ένα εκατοστό. Η εξέταση αυτή χρησιμοποιείται σήμερα σε αρκετά ακτινολογικά εργαστήρια στην Ελλάδα.

Στην κολonosκόπηση με βιντεοκάψουλα, ο ασθενής καταπίνει την βιντεοκάψουλα η οποία εκπέμπει συνεχώς εικόνες σε δέκτη-καταγραφέα. Οι εικόνες αναλύονται με το ειδικό πρόγραμμα λογισμικού. Η εξέταση αυτή σε φάση κλινικών μελετών στην Ευρώπη, στις οποίες μετέχει το Γαστρεντερολογικό Τμήμα του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου «Αττικών».(Λαδάς Σ.2013)

#### **6.4 Συνοπτικές οδηγίες πρόληψης**

- Δίαιτα πλούσια σε λαχανικά , φρούτα
- Αντικατάσταση του λίπους στις τροφές με ελαιόλαδο
- Αντικατάσταση του κόκκινου με ψάρι ή πουλερικά
- Παρατηρείται τα κόπρανα για αίμα
- Αν δείτε αίμα στα κόπρανα πρέπει να κάνετε κολonosκόπηση
- Προληπτική κολonosκόπηση μετά τα 50(κάθε 10 χρόνια)
- Συστηματική παρακολούθηση με κολonosκόπηση όταν υπάρχουν παράγοντες αυξημένου κίνδυνου. (Λαδάς Σ.2013)
- Η σωματική άσκηση να περιλαμβάνεται στην καθημερινή ρουτίνα.(βάδισμα αντί οδήγησης σε κοντινές αποστάσεις, αποφυγή χρήσης του ανελκυστήρος, εκεί όπου είναι δυνατόν.(Μάλλας Η.2004)

## **7<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ**

### **Καρκίνος παχέος εντέρου-** **Διατροφή**



## 7.1 Η μεσογειακή διατροφή στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου

Ο ρυθμός εμφάνισης του καρκίνου του παχέος εντέρου στις χώρες που περιβάλλουν την λεκάνη της μεσογείου είναι πολύ μικρότερος από εκείνων των σκανδιναβικών χωρών, του Ηνωμένου Βασιλείου και των ΗΠΑ. Από πολλά χρόνια έχει αναγνωρισθεί η ευεργετική επίδραση της παραδοσιακής διατροφής στην Ελλάδα που έχει καθιερωθεί παγκόσμια ως «**Μεσογειακή Διατροφή**» φρούτα, λαχανικά, ωμά ή βρασμένα χόρτα, όσπρια, δημητριακά (όπως ψωμί, και ζυμαρικά ολικής αλέσεως, μη αποφλοιωμένο ρύζι) γάλα, γιαούρτι, τυρί, αυγά, ελιές, πατάτες, ξηροί καρποί, λάδι, ψάρια, πουλερικά. Μέτρια χρήση οινοπνευματωδών ποτών, κυρίως κόκκινο κρασί, πολύ μικρή ποσότητα κρέατος.

**Φρούτα:** Πορτοκάλια - φράουλες - ακτινίδια - μάνγκο - που περιέχουν βιταμίνη C και E φλαβονοειδή, φολικό οξύ, φυτικές ίνες

**Λαχανικά:** Λάχανο - πιπεριές - ντομάτες - μπρόκολο - λαχανάκια Βρυξελλών - σπανάκι - καρότα - γλυκοπατάτες - κρεμμύδια - σκόρδο - νεροκάρδαμο - που περιέχουν βιταμίνη B, C, άλφα και βήτα καροτίνη, φολικό οξύ, μεταλλικά ιχνοστοιχεία σίδηρο, ασβέστιο, και φυτικές ίνες.

**Δημητριακά:** Ψωμί ολικής αλέσεως κ.α. που περιέχουν βιταμίνη B, μεταλλικά ιχνοστοιχεία, φυτικές ίνες

**Ξηροί καρποί:** Όπως καρύδια, που περιέχουν μεταλλικά ιχνοστοιχεία σεληνίου

**Λιπαρά ψάρια:** Όπως σολομός, πλούσιος σε λιπαρά οξέα ωμέγα 3

**Ελαιόλαδο:** Έχει μεγάλη περιεκτικότητα φαινολών και αποτελεί βασικό διατροφικό στοιχείο της Ελληνικής Διατροφής.

Τα παραπάνω τρόφιμα περιέχουν υψηλά επίπεδα αντιοξειδωτικών ουσιών που προστατεύουν το ανθρώπινο σώμα από τις βλαβερές επιδράσεις των ελευθέρων ριζών, δηλαδή των καρκινογόνων μορίων που δημιουργούνται στο σώμα και παράγονται από τοξίνες.

Ο παραδοσιακός τρόπος διατροφής (Μεσογειακή Δίαιτα) με άφθονα λαχανικά, φρέσκα φρούτα, δημητριακά, μείωση του λίπους και των θερμίδων το 24ώρο, των πολύ αλατισμένων και παστών τροφών, μπορεί να ελαττώσει την ανάπτυξη των νοσημάτων φθοράς της υγείας μας. Με τη σωστή διατροφή διατηρούμε κανονικό βάρος και καθημερινή αφόδευση. Η χοληστερίνη που αυξάνεται λόγω κακής διατροφής μας, είναι στα φυσιολογικά επίπεδα. Εάν απέχουμε από τις καπνιστικές συνήθειες και την υπερκατανάλωση αλκοόλ και έχουμε καθημερινή σωματική άσκηση (περίπατος - κολύμβηση - γυμναστική) τότε διατηρούμε όλες τις πιθανότητες

να αποφύγουμε τους σύγχρονους παράγοντες φθοράς, όπως παχυσαρκία, υπέρταση, , ψυχολογικές διαταραχές και ανάπτυξη νεοπλασμάτων(καρκίνος παχέος εντέρου) (Σταύρος Μπεσμπέας.2014.Αστερία Σταμάτα.2005)

## **7.2 Η ασπιρίνη στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου**

«Μπορούμε να χορηγήσουμε ασπιρίνη για την πρόληψη του καρκίνου;». Είναι το ερώτημα που τέθηκε στο Αγγλικό περιοδικό « The Lancet» σε τρεις μελέτες που πραγματοποιήθηκαν από την ομάδα του καθηγητή Peter Rothwell. Οι έρευνες αυτές δείχνουν ότι η καθημερινή κατανάλωση της ασπιρίνης μειώνει την θνησιμότητα και τον κίνδυνο των μεταστάσεων.

Ο ιδρυτής της ερευνητικής μονάδας για την πρόληψη εγκεφαλικών επεισοδίων στο Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης, Peter Rothwell όμως σημειώνει : «Είναι πολύ νωρίς ακόμη να συμπεράνουμε ότι σίγουρα θα ωφεληθούν όλοι». Μια άποψη που ασπάζονται ομόφωνα και οι άλλοι ειδικοί.

Οι Βρετανοί ερευνητές έχουν συλλέξει δεδομένα από τις δοκιμές που αρχικά σχεδιάστηκαν για να αξιολογήσουν τα οφέλη για το καρδιαγγειακό σύστημα μετά από συνεχή λήψη ασπιρίνης. Αυτή η μέθοδος , αν και έχει το πλεονέκτημα ότι επιτρέπει την εύκολη πρόσβαση στα δεδομένα χιλιάδων ατόμων δεν καθιστά την ασπιρίνη ως αυτό καθ' αυτό φάρμακο για τον καρκίνο.

Οι νέες έρευνες επιβεβαιώνουν τη μείωση των θανάτων και του κινδύνου των κακοηθών όγκων, δείχνουν επίσης μείωση των καρκινικών μεταστάσεων. Τα οφέλη είναι ιδιαίτερα εμφανή σε αδενοκαρκινώματα, που είναι και οι πιο συχνή όγκοι.

Η πρώτη έρευνα, σε 51 δοκιμές που έγιναν στους συμμετέχοντες έδειξε ότι ο καρκίνος περιορίστηκε στο 15% μετά από τη χρήση της ασπιρίνης. Η δεύτερη έρευνα έδειξε μια μείωση του κινδύνου μετάστασης των αδενοκαρκινωμάτων, μεγέθους 31% και κατά 55% στην ολική εμφάνιση των μεταστάσεων. Στον καρκίνο του παχέος εντέρου παρατηρείται μείωση του ίδιου κινδύνου της τάξεως του 74%. Τέλος η Τρίτη έρευνα τοποθετείται στη μείωση του καρκίνου παχέος εντέρου περίπου στο 40%.(Κωνσταντίνα Κότσαρη.2014.)

## **7.3 Το ελαιόλαδο στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου**

Η κατανάλωση ελαιόλαδου φαίνεται να προστατεύει από την εκδήλωση καρκίνου του παχέος εντέρου, σύμφωνα με τη μελέτη του Michael Stoneham και της ερευνητικής ομάδας του στο Τμήμα Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου της Οξφόρδης, η οποία έχει δημοσιευθεί στο τεύχος Οκτωβρίου του Journal of Epidemiology and Community Health.

Ο συγγραφέας Michael Stoneham αναφέρει ότι "ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί μια συχνή μορφή καρκίνου σε πολλές δυτικές χώρες και πιθανώς οφείλεται σε διατροφικούς παράγοντες.Επειδή το ελαιόλαδο θεωρείται ότι επηρεάζει την έκκριση χολικού άλατος στους αρουραίους, έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι μπορεί να επηρεάζει και τη συχνότητα εκδήλωσης καρκίνου του παχέος εντέρου". Σύμφωνα με τη μελέτη του Πανεπιστημίου της Οξφόρδης, φαίνεται ότι υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν τη θεωρία ότι το ελαιόλαδο προστατεύει από τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Η μελέτη διεξήχθη σε άνδρες και γυναίκες από 28 χώρες και τέσσερις ηπείρους (περιλαμβανομένων της βόρειας και νότιας Ευρώπης, Αυστραλίας, Καναδά και ΗΠΑ). Αναλύθηκαν οι διατροφικοί παράγοντες σε εθνικό επίπεδο και έγινε σύγκρισή τους με τις διαφορές στην επίπτωση του καρκίνου του παχέος εντέρου ανά χώρα. Στοιχεία για τη συχνότητα εκδήλωσης καρκίνου ελήφθησαν και από τη Διεθνή Υπηρεσία Αντικαρκινικής Έρευνας (International Agency for Research in Cancer) (1987), (1992), ενώ τα δεδομένα για τη διατροφή ελήφθησαν από τον Οργανισμό Τροφίμων και Αγροτικών Προϊόντων του ΟΗΕ. Η διαφορά της μελέτης αυτής σε σύγκριση με προγενέστερες επιδημιολογικές μελέτες έγκειται στην αξιοποίηση δεδομένων για την κατανάλωση του ελαιολάδου, τα οποία προέρχονται από το Διεθνές Συμβούλιο για το Ελαιόλαδο (International Olive Oil Council). Με απλή συγκριτική ανάλυση, εντοπίστηκε συσχετισμός μεταξύ της ιδιαίτερα υψηλής επίπτωσης καρκίνου του παχέος εντέρου και των χαμηλών επιπέδων κατανάλωσης δημητριακών και λαχανικών. Ωστόσο, με πολυπαραγοντική ανάλυση, το ελαιόλαδο -μετά τη διόρθωση για τους υπόλοιπους διατροφικούς παράγοντες- εμφανίστηκε ως η μόνη τροφή που μειώνει τον κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του παχέος εντέρου.

Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η επίπτωση καρκίνου του παχέος εντέρου είναι χαμηλή στις μεσογειακές χώρες, όπου η κατανάλωση κρέατος είναι μέτρια. Όπως προσθέτει ο M. Stoneham: "Συνεκτιμώντας το γεγονός ότι το ελαιόλαδο αποτελεί βασικό στοιχείο της διατροφής στις νοτιοευρωπαϊκές χώρες<sup>2</sup> και ότι θεωρείται σημαντικός ρυθμιστικός παράγοντας για τη συχνότητα εκδήλωσης καρκίνου σε αυτά τα κράτη, υποθέτουμε ότι ίσως υπάρχει κάποιος μηχανισμός με τον οποίο η διατροφή επηρεάζει τον καρκίνο του παχέος εντέρου".

## **Στόχοι**

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί μια συχνή μορφή καρκίνου σε πολλά δυτικά κράτη και πιθανώς οφείλεται εν μέρει σε διατροφικούς παράγοντες. Οι νοτιοευρωπαϊκές χώρες εμφανίζουν χαμηλότερη επίπτωση καρκίνου του παχέος εντέρου σε σύγκριση με τις περισσότερες υπόλοιπες δυτικές χώρες. Εικάζεται ότι, επειδή το ελαιόλαδο θεωρείται ότι επηρεάζει την έκκριση χολικού άλατος στα ποντίκια, ίσως επηρεάζει και τη συχνότητα εκδήλωσης καρκίνου του παχέος εντέρου. Στόχος της μελέτης ήταν να συγκρίνει τους διατροφικούς παράγοντες σε εθνικό επίπεδο -με ιδιαίτερη αναφορά στο ελαιόλαδο- με τις διαφορές στην επίπτωση του καρκίνου του παχέος εντέρου ανά χώρα.

### **Κύρια αποτελέσματα**

Σε ποσοστό 76%, οι διαφορές μεταξύ των χωρών ως προς την επίπτωση του καρκίνου του παχέος εντέρου δικαιολογούνται από τρεις σημαντικούς διατροφικούς παράγοντες: κατανάλωση κρέατος, ψαριών και ελαιολάδου, σε συνδυασμό. Το κρέας και τα ψάρια διαπιστώθηκε ότι αυξάνουν την επίπτωση του καρκίνου του παχέος εντέρου, ενώ το ελαιόλαδο την περιορίζει.

### **Συμπεράσματα**

Το ελαιόλαδο πιθανώς δρα προστατευτικά ως προς την εκδήλωση καρκίνου του παχέος εντέρου. Σύμφωνα με την προτεινόμενη θεωρία, το ελαιόλαδο μπορεί να επηρεάζει τα πρότυπα έκκρισης χολικού οξέος στο παχύ έντερο, κάτι που, με τη σειρά του, ίσως επηρεάζει τον μεταβολισμό πολυαμινών στα κύτταρα του παχέος εντέρου κατά τέτοιο τρόπο ώστε να αναστέλλεται η μετάβαση από το φυσιολογικό βλεννογόνο προς αδένωμα και καρκίνωμα. ( *Stoneham M, Goldacre M, Seagroatt V, Gill L.2002*).

### **7.3 Τα γαλακτοκομικά προϊόντα στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου**

Το αγελαδινό γάλα είναι το πιο συχνά καταναλισκόμενο, παρά το γεγονός ότι υπάρχει αξιοσημείωτη γεωγραφική διαφοροποίηση με το γάλα της κατσίκας, του προβάτου. Το γάλα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα έχουν την ιδιαιτερότητα να περιέχουν συστατικά που θα μπορούσαν υποθετικά να αυξήσουν τον κίνδυνο για ορισμένες ασθένειες και άλλα συστατικά που θα μπορούσαν να τον μειώσουν. Το γάλα έχει προταθεί ως παράγοντας κινδύνου αθηροσκλήρυνσης και στεφανιαίων καρδιακών παθήσεων επειδή αποτελεί πηγή χοληστερόλης και κορεσμένων λιπαρών οξέων. Τα ευεργετικά αποτελέσματα, εντούτοις, έχουν αποδοθεί σε άλλα συστατικά του γάλακτος, όπως το συζευγμένο λινελαϊκό οξύ, το οποίο μπορεί να έχει υπολιπιδαιμικές και αντιοξειδωτικές και έτσι αντιαθηροσκληρωτικές ιδιότητες, το

ασβέστιο, το οποίο μπορεί να προστατεύει από την υπέρταση, και οι βιταμίνες φολικό οξύ, B6 (πυριδοξίνη) και B12 (κυανοκοβαλαμίνη), οι οποίες συμβάλλουν στα χαμηλότερα επίπεδα ομοκυστεΐνης (μια πρωτεΐνη της οποίας τα αυξημένα επίπεδα στο αίμα ίσως σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφράγματος).

Εργαστηριακές και επιδημιολογικές μελέτες προτείνουν ότι η εισαγωγή των γαλακτοκομικών προϊόντων θα μπορούσε να συνδεθεί με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου. Διάφορες μελέτες έχουν πρότείνει ότι η κατανάλωση γαλακτοκομικών μπορεί να αφορά κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου. Η κύρια υπόθεση που κρύβεται κάτω από μια πιθανή προστατευτική επίδραση των γαλακτοκομικών προϊόντων αφορά το περιεχόμενό τους σε ασβέστιο και σε ένα μικρότερο βαθμό την βιταμίνη D, το συζευγμένο λινελαϊκό οξύ, τα σφιγκολιπίδια, το βουτυρικό οξύ και διάφορα προϊόντα ζύμωσης. Από την άλλη πλευρά, τα λίπη του γάλακτος και ιδιαίτερα τα κορεσμένα λιπαρά ίσως να αυξάνουν τον κίνδυνο καρκίνου.

#### **Επιδημιολογικά δεδομένα που αφορούν την συσχέτιση μεταξύ γαλακτοκομικών προϊόντων και κίνδυνου καρκίνου παχέος εντέρου.**

Τα δεδομένα για τους τέσσερις τύπους γαλακτοκομικών προϊόντων (σύνολο γαλακτοκομικών προϊόντων, γάλα, τυρί και γιαούρτι) προέκυψαν από μια μετα-ανάλυση των διάφορων μελετών.

Όσο αφορά το σύνολο των γαλακτοκομικών προϊόντων, σαν μια ομάδα τροφίμων, άλλες μελέτες βρήκαν αύξηση του κινδύνου, ενώ άλλες βρήκαν μείωση. Το γεγονός αυτό ίσως οφείλεται στην διαφορικότητα των γαλακτοκομικών προϊόντων. Κατά μέσο όρο, οι μελέτες που έγιναν δεν φαίνεται να ανιχνεύουν κάποια συσχέτιση μεταξύ γαλακτοκομικών προϊόντων και εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου. Όσο αφορά το προστατευτικό αποτέλεσμα των γαλακτοκομικών έναντι της συγκεκριμένης μορφής καρκίνου, τα δεδομένα των μελετών, κατά μέσο όρο, ενισχύουν την ύπαρξή του.

Συνεχίζοντας, το γάλα φάνηκε ότι έχει προστατευτική δράση έναντι του καρκίνου του παχέος εντέρου. Τέσσερις μελέτες ασθενών μαρτύρων ανέφεραν σημαντική προστατευτική επίδραση, ενώ η καθημερινή κατανάλωση γάλακτος 2% λιπαρών φάνηκε να έχει προστατευτικό αποτέλεσμα για τον καρκίνο του ορθού. Πρέπει να αναφερθεί πάντως πως υπήρξαν και δύο μελέτες ασθενών μαρτύρων, οι οποίες βρήκαν αύξηση του κινδύνου του καρκίνου παχέος εντέρου να σχετίζεται με την κατανάλωση γάλακτος. Οι προοπτικές μελέτες, από την άλλη πλευρά, ανίχνευσαν

μειωμένους σχετικούς κινδύνους για καρκίνο του παχέος εντέρου να σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα κατανάλωσης γάλακτος.

Μελέτες ασθενών μαρτύρων και προοπτικές μελέτες προσπάθησαν να διερευνήσουν τον ρόλο της κατανάλωσης τυριού στον καρκίνο του παχέος εντέρου. Κατά μέσο όρο, δεν φάνηκε να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του καρκίνου αυτού και της κατανάλωσης τυριού

Ο αριθμός των μελετών που διερεύνησαν την επίδραση της πρόσληψης γιαουρτιού στον καρκίνο του παχέος εντέρου είναι περιορισμένος. Οι μελέτες ασθενών μαρτύρων και οι μελέτες κοορτών (ομάδων δηλαδή με κοινά χαρακτηριστικά οι οποίες τίθενται σε παρακολούθηση για να εξακριβωθεί τι θα τους συμβεί) δεν φάνηκε να υποστηρίζουν την υπόθεση της προστατευτικής δράσης.

Μερικές επιδημιολογικές μελέτες διερεύνησαν τα γαλακτοκομικά προϊόντα χαμηλών λιπαρών ξεχωριστά από τα γαλακτοκομικά υψηλών λιπαρών. Επιπρόσθετα, οι περισσότερες από αυτές ασχολήθηκαν κυρίως με την σύγκριση πλήρους έναντι άπαχου γάλακτος. Οι προοπτικές μελέτες, από την άλλη πλευρά, ανίχνευσαν μειωμένους σχετικούς κινδύνους για καρκίνο του παχέος εντέρου να σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα κατανάλωσης γάλακτος.

Επειδή αυτές οι μελέτες ήταν λίγες σε αριθμό αφενός, ενώ από την διερεύνηση άλλων γαλακτοκομικών προϊόντων πλουσιότερων σε λιπαρά, (π.χ τυριού), δεν ανιχνεύθηκε συσχέτιση, δεν μπορεί να στηριχθεί ο ισχυρισμός της συσχέτισης του αυξημένου λίπους των γαλακτοκομικών προϊόντων με τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι τα επιδημιολογικά δεδομένα των ανασκοπήσεων και των μετα-αναλύσεων συνηγορούν στο ότι η κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων που είναι πλήρη σε λιπαρά και ιδιαίτερα του γάλακτος, μπορεί να συσχετίζεται με μια μέτρια μείωση του κινδύνου καρκίνου του παχέος εντέρου.

Χρειάζεται ακόμα περισσότερη έρευνα στο πεδίο αυτό και ιδιαίτερα σε συγκεκριμένους τύπους γαλακτοκομικών προϊόντων και στους μηχανισμούς δράσης των συστατικών τους σε πειραματικά μοντέλα καρκινογένεσης. *(Παπαμίκος Βασίλειος.2006)*

### **7.5 Κάπνισμα και καρκίνος του παχέος εντέρου**

Το κάπνισμα αποτελεί ανδρική συνήθεια των αναπτυγμένων χωρών, αλλά τα τελευταία έτη παρατηρείται αύξηση τόσο στις αναπτυσσόμενες, όσο και στο γυναικείο πληθυσμό. Εκτιμάται ότι τουλάχιστον 15% των καρκίνων οφείλεται στο

κάπνισμα. Στον καπνό έχουν ταυτοποιηθεί 55 καρκινογόνες χημικές ουσίες. Ο μηχανισμός δράσης των ουσιών αυτών στον οργανισμό δεν έχει αποσαφηνιστεί, ωστόσο πιθανολογείται ότι αυξάνουν τον κίνδυνο καρκινογένεσης είτε μέσω πρόκλησης μεταλλάξεων που εκτρέπουν την ρύθμιση του κυτταρικού κύκλου είτε μέσω επίδρασης στο ανοσοποιητικό ή ενδοκρινικό σύστημα με συνέπεια την απορρύθμιση της λειτουργίας τους.

Παρότι στις δημοσιευμένες μελέτες των παλαιότερων ετών δεν έγινε δυνατόν να αποδειχτεί θετική σχέση καπνίσματος και καρκίνου παχέος εντέρου, στις πρόσφατες και ιδίως σε εκείνες που έγινε μακροχρόνια παρακολούθηση των ατόμων η σχέση αυτή κατέστη ιδιαίτερα πιθανή. Συγκεκριμένη εργασία παρότι δεν παρατήρησε αυξημένο κίνδυνο σε άτομα που καπνίζουν για διάστημα μικρότερο των 35 ετών, διαπίστωσε αύξηση κατά 50% του κινδύνου σε καπνιστές 10 τουλάχιστον τσιγάρων ημερησίως και για χρονική διάρκεια μεγαλύτερη της προαναφερόμενης, σε αντίθεση με τους μη καπνιστές. Η διαπίστωση αυτή επιβεβαιώνεται και από μεταγενέστερες μελέτες.

Εάν ληφθούν υπόψη οι παρατηρήσεις για τον ρόλο του μακροχρόνιου καπνίσματος στην ανάπτυξη καρκίνου παχέος εντέρου, όπως επίσης και η αποδεκτή πλέον σχέση καπνίσματος και εμφάνιση αδενωματωδών πολύποδων του παχέος εντέρου που θεωρούνται προάγγελοι καρκίνου, συμπεραίνεται ότι προφανώς ο καπνός εμπλέκετε στο πρώτο στάδιο της καρκινογένεσης προκαλώντας μεταλλάξεις που ευθύνονται για την δημιουργία αδενωμάτων. (Τσαμακίδης Κ.2004)

## **7.6 Ο Δεκάλογος της διατροφής**

- Τρώτε 5 μερίδες φρούτων και λαχανικών ημερησίως Προτιμάτε τα τοπικά, εποχιακά, και φρέσκα ή κατεψυγμένα λαχανικά
- Τρώτε άφθονο φυτικό υπόλειμμα. Ελέγξτε την πρόσληψη επεξεργασμένων υδατανθράκων καθώς και των τροφών με χαμηλή περιεκτικότητα σε φυτικό υπόλειμμα
- Μειριάστε την πρόσληψη ζωϊκού λίπους (πχ λιπαρό γάλα και κρέας) υιοθετώντας γάλα με μικρή περιεκτικότητα σε λίπος και αφαιρώντας το ορατό λίπος από το κρέας και το δέρμα από το κοτόπουλο
- Υγιής μαγειρική σημαίνει χαμηλές ποσότητες λίπους. Αν πρέπει να προσθέσετε λίπος προτιμάτε την προσθήκη ελαιολάδου

- Να θυμάστε ότι το ψάρι και τα όσπρια αποτελούν κατάλληλες εναλλακτικές τροφές αντί του κρέατος. Το ιχθυέλαιο μπορεί να προφυλάξει από την ανάπτυξη ΚΠΕ
- Αποφεύγετε την μεγάλη πρόσληψη θερμίδων
- Υιοθετήστε καθημερινή φυσική άσκηση
- Πίνετε τουλάχιστον ένα λίτρο νερού ημερησίως και όχι περισσότερο από δύο ποτήρια κρασιού ημερησίως
- Να ευχαριστιέστε την τροφή σας.
- Μη καπνίζετε (*Ελληνική Εταιρεία Ογκολογίας Πεπτικού.2012*)



## 8<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ

**Η νοσηλευτική φροντίδα στην**  
**θεραπεία ασθενών με καρκίνο**  
**παχέος εντέρου**

## 8.1 Προεγχειριστική φροντίδα του αρρώστου

Κατάλληλη σωματική και ψυχική προετοιμασία και πρόληψη επιπλοκών

- Κάλυψη θρεπτικών αναγκών του αρρώστου με υπερθεμιδική χαμηλού υπολείματος δίαιτα, αρκετές ημέρες πριν την επέμβαση, αν το επιτρέπει η κατάσταση του.
- Παρακολούθηση και αναγραφή παθολογικών απωλειών υγρών (εμετοί, διάρροια).
- Διατήρηση ενυδάτωσης με ενδοφλέβιες χορηγήσεις και αναγραφή όγκου αποβαλλομένων ούρων.
- Μείωση βακτηριακής χλωρίδας κόλου με μηχανικό καθαρισμό και αντιβίωση από το στόμα και παρεντερικά, με βάση την ιατρική οδηγία.
- Παροχή βοήθειας στον άρρωστο να κατανοήσει και αποδεχτεί την κολοστομία.
- Ετοιμασία για την εγχείρηση, με εκτέλεση των συνήθων προεγχειρητικών διαδικασιών και τροποποίηση τους για κάλυψη εξατομικευμένων αναγκών.
- Λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων. Εξαιτίας άγχους αναμένεται κάποια αύξηση στην αρτηριακή πίεση και τη συχνότητα του σφυγμού.
- Επισκόπηση του εγχειρητικού πεδίου για ολοκλήρωση της προετοιμασίας του.
- Επαλήθευση ότι ο άρρωστος δεν έφαγε τις οκτώ τελευταίες ώρες και ότι δεν πήρε υγρά για τουλάχιστον τέσσερις ώρες .
- Κένωση της ουροδόχου κύστης. Μέτρηση και καταγραφεί της ώρας και του ποσού των ούρων.
- Αφαίρεση κοσμημάτων, φακών επαφής και τεχνητών οδοντοστοιχιών και παράδοση για ασφαλή φύλαξη.
- Σε γυναίκα με βαμμένα νύχια, αφαιρούμε το χρώμα τους για να είναι δυνατός ο έλεγχος τους για κυάνωση στο χειρουργείο και μετά την επέμβαση.
- Συζήτηση με τον ασθενή σχετικά με την επέμβαση και τον λόγω εκτέλεσής της.
- Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς
- Βοήθεια του αρρώστου να φορέσει την ειδική στολή για το χειρουργείο.
- Χορήγηση των προαναισθητικών φαρμάκων στη σωστή ώρα.
- Συμπλήρωση και υπογραφή του φύλλου προεγχειρητικής ετοιμασίας, το οποίο τοποθετείται στο φάκελο του αρρώστου.
- Ασφαλής μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο.

- Ενημέρωση των συγγενών για την κατάσταση του αρρώστου μετά την επέμβαση.(**Σαχίνη-Καρδάση Α. και Πάνου Μ.2000,Αθανάτου 2010**)

## **8.2 Μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου**

Πρόληψη επιπλοκών και εκτίμηση της όλης μετεγχειρητικής πορείας.

- Φροντίδα για την μεταφορά του αρρώστου από το φορείο στο κρεβάτι με ήπιες κινήσεις και συγχρονισμένο βάδισμα.
- Τακτοποίηση του αρρώστου στην κατάλληλη για κάθε περίπτωση θέση. Συνήθης θέση μετά το χειρουργείο είναι η ύπτια με το κεφάλι πλάγια για την πρόληψη εισρόφησης εμεσμάτων και πνιγμού, σε περίπτωση εμετού, καθώς και πτώσεως της γλώσσας προς τα πίσω.
- Γίνεται έλεγχος : των ζωτικών σημείων, για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης, του τραύματος, των εξωτερικών γαζών μήπως αιμορραγούν, των παροχετεύσεων συνδέσεις και λειτουργία τους, του επιπέδου συνείδησης και της κινήσεις των άκρων που αφορούν τη νευρολογική κατάσταση του.
- Προστασία του αρρώστου από ρεύματα αέρα να μη κρυώσει
- Εκτίμηση του πόνου και της δυσφορίας και φροντίδα για την ανακούφιση του.
- Παρακολούθηση της ενδοφλέβιας έγχυσης υγρών, του ρυθμού ροής, φροντίδα για τν έγκαιρη αντικατάσταση της φιάλης.
- Ενθάρρυνση αρρώστου να παίρνει βαθιές αναπνοές να βήχει, να αλλάζει συχνά θέση για την πρόληψη επιπλοκών από το αναπνευστικό και κυκλοφοριακό σύστημα.
- Τοποθέτηση στο κομοδίνο χαρτοβάμβακο, νεφροειδές καθώς και τα κουδούνι για να διευκολύνεται η επικοινωνία του.
- Αν φέρει κολοστομία, παρακολούθηση του χειρουργικού τραύματος(*Αθανάτου 2010*)

## **8.3 Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία**

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοηθών νεοπλασμάτων προκαλούν ναυτία εμετούς, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα και από την στοματική κοιλότητα ως το κόλο. Ορισμένα προκαλούν διάρροια ενώ άλλα δυσκοιλιότητα . Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά προκαλούν δερματίτιδες απωλέκια, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Τέλος άλλα δρουν τοξικά σε διάφορα ζωτικά όργανα, όπως νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα.

### **Προβλήματα του αρρώστου**

1. Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας που οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες.
2. Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις (ελαττωμένα λευκά ,ανοσοκαταστολή)
3. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία ,εμετοί, διάρροιες)
4. Διαταραχή υγρών ηλεκτρολυτών(εμετοί ,διάρροιες )
5. Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος
- 6 Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής σωματικού ειδώλου.

### **Σκοποί της φροντίδας**

- Η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας
- Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος
- Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπιση τους.

### **Παρέμβαση**

1. Προετοιμασία του αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης
2. Χορήγηση αντιεμετικών πριν από την θεραπεία
3. Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών
4. Γευματα συχνά μικρά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών
5. Προσεκτική φροντίδα στόματος
6. Προστασία αρρώστου από μολύνσεις
7. Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο ΚΝΣ, τους νεφρούς και το ήπαρ.
8. Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
9. Βοήθεια του αρρώστου να δεχτεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό σύστημα
10. Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από την φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών( *Ρούπα- Δαριβάκη.2000.Μπαρουνάκη- Κωσταντάκου Ε.1989*)

### **8.4 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία**

#### **Προβλήματα του αρρώστου**

1. Κακή διακίνηση οξυγόνου(αναιμία)
2. θρεπτικό ανισοζύγιο
3. Δυνητικό ανισοζύγιο υγρών, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής ισορροπίας

4. Δυσχερείς από την εφαρμογή ραδιοϊσοτόπου
5. Κίνδυνοι άλλων επιπλοκών από την ακτινοθεραπεία για τον άρρωστο και το περιβάλλον
6. Κίνδυνοι αιμορραγίας (θρομβοπενία)
7. Κίνδυνοι λοίμωξης
8. Ψυχικά προβλήματα (απομόνωση, μικρός χρόνος φροντίδας, αριθμητικός και χρονικός αριθμός επισκεπτηρίου)

#### **Σκοποί της φροντίδας**

- Η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας
- Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος
- Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπιση τους.

#### **Παρέμβαση**

1. Ενημέρωση, μέσα σε λογικά όρια, του αρρώστου για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, ώστε να την αποδεχτεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης .
  2. Όταν το ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στο σώμα του αρρώστου, εξήγηση λήψης προφυλακτικών μέτρων για προστασία του περιβάλλοντος.
  3. Επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας για απελευθέρωση της ακτινοβολίας, μαζί με περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, της διάρκειας της διαδικασίας της πιθανής ανάγκης για ακινητοποίηση του αρρώστου κατά την διάρκεια της διαδικασίας.
  4. Λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών από την ακτινοθεραπεία και έγκαιρη αντιμετώπιση τους όταν εκδηλωθούν. (Σαχίνη-Καρδάση Α. και Πάνου Μ. 2000)
- Οι παρενέργειες αυτές αντιμετωπίζονται σε γενικές γραμμές, ως εξής .

#### **1. Ναυτία και έμετοι**

- Χορήγηση ηρεμιστικών αντιεμετικών και αντισταμινικών ,σύμφωνα με την ιατρική οδηγία
- Χορήγηση υγρών παρεντερικώς πρόληψη αφυδάτωσης
- Χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας
- Σημείωση αντιδράσεων του αρρώστου

#### **2. Αντιδράσης από το δέρμα**

- Παρακολούθηση για ερυθρότητα. Ξηρότητα ,απολέπιση

- Προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό και τραυματισμό από στενά ενδύματα.
- Παροχή συμβουλών στον άρρωστο ώστε να αποφεύγει την επάλειψη της περιοχής με αντισηπτικά βαριών μετάλλων όπως υδράργυρου, μόλυβδου, ψευδάργυρου αργύρου και 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 σπρέι και γαζών lannetwax

### **3.Διάρροια**

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

### **4.Αντιδράσεις βλεννογόνου στοματικής κοιλότητας**

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

### **5.Καταστολή λειτουργίας του μυελού οστών.**

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

6.Αν ο άρρωστος παρουσιάσει γενικά συμπτώματα όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης ,μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και στην ατομική υγιεινή.

7.Υποστήριξη του αρρώστου ώστε να δεχτεί όσο το δυνατό πιο ανώδυνα τυχόν παροδική αλλαγή στο σωματικό του είδωλο. *.(Σαχίνη-Καρδάση Α. και Πάνου Μ.2000, Ρούπα –Δαριβάκη.2000)*

### **8.5 Εξατομικευμένη και ολιστική νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας**

#### **8.5.1 Ορισμός της νοσηλευτικής διεργασίας**

Η Νοσηλευτική διεργασία είναι η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου ανάλυσης και λύσης προβλημάτων η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο,

λήψη 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 μεταβάλει 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. (Κυριακίδου Θ.Ε.2004)

Κύρια χαρακτηριστικά λοιπόν της νοσηλευτικής διεργασίας είναι τα ακόλουθα;

1. Η προσωπική γνωριμία και διαπροσωπική σχέση του νοσηλευτή με τον άρρωστο
2. Η υπεύθυνη επιστημονική και συστηματική λήψη και εκτέλεση νοσηλευτικών αποφάσεων
3. Η ενεργοποίηση του αρρώστου στην εκτίμηση και αντιμετώπιση των προβλημάτων του για την συντομότερη ανάρρωση και υπεύθυνη ανάληψη της αυτοφροντίδας
4. Η συμβολή στην προαγωγή της ακαδημαϊκής και κλινικής αξιοπιστίας της νοσηλευτικής και στην προβολή της ως επιστημονικού έργου με προοπτικές ανάπτυξης. (Ραγιά Α.2007)

#### **8.5.2 Σκοποί της νοσηλευτικής διεργασίας**

Οι σκοποί της νοσηλευτικής διεργασίας είναι οι ακόλουθοι:

1. Η διατήρηση της υγείας του ατόμου.
2. Η πρόληψη της νόσου.
3. Η προαγωγή της ανάρρωσης, όταν υπάρχει νόσος.
4. Η αποκατάσταση της ευεξίας και της μέγιστης λειτουργικότητας του ατόμου. (Σαββοπούλου Γ.2003)

Ο νοσηλευτής δεν σκοπεύει μόνο στην ανάρρωση, αλλά κυρίως στη σημασία και τις επιπτώσεις που έχει η ανάρρωση αυτή, η εισαγωγή στο νοσοκομείο, ή οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα στο συγκεκριμένο άτομο, στην οικογένεια του αρρώστου και στην

κοινότητα. Μελετά τις ψυχολογικές πνευματικές και κοινωνικές επιπτώσεις. (Κυριακίδου Θ.Ε.2004)

### **8.5.3 Στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας**

Η νοσηλευτική διεργασία αποτελείται από έναν αριθμό σταδίων. Μερικοί νοσηλευτές διακρίνουν πέντε στάδια, άλλοι τέσσερα και άλλοι τρία. Το περιεχόμενο όμως και η σειρά των σταδίων είναι ίδια σε όλους.

Ο ΠΟΥ και πολλές από τις νοσηλεύτριες που ασχολήθηκαν με την νοσηλευτική διεργασία την διακρίνουν σε τέσσερα στάδια.

- 1.** Αξιολόγηση των αναγκών και των προβλημάτων του ατόμου. Συστηματική συλλογή δεδομένων, για να προσδιοριστεί η κατάσταση υγείας του αρρώστου και να αναγνωριστούν όλα τα πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας του.
- 2.** Προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας.
- 3.** Ανάπτυξη στόχων και σχεδίου φροντίδας, που θα βοηθήσουν τον άρρωστο να λύση τα αναγνωρισμένα προβλήματα υγείας του.
- 4.** Εφαρμογή του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας.  
Πραγματοποίηση του σχεδίου φροντίδας μέσω νοσηλευτικών παρεμβάσεων.
- 5.** Αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας .
- 6.** Εκτίμηση των αντιδράσεων του αρρώστου στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και του βαθμού επίτευξης στόχων. (Σαββοπούλου Γ.1991)



## **Περιστατικό Α**

### **Στοιχεία ασθενή**

**Όνοματεπώνυμο** X

**Όνομα πατρός** X

**Ηλικία** 65 ετών

**Τόπος γέννησης** Πάτρα, Ν. Αχαΐας

**Επάγγελμα** Καθαρίστρια, πλήρους απασχόλησης

**Οικογενειακή κατάσταση** Έγγαμη με δύο παιδιά

Η Κυρία X προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών στις 10/04/2014 με τον σύζυγο της και τα παιδιά της και ήταν ιδιαίτερα ανήσυχη και αγχωμένη.

Εξετάστηκε από τον εφημερεύοντα γιατρό των εξωτερικών ιατρείων και ελήφθη το πλήρες ατομικό και οικογενειακό ιστορικό . Η ασθενής ανέφερε δυσκοιλιότητα με βλενοαιματηρές κενώσεις από τριήμερου , καταβολή δυνάμεων, ανορεξία, απώλεια βάρους και άλγος στην κοιλιακή χώρα.

### **Κληρονομικό ιστορικό**

Μητέρα πάσχει από αρτηριακή υπέρταση

Πατέρας απεβίωσε σε ηλικία 77 ετών από καρκίνο του πνεύμονα

### **Ατομικό ιστορικό**

Ανέφερε ότι πάσχει από αρτηριακή Υπέρταση και ότι είναι χρόνια καπνίστρια ενός πακέτου ημερησίως.

### **Τα ζωτικά της σημεία ήταν :**

**Αρτηριακή πίεση** 130/90mmhg

**Σφύξεις** 86/min

**Αναπνοές** 18/min

**Θερμοκρασία** 36,7

**SpO2** 99%

Ο εφημερεύον γιατρός προχώρησε σε αιμοληψία σε συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό του ΤΕΠ για τις απαραίτητες αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις. Η ασθενής εισήχθη στην παθολογική κλινική για διερεύνηση της κατάστασης της καθώς στις αιματολογικές εξετάσεις ο αιματοκρίτης ήταν χαμηλός(35%) και τα λευκά(5,04 K/μl) και ερυθρά αιμοσφαίρια(3,50M/μl. Μετά την λήψη ενός προσεκτικού ιστορικού και την κλινική εξέταση της αρρώστου από τον εφημερεύοντα ιατρό, η ασθενής

προετοιμάστηκε κατάλληλα για να υποβληθεί σε βαριούχο υποκλυσμό. Με τον βαριούχο υποκλυσμό διεγνώσθη ύπαρξη κακοήθους μάζας στο σιγμοειδές του παχέος εντέρου( Ca σιγμοειδούς ). Έγιναν και άλλες εξετάσεις για αναγνώριση της κακοήθειας με βεβαιότητα όπως σιγμοειδοσκόπηση και βιοψία τη μάζας που βρέθηκε καθώς και αξονική και μαγνητική τομογραφία κοιλίας και ακτινογραφία θώρακος για εντοπισμό τυχόν μεταστάσεων. . Αντιμετωπίστηκαν τα αρχικά συμπτώματα της ασθένειας και προγραμματίστηκε τακτικό χειρουργείο για αφαίρεση του κακοήθους όγκου. Η Ασθενής μετά την διάγνωση ήταν ιδιαίτερα ανήσυχη καθώς δεν μπορούσε να συμβιβαστεί με το γεγονός του χειρουργείου και την δημιουργία κολοστομίας. Η ασθενής με την βοήθεια του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού κατάφερε να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα της και τις απορίες της .Συνέβαλε σε σημαντικό βαθμό η σκέψη της προσωρινής και όχι μόνιμης κολοστομίας καθώς ο καρκίνος δεν είχε κάνει μετάσταση σε άλλα σημεία του εντέρου. Το χειρουργείο προγραμματίστηκε και έγινε 14-04-2014, η ασθενής ήταν ψυχολογικά έτοιμη και αισιόδοξη για την έκβαση της επέμβασης. Η Χειρουργική επέμβαση ήταν επιτυχής αφαιρέθηκε τμήμα του σιγμοειδούς που είχε υποστεί βλάβη και δημιουργήθηκε προσωρινή κολοστομία. Η ασθενής επιστρέφοντας από το χειρουργείο, έφερε καθετήρα folley, κεντρική φλεβική γραμμή, τον σάκο κολοστομίας. Η ασθενής έμεινε στην κλινική για 20 μέρες και διδάχτηκε από το νοσηλευτικό προσωπικό, την αλλαγή του σάκου και την περιποίηση της κολοστομίας

Το θεραπευτικό σχήμα που ακολούθησε αρχικά η ασθενής είναι το ακόλουθο.

- Normal Salim 1000cc 1x1
- Dextrose 0.5% 1000cc 1x1
- amp Kcl 1x2
- amp Nacl 1x2
- amp losec 1x2
- amp Evaton 1x3
- amp Ferrum haussman 1x1
- Apotel max 1g/100 ml E.Π
- Amp Primperan 1x2
- Dulcolax supp 10 mg 1x1

Αξιολόγηση απόμου- αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής διεργασίας	Εκτίμηση αποτελέσματος
1.Άγχος και αγωνία της ασθενούς με την εισαγωγή της στο νοσοκομείο.	-Η ασθενής να απαλλαγεί από το άγχος και να ηρεμήσει όσον το δυνατόν γρηγορότερα.	-Δημιουργία περιβάλλοντος για συζήτηση ώστε η ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματα της και τις απορίες της σχετικά με την ασθένεια της και την φροντίδα της. - Συζήτηση με τους οικείους της ώστε να ενημερωθούν για την ασθένεια και την σωστή αντιμετώπιση της αρρώστου. -Αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς επιστήμονες (Ψυχολόγους,Ψυχίατρους)	-Δημιουργήθηκε κατάλληλο περιβάλλον και έγινε συζήτηση με την ασθενή και προσεκτική ακρόαση όλων των ερωτημάτων της - Εδόθησαν σαφείς εξηγήσεις στις ερωτήσεις και τις απορίες της - Έγινε συζήτηση με την ασθενή ότι δεν πρέπει να ανησυχεί διότι όλο το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται δίπλα της και ότι θα κάνει τα πάντα για την βελτίωση της υγείας της.	Η συζήτηση ήταν αρκετά ικανοποιητική και αποδοτική διότι η ασθενής ηρέμησε και απέκτησε ένα αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης μέσα στο νοσοκομειακό περιβάλλον. -Οι οικείοι της, την ενθάρρυναν και έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην όλη πορεία της νόσου . - Δεν χρειάστηκε παρέμβαση από ειδικούς επιστήμονες διότι η ασθενής είχε ήδη ηρεμήσει μετά την δική μας παρέμβαση- συζήτηση

<p>2.Άλγος στην κοιλιακή χώρα</p>	<p>-Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο. -Απαλλαγή της ασθενούς από τον πόνο.</p>	<p>-Να δοθεί κατάλληλη ανατομική-λειτουργική θέση προς χάλαση των κοιλιακών μυών. -Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. - Ψυχολογική υποστήριξη προς μείωση του άγχους που επιδεινώνει τον πόνο της ασθενούς . -Εκτίμηση –αξιολόγηση του πόνου με βάση την κλίμακα του πόνου Mc Gill . -Λήψη ζωτικών σημείων και</p>	<p>-Έγινε συζήτηση με τους οικείους της ασθενούς και εδόθησαν πληροφορίες σχετικά με το νόσημα και τη φροντίδα της αρρώστου. -Η ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση με κάμψη των γονάτων προς χάλαση των κοιλιακών μυών. -Χορηγήθηκε στην ασθενή 1 amp Apotel plus IV(σε Sodium Chloride 0,9% των 250cc). -Έγινε συζήτηση με την ασθενή σχετικά με την ασθένεια της εδόθησαν απαντήσεις και διευκρινήσεις σε ερωτήματα και απορίες. -Στηρίχθηκε ψυχολογικά -Εκτιμήθηκε και</p>	<p>-Με την τοποθέτηση της αρρώστου στην κατάλληλη θέση και τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής η ασθενής αρχικά ανακουφίστηκε και στην συνέχεια απαλλάχθηκε από το κοιλιακό άλγος . -Το Apotel plus ανήκει στην κατηγορία των αναλγητικών και αντιπυρετικών φαρμάκων. Το δραστικό στοιχείο του Apotel plus είναι η παρακεταμόλη. Το Apotel plus ενδείκνυται για την βραχυχρόνια</p>
-----------------------------------	--	--	---	--

<p>3.Δυσκοιλιότητα ασθενούς από τριημέρου.</p>	<p>-</p> <p>-Απαλλαγή και ανακούφιση της ασθενούς από το σύμπτωμα της δυσκοιλιότητας.</p> <p>-Πρόληψη επιπλοκών (ειλεός κ.λ.π).</p>	<p>καταγραφή των αποτελεσμάτων στο νοσηλευτικό διάγραμμα.</p> <p>-Εκτίμηση και επανεκτίμηση του πόνου και της ολικής πορείας της ασθενούς.</p> <p>- Χορήγηση ελαφράς διαίτας πλούσιας σε φυτικές ίνες.</p> <p>-Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>-Εκτέλεση υποκλισμού σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>-Ενθαρρύνεται η ασθενής να</p>	<p>αξιολογήθηκε ο πόνος με βάση την κλίμακα του πόνου Mc Gill .</p> <p>-Έγινε η λήψη ζωτικών σημείων και η καταγραφή τους στο νοσηλευτικό διάγραμμα.</p> <p>-Εγίνετο εκτίμηση και επανεκτίμηση του πόνου.</p> <p>-Δόθηκε η εξής διαίτα</p> <p><b>Πρωινό:</b> γάλα με φρυγανιές.</p> <p><b>Μεσημεριανό:</b> κοτόπουλο με κριθαράκι και καρότα.</p> <p><b>Βραδινό:</b> Ψαρόσουπα με χόρτα και πορτοκάλι</p> <p>-Χορηγήθηκε dulcolax</p>	<p>αντιμετώπιση του μέτριου πόνου, ειδικά μετά από χειρουργικές επεμβάσεις και για την βραχυχρόνια αντιμετώπιση του πυρετού, όταν ή ενδοφλέβια χορήγηση είναι κλινικά αιτιολογημένη σε μια επείγουσα ανάγκη αντιμετώπισης πόνου ή υπερθερμίας.</p> <p>- Μετα την χορήγηση της συγκεκριμένης διαίτας η φυσιολογική λειτουργία του εντέρου αρχίζει να αποκαθίσταται. Με κένωση της ασθενούς μια φορά την ημέρα.</p> <p>-Η χορήγηση του dulcolax supp10 mg έχει ως</p>
--	---	--	---	---

<p>4.Βλεννοαιματηρές κενώσεις από τριημέρου .</p>	<p>-Ανακούφιση της ασθενούς από τις βλεννοαιματηρές κενώσεις -Απαλλαγή της ασθενούς από τις αιματηρές κενώσεις</p>	<p>λαμβάνει άφθονα υγρά από το στόμα, ημερησίως -Κινητοποίηση της ασθενούς.</p> <p>-Χορήγηση υγρών από το στόμα και ενδοφλεβίως σύμφωνα με την οδηγία του ιατρού. -Εκτίμηση συμπτωμάτων για αφυδάτωση.</p>	<p>supp10 mg για 3 ημέρες. -Εκτελέστηκε ο υποκλισμός σύμφωνα με την ιατρική οδηγία -Η ασθενής πίνει 5 ποτήρια νερό την ημέρα. -Η ασθενής έκανε βήματα στο διάδρομο.</p> <p>-Έγινε ενδοφλέβια χορήγηση Sodium Chloride 0,9% 1000 cc 1X1 εμπλουτισμένο με μια amp Na και μια amp K. Εγίνετο καθημερινή</p>	<p>αποτέλεσμα την κένωση μαλακών αλλά σχηματισμένων κοπράνων. Το dulcolax υπάγεται στην κατηγορία των καθαρτικών που διεγείρουν την εντερική κινητικότητα και μειώνουν την απορρόφηση του ύδατος και των ηλεκτρολυτών. -Η μυοσκελετική κινητοποίηση της ασθενούς βοήθησε στην λειτουργική κινητοποίηση του εντερικού σωλήνα. -Το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών είναι σταθερό. - Δεν παρατηρήθηκαν συμπτώματα αφυδάτωσης γιατί έγινε έγκαιρη αναπλήρωση υγρών</p>
---	--	--	--	--

	<p>-Πρόληψη επιπλοκών(αναιμίες ,διαταραχή ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών, υποθρεψία κ.λ.π).</p>	<p>-Συχνή λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή των αποτελεσμάτων στο νοσηλευτικό διάγραμμα.          -Μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.          -Χορήγηση ειδικής διαίτας σύμφωνα με οδηγία ιατών και διαιτολόγων.          -Λήψη αίματος για αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις.          -Φροντίδα ύπαρξης αίματος και έλεγχος ομάδας αίματος σε περίπτωση μετάγγισης της ασθενούς.          -Φροντίδα περιπρωκτικής περιοχής.          -Πρόληψη επιπλοκών (δερματίτιδες κ.λ.π)</p>	<p>παρακολούθηση του δέρματος για συμπτώματα αφυδάτωσης.          -Εγίνετο συχνή λήψη ζωτικών σημείων τα οποία κυμαίνονται στις εξής τιμές ΑΠ 120/90 mmHg, Σφύξεις 89/min Θερμοκρασία 36, και καταγράφονταν στο Νοσηλευτικό διάγραμμα.          -Έγινε μέτρηση του ισοζυγίου υγρών ανά 24ωρο με 2200 ml προσλαμβανόμενα υγρά και 2250 ml αποβαλλόμενα υγρά..          -Διεκπεραιώθηκαν οι εργαστηριακές εξετάσεις και στην γενική αίματος βρέθηκαν οι παρακάτω</p>	<p>-Παρατηρήθηκε όμως ταχυσφυγμία και παρέκκλιση της τιμής του αιματοκρίτη που οφείλεται στην αιμορραγία.          -Δεν εκδηλώθηκε κάποια δερματική λοίμωξη.</p>
--	---	--	--	--

		<p>-Εκτίμηση και επανεκτίμηση των αιματηρών κενώσεων όλης πορείας της αρρώστου.</p>	<p>τιμές  Αιματοκρίτης 35%  Λευκά 5,04 K/μl  Αιμοσφαιρίνη 13g/dl  Ερυθρά 3,50M/μl  Αιμοπετάλια 322 K/μl. Οι τιμές των αποτελεσμάτων των βιοχημικών εξετάσεων βρίσκονταν σε φυσιολογικά επίπεδα.  -Στάλθηκε δείγμα αίματος στο τμήμα αιμοδοσία για καθορισμό ομάδας αίματος σε περίπτωση μετάγγισης της ασθενούς.  -Εγίνετο εκτίμηση των αιματηρών κενώσεων (σύσταση ,ποσότητα, οσμή)  -Εγίνετο τοπικός καθαρισμός της περιπρωκτικής περιοχής για</p>	
--	--	---	--	--



<p>5.Αναιμία η εξαιτίας των αιματηρών κενώσεων.</p>	<p>-Αύξηση της τιμής του αιματοκρίτη σε φυσιολογικά επίπεδα εντός τριών ημερών. -Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>-Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την οδηγία ιατρού -Λήψη αίματος για διασταύρωση ομάδας -Μέριμνα για ανεύρεση αίματος σε περίπτωση που χρειαστεί μετάγγιση αίματος η ασθενής - Ικανοποίηση των φυσικών αναγκών της αρρώστου προς μείωση της κόπωσης. - Μέτρηση Ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. -Λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις με σκοπό την επανεκτίμηση της τιμής του αιματοκρίτη.</p>	<p>τη πρόληψη επιπλοκών και επίτευξη της ατομικής υγιεινής της ασθενούς. -Έγινε ενδομυϊκή χορήγηση amp Ferrum Hausman 1x2 καθημερινως επί τρεις ημέρες. -Έγινε χορήγηση βιταμινών Evaton ενδοφλεβίως μέσα σε 500cc φυσιολογικό ορό. - Έγινε διασταύρωση ομάδας αίματος σε περίπτωση που χρειαστεί μετάγγιση η ασθενής . -Έγινε μέτρηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. -Μετα από τρεις μέρες έγινε λήψη αίματος για επανεκτίμηση της τιμής του</p>	<p>- Η τιμή του αιματοκρίτη επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα με την χορήγηση των σιδηροσκευασμάτων και των βιταμινών που έχουν την ιδιότητα να αυξάνουν την τιμή του. - Το ισοζύγιο από την μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων είναι σταθερό. -Η ασθενής δεν χρειάστηκε να μεταγγισθεί καθώς αναπληρώθηκε ο όγκος αίματος με την χορήγηση σιδηροσκευασμάτων υγρών και βιταμινών.</p>
---	---	---	--	--

<p>6.Καταβολή των δυνάμεων</p>	<p>- Μείωση του αισθήματος κόπωσης -Η ασθενής να επανακτήσει τις δυνάμεις της στα φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<p>-Εξασφάλιση επαρκούς νυχτερινού ύπνου.. -Ενίσχυση του οργανισμού της με κατάλληλη και επαρκή τροφή και ενυδάτωση σύμφωνα με την οδηγία του ιατρού -Δημιουργία συχνών περιόδων ανάπαυσης . -Ικανοποίηση των φυσικών αναγκών της αρρώστου λόγω των μειωμένων δυνάμεων της.</p>	<p>αιματοκρίτη και η γενική αίματος είχε τις παρακάτω τιμές: Αιματοκρίτης 40% Λευκά 6,04 K/μl Αιμοσφαιρίνη13g/dl Ερυθρά 3,55M/μl Αιμοπετάλια 325 K/μl. -Έγινε προσπάθεια εξασφάλισης επαρκούς νυχτερινού ύπνου με τον περιορισμό των θορύβων και την εξασφάλιση ηρεμίας στο θάλαμο της αρρώστου με την απομάκρυνση οποιασδήποτε μορφής έντασης. -Έγινε σωματική τόνωση της ασθενούς με την χορήγηση D/W5% 1000 cc 1x1 με μια amp Evaton για</p>	<p>-Η ασθενής τονώθηκε σωματικά και ηθικά με αποτέλεσμα να ανακτά τις δυνάμεις της βραδέως αλλά σταθερά. -Στην ανάκτηση των δυνάμεων συνέβαλλε αρκετά η χορήγηση της βιταμίνης Evaton. Η Evaton αποτελεί έξοχο συνδυασμό λιποδιαλυτών βιταμινών. Είναι άριστος τονωτικός παράγοντας</p>
--------------------------------	--	---	---	---

		-Λήψη ζωτικών σημείων.	<p>4 ημέρες.</p> <p>-Εδίδετο στην άρρωστη τροφή που περιέχει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά και άφθονα υγρά perros.</p> <p>-Έγινε περιορισμός σπατάλης των φυσικών δυνάμεων της αρρώστου όσο αυτό ήταν εφικτό.</p> <p>-Έγινε η κατάλληλη συμβουλευτική καθοδήγηση στην ασθενή με σκοπό να αναπαύεται συχνότερα και περισσότερες ώρες .</p> <p>- Η ασθενής εβοήθητο στην ικανοποίηση των σωματικών αναγκών της από τους συγγενείς και το νοσηλευτικό προσωπικό λόγω των μειωμένων</p>	
--	--	------------------------	--	--

<p>7. Απώλεια βάρους εξαιτίας της ανορεξίας.</p>	<p>- Να βελτιωθεί η όρεξη της ασθενούς. - Να επανέλθει το σωματικό βάρος της ασθενούς στα φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<p>-Συστηματική παρακολούθηση του βάρους της αρρώστου-ζύγισμα -Περιορισμός των δραστηριοτήτων της ασθενούς -Ρύθμιση του διαιτολογίου της ασθενούς από τον διατροφολόγο, με σκοπό να καλύπτει τις ανάγκες του οργανισμού σε θρεπτικά συστατικά. -Βελτίωση της διάθεσης του ασθενούς με τα ελκυστικά και καλοσερβρισμένα φαγητά. -Φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με την ιατρική οδηγία</p>	<p>δυνάμεων της. -Εγίνετο συστηματική παρακολούθηση και καταγραφή του βάρους της αρρώστου καθ' όλη την διάρκεια παραμονής της στο νοσοκομείο. -Εγινε κατάλληλη διδασκαλία της ασθενούς με σκοπό οι δραστηριότητες να περιοριστούν στο ελάχιστο. -Εγινε ρύθμιση του διαιτολογίου της ασθενούς ώστε να είναι πλούσιο σε λευκώματα υδατάνθρακες, λίπη, βιταμίνες και άλατα με τον κατάλληλο αριθμό θερμίδων για την κάλυψη όλων των βιολογικών αναγκών της καθ' όλη την διάρκεια παραμονής της στο</p>	<p>-Η ασθενής τονώθηκε σωματικά και ενισχύθηκε ο οργανισμός της. Η όρεξη της βελτιώθηκε όπως και το σωματικό της βάρος καθώς πήρε 500 gr 5 μέρες μετά την εισαγωγή της στην κλινική. -Το Evaton B-12 αποτελεί έναν άριστο συνδυασμό νευροτρόπων βιταμινών B1-B6-B12 σε υψηλές δοσολογίες. Ο συνδυασμός αυτός παρουσιάζει έντονη φαρμακοδυναμική συνέργεια πολύ μεγαλύτερη εκείνης η οποία επιτυγχάνεται με την μεμονωμένη χορήγηση αυτών των βιταμινών, ενώ</p>
--	--	--	---	---

			<p>νοσοκομείο.</p> <p>-Εχορηγούνται στον άρρωστο γεύματα μικρά σε ποσότητα και προσφέρονταν σε συχνά χρονικά διαστήματα. Εδόθη ιδιαίτερη φροντίδα στο σερβίρισμα του φαγητού με σκοπό την επάνοδο της όρεξης της αρρώστου.</p> <p>-Χορηγήθηκαν στην ασθενή συμπληρωματικά βιταμίνες Evaton 1x2 (μέσα σε 100cc 0,9% N/S) σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>-Χορηγήθηκαν στην ασθενή τρεις οροί ανα24ωρο. Ένας N/S 0,9% των 1000cc και δυο L/R των 1000cc</p> <p>Σύμφωνα με την οδηγία του</p>	<p>καθιστά το ίδιο παρασκεύασμα άριστο τονωτικό.</p>
--	--	--	--	--

<p>8.Διαγνωστικές εξετάσεις (βαριούχος υποκλυσμός)</p>	<p>-Να ολοκληρωθεί η διαγνωστική εξέταση(βαριούχος υποκλυσμός) χωρίς προβλήματα</p>	<p>-Ενημέρωση της αρρώστου για την εξέταση          -Ειδικό διαιτολόγιο μια μέρα πριν την εξέταση σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.          -Προετοιμασία-νοσηλευτική φροντίδα της αρρώστου για τον βαριούχο υποκλυσμό          -Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την οδηγία του ιατρού.          -Γραπτή ενημέρωση της λογοδοσίας για την αποτελεσματικότητα του βαριούχου υποκλυσμού</p>	<p>ιατρού.          - Ενημερώθηκε η ασθενής σχετικά με την διαγνωστική εξέταση του βαριούχου υποκλυσμού. Εδόθησαν σαφής απαντήσεις στα ερωτήματα της .          -Η ασθενής ετέθη σε ελαφρά δίαιτα σύμφωνα με την οδηγία του ιατρού.          -Χορηγήθηκαν 5 ml Duphalac sur σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.          -Έγινε καθαρτικός υποκλυσμός το βράδυ πριν από την ημέρα της εξέτασης.          -Έγινε ο βαριούχος το πρωί.          -Μετά την εκτέλεση του βαριούχου υποκλυσμού,</p>	<p>-Η ασθενής ήταν ήρεμη πριν την εξέταση καθώς γνώριζε την διαδικασία και τον λόγο διεκπεραίωσης της συγκεκριμένης εξέτασης.          - Με το καθαρτικό που χορηγήθηκε και με τους υποκλυσμούς που εκτελέστηκαν επιτεύχθηκε η κένωση και η καθαριότητα του εντερικού σωλήνα και ο βαριούχος υποκλυσμός ολοκληρώθηκε χωρίς προβλήματα. Το duphalac syr ανήκει στην κατηγορία των καθαρτικών φαρμάκων. Η δραστική του ουσία είναι η λακτουλόζη ένας συνθετικός δισακχαρίτης</p>
--	---	--	---	--

<p>9.Φόβος και άγχος της ασθενούς για το χειρουργείο και την έκβαση της μετεγχειρητικής της πορείας.</p>	<p>-Η ασθενής να είναι ήρεμη πρίν την χειρουργική επέμβαση.</p>	<p>-Να γίνει ενημέρωση της ασθενούς με περισσότερες λεπτομέρειες για την χειρουργική επέμβαση. -Να δοθεί ψυχολογική υποστήριξη για την αλλαγή του σωματικού της ειδώλου μετά την χειρουργική</p>	<p>έγινε η εκτίμηση αποτελεσμάτων τα οποία και κατεγράφησαν στην λογοδοσία.  - Έγινε συζήτηση με την ασθενή και δόθηκαν απαντήσεις στα ερωτήματα της και τις απορίες της . -Η ασθενής κατανόησε ότι θα γίνει αλλαγή του σωματικού ειδώλου της και άρχισε σιγά σιγά να το</p>	<p>που δεν απορροφάται από τον γαστρεντερικό σωλήνα και διασπάται από ορισμένα βακτήρια σε οργανικά οξέα χαμηλού μοριακού βάρους, προκαλώντας ελάττωση του Ph στον αυλό του εντέρου και αύξηση της ωσμωτικής πίεσης με αποτέλεσμα την αύξηση του κατακρατούμενου ύδατος που καθιστά τα κόπρανα μαλακότερα. -Η ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς είχε θετικά αποτελέσματα διότι η ασθενής ήταν αρκετά ήρεμη πριν από την χειρουργική επέμβαση. _Η ασθενής κατάφερε να εξωτερικεύσει τις ανησυχίες</p>
--	---	--	--	---

<p><b>Μετεγχειρητική</b> <b>Πορεία</b> <b><u>1<sup>η</sup> μετεγχειρητική</u></b> <b><u>ημέρα</u></b> 10. Πόνος στην τραυματική περιοχή μετά το χειρουργείο</p>	<p>-Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο -Απαλλαγή της ασθενούς από τον πόνο.</p>	<p>επέμβαση. -Να κερδηθεί η εμπιστοσύνη της αρρώστου. -Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία -Αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς θεραπευτές (ψυχολόγους, ψυχιάτρους )</p> <p>- Να δοθεί η κατάλληλη ανατομική και λειτουργική θέση προς χάλαση των μυών και μείωσης της τάσης του τραύματος.</p>	<p>αποδέχεται -Εμπιστεύτηκε νοσηλευτικό προσωπικό και εξέφρασε τα συναισθήματα της και τις φοβίες της -Χορηγήθηκε tb lexotanil 1x1 το βράδυ πριν από την επέμβαση σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. - Δεν χρειάστηκε να κληθούν ειδικοί επιστήμονες .</p> <p>-Δόθηκε στην ασθενή ανακουφιστική ημικαθιστή θέση - Ο πόνος περιγράφεται συνεχής και διαπεραστικός</p>	<p>της, να εμπιστευτεί το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και να ανακουφιστεί. -Για την χαλάρωση της ασθενούς συνέβαλε αρκετά η χορήγηση του lexotanil. Δραστική ουσία του lexotanil είναι η βρωμαζεπάνη, ελαττώνει εκλεκτικά την ένταση και το άγχος σε χαμηλές δόσεις ενώ σε υψηλές δόσεις παρουσιάζει κατασταλτικές και μυοχαλαρωτικές ιδιότητες. -Ο πόνος άρχισε να υποχωρεί μετά από την ημικαθιστή θέση που δόθηκε στην ασθενή ( μείωση της τάση που</p>
---	---	---	--	---



		<p>-Εκτίμηση του τύπου και της έντασης του πόνου με βάση την αξιολογική κλίμακα του πόνου Mc Gill .</p> <p>- Να καταγραφούν ο τύπος και η ένταση του πόνου με βάση την κλίμακα καταγραφής πόνου Mc Gill και να ενημερωθεί ο χειρουργός και ο αναισθησιολόγος.</p> <p>-Λήψη ζωτικών σημείων ανά 3ωρο για πιθανές μετεγχειρητικές επιπλοκές και καταγραφή των αποτελεσμάτων στο θερμομετρικό διάγραμμα.</p> <p>-Περιορισμός παραγόντων περιβάλλοντος οι οποίοι δυσχεραίνουν την ασθενή.</p> <p>-Χορήγηση φαρμακευτικής</p>	<p>(7/10) βάση κλίμακας Mc Gill</p> <p>-Καταγράφηκαν ο τύπος και η ένταση του πόνου και ενημερώθηκε ο χειρουργός και ο αναισθησιολόγος όπου διαπίστωσαν ότι το σύμπτωμα του πόνου προερχόταν από το χειρουργικό τραύμα και ότι δεν είχε προκύψει κάποια επιπλοκή.</p> <p>-Κάθε 3 ώρες καταγράφονται τα ζωτικά σημεία του ασθενούς</p> <p>Θ:36,3</p> <p>ΑΠ:110/600mmHg</p> <p>Σφύξεις:78</p> <p>Αναπνοές 21</p> <p>-Μείωση του αριθμού επισκεπτών και περιορισμός</p>	<p>ασκείται από τα ράμματα)και ο πόνος υποχώρησε μετά την χορήγηση της παυσίπονης θεραπείας ½ amp Tramal και του fl Dynastat(i.v).</p> <p>-Η δραστική ουσία του Tramal είναι η Tramadol hydrochloride ανήκει στην κατηγορία των αναλγητικών φαρμάκων και ενδείκνυται για την συμπτωματική αντιμετώπιση του πόνου μέτριας έως ισχυρής έντασης</p> <p>Το fl Dynastat parecoxib sodium,αναστολέας cox-2. Ανήκει στην κατηγορία των αναλγητικών φαρμάκων και δρα στην μείωση των προσταγλανδινών που</p>
--	--	--	--	--

		<p>αγωγής σύμφωνα με οδηγίες ιατρού.</p> <p>-Εκτίμηση και επανεκτίμηση του πόνου</p> <p>-Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς( διότι ανησυχεί ότι θα παραμείνει επιπλέον μέρες στο νοσοκομείο λόγω του έντονου πόνου).</p>	<p>των θορύβων του περιβάλλοντος.</p> <p>-Χορηγήθηκε ½ amp Tramal(100mg/2ml) (IM)και fl dynastat(1x2)iv εμπλουτισμένο σε 100 cc φυσιολογικού επί πόνου σύμφωνα με οδηγίες του ιατρού.</p> <p>-Έγινε επανεκτίμηση του πόνου 1 ώρα μετά την χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την οδηγία του ιατρού.</p> <p>-Δόθηκαν στην ασθενή σαφείς απαντήσεις και ενημερώθηκε σχετικά με τον φυσιολογικό μετεγχειρητικό πόνο στο σημείο της τομής.</p>	<p>προκαλούν πόνο και οίδημα μετά από χειρουργική επέμβαση.</p> <p>-Η ασθενής ηρέμισε και ανακουφίστηκε από τον πόνο που υποχώρησε 3/10 βάση κλίμακας Mc Gill .</p>
--	--	--	--	---

<p><b><u>2<sup>η</sup> μετεγχειρητική μέρα</u></b></p> <p>11.Ναυτία –Τάση για έμετο</p>	<p>-Η ασθενής να ανακουφιστεί και να απαλλαγεί από το σύμπτωμα της ναυτίας.</p>	<p>-Να δοθεί στην ασθενή η κατάλληλη ανατομική και λειτουργική θέση προς πρόληψη της εισρόφησης.</p> <p>-Λήψη ζωτικών σημείων ανά 3ωρο και καταγραφή τους στο θερμομετρικό διάγραμμα.</p> <p>-Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την οδηγία του ιατρού.</p> <p>-Λήψη περιφερικού φλεβικού αίματος προς γενική αίματος και βιοχημικό έλεγχο για πιθανή διαταραχή ηλεκτρολυτών Kcl ,Na ,από τον θεράπων ιατρό.</p> <p>-Συχνή φροντίδα στοματικής κοιλότητας</p> <p>-Εξασφάλιση καθαρού</p>	<p>-Τοποθετήθηκε η ασθενής (στο κρεβάτι) σε ημικαθιστή θέση με το κεφάλι προς τα πλάγια προς πρόληψη της εισρόφησης</p> <p>-Έγινε η λήψη ζωτικών σημείων</p> <p>ΑΠ:120/60 mmHg ,Θ:36,6</p> <p>Σφύξεις 78</p> <p>Αναπνοές 22</p> <p>-Χορηγήθηκε amp Primperan 1x1 iv αραιωμένο σε 50 cc N/S 0,9%</p> <p>-Χορηγήθηκαν υγρά και ηλεκτρολύτες στην ασθενή iv με ορούς L/R 500CC 1x2 N/S 0,9 % 500cc 1x2</p> <p>-Έγινε λήψη περιφερικού</p>	<p>-Η ημικαθιστή θέση ανακούφισε την ασθενή και απαλλάχθηκε από το σύμπτωμα της ναυτίας και του εμετού με την χορήγηση της amp Primperan iv, την συχνή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας και τον καλό αερισμό του θαλάμου(αποφυγή δυσοσμίας )</p> <p>. Η δραστική της ουσία είναι η υδροχλωρική μετοκλοπραμίδη που επιταχύνει την κένωση του στομάχου και την διάβαση στο λεπτό έντερο και ασκεί ισχυρή κεντρική αντιεμετική δράση.</p>
---	---	--	--	--

		<p>περιβάλλοντος</p>	<p>φλεβικού αίματος στάλθηκε στο εργαστήριο για εξετάσεις και τα αποτελέσματα ήταν τα εξής  Kcl:3 Na:134mmol/l  HCT:34  HGB:11  -Εγίνετο συνεχείς πλύσεις της στοματικής κοιλότητας  .-Έγινε αερισμός του θαλάμου ώστε να αποφεύγεται η δυσσομία , να απομακρύνονται οι παθογόνοι μικροοργανισμοί.</p>	<p>Αντιμετωπίζει συμπτώματα ναυτίας και εμετών σε μετεγχειρητικές περιπτώσεις  -Τα ζωτικά σημεία βεβαιώνουν την ομαλή μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς.</p>
--	--	----------------------	--	---

## **Περιστατικό Β**

### **Στοιχεία ασθενή**

**Όνοματεπώνυμο** Κ.Χ

**Όνομα πατρός** Χ

**Ηλικία** 50 ετών

**Τόπος γέννησης** Πάτρα, Ν. Αχαΐας

**Επάγγελμα** Αγρότης

**Οικογενειακή κατάσταση** Έγγαμος με τρία παιδιά

Ο Κύριος Χ προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών στις 25/06/2014 με την σύζυγο τού, ήταν ιδιαίτερα ανήσυχος και προβληματισμένος για την κατάσταση της υγείας του.

Εξετάστηκε από τον εφημερεύοντα γιατρό των εξωτερικών ιατρείων και ελήφθη το πλήρες ατομικό και οικογενειακό ιστορικό . Ο ασθενής ανέφερε αιματηρές διαρροϊκές κενώσεις, κοιλιακό άλγος και αδυναμία.

### **Κληρονομικό ιστορικό**

Μητέρα απεβίωσε από Ca οισοφάγου σε ηλικία 75 χρονών

Πατέρας πάσχει από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια

### **Ατομικό ιστορικό**

Ανέφερε ότι πάσχει από αναπνευστική ανεπάρκεια. Ήταν χρόνια καπνιστής

**Τα ζωτικά της σημεία ήταν :**

**Αρτηριακή πίεση** 140/90mmhg

**Σφύξεις** 80/min

**Αναπνοές** 18/min

**Θερμοκρασία** 36

**SpO2** 97%

Ο εφημερέυον γιατρός με βάση τα συμπτώματα του ασθενούς προχώρησε δακτυλική εξέταση κατά την οποία διέγνωσε μάζα περίπου 8 cm από το δακτύλιο του ορθού. Σε συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό του ΤΕΠ προχώρησε σε αιμοληψία για τις απαραίτητες αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις Ο ασθενής εισήχθη στην Χειρουργική κλινική.. Στην συνέχεια ο ασθενής υπεβλήθη σε μαγνητική τομογραφία και ενδοσκόπηση του κατώτερου πεπτικού από τα οποία διεγνώσθη Ca ορθού. Στις αιματολογικές εξετάσεις ο αιματοκρίτης ήταν χαμηλός και τα λευκά και ερυθρά αιμοσφαίρια σε μη φυσιολογικές τιμές.

Εφόσον αντιμετωπίστηκαν τα αρχικά συμπτώματα της ασθένειας προγραμματίστηκε τακτικό χειρουργείο για αφαίρεση του κακοήθους όγκου. Το χειρουργείο του ήταν τακτικό και προγραμματίστηκε για τις 14/7/2014. Μία μέρα πριν την επέμβαση δόθηκε στον ασθενή καθαρτικό και συστήθηκε υδρική δίαιτα. Το απόγευμα της ίδιας μέρας έγινε λουτρό καθαριότητας και ευπρεπισμός του χειρουργικού πεδίου. Την ημέρα του χειρουργείου συστήθηκε στον ασθενή να μην πάρει τίποτα από το στόμα και αφού ενισχύθηκε ψυχολογικά από το νοσηλευτικό προσωπικό οδηγήθηκε στο χειρουργείο. Το χειρουργείο ήταν κοιλιοπερινεϊκή εκτομή και πραγματοποιήθηκε με επιτυχία αμέσως μετά την επέμβαση έγινε λήψη ζωτικών σημείων ΑΠ 130/70 ,ΣΦ 65/min, Θ 37. Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε κατάλληλα θέση με το κεφάλι στο πλάι για πρόληψη της εισρόφησης. Ελέγχθηκε το τραύμα για τυχόν αιμορραγίες. Ο ασθενής έφερε ορό L/R 1000cc από περιφερική φλέβα, Levin, καθετήρα κύστεως και μια μόνιμη κολοστομία. Για τις πρώτες μέρες μετά τα χειρουργείο του χορηγήθηκε μάσκα venturi 40 % λόγω των χαμηλών ενδείξεων του κορεσμού καθώς έπασχε από αναπνευστική ανεπάρκεια. Γινόταν τακτικός έλεγχος των ζωτικών σημείων καθώς και συχνή καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Ο ασθενής παρέμεινε 30 μέρες στο νοσοκομείο μέρες και διδάχτηκε από το νοσηλευτικό προσωπικό την αλλαγή του σάκου και την περιποίηση της κολοστομίας.

Το θεραπευτικό σχήμα που ακολουθεί αρχικά η ασθενής είναι το ακόλουθο.

- Normal Salim 1000cc 1x2
- Dextrose 0.5% 1000cc 1x2
- amp Kcl 1x1
- amp Nacl 1x2
- amp losec 1x2
- amp Evaton 1x3
- amp Ferrum haussman 1x1
- Apotel max 1g/100 ml E.Π
- Tb Imodium 1x1

Αξιολόγηση ατόμου-αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής διεργασίας	Εκτίμηση αποτελέσματος
1.Αιματηρές διαρροϊκές κενώσεις	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ανακούφιση του ασθενούς από το σύμπτωμα των αιματηρών διαρροϊκών κενώσεων</li> <li>-Απαλλαγή του ασθενούς από το σύμπτωμα των αιματηρών διαρροϊκών κενώσεων</li> <li>-Πρόληψη επιπλοκών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Περιορισμός λήψης τροφής από περros το πρώτο 24 σύμφωνα με την οδηγία του ιατρού.</li> <li>- Χορήγηση υγρών περros και IV σύμφωνα με την οδηγία του ιατρού.</li> <li>-Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ο ασθενής δεν έλαβε τροφή από το στόμα το πρώτο 24ωρο, σύμφωνα με την οδηγία του ιατρού.</li> <li>-Χορηγήθηκε 2 amp Na και οι amp Kcl αραιωμένες σε 1000 cc 0,9% N/S 1x1 και ένας ορός L/R των 1000cc 1x1.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Με τον περιορισμό λήψης τροφής από περros το πρώτο 24ωρο και την χορήγηση υγρών από το στόμα και παρεντερικώς ο ασθενής αρχικά ανακουφίστηκε και στην συνέχεια με την χορήγηση της φαρμακευτικής</li> </ul>

		<p>-Λήψη ζωτικών σημείων ανά 3ωρο και καταγραφή των αποτελεσμάτων τους στο θερμομετρικό διάγραμμα.</p> <p>-Μέτρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών ανά 24ωρο.</p> <p>-Φροντίδα περιπρωκτικής περιοχής προς πρόληψη των λοιμώξεων.</p> <p>-Εκτίμηση και επανεκτίμηση της κλινικής πορείας του αρρώστου</p>	<p>-Χορηγήθηκε μια tb Imodium 2mg σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>-Έγινε περιφερικού φλεβικού αίματος και στάλθηκαν για εξετάσεις .Τα αποτελέσματα είναι Αιματοκρίτης 33% Λευκά 5,03 K/μl Αιμοσφαιρίνη 12g/dl Ερυθρά 3,53M/μl Αιμοπετάλια 325 K/μl. Kcl:4 Na:133mmol/l HCT:33 HGB:10 Έγινε ή λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή τους στο θερμομετρικό διάγραμμα ΑΠ.100/50 mmHg Θ 36 Σφύξεις 86</p>	<p>αγωγής απαλλάχθηκε από το σύμπτωμα των διαρροϊκών κενώσεων.</p> <p>-Το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών είναι σταθερό.</p> <p>-Δεν παρατηρήθηκαν σημεία φλεγμονής στην περιπρωκτική περιοχή</p> <p>-Στην επανεκτίμηση της πορείας του ασθενούς διαπιστώθηκε μια μικρή ταχυσφυγμία και χαμηλή τιμή του αιματοκρίτη λόγω της απώλειας αίματος κατά τις διαρροϊκές κενώσεις</p>



<p>2.Αναιμία</p>	<p>-Αύξηση της τιμής του αιματοκρίτη σε φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<p>-Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την οδηγία ιατρού -Λήψη αίματος για διασταύρωση ομάδας</p>	<p>Αναπνοές . Έγινε η μέτρηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. --Έγινε τοπικός καθαρισμός της περιπρωκτικής περιοχής προς πρόληψη επιπλοκών και επίτευξη της ατομικής υγιεινής της ασθενούς. -Γίνεται σε επανεκτίμηση της πορείας του αρρώστου με την λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων , με την λήψη δεύτερου δείγματος αίματος για αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις - Έγινε ενδομυϊκή χορήγηση amp Ferrum Hausman 1x2 καθημερινως επί δυο ημέρες. -Έγινε χορήγηση</p>	<p>- Η τιμή του αιματοκρίτη παρά την χορήγηση των σιδηροσκευασμάτων και των βιταμινών βρισκόταν σε χαμηλή τιμή για αυτό ο ασθενής χρειάστηκε να</p>
------------------	--	---	---	---

		<p>-Μέριμνα για ανεύρεση αίματος σε περίπτωση που χρειαστεί μετάγγιση αίματος η ασθενής</p> <p>- Ικανοποίηση των φυσικών αναγκών της αρρώστου προς μείωση της κόπωσης.</p> <p>-Ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών.</p> <p>-Λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις με σκοπό την επανεκτίμηση της τιμής του αιματοκρίτη.</p>	<p>βιταμινών Evaton ενδοφλεβίως μέσα σε 100cc φυσιολογικό ορό 1x1.</p> <p>- Έγινε διασταύρωση ομάδας αίματος σε περίπτωση που χρειαστεί μετάγγιση ο ασθενής</p> <p>-Έγινε μέτρηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.</p> <p>-Μετα από τρεις μέρες έγινε λήψη αίματος για επανεκτίμηση της τιμής του αιματοκρίτη και η γενική αίματος είχε τις παρακάτω τιμές</p> <p>Αιματοκρίτης 33%</p> <p>Λευκά 6,04 K/μl</p> <p>Αιμοσφαιρίνη 13g/dl</p> <p>Ερυθρά 3,55M/μl</p> <p>Αιμοπετάλια 325 K/μl.</p>	<p>μεταγγιστεί 1 μονάδα αίματος. -Το ισοζύγιο υγρών είναι σταθερό.</p> <p>-Μετά την μετάγγιση 1 μονάδας αίματος η τιμή του αιματοκρίτη αυξήθηκε σε φυσιολογικά επίπεδα.</p>
--	--	---	---	---

<p><u>Μετεγχειρητική πορεία</u></p> <p>3.Αναπνευστική δυσχέρεια μετά την χειρουργική επέμβαση</p>	<p>-Να ανακουφιστεί ο ασθενής από την αναπνευστική δυσχέρεια</p> <p>-Να να ανακουφιστεί ο ασθενής από την αναπνευστική δυσχέρεια</p> <p>-Πρόληψη επιπλοκών</p>	<p>-Να δοθεί στον ασθενή ή κατάλληλη νοσηλευτική ανατομική και λειτουργική θέση στο κρεβάτι προς αύξηση ζωτικής χωρητικότητας, απελευθέρωση της ανώτερης αναπνευστικής οδού προς διευκόλυνση της αναπνοής του</p> <p>-Χορήγηση Οξυγόνου (O<sub>2</sub>) σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού</p> <p>-Λήψη αρτηριακού αίματος για εργαστηριακό έλεγχο αερίων του αίματος.</p> <p>-Τοποθέτηση οξύμετρου</p>	<p>-Χορήγηση 1 μονάδας αίματος στον ασθενή σύμφωνα με την ιατρική οδηγία και επανεκτίμηση της κατάστασης του</p> <p>-Δόθηκε στον ασθενή ημιowler θέση για να ανακουφιστεί από την δυσχέρεια και να αναπνέει καλύτερα</p> <p>-Έγινε τοποθέτηση O<sub>2</sub> μάσκα venturi 2lt</p> <p>-Έγινε λήψη αρτηριακού αίματος από τον θεράπον ιατρό</p> <p>SpO<sub>2</sub> : 90mmHg</p> <p>SpCO<sub>2</sub> :40mmHg</p> <p>PH:7,38</p> <p>-Έγινε τοποθέτηση οξύμετρου (κορεσμός 89%)</p> <p>-Έγινε λήψη ζωτικών</p>	<p>-Με την κατάλληλη θέση που δόθηκε στον ασθενή και την τοποθέτηση της μάσκας venturi ο ασθενής ανακουφίστηκε από την αναπνευστική δυσχέρεια</p> <p>- Ο κορεσμός ανήλθε σε 98% βάση καταγραφής του οξύμετρου και ο ασθενής παρουσιάζει σταδιακά βελτίωση.</p>
---	--	--	---	--

<p>4.Έντονη δίψα μετά την χειρουργική επέμβαση</p>	<p>-Ανακούφιση του ασθενούς από την έντονη δίψα -Απαλλαγή του ασθενούς από το την δίψα -Πρόληψη διαταραχής ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.</p>	<p>-Λήψη ζωτικών σημείων ανά 3ωρο και καταγραφή των αποτελεσμάτων τους στο νοσηλευτικό διάγραμμα. -Εκτίμηση και επανεκτίμηση της κλινικής πορείας του αρρώστου.  -Συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας -Υγρανση των χειλέων και της γλώσσας -Χορήγηση υγρών παρεντερικώς σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. -Λήψη ζωτικών σημείων.</p>	<p>σημείων ΑΠ:110/50mmHg Θ:36 Σφύξεις:90 αναπνοές: 24 -Γίνεται επανεκτίμηση της πορείας του αρρώστου με την λήψη και καταγραφή σε τακτά χρονικά διαστήματα των ζωτικών σημείων και την εκτίμηση των αερίων του αίματος . -Έγιναν συχνές πλύσεις με το στοματικό διάλυμα Hexalen (αντισηπτικό διάλειμμα) Έγινε ύγρανση των χειλέων και της στοματικής κοιλότητας με μία γάζα εμποτισμένη με κρύο νερό σε τακτά χρονικά διαστήματα. -Χορηγήθηκαν παρεντερικώς</p>	<p>-Με τις συχνές στοματικές πλύσεις , την ύγρανση των χειλέων και της στοματικής κοιλότητας και την παρεντερική χορήγηση υγρών το ο ασθενής αρχικά ανακουφίστηκε και στη συνέχεια απαλλάχτηκε από το αίσθημα της δίψας</p>
--	--	--	---	---

<p><u>1<sup>η</sup>Μετεγχειρητική</u> <u>Μέρα</u></p> <p>5.Άλγος στη τραυματική περιοχή μετά το χειρουργείο</p>	<p>-Να ανακουφιστεί ο ασθενής άμεσα από τον πόνο.</p> <p>-Να απαλλαγεί ο ασθενής άμεσα από τον πόνο.</p>	<p>-Να τοποθετηθεί ο ασθενής στην κατάλληλη ανατομική και λειτουργική θέση προς χάλαση των κοιλιακών μυών και μείωση της τάσης των ραμμάτων.</p> <p>-Εκτίμηση του τύπου και της έντασης του πόνου με βάση την αξιολογική κλίμακα και ενημέρωση του θεράπων ιατρού.</p> <p>- Λήψη ζωτικών σημείων ανά 3ωρο για πιθανές μετεγχειρητικές επιπλοκές και καταγραφή των αποτελεσμάτων τους στο θερμομετρικό διάγραμμα.</p>	<p>υγρά στον ασθενή L/R 1000CC1x1, D/W 0,5% 500CC 1x2</p> <p>-Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ανακουφιστική ημικαθιστή θέση (προς χάλαση των κοιλιακών μυών και μείωση της τάσης των ραμμάτων).</p> <p>-Ο πόνος περιγράφεται συνεχής και έντονος (8/10) βάση της κλίμακας αξιολόγησης του πόνου.</p> <p>Ενημερώθηκε ο θεράπων ιατρός για τα χαρακτηριστικά του πόνου.</p> <p>- Κάθε 3ωρο γίνεται λήψη των ζωτικών σημείων και καταγράφονται στο θερμομετρικό διάγραμμα. ΑΠ:120/65</p>	<p>-Με την ημικαθιστή θέση που δόθηκε στον άρρωστο ο πόνος άρχισε να υποχωρεί .</p> <p>Μετά την χορήγηση της amp Apotel plus IV(σε Sodium Chloride 0,9% των 250cc) ο ασθενής απαλλάχτηκε από τον πόνο (0/10) βάση της κλίμακας αξιολόγησης του πόνου.</p> <p>Το Apotel plus ανήκει στην κατηγορία των αναλγητικών και αντιπυρετικών φαρμάκων. Το δραστικό στοιχείο του Apotel plus είναι η παρακεταμόλη. Το Apotel plus ενδείκνυται για</p>
---	--	--	---	---

<p><b><u>2<sup>η</sup> Μετεγχειρητική</u></b> <b><u>Μέρα</u></b> 6.Μετεγχειρητική Πυρετική Κίνηση 38</p>	<p>-Ανακούφιση του ασθενούς από τον πυρετό -Να επανέλθει</p>	<p>-Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. -Επισκόπηση τραυματικής περιοχής για τυχόν επιπλοκές (μόλυνση τραύματος) -Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς καθώς ανησυχεί ότι υπάρχει κάποια μετεγχειρητική επιπλοκή και εκεί αποδίδει τον τόσο έντονο πόνο  -Λήψη θερμοκρασίας ανά 3ωρο και καταγραφή των αποτελεσμάτων στο</p>	<p>Θ:36,6 σφύξεις :67 αναπνοές: 22 -Χορηγήθηκε 1 amp Apotel -Χορηγήθηκε στην ασθενή 1 amp Apotel plus IV(σε Sodium Chloride 0,9% των 250cc) σύμφωνα με την ιατρική οδηγία -Δεν διαπιστώθηκε κάποια μετεγχειρητική επιπλοκή -Έγινε συζήτηση με τον ασθενή και δόθηκαν σαφείς απαντήσεις σε όλες τις απορίες τα ερωτήματα του, ενημερώθηκε σχετικά με τον φυσιολογικό μετεγχειρητικό πόνο στο σημείο της τομής. -Εφαρμόστηκε 3ωρη θερμομέτρηση και εγίνετο καταγραφή αυτής στο</p>	<p>την βραχυχρόνια αντιμετώπιση του μέτριου πόνου, ειδικά μετά από χειρουργικές επεμβάσεις και για την βραχυχρόνια αντιμετώπιση του πυρετού, όταν ή ενδοφλέβια χορήγηση είναι κλινικά αιτιολογημένη σε μια επείγουσα ανάγκη αντιμετώπισης πόνου ή υπερθερμίας. -Ο ασθενής ήταν ήρεμος καθώς είχε ενημερωθεί για τον φυσιολογικό μετεγχειρητικό πόνο  -Με το λουτρό καθαριότητας που εφαρμόστηκε στον</p>
--	--	---	--	--

	<p>η θερμοκρασία του ασθενούς</p> <p>-Πρόληψη επιπλοκών</p>	<p>θερμομετρικό διάγραμμα</p> <p>-Εξασφάλιση ιδανικού περιβάλλοντος όσον αφορά τη θερμοκρασία της ατμόσφαιρας</p> <p>-Λήψη περιφερικού αίματος για εξετάσεις και ούρων για καλλιέργεια</p> <p>-Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής</p> <p>-Χορήγηση υγρών Perros και IV σύμφωνα με την οδηγία του ιατρού.</p> <p>-Χλιαρό λουτρό καθαριότητας</p> <p>-Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων ανά 15 λεπτά</p>	<p>θερμομετρικό διάγραμμα. Η πυρετική κίνηση καταγράφηκε ως 38.37,5. 37,4</p> <p>-Έγινε προσπάθεια εξασφάλισης δροσερού περιβάλλοντος με το συχνό αερισμό του θαλάμου.</p> <p>-Έγινε λήψη αίματος και ούρων και στάλθηκαν για εξετάσεις</p> <p>-Χορηγήθηκε amp Apotel iv 1x3 σε 100cc N/S 0,9%</p> <p>-Χορηγήθηκαν υγρά Perros και οι ακόλουθοι οροί IV:N/S 0,9% των 1000cc 1x1 και L/R των 500cc 1x2 , σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>-Εφαρμόστηκε χλιαρό λουτρό καθαριότητας σε θερμοκρασία πιο χαμηλή από</p>	<p>άρρωστο, την επαρκή ενυδάτωση και την τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων ο ασθενής ανακουφίστηκε ενώ με την χορήγηση του αντιπυρετικού φαρμάκου η θερμοκρασία του σώματος σταθεροποιήθηκε στα φυσιολογικά επίπεδα.</p>
--	---	--	---	---

<p>7. Τοπική φλεγμονή περιστομιακού δέρματος</p>	<p>-Να ανακουφιστεί ο ασθενής από τα συμπτώματα της φλεγμονής. -Να απαλλαγεί ο ασθενής από τα συμπτώματα της φλεγμονής -Πρόληψη επιπλοκών(συρίγγιο, σηψαιμία)</p>	<p>-Αλλαγή του σάκου και της δερμοπροστατευτικής βάσης, περιποίηση της περιοχής με άσηπτη τεχνική -Εκτίμηση της περιοχής που εμφανίζει φλεγμονή για παρουσία πυώδους υγρού, ερυθρότητας θερμότητας -Εφαρμογή πάστας karaya σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες -Λήψη- εκτίμηση των ζωτικών σημείων και καταγραφή των αποτελεσμάτων τους στο νοσηλευτικό διάγραμμα -Λήψη φλεβικού περιφερικού αίματος για γενικό και βιοχημικό έλεγχο -Εκτίμηση του κοπρανώδους περιεχομένου.</p>	<p>αυτή του σώματος για την ανακούφιση του αρρώστου. -Έγιναν εντριβές με οινόπνευμα για την τοπική ενίσχυση της κυκλοφορίας -Έγινε συστηματική εφαρμογή κρύων επιθεμάτων. -Έγινε τοπική περιποίηση του περιστομιακού δέρματος με φυσιολογικό ορό και αντισηπτική σαπουνάδα. -Τοποθετήθηκε καινούριος σάκος και δερμοπροστατευτική βάση -Έγινε επισκόπηση της περιοχής και παρατηρήθηκε ερυθρότητα και θερμότητα στο σημείο της φλεγμονής χωρίς παρουσία πυώδους υγρού. -Τοποθετήθηκε η πάστα</p>	<p>-Έπειτα από την φροντίδα του περιστομιακού δέρματος με άσηπτη τεχνική ο ερεθισμός υποχώρησε, ο ασθενής απαλλάχτηκε από το σύμπτωμα της φλεγμονής και προλήφθηκαν οι επιπλοκές</p>
--	---	--	--	--



<p>8.Ο ασθενής νιώθει ( ψυχικά) καταβεβλημένος λόγω</p>	<p>-Ο ασθενής να ηρεμήσει -Να απαλλαγεί από τα δυσάρεστα συναισθήματα</p>	<p>-Εκτίμηση και επανεκτίμηση όλης της κλινικής πορείας του αρρώστου.</p> <p>-Δημιουργία περιβάλλοντος για συζήτηση, ώστε ο ασθενής να μπορεί να εκφράσει</p>	<p>καταγα το οποίο είναι ένα φυσικό καουτσούκ που βοηθάει στην αποκατάσταση του δέρματος και την προστασία του κατά την τοποθέτηση της δερμοπροστατευτικής βάσης.</p> <p>- Το περιεχόμενο του σάκου είχε υδαρές υλικό χωρίς έντονη οσμή.</p> <p>-Γίνεται λήψη ζωτικών σημείων ανά 3ωρο και καταγράφονται τα αποτελέσματα στο θερμομετρικό διάγραμμα.</p> <p>Έγινε λήψη φλεβικού περιφερικού αίματος και στάλθηκε προς εξέταση</p> <p>-Δημιουργήθηκε το κατάλληλο περιβάλλον και ο ασθενής εξέφρασε όλες του</p>	<p>-Η κουβέντα ήταν αρκετά αποδοτική ,ο ασθενής απέβαλε την ψυχική</p>
---	---	---	---	--

<p>της αλλαγής του σωματικού ειδώλου από τηνκολοστομία, διακατέχεται από φόβο και αμφιβολία για την αποδοχή του στο κοινωνικό σύνολο</p>	<p>(φόβος ,αμφιβολία) -Να επανέλθει στην προηγούμενη ψυχολογική κατάσταση- ισορροπία.</p>	<p>ελεύθερα τους φόβους του και τις απορίες του -Συζήτηση με τους οικείους του σχετικά με την ασθένεια και την φροντίδα της -Αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς (ψυχολόγους, ψυχίατρους )</p>	<p>τις απορίες και φοβίες που τον διακατείχαν. Έγινε συζήτηση με τον ασθενή και δόθηκαν σαφείς απαντήσεις σε όλες τις απορίες και τα ερωτήματα του. Τονίστηκε ιδιαίτερα η αναγκαιότητα της επέμβασης του καθώς είναι απαραίτητη για την σωματική του υγεία --Έγινε συζήτηση με τους οικείους του ασθενούς και εδόθησαν πληροφορίες σχετικά με το νόσημα και τη φροντίδα του.</p>	<p>καταβολή και τους φόβους που τον διακατείχαν, είναι ενημερωμένος και συμβιβασμένος με την τωρινή του εικόνα και αντιλαμβάνεται πως αυτό δεν παίζει ρόλο για την αποδοχή του στο κοινωνικό σύνολο.</p>
<p>9.Κύνδινος θρομβοφλεβίτιδας λόγω μειωμένης κινητικότητας</p>	<p>-Να μην προκληθεί θρομβοφλεβίτιδα στον ασθενή</p>	<p>- Αποφυγή πίεσεως πάνω στις κνήμες -Ασκήσεις κάτω άκρων για καλύτερη κυκλοφορία αίματος στα άκρα.</p>	<p>- Για να αποφευχθεί η άσκηση πίεσης στις κνήμες τοποθετήθηκε ειδικό μαξιλάρι κάτω από τα σκεπάσματα.</p>	<p>-Με την λήψη των κατάλληλων προφυλακτικών μέτρων και την χορήγηση του αντιπηκτικού φαρμάκου, ο</p>

		<p>-Αποφυγή εντριβών των άκρων</p> <p>-Τοποθέτηση ειδικών καλτσών στα πόδια του ασθενή</p> <p>-Έγκαιρη έγερση από την κλίνη</p> <p>-Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>-Λήψη περιφερικού φλεβικού αίματος για αιματολογικές και βιοχημικό έλεγχο και χρόνους pT ,pTT, χρόνους ροής και πήξης</p>	<p>- Ενθαρρύνεται ο ασθενής να κάνει ασκήσεις των κάτω άκρων και τονίζεται η σημασία τους για την πρόληψη εμφάνισης θρομβοφλεβίτιδας.</p> <p>-Τοποθετήθηκαν στον ασθενή ειδικές αντιθρομβωτικές κάλτσες</p> <p>-Την τρίτη μετεγχειρητική η ημέρα κατόπιν οδηγία ιατρού ο ασθενής ενθαρρύνθηκε να σηκωθεί από το κρεβάτι.</p> <p>-Ο ασθενής κάνει Clexane 1x1 sc σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p>	<p>κίνδυνος θρομβοφλεβίτιδα απομακρύνθηκε. Το clexane αποτελεί ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους που ενδείκνυται για την πρόληψη των φλεβικών θρομβώσεων .</p>
--	--	---	--	--

## Συμπεράσματα – Προτάσεις

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα στην υφήλιο, στις αναπτυγμένες χώρες είναι η πιο συχνή αιτία θανάτου από κακοήγη νεοπλασία. Οι αιτιολογικοί παράγοντες είναι η κληρονομική προδιάθεση, η διατροφικές συνήθειες, η έλλειψη σωματικής άσκησης, το κάπνισμα και η κατάχρηση της αλκοόλης. Τα κλινικά συμπτώματα της είναι αίμα στα κόπρανα, αναιμία, αλλαγή σύστασης των κοπράνων, δυσπεπτικά προβλήματα. Στην διάγνωση συμβάλλουν το ιστορικό, η κλινική εξέταση καθώς και η εργαστηριακή διερεύνηση με σκοπό την εντόπιση του όγκου στο έντερο. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι μια νόσος της οποίας τα συμπτώματα αργούν να εκδηλωθούν και η χειρουργική αφαίρεση του όγκου μπορεί να οδηγήσει σε ίαση μόνο αν γίνει διάγνωση σε πρώιμη φάση, για αυτό λοιπόν τονίζεται η σημαντικότητα της έγκαιρης διάγνωσης και της πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Η αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του παχέος εντέρου έχει ως αποτέλεσμα την εκτεταμένη εφαρμογή κολοστομίας ως μέσο εκλογής στην εγχειρητική αντιμετώπιση. Η σωστή και εξειδικευμένη φροντίδα του αρρώστου αποτελεί βασικό θέμα.

**Οι προτάσεις** που εμείς δίνουμε ώστε να συμμετάσχουμε στην πρόοδο της μείωσης των κρουσμάτων από καρκίνο του παχέος εντέρου είναι:

- Τροποποίηση τρόπου διαβίωσης και διαιτητικών συνηθειών
- Το εθνικό σύστημα υγείας και τα ασφαλιστικά ταμεία να παρέχουν σε κάθε άτομο άνω των 50 ετών προληπτική κολονοσκόπηση ώστε να προάγουν την πρόληψη.
- Η πολιτεία να ιδρύσει ειδικά τμήματα αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο ώστε να ευαισθητοποιείται και να ενημερώνεται το κοινό στο θέμα της πρόληψης και της έγκαιρης διάγνωσης
- Η πολιτεία θα πρέπει να μεριμνήσει ώστε όλοι οι φορείς υγείας να είναι εφοδιασμένοι με το κατάλληλο τεχνολογικό – υλικό εξοπλισμό και επαρκές-εξειδικευμένο προσωπικό ώστε να ανταποκρίνονται στην φροντίδα των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου.
- Να προσπαθήσουμε αρχικά εμείς ως νοσηλευτές μέσω της κοινοτικής νοσηλευτικής να ενημερώσουμε τους πολίτες ώστε να αναπτύξουν το αίσθημα της υπευθυνότητας και να προλαμβάνουν καταστάσεις. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω των διαλέξεων που θα πρέπει να γίνονται στην κοινότητα και θα τονίζεται η σπουδαιότητα του προσυμπτωματικού ελέγχου.

- Να διδάξει ο νοσηλευτής στο κοινό ένα υγιή τρόπο ζωής και κυρίως διατροφικές συνήθειες οι οποίες θα βοηθήσουν σε μεγάλο βαθμό στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου.
- Να δημιουργηθούν ειδικά κέντρα εκπαίδευσης και διδασκαλίας τόσο του αρρώστου όσο και της οικογένειας του για την βοήθεια του ασθενούς στην αυτοφροντίδα και την ποιοτική αναβάθμιση της ζωής του.
- Τοποθέτηση εξειδικευμένου προσωπικού στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ώστε να είναι δυνατή, η γρήγορη εξυπηρέτηση των ασθενών οι οποίοι έχουν κολοστομία
- Σε κάθε νοσοκομείο θα ήταν απαραίτητο να υπάρχει ειδικό τμήμα ψυχικής υποστήριξης και αποκατάστασης ασθενών με παρα φύσιν έδρα που θα αποσκοπεί στην ομαλή επαναφορά του ασθενούς στην κοινωνία. Το τμήμα αυτό μπορεί να επανδρωθεί με ψυχολόγους, ψυχίατρους και νοσηλευτές εξειδικευμένους στην φροντίδα αυτών των ασθενών

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Ο Καρκίνος του παχέος εντέρου παραμένει ένα οικουμενικό πρόβλημα υγείας που φαίνεται ότι θα συνεχίσει να προβάλλει σημαντικές προκλήσεις για τους επιστήμονες υγείας . Ο άνθρωπος παρά τις τολμηρές τεχνολογικές και επιστημονικές επιτεύξεις δεν έχει κατορθώσει ακόμα να εξασφαλίσει μια ικανοποιητική θεραπεία κατά του καρκίνου. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ένα από τα σοβαρά και οδυνηρά προβλήματα που απασχολεί σήμερα όλο και περισσότερους ανθρώπους

**Σκοπός** της παρούσας εργασίας είναι: η παρουσίαση μιας ολοκληρωμένης εικόνας του καρκίνου του παχέος εντέρου τόσο από την ιατρική όσο και από την νοσηλευτική πλευρά, η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου που οδηγούν στην δημιουργία του καρκίνου του παχέος εντέρου καθώς και η νοσηλευτική προσέγγιση αυτής της σοβαρής μορφής καρκίνου, με στόχο κυρίως την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση αλλά και την αντιμετώπιση του ίδιου του καρκίνου και των επιπλοκών του.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου προσβάλλει όλες τις ηλικίες όμως η επίπτωση αυξάνει ιδιαίτερα μετά τα 50 έτη. Δυστυχώς παρά τις μεγάλες διαγνωστικές εξελίξεις που έχουν επιτευχθεί τα τελευταία χρόνια η καθυστερημένη διάγνωση βρίσκεται σε υψηλά ποσοστά επί του συνόλου με αποτέλεσμα τουλάχιστον στο 10% του συνόλου των περιπτώσεων ο όγκος να μην είναι εξαιρεσιμος χειρουργικά. Οι αιτιολογικοί παράγοντες είναι γενετικοί και περιβαλλοντικοί. Τα κλινικά συμπτώματα είναι κυρίως τα εξής: άλγος στην κοιλιακή χώρα, αίμα στα κόπρανα, αλλαγή στην σύσταση των κοπράνων και γενικότερα αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου. Κατά κανόνα η θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι χειρουργική αλλά ακολουθείται από την χημειοθεραπεία και την ακτινοβολία. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προεγχειρητική, μετεγχειρητική φροντίδα είναι σημαντικός για την αποκατάσταση του στο κοινωνικό σύνολο.

**Συμπέρασμα:** Η καλύτερη θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι η πρόληψη, για να υπάρξει πρόληψη χρειάζεται ενημέρωση και ευαισθητοποίηση όλων των πληθυσμών. Επιβάλλεται να γίνει κινητοποίηση από όλους τους φορείς υγείας για την έγκαιρη διάγνωση –πρόληψη καθώς και αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου, ο οποίος εξελίσσεται με ραγδαίους ρυθμούς στη χώρα μας .

## SUMMARY

**Introduction:** Cancer of the colon (colorectal cancer) remains a universal health problem and is likely to continue to be a significant challenge for the health professionals. Human despite bold technological and scientific achievements not yet been able to secure a satisfactory treatment of cancer. Colon cancer is one of the serious and painful problems that currently employs more and more people.

**The purpose** of this paper is to present a comprehensive picture of colon cancer by both the medical and the nursing side, to investigate the risk factors that lead to the creation of colon cancer and the nursing approach to this severe cancer, particularly with a view to prevention, early diagnosis and treatment of the cancer itself and its complications. The colon cancer affects all ages but the incidence increases especially after the age of 40. Unfortunately, despite the large diagnostic developments that have been achieved in the recent years, the late diagnosis of the disease is high leading to at least 10% of all cases the tumor cannot be surgically operable. The etiological factors are genetic and environmental. The main clinical symptoms are the following: abdominal pain, blood in stool, change in stool consistency and general changes in bowel habits. In general, the treatment of colorectal cancer is surgery, but is followed by chemotherapy and radiation. The role of the nurse in the preoperative, postoperative care is important for the recovery of the community. **Conclusion:** The best treatment of colorectal cancer is prevention; in order to prevent it there should be information regarding the disease to increase the awareness of the people. Therefore all the health services should be mobilized in the early diagnosis and treatment -prolpsi of the colorectal cancer which is progressing rapidly in our country.

## *BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ*

*Debra wechter et al:* Medline plus A service of the U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health 04/09/2014 διαθέσιμο στο: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002942.htm>

*Frank H.Netter:* Παθολογία βασικές αρχές. Επιμέλεια μετάφραση Χαράλαμπος Ρούσσος .Τόμος 1.Εκδοση 1<sup>η</sup> .Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης. Αθήνα 2009.σ. 503

*Gilbert S.* Καρκίνος του εντέρου. Πρόληψη και θεραπεία. Επιμέλεια μετάφρασης Λιναρδούτσος Δ. Επίτομος. Έκδοση 1η . Εκδόσεις Πασχαλίδης . Αθήνα 2004. σ. 38-39.

*Jessica Corner & Christopher Bailey:* Νοσηλευτική Ογκολογία. Το πλαίσιο της φροντίδας. Επιμέλεια Ελισάβετ Πατηράκη-Κουρμπάνη. Επίτομος. Έκδοση 1<sup>η</sup>. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα 2009.σ. 3

*Keith L.Moore:* Κλινική ανατομία. Επιμέλεια επίβλεψη πρόλογος Θέσπης Δημητρίου. Τόμος 1<sup>ο</sup> . Έκδοση 3<sup>η</sup>. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα 2005. σ. 239-244,339-342.

*Kinghorn S & Gamlin R:* Ανακουφιστική νοσηλευτική. Επιμέλεια μετάφρασης Θεοδοσοπούλου – Ευθυμίου Ε .Επίτομος. Έκδοση 1<sup>η</sup> .Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 2000. σ. 96-97, 105-112

*Lee Goldman & Claude Bennett :* Νοσολογία. Γενική επιμέλεια Ρούσσος Χαράλαμπος. Τόμος 1<sup>ος</sup> .Έκδοση 1<sup>η</sup> . Ιατρικές εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα 2002.σ. 1079., 1081-1082.

*Malin Dollinger & Ernest Rosenbaum & Greg Cable:* Ο καρκίνος. Επιστημονική επιμέλεια Χρήστος Μάθης. Επίτομος. Έκδοση 1<sup>η</sup>. Εκδόσεις Κάτροπτο. Αθήνα 1992.σ.369-372

*Nora Kearney & Alison Richardsons :* Νοσηλεύοντας ασθενείς με καρκίνο. Αρχές και πρακτική .Μετάφραση-Επιμέλεια Δρ. Ανδρέας. Επίτομος. Έκδοση 1<sup>η</sup> .Εκδόσεις Έλλην. Αθήνα 2006.σ.180-183



*Priscilla Lemone & Karen Burke:* Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική .Κριτική σκέψη κατά την φροντίδα του ασθενούς. Επιστημονική επιμέλεια Ηρώ, Παναουδάκη-Μπρουκαλάκη. Τόμος 1<sup>ο</sup>. Έκδοση 3<sup>η</sup>. Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος. Αθήνα 2006.σ. 865-866

*Susan C. Dewit :* Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική. Έννοιες & Πρακτική. Γενική επιμέλεια ελληνικής έκδοσης, Αικατερίνη Λαμπρινού & Χρυσούλα Λεμονίδου. Τόμος 2<sup>ο</sup> .Έκδοση 1<sup>η</sup> .Ιατρικές εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα 2009.σ.1007,1014-1015.1021-1024

*Stoneham M, Goldacre M, Seagroat V, Gill L.* Το ελαιόλαδο προστατεύει από τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Διαθέσιμο στο <http://www.iatronet.gr/diatrofi/prolipsis-astheneiwn/article/205/to-elaiolado-prostatefei-apo-ton-karkino-toy-paxeos-enteroy.html> 07/02/2002

*Αθανάτου Ε:*Προεγχειρητική και Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου. Κλινική Νοσηλευτική, Βασικές Και Ειδικές Νοσηλείες . Επίτομος. Επανεκδοση 18<sup>η</sup> Αναθεωρημένη. Εκδόσεις Παπανικολάου. Αθήνα 2010.σ.486-489.

*Αλέξανδρος Γιατζίδης.* Ο συχνότερος καρκίνος στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου. Πόσο επηρεάζει η διατροφή την πρόληψή του. Διαθέσιμο στο [http://grizosgatos.blogspot.gr/2012/03/blog-post\\_1664.html](http://grizosgatos.blogspot.gr/2012/03/blog-post_1664.html) 22/03/2012

*Αναγνωστοπούλου Α. & Παπαδόπουλος Α.* Οικογενειακός οδηγός. Αυγερινός Α. Νεοπλασματικά νοσήματα, νεοπλάσματα του γαστρεντερικού συστήματος. Θεσσαλονίκη 2004. σ. 100

*Αραπαντώνη-Δαδιώτη Π:* Ιστολογία. Ογκολογία του πεπτικού συστήματος. Επίτομος. Έκδοση 1<sup>η</sup>. Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα 1991.σ. 251-259

*Γιούλη Σταρίδα.* Ξεριζώνουν χωρίς νυστέρι τον καρκίνο του παχέος εντέρου.Espresso Newspaper. Διαθέσιμο στο <http://www.espressonews.gr/> 18/8/2014

*Γλέντης Παναγιώτης:* Καρκίνος Παχέος εντέρου και ορθού. Ποιές είναι οι ενδεικνυόμενες θεραπείες και η επιβίωση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και του ορθού. Διαθέσιμο στο <http://www.iator.gr/2011/04/10/karkinos-paxeos-enteroy-kai-orthoy/> 10/03/2011

*Ελληνική Εταιρεία Ογκολογίας Πεπτικού:* Τι πρέπει να ξέρετε για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Διαθέσιμο στο <http://www.ygeia360.gr/el/2012-07-06-12-40-42/item/2186-ti-prepei-na-kserete-gia-ton-karkino-toy-paxeos-enteroy> 28/11/2012

*Ζήσης Θ:* Σημειώσεις ανατομίας Ι. Εκδόσεις ΑΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα 1999.σ136-137

*Καλαχάνης. Ν. Π. Μπάλλας:* Χειρουργική. Παχύ έντερο. Τόμος 2ος Έκδοση 1η Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 1990. σ. 799-8

*Κίτρου Μ:* Σημειώσεις Φυσιολογίας Ι. Εκδόσεις ΑΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα 2004.σ.99-100

*Κομπορόζος Βασίλειος Α:* «Ζώντας με μόνιμη κολοστομία» Ευεξία & Διατροφή. Τόμος Α. Τεύχος 19. Έκδοση του Ελληνικού Ιδρύματος Γαστρεντερολογίας & Διατροφής. Αθήνα Μάιος/Ιούνιος 2006. σ.25-26.

*Κότσαρη Κωνσταντίνα:* Η ασπιρίνη, σύμφωνα με τις μελέτες, βοηθά στην πρόληψη του καρκίνου στον περιορισμό των θανάτων και στη μείωση του κινδύνου καρκινικών μεταστάσεων. Διαθέσιμο στο <http://tvxs.gr/news/ygeia/aspirini-i-nea-elpida-enantia-ston-karkino> 29/03/2014

*Κουράκλης Γ:* Κατευθυντήριες οδηγίες για την πρόιμη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Τόμος 3<sup>ος</sup> Τεύχος 75. Ιατρική Έκδοση. Αθήνα 1999.σ.199-20

*Κυριακίδου Θ.Ε:* Κοινωνική νοσηλευτική. Επίτομος. 5<sup>η</sup> βελτιωμένη έκδοση, Εκδόσεις Η Ταβιθά, Αθήνα 2004.σ.103-104

*Λαδάς Σ:* Καρκίνος & Πολύποδες παχέος εντέρου. Πρόληψη και θεραπεία. Διαθέσιμο στο: <http://ladas.pblogs.gr/karkinos-polypodes-paxeos-enteroy-prolhps-h-kai-therapeia.html> Μάιος 2013

*Μάλλας Η:* Διατροφή και καρκίνος του παχέος εντέρου. Ε.Ιατρικά. Τόμος 2<sup>ος</sup>. Τεύχος 112. Εκδόσεις Τεγόπουλος. Αθήνα 2004. σ. 42

*Μούζας Ι.Α:* Ογκολογία του πεπτικού συστήματος. Συμπτωματολογία. Επίτομος Έκδοση 1<sup>η</sup>. Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα 1991. σ. 238-241

*Μπαρμουνάκη - Κωνσταντάτου Ε:* Χημειοθεραπεία. Επίτομος. Έκδοση 2<sup>η</sup>. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1989. σ. 25-26

*Μπονάτσος Γ. & Κακλαμάνος Ι. & Γολεμάτης Β:* Χειρουργική Παθολογία. Επίτομος Έκδοση 4<sup>η</sup>. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα 2011 σ 496

*Ξάνθου Έφη:* Προϊόντα κολοστομίας. Ογκολογικά νέα. Ενημερωτικό δελτίο ογκολογικού κέντρου τράπεζας κύπρου. Τόμος 1<sup>ος</sup>. Τεύχος 4<sup>ο</sup>. Επιμέλεια – Παραγωγή Άλφα δημιουργική. Δεκέμβριος 2012. σ.7

*Ξιάρχος Αναστάσιος:* Ιάσιμος σε ποσοστό 90% είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου όταν διαγνωστεί έγκαιρα. Διαθέσιμο στο <http://www.zougla.gr/ygeia/article/iasimos-se-pososto-90-ine-o-karkinos-tou-paxeos-enterou-otan-diagnosti-egera> 2/6/2014

*Παπαλάμπρος Α. Ενστάθιος :* Διαφορική διάγνωση. Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Ιατρική σχολή. Χειρουργική από το Διδακτορικό & Ερευνητικό Προσωπικό του Χειρουργικού τομέα. Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης. Αθήνα 2012. σ.606

*Παπαμίκος Βασίλειος:* Γαλακτοκομικά προϊόντα και καρκίνος του παχέος εντέρου. Διαθέσιμο στο <http://www.iatronet.gr/diatrofi/astheneiesdiatrofi/article/1136/galaktokomika-proionta-kai-karkinos-toy-paxeos-enteroy.html> 29/11/2006

*Παπής Χαρίλαος:* Καρκίνος του παχέος εντέρου. Πως αντιμετωπίζεται ο καρκίνος του παχέος εντέρου. Διαθέσιμο στο <http://www.iatronet.gr/ygeia/peptiko-ipar/article/197/karkinos-toy-paxeos-enteroy.html> 23/12/2003

*Πετρίδης Α:* Καρκίνωμα του παχέος εντέρου. Εγχειρίδιο χειρουργικής. Επίτομος. Έκδοση 5<sup>η</sup>. Εκδόσεις 'ΕΛΛΗΝ'. Αθήνα 2004 σ.38, 42.

*Ραγιά Α:* Νοσηλευτική ψυχικής υγείας, Επίτομος 6<sup>η</sup> βελτιωμένη έκδοση, Εκδόσεις Ραγιά Αφροδίτη Χρ. Αθήνα 2007.σ. 67-68

*Ρούπα-Δαριβάκη Ζ, Τσίκος Ν& Χατζηπέτρου Μ:* Ογκολογική νοσηλευτική. Επίτομος. Έκδοση 2<sup>η</sup>. Οργανισμός εκδόσεως διδακτικών βιβλίων. Αθήνα 2000 σ.405-406

*Σαββοπούλου Γ:* Βασική νοσηλευτική \_ Μια βιο-ψυχο-κοινωνική προσέγγιση, Επίτομος. 3<sup>η</sup> βελτιωμένη έκδοση. Εκδόσεις Η Ταβιθά. Αθήνα 2003.σ.141-143

*Σαββοπούλου Γ:* Διερευνητική μελέτη των προβλημάτων και αναγκών του ασθενή με κολοστομία και χειρουργηθέντα καρκίνο του παχέος εντέρου. Διδακτορική διατριβή. Αθήνα 1991.σ.12

*Σαχίνη-Καρδάση Α.& Πάνου Μ :*Περιεγχειρητική Αγωγή. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Τόμος 1<sup>ος</sup>. Έκδοση 2<sup>η</sup> . Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα 2000.σ.114-115,186-190

*Σαχίνη-Καρδάση Α. & Πάνου Μ:* Ορθοκολονικοί όγκοι. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Τόμος 1<sup>ος</sup>. Έκδοση 2<sup>η</sup> . Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα 2000.σ.325-326,412-419,423-425

*Σαρακατσιάνου Χαμαϊδή « Εκπαίδευση και ενημέρωση ασθενή με κολοστομία : η συμβολή του νοσηλευτή»* Ιάτωρ διαδικτυακό ιατρικό περιοδικό. Διαθέσιμο στο: <http://www.iator.gr/2009/03/14/education-and-briefing-information-pation/>

14/03/2009

*Σταμάτα Αστερία :* Μεσογειακή διατροφή και καρκίνος. Ογκολογία πεπτικού. Τόμος 5<sup>ος</sup> .Τεύχος 3<sup>ο</sup> . Επίσημη έκδοση της Ελληνικής εταιρίας ογκολογίας του πεπτικού. Σεπτέμβριος –Δεκέμβριος 2005. σ. 129

*Σταυρινός Μιχάλης*: Αλλαγή της στομίας . Ογκολογικά νέα. Ενημερωτικό δελτίο ογκολογικού κέντρου τράπεζας κύπρου. Τόμος 1<sup>ος</sup> . Τεύχος 4<sup>ο</sup> .Επιμέλεια – Παραγωγή Άλφα δημιουργική. Δεκέμβριος 2012 σ .6

*Σταυρινός Μιχάλης*: Αξιολόγηση στομίου. Ογκολογικά νέα. Ενημερωτικό δελτίο ογκολογικού κέντρου τράπεζας κύπρου. Τόμος 1<sup>ος</sup> . Τεύχος 4<sup>ο</sup> .Επιμέλεια – Παραγωγή Άλφα δημιουργική. Δεκέμβριος 2012 σ. 7

*Σταύρος Μπεσμπέας*: Ελληνική διατροφή κατά του καρκίνου. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία. Διαθέσιμο στο <http://www.cancer-society.gr> Ανάγνωση 15/07/2014

*Τούμπη Μαρία*: Μικρές συμβουλές για ασθενείς με κολοστομία. Διαθέσιμο στο: <http://www.diatrofi.gr/index.php/health/peptiko/item/3079>

*Τσαμακίδης Κλεισθένης*: Κάπνισμα και γαστρεντερικός καρκίνος .Ογκολογία πεπτικού. Τόμος 4<sup>ος</sup> .Τεύχος 1<sup>ο</sup>. Επίσημη έκδοση της Ελληνικής εταιρίας ογκολογίας του πεπτικού. Ιανουάριος –Απρίλιος 2004. σ. 20

*Τσούλεα Ρούλα* : ΗΠΑ Εγκρίθηκε «οικιακό» τεστ DNA για τον καρκίνο του εντέρου. Διαθέσιμο στο <http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8&ct=2&articleID=19914&la=1> 13/08/2014

*Τσώλη Θ., Φυντανίδου Ε* :«Pillcam: χάπι αντί κολονοσκόπηση». Το Βήμα. Διαθέσιμο στο:<http://www.tovima.gr/science/article/?aid=188966> 25/05/2008

*Χριστοδούλου Δ &Τσιάνος Ε*:Πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου διαθέσιμο στο: <http://www.iatrotek.org/ioArticlesPerJournal.asp> 24/11/2000