

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

Καρκίνος παχέος εντέρου - κολοστομία

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

1) ΑΡΜΕΝΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

2) ΓΙΟΛΤΖΙΚΝΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ



Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Καρκίνος παχέος εντέρου - κολοστομία

Πτυχιακή Εργασία

Σπουδάστριες :
1) Αρμένη Παναγιώτα
2) Γιαλτζικνού Δέσποινα

Υπεύθυνος Καθηγητής

(Υπογραφή)

Όνοματεπώνυμο Παπουτσάκης Σπύρος

Επιτροπή Εγκρίσεως Πτυχιακής
Εργασίας

Όνοματεπώνυμο

υπογραφή

1) -----
2) -----
3) -----

"
"
"

Πτυχιακή Εργασία για την λήψη

του πτυχίου Νοσηλευτικής

Πάτρα----- (ημερομηνία)



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	608 α
----------------------	-------

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Πρόλογος.....	I
Εισαγωγή.....	II
Κεφάλαιο Α'	
Ανατομία πεπτικού συστήματος	1
-Ανατομία παχέως εντέρου	1
-Ιστολογία " "	3
-Αγγείωση " "	4
-Νεύρωση " "	4
Φυσιολογία " "	5
Κεφάλαιο Β'	
Αιτιολογία του καρκίνου του Π.Ε.	10
Κλινική εικόνα	12
Διάγνωση	14
Διαφορική διάγνωση	15
Επιπλοκές	15
Πρόγνωση	16
Πρόληψη	16
Θεραπεία	18
-Χειρουργική αντιμετώπιση καρκίνου Π.Ε.	19
-Ανοσοθεραπεία	23
-Χημειοθεραπεία	23
-Ακτινοθεραπεία	24
Κεφάλαιο Γ'	
Νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς με καρκίνο Π.Ε.	25
-Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που αντιμετωπίζεται χειρ-	

ρουργικά	
Γενική προεγχειρητική προετοιμασία	25
Τοπική " "	26
Τελική " "	27
Μετεγχειρητική φροντίδα	28
Κολοστομία - περιποίηση κολοστομίας	34
Επιπλοκές κολοστομίας	37
-Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που αντιμετωπίζεται με χημειοθεραπεία	38
-Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που αντιμετωπίζεται με ακτινοθεραπεία	40
-Διδασκαλία και αποκατάσταση ασθενούς με καρκίνο Π.Ε.	41
-Ψυχολογική υποστήριξη	41
Κεφάλαιο Δ'	
Διεργασία της Νοσηλευτικής φροντίδας	45

Π.Ε. = καρκίνος παχέως εντέρου

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Το θέμα με το οποίο ασχοληθήκαμε στην εργασία αυτή είναι ο καρκίνος του παχέως εντέρου.

Ο καρκίνος είναι μια μαστιγιά της σημερινής εποχής και προσβάλλει άτομα ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας. Είναι πραγματικά λυπηρό να χάνονται τόσοι άνθρωποι και η επιστήμη να μην μπορεί να κάνει τίποτα εκτός από το να επιβραδύνει το θάνατο και να βοηθάει τον καρκινοπαθή να φτάσει σ' αυτόν σε όσο το δυνατό καλύτερη σωματική και ψυχική κατάσταση.

Στην εργασία αυτή θα δοθούν ορισμένες πληροφορίες για τα νεοπλασμάτα και για το πώς μπορεί η νοσηλεύτρια να χρησιμοποιήσει καλύτερα τις ήδη υπάρχουσες γνώσεις, κατά την άσκηση του έργου της, για την πρόληψη της νόσου και για τη διάσωση των καρκινοπαθών.

Επίσης να δοθούν πληροφορίες για τις ειδικές ανάγκες των πασχόντων και τα ενδεικνυόμενα νοσηλευτικά μέτρα για την αντιμετώπιση των φυσικών ενοχλημάτων και την ανακούφιση του ψυχικού πόνου του ασθενούς.

Τέλος, εκφράζουμε την ελπίδα μας για την τελική νίκη του ανθρώπου πάνω σ' αυτή την ασθένεια που λέγεται καρκίνος.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Νεόπλασμα λεγεται η ανώμαλη αύξηση ιστού που δεν οφείλεται σε φυσιολογική ανάγκη του οργανισμού .

Τα νεοπλάσματα διακρίνονται σε : α) καλοήθη και β) κακοήθη.

Ο καρκίνος του παχέως εντέρου είναι ένας καρκίνος που γρήγορα κάνει εξαλλαγές και παρουσιάζει μεγάλη κακοήθεια. Είναι τρίτος κατά σειρά σε συχνότητα μετά από τον καρκίνο του στομάχου και του πνεύμονα. Ο τύπος του καρκίνου είναι συνήθως ανθοκραμβειδής (αδενοκαρκίνωμα). Αν έχει προσβάλει το τοίχωμα του παχέως εντέρου, το 75% έχει 5ετή επιβίωση μετά από εγχείρηση. Αν κάνει μεταστάσεις το ποσοστό επιβίωσης κατέρχεται στο 30 - 35% και αν προσβληθούν οι επιχόριοι αδένες το ποσοστό επιβίωσης είναι μικρότερο του 10%.

Η μεγαλύτερη συχνότητα Ca παχέως εντέρου, υπάρχει στο ΑΡ κόλο και στο σιγμοειδές (70%) και στο ΔΕ κόλο (25%).

Όσο αφορά το φύλο μεγαλύτερη συχνότητα παρουσιάζεται στους άνδρες 2 : 1 στην 5η 10ετία της ζωής του ατόμου.

Από απόψεως φυλής οι Ευρωπαίοι και οι Αμερικάνοι έχουν τη μεγαλύτερη συχνότητα λόγω συνηθειών διατροφής (υπερκατανάλωση κρεάτων) και αποπάτησης. Οι Ασιάτες επίσης παρουσιάζουν μεγάλη συχνότητα λόγω υπερκατανάλωσης ρυζιού, σε αντίθεση με τους Αφρικανούς που τρέφονται με φυτικές τροφές.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Α'

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

A. Ανατομία του πεπτικού συστήματος

Για τη διατήρηση της δομικής ακεραιότητας και λειτουργίας των ιστών και των οργάνων, το σώμα χρειάζεται συνεχή παροχή ενέργειας. Ενέργεια παρέχεται με την τροφή, της οποίας η πέψη γίνεται στα όργανα της πέψης που αποτελούνται από τον ΓΕΣ. Ο ΓΕΣ αρχίζει από το στόμα και καταλήγει στον πρωκτό. Πιο αναλυτικά τα μέρη του ΓΕΣ είναι τα εξής :

1. Στόμα
2. Φάρυγγας
3. Οισοφάγος
4. Στόμαχος
5. Λεπτό έντερο
6. Παχύ έντερο

B. Ανατομία του παχέως εντέρου

Το παχύ έντερο είναι το τελικό τμήμα του ΓΕΣ και εκτείνεται από το τυφλό ως τον πρωκτό. Έχει μήκος 1,5 - 1,80 m και διακρίνεται σε 3 μέρη :

- α) Τυφλό και σκωληκοειδής απόφυση
- β) Καλό (ανιόν, εγκάρσιο, κατιόν και σιγμοειδές)
- γ) Απευθυσμένο ή ορθο.

Η εξωτερική μορφολογία του παχέως εντέρου μας επιτρέπει να το διακρίνουμε από το λεπτό, από το εύρος του, την ύπαρξη κολικών ταινιών, εγκολπωμάτων, από την τοπογραφική του θέση και από την ύπαρξη επιπλοικών αποφύσεων.

α) Τυφλό και σκωληκοειδής απόφυση : είναι η πρώτη μοίρα του Π.Ε. Βρίσκεται στο ΔΕ λαγώνιο βόθρο και έχει μήκος 8cm. Έρχεται σε σχέση με τις εντερικές έλικες και με το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Στην εξωτερική του επιφάνεια και σε απόσταση 4cm κάτω από την έκφυση του ειλεού, εκφύεται η σκωληκοειδής απόφυση, μήκους 2 - 25 cm, που παριστά την αιροφήσασα του μοίρα του Π.Ε. Περιβάλλεται από περποναίο και κρέμεται από πτυχή αυτού, η οποία καλείται μεσεντερίδιο, οι συνηθέστερη θέση της είναι η λαγωναογυελική άλλοτε όμως φέρεται ανιόντως, άλλοτε εγκαρσίως και άλλοτε οπισθοτυφλικά, ψηλαφάται στο σημείο MAC - BYRNEY και LANZ.

β) Κόλο

1. Το ανιόν κόλο έχει μήκος 15 cm αρχίζει από το τυφλό και φέρεται προς τα άνω κατά μήκος της δεξιάς οσφυϊκής χώρας μέχρι κάτωθεν του ήπατος όπου ανακάμπεται προς τα αριστερά και σχηματίζει τη δεξιά κοιλιακή καμπή.

2. Το εγκάρσιο κόλο, έχει μήκος 50cm, αρχίζει σαν συνέχεια του ανιόντος, και φέρεται προς τα αριστερά και άνω μέχρι κάτωθεν του σπλήνος όπου ανακάμπεται απότομα προς τα κάτω σχηματίζοντας την αριστερή κοιλιακή καμπή, η οποία βρίσκεται ψηλότερα από τη δεξιά,

3. Το κατιόν κόλο έχει μήκος 20- 25 cm και αποτελεί συνέχεια του εγκαρσίου. Φέρεται προς τα κάτω κατά μήκος της αριστερής οσφυϊκής χώρας μέχρι του στομίου της ελάσσονος πυέλου, όπου μεταπίπτει στο σιγμοειδές.

4. Το σιγμοειδές έχει μήκος 40 cm περίπου και βρίσκεται μέσα στην ελάσσονα πυέλο. Το σιγμοειδές περιγράφει 3 καμπές και στο

Π.Ε. = παχύ έντερο

ΓΕΣ = γαστροεντερικός σωλήνας

ύψος και 3^ον ιερού σπονδύλου μεταβαίνει στο απευθυσμένο. Το σιγμοειδές κρέμεται δια του μεσοσιγμοειδούς και εμφανίζει μεγάλη κινητικότητα.

γ) Το απευθυσμένο ή σφθό έχει μήκος 12 - 16 cm . Βρίσκεται στην ελάσσονα πύελος και αποτελεί τη συνέχεια του σιγμοειδούς . Εμφανίζει δύο μοίρες, την ιερά και την περινεϊκή. Το κάτω τμήμα της περινεϊκής μοίρας του απευθυσμένου παριστά σχισμή που ονομάζεται πρωκτός. Ο πρωκτός εμφανίζει 2 μοίρες, τον πρόδομο και τον δακτυλιο. Στον πρωκτό υπάρχουν 2 σφιγκτήρες : ο έσω σφιγκτήρας από λείες μυϊκές ίνες, ο οποίος δεν υπόκειται στη βούληση. Το απευθυσμένο έρχεται σε σχέση στη γυναίκα με τη μήτρα και τον κολεό, και στον άνδρα με την ουροδόχο κύστη, τον προστάτη και τη σπερματοδόχο κύστη.

Γ) Ιστολογία του παχέως εντέρου

Το τοίχωμα του παχέως εντέρου αποτελείται από εσω προς τα έξω από το βλεννογόνο, τον υποβλεννογόνιο, το μυϊκό και τον ορογόνο χιτώνα.

Ο βλεννογόνος χιτώνας αποτελείται από επιθηλιο, χόριο και αδένες.

Ο υποβλεννογόνιος χιτώνας αποτελείται από συνδετικό ιστό, αγγειακά νεύρα.

Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από δύο στοιβάδες λείων μυϊκών ινών δηλαδή από την έξω επιμήκη και την έσω κυκλώτερη.

Ο ορογόνος χιτώνας περιβάλλει πλήρως το τυφλό, το εγκάρσιο κόλο και το σιγμοειδές και ατελώς το ανιόν και κατιόν κόλο. Τέλος η πυελική μοίρα του απευθυσμένου περιβάλλεται ατελώς, η δε πρωκτική μοίρα καθόλου.

Το εσωτερικό του παχέως εντέρου χωρίζεται με τις κολπικές

ταίνιες σε 3 αυλακοειδείς ζώνες. Επίσης ανευρίσκουμε τις μηνοειδείς πτυχές και τα κοιλώματα,

Το εσωτερικό που ορθού φέρει 8 - 10 πτυχές οι οποίες ονομάζονται πρωκτικοί στόλοι του Forgasui. Οι στόλοι αυτοί τελειώνουν προς τα κάτω, στον αιμορροϊδικό δακτύλιο. Μεταξύ δύο παρακείμενων στόλων παράγεται μιά αύλακα που καλείται πρωκτικός κόλπος. Κατά τον αιμορροϊδικό δακτύλιο εξαπλούται το αιμορροϊδικό φλεβικό πλέγμα.

Δ. Αγγείωση του παχέως εντέρου

Το παχύ έντερο, εκτός από το απευθυσμένο, αγγειούται από την άνω και κάτω μεσεντέριο αρτηρία. Το απευθυσμένο αγγειούται από την άνω, μέση και κάτω αιμορροϊδική αρτηρία. Οι φλέβες του παχέως εντέρου, εκτός από τις φλέβες της κάτω μοίρας του απευθυσμένου εκβάλλουν στην πυλαία φλέβα. Οι φλέβες του απευθυσμένου είναι η άνω, η μέση και η κάτω αιμορροϊδική φλέβα. Η άνω εκβάλλει στην πυλαία φλέβα ενώ η μέση και η κάτω εκβάλλουν στην κάτω κοίλη φλέβα.

Ε. Νεύρωση του παχέως εντέρου

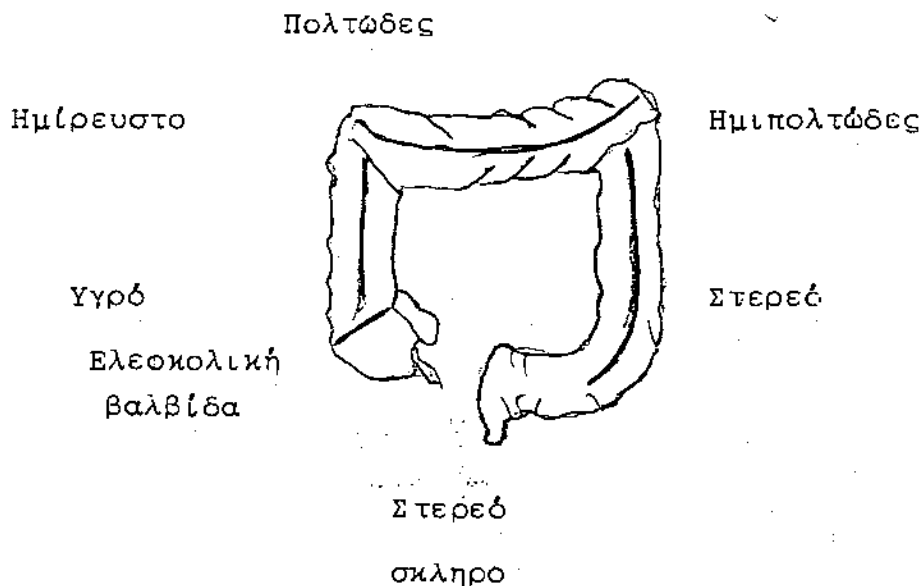
Το παχύ έντερο νευρούται από συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες από το άνω και κάτω μεσεντέριο πλέγμα. Οι παρασυμπαθητικές ίνες μέχρι την αριστερή κολική καμπή φέρονται με το πνευμονογαστρικό και μετά από αυτή με το πυελικό νεύρο.

Φ Υ Σ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α

Οι λειτουργίες του Π.Ε. είναι :

1. Η απορρόφηση νερού και ηλεκτρολυτών
2. Η εναποθήκευση του κοπρανώδους υλικού μέχρι να γίνει δυνατή η εξώθησή του.
3. Η έκκριση βλέννας.

Στο Π.Ε. δεν επιτελείται πέψη διότι τα ένζυμα του παγκρεατικού και εντερικού υγρού αδρανοποιούνται πριν την διοχέτευση του σ' αυτό και γιατί τα περισσότερα θρεπτικά συστατικά έχουν στο μεταξύ υποστεί πέψη και απομύζηση. Σ' αυτό διοχετεύονται ουσίες που δεν πέπτονται (π.χ. κυτταρίνη) , καθώς και ελάχιστη ποσότητα λίπους και λευκώματος.



Η υπέρμετρη κινητικότητα προκαλεί λιγότερη απορρόφηση ή ασχηματιστα κόπρανα

Εικ. 1 Απορροφητική και εναποθηκευτική λειτουργία του παχέως εντέρου

Όπως φαίνεται στην παραπάνω εικόνα το κεντρικό ημιμοριο του κολου εκτελεί κυρίως απορρόφηση και το περιφερικό εναποθήκευση. Οι κινήσεις του Π,Ε, παρ'όλο που είναι βραδείες έχουν χαρακτηριστικά όμοια με των κινήσεων του λεπτού εντέρου και μπορούν να διακριθούν σε κινήσεις ανάμιξης και προώθησης.

- Κινήσεις ανάμιξης - κολικές κυψέλες

Στο παχύ έντερο, πως και στο λεπτό, παρατηρούνται μεγάλες κυκλικές συστολές. Σε καθένα από τα σημεία συστολής, συσπάται η κυκλική μυϊκή στοιβάδα, μερικές φορές προκαλώντας στένωση του αυλού του κόλου ως την πλήρη του απόφραξη. Ταυτόχρονα συστέλλεται και η επιμήκης μυϊκή στοιβάδα του κόλου, που είναι κατανεμημένη σε τρεις κολικές ταινίες. Οι συνδυασμένες συστολές της κυκλικής στοιβάδας και των κολικών ταινιών, έχουν ως αποτέλεσμα την προβολή των ανερέθιστων περιοχών του, με τη μορφή των κολικών κυψελών. Οι συστολές των κυψελών φτάνουν στην μεγαλύτερη τους ένταση σε 30'' από τη στιγμή που θα αρχίσουν να εξαφανίζονται στα επόμενα 60''. Κατά διαστήματα οι συστολές αυτές, παραλληλα με την κυκλική τους πορεία κινούνται επίσης άργα και προς την κατεύθυνση του δακτυλίου. Μετά από λίγα λεπτά παρουσιάζονται νέες συστολές των κολικών κυψελών σε γειτονικές θέσεις. Έτσι το κοπρανώδες περιεχόμενο του Π,Ε, ανασκαλεύεται βαθμιαία και ανακατεύεται με τρόπο που μοιάζει πολύ με τσάπισμα. Με τον τρόπο αυτό όλη η ποσότητα της κοπρανώδους μάζας εκτίθεται βαθμιαία στη βλεννογόνια επιφάνεια του Π,Ε, και το υγρό της μέρος απορροφάται προοδευτικά, ώσπου από τα 800 ml της ημερήσιας ποσότητας του χυμού να βγουν κόπρανα μόνο 80 - 150 ml.

- Κινήσεις προώθησης - " μαζικές κινήσεις "

Στο Π.Ε. δεν παρατηρούνται περισταλτικά κύματα του τύπου του λεπτού εντέρου. Αντίθετα το περιεχόμενο του προωθείται προς τον πρωκτό με τις λεγόμενες μαζικές κινήσεις οι οποίες συνήθως εμφανίζονται μόνο μερικές φορές την ημέρα, και πιο πολύ για 15' περίπου στο διάστημα της πρώτης ώρας μετά το πρόγευμα.

Τη μαζική κίνηση χαρακτηρίζει η ακόλουθη αλληλουχία γεγονότων : αρχικά εμφανίζεται ένα σημείο στένωσης σε κάποια περιοχή διάτασης ή ερεθισμού του κόλου. Πολύ γρήγορα 20 ή περισσότερα cm Π.Ε., περιφερικά από τη στένωση, συστέλλονται σχεδόν σαν ενιαίο σύνολο και ωθούν ολο μαζί το κοπρανώδες υλικό προς τα κάτω. Η πυροδότηση της συστολής ολοκληρώνεται σε 30'' και στα επόμενα 2 - 3' το τμήμα χαλαρώνει. Μαζικές κινήσεις γίνονται σε όλο το μήκος του Π.Ε. Όταν οι κινήσεις αυτές έχουν ωθήσει μια μάζα κοπράνων στο ορθό γίνεται αντιληπτή η επιθυμία για απόδευση.

Αυτή αποτελεί αντανακλαστική λειτουργία ελεγχόμενη σε μεγάλο βαθμό από τη βούληση και συνίσταται στην αποβολή των κοπράνων που βρίσκονται στο ορθό, δια του πρωκτού. Ομολογο ερέθισμα για την εκκυσση του αντανακλαστικού, είναι η ενεργοποίηση τασεοαποδοχέων, που βρίσκονται στο τοίχωμα του ορθού. Το δε αντανακλαστικό κέντρο βρίσκεται στην ιερά μοίρα του Ν.Μ. Από το κέντρο αυτό αποστέλλονται νευρικές ώσεις προς το κατιόν σιγμοειδές κόλο και το ορθό, με τις οποίες προκαλούνται περισταλτικές κινήσεις, καθώς και στον έσω σφιγκτήρα του πρωκτού, ο οποίος υφίσταται χάλαση. Επίσης προκαλείται χάλαση και του έξω σφιγκτήρα και αναστολή του τόνου του.

Τα παραπάνω επιτελούνται εφόσον με τη βούληση προκληθεί όδευση του κέντρου, με αποστολή νευρικών ώσεων από τον εγκέφαλο.

Αν το άτομο , για οποιοδήποτε λόγο επιθυμεί να εμποδίσει την απόδευση μπορεί να αναστέλει τη δραστηριότητα του κέντρου με αποστολή ανασταλτικών νευρικών ώσεων από το φλοιό του εγκεφάλου. Επί πλέον εκούσια αυξάνει τον τόνο του έξω σφικτήρα. Ο εξασκούμενος στο κέντρο της απόδευσης με τη βούληση αποτελεί σημαντική λειτουργία.

- Έκκριση βλέννας

Ο βλεννογόνος του Π.Ε. επενδύεται , όπως και του λεπτού, από κρύπτες του Lieberkühn , αλλά τα επιθηλιακά του κύτταρα ουσιαστικά δεν περιέχουν ένζυμα. Αντιθέτα οι κρύπτες έχουν σχεδόν αποκλειστικά λαγνοειδή κύτταρα. Επίσης στο επιθήλιο της επιφάνειας του Π.Ε. βρίσκεται σημαντικός αριθμός λαγνοειδών κυττάρων.

Κατά συνεπεία το κύριο έκκριμα του Π.Ε. είναι η βλέννα. Η ταχύτητα της έκκρισης της ρυθμίζεται κατά κύριο λόγο με τη άμεση οπτική διέγερση των λαγνοειδών κυττάρων της επιφάνειας του βλεννογόνου και από τοπικά νευρικά αντανακλαστικά προς τα λαγνοειδή κύτταρα των κρυπτών του Lieberkühn . Ωστόσο η διέγερση των ανορθωτικών νεύρων που νευρώνουν το περιφερικό μισό του Π.Ε. προκαλεί και σημαντική αύξηση της έκκρισης βλέννας. Έτσι κατά τη διάρκεια έντονης παρασυμπαθητικής διέγερσης, είναι δυνατόν να εκκριθεί τόσο μεγάλη ποσότητα βλέννας, στο Π.Ε. ώστε να προκαλέσει στο άτομο κενώσεις κάθε μισή ώρα, που περιέχουν άφθονη βλέννα.

Είναι φανερό ότι η βλέννα του Π.Ε. προστατεύει το τοίχωμα από τυχόν μικροτραυματισμούς και επιπλέον αποτελεί το συγκολλητικό μέσο που συγκρατεί τις κοπρανώδεις μάζες ενωμένες. Εκτός από αυτά προστατεύει το εντερικό τοίχωμα από την έντονη μικροβιακή δραστηριότητα που παρατηρείται μέσα στα κόπρανα και - μαζί με την αλκαλικότητα του εκκρίματος (pH 8,0) - αποτελεί φραγμό που εμποδίζει την προσβολή του τοιχώματος από τα οξέα που σχηματίζονται κατά τη ζύμωση των κοπράνων.

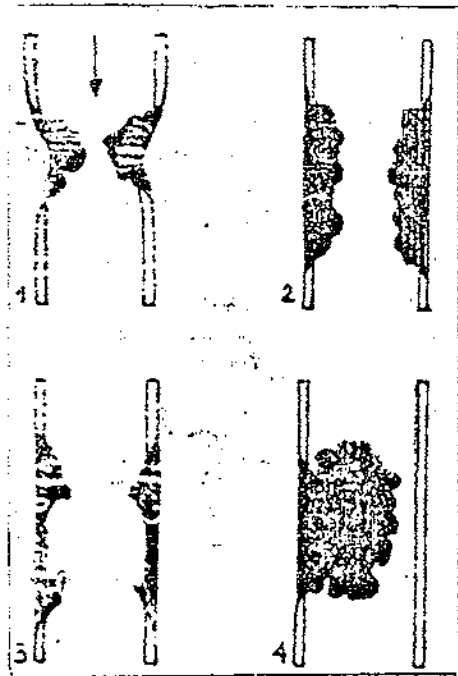
Αιτιολογία του καρκίνου παχέως εντέρου

Τα πραγματικά αίτια των κακοηθών νεοπλασιών του Π.Ε. δεν έχουν εξακριβωθεί έχουν όμως ενοχοποιηθεί ορισμένοι προδιαθεσικοί παράγοντες. Αυτοί είναι :

- α) Καλοήθεις όγκοι (αδενώματώδεις πολύποδες)
- β) Χρόνιες φλεγμονές όπως η σιγμοειδίτιδα, και η ελκώδης κολίτιδα.
- γ) Η εκκολπώματωση του Π.Ε.
- δ) Εντερικά παράσιτα.
- ε) Διάφορες βιοχημικές μεταβολές των εντερικών υγρών.
- στ) Κληρονομικότητα. Πιστεύεται ότι ο καρκίνος του Π.Ε. προσβάλλει τα παιδιά των καρκινοπαθών σε αναλογία 8%.

Οι διαφορές μερτές με τις οποίες εμφανίζεται το καρκίνωμα είναι :

- α) Δακτυλιοειδής περίσφυξη
- β) Σωληνοειδής σχηματισμός.
- γ) Εξελκωση.
- δ) Ανθοκραμβωειδής όγκος.



Εικ. 2 Η μορφολογία των καρκινωμάτων του παχέως εντέρου.

Επέκταση

Η επέκταση γίνεται ως εξής :

- α) Κατά συνέχεια ιστού
- β) Δια της λεμφικής οδού
- γ) Δια αιματογενούς διασποράς
- δ) Με ενδοπεριτοναϊκή εμφύτευση

Η επέκταση κατά συνέχεια ιστού αποτελεί μέρος της φυσικής εξέλιξης του όγκου. Η μικροσκοπική διήθηση του τοιχώματος επεκτείνεται συνήθως 2 - 3 cm πέραν των εμφανών ορίων του όγκου και αυτό έχει μεγάλη σημασία για τη ριζικότητα της επέμβασης κατά την

εκτομή του εντέρου.

Τα λεμφαγγεία του Π.Ε. αποτελούν την κυριώτερη μεταστατική οδό των καρκινωματοειδών κυττάρων και ακολουθούν την πορεία των αιμοφόρων αγγείων.

Η αιματογενής διασπορά είναι λιγότερο συχνή. Δευτεροπαθείς παρατηρούνται συχνότερα στο ήπαρ και σπανιότερα στα επινεφρίδια, στους νεφρούς και στα οστά.

Ανάλογα με την πρόοδο της νόσου το καρκίνωμα του Π.Ε. διαβαθμίζεται κατά Duke ως εξής :

- Στάδιο Α : προσβολή μόνο του βλεννογόνου.
- " Β : προσβολή όλων των χιτώνων , πλην του ορογόνου
- " Γ : προσβολή των επιχορίων λεμφαδένων
- " Δ : μεταστάσεις σε άλλα όργανα (ήπαρ)

Κλινική εικόνα

Τα συμπτώματα του καρκινώματος του Π.Ε. συνήθως είναι αόριστα και μη ειδικά στην αρχή. Η απώλεια του σωματικού βάρους και η κακουχία , αποτελούν συνήθεις εκδηλώσεις και συχνά αγνοούνται από τον ασθενή . Βολικό είναι να διακρίνουμε τους καρκίνους του κολού σ εκείνους που προσβάλλουν τη ΒΕ και σ εκείνους που προσβάλλουν την ΑΡ πλευρά. Οι καρκίνοι του τυφλού και του ανιόντος συνήθως είναι επίπεδοι ή πολυποειδείς και συχνά κλινικώς "σιωπηροί " , γιατί δεν αποφράσσουν τον αυλό, ούτε προκαλούν φανερή μέλαινα κένωση. Ο καρκίνος του ορθοσιγμοειδούς μπορεί να αποφράξει τον αυλό η να αιμορραγήσει και να κάνει τον ασθενή να ζητήσει τη συμβουλή του γιατρού. Τα ακόλουθα συμπτώματα αποτελούν σημαντικές ενδείξεις παρουσίας καρκινώματος.

1. Μεταβολές συνηθειών κενώσεως είναι πολύ συνηθισμένες όταν το καρκίνωμα προσβάλλει το ΑΒ κόλο. Οι μεταβολές αυτές είναι συχνά ελάχιστες αλλά επιτείνονται προοδευτικά. Συνίσταται σε μεταβολές της συχνότητας ή του χρόνου των κενώσεων και του μεγέθους των κοπράνων και το σημαντικότερο, σε αίσθημα ότι η κένωση δεν είναι πλήρης (τεινεσμός).

2. Αιμορραγία εμφανίζεται σε αριστερόπλευρες βλάβες σε ποσοστό 70% περίπου και παρατηρείται συνηθώς από τον ασθενή. Όταν η βλάβη βρίσκεται στο ανιόν κόλο ή στο τυφλό, ποσοστό κάτω του 25% παρατηρούν αίμα στα κόπρανα, ασφαλώς επειδή το αίμα αναμιγνύεται με τον πολτό των κοπράνων μέσα στο ΔΕ κόλο. Έχει σημασία, ο γιατρός να μην αποδώσει σε αιμορροειδές ή ραγάδες του πρωκτού αιμορραγία με αίμα σκοτεινής χροιάς, που συσχετίζεται με θρόμβους, αναμιγμένο με βλέννα ή προσκολλημένο στα κόπρανα.

3. Ο πόνος στο κάτω μέρος της κοιλιάς αποτελεί πολλές φορές σύμπτωμα βλαβών στο τυφλό ή στο ανιόν κόλο. Ο πόνος στις βλάβες του ΑΒ κόλου μπορεί να σχετίζεται με διάφορους βαθμούς εντερικής απόφραξης πάνω από το στενωπτικό καρκίνωμα. Μερικές φορές το καρκίνωμα του σιγμοειδούς μπορεί να εμφανιστεί σαν οξεία εντερική απόφραξη ή σαν οξεία διατήρηση με περιτονίτιδα.

4. Αναιμία είναι συνηθισμένη στον καρκίνο του ΒΕ κόλου. Καρδιακή ανεπάρκεια ή στηθάγχη μπορεί να αποτελέσουν τα πρώτα συμπτώματα.

5. Ανορεξία απώλεια βάρους κακουχία και πυρετική κίνηση,
είναι συνηθισμένα φαινόμενα.

Διάγνωση

Ο καρκίνος του Π.Ε. είναι λάσιμος όταν γίνεται αντιληπτός στα αρχικά του στάδια και η καθυστέρηση της διάγνωσης είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας πενιχρής πρόγνωσης.

Στη διάγνωση βοηθάει πολύ το ιστορικό του αρρώστου, ενώ η δακτυλική εξέταση του ορθού αποτελεί τη σημαντικότερη πλευρά της φυσικής εξέτασης, γιατί οι μισοί περίπου καρκίνοι του ορθού βρίσκονται σε σημείο προσιτό στο δάκτυλο. Φυσικά ευρήματα όπως ο ασκίτης, ο ίκτερος ή οι ψηλαφίσιμες κοιλιακές μαζες, δείχνουν μεταστατική νόσο. Η σημαντικότερη εργαστηριακή δοκιμασία συνίσταται στην εντόπιση λανθάνουσας αιμορραγίας στα κόπρανα, που συχνά αποτελεί πρώιμο σημείο καρκίνου. Το καρκινοεμβρυικό αντίγονο (CEA) δεν είναι ειδικό για τον καρκίνο του Π.Ε., το δε φυσιολογικό του επίπεδο στο αίμα δεν αποκλείει τη διάγνωση. Παρ' όλα αυτά, αυτό είναι χρήσιμο για την παρακολούθηση των ασθενών μετά την εγχείρηση γιατί η αποκατάσταση προηγουμένως αυξημένου CEA στο φυσιολογικό αποτελεί απόδειξη της επιτυχίας της αφαίρεσης του όγκου, ενώ επίμονα αυξημένο ή αυξανόμενο επίπεδο CEA μετά την εγχείρηση αποτελεί ένδειξη για την παρουσία υπολειμματικού όγκου ή μεταστατικής επεκτάσεως του.

Η σιγμοειδοσκόπηση και κολονοσκόπηση αποτελούν σημαντικές εξετάσεις. Η κολονοσκόπηση συχνά βοηθάει σε ύποπτες βλάβες πάνω

από το τελικό τμήμα του σιγμοειδούς, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ασθενείς, στους οποίους η λαπαροτομία συνεπάγεται μεγάλο κίνδυνο,

Προσεκτικό ενεμα βαρίου σε καλά προετοιμασμένο έντερο

είναι ο επόμενος διαγνωστικός χειρισμός. Αξιζει να τονιστεί ότι η ακρίβεια του βαριούχου υποκλύσμού για τη διάγνωση καρκίνου του ορθού δεν είναι μεγάλη. Γι' αυτό επιβάλλεται να προηγείται προσεκτική σιγμοειδοσκοπική εξέταση.

Επίσης γίνεται αναζήτηση καρκινωματώδων κυττάρων κατά Παπανικολάου κατόπιν ειδικής προετοιμασίας του εντέρου, η οποία περιλαμβάνει καθαρτικό υποκλύσμο και πλύση του Π.Ε. με φυσιολογικό ορό. Μετά τη φυγοκέντρηση του υγρού της πλύσης, αναζητούνται στο ίζημα τα καρκινωματώδη κύτταρα.

- Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση του καρκίνου Π.Ε. περιλαμβάνει σχεδόν όλες τις νοσολογικές οντότητες που προσβάλλουν αυτό το όργανο, γιατί οι μεταβολές των συνηθειών κενώσης και η αιμορραγία αποτελούν κοινά συμπτώματα. Διαφορική διάγνωση τίθεται από ελκώδη κολίτιδα, εκκολπωματιτίδα, πολύποδες, ισχαιμική νόσο. Η φυματίωση, η ενδομητρίωση, το αφροδίσιο λεμφοκοκκίωμα, οι καρκινοειδείς όγκοι και το λέμφωμα μπορεί να εμφανίζονται σαν καρκίνωμα του κολού.

- Επιπλοκές

Εφόσον χαρακτηριστικό των όγκων είναι η διείδδυση, πολλοί όγκοι του Π.Ε. διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά από κάποια επίπλοκή της αρχικής βλάβης. Ο όγκος μπορεί να προκαλέσει διάτρηση στο εντερικό τοίχωμα, προκαλώντας οξεία περιτονίτιδα. Η διάτρηση

μπορεί να γίνει με βραδυ ρυθμο και να περιχαρακωθεί, δίνοντας γένεση σε τοπική φλεγμονώδη μάζα και τοπική περιτονίτιδα, ή μπορεί να διεισδύσει στα αιμοφόρα αγγεία και να προκαλέσει επεισόδιο ζωη- ρής αιμορραγίας από το ορθό (εντερορραγία). Συχνή επιπλοκή είναι η εντερική απόφραξη κυρίως όταν ο όγκος βρίσκεται στο σιγμο- ειδές, όπου η περιεκτικότητα των κοπράνων σε νερό είναι μικρή. Οι όγκοι μπορεί επίσης να εξασθενίσουν το τοίχωμα του Π,Ε, έτσι ώστε να επέλθει εγκολεασμός με τον όγκο μπροστα από το σημείο εγκο- λεασμού. Επίσης η ακινητοποίηση του εντερικού τοιχώματος από όγκο μπορεί να προκαλέσει ευστροφή, που παρατηρείται συχνότερα στο σιγμο- ειδές κόλο. Πολύ μεγάλοι και βραδείου αναπτύξεως όγκοι μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα που οφείλονται σε πίεση που εξασκείται σε γει- τονικά όργανα (μήτρα, κύστη, θυροτήρες). Συρίγγια μεταξύ κόλου και πνευλικών οργάνων, καθώς και αποστήματα στην περιτοναϊκή κοιλό- τητα, είναι συχνές επιπλοκές του καρκίνου του Π,Ε.

- Πρόγνωση

Το καρκίνωμα του έχει σχετικά καλύτερη πρόγνωση από πολλά άλλα σπλαχνικά κακοήθη νεοπλασματα.

Η 5ετής επιβίωση υπερβαίνει το 50% , έναντι 15% περίπου του πνεύμονα και 20% του στομαχου. Γι'αυτό μεγάλη σημασία έχει η πρόλη- ψη και η έγκαιρη διάγνωση της νόσου.

- Πρόληψη

Πριν προχωρήσουμε στη θεραπεία του Π,Ε, καλό θα ήταν να ανα- φερθούμε στην πρόληψη της νόσου, η οποία αφορά άμεσα τη νοσηλεύτρια

και ο ρόλος της σ'αυτην είναι σημαντικός.

Σήμερα καταβάλλεται μεγάλη προσπάθεια για την εγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, γιατί αυτη αποτελεί το πιο βασικό σημείο για τη θεραπεία της νόσου. Η συμβολή της αδελφής - η οποια αποτελεί και μέλος της αντικαρκινικής σταυροφορίας - στη διαφώτιση του κοινού είναι μεγάλη. Έχοντας υπόψην της τις μεχρι τώρα θεωρίες για την πιθανή αιτιολογία του καρκίνου, η όλη της προσπάθεια, θα στραφεί στο να επιστημάνει και να περιορίσει τους παράγοντες και τις υποστάσεις που ευνοούν την εμφάνιση του καρκίνου.

Η εγκαιρη διάγνωση εξαρτάται κατά πολυ και από τη θέληση του ασθενους να συμβουλευτεί το γιατρό, όταν εμφανιστούν τα πρώτα συμπτώματα. Εδώ η νοσηλεύτρια καλείται να πείσει τον ασθενή με κάθε τρόπο, ώστε να επισκεφτεί το γιατρό όσο το δυνατόν συντομότερα.

Καθήκον επίσης της αδελφής είναι η ενημερωση και διαφώτιση του κοινού σχετικά με τις ανωμαλίες και τα πρόδομα συμπτώματα της νόσου τα οποία είναι τα εξής :

- Οποιαδήποτε αλλαγή στις συνήθειες του εντερου ή μεταβολή του ρυθμού των κενώσεων. Οι μεταβολές αυτές στην αρχή είναι ασήμαντες αλλά προοδευτικά, με την εξέλιξη της νόσου, επέρχεται μεταβολή της συχνότητας ή του χρονου των κενώσεων, του μεγέθους αυτών και το πιο σημαντικό, εμφανίζεται αίσθημα ατελούς κενώσεως του εντερου.
- Οποιαδήποτε πεπτική και λειτουργική διαταραχή του ΓΕΣ, καθώς επίσης και φαινόμενα γενικής καταβολής του οργανισμού.
- Η εμφάνιση μίας αιμορραγίας ή αναιμίας

Ακόμη μέσα στα πλαίσια του νοσηλευτικού έργου είναι η ενημέρωση του κοινού για τα διαγνωστικά κέντρα που διαθέτει η περιοχή για την ανίχνευση του καρκίνου, καθώς επίσης και η διδασκαλία των κανόνων υγιεινής διατροφής, μια και η νόσος εξαρτάται κατά πολυ

από το είδος της διατροφής.

Επίσης η καθοδήγηση κάθε ώριμου ατόμου για ένα ετήσιο check - up ρουτίνας, ειδικά για τις γυναίκες άνω των 35 ετών και για τους άνδρες άνω των 45 , αποτελεί καθήκον της αδελφής.

Από όλα αυτά γίνεται φανερό ότι ο ρολος της νοσηλεύτριας στην ανίχνευση , πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του Π.Ε. αποδεικνύεται καθοριστικός.

- Θεραπεία

Η τρέχουσα προσέγγιση στη θεραπεία του καρκίνου του Π.Ε. είναι κυρίως χειρουργική. Ορεσμένοι χειρουργοί προτιμούν την προεγχειρητική ακτινοθεραπεία για την πρόληψη των μεταστάσεων, χωρίς όμως να έχει καταδειχθεί πειστικά ότι αυτό βελτιώνει την επιβίωση. Οι χειρουργοί γενικά προτιμούν την κοιλιοπερίνεϊκή εξαίρεση και κολλοστομία για όγκους που βρίσκονται κάτω από την περιτοναϊκή καμπή. Για όγκους που βρίσκονται πάνω από αυτή υπάρχει μεγαλύτερη ελευθερία εκλογής, ανάλογα κυρίως με το μέγεθος της βλάβης.

Η καλή προεγχειρητική αντιμετώπιση και η εγχειρητική δεξιοτεχνία θα εξασφαλίσουν τη δυνατότητα εφαρμογής εκριζωτικής ή ανακουφιστικής χειρουργικής θεραπείας σε ποσοστό 75 - 90 % των περιπτώσεων , με εγχειρητική θνησιμότητα κάτω του 5 % . Οι ανακουφιστικές χειρουργικές προσπάθειες δεν πρέπει να αποθαρρύνονται, γιατί η συμπτωματική ανακούφιση του ασθενή μπορεί να του επιτρέψει να ζήσει για τους υπόλοιπους μήνες της ζωής του. Η χημειοθεραπεία με 5 - φθοριουρακίλη ή άλλος παράγοντας χρησιμοποιείται σε ασθενείς με μεταστάσεις στο ήπαρ, προσωρινή όμως βελτίωση επιτυγχάνεται σε ποσοστό κάτω του 25% , η δε γενική επιβίωση δεν επηρεάζεται σημαντικά.

Γενικά η εκλογή της μεθόδου θεραπείας επηρεάζεται από :

1. Τη μορφή και την εντόπιση του όγκου

2. Το στάδιο της εξέλιξης της νόσου
3. Τη γενική κατάσταση του αρρώστου
4. Τις συνηθειές και την πείρα των θεραπευτών ιατρών
5. Το αναμενόμενο αποτέλεσμα από τη θεραπεία θεωρείται η καλύτερη αγωγή.

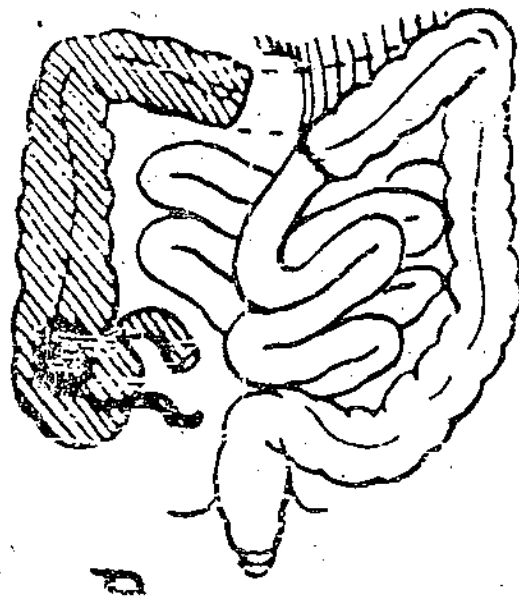
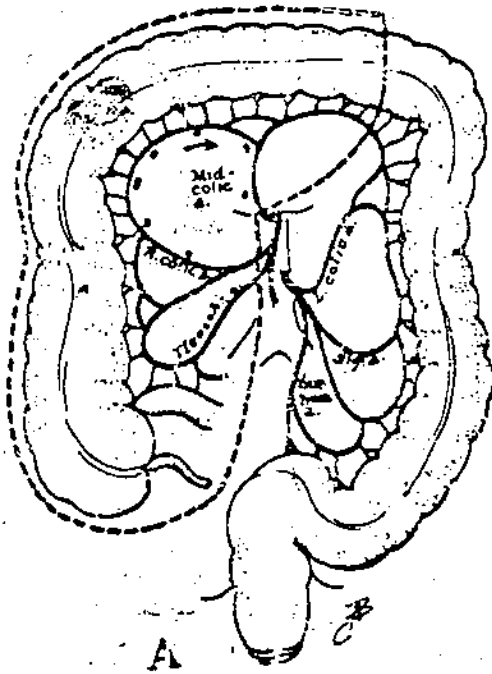
A. Χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου Π.Ε.

Τα είδη των επεμβάσεων που εκτελούνται σε περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο του παχέως εντέρου είναι τα εξής:

1. Σε καρκινώματα της δεξιάς πλευρας του Π.Ε. εκτελείται ΔΕ ημι-κολεκτομή το μέγεθος (εικ. 3) της οποίας ποικίλλει ανάλογα με την ακριβή θέση του όγκου, την ύπαρξη ή τη διήθηση λεμφαδένων . Σε εντόπιση του όγκου στο τυφλό, η εκτομή περιλαμβάνει τα τελευταία 20 cm του ειλέου, το τυφλό, το ανιόν κολο και το πρώτο περιτημοριο του εγκάρσιου κόλου, μαζί με το σύστοιχο μεσεντεριο. Επειδή η περιοχή αυτή αρδεύεται από την ειλεοκόλική και τη ΔΕ κολική αρτηρία και οι συνθήκες υπάρχοντες διηθημένοι λεμφαδένες βρίσκονται κατά μήκος αυτών, η εκτομή αρχίζει από το σημείο που εκφύονται. Στη συνέχεια εκτελείται ειλεο - εγκάρσια αναστόμωση προς αποκατάσταση της εντερικής συνεχειας.

Επί εντοπίσεως του όγκου στο ανιόν κολο και την περιοχή της ΔΕ κολικής καμπής, η διασπορά γίνεται κυρίως στους λεμφαδένες που βρίσκονται κατά μήκος της ΔΕ και μέσης κολικής αρτηρίας. Σαν συνέπεια αυτού γίνεται μεγαλύτερη εκτομή που περιλαμβάνει και τις παραπάνω αρτηρίες και ακολουθεί η αναστομωση των δύο κολοβωμάτων του εντέρου. Τα καρκινώματα του μεσοεγκάρσιου και της περιοχής της ΑΡ κολικής καμπής κάνουν μεταστάσεις κυρίως στους λεμφαδένες που βρίσκονται κατά μήκος της μέσης και της ΑΡ κολικής αρτηρίας. Γι

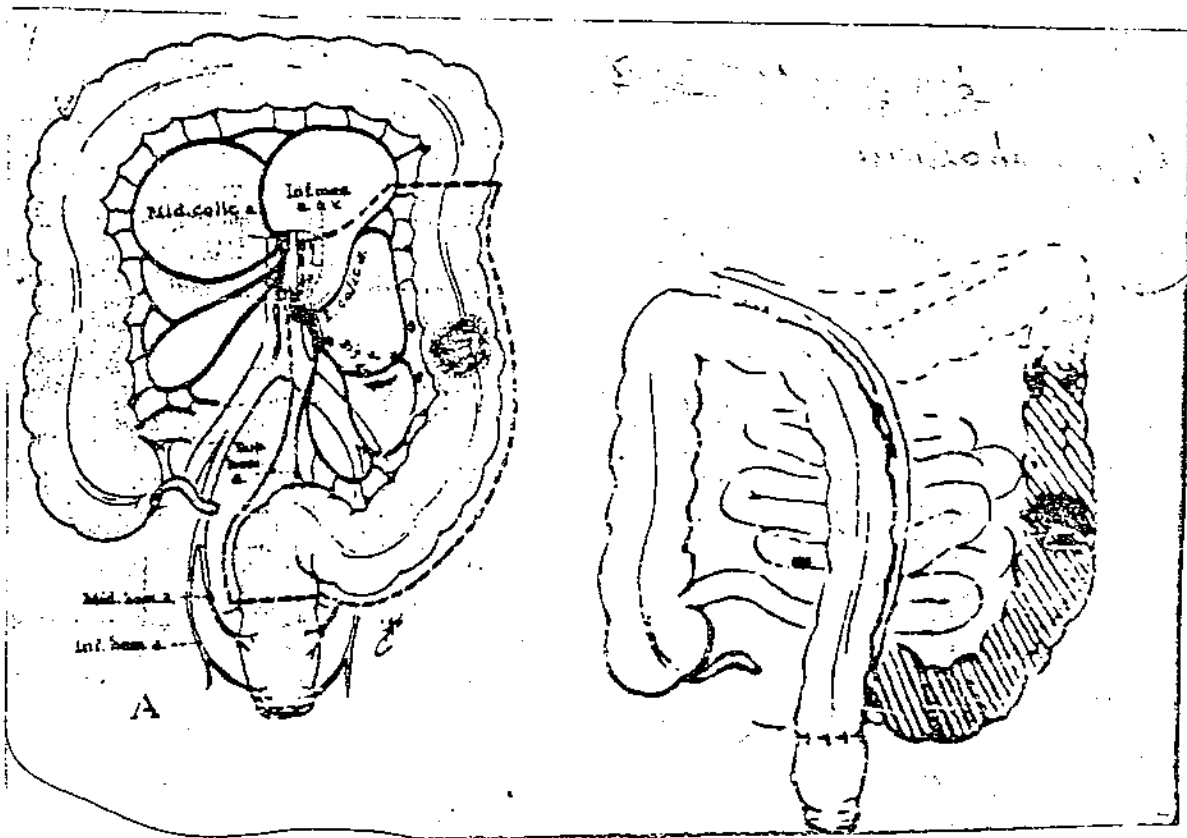
αυτο η επέμβαση είναι η εκτομή του εγκάρσιου κόλου μαζί με το ανώ-
τερο τμήμα του ανιόντος, συμπεριλαμβανομένων όλων των υπόπτων για μετά-
σταση λεμφαδένων και στη συνέχεια εκτελείται ανστομωση των δύο
κολοβωμάτων του εντέρου.



2. Αριστερή ημικολεκτομή : τα καρκινώματα του κατιόντος, του σιγμοειδούς κάνουν μεταστάσεις συνήθως στους περιφερικούς λεμφαδένες κατά μήκος της ΑΡ κολικής και της σιγμοειδικής αρτηρίας μέχρι και του στελεχούς της κάτω μεσεντερίου, της οποίας οι δύο παραπάνω αποτελούν κλάδους.

Αν το καρκίνωμα βρίσκεται στα αρχικά στάδια είναι δυνατόν να γίνουν συντηρητικές εκτομές, δηλαδή σε περιορισμένη σχετικά έκταση. Επειδή όμως είναι δύσκολη η εξακρίβωση της έκτασης της διασποράς στους λεμφαδένες συνιστάται σχεδόν πάντοτε ευρεία τομή, που ονομάζεται ΑΡ ημικολεκτομή. Αυτή περιλαμβάνει την εκτομή του κατιόντος και του σιγμοειδούς μέχρι του ανωτέρου τριτημορίου του ορθού και την απολίνωση και εκτομή της κάτω μεσεντερίου αρτηρίας. Στη συνέχεια αναστομούται η ΑΡ κολική καμπή προς το κολοβωμα του ορθού.

Εικ. 4 Αριστερά ημικολεκτομή



3. Σε καρκινώματα του ορθού, τα οποία συνηθως κανουν μετασταση προς τα πάνω και διηθούν τα λεμφογάγγλια του μεσοσιγμοειδούς γίνεται ριζική AP ημικολεκτομή, με αφαίρεση 8 - 12 cm εντέρου πιο πάνω από το κατώτερο όριο του όγκου, εφόσον υπάρχουν περιθώρια υγιούς εντέρου που έχουν μείνει για την αναστόμωση των δύο κολοβωμάτων.

Σε περιπτώσεις όμως κατά τις οποίες το καρκίνωμα βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο, ή όταν η νεοπλασματική εξεργασία βρίσκεται στο κάτω ήμισυ του ορθού, η διατήρηση των σφιγκτήρων και η επίτευξη της αναστόμωσης είναι αδύνατη. Στην περίπτωση αυτή επιβάλλεται η αφαίρεση ολόκληρου του ορθού μαζί με το δακτύλιο και εκτελείται κοιλιοπερινεϊκή επέμβαση, κατ'αυτήν η προσπέλαση του όγκου γίνεται δια της κοιλίας η οποία διανοίγεται με υποφαλικά τομή και δια του περινεού στο οποίο γίνεται ελλειψοειδής τομή γύρω από το δακτύλιο. Στην περίπτωση αυτή συνεργάζονται δύο ομάδες χειρουργών μα για κάθε χρόνο, τον κοιλιακό και τον περινεϊκό.

Η εκτομή περιλαμβάνει τα 3/4 περίπου του σιγμοειδούς και τα λεμφογάγγλια, ολόκληρο το ορθό, τους παραορθικούς λεμφαδενες, τον πρωκτικό σωλήνα με τον έξω σφιγκτήρα, και μεγάλη περιοχή περιεδρικού δέρματος. Έτσι η συνέχεια του εντερικού σωλήνα διακόπτεται. Μετά την αφαίρεση του παρασκευάσματος το τελικό στόμιο του εντέρου φερεται προς τα έξω με χωριστή τομή στον AP λαγώνιο βόθρο, όπου τα χείλη του στομίου του εντέρου συρράπτονται στα χείλη της τομής του δέρματος και έτσι σχηματίζεται μόνιμη κολοστομία.

Σε περίπτωση ανεγγχείρητων καρκινωμάτων εκτελούνται διάφορες παρηγορητικές επεμβασεις ανάλογα με την περίπτωση.

Σε περιπτώσεις πάλι που υπάρχει οξύ το πρόβλημα της απόφραξης του εντέρου, εκτελείται απλή κολοστομία ή εντεροεντεροαναστό-

μωση προς παρακαμψη της αποφραξης.

B. Ανοσοθεραπεία

Διαφορες ενδείξεις πείθουν ότι αυτοανασσι μηχανισμοί αυξάνουν την αντοχή του οργανισμού προς τις νεοπλασματικές εξεργασίες. Το πεδίο όμως της ανοσολογίας έχει οπωσδήποτε ανάγκη περισσότερης έρευνας γιατί υπάρχουν ακόμη πολλά αδιευκρίνιστα σημεία σ' αυτό.

Γ. Χημειοθεραπεία

Είναι η θεραπεία των κακοήθων νεοπλασμάτων με κυτταροστατικά φάρμακα. Αυτά σταματούν τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων ή σταματούν βασικές βιοχημικές αντιδράσεις μέσα στα κύτταρα, πράγμα που έχει σαν αποτέλεσμα το θάνατο των κυττάρων.

Η ενέργεια των κυτταροστατικών δεν είναι ειδική για τα νεοπλασματικά κύτταρα, αλλά είναι ίδια και για τα φυσιολογικά. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα στηρίζεται σε ποσοτικές διαφορές, στην ευαισθησία των κυττάρων που έχει σχέση με το ρυθμό της ανάπτυξης το μεταβολισμό κα.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χωρίζονται στις εξής κατηγορίες :

- α) Αλκυλιόντα φάρμακα
- β) Αντιμεταβολιτες
- γ) Αναστολείς της κυτταρικής μίτωσης

Συνήθως χορηγούνται σε συνδυασμο μεταξύ τους και σπανία μόνο ένα. Η μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των συνδυασμών αυτών, είναι ευνόητη αφού προσβάλλονται διάφορα σημεία της βιοσυνθεσης του κυττάρου, είτε σύγχρονα είτε διαδοχικά. Στην κατάστρωση των σχημάτων γίνεται βέβαια προσπάθεια να μην υπάρχει αθροιστικά μεγάλη τοξικότητα.

Δ. Ακτινοθεραπεία

Όταν ορισμένα είδη ακτινοβολίας βομβαρδίζουν την ύλη προκαλούν τον ιονισμό της. Οι ακτινοβολίες αυτές λέγονται ιονίζουσες και εμφανίζονται ή σαν πολύ μικρά σωματίδια που κινούνται με μεγάλη ταχύτητα ή σαν ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία πολύ μικρού μήκους κύματος, που διαδίδεται με την ταχύτητα του φωτός.

Η ιονίζουσα ακτινοβολία επιδρά και στη νεκρή και στη ζώσα ύλη. Ενώ όμως στη νεκρή ύλη δεν υπάρχει συνέχεια, στη ζώσα, το φαινόμενο του ιονισμού ακολουθείται από ολόκληρη σειρά αλυσιδωτών αντιδράσεων. Οι αντιδράσεις αυτές ανάλογα με το βαθμό και την εντόπιση της βλάβης, καταλήγουν σε αλλοίωση μεγαλομορίων, ζωτικών για τη λειτουργία του κυττάρου, με αποτέλεσμα τη βιολογική και ανατομική καταστροφή.

Τα κακοήγη νεοπλάσματα αντιμετωπίζονται με ιονίζουσες ακτινοβολίες και φέρνουν ικανοποιητικά αποτελέσματα, μόνο όταν βρίσκονται σε αρχικά στάδια, ενώ αντίθετα σε βαθειά εντοπισμένα κακοήγη νεοπλάσματα, τα αποτελέσματα είναι φτωχά.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ε

Α. Νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς με καρκίνο του παχέως εντέρου

- Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που αντιμετωπίζεται χειρουργικά

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς με καρκίνο παχέως εντέρου συνίσταται στην προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα.

Η προεγχειρητική προετοιμασία συνίσταται σε :

- Γενική
- Τοπική και
- Τελική.

Α. Γενική προεγχειρητική προετοιμασία :

Αυτή περιλαμβάνει :

- Την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή. Κάθε ασθενής που εισέρχεται στο νοσοκομείο και πρόκειται να χειρουργηθεί διακατέχεται από άγχος και φόβο για το άγνωστο. Πολύ περισσότερο, ο συγκεκριμένος ασθενής ο οποίος έχει να αντιμετωπίσει και το γεγονός της μόνιμης αναπηρίας. Καθήκον λοιπόν της αδελφής είναι να ενημερώσει σχετικά τον ασθενή, να του εξηγήσει τι πρόκειται να συμβεί, με κατανοητά λόγια και σύμφωνα με το επίπεδο μόρφωσης του εκάστοτε ασθενή. Πρέπει να ενθαρρύνει τον άρρωστο να εξωτερικεύσει τους φόβους και τις ανησυχίες του και να εξηγήσει όλες τις απορίες του σχετικά με την επέμβαση που θα γίνει.
- Την σωματική τόνωση. Χορηγείται τροφή πλούσια σε θερμίδες και φτωχή σε κυτταρίνη και λίπη για τη σημαντική τόνωση του οργανισμού και τη μείωση του περιεχομένου του εντέρου. Επίσης δίνεται μεγάλη προσοχή στην επαρκεία του οργανισμού σε υγρά.

Ακόμη αρχίζει αντιβίωση, για την προστασία του οργανισμού από λοιμώξεις και χορηγούνται αντισηπτικά του εντέρου από το στόμα ή με μορφή υποκλυσμών. Επίσης τοποθετείται Levine.

- Την φροντίδα για να γίνουν όλες οι απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις καθώς και τα εργαστηριακά.

- Την καθαριότητα του ασθενούς η οποία περιλαμβάνει την ατομική

καθαριότητα και την καθαριότητα του εντερικού σωλήνα. Το έντερο προετοιμάζεται για την εγχείρηση πριν από 5 μέρες, οπότε χορηγείται γαλα μαγνησίου και δίνεται τροφή με όσο το δυνατό λιγότερα υπολείμματα. Την παραμονή της επέμβασης χορηγείται υδρική διαίτα και το βράδυ γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός καθώς και το πρωί της μέρας της επέμβασης. Η αδελφή παρακολουθεί τα αποτελέσματα των υποκλυσμών και ενημερώνει ανάλογα τον γιατρό και την προϊσταμένη.

Όσο αφορά την καθαριότητα του σώματος, την παραμονή γίνεται λουτρό καθαριότητας καθώς και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα, για την πρόληψη, μολύνσεων.

- Την εξασφαλισή επαρκούς και καλού ύπνου για την αποφυγή αυπνίας

και κόπωσης που μπορεί να οδηγήσουν σε μετεγχειρητικές ανωμαλίες ή και στην εμφάνιση επιπλοκών. Γι' αυτό δίνεται ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο, τη νύχτα της παραμονής.

Επίσης γίνεται προετοιμασία και εκπαίδευση του ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων, αναπνευστικών μυών κλπ. καθώς και προσανατολισμός του ασθενούς στο θάλαμο που θα μεταφερθεί μετά την επέμβαση.

B. Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία

Είναι η ετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέ-

ρους του σώματος στο οποίο θα γίνει η επέμβαση. Αυτή συνίσταται στην αποτρίχωση, καθαριότητα και ανεισηψία του δέρματος για την αποφυγή μολύνσεων. Στη συγκεκριμένη επέμβαση το εγχειρητικό πεδίο περιλαμβάνει την πρόσθια επιφάνεια του κορμού, από το ύψος των θηλών των μαστών μέχρι κάτωθεν της ηβικής σύμφυσης. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην καλή καθαριότητα του ομφαλού και των βουβωνικών πτυχών.

Γ. Τελική προεγχειρητική προετοιμασία

Αυτή περιλαμβάνει την παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή, το ντύσιμο του ασθενή μισή ώρα πριν από την καθορισμένη ώρα της επέμβασης με την ρόμπα του χειρουργείου, τα ποδονάρια και τη σκούφια (αν πρόκειται για γυναίκα). Πριν ο ασθενής ντυθεί, πηγαίνει να ουρήσει, αν δεν υπάρχει καθετήρας Foley. Επίσης αφαιρούνται όλα τα ξένα σώματα (οδοντοστοιχίες) και τα κοσμήματα τα οποία παραδίνονται στους συγγενείς για φύλαξη. Τέλος γίνεται προνάρκωση η οποία έχει ήδη καθοριστεί από τον αναισθησιολόγο. Μετά την προνάρκωση φροντίζουμε να ξαπλώσει ο άρρωστος και διατηρούμε περιβαλλον ήσυχο και χωρίς έντονο φωτισμό.

Ο ασθενής είναι έτοιμος πλέον για τη μεταφορά του στο χειρουργείο όπου αν είναι δυνατόν τον συνοδεύει και η αδελφή.

Όσο ο ασθενής βρίσκεται στο χειρουργείο η αδελφή φροντίζει να ετοιμάσει ο θάλαμος κατάλληλα για να δεχτεί το χειρουργημένο άρρωστο. Η ετοιμασία περιλαμβάνει το στρώσιμο του κρεβατιού χειρουργικό δηλαδή ανοιχτό από όλες τις πλευρές χωρίς μαξιλάρι και με αδιάβροχο στο πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων για να προστατευθούν από τυχόν εμετούς.

Επίσης στο κομοδίνο τοποθετείται πετσέτα, ποτήρι με νερό, πορτ σόττον, νεφροειδές και στο πλάι χάρτινη σακούλα για τα άχρηστα.

Προηγουμένως ο θάλαμος έχει καθαριστεί με σφουγγάρισμα και υγρό ξεσκόνισμα των επίπλων και διατηρείται σκοτεινός και δροσερός.

Μετεγχειρητική φροντίδα

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάσταση του. Πρέπει να γίνεται από εμπειρή και επιδεξιά αδελφή η οποία παρακολουθεί και αξιολογεί την κατάσταση του αρρώστου. Μόλις ο ασθενής μεταφερθεί στο τμήμα, τον παραλαμβάνει μία αδελφή και φροντίζει κατ'αρχήν για τη σωστή τοποθέτηση του στο κρεβάτι. Η πιο συνηθής θέση είναι όπτια με το κεφάλι στραμμένο στο πλάι. Γίνεται λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων καθώς και έλεγχος της κατάστασης του τραυματος. Ο αρρώστος παρακολουθείται συχνά μέχρι την αφύπνιση του και προφυλάσσεται κατάλληλα από τυχόν διεγέρσεις.

Επίσης ελέγχονται ο καθετήρας κύστεως, αν υπάρχει, και ο όρος που φέρει ο ασθενής από το χειρουργείο.

Τα δύο πρώτα 24ωρα ο ασθενής με κολοστομία δεν παίρνει τίποτα από το στόμα. Έχει σωλήνα Levin και παίρνει υγρά μόνο παρεντερικά. Μετά το δεύτερο 24ωρο ο ασθενής παίρνει υγρά και μόλις αρχίσει να λειτουργεί το έντερο εμπλουτίζεται βαθμιαία το διαιτολόγιο του. Εφόσον ο ασθενής δέχεται καλά τα χορηγούμενα υγρά το Levin αφαιρείται και διακόπτεται η παρεντερική χορήγηση.

Όταν ο ασθενής έχει προσωρινή κολοστομία έχει μόνο τραύμα στα κοιλιακά τοιχώματα, ενώ στη μόνιμη κολοστομία μπορεί να φέρει και τραύμα στην έδρα από την περινεοτομή. Έτσι η αδελφή ανακουφίζει τον ασθενή από τον πόνο με την τοποθέτηση αεροθαλάμου, καθώς και τη συχνή αλλαγή της θέσεως. Για την εύκολη μετακίνηση του ασθενή, χωρίς την μετακίνηση του επιδεσμικού υλικού βοηθάει πολύ η το-

ποθέτηση επιδέσεως (T). Επίσης αργότερα γίνονται εδρολούτρα για την καθαριότητα και την πιο σύντομη επουλωση του τραύματος.

Ο ασθενής με περινεοτομή έχει μόνιμο καθετήρα κύστεως, για αυτό η αδελφή φροντίζει για την ακριβή μέτρηση και καταγραφή των ούρων, καθώς και για την πρόληψη απόφραξης του καθετήρα και μόλυνσης της κύστης.

Για την περιποίηση της κολοστομίας η οποία αποτελεί και το βασικό μέρος της μετεγχειρητικής φροντίδας του ασθενή θα γίνει λόγος παρακάτω εκτενεστερα.

Στα πλαίσια της μετεγχειρητικής φροντίδας ασθενούς με κολοστομία, περιλαμβάνεται και η φροντίδα για την πρόληψη ορισμένων μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Αυτές είναι :

- Πόνος

Αποτελεί φυσιολογικό φαινόμενο μετά από κάθε εγχείρηση. Πολύς φορές όμως επιδεινώνεται από τη διανοητική και συναισθηματική φόρτιση του αρρώστου. Για την ανακούφιση του από τον πόνο, η αδελφή του δίνει την κατάλληλη θέση στο κρεβάτι, κάνει εντριβή στα πιεζόμενα μέλη, προστατεύει τον ασθενή κατά το βήχα και τους εμετούς και τέλος χορηγεί αναλγητικά μετά από ιατρική εντολή.

- Δίψα

Η δίψα προέρχεται από την ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος, μετά από τη νάρκωση, που προκαλείται από την ελάττωση των εκκρίσεων και τη μείωση των υγρών του ασθενούς.

Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις του στόματος, ύγρανση των χειλιών και της γλώσσας με port - cotton βουτηγμένο σε κρύο νερό, και με την παρεντερική χορήγηση υγρών.

- Εμμετος

Αποτελεί κι αυτός φυσιολογικό φαινόμενο μετά τη νάρκωση και συνήθως διαρκεί μέχρι την απονάρκωση του αρρώστου. Αν ο ασθενής κάνει εμμετους η αδελφή γυρίζει το κεφάλι του στο πλάι και του δίνει νεφροειδές. Μετά από κάθε εμμετο το απομακρύνει, το καθαρίζει και φροντίζει για την καθαριότητα των κλινοσκεπασμάτων. Επίσης πλένει το στόμα του αρρώστου με νερό. Αν οι εμμετοι συνεχίζονται, χορηγούνται αντιεμετικά ή γίνεται διασωλήνωση με Levin.

- Αιμορραγία

Προκαλείται από μη καλή απολύτωση των αγγείων, τη μόλυνση του τραύματος, καθώς και από τις βιαιές κινήσεις του ασθενούς. Αν είναι εξωτερική, η αδελφή την αντιμετωπίζει με πιεστική επίδεση ενώ αν είναι εσωτερική, ειδοποιεί αμέσως το γιατρό, δεν δίνει τίποτα από το στόμα, φροντίζει για την ετοιμασία αίματος από την αιμοδοσία, καθώς επίσης και για την ενδοφλεβια έγχυση ορού.

- Μετεγχειρητικό shock

Είναι η κατάπτωση του κυκλοφορικού συστήματος, η οποία επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού.

Αντιμετωπίζεται με την ανύψωση του εγκεφάλου, με τη θέρμανση του αρρώστου με θερμοφόρες, καθώς και με τη χορήγηση καρδιοτονοτικών αίματος ή πλάσματος IV μετά από οδηγίες του γιατρού.

- Υποστατική πνευμονία

Αυτή οφείλεται στη συνεχή κατάκλιση, στον μη καλό αερισμό των πνευμόνων και στον αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα από βλενώδεις εκκρίσεις.

Η επιπλοκή αυτή προλαμβάνεται με τη συχνή αλλαγή της θέσης του ασθενούς στο κρεβάτι, με αναπνευστικές ασκήσεις (βαθιές εισπνοές , βήχας για την αποβολή των εκκρίσεων) και περιποίηση του στόματος και του ρινοφαρυγγα καθημερινώς.

- Διάταση του στομάχου

Τα αίτια που προκαλούν αυτή την επιπλοκή είναι η υποτονία των μυών του στομάχου, η μείωση της λειτουργικότητας του στομάχου η μείωση της κινητικότητας του ασθενή και η ελλιπής καθαριότητα του εντερικού σωλήνα.

Τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής είναι μετεωρισμός της κοιλίας, βάρος στο επιγάστριο, λόξυγγας, δύσπνοια και εμετοί. Η πρόληψη της επιπλοκής συνίσταται στην καταπολέμηση των αιτιών.

- Τυμπανισμός κοιλίας

Είναι η συσσώρευση των αερίων στο παχύ έντερο. Προκαλείται από την υποτονία των μυών και αδράνεια του εντέρου, από ελλιπή καθαριότητα του εντερικού σωλήνα και από τη λήψη τροφών που προκαλούν αέρια.

Ο ασθενής υποφέρει από μετεωρισμό της κοιλίας και κωλικούς πόνους που προέρχονται από την κυκλοφορία των αερίων που δεν μπορούν να αποβληθούν.

Η ανακούφιση του αρρώστου περιλαμβάνει :

- Ελαφρά στροφή του στο πλάι
- Τοποθέτηση σωλήνα αερίων και θερμοφόρας στο επιγάστριο
- Χορήγηση καταλληλων φαρμακων όταν οι άλλες μέθοδοι δεν αποδίδουν.

- Παραλυτικός ειλεός

Είναι η παρατεταμένη διαταση του στομάχου και του εντέρου που μπορεί να καταλήξει σε πρόσκαιρη παράλυση του εντερικού σωλήνα. Τα αίτια και η αντιμετώπιση είναι τα ίδια όπως και στο μετεωρισμό της κοιλίας.

Η διαφορά είναι η διασωλήνωση του εντέρου με το σωλήνα Miller - Abbot και η σύνδεση του με συνεχή αναρρόφηση όταν τα άλλα μέσα δεν επιφέρουν αποτέλεσμα.

- Μόλυνση και ρήξη τραύματος

Η μόλυνση οφείλεται στη μη τήρηση των κανόνων ασηψίας και αντισηψίας και εκδηλώνεται με πόνο, ερυθρότητα, θερμότητα, οίδημα και πυώδη εκροή. Ακόμη συνυπάρχουν πυρετός και γενική κακουχία. Η ρήξη τραύματος συμβαίνει συνήθως σε παχύσαρκα άτομα και μετά από απότομες κινήσεις.

Η πρόληψη της συνίσταται στην υποστήριξη του τραύματος με χειρουργική ζώνη, στην καταστολή του βήχα και των εμετών και στην αποφυγή βίαιων κινήσεων του ασθενούς.

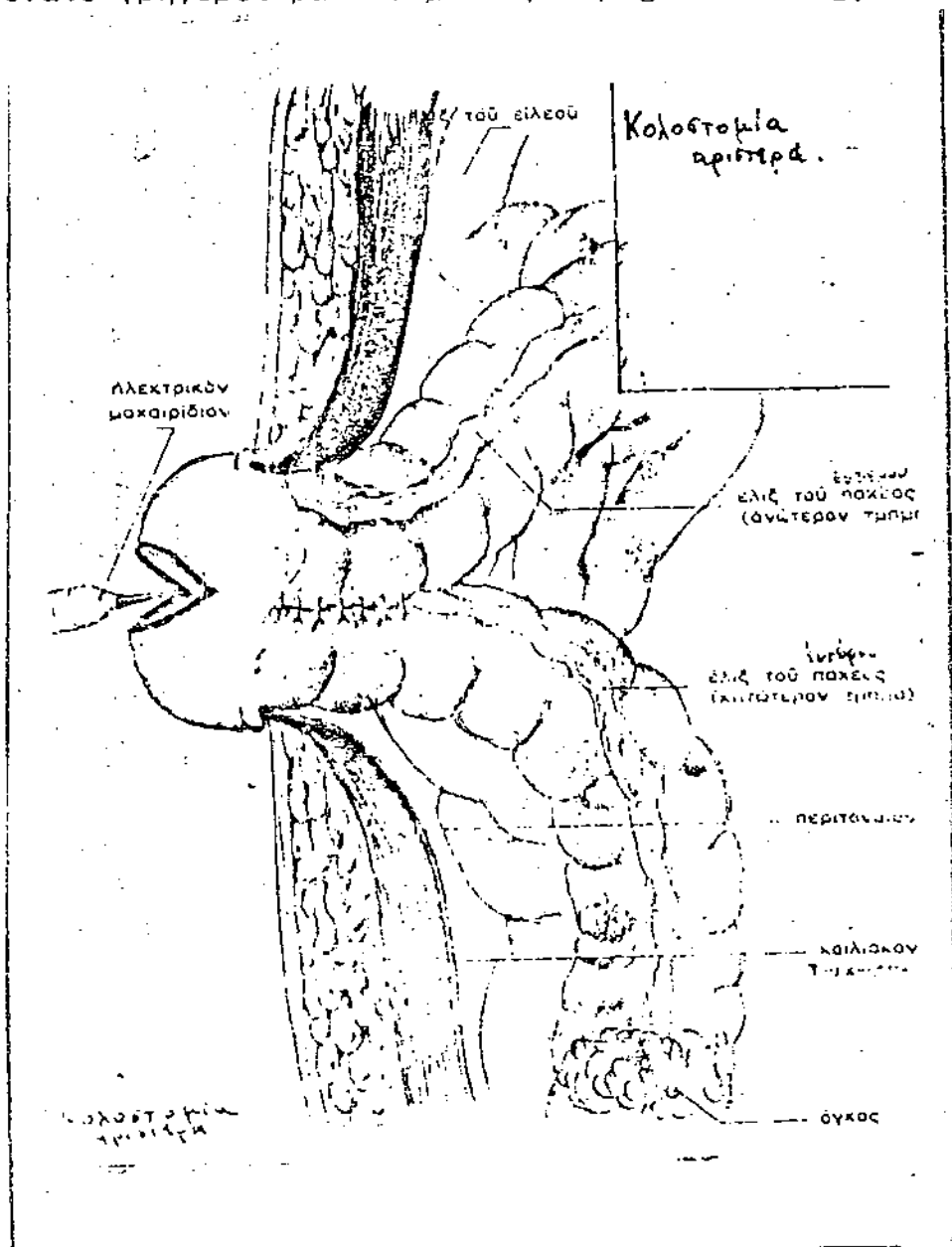
- Κατακλίσεις

Είναι μία από τις πιο συχνές επιπλοκές των χειρουργημένων ασθενών. Οφείλεται στην παρατεταμένη κατάκλιση, στον περιορισμό των κινήσεων, στη συνεχή πίεση των μελών του σώματος, και στην κακή κυκλοφορία. Άλλοι παράγοντες που συντελούν είναι η εξασθένηση του οργανισμού, η ύπαρξη αντικειμένων στο κρεβάτι καθώς και τα βρεγμένα από ούρα κλινοσκεπάσματα.

Η πρόληψη των κατακλίσεων είναι αναγκαία, γιατί η θεραπεία τους είναι δύσκολη και μακροχρόνια. Συνιστάται στη συχνή αλλαγή θέσεως, σε εντριβές στα πιεζόμενα μέλη, στην αλλαγή των λευχειμάτων

όταν βραχούν και στην ενίσχυση του οργανισμού με την χορήγηση τροφής ανωτέρας βιολογικής αξίας.

Ευνόητο είναι ότι η αδελφή που νοσηλεύει χειρουργημένο ασθενή, θα φροντίσει ώστε να προληφθούν έγκαιρα αυτές οι επιπλοκές που τόσο θα ταλαιπωρήσουν τον αρρωστο αν εμφανιστούν και προστεθούν στην ήδη βεβαρημένη κατάσταση του. Αλλά και αν για οποιοδήποτε λόγο εμφανιστεί κάποια επιπλοκή, η αδελφή με τις γνώσεις και την πείρα της, καθώς και με την καθοδήγηση του γιατρού, θα φροντίσει να εξαλειφθούν όσο το δυνατό γρηγορότερα και με λιγότερες συνέπειες.



Εικ. 5 Αριστερά κολοστομία

Κολοστομία

Είναι η κατάσταση εκείνη κατά την οποία ανοίγεται το κόλον και δημιουργείται στόμιο στα κοιλιακά τοιχώματα με χειρουργική επέμβαση, προς παροχέτευση του περιεχομένου του. Η κολοστομία μπορεί να είναι :

1. Πρόσκαιρη : στην περίπτωση αυτή το αίτιο είναι εντοπισμένο στο ανώτερο τμήμα του Π.Ε. και η παρα-φύσιν έδρα συγκλείνεται σε δεύτερο χρόνο.
2. Μόνιμη : αυτή γίνεται όταν το αίτιο είναι εντοπισμένο στο κατώτερο τμήμα του Π.Ε. (σιγμοειδές, ορθό) . Αυτή είναι ισόβια και κατά την επέμβαση γίνεται λαπαροπερινεοτομή.

Περιποίηση κολοστομίας

Τις πρώτες δύο μέρες η αλλαγή του τραύματος γίνεται ασηπτη. Μετά μόλις αρχίσει να λειτουργεί το έντερο, γίνεται με καθαρά, αλλά όχι αποστειρωμένα αντικείμενα. Το καλοπλάστ αλλάζεται κάθε φορά που υπάρχει κένωση.

Τα αντικείμενα που χρησιμοποιούμε για την αλλαγή και την περιποίηση της κολοστομίας είναι τα εξής :

- Παραβάν για την προστασία του αρρώδτου από τα αδιακριτα βλέμματα
- Δεκάνη και κανάτα με χλιαρό νερό
- Νεφροειδές , τρίφτης, σαπούνι
- Τετράγωνο αδιάβροχο
- Φιαλίδια με αιθέρα, βενζίνη, και φυσιολογικό ορό
- Βαμβάκι και γάζες
- Set αλλαγής που περιλαμβάνει : 1 λαβίδα Kelly , 1 φαλίδι, γάζες
- Προστατευτική αλοιφή δέρματος για την αποφυγή δερματίτιδου από

τα εντερικά υγρά,

- Σπάτουλα για την επιστροφή της αλοιφής και κολοπλάστ,

Ο τρόπος νοσηλείας έχει ως εξής :

Τποθετούμε το παραβάν γύρω από το κρεβάτι του αρρώστου και τακτοποιούμε τα κλινεσκιεπάσματα, διπλώνοντας τα παπλωματάκι προς τα κάτω. Σε μιά καρέκλα τοποθετούμε τη λεκάνη, την κανάτα, τον τρίφτη και το σαπούνι. Τοποθετούμε το τετράγωνο αδιάβροχο και ένα νεφροειδές στρωμένο με βαμβάκι, δίπλα στο σώμα του αρρώστου και αφαιρούμε την ακάθαρτη συσκευή τεντώνοντας το δέρμα με το ένα χέρι. Αν υπάρχουν κόπρανα πάνω στην κολοστομία, ξεπλένουμε με άφθονο φυσιολογικό ορό και συνεχίζουμε με την περιποίηση του υγιούς δέρματος. Σαπουνίζουμε το δέρμα γύρω από την κολοστομία, ξεπλένουμε και στεγνώνουμε πολύ καλά. Επαλείφουμε την προστατευτική αλοιφή και με μια γαζα βρεγμένη με φυσιολογικό ορό επαλείφουμε την ίδια την κολοστομία. Κατόπιν εφαρμόζουμε την καθαρή συσκευή. Στη συνέχεια συγκεντρώνουμε και απομακρύνουμε το υλικό που χρησιμοποιήσαμε, αφαιρούμε το παραβάν και αεριζουμε το θάλαμο. Επίσης για την εξουδετέρωση της κακοσμίας μπορεί να χρησιμοποιήσουμε κάποιο αποσμητικό spray.

Κατά την διάρκεια της νοσηλείας, η αδελφή δεν πρέπει να κάνει μορφασμούς δυσαρέσκειας και επιτιμητικά σχόλια πράγμα πολύ δυσαρεστο και αποθαρρυντικό για τον ασθενή.

Εκπλυση με υποκλυση

Χρησιμοποιούνται τα εξής:

- Συσκευή εκπλύσεως (δοχείο ή σάκκος, σωλήνας, συνδετικό)
(λριγκάτερ)
- Καθετήρας

- Διαλύμα, θερμοκρασίας 40 - 40,5 ° C
- Βαζελίνη για τη λίπανση του καθετήρα
- Χαρτοβάμβακα για τον καθαρισμό της κολοστομίας πριν και μετά την πλύση
- Χάρτινη σακούλα για τα άχρηστα
- Γάζες

Κατά προτίμηση ο ασθενής είναι σε καθιστική θέση και ενθαρρύνεται να παρακολουθεί την όλη διαδικασία. Κάθε τι που γίνεται του εξηγείται με απλά και κατανοητά λόγια.

Λιπαίνουμε τον καθετήρα με βαζελίνη για τη μείωση των τριβών και τον εισάγουμε 2- 3 cm στην αρχή. Το διάλυμα εισαγεται στο έντερο. Προοδευτικά εισάγουμε τον καθετήρα μέχρι 6 - 8 cm. Αρχικά το ποσό του διαλύματος είναι 500 cc και βαθμιαία αυξάνεται μέχρι τα 1500 cc. Το είδος του διαλύματος μπορεί να είναι σαπουνούχο νερό ή φυσιολογικός ορός. Η έκπλυση μπορεί να γίνεται καθημερινά ή κάθε 3 μέρες. Η όλη διαδικασία διαρκεί 30 - 45'. Η αδελφή θα πρέπει να διδάξει τον ασθενή ότι ο ρυθμός ροής του διαλύματος ποικίλλει ανάλογα με την πίεση και τη διάμετρο του σωλήνα, και ότι η πίεση εξαρτάται από το ύψος του δοχείου. Έτσι όταν επιυμείται αυξημένη πίεση το δοχείο ανυψώνεται ενώ στην περίπτωση που θα εμφανίσουν κοιλιακά άλγη το ύψος μειώνεται.

Ο σκοπός της έκπλυσης της κολοστομίας είναι η απομάκρυνση των κοπρανώδων μαζών από το περιφερικό τμήμα του εντέρου.

Εκλογή της κατάλληλης διαίτας ασθενούς με κολοστομία

Αρχικά η διαίτα που ακολουθεί ο ασθενής είναι υδρική (σούπες, τσάϊ).

Προοδευτικά η διαίτα περιλαμβάνει περισσότερα είδη τροφών, αλλά

πάντα με μικρό υπόλλειμα. Στην αρχή η αυστηρή δίαιτα είναι απαραίτητη στην συνέχεια όμως καθίσταται περισσότερο ελεύθερη. Τροφές που επιτρέπονται σε ασθενή με κολοστομία είναι τα ωμά φρούτα και λαχανικά, ψωμί, δημητριακά, ρύζι, πατάτες, σούπες, τυρί, κρέμες διαφορές, χυμός πορτοκαλιού, ψάρια. Τρόφιμα που δεν πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στο διαιτολόγιο του ασθενούς είναι αυτά που προκαλούν αέρια (όσπρια κλπ), τα άγουρα φρούτα, τα τηγανιτά καθώς και τα πολλά καρικεύματα και σάλτσες. Επίσης απαγορεύεται η λήψη τροφής σε υπερβολική ποσότητα και σε ακανόνιστες ώρες. Το διαιτολόγιο αυτό συνιστάται μετά την πάροδο δύο μηνών και εφόσον ο έλεγχος των κενώσεων είναι ικανοποιητικός.

Επιπλοκές της κολοστομίας

Εκτός από τον τοπικό ερεθισμό του δέρματος γύρω από την κολοστομία, του οποίου η φροντίδα αναφέρθηκε παραπάνω, άλλες επιπλοκές είναι οι εξής :

1. Εισαλή , είναι πολύ βαριά επιπλοκή, κυρίως όταν το άκρο του εντέρου ελκυσθεί στην περιτοναϊκή κοιλότητα . Τα αίτια της επιπλοκής είναι :
 - α) Η παχυσαρκία.
 - β) Η ανάπτυξη παραλυτικού ή μηχανικού ειλεου μετεγχειρητικά
 - γ) Το अपαρασκευάστο έντερο, το οποίο περιεχει κοπρανώδεις μάζες
 - δ) Η ισχαιμία και η γάγγραινα του τμήματος του εντέρου που βρίσκεται έξω.

Το εντερικό άκρο που εμφανίζει εισαλή είναι δυνατό να μη φτάσει στην περιτοναϊκή κοιλότητα αλλά να παραμείνει στον υποδόριο συνδετικό ιστό και να αναπτυχθεί φλεγμονή. Η πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση είναι η πρόληψη των παραγόντων που προκαλούν την επιπλοκή

αυτή. Επί εγκαταστάσεως της επιπλοκής συνίσταται επανεγχείρηση και κατασκευή νέας, τεχνικά άρτιας κολοστομίας, με την ανάλογη νοσηλευτική φροντίδα.

2. Διάτρηση : προκαλείται συνήθως από κάκωση του εντέρου, εξαιτίας του ρύγχους της συσκευής των υποκλισμών, και εμφανίζεται και την μόνιμη και στην πρόσκαιρη κολοστομία. Όταν η διάτρηση του εντέρου συμβεί μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα προκαλεί ταχέως την ανάπτυξη περιτονίτιδας. Η θεραπεία είναι χειρουργική.

3. Περικολική φλεγμονή και περικολικά αποστήματα :

εμφανίζεται όταν ο περικολικός ιστός επιμολυνθεί από τα εντερικά υγρά της κολοστομίας. Η επιμόλυνση αυτή προλαμβάνεται με την τοποθέτηση βαζελινούχων γαζών γύρω από το προβάλλον τμήμα του εντέρου πριν ή αφού ανοιχτεί.

Επί εγκαταστάσεως της φλεγμονής και δημιουργίας αποστήματος εκτός από την αντιβίωση εκτελείται σχάση και παραχέτευση της πυώδους ακροής.

B. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που αντιμετωπίζεται με χημειοθεραπεία

Τα χημειοθεραπευτικά χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις που οι άλλες μέθοδοι δεν μπορούν να βοηθήσουν ή σε συνδυασμό με αυτές. Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά προκαλούν ναυτία, εμετό, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του ΓΕΣ, και ορισμένα προκαλούν διάρροια ή δυσκοιλιότητα.

Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες και πολλά κάνουν δερματίτιδες, αλωπεκία και σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Ειδικότερα τα προβλήματα του αρρώστου είναι :

- Διαταραχή στην κυκλοφορία του O_2
- Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις
- Θρεπτικό ανισοζυγίο
- Διαταραχή των υγρών και ηλεκτρολυτών
- Προβλήματα από κακή λειτουργία των νεφρών, του ήπατος, του ΚΝΣ
- Ψυχολογικά προβλήματα

Η νοσηλευτική φροντίδα συνίσταται στην άρση αυτών των προβλημάτων και στην ανακούφιση του αρρώστου. Αυτή περιλαμβάνει :

- Ενημέρωση , προετοιμασία και ψυχική υποστήριξη του ασθενούς
- Χορήγηση αντιεμετικών
- Συχνά, μικρά γεύματα καθώς και επαρκής υδάτωση
- Προστασία του αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον κλπ)
- Λήψη μέτρων για να μη έρθει το φάρμακο σε επαφή με το δέρμα
- Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθηση των γύρω ιστών

Μιά από τις κύριες ευθύνες της αδελφής είναι η ακριβής χορήγηση του φαρμάκου και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων , καθώς και η πρόληψη των παρενεργειών και η προφύλαξη του ασθενή και του εαυτού της. Ο ρόλος λοιπόν της αδελφής στην περίπτωση αυτή, είναι πολύ σημαντικός και η ίδια αποτελεί σημαντικό βοηθό του γιατρού.

Γ. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που αντιμετωπίζεται με ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία σπάνια χρησιμοποιείται μόνη της σαν μέθοδος θεραπείας. Πιο συχνά χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με τις άλλες μεθόδους, και παρηγορητικά για υποχώρηση των συμπτωμάτων. Τα προβλήματα που παρουσιάζει ένας άρρωστος που ακτινοβολείται είναι :

- Η αναιμία από κακή διακίνηση του O_2 .
- Ναυτία, εμετοί, ανορεξία
- Ανισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών
- Κίνδυνοι μόλυνσης και αιμορραγίες
- Ψυχολογικά πρόβλήματα (απομόνωση, περιορισμένος χρόνος φροντίδας κλπ)

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση του αρρώστου που παρουσιάζει ναυτία και εμετούς περιλαμβάνει τη χορήγηση ηρεμιστικών και αντιεμετικών, τη χορήγηση τροφής υψηλής θερμιδικής αξίας, σε μικρά και συχνά γεύματα καθώς και τη λήψη πολλών υγρών.

Αν ο άρρωστος εμφανίσει αντιδράσεις από το δέρμα, η αδελφή παρατηρεί για ερυθρότητα, ξηρότητα και απολέπιση και χορηγεί ουδέτερες κρέμες, γίνεται πλύση του δέρματος με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό και προστατεύεται το δέρμα από την ψηλή θερμοκρασία την ηλιακή ακτινοβολία καθώς και από τραυματισμούς και τριβές.

Σε περίπτωση διάρροιας χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα και δίνονται με μικρό υπόλειμμα.

Σε περίπτωση καταστολής του μυελού των οστών, η αδελφή φροντίζει για την προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και τραυματισμούς και παρατηρεί για εμφάνιση αιμορραγιών οπότε φροντίζει για την αντιμετώπισή τους.

Διδασκαλία και αποκατάσταση ασθενούς με καρκίνο

Π.Ε. - κολοστομία

Ψυχολογική υποστήριξη

Η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή με κολοστομία αρχίζει πριν από την επέμβαση. Η ενημέρωση και η ηθική του τόνωση θεωρούνται απαραίτητα. Πριν ο αρρώστος μπει στο χειρουργείο πρέπει να είναι προετοιμασμένος γι' αυτό που θα αντιμετωπίσει μόλις ξυπνήσει. Καθήκον της αδελφής είναι να του εξηγήσει με όσο πιο κατανοητό τρόπο μπορεί τους λόγους που επιβάλλουν την επέμβαση και το ποσο θα τον ωφελήσει αυτή η θεραπεία. Η συνάντηση του αρρώστου με άλλο άτομο που έχει χειρουργηθεί και έχει αποδεχτεί την κολοστομία κρίνεται αναγκαία. Σ' αυτό βοηθάει πολύ η ύπαρξη ενός καταλόγου με τα ονόματα, τις διευθύνσεις και τα τηλέφωνα ασθενών με κολοστομία, οι οποίοι έχουν συμφιλιωθεί με την νέα τους κατάσταση και ζουν όπως προηγουμένως, χωρίς κανένα πρόβλημα. Η επικοινωνία και η συζήτηση μεταξύ τους θα βοηθήσει το νέο ασθενή να κατανοήσει το πρόβλημα του και θα τον ενθαρρύνει. Επίσης μια συζήτηση με την αδελφή θα λύσει όλες τις απορίες, τους φόβους και την αγωνία του αρρώστου σχετικά με την κατάσταση του. Ο ρόλος της αδελφής στην περίπτωση αυτή είναι εξαιρετικά δύσκολος. Ο αρρώστος όσο και μα φαίνεται ότι έχει αποδεχτεί την κατάσταση, πριν την επέμβαση την αντιμετωπίζει σαν πιθανότητα και πάντα ελπίζει ότι μπορεί και να μη γίνει. Όταν όμως ξυπνήσει και αποκτήσει συνείδηση, τον καταλαμβάνει ανησυχία, περιέργεια για το πώς είναι, και του γεννιούνται διάφορα ερωτήματα. Αυτή την κρίσιμη στιγμή η αδελφή είναι εκείνη

που βρίσκεται δίπλα του. Σ' αυτήν πέφτει ο κληρός για την ενημέρωση και τον εφησυχασμό του, για τη συμφιλίωση του με την καινούργια πραγματικότητα. Αυτό βέβαια είναι πολύ δύσκολο και απαιτεί γνώσεις, επιδεξιότητα, υπομονή και επιμονή από μέρος της αδελφής. Η συμπεριφορά του αρρώστου είναι ιδιόρρυθμη και ίσως εχθρική, ακόμα και προς το οικογενειακό του περιβάλλον και ο ίδιος χρειάζεται ειδική μεταχείριση. Όλα αυτά βέβαια εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την προσωπικότητα τη μόρφωση, την επαγγελματική και οικογενειακή κατάσταση του ασθενή.

Αφού περάσουν μερικές μέρες από την επέμβαση και ο αρρώστος έχει αποκτήσει δυνάμεις και έχει συνηθίσει την παραφύσιν έδρα, αρχίζει η διδασκαλία του για την περιποίηση της κολοστομίας από τον ίδιο. Η εκμάθηση αυτής της εργασίας είναι απαραίτητη και βαθμιαία. Στην αρχή η αδελφή εξηγεί την προετοιμασία για τη νοσηλεία δηλαδή τα απαραίτητα είδη για τη νοσηλεία, την ετοιμασία τους και τη σειρά της εργασίας. Στη συνέχεια ο ασθενής παρακολουθεί τον τρόπο προετοιμασίας των αντικειμένων και την εκτέλεση της αλλαγής από την αδελφή. Έπειτα βοηθάει όσο μπορεί την αδελφή κατά την εκτέλεση της αλλαγής και κατόπιν εκτελεί το μεγαλύτερο μέρος αυτής μόνος του. Όσο περνάει ο καιρός και ο ασθενής εξοικιώνεται με όλα αυτά, εκτελεί την αλλαγή μόνος του, με την επίβλεψη της αδελφής αρχικά, και στη συνέχεια αναλαμβάνει υπεύθυνα να ετοιμάσει και να κάνει την αλλαγή. Επίσης διδάσκεται τον τρόπο υποκλυσμού στην παράφυσιν έδρα και τον εκτελεί.

Όταν ο ασθενής είναι υπερήλικας ή μη ισορροπημένο διανοητικά ή συναισθηματικό άτομο, η αδελφή διδάσκει τον τρόπο νοσηλείας στον πλησιέστερο συγγενή του αρρώστου, ο οποίος κρίνεται κατάλληλος να κάνει αυτή την εργασία. Αλλά και όταν ο ασθενής δεν έχει συγγενικά πρόσωπα, που μπορούν υπεύθυνα να αναλάβουν τη νοσηλεία του

στο σπίτι, η αδελφή με τη βοήθεια της κοινωνικής λειτουργού, φροντίζει ώστε η νοσηλεία να γίνεται από μία επισκέπτρια αδελφή κατόπιν συννενοήσεως μαζί της.

Όλα αυτά σα σκοπό έχουν την αποκατάσταση του αρρώστου, την επαναφορά δηλαδή του ατόμου στην κοινωνία, σε μία κατάσταση που να προσεγγίζει κατά το δυνατόν την προηγούμενη φυσιολογική του κατάσταση.

Σε μία έρευνα που έγινε διπαιστώθηκε ότι "η κύρια προσφορά που μπορούν να κάνουν οι αδελφές για την αποκατάσταση ενός αρρώστου, είναι το να τον προετοιμάσουν σωστά για την έξοδο του από το Νοσοκομείο, έτσι ώστε οι δυσκολίες του να μην αυξάνονται με το να αγνοεί τους τρόπους που θα τις αντιμετωπίσει επιστρέφοντας στο σπίτι του".

Η αγωγή του αρρώστου με κολοστομία δεν σταματάει με την αποχώρηση του από το Νοσοκομείο. Η συνεχής παρακολούθηση του από γιατρό είναι απαραίτητη και πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Καθήκον λοιπόν της αδελφής είναι η ενημέρωση του αρρώστου για τις αρμόδιες υπηρεσίες που υπάρχουν στη διάθεσή του και τον τρόπο που προσφέρουν τη βοήθεια τους.

Εκτός όμως από την ενημέρωση και την ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου, καθήκον της αδελφής αποτελεί η ενημέρωση και η ηθική τόνωση των συγγενών και του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενή. Η καταλληλή προετοιμασία τους ώστε να δεχθούν και πάλι ομαλά και φυσιολογικά τον ασθενή στο περιβάλλον του είναι απαραίτητη. Επίσης πρέπει να τους πείσει ότι δεν πρέπει να φοβούνται και να αγωνιούν για να μη μεταδώσουν αυτά τα αισθήματα στον άρρωστο, αλλά να αισιοδοξούν και να ελπίζουν. Η επικοινωνία νοσηλεύτριας - συγγενών είναι αναγκαία γιατί βρίσκονται σε μία περίοδο που χρειάζονται ενίσχυση*.

* Ο τρόπος με τον οποίο τους πληροφορεί για την κατάσταση του ασθενούς πρέπει να διακρίνεται από συμπόνοια, στοργή, ανθρωπισμό, σύνεση και καλωσύνη.

Η αδελφή αποτελεί το συνδετικό κρίκο οικογενείας - ασθενούς και πρέπει να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συμπεριλαμβάνουν και τον ασθενή στα σχέδια της οικογενείας, με τη συμμετοχή του σ' αυτό όσο αυτό είναι δυνατόν. Ακόμη πρέπει να πεισθούν ότι το σπιτικό περιβάλλον είναι το καλύτερο για τον ασθενή, όπως άλλωστε έχουν αποδείξει στατιστικές έρευνες. Μέσα στο γνωστό του περιβάλλον, αισθάνεται την οικογενειακή θαλπωρή, μπορεί να συναντά φίλους και να συζητάει μαζί τους και να αισθάνεται ασφάλεια και αυτοπεποίθηση.

Όλα αυτά δίνουν στον άρρωστο το αίσθημα της ανεξαρτησία και της χρησιμότητας, πράγμα βασικό για την καλή ψυχική του υγεία.-

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Δ'

Στο κεφάλαιο αυτό αναφέρουμε περιπτώσεις ασθενών που νοσηλεύτηκαν σύμφωνα με την μεθοδο της Νοσηλευτικής διεργασίας.

Η Νοσηλευτική διεργασία αναφέρεται στην αξιολόγηση των νοσηλευτικών προβλημάτων τον προγραμματισμό , την αντιμετώπιση των νοσηλευτικών αναγκών και την εκτίμηση των αποτελεσμάτων αυτής, σε σχέση προς τη γενική κατάσταση του αρρώστου.

Κλινική περίπτωση Α

Ασθενής Α, ηλικίας 65 ετών, διακομίζεται στη Χειρουργική κλινική από την Α'Μ/Γ όπου υποβλήθηκε σε εγχείρηση κατά Hartman . Η ασθενής νοσηλευόταν στην Α'Μ/Γ από τις 13/6/88 για αδυναμία , καταβολή δυνάμεων και απώλεια βάρους .

Στις 1/7/88 υποβλήθηκε σε ερευνητική λαπαροτομία όπου βρέθηκε Ca στο ορθοσιγμοειδές και Ca στα 10cm από το δακτύλιο . Έγινε Hartman με αφαίρεση του όγκου στο ορθοσιγμοειδές και τελική κολοστομία .

Πριν από την επέμβαση η ασθενής υποβλήθηκε σε διαγνωστικές εξετάσεις : διάβαση παχέως εντέρου και ορθοσιγμοειδοσκόπηση . Από τη διάβαση που έγινε στις 23/6/88 διαπιστώθηκε ότι : στην περιοχή του σιγμοειδούς παρατηρείται πίεση και μετατόπιση του τοιχώματος του κολου, το οποίο εμφανίζει μεγάλου βαθμού στένωση . Η εικόνα είναι ενδεικτική για διήθηση του Π.Ε. από τη μαζα της ελασσονος πυέλου . Από την ορθοσιγμοειδοσκόπηση που έγινε στις 27/6/88 διαπιστώθηκε διήθηση του ορθού σε απόσταση 10 cm από το δακτύλιο, ευκόλως αιμορραγούσα . Λόγω της ευκόλου της αιμορραγίας, δεν επιχειρήθηκε βιοψία .

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Αξιολόγηση νοση- λευτικών προβλη- μάτων του ασθε- νούς	Καθορισμός αντι- κειμενικών σκο- πών της Ν.Φ.	Προγραμματισμός και εφαρμογή των νοσηλευτι- κών πράξεων	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της Ν.Φ.
Καταβολή δυνά- μεων	Να επανακτήσει ο ασθενής τις δυνάμεις του	Ανάπαυση , ηρε- μία , αποφυγή εντονων δραστη- ριοτήτων. Χορή- γηση βιταμινού- χων σκευασμάτων.	Ο ασθενής μετά απο μερικές μέρες αισθανόταν καλύτερα
- Ανορεξία	Κύριο μέλημα ει- ναι να βελτιωθεί η ορεξη του ασθε- νούς και να δια- τηρηθεί καλη θρέψη	Προσφορά τροφής αρεσκείας του, σερβιρισμένης όμορφα	Ο ασθενής παρουσίασε βραδεία βελτίωση της ορεξης. Χρειαστηκαν αρκετές μέρες για να αρχίσει να παίρνει συχνά και μικρά γεύ- ματα. Τέλος έφτασε να τρώει μόνος του.
- Απώλεια βάρους	Να αυξηθεί το σωματικό του βάρος	Χορήγηση τρο- φης ανωτέρας βιολογικής αξίας	Το βάρος του ασθενού παρέμεινε στα ίδια επιπεδα

Μετά τη χειρουργική επέμβαση , νέα προβλήματα προστίθενται ώστε η αναπροσαρμογή του προγράμματος νοσηλείας είναι αναγκαία. Τα καινούργια προβλήματα είναι :

- Πόνος	Να μειωθεί ο πόνος και να ανακουφιστεί ο ασθενής	Χορήγηση παυσι- πόνων κατόπιν ιατρικής εντολής (Algarhan amp)	Με την επίδραση των παυσιπόνων ο πόνος σταδιακά μειώθηκε μέχρι που εξαφανίστη- κε
---------	---	--	---

Αξιολόγηση νοση- λευτικών προβλη- μάτων του ασθε- νούς	Καθαρισμός αντι- κειμενικών σκο- πών της Ν.Φ.	Προγραμματισμος και εφαρμογή των νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της Ν.Φ.
- Ξηρότητα στόματος	Να ανακουφιστεί ο ασθενής από την Ξηρότητα	Εφύγραση του στόματος και των χειλέων με βρεγμένα port- cotton. Επαλει- ψη των χειλέων με βαζελίνη	Κατά την ομολογία του ασθενούς σημει- ώθηκε βελτίωση του βαθμού της Ξηρότητας
- Ναυτία - εμέτος	Να εξουδετε- ρωθεί η ναυ- τία και να α- ποφευχθεί ο εμέτος	Συστάσεις για να παίρνει βαθι- ές αναπνοές, για καταστολή της ναυτίας. Σε περίπτωση έμμε- τών, χορήγηση αντιεμετικών (primperan amp IV) και πλύσεις του στόματος	Ο ασθενής μετά τη χορήγηση αντιεμετι- κού δεν παρουσίασε άλλους εμετους.
- Διαταραχή του ισοζυγί- ου υγρών και ηλεκτρολυτών	Να αποκαταστα- θεί το ισοζύ- γιο των υγρών	Χορήγηση υγρών διαλυμάτων πα- ρεντερικά (Ringer's - KadafeX dextrose 5%)	Το ισοζύγιο των υγρών που είχε διαταραχθεί λόγω απώλειας αίματος και υγρών κατά την επέμβαση, άρχισε να αποκαθίσταται βαθμι- μέτρηση και κατα- αία με τη χορήγηση γραφή προσλαμβα-

- Κολοστομία

Να διατηρηθεί η κολοστομία καθαρή, να μάθει ο ασθενής τη διαδικασία της αλλαγής του κολοπαστ και του καθαρισμού της κολοστομίας

νομένων αποβα-
λομένων υγρών

Περιποίηση της κολοστομίας και του τραύματος, αλλαγή του κολοπαστ σε κάθε κένωση, Διδασκαλία του ασθενούς

των υγρών. Το ποσό των προσλαμβανόμενων υγρών ήταν ίσο με το ποσό των αποβαλλομένων

Η κολοστομία και το τραύμα ήταν σε καλή κατάσταση. Οι κένώσεις ήταν κανονικές σε αριθμό, ποσότητα και ποιότητα

Αξιολόγηση νοση- λευτικών προβλη- μάτων του ασθε- νούς	Καθορισμός αντι- κειμενικών σκο- πών της Ν.Φ.,	Προγραμματισμός και εφαρμογή των νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της Ν.Φ.
---	--	--	---

Αρνηση του ασθενούς να μάθει τη διαδι- κασία περιποι- ησης και καθα- ρισμού της κολοστομίας	Να πεισθεί ο ασθενής ότι εί- ναι υποχρεωμένος να μάθει τον τρόπο αλλαγής και καθαρισμού της κολοστομί- ας ώστε να την εκτελεί και στο σπίτι μόνος του.	Συνεχείς διδα- σκαλίες με υπο- μονή και επιμο- νή. Παροκολού- θηση του ασθε- νούς την ώρα που εκτελεί την αλλα- γή, βοήθεια αν χρειαστεί, και εξήγηση σε τυ- χόν απορίες του με προθυμία	Μετά από πολλή προ- σπάθεια ο ασθενής πείστηκε ότι πρέπει να μάθει τη διαδικα- σία της αλλαγής του κολοπλαστ και υπεβαλε κάθε δυνατή προσπάθεια γι' αυτό. Τελικά ο ασθενής έ- φτασε να εκτελεί την εργασία πολύ κα- λά και χωρίς την επιβλεψη της αδελ- φής.
---	--	---	---

Η ασθενής εξήλθε στις 17/7/88 σε καλή γενική κατάσταση.

Είχε επανακτήσει τις δυνάμεις της και είχε αποδεχτεί την κολοστο-
μία, μετά από πολλές συζητήσεις με τους γιατρούς και τις αδελφές του
τμήματος. Είχε μάθει να καθαρίζει και να περιποιείται την κολοστομία
της καθώς και να αλλάζει το κολοπλαστ μετά από μακροχρόνια διδασκαλία
από τις αδελφές.

Κλινική περίπτωση Β

Ο ασθενής Β, ηλικίας 72 ετών, διακομίζεται από την Β' ΠΠ στην Β' ΠΡΧ κλινική στις 25/6/88.

Τα συμπτώματα εισόδου του στο Νοσοκομείο είναι : εντερορραγία, αναιμία, καταβολή δυνάμεων , εύκολη κόπωση.

Αναφέρει αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου, τους 2 τελευταίους μήνες με εναλλαγές διάρροιας - δυσκοιλιότητας. Οι κενώσεις τελευταία είναι πολύ συχνές και αιματηρές. Ο ασθενής έπαιρνε συστηματικά καθαρτικά αλλά χωρίς θετικό αποτέλεσμα.

Αναφέρει επίσης τεινεσμό και αίσθημα φουσκώματος στην κοιλιά σε πολύ μεγάλο βαθμό.

Έχει απώλεια βάρους (25 κιλά σε 3 - 4 μήνες), Πριν 2 χρόνια αναφέρει αιματέμεση. Η διάγνωση τότε ήταν γαστρορραγία από ασπιρίνη.

Το Νοεμβριο του '86 έγινε έλεγχος για ήπαρ - σπλήνα και διαπιστώθηκε διόγκωση ήπατος και σπλήνος με υπερλειτουργία του σπλήνος. Από την α/α στομάχου παρατηρούνται κίρσοι οισοσάγου και του θόλου του στομάχου. Ο άρρωστος είναι επίσης κίρρωτικός.

Από τη διάβαση παχέως εντέρου εξακριβώνεται ύπαρξη μάζας στρογγυλού σχήματος στο ορθό, προβάλλουσα εντός της κοπροδόχου λυκήθου με ανώμαλο περίγραμμα πολυποειδής μορφολογίας. Αντίστοιχα προς τη μετάπτωση του ορθού στο σιγμοειδές παρατηρείται κεντρική στένωση του αυλού με ανώμαλα χείλη. Επίσης στο σιγμοειδές παρατηρείται μάζα ανάλογης μορφολογίας. Συνίσταται σιγμοειδοσκόπηση. Η διάβαση δεν ολοκληρώθηκε λόγω μη διάδοσης του σφιαστικού και αδυναμίας συνεργασίας του αρρώστου. Από την κλινική εξέταση διαπιστώνεται κοιλία μαλακή, επώδυνη στην πίεση. Ψηλαφώνται κοπροανώδεις μάζες. Το ήπαρ είναι φυσιολογικό, αλλά ο σπλήνας είναι διογκωμένος.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Αξιολόγηση νοση- λευτικών προ- βλημάτων του ασθενούς	Καθορισμός των αντικειμενικών σκοπών της Ν.Φ.	Προγραμματισμός και εφαρμογή των νοσηλευτι- κών πράξεων	Αξιολόγηση απο- τελεσμάτων της Ν.Φ.
- Καταβολή δυνάμεων Εύκολη κό- πωση	Να επανακτήσει τις δυνάμεις του	Ανάπαυση, ηρεμία, περι- ορισμός των δραστηριοτή- των	Σημειώθηκε προο- δευτική βελτίωση
- Απώλεια βάρους	Να πάρει κιλά και να επανέλ- θει στο κανο- νικό σωματικό βάρος	Χορήγηση βιτα- μινούχων σκευα- σμάτων και τρο- φής ανωτέρας βι- ολογικής αξίας	Ο ασθενής κατά την παραμονή του στο Νοσοκομείο πήρε 2 - 3 κιλά
- Εντερορ- ραγία	Να αποκαταστα- θει η αιμορρα- γία και να προληφθεί ολιγαιμικό shock	Χορήγηση αίματος και υγρών, παρε- ντερικά, συχνή παρακολούθηση για τυχόν αντι- δράσεις από τη μετάγγιση	Ο ασθενής πήρε το αίμα χωρίς να παρου- σιάσει αντιδράσεις. Η αιμορραγία δεν ήταν σοβαρή και στα- μάτησε σχετικά γρή- γορα
- Αναιμία	Να διορθωθεί η αναιμία	Χορήγηση σιδή- ρου και ανάλο- γης διατροφής πλούσια σε σίδηρο.	Μετά από αρκετές μέρες η εξέταση αίματος, έδειξε άνο- δο του αιματοκρίτη
- Αίσθημα φουσκώματος	Να απαλλα- γεί ο άρρωσ-	Τοποθέτηση σωλήνα	Το αποτέλεσμα ήταν θετικό και ο ασθενής

στος από τα
αέρια που
προκαλούν το
φούσκωμα

αερίων ή θερ-
μοφόρας στο
επιγάστριο για
την αύξηση του
περισταλτισμού
του εντέρου με
συνέπεια την
αποβολή αερίων

ανακουφίστηκε προ-
σωρινά. Η νοσηλεία
επαναλήφθηκε όταν
ξαναπαρουσιάστηκε
το σύμπτωμα

- Κίρρωση
του ήπατος

Να σταθεροποι-
ηθεί η κατάστα-
ση και να ανα-
κουφιστεί ο
ασθενής από
τα ενοχλήμα-
τα

Ανάπαυση, διαί-
τα πλούσια σε
ζωϊκά λευκώμα-
τα και υδατάν-
θρακες, φτωχή
σε λίπη. Χορή-
γηση βιταμινών
κυρίως Β, C,
Κ, Α

Παρ'όλο που ο ασθε-
νής ανακουφιζόταν
προσωρινά η κατά-
σταση του παρέμε-
νε στάσιμη, λόγω
της σοβαρότητας
της νόσου

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Αξιολόγηση νοσηλευτικών προβλημάτων	Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών της Ν.Φ.	Προγραμματισμός και εφαρμογή των νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της Ν.Φ.
<p>— Άγχος και επίμονη άρνηση του ασθενούς να χειρουργηθεί παρά όλες τις ενδείξεις των γιατρών</p>	<p>Να πείσουμε τον ασθενή ότι η επέμβαση είναι αναγκαία και προς οφέλος του</p>	<p>Εγιναν πολλές συζητήσεις με τον ασθενή για να λυθούν οι απορίες του και να τονωθεί το ηθικό του.</p> <p>Η παρουσία αδελφής δίπλα του ήταν συνεχής για την ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου.</p>	<p>Η προσπάθεια δεν έφερε κανένα αποτέλεσμα. Ο ασθενής ήταν ανένδοτος και τίποτα δε στάθηκε ικανό να τον κάνει να αλλάξει γνώμη</p>

Τελικά ο άρρωστος εξήλθε στις 7/1/88 χωρίς να χειρουργηθεί, σε σχετικά καλή κατάσταση. Το βάρος του αυξήθηκε κατά την παραμονή του στο Νοσοκομείο, και του συστήθηκε ανάπαυση και καλή διατροφή στο σπίτι. Συνέχισε να παίρνει σίδηρο για τη διόρθωση της αναιμίας του. Του συστήθηκε επίσης να γίνει χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία για παρηγορητική και ανακουφιστική θεραπεία, την οποία αποδέχτηκε καλύτερα

Κλινική περίπτωση Γ

Ο ασθενής Γ προσήλθε στην Β' ΠΡΧ κλινική αιτιωμένος καταβολή δυνάμεων, απώλεια βάρους, παρά το ότι είχε όρεξη, άλγος στη ΔΕ κοιλιακή χώρα, πυρετό κατά περιόδους που συνοδεύοταν από ρίγος. Η παρούσα νόσος αρχίζει προ τριμήνου.

Ατομικό αναμνηστικό : οστεομυελίτιδα προ 15ετίας της ΑΡ ποδοκνημικής και σιδηροπενική αναιμία. Εισήχθη στην Β' ΠΠ και υποβλήθηκε σε α/κο έλεγχο όπου διαπιστώθηκε κύστη στο ήπαρ και προγραμματισμός scanning ήπατος. Έγινε επίσης διάβαση παχέως εντέρου, από την οποία διαπιστώθηκε κυκλωτερης στένωση, στο τυφλό. Η α/α στομάχου ήταν φυσιολογική. Η Mayer κοπράνων ++Hb

Στις 21/6/88 έγινε επέμβαση, όπου μετά την διάνοιξη του περιτοναίου ανευρεθεί δακτυλιοειδές καρκίνωμα στο ανιόν κόλο. Οι λεμφαδένες του μεσοκόλου είναι διογκωμένοι, και λαμβάνεται ένας για ταχεία βιοψία ο οποίος φαίνεται ότι είναι θετικός για νεόπλασμα.

Εκτελείται ΔΕ χολεκτομή και ΤΤ και ειλεοεγκάρσια αναστόμωση.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Αξιολόγηση νοσηλευτικών προβλημάτων του ασθενούς	Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών της Ν.Φ.	Προγραμματισμός και εφαρμογή των νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων Ν.Φ.
--	---	---	-----------------------------------

Πόνος στην κοιλιακή χώρα	Να ανακουφιστεί ο άρρωστος από τον πόνο	Διδασκαλία του ασθενή να παραμένει στο κρεβάτι του, σε κατάλληλη θέση, παρακολούθηση και καταγραφή των χαρακτηρισμών του πόνου, χορήγηση αντισπασμωδικών φαρμάκων κατόπιν ιατρικής εντολής	Ανακούφιση από τον πόνο όσο διαρκούσε η χρήση των φαρμάκων
--------------------------	---	--	--

- Πυρετός με ρίγος	Να επέλθει φυσιολογική θερμοκρασία	Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων, ενίσχυση του άρρωστου να παίρνει άφθονα υγρά, τοποθέτηση θερμοσφύρας για το ρίγος, προστασία	Σε λιγότερο από 1 ώρα ο πυρετός έπεσε σε φυσιολογικά επίπεδα
--------------------	------------------------------------	--	--

από ρεύματα
χορήγηση αντι-
πυρετικών
(Aprotelamp).

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Αξιολόγηση νοσηλευτικών προβλημάτων του ασθενούς	Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών της Ν.Φ.	Προγραμματισμός και εφαρμογή των Ν πράξεων	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας
--	---	--	---

Μελαινα κένωση	Να αντιμετωπίσουμε το σύμπτωμα	Παρακολούθηση κάθε κένωσης για το χρωμα-σύσταση-ποσότητα. Τοπική καθαριότητα μετά από κάθε κένωση. Έλεγχος για αναιμία από τη συνεχή απώλεια αίματος	Οι κενώσεις εξακολουθούσαν να είναι μέλαινες και από τις εξετάσεις αίματος διαπιστώθηκε χαμηλός αιματοκρίτης. Για την αναιμία χορηγήθηκε σίδηρος
----------------	--------------------------------	--	--

Μετεγχειρητικά ο άρρωστος παρουσίασε γαστρική διάταση και τοποθέτηση Levin. Τα νέα προβλήματα που παρουσίασε είναι :

-Τοποθέτηση Levin	Να λειτουργεί καλά η παροχέτευση	Συχνή παρακολούθηση για την καλή παροχέτευση	Η παροχέτευση του Levin ήταν ικανοποιητική. Το πσό των
-------------------	----------------------------------	--	--

των γαστρικών υγρών 120 - 150cc
υγρών, μέτρηση ημερησίως και τα
και καταγραφή υγρά ήταν χολώδη
του ποσού, παρα-
τήρηση του χρώ-
ματος (αιματηρά,
χολώδη)

-Μετεωρισμός
της κοιλίας

Να ανακουφι-
στεί ο άρρω-
στος από τη
δυσφορία
που προκα-
λεί ο μετε-
ωρισμός

Ελαφρά στροφή
σπα πλάι. Το-
πυθέτηση σωλή-
να αερίων για
την αποβολή
αυτών, αποφυ-
γή υγρών και
τροφής που
προκαλούν α-
ερια. Χορήγη-
ση φαρμάκων που
αυξάνουν την
περισταλτικό-
τητα του εν-
τέρου.

Το σύμπτωμα σιγά-
σιγά υποχώρησε και
παρατηρήθηκε βελ-
τίωση της κατά-
στασης του αρρώστου

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Αξιολόγηση νοσηλευτικών προβλημάτων του ασθενούς	Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών της Ν.Φ.	Προγραμματισμός εφαρμογή των νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της Ν.Φ.
--	---	---	---------------------------------------

-Λόξυγκας	Να απαλλαγεί ο άρρωστος από το ενόχλημα	Ενίσχυση του ασθενούς να παίρνει αναπνοές, προσφορά νερού και σύσταση να το πίνει με μικρές γουλιές. Κράτημα της αναπνοής και υποστήριξη του τραύματος με τις πάλλες για αποφυγή ρήξης.	Ο λόξυγκας σταμάτησε σε λίγο χωρίς να ταλαιπωρήσει ιδιαίτερα τον ασθενή
-----------	---	---	---

-Δύσπνοια λόγω πύεσης του διαφράγματος	Να ανακουφιστεί από τη δύσπνοια και να αποκατασταθεί η αναπνοή	Τοποθέτηση σε αναρροπή θέση, δημιουργία κατάλληλων περιβαλλοντικών συνθηκών (αερισμός) . Χορήγηση O_2 , μέτρηση και καταγραφή ζωτικών σημείων	Με την κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα η αναπνοή του ασθενούς αποκαταστάθηκε πλήρως
--	--	---	--

-Αιμάτεμεση
λόγω τριχοει-
δούς αιμορ-
ραγίας του
στομάχου

Να αντιμετω-
πιστεί κατάλ-
ληλα η ανωμαλία

Συχνή παρακο-
λούθηση του
ασθενή, μέτρη-
ση και καταγρα-
φή ζωτικών ση-
μείων καθώς και
του χαρακτήρα
και της ποσό-
τητας των εμ-
μετών. Σχολα-
στική καθαριότη-
τα του στόμα-
τος, χορήγηση
βιταμίνης Κ
κατόπιν ιατρι-
κής εντολής,
προσφορά κρύου
νερού από το
στόμα μετά
το σταμάτημα
της αιμορραγι-
ας. Εφυσηχασμός
του ασθενή

Η αιμορραγία δεν
ήταν σοβαρή και
προλήλθε από τη
εξάνταση του στο-
μάχου. Τα εμέ-
σματα ήταν σκούρου
καφέ χρώματος. Τα
ζωτικά σημεία ήταν
σε φυσιολογικά
επίπεδα. Ο ασθενής
ήταν ήρεμος μετά
την ενθάρρυνση του
από την αδελφή.
Το φαινόμενο δεν
επαναλήφθηκε.

Στις 1/7/88 αποφασίστηκε έξοδος του ασθενούς ο οποίος
βρισκόταν σε πολύ καλή γενική κατάσταση.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Αξιολόγηση των προβλημάτων του ασθενούς	Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών της Ν.Φ.	Προγραμματισμός εφαρμογή των νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της Ν.Φ.
-Απλαστική αναιμία	Να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα με τα οποία εμφανίζεται η νόσος και να εφαρμοστεί θεραπεία	Ανάπαυση, ηρεμία, προφύλαξη από τις λοιμώξεις, εφαρμογή ασηπτων τεχνικών, αποφυγή συναντήσεων με πολλά άτομα, προφύλαξη από αιμορραγίες, περιορισμός των δραστηριοτήτων, χορήγηση O ₂ σε περίπτωση δύσπνοιας, Μετάγγιση αίματος, συχνή παρακολούθηση.	Η ασθενής παρέμενε σε πλήρη ανάπαυση. Μεταγγίστηκε χερσίς να παρουσιάσει αντιδράσεις, προσυλασόταν από λοιμώξεις και αιμορραγίες με τα κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα, αλλά η κατάσταση της εξακολούθησε να είναι η ίδια.

Μετά από όλα αυτά γίνεται νέα αξιολόγηση της κατάστασης της ασθενούς, διαπιστώνονται νέα προβλήματα, οπότε γίνεται αναπροσαρμογή του προγράμματος. Τα προβλήματα που προστίθενται είναι:

Κλινική περίπτωση Δ

Η ασθενής Δ, 47 ετών, προσήλθε στην Β' ΠΡΧ κλινική, στις 14/9/88 για να υποστεί δεύτερη επέμβαση στο ορθό. Η πρώτη έγινε πριν 4 μήνες με διενέργεια κολοστομίας. Μετά την επέμβαση η ασθενής υποβλήθηκε σε θεραπεία με χημειοθεραπευτικά και ακτινοβολία για 3,5 μήνες. Η θεραπεία της προκάλεσε απλαστική αναιμία και επανηλειμένες λοιμώξεις από σταφυλόκοκο.

Τα συμπτώματα άρχισαν 8 μήνες πριν από την πρώτη επέμβαση και ήταν συνεχές άλγος στον πρωκτό (είχε δύο εξωτερικές αιμορροΐδες) που γινόταν πιο έντονο κατά την αφόδευση, απώλεια βάρους (10 κιλά σε 2 μήνες) και καταβολή δυνάμεων. Δεν παρουσιάστηκαν διαταραχές των κενώσεων.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Αξιολόγηση νοσηλευτικών προβλημάτων του ασθενούς	Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών της Ν.Φ.	Προγραμματισμός και εφαρμογή των νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της Ν.Φ.
-Κολοστομία	Να διατηρείται η κολοστομία καθαρή να αλλάζεται συχνά το κολοπλαστ.	Περιποίηση της κολοστομίας και αλλαγή του κολοπλαστ σε κάθε κένωση, τα κατάλληλα αντικείμενα, χορήγηση πετιδίνης σε μεγάλες δόσεις μετά από ιατρική εντολή	Η κολοστομία ήταν σε καλή κατάσταση, λειτουργούσε ικανοποιητικά, η ασθενής είχε κένωση καθημερινά. Κατά την ομολογία της ασθενούς ο πόνος υποχωρεί προσωρινά, αλλά επανέρχεται με την ίδια ένταση

-Επιμονή του πόνου	Να καταπολε- μηθεί ο πόνος και να ησυχά- σει η άρρω- στη	Χορήγηση πε- θιδίνης κάθε 4 ώρες μετά από ιατρική εντολή	Ο πόνος επιμένει παρ' όλη τη χορή- γηση του φαρμάκου
-Τροφώδης εμετός	Να ανακουφιστεί στεί η ασθε- νής	Τοποθέτηση της ασθενούς σε πλάγια θέ- ση, σύσταση για βαθιές αναπνοές πλύση και πε- ριποίηση της στοματικής κοι- λότητας. Απο- μάκρυνση του νεφροειδούς αλλαγή ιμα- τισμού αν χρει- αστεί.	Η ασθενής δεν πα- ρουσίασε άλλους εμετούς και ήταν ήσυχη
- Μη καλή λειτουργία του εντέρου	Να αποκατα- σταθεί η λειτουργία του εντέρου	Εγινε χαμηλός υποκλυσμός από την κολοστο- μία και χορή- γηση κατάλληλης δίαιτας	Ο υποκλυσμός απέδωσε και ο περισταλτισμός του εντέρου αποκα- ταστάθηκε τις επό- μενες μέρες. Ενερ- γείται κανονικά

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Αξιολόγηση νοσηλευτικών προβλημάτων του ασθενούς	Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών της Ν.Φ.	Προγραμματισμός εφαρμογής νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της Ν.Φ.
--	---	--	---------------------------------------

Στις 26/9/88, η ασθενής προγραμματίστηκε και υποβλήθηκε σε δεύτερη χειρουργική επέμβαση, στην οποία διαπιστώνεται Ca ορθού. Ξυνυπάρχει και έντονη α ουλώδης σκληρία. Την 1η μετεγχειρητική μέρα η ασθενής παραπονείται για συνεχές, έντονο άλγος και ζητά συνεχώς αναλγητικά προς ανακούφιση. Η ασθενής παρουσίασε σύνδρομο στέρησης λόγω εθισμού στα ναρκωτικά.

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω, το πρόγραμμα νοσηλείας πρέπει να προσαρμοστεί ανάλογα με την κατάσταση της ασθενούς.

-Σύνδρομο στέρησης, που εμφανίζεται με ταχυκαρδία, εφίδρωση, ψυχρά άκρα	Να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα και να ανακουφιστεί η ασθενής	Συχνή λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων, τοποθέτηση σε αναροπη θέση, ανάπαυση, Αλλαγή των ιδρωμένων ρούχων και κλινοσκεπασμάτων, πρόφλαξη από ρεύματα αέρα, Τοποθέτηση θερμοφόρας	Τα συμπτώματα εξακολούθησαν και τις επόμενες μέρες με πιο ήπια μορφή, ώσπου εξαφανίστηκαν τελείως. Τα νοσηλευτικά μέτρα εφαρμοζόταν μέχρι την αποδρομή των συμπτωμάτων και την πλήρη αποκατάσταση της ασθενούς.
---	--	--	---

-Η ασθενής
έχει Levin,
καθετήρα
Folley και
ROP

Να λειτουρ-
γούν σωστά
οι παροχε-
τεύσεις

στα άκρα,
ελαφρά και
ζεστά σκε-
πάσματα,
Συχνή παρα-
κολούθηση
του ασθενούς,
φροντίδα για
καλή παροχέτευ-
ση των υγρών
και πρόληψη
απόφραξης των
καθετήρων,
Μέτρηση και
καταγραφή
των αποβαλλο-
μένων υγρών,
Αξιολόγηση
της σύστασης,
χρώματος, χροι-
άς των
υγρών,

Το Levin απέδωσε
300cc χολώδους
υγρού, το ROP απέδωσε
330cc οροαιματηρού
υγρού και τα ούρα
24ώρου ήταν 1150cc.
Η λειτουργία των
παροχετεύσεων ήταν
ικανοποιητική

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Αξιολόγηση νοσηλευτικών προβλημάτων του ασθενούς	Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών της Ν.Φ.	Προγραμματισμός εφαρμογή των νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της Ν.Φ.
--	---	---	---------------------------------------

Ξηρότητα στόματος	Να ανακουφιστεί η άρρωστη από την Ξηρότητα	Συχνές πλύσεις στόματος με Hexalen, εφύγρανση των χειλέων και επάλειψη με γλυκερίνη	Όπως είπε αργότερα η ασθενής, η Ξηρότητα υποχώρησε και αισθανόταν καλύτερα
-------------------	--	---	--

Την 2η και 3η μετεγχειρητική μέρα η ασθενής παραπονείται συνεχώς για πόνο, έχει υπνηλία και αισθάνεται μεγάλη εξάντληση.

Τα συμπτώματα του συνδρόμου αποστέρησης παρέρχονται με την πάροδο των ημερών.

Υπάρχει ικανοποιητικός περισταλτισμός του εντέρου και οι κενώσεις είναι κανονικές σε αριθμό και ποσότητα.

Όλες οι παροχετεύσεις λειτουργούν καλά και αποδίδουν ικανοποιητικό ποσό υγρών.

Τα ζωτικά σημεία της ασθενούς κυμαίνονται σε φυσιολογικά επίπεδα.

Η ασθενής αναφέρει ένα χολώδη εμετό και όξινες ερυγες.

Την 3η μετεγχειρητική μέρα παρουσιάζονται και πάλι προβλήματα :

-Αίσθημα προκαρδίας δυσφορίας	Να αντιμετωπιστεί ανάλογα το πρόβλημα	Καθησυχάστηκε η ασθενής και εκλήθη καρδιολόγος, ο	Με τη συνεχή παρουσία της αδελφής, τη συζήτηση και την ηθική τόνωση της
-------------------------------	---------------------------------------	---	---

- Άλγος στον
ΑΡ ώμο

Να ερευνηθεί
η αιτία
του πόνου και
να αντιμετω-
πιστεί κατάλ-
ληλα

οποίος έκρι-
νε ότι δεν
χρειάζεται
ιδιαίτερη
αγωγή
Κατόπιν ιατρι-
κής οδηγίας
γίνεται α/α θώ-
ρακα όπου δια-
πιστώνεται
ιατρογενής
πνευμοθώρακας
με πλήρη
έκπτυξη του
πνεύμονα

ασθενούς, αυτή
ενθαρρύνθηκε και
προσπάθησε να
παραβλέψει αυτό
που συνέβη,
Προγραμματίστηκε
τοποθέτηση Büllaw.
Η αδελφή προετοι-
μασε κατάλληλα την
ασθενή, η οποία
δεχτηκε χωρίς
διαμαρτυρία τη νέα
επέμβαση.

Την επόμενη τοποθετήθηκε Büllaw στο χειρουργείο. Η νοση-
λευτική φροντίδα συνίσταται σε όλη τη γνωστή προεγχειρητική και μετεγ-
χειρητική προετοιμασία καθώς και στην παρακολούθηση της καλής λειτουρ-
γίας του Büllaw.

Στις 4/10/88 αφαιρείται το Büllaw και η κατάσταση της ασθε-
νούς είναι ικανοποιητική. Συνεχίζει αντιβίωση (Zinasef, Flagil).
Υπάρχει περισταλτισμός του εντέρου και η κολοστομία λειτουργεί καλά.

Και ενώ η ασθενής βρισκόταν στο στάδιο της ανάρρωσης και η
γενική της κατάσταση ήταν σχετικά καλή, παρουσίασε ξαφνικά πνευμο-
νική εμβολή και απεβίωσε στις 7/10/88.

Κλινική περίπτωση Ε

Ο ασθενής Ε, 57 ετών, προσέρχεται στη χειρουργική κλινική, για περιομφαλικό άλγος, ανορεξία, απώλεια βάρους (5 - /kg) και απώλεια αίματος στα κόπρανα.

Οι διαγνωστικές εξετάσεις απέδειξαν Ca της ΔΕ κολικής καμπής και αποφασίστηκε χειρουργική αντιμετώπιση.

Προεγχειρητικά τα προβλήματα του αρρώστου ήταν τα εξής :

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Αξιολόγηση των νοσηλευτικών προβλημάτων	Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών της Ν.Φ.	Προγραμματισμός και εφαρμογή των νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της Ν.Φ.
Προετοιμασία του εντέρου για την επέμβαση	Να απελευθερωθεί το έντερο από το περιεχόμενό του	Κατάλληλη δίαιτα για όσο το δυνατόν λιγότερα υπολείμματα, χορήγηση ελαφρών υπακτικών, εφαρμογή υποκλυσμών την παραμονή και της πρώτης ημέρας της επέμβασης	Τα αποτελέσματα των υποκλυσμών ήταν θετικά και η προετοιμασία του εντέρου ήταν πλήρης

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Αξιολόγηση νοσηλευτικών προβλημάτων του ασθενούς	Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών της Ν.Φ.	Προγραμματισμός εφαρμογή των νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων της Ν.Φ.
- Φόβος , αγωνία ανησυχία	Να φτάσει ο ασθενής στο χειρουργείο ήρεμος και χωρίς άγχος	Ηθική τόνωση του αρρώστου Χορήγηση ηρεμιστικού (stedon tab) Ενημέρωση για την επέμβαση	Με την αδελφή ενθαρρύνθηκε , απέκτησε εμπιστοσύνη στη θεραπευτική ομάδα και πείστηκε ότι θα θεραπευθεί , όπως είπε ο ίδιος.
-Τοποθέτηση Levin	Το Levin τοποθετήθηκε για την παροχέτευση των γαστρικών υγρών τις πρώτες μέρες	Ενημέρωση του ασθενούς για τη χρησιμότητα και την αναγκαιότητα της τοποθέτησης του Levin. Παρακολούθηση της λειτουργίας	Ο ασθενής δέχτηκε χωρίς να δημιουργήσει προβλήματα, την τοποθέτηση του Levin

Μετεγχειρητικά ο ασθενής παρουσιάζει άλλα προβλήματα, τα οποία απαιτούν νέα αξιολόγηση και αντιμετώπιση. Αυτά είναι:

-Πόνος του χειρουργικού φραύματος	Να μειωθεί ο πόνος	Κατάλληλη θέση του αρρώστου στο κρεβάτι διδασκαλία για την υποστήριξη του	Σε ερώτηση της αδελφής απάντησε ότι ο πόνος σταδιακά μειώθηκε, ώσπου έγινε ανεπαίσθητος
-----------------------------------	--------------------	---	---

τραύματος

τραύματος σε

περίπτωση

βήχα η εμετού

χορήγηση παυ-

σιπόνου

(Algarhan)

- Εμετός

Να κατασταλεί

ο εμετός

Τοποθέτηση

της κεφαλής

στο πλάι,

πλύσιμο του

στόματος,

αλλαγή των

σκεπασμάτων

Ο ασθενής δεν είχε

άλλους εμετούς,

γιατί είχε και το

Levin.

- Δίψα

Να αντιμετωπι-

στεί το δυσά-

ρεστο αυτό

αίσθημα

Εφύγραση της

γλώσσας και

των χειλέων με

δροσερό νερό.

Η συνεχής νοσηλευ-

φροντίδα είχε σαν

αποτέλεσμα να ανα-

κουφιστεί ο ασθε-

νής.

- Ο ασθενής

έχει Levin

και καθετήρα

Folley

Να λειτουργούν

καλά οι καθε-

τήρες

Συχνός έλεγ-

χος των καθε-

τήρων για πρό-

ληψη τυχόν

απόφραξης

Η λειτουργία των κα-

θετήρων ήταν ικανο-

ποιητική

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Αξιολόγηση νοσηλευτικών προβλημάτων του ασθενούς	Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών της Ν.Φ.	Προγραμματισμός εφαρμογή των νοσηλευτικών πράξεων	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της Ν.Φ.
-	-	Καλή παροχέτευση των υγρών Μέτρηση και καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών	Το ποσό των αποβαλλόμενων ούρων ήταν 1200 cc το 24ωρο και των γαστρικών υγρών 150cc
-Διαταραχή του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών	Να αποκατασταθεί το ισοζύγιο	Χορήγηση υγρών διαλυμάτων IV (Ringer's Kadalex, Dextrose 5%) των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και σύγκριση αυτών	Βαθμιαία το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών αποκαταστάθηκε. Τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά κυμαίνονται στα ίδια επίπεδα

Τις επόμενες μέρες η γενική κατάσταση του ασθενούς ήταν καλή. Ο ασθενής ήταν άπυρετος και κινητοποιούταν. Αφαιρέθηκε το Levin και ο καθετήρας κύστεως και διακόπηκε η αντιβίωση. Ο περι-

σταλτισμός του εντέρου ήταν καλός, καθώς και οι κενώσεις. Στη συνέχεια άρχισε ρ.ο σίτιση με κατάλληλη διαίτα.

Ο ασθενής εξήλθε από το Νοσοκομείο στις 20/7/88 και του δόθηκαν οδηγίες για επανεξέταση σε 15 μέρες και για τοποθέτηση ζώνης κοιλίας για 2 μήνες.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Τελειώνοντας την εργασία αυτή θα θέλαμε να κάνουμε ορισμένες προτάσεις, πάνω στο θέμα του συγκεκριμένου αρρώστου με καρκίνο του παχέως εντέρου και κολοστομία.

Καλό θα ήταν για τη σωστή και εξειδικευμένη φροντίδα των αρρώστων αυτών να υπάρχει σε κάθε Νοσοκομείο ειδικό εξωτερικό ιατρείο που θα παρακολουθεί τα άτομα αυτά. Τα ιατρεία αυτά να είναι επανδρωμένα με ειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και να διευθύνονται από αυτό.

Έτσι οι άρρωστοι με κολοστομία για οποιοδήποτε πρόβλημά τους θα απευθύνονται στα κέντρα αυτά και θα εξυπηρετούνται χωρίς να ταλαιπωρούνται. Εκτός αυτού, θα έχουν την ευκαιρία να συναντηθούν και να συζητήσουν με ανθρώπους που έχουν το ίδιο πρόβλημα, πράγμα βασικό για την καλή ψυχική τους υγεία.

Όσον αφορά τώρα τη νοσηλευτική διεργασία είναι μία μέθοδος που απαιτεί τη συνεχή συνεργασία αδελφής - ασθενούς και που θέλει την αδελφή συνεχώς δίπλα στον άρρωστο. Γιατί αυτό είναι απαραίτητο για την αναγνώριση και αξιολόγηση των προβλημάτων του αρρώστου, τον προγραμματισμό και την εφαρμογή των νοσηλευτικών διαδικασιών, καθώς και για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας.

Η μέθοδος της νοσηλευτικής διεργασίας δεν είναι δυνατό βέβαια να περιοριστεί σε σχεδιάγραμμα και τετραγωνικά πλαίσια και είναι μία μέθοδος εξατομικευμένη για κάθε ασθενή, που αναπροσαρμόζεται κάθε φορά που παρουσιάζεται κάποιο πρόβλημα.

Η αδελφή εφαρμόζει με επιτυχία τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας μόνο όταν εκτελεί τις νοσηλευτικές πράξεις με σκοπό να δώσει ζωή στα χρόνια και όχι χρόνια στη ζωή.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. Βασώνης Δ., "Επίτομη Χειρουργικής και Ορθοπαιδικής", 4η έκδοση
Αθήνα 1985.
 2. Γαρδίκας Κ.Β., "Ειδική Νοσολογία", τόμος Α, 4η έκδοση, Αθήνα
1984.
 3. Μαλγαρινού Μ.Α. - Κωνσταντινίδου Σ.Φ., "Βασικές αρχές Παθολογι-
κής και Χειρουργικής Νοσηλευτικής", τόμος Β', Αθήνα
1984.
 4. Μαλγαρινού Μ.Α. - Κωνσταντινίδου Σ.Φ., "Γενική Παθολογική -
Χειρουργική Νοσηλευτική", τόμος Α', Αθήνα 1985.
 5. Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνεδριο - πρακτικά 1983.
 6. Ραγιά Χρ. Αφροδίτη, "Βασική Νοσηλευτική", Αθήνα 1987.
 7. Σάββας Α.Π., "Επίτομη Ανατομική του Ανθρώπου", τόμος Α', Θεσ/νί-
κη 1985.
 8. Σαχίνη - Καρδάση Άννα, "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική-
Νοσηλευτικές διαδικασίες", τόμος Α', Αθήνα 1985.
 9. Τούντας Κ.Ι., "Επίτομη Χειρουργικής", τόμος Γ', Αθήνα 1981.
-
1. A. Guyton, M.D., "Φυσιολογία του Ανθρώπου", 3η έκδοση,
πρόλογος -επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Η. Κούβελας,
μετάφραση, Α. Ευαγγέλου.
 2. Harrison, "Εσωτερική Παθολογία", 8η έκδοση, τόμος Γ',
Αθήνα 1982.

