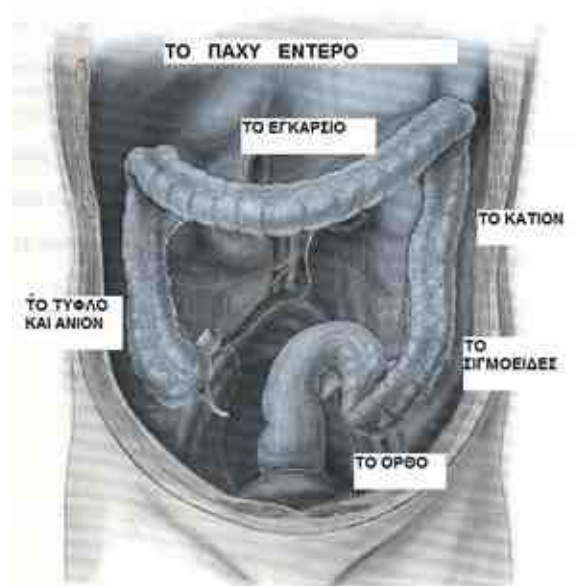


ΣΧΟΛΗ Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πτυχιακή εργασία
«ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ»



Σπουδάστρια: Ειρήνη Μπάρη

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Ε. Παπαγιαννοπούλου

Ιωάννινα 2014

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	4
Εισαγωγή.....	5
Επιδημιολογία.....	6
Ιστορική αναδρομή.....	7

Α Μέρος

1. Ανατομία παχέος εντέρου.....	10
1.1 Χαρακτηριστικά του παχέος εντέρου.....	12
1.2 Αγγεία και νεύρα του παχέος εντέρου.....	13
2. Φυσιολογία του παχέος εντέρου.....	14
2.1 Απορρόφηση.....	14
2.2 Αποθήκευση.....	15
2.3 Κινητικότητα.....	15
2.4 Αφόδευση.....	16
2.5 Μικροβιολογία παχέος εντέρου.....	18
3. Παθολογία.....	18
3.1 Αιτιολογία.....	19
3.2 Κλινική εικόνα.....	20
3.3 Μορφές καρκίνου παχέος εντέρου.....	21
4. Διάγνωση.....	22
4.1 Διαφορική Διάγνωση.....	25
5. Πρόγνωση - Σταδιοποίηση.....	26
5.1 Επέκταση της νόσου.....	28
6. Πρόληψη.....	29
7. Θεραπεία.....	30
7.1 Χειρουργική.....	30
7.2 Συντηρητική.....	31

B Μέρος

8. Εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς.....	32
9. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση	33
9.1 Πόνος	34
9.2 Διαταραχή της θρέψης: πρόσληψη μικρότερη των αναγκών του οργανισμού	35
9.3 Προπαρασκευαστικός θρήνος	37
9.4 Κίνδυνος διαταραχής της σεξουαλικής λειτουργίας	37
9.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στις διαγνωστικές εξετάσεις	39
10. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία.....	42
10.1 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών κατά την χημειοθεραπεία	43
10.2 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών κατά την ακτινοθεραπεία	44
10.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προεγχειρητική φροντίδα	46
10.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην διεγχειρητική φροντίδα	49
10.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην μετεγχειρητική φροντίδα.....	50
10.6 Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με κολοστομία.....	53
10.7 Τα είδη της κολοστομίας.....	56
10.8 Νοσηλευτική φροντίδα κατά την πλύση της κολοστομίας	57
11. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση	58

Γ Μέρος

12. Νέα Δεδομένα για τον καρκίνο του παχέος εντέρου	62
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	82

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αναφέρεται στον καρκίνο του παχέος εντέρου και κυρίως στη νοσηλευτική του αντιμετώπιση. Αρχικά στην εργασία γίνεται μια μικρή εισαγωγή για τον καρκίνο του παχέος εντέρου και παρουσιάζονται η επιδημιολογία και η ιστορική αναδρομή του καρκίνου. Στο πρώτο μέρος αναλύεται η ανατομία, τα χαρακτηριστικά, τα αγγεία και τα νεύρα του παχέος εντέρου. Έπειτα αναφέρεται η φυσιολογία του παχέος εντέρου η οποία περιλαμβάνει τις λειτουργίες του, που είναι η απορρόφηση, η αποθήκευση, η κινητικότητα και η αφόδευση. Αναλύεται επίσης η παθολογία που αυτό συνεπάγεται την αιτιολογία, την κλινική εικόνα ανάλογα με την θέση εντοπισμού της νόσου, την πρόληψη, την διάγνωση, την πρόγνωση, τη σταδιοποίηση και τη θεραπεία της νόσου. Στη συνέχεια στο δεύτερο μέρος αναλύεται η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς που πάσχει από καρκίνο του παχέος εντέρου η οποία περιλαμβάνει την εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς, το ρόλο του νοσηλευτή στη διάγνωση και τις διαγνωστικές εξετάσεις, το ρόλο του νοσηλευτή στη θεραπεία που περιλαμβάνει τη φροντίδα του ασθενούς στο νοσοκομείο και την εκπαίδευση για το πώς θα πρέπει ο ασθενής να φροντίσει τον εαυτό του μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο. Παρουσιάζεται η φροντίδα κατά την χημειοθεραπεία την ακτινοθεραπεία, η φροντίδα του ασθενούς προεγχειρητικά, η διεγχειρητική φροντίδα καθώς και η μετεγχειρητική φροντίδα, η εκπαίδευση του ασθενούς στην περιποίηση της κολοστομίας, τα είδη της κολοστομίας και η πλύση της κολοστομίας. Επίσης εκτός από την σωματική αποκατάσταση γίνεται αναφορά και στην συναισθηματική ενδυνάμωση του ασθενούς καθώς και της οικογένειάς του. Και τέλος αναφέρονται τα νέα δεδομένα του καρκίνου του παχέος εντέρου μέσω των περιλήψεων.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι το δεύτερο κακοήθες νεόπλασμα όσον αφορά τον αριθμό των θανάτων μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί μεγάλη πρόοδος σε ότι αφορά την διάγνωση, τις χειρουργικές τεχνικές, την κατανόηση του γενικού υποστρώματος του καρκίνου του παχέος εντέρου, στη θεραπεία ασθενών που παρουσιάζουν μεταστάσεις και στις συμπληρωματικές θεραπείες. Αν και έχει γίνει μεγάλη πρόοδος ακόμη και σήμερα η αιτιολογία των περισσότερων περιπτώσεων του καρκίνου του παχέος εντέρου παραμένει απροσδιόριστη. Επιπλέον ο μεταστατικός καρκίνος του παχέος εντέρου με εξαίρεση κάποιες περιπτώσεις οδηγεί στο θάνατο (Runge et al, 2009).

Ο καρκίνος είναι η ανεξέλεγκτη αύξηση των κυττάρων σε ένα μέρος του οργανισμού. Η ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων διαφέρει από τη κανονική ανάπτυξη των κυττάρων. Δηλαδή αντί να πεθαίνουν τα καρκινικά κύτταρα συνεχίζουν να αναπτύσσονται και να δημιουργούν νέα ανώμαλα κύτταρα. Στο παχύ έντερο τα καρκινώματα αρχικά εμφανίζονται με τη μορφή πολύποδα (καλοήθη ή κακοήθη) όπου με την πάροδο του χρόνου αν δεν ανιχνευθούν έγκαιρα μπορεί να εξελιχθούν σε καρκίνο. Τα καρκινικά κύτταρα μπορούν να διασπαρθούν μέσω του κυκλοφορικού ή του λεμφικού συστήματος σε άλλα σημεία του σώματος δημιουργώντας έτσι αποικιακούς όγκους οι οποίοι ονομάζονται μεταστάσεις. Σκοπός της νοσηλευτικής αντιμετώπισης είναι η προσέγγιση του αρρώστου ως μια βιοψυχοκοινωνική οντότητα που έχει ως σκοπό τη λεπτομερή φροντίδα τόσο του αρρώστου όσο και της οικογένειας του για την πρόληψη, την διατήρηση και την αποκατάσταση της υγείας του (Νάτσικας, 1991).

Οι περισσότεροι καρκίνοι του παχέος εντέρου είναι αδenoκαρκινώματα. Σπάνια εμφανίζονται λεμφώματα, σαρκώματα ή κακοήθεις καρκινικοί όγκοι. Το μεγαλύτερο μέρος των καρκίνων του παχέος εντέρου είναι σποραδικοί και μόνο το 5-10% είναι κληρονομικοί (Μπονάτσος και συν., 2011). Ο καρκίνος του παχέος εντέρου προσβάλλει και τα δυο φύλα και οι παράγοντες κινδύνου του είναι η κακή διατροφή, η παρουσία πολύποδων, η κληρονομικότητα και οι διάφορες λοιμώξεις. Επίσης έχει αναφερθεί ότι η συστηματική λήψη ασπιρίνης μειώνει τον κίνδυνο της εμφάνισης του. Μακροσκοπικά υπάρχουν τέσσερις μορφές καρκίνου: Ο υπερτροφικός, ο ελκωτικός, ο διηθητικός και ο θηλωματώδης (Χανιώτης & Χανιώτης, 2002).

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Το αδενοκαρκίνωμα του κόλου και του ορθού αποτελεί την τρίτη κατά σειρά πιο συχνή εστία εμφάνισης καρκίνου καθώς επίσης και την τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτου στον ανεπτυγμένο-δυτικό κόσμο από καρκίνο τόσο στους άνδρες μετά τον καρκίνο του προστάτη και του πνεύμονα όσο και στις γυναίκες μετά τον καρκίνο του μαστού και του πνεύμονα. Υπολογίζεται πως το 2007 στις Η.Π.Α διεγνώσθησαν 112.340 νέες περιπτώσεις καρκίνου του κόλου και 41.420 νέες περιπτώσεις του ορθού. Ο κίνδυνος ανάπτυξης κολοορθικού καρκίνου αυξάνεται με την πρόοδο της ηλικίας με αποτέλεσμα το 90% των νέων περιπτώσεων να αφορούν άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών (Παπαλάμπρος, 2012).

Περίπου το 6% του πληθυσμού των Η.Π.Α που φθάνει στην ηλικία των 80 ετών θα αναπτύξει καρκίνο παχέος εντέρου. Το 90% αναπτύσσει καρκίνο από προϋπάρχοντα αδενώματα, το 75% θα είναι σποραδικό χωρίς να υπάρχει οικογενειακό ιστορικό και 1% θα αναπτυχθεί σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου ευθύνεται για περισσότερους από 56.000 θανάτους ετησίως. Η συχνότητα αυξάνεται μετά την ηλικία των 50 ετών. Στην περίπτωση που οι βλάβες περιορίζονται στο παχύ έντερο και στο ορθό, το ποσοστό επιβίωσης φθάνει το 90% ενώ όταν υπάρχει εξάπλωση σε παρακείμενους ιστούς, το ποσοστό επιβίωσης μειώνεται στο 65% και αν υπάρχει συμμετοχή απομακρυσμένων εστιών το ποσοστό επιβίωσης πέφτει σημαντικά στο 8% (Butcher, 2008).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι η δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Πιο συγκεκριμένα ο καρκίνος του παχέος εντέρου ευθύνεται για το 10% των νεοπλασμάτων του ανθρώπου. Η συχνότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου στους άνδρες είναι ελαφρώς αυξημένη σε σχέση με αυτή των γυναικών. Διαφέρει όμως μεταξύ των διαφόρων πληθυσμών. Η συχνότητα του είναι υψηλότερη σε ανεπτυγμένες χώρες όπως η Αυστραλία, η Βόρειος Αμερική, η Δυτική Ευρώπη και χαμηλότερη στις αναπτυσσόμενες χώρες όπως η Κίνα και η Υποσαχάριος Αφρική (Μπανκουσλί, 2008).

Σύμφωνα με την αμερικάνικη αντικαρκινική εταιρεία το 2007 διαπιστώθηκε ότι οι Αφροαμερικανοί άνδρες έχουν υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου και υψηλότερη θνησιμότητα σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη φυλετική ή εθνική ομάδα. Το ποσοστό θνησιμότητας μεταξύ των Αφροαμερικανών ανδρών είναι κατά 38% υψηλότερο από ότι στους λευκούς άνδρες ενώ στις Αφροαμερικάνες γυναίκες είναι κατά 17% υψηλότερο. Αυτό συμβαίνει λόγω του ότι οι φυλετικές και εθνικές μειονότητες αντιμετωπίζουν εμπόδια στην πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες επομένως δεν υπάρχει η πρόληψη, η έγκαιρη ανίχνευση και η θεραπεία (Osborn, 2013).

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η λέξη καρκίνος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στην αρχαία Ελλάδα και αναφέρεται στο ζώο καρκίνο (κάβουρα), του οποίου τα πόδια τοποθετούνται αντιδιαμετρικά στο σώμα του. Ο όρος αναφέρεται επίσης και από τον Ιπποκράτη, που έζησε τον 4^ο αιώνα π.Χ ο οποίος θεωρούσε ότι οι διογκωμένες φλέβες στο στήθος γυναικών με καρκίνο του μαστού μοιάζουν με τα πόδια του κάβουρα, ενώ χρησιμοποιούσε συχνά τις λέξεις καρκίνος και καρκίνωμα, για να περιγράψει διάφορες διογκώσεις με ή χωρίς σχηματισμό εξωτερικού έλκους (Στεφανογιάννης, 2006).

Οι πρώτοι που χρησιμοποίησαν τον όρο καρκίνος για τη συγκεκριμένη νόσο ήταν οι αρχαίοι Έλληνες, όμως ο καρκίνος εντοπίζεται σε ακόμη παλαιότερες περιόδους. Έχουν βρεθεί στοιχεία για ένα τύπο καρκίνου των οστών, το οστεοσάρκωμα σε οστά κεφαλής και αυχένα σε μούμιες στην Αρχαία Αίγυπτο. Επίσης έχει βρεθεί και περιγραφή της συγκεκριμένης νόσου σε πάπυρο ο οποίος υπολογίζεται ότι γράφτηκε το 1600 π.Χ. Σε αυτόν τον πάπυρο αναφέρονται οκτώ περιπτώσεις όγκων ή ελκών στο στήθος οι οποίοι αντιμετωπίζονταν με καυτηριασμό, το λεγόμενο «τρυνάμι της φωτιάς». Στον πάπυρο αναφέρονταν ότι η νόσος δεν είχε θεραπεία. Οι αρχαίοι Αιγύπτιοι πίστευαν ότι ο καρκίνος ήταν η τιμωρία από τους Θεούς για τις ασεβείς και αμαρτωλές πράξεις (Στεφανογιάννης, 2006).

Ο Ιπποκράτης ήταν ο πρώτος γιατρός που κατανόησε και περιέγραψε τις διαφορές μεταξύ του καλοήθους και του κακοήθους όγκου. Όμως εξαιτίας των περιορισμένων γνώσεων και τα μηδαμινά μέσα της εποχής 460-370 π.Χ τον οδήγησαν στη διατύπωση της λανθασμένης θεωρίας ότι το ανθρώπινο σώμα αποτελείται από τέσσερις χυμούς που είναι το αίμα, το φλέγμα, η κίτρινη και η μαύρη χολή. Υποστήριζαν ότι σε φυσιολογικές συνθήκες οι χυμοί αυτοί βρίσκονται σε ισορροπία, όταν όμως συσσωρεύεται υπερβολική ποσότητα μαύρης χολής σε συγκεκριμένα μέρη του σώματος, δημιουργείται ο καρκίνος. Αυτή η θεωρία υποστηρίχθηκε για πολλούς αιώνες μέχρι περίπου το 1300 μ.Χ. Η θεωρία των χυμών έφτασε στη Ρωμαϊκή εποχή, όπου την υιοθέτησε και τη διέδωσε ο διάσημος γιατρός Γαληνός (Στεφανογιάννης, 2006).

Η μακρόχρονη διατήρηση της θεωρίας των τεσσάρων χυμών οφείλεται στην αυστηρή απαγόρευση μελέτης του ανθρώπινου σώματος, που είχε επιβληθεί το συγκεκριμένο διάστημα για θρησκευτικούς λόγους. Για όλα αυτά τα χρόνια και για πολλά αργότερα η νόσος θεωρούνταν ανίατη ασθένεια ακόμη και αν υποβάλλονταν ο ασθενής σε κάποιου είδους χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση του όγκου (Στεφανογιάννης, 2006).

Κατά τον 15ο αιώνα, άρχισαν να χρησιμοποιούνται πιο επιστημονικές μέθοδοι στη μελέτη των ασθενειών. Το 1628 άρχισε να χρησιμοποιείται η μέθοδος της αυτοψίας όπου αποκάλυψε πολλά στοιχεία για το ανθρώπινο σώμα και την κυκλοφορία του αίματος μέσα από την καρδιά και τα υπόλοιπα όργανα. Το 1761 ο Morgagni χρησιμοποίησε πρώτος τη νεκροψία για να συνδέσει παθολογικά ευρήματα με την αρρώστια που έπασχε ο ασθενής. Αυτή η μέθοδος έθεσε τα θεμέλια για την επιστημονική μελέτη του καρκίνου και την ανάπτυξη της επιστήμης της ογκολογίας. Την ίδια περίπου περίοδο ο σκοτσέζος John Hunter (1728-1793) πρότεινε ότι κάποιοι τύποι καρκίνου που δεν έχουν εισβάλει σε κάποιο ιστό μπορούν να αφαιρεθούν χειρουργικά. Αλλά έναν αιώνα αργότερα αναπτύχθηκε η μέθοδος της αναισθησίας χάρη στην οποία αναπτύχθηκαν και οι μέθοδοι της χειρουργικής επέμβασης. Εκείνη την περίοδο επικρατούσε η θεωρία της λέμφου (το υγρό που κυκλοφορεί στο σώμα μέσω του λεμφικού συστήματος) για την αιτιολογία του καρκίνου, η οποία υποστήριζε ότι η δημιουργία του καρκίνου είναι αποτέλεσμα της αλλαγής της πυκνότητας και της σύστασης της λέμφου (Στεφανογιάννης, 2006).

Διάφορες θεωρίες αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια των αιώνων παράλληλα με την ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης. Μια θεωρία τον 17ο με 18ο αιώνα, πίστευε ότι ο καρκίνος είναι μεταδοτική νόσος. Νόσος η οποία προκαλείται από παράσιτα στο σώμα, όπως κάποιο σκουλήκι που είναι υπεύθυνο για τον καρκίνο του στομάχου. Γεγονός που οδήγησε στην απομάκρυνση του πρώτου αντικαρκινικού νοσοκομείου από το κέντρο του Παρισιού το 1779, ώστε να μην μολυνθεί ο υγιής πληθυσμός (Στεφανογιάννης, 2006).

Τον 19ο αιώνα γεννήθηκε και η επιστημονική ογκολογία μέσα από τη συστηματική πλέον χρήση του μικροσκοπίου και την ανάδυση της επιστήμης της κυτταρικής παθολογίας από τον Rudolf Virchow. Με αυτή τη μέθοδο μελετήθηκαν οι ανθρώπινοι ιστοί που αφαιρέθηκαν από τη χειρουργική επέμβαση, και έτσι δινόταν η δυνατότητα για σαφή διάγνωση. Έτσι, άρχισε να υποστηρίζεται ότι ο καρκίνος αποτελείται από κύτταρα αλλά όχι όμως φυσιολογικά. Ο Virchow παρόλα αυτά υποστήριζε ότι όλα τα κύτταρα ακόμη και τα καρκινικά προέρχονται από άλλα κύτταρα και αντιπρότεινε τη θεωρία της χρόνιας ενόχλησης αλλά και της μεταφοράς του καρκίνου σαν υγρό μέσα στο σώμα (Στεφανογιάννης, 2006).

Το 1911 ο Peyton Rous στο Ινστιτούτο Rockefeller της Νέας Υόρκης, για πρώτη φορά περιέγραψε το σάρκωμα στα κοτόπουλα. Αργότερα έγινε γνωστός ως ιός με την ονομασία, σάρκωμα του Rous. Για αυτή του την εργασία πήρε το βραβείο Νόμπελ το 1968. Το 1915 σε πανεπιστήμιο του Τόκιο, εργαστηριακά απομονώθηκε για πρώτη φορά ο καρκίνος, σε πειραματόζωα και συγκεκριμένα στο δέρμα των ποντικών (Στεφανογιάννης, 2006).

Από τα τέλη του 19ου έως τις αρχές του 20ου αιώνα, πίστευαν στην θεωρία, ότι ο καρκίνος προκαλείται από κάποιο τραύμα. Πολλοί επιστήμονες πίστευαν ότι ο καρκίνος προκαλείται από την επιδείνωση κάποιου τραύματος. Εγκαταλείφθηκε όμως σύντομα αυτή η θεωρία, μετά από αποτυχημένες προσπάθειες πρόκλησης καρκίνου σε πειραματόζωα με τραυματισμό. Πιο πρόσφατα, η κλωνική θεωρία υποστηρίζει ότι αρχικά συμβαίνει μια μετάλλαξη σε ένα και μοναδικό κύτταρο, το οποίο πολλαπλασιάζεται και δίνει ένα «κλώνο» πανομοιότυπων κυττάρων, τα οποία σχηματίζουν την καρκινική μάζα. Είναι μια θεωρία που υποστηρίχθηκε από πολλούς επιστήμονες που ασχολήθηκαν με την έρευνα του καρκίνου (Στεφανογιάννης, 2006).

Όλους αυτούς τους αιώνες η πεποίθηση ότι ο καρκίνος είναι μία ανίατη ασθένεια ακολουθούσε τις διάφορες θεωρίες και αυτό ήταν που ενίσχυσε τόσο πολύ το φαινόμενο της «καρκινοφοβίας» που επικρατεί στον κοινό νο. Πλέον η επιστήμη έχει απομυθοποιήσει πολλές από αυτές τις αντιλήψεις και έχει κατορθώσει να διαμορφώσει μία πιο σαφή εικόνα τόσο για τη φύση της νόσου όσο και για τα αίτια της (Στεφανογιάννης, 2006).

A Μέρος

1. ANATOMIA

Το παχύ έντερο έχει μήκος περίπου 1,5m και ξεκινά από την ειλεοτυφλική βαλβίδα και τελειώνει στον πρωκτό. Αποτελείται από τέσσερις χιτώνες οι οποίοι από έξω προς τα μέσα είναι ο ορογόνος, ο μυϊκός, ο υποβλεννογόνος και ο βλεννογόνος. Κατά την πορεία του σχηματίζει μια ατελή στεφάνη, που περιβάλλει τις έλικες του λεπτού εντέρου. Η διάμετρος του αυλού του είναι μεγαλύτερη από αυτή του λεπτού εντέρου, εμφανίζοντας μεγαλύτερη έκταση στην περιοχή του τυφλού και στη συνέχεια στενεύει σταδιακά έως το ευθύ, όπου μετά διογκώνεται πάλι για να σχηματίσει αμέσως πιο πάνω τον πρωκτικό σωλήνα την κοπροδόχο λήκυθο (Χατζημπούγιας, 2002).

Το παχύ έντερο αποτελείται από τρεις μικρότερες μοίρες: το τυφλό με τη σκωληκοειδή απόφυση, το κόλον και το απευθυσμένο (Εικ. 1).

Το τυφλό βρίσκεται στην αρχή του παχέος εντέρου και προβάλλει κάτω από την ειλεοτυφλική βαλβίδα, έχει μήκος περίπου 6cm και πλάτος 7,5cm και χωρητικότητα 100-150 κυβικά εκατοστά. Βρίσκεται μέσα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο και περιέχει το στόμιο του ειλεού στο έσω τοίχωμα του. Η μεσοκολική ταινία του βλέπει προς τα πίσω και έσω, η επιπλοϊκή ταινία βλέπει προς τα πίσω και έξω και η ελεύθερη κολική ταινία βρίσκεται μεταξύ των δύο παραπάνω και φαίνεται από μπροστά (Χατζημπούγιας, 2002).

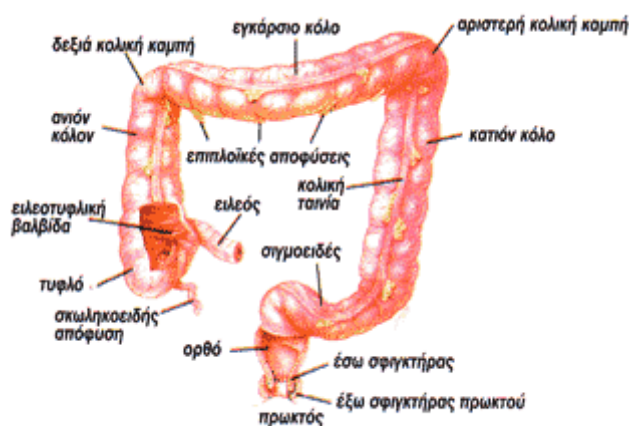
Το ανιόν κόλο έχει διάμετρο περίπου 15cm και αποτελεί τη συνέχεια του τυφλού προς τα πάνω και ο αυλός του έχει μικρότερη διάμετρο. Καλύπτεται από το περιτόναιο κατά την πρόσθια και τις πλάγιες επιφάνειες, ενώ η οπίσθια επιφάνεια του βρίσκεται σε ανατομική συσχέτιση με τον ουρητήρα ενώ η δεξιά κολική καμπή επικαλύπτει συνήθως τον κάτω πόλο του δεξιού νεφρού (Χατζημπούγιας, 2002).

Το εγκάρσιον κόλον έχει μήκος 45cm εκτίνεται από τη δεξιά κολική καμπή έως το αριστερό υποχόνδριο, αντίστοιχα προς το κάτω άκρο του σπλήνα στρέφεται απότομα προς τα κάτω και πίσω μεταπίπτοντας έτσι στο κατιόν κόλο. Καλύπτεται εξολοκλήρου από το περιτόναιο και κρέμεται από δυο πτυχές του περιτοναίου, το εγκάρσιο, το μεσόκολο και το γαστροκολικό σύνδεσμο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να είναι εξαιρετικά ευκίνητο και επομένως η θέση και το σχήμα του να εξαρτώνται από τη διάπλαση, την ηλικία και την θέση του σώματος του ατόμου (Χατζημπούγιας, 2002).

Το κατιόν κόλο έχει μήκος περίπου 25cm, αρχίζει μετά την αριστερή κολική καμπή, προς την ένατη ή δέκατη πλευρά, και φέρεται προς τα κάτω στην αρχή στο αριστερό υποχόνδριο και στη συνέχεια στην αριστερή οσφυϊκή χώρα έως τη λαγόνια ακρολοφία. Έχει τρεις κολικές ταινίες και δυο στίχους επιπλοϊκών αποφύσεων και καλύπτεται μπροστά και πίσω από περιτόναιο (Χατζημπούγιας, 2002).

Το σιγμοειδές είναι η συνέχεια του κατιόν κόλου και βρίσκεται μεταξύ της ουροδόχου κύστης και της μήτρας στις γυναίκες και μεταξύ της ουροδόχου κύστης και του απευθυσμένου στους άνδρες. Περιβάλλεται από περιτόναιο και κρέμεται από πτυχή του περιτοναίου που λέγεται μεσοσιγμοειδές (Χατζημπούγιας, 2002).

Το απευθυσμένο ή ορθό είναι η τελευταία μοίρα του παχέος εντέρου, φθάνει μέχρι τον αιμορροϊδικό δακτύλιο και εμφανίζει δυο μοίρες την ενδοπυελική και την περινεϊκή έχει μήκος 15cm και στηρίζεται στο περίνεο, στο περιτόναιο και την περιτονία του απευθυσμένου. Το περιτόναιο καλύπτει το ορθό και τα 2/3 του από μπροστά και πλάγια, ενώ η περιτονία του απευθυσμένου το περιβάλλει ως έλυτρο στο κάτω τριτημόριο του προς τα άνω και πίσω (Χατζημπούγιας, 2002).



Εικόνα 1. Παχύ έντερο

1.1 Χαρακτηριστικά του παχέος εντέρου

Το παχύ έντερο έχει κάποια εξωτερικά και εσωτερικά χαρακτηριστικά (Εικ. 2) που είναι τα εξής:

Τα **εξωτερικά** είναι οι κολικές ταινίες οι οποίες είναι οι εξής:

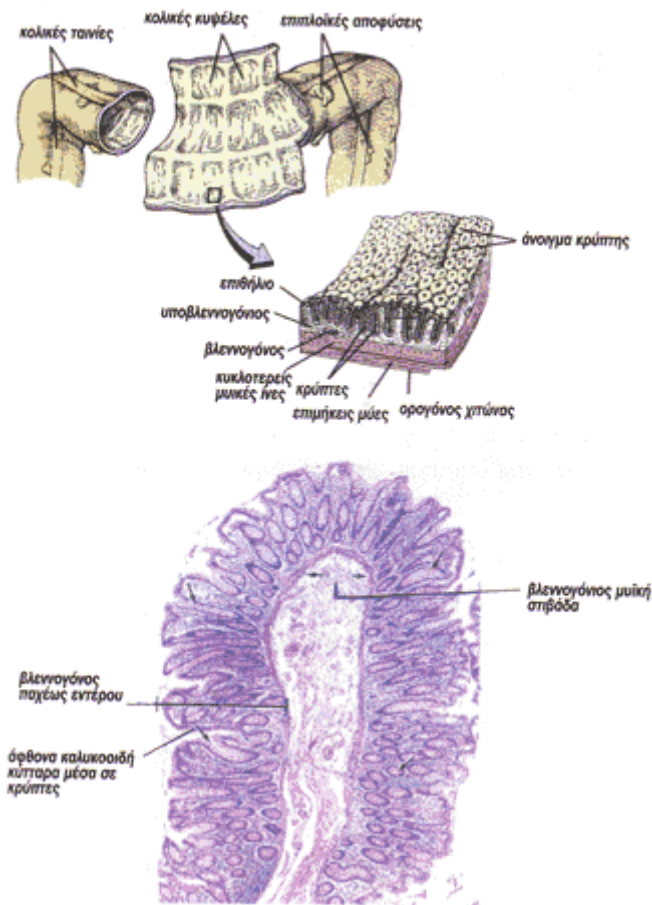
Οι ταινιοειδής παχύνσεις του μυϊκού χιτώνα του παχέος εντέρου οι οποίες ξεκινούν από τη βάση της σκωληκοειδούς απόφυσης που στο σιγμοειδές γίνονται δύο και στο απευθυσμένο εξαφανίζονται. Έχουν πλάτος 10-12 χιλιοστά και πάχος 1 χιλιοστό. Το τυφλό, το ανιόν και το κατιόν κόλο έχουν τρεις κολικές ταινίες (πρόσθια, οπίσθια έσω και οπίσθια έξω) και το εγκάρσιο έχει τρεις (πρόσθια ή επιπλοϊκή, άνω οπίσθια, ή μεσοκολική και κάτω οπίσθια ή ελεύθερη), ενώ το σιγμοειδές έχει μόνο δύο (Άγιος, 1997).

Τα εκκολπάματα τα οποία είναι φυσιολογικά σακοειδή ανευρύσματα του παχέος εντέρου τα οποία δημιουργούνται από τις κολικές ταινίες και χωρίζονται με κυκλοτερείς περισφύξεις και τις επιπλοϊκές αποφύσεις (Άγιος, 1997).

Οι επιπλοϊκές αποφύσεις οι οποίες είναι λιπώδεις προσεκβολές του περιτοναίου κατά μήκος των κολικών ταινιών. Είναι αφθονότερες και περισσότερο αναπτυγμένες στο σιγμοειδές και στο εγκάρσιο. Επίσης έχουν την ικανότητα να αποταμιεύουν μεγάλες ποσότητες λίπους στις οποίες οφείλεται και η υποκίτρινη χροιά τους (Χατζημπούγιας, 2002).

Τα **εσωτερικά** γνωρίσματα είναι οι μηνιοειδής πτυχές που δημιουργούνται από τις κολικές ταινίες και από τις εγκάρσιες αυλακώσεις. Καθώς και οι κολικές κυψέλες που είναι τα κοιλώματα που δημιουργούν οι μηνιοειδής πτυχές (Χατζημπούγιας, 2002).

Το παχύ έντερο αποτελείται από τέσσερις χιτώνες οι οποίοι είναι οι ακόλουθοι: Ο ορογόνος ο οποίος αποτελείται από το περισπλάχνιο πέταλο του περιτοναίου. Ο μυϊκός που αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες που βρίσκονται τοποθετημένες σε δυο στοιβάδες την έξω επιμήκη και την έσω κυκλοτερή στοιβάδα. Με την ενέργεια αυτού του χιτώνα διεκπεραιώνονται οι περισταλτικές και οι αντιπερισταλτικές κινήσεις του παχέος εντέρου. Ο υποβλεννογόنيος παρεμβάλλεται μεταξύ του μυϊκού και του βλεννογόνου χιτώνα. Ο βλεννογόνοσ χιτώνας αποτελείται από μονόστιχο κυλινδρικό επιθήλιο, από μονήρη λεμφοζίδια και από αδένες ίδιους με αυτούς του λεπτού εντέρου (Χατζημπούγιας, 2002).



Εικόνα 2. Χαρακτηριστικά του παχέος εντέρου

1.2 Αγγεία και νεύρα του παχέος εντέρου

Αρτηρίες: Το ανιόν κόλον και περίπου τα 2/3 του εγκάρσιου κόλου δέχονται την αιμάτωση τους από την δεξιά κολική αρτηρία και τη μέση κολική αρτηρία που εκφύονται από την άνω μεσεντέρια αρτηρία (Fritsch & Kuhnel, 2009).

Το τυφλό, το ανιόν και το εγκάρσιο κόλο αιματώνονται από την άνω μεσεντέρια αρτηρία μέχρι την αριστερή κολική καμπή και από την κάτω μεσεντέρια αρτηρία περιφερικά της αριστερής κολικής καμπής ενώ το ορθό έχει επιπρόσθετη αιμάτωση από την μέση ιερά αρτηρία. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι αρτηρίες του παχέος εντέρου κατά την πορεία του στο κολικό μεσεντέριο, αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν μια συνεχή αρτηρία (επιχείλιο) κοντά στο κοιλιακό τοίχωμα, από την οποία βγαίνουν αγγεία που διακλαδίζονται στο μεσεντερικό χείλος, περιβάλλοντας το παχύ έντερο (Fritsch & Kuhnel, 2009).

Φλέβες: Τα φλεβικά στελέχη συνοδεύουν τις αντίστοιχες αρτηρίες και εκβάλουν στην πυλαία κυκλοφορία, εκτός από τις μέσες και κάτω αιμορροϊδικές φλέβες που εκβάλλουν στην συστηματική κυκλοφορία (έσω λαγόνιο φλέβα) (Fritsch & Kuhnel, 2009).

Νεύρα: Στο παχύ έντερο περνούν το άνω μεσεντέριο πλέγμα για τα κεντρικά τμήματα του κόλου μέχρι κοντά στην αριστερή κολική καμπή και το κάτω μεσεντέριο πλέγμα για τα υπόλοιπα τμήματα του κόλου. Επίσης τα πλέγματα προχωρούν επάνω στο τοίχωμα των μεσεντέριων αρτηριών και των κλάδων τους (Fritsch & Kuhnel, 2009).

2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Στη φυσιολογική λειτουργία του παχέος εντέρου παίζουν καταρχήν σημαντικό ρόλο οι ουσίες τα εκκρίματα που παράγονται στο βλεννογόνο του. Συγκεκριμένα στις κρύπτες του Lieberkuhn είναι κυρίως τα καλυκοειδή κύτταρα, που παράγουν βλέννα. Καλυκοειδή κύτταρα έχει και η ελεύθερη επιφάνεια. Τα απορροφητικά επιθηλιακά κύτταρα του βλεννογόνου του παχέος εντέρου δεν παράγουν πεπτικά ένζυμα. Έτσι το κύριο έκκριμα στο παχύ έντερο είναι η βλέννα. Η έκκριση βλέννας αυξάνεται και μετά από διέγερση του παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος. Στο παχύ έντερο η βλέννα προστατεύει το βλεννογόνο από μηχανικά ερεθίσματα, από την έντονη μικροβιακή δράση που συμβαίνει στο περιεχόμενο του παχέος εντέρου από τα οξέα που σχηματίζονται κατά τη μικροβιακή αυτή δράση. Η βλέννα αποτελεί επίσης και το μέσο για τη συγκόλληση της μάζας των κοπράνων (Σμοκοβίτη, 2008).

Οι βασικές λειτουργίες του παχέος εντέρου η απορρόφηση του νερού και των ηλεκτρολυτών από το χυμό και η εναποθήκευση του κοπρανώδους υλικού μέχρι να γίνει η δυνατή εξώθηση του. Η απορρόφηση εκτελείται κυρίως από το κεντρικό ημιμόριο του κόλου και το περιφερικό κάνει την εναποθήκευση επειδή γι' αυτές τις λειτουργίες δεν απαιτούνται έντονες κινήσεις (Guyton, 2004).

2.1 Απορρόφηση

Περίπου 500 κυβικά εκατοστά περιεχομένου του λεπτού εντέρου, με περιεκτικότητα 90% σε νερό, εισέρχονται καθημερινά στο τυφλό. Το υλικό αυτό, κατά τη διέλευσή του από τις υπόλοιπες μοίρες του παχέος εντέρου, αφυδατώνεται έτσι ώστε μόνο 120-150 κυβικά εκατοστά νερού να αποβάλλονται με τα κόπρανα. Το χλώριο και κυρίως το νάτριο

απορροφώνται επίσης από το παχύ έντερο, οι ημερήσιες ανάγκες ενός φυσιολογικού ατόμου σε νάτριο είναι περίπου 5 mEq Na, οι ανάγκες ενός ατόμου που έχει υποβληθεί σε ολική κολεκτομή ανέρχονται σε 80-100 mEq Na. Αντίθετα, τα διττανθρακικά και κυρίως το κάλιο αποβάλλονται όταν καλυφθούν οι απώλειες νατρίου από την ειλεοστομία, από το βλεννογόνο του παχέος εντέρου με παθητική διάχυση και έκκριση με τη βλέννη. Η απορρόφηση αμινοξέων, λιπολυτικών προϊόντων ή βιταμινών δεν είναι σημαντική στο παχύ έντερο αντιθέτως ένα σημαντικό μέρος υδατανθράκων, που δεν απορροφήθηκαν στο λεπτό έντερο, απορροφώνται από το παχύ (Καλαχάνης, 1990).

2.2 Αποθήκευση

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 ή όταν η ενδοαυλική πίεση φθάνει τα 20-25 cm H₂O, 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 O₂ που 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 (Καλαχάνης, 1990).

2.3 Κινητικότητα

Φυσιολογικά οι κινήσεις του κόλου είναι βραδείες. Οι κινήσεις διακρίνονται σε κινήσεις ανάμιξης και προώθησης.

Κινήσεις ανάμιξης: Στο παχύ έντερο παρατηρούνται μεγάλες κυκλικές συστολές. Σε καθένα από αυτά τα σημεία συστολής συσπάται η κυκλική μυϊκή στοιβάδα, μερικές φορές προκαλώντας στένωση του αυλού του κόλου ως την πλήρη απόφραξη του. Ταυτόχρονα συστέλλεται και η επιμήκης μυϊκή στοιβάδα του κόλου που είναι κατανεμημένη σε τρεις επιμήκης μυϊκές στοιβάδες, τις κολικές ταινίες. Οι συνδυασμένες συστολές της κυκλικής στοιβάδας και των επιμηκών ταινιών των λείων μυών του κόλου έχουν ως αποτέλεσμα την προβολή των ανερέθιστων περιοχών του με τη μορφή σακοειδών εγκολπώσεων που

ονομάζονται κολικές κυψέλες. Οι συστολές των κυψέλων φθάνουν στη μεγαλύτερη ένταση τους σε 30 δευτερόλεπτα από τη στιγμή που θα αρχίσουν και μετά εξαφανίζονται μέσα στα επόμενα 60 δευτερόλεπτα. Κατά διαστήματα οι συστολές αυτές, παράλληλα με την κυκλική τους πορεία κινούνται επίσης αργά και προς την κατεύθυνση του δακτυλίου. Μετά από λίγα ακόμα λεπτά, παρουσιάζονται νέες συστολές των κολικών κυψέλων σε γειτονικές θέσεις. Κατά συνέπεια το περιεχόμενο του παχέος εντέρου ανασκαλεύεται βαθμιαία και ανακατεύεται. Έτσι, όλη η ποσότητα της κοπρανώδους μάζας εκτίθεται βαθμιαία στη βλεννογόνο επιφάνεια του παχέος εντέρου, και το υγρό της μέρος απορροφάται προοδευτικά ώσπου από τα 1500ml της ημερήσιας ποσότητας του χυμού να βγουν στα κόπρανα μόνο 80-200ml (Guyton, 2004).

Κινήσεις προώθησης – Μαζικές κινήσεις: Στο παχύ έντερο το κοπρανώδες περιεχόμενο προωθείται προς τον πρωκτό με τις συστολές των κολικών κυψέλων και με τις μαζικές κινήσεις. Στο εγκάρσιο κόλον και στο σιγμοειδές οι μαζικές κινήσεις αναλαμβάνουν κυρίως τον προωθητικό ρόλο. Οι κινήσεις αυτές εμφανίζονται μερικές μόνο φορές τη μέρα και πιο πολύ περίπου 15 λεπτά κατά την πρώτη ώρα μετά το πρόγευμα. Η μαζική κίνηση χαρακτηρίζεται από την εξής σειρά γεγονότων: Στην αρχή εμφανίζεται ένα σημείο στένωσης σε κάποια περιοχή διάτασης ή ερεθισμού του κόλου. Στη συνέχεια, πολύ γρήγορα 20cm ή περισσότερο παχέος εντέρου περιφερικά από τη στένωση συστέλλονται σχεδόν ως ενιαίο σύνολο και ωθούν όλο μαζί το κοπρανώδες περιεχόμενο αυτής της περιοχής προς τα κάτω. Η συστολή ολοκληρώνεται σε 30 δευτερόλεπτα περίπου και μετά στη διάρκεια των επόμενων 2-3 λεπτών, το τμήμα χαλαρώνει. Μαζικές κινήσεις είναι δυνατόν να παρατηρηθούν σε οποιοδήποτε τμήμα του κόλου, αν και είναι συχνότερες στο εγκάρσιο ή το κατιόν κόλον. Όταν οι κινήσεις αυτές έχουν ωθήσει μια μάζα κοπράνων στο ορθό, γίνεται αντιληπτή η επιθυμία για αφόδευση. Στο σύνολο τους διαρκούν μόνο για 10 λεπτά, για να επαναληφθούν μετά από μια ώρα ή ημέρα. Έντονες μαζικές κινήσεις είναι πιθανόν να προκαλέσει και ο ερεθισμός του κόλου για παράδειγμα σε άτομα με παθολογικές καταστάσεις στο κόλον όπως (ελκώδης κολίτιδα) παρουσιάζουν πολλές φορές αδιάκοπα μαζικές κινήσεις (Guyton, 2004).

2.4 Αφόδευση

Τον περισσότερο χρόνο το ορθό δεν περιέχει κόπρανα. Αυτό οφείλεται κατά ένα μέρος στο ότι σε απόσταση 20cm περίπου πάνω από τον πρωκτό, εκεί που το σιγμοειδές μεταπίπτει στο ορθό, υπάρχει ένας ασθενούς λειτουργικότητας σφιγκτήρας. Ωστόσο όταν μια μαζική κίνηση προωθεί κόπρανα μέσα στο ορθό, φυσιολογικά αρχίζει η διαδικασία της

αφόδευσης, δηλαδή η αντανακλαστική σύσπαση του ορθού, του σιγμοειδούς και του κατιόντος κόλου, καθώς και η χάλαση των σφιγκτήρων του πρωκτού. Η συνεχής διαφυγή κοπρανώδους υλικού από τον πρωκτό εμποδίζεται με την τονική σύσπαση του έσω σφιγκτήρα του πρωκτού μιας κυκλοτερούς μάζας λείων μυϊκών ινών αμέσως στο εσωτερικό του πρωκτού, και του έξω σφιγκτήρα του πρωκτού, που αποτελείται από γραμμωτές μυϊκές ίνες, βρίσκεται λίγο πιο έξω από τον έσω σφιγκτήρα τον οποίο περιβάλλει, και ελέγχεται από το αιδοϊκό νεύρο, δηλαδή βρίσκεται υπό τον έλεγχο της βούλησης (Guyton, 2004).

Η αφόδευση κινητοποιείται με αντανακλαστικά αφόδευσης, ένα από τα οποία είναι και το ενδογενές αντανακλαστικό που άγεται από το τοπικό τμήμα του εντερικού νευρικού συστήματος. Όταν δηλαδή τα κόπρανα εισέρχονται στο ορθό η διάταση του διεγείρει κεντρομόλα σήματα που εξαπλώνονται στο μυεντερικό πλέγμα προκαλώντας την έκλυση περισταλτικών κυμάτων στο κατιόν κόλον, στο σιγμοειδές και στο ορθό που προωθούν τα κόπρανα προς το δακτύλιο. Καθώς το περισταλτικό κύμα προσεγγίζει τον πρωκτό ο έσω σφιγκτήρας του δακτυλίου χαλαρώνει υπό την επίδραση ανασταλτικών σημάτων από το μυεντερικό πλέγμα και αν ταυτόχρονα χαλαρωθεί εκούσια και ο έσω σφιγκτήρας θα επέλθει αφόδευση. Ωστόσο το ενδογενές αντανακλαστικό είναι ασθενής και για να δράσει αποτελεσματικά προκαλώντας αφόδευση πρέπει να ενισχυθεί ένα παρασυμπαθητικό αντανακλαστικό αφόδευσης στο οποίο εμπλέκονται τα ιερά νευροτόμια του νωτιαίου μυελού. Όταν οι αισθητικές νευρικές ίνες του ορθού διεγείρονται από τη διάταση του οργάνου, μεταβιβάζουν σήματα στην ιερή μοίρα του νωτιαίου μυελού και από εκεί τα αντανακλαστικά μεταβιβάζονται με σήματα στο κατιόν, το σιγμοειδές, το ορθό και τον πρωκτό, με παρασυμπαθητικές νευρικές ίνες των πυελικών νεύρων. Αυτά τα παρασυμπαθητικά σήματα ενισχύουν τα περισταλτικά σήματα, χαλαρώνουν τον έσω σφιγκτήρα του δακτυλίου και έτσι μετατρέπουν το ενδογενές αντανακλαστικό της αφόδευσης από αποτελεσματική, ασθενή κίνηση σε ισχυρή διαδικασία αφόδευσης, η οποία μερικές φορές είναι ικανή να αδειάσει ολόκληρο το τμήμα του παχέος εντέρου από τη σπληνική καμπή έως το δακτύλιο. Επίσης, τα προσαγωγά σήματα που μπαίνουν στο νωτιαίο μυελό πυροδοτούν άλλα φαινόμενα όπως τη βαθιά αναπνοή, το κλείσιμο της γλωττίδας, τη σύσπαση των κοιλιακών μυών, για να ωθήσουν προς τα κάτω το κοπρανώδες περιεχόμενο του κόλου, και ταυτόχρονα κάνουν το πυελικό έδαφος να χαλαρώσει προς τα έξω και να εξωθήσει τα κόπρανα (Guyton, 2004).

2.5 Μικροβιολογία παχέος έντερου

Το παχύ έντερο στο έμβρυο είναι στείρο και η μικροβιολογική χλωρίδα αναπτύσσεται μετά τη γέννηση. Ο τύπος της χλωρίδας εξαρτάται τόσο από διαιτητικούς όσο και από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Υπολογίζεται ότι τα κόπρανα περιέχουν περίπου 400 είδη διαφορετικών βακτηρίων. Πάνω από 99% της φυσιολογικής χλωρίδας του εντέρου είναι αναερόβια μικρόβια με υπεροχή του *Bacteroides Fragilis* αλλά και *Lactobacillus Fibidus*, κλωστηρίδια και κόκκοι διάφορων τύπων. Τα αερόβια βακτήρια είναι κυρίως τα κολοβακτηρίδια (*Escherichia coli*) και οι εντερόκοκκοι (*Streptococcus Faecalis*). Η χλωρίδα του παχέος εντέρου συμμετέχει σε πολλές φυσιολογικές λειτουργίες. Τα βακτηρίδια διασπούν τις χολοχρωστικές και δίνουν στα κόπρανα, το γνωστό χρώμα, ενώ η οσμή τους οφείλεται στις αμίνες, ινδόλη και σκατόλη που παράγονται από βακτηριακή δράση. Επίσης αποδεσμεύουν τα χολικά άλατα, επηρεάζουν την κινητικότητα και την απορρόφηση του εντέρου και παράγουν τα εντερικά αέρια μεταξύ αυτών και το μεθάνιο. Τα βακτήρια του παχέος εντέρου επίσης συμμετέχουν στην παθοφυσιολογία πολλών νοσημάτων, όπως επίσης και στην άμυνα του οργανισμού κατά των λοιμώξεων, παρόλα αυτά υπάρχουν σοβαρές λοιμώξεις που παίζουν αξιόλογο ρόλο στην παθογένεια του καρκίνου παχέος εντέρου (Ganong, 2000).

3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Ο όγκος είναι πιθανόν να είναι πολυποειδής και να προβάλλει μέσα στον αυλό του εντέρου ή να είναι δακτυλιοειδής και να εκτείνεται γύρω από το έντερο και να δημιουργεί περίσφυξη. Οι περισσότεροι όγκοι του παχέος εντέρου είναι αδενοκαρκινώματα και υποστηρίζεται ότι προέρχονται από αδενωματώδεις πολύποδες οι οποίοι εξορμώνται από το βλεννογόνο του. Ο όγκος μπορεί να εξαπλωθεί στις γύρω δομές ή μέσω των λεμφαδένων στην κυκλοφορία του αίματος (Dewit, 2009).

Σύμφωνα με την ιστολογική ταξινόμηση οι όγκοι του παχέος εντέρου μπορούν να διακριθούν σε αδενοκαρκινώματα (98%), μαλπιγγικά, αδеноμαλπιγγικά, όγκους λεμφικού ιστού, και σε σπάνιες περιπτώσεις σε ενδοκρινικά καρκινώματα. Σήμερα θεωρείται ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου προέρχεται είτε από μία αρχική δυσπλαστική βλάβη η οποία εμφανίζεται περιστασιακά στον βλεννογόνο είτε από αδενώματα (Μπανκουσλί, 2008).

Αρχικά οι βλάβες είναι ενδοεπιθηλιακές, αλλά γρήγορα επεκτείνονται στον βλεννογόνο και στη συνέχεια αφού περάσουν τη βλεννογόνο μυϊκή στοιβάδα, επεκτείνονται

στον υποβλεννογόνιο χιτώνα του εντέρου. Όπως είναι γνωστό ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου δεν έχει λεμφαγγεία και γι αυτό το λόγο ο όγκος που περιορίζεται στο βλεννογόνο δεν δίνει μεταστάσεις (Μπανκουσλί, 2008).

Οι περισσότερες κακοήθειες νεοπλασματικές εξεργασίες του παχέος εντέρου και του ορθού είναι αδενοκαρκινώματα που αναπτύσσονται πάνω σε προϋπάρχοντες αδενωματώδεις πολύποδες. Οι περισσότεροι πολύποδες παρατηρούνται στο ορθό και στο σιγμοειδές αν και οποιοδήποτε τμήμα του παχέος εντέρου είναι δυνατόν να προσβληθεί. Ο όγκος τυπικά αυξάνεται χωρίς να γίνεται κλινικά εμφανής, δημιουργώντας ελάχιστα συμπτώματα. Όταν εμφανίζονται τελικά συμπτώματα, η νόσος έχει ήδη επεκταθεί σε βαθύτερα στρώματα του τοιχώματος του εντέρου και ενδεχομένως και στα παρακείμενα όργανα. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου/ορθού επεκτείνεται κατά συνέχεια ιστού, διηθώντας στο βλεννογόνο και τις υπόλοιπες στοιβάδες του τοιχώματος του εντέρου. Είναι επίσης δυνατόν η άμεση επέκταση της νόσου να έχει ως αποτέλεσμα τη διήθηση παρακείμενων οργάνων όπως το ήπαρ, το μείζων τόξο στομάχου, το δωδεκαδακτύλο, το λεπτό έντερο, το πάγκρεας, το σπλήνα, το ουροποιογεννητικό σύστημα και το κοιλιακό τοίχωμα. Η συνηθέστερη μορφή διασποράς της νόσου είναι οι μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες (λεμφαδενικές μεταστάσεις) (Lemone & Burke, 2006).

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 διασπαρθούν μέσω του λεμφικού συστήματος ή μέσω της κυκλοφορίας του αίματος και να δημιουργήσουν απομακρυσμένες μεταστάσεις δευτερογενής εντοπίσεις, π.χ 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 τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης (Lemone & Burke, 2006).

3.1 Αιτιολογία

Οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι η διατροφή, η γενετική προδιάθεση, οι ατομικοί παράγοντες και οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου.

Η διατροφή που αποτελεί τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου είναι η μεγάλη κατανάλωση κρέατος, η μειωμένη πρόσληψη ασβεστίου, βιταμίνης D ή φολικού οξέος, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ που σχετίζεται ιδιαίτερα με τον καρκίνο του ορθού στους άνδρες και η αυξημένη πρόσληψη λίπους καθώς και ορισμένες τροφές που περιέχουν χημικά μεταλλαξιογόνα. Η πλούσια σε λιπαρά διαίτα, ειδικά τα ζωικά λίπη αυξάνουν την έκκριση χολικού οξέος και τα αναερόβια βακτήρια, τα οποία πιστεύεται ότι είναι καρκινογόνα μέσα στο έντερο. Μεγαλύτερη συχνότητα της νόσου έχουν τα παχύσαρκα άτομα (Butcher, 2008).

Γενετική προδιάθεση: Μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσουν από καρκίνο του παχέος εντέρου έχουν άτομα που έχουν συγγενείς πρώτου βαθμού με καρκίνο παχέος εντέρου. Υπεύθυνη για το 1% του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι μια αυτοσωματική γενετική διαταραχή η οικογενής πολυποδίαση. Υπάρχει και άλλη αυτοσωματική διαταραχή ο κληρονομικός μη πολυποδιαστικός ορθοκολικός καρκίνος ο οποίος ευθύνεται για το 10%. Ο καρκίνος αυτός προκαλείται και από γονιδιακές μεταλλάξεις και έχουν πιθανότητα 80% να αναπτύξουν καρκίνο στην ηλικία των 45 ετών (Ignatavicius & Workman, 2008).

Η ηλικία αποτελεί επίσης έναν από τους επιβαρυντικούς παράγοντες για την ανάπτυξη του καρκίνου του παχέος εντέρου. Το 95% ατόμων που έχουν διαγνωσθεί είναι πάνω από 50 ετών. Οι ασθενείς που διαγνώστηκαν με ορθοκολικό καρκίνο και έχουν θεραπευτεί διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για δεύτερη εμφάνιση ορθοκολικού καρκίνου συνήθως στην περιοχή της χειρουργικής αναστόμωσης. Τα άτομα που έχουν αδενωματώδεις πολύποδες χρειάζονται συχνά παρακολούθηση με κολονοσκόπηση για την έγκαιρη εντόπιση και αφαίρεση των πολυπόδων (Ignatavicius & Workman, 2008).

Οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου όπως η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn όταν έχουν σοβαρή έκταση αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου παχέος εντέρου (Ignatavicius & Workman, 2008). Για την αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του παχέος εντέρου έχει κατηγορηθεί και το κάπνισμα. Τα άτομα που καπνίζουν για μεγάλο χρονικό διάστημα έχουν 2,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσουν από ότι ένας μη καπνιστής (Μπανκουσλί, 2008).

3.2 Κλινική εικόνα

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου στα αρχικά στάδια είναι ασυμπτωματικός. Παρόλα αυτά οι ασθενείς με ασυμπτωματική νόσο συχνά έχουν λανθάνουσα απώλεια αίματος η οποία

προοδευτικά αυξάνεται με την αύξηση του μεγέθους του όγκου και του βαθμού της εξέλκωσης (Μπονάτσος και συν., 2011).

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να εμφανιστεί με διαφορετικές επιπτώσεις ανάλογα με την θέση που εντοπίζεται, το μέγεθος και το βαθμό διήθησης. Όταν τα νεοπλάσματα εντοπίζονται στο δεξιό κόλον είναι ευμεγέθη και εξωφυτικά και αναπτύσσονται περισσότερο πριν προκαλέσουν ενοχλήματα. Σπάνια εμφανίζουν απόφραξη λόγω της μεγάλης διαμέτρου του αυλού του και εμφανίζουν παρόμοια συμπτώματα με αυτά της αναιμίας όπως αδυναμία και καταβολή λόγω της μικροσκοπικής απώλειας αίματος. Καθώς ο όγκος αναπτύσσεται, στο 10% των περιπτώσεων προκαλείται ακαθόριστο κοιλιακό ενόχλημα ή εκδηλώνεται ψηλαφητή μάζα στον δεξιό λαγόνιο βόθρο (Μπονάτσος και συν., 2011).

Στο τυφλό και στο ανιόν η απόφραξη του αυλού του εντέρου από τον όγκο και ο αποφρακτικός ειλεός δεν είναι συνήθη συμπτώματα, λόγω του μεγάλου εύρους του εντερικού αυλού, καθώς και λόγω του υδαρούς περιεχομένου του εντέρου. Σε περαιτέρω επέκταση της νόσου μπορεί να εμφανιστούν ήπιο σταθερό άλγος στην περιοχή, απώλεια βάρους και αδυναμία (Μπονάτσος και συν., 2011).

Σε αντίθεση με τα νεοπλάσματα στο αριστερό κόλον που έχουν συμπτώματα απόφραξης εξαιτίας της μικρής διαμέτρου του αυλού του, τα συμπτώματα εμφανίζονται πρώιμα και είναι τα εξής: δυσκοιλιότητα, διάρροια ή και τα δυο με αίσθημα διάτασης της κοιλιάς και εντερικούς κολικούς. Ιδιαίτερα μετά τη λήψη τροφής και με την αλλαγή των συνηθειών του εντέρου (Μπονάτσος και συν., 2011).

Τα νεοπλάσματα του ορθού έχουν ζωηρό κόκκινο αίμα στις κενώσεις και μεγάλη ποσότητα βλέννας στα κόπρανα. Όταν αποκτήσουν σημαντικό μέγεθος επιφέρουν τεινισμό, έπειξη για κένωση και αίσθημα ατελούς κένωσης (Μπονάτσος και συν., 2011).

Παρά τις μικρές αυτές διαφορές η αλλαγή στη λειτουργία του εντέρου, η διάρροια, η δυσκοιλιότητα, τα κοιλιακά άλγη, τα δυσπεπτικά ενοχλήματα και ο μετεωρισμός αποτελούν κοινά συμπτώματα του παχέους εντέρου και του ορθού (Μπονάτσος και συν., 2011).

3.3 Μορφές καρκίνου παχέος εντέρου

Ο καρκίνος παχέος εντέρου εκδηλώνεται με τις εξής μορφές: την κληρονομική μορφή, την σποραδική μορφή και την οικογενή μορφή.

Η κληρονομική μορφή σχετίζεται με το οικογενειακό ιστορικό, εμφανίζεται σε νεαρές ηλικίες και συνοδεύεται από την ύπαρξη άλλων όγκων και ανωμαλιών. Σε αυτήν την

κατηγορία ανήκουν το αδenoκαρκίνωμα που αναπτύσσεται στα πλαίσια της οικογενής πολυποδίασης καθώς επίσης και ο κληρονομικός μη σχετιζόμενος με πολύποδες κολοορθικός καρκίνος (Παπαλάμπρος, 2012).

Η σποραδική μορφή εμφανίζεται σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας χωρίς οικογενειακό ιστορικό και συνήθως εντοπίζεται σε ένα μεμονωμένο σημείο. Επίσης οι γενετικές μεταλλάξεις που σχετίζονται με τον σποραδικό καρκίνο εντοπίζονται μόνο στα κύτταρα του όγκου σε αντίθεση με την κληρονομική μορφή όπου οι γενετικές μεταλλάξεις εμφανίζονται σε όλα τα κύτταρα του προσβεβλημένου ατόμου (Παπαλάμπρος, 2012).

Τέλος η οικογενής μορφή του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι σχετικά καινούργια, εκδηλώνεται σε άτομα των οποίων πρώτου βαθμού συγγενείς εκδήλωσαν κολοορθικό καρκίνο σε ηλικία μικρότερη των 50 ετών. Γενετικοί πολυμορφισμοί και ελλείμματα σε τυροσινικές κινάσες έχουν ανιχνευτεί χωρίς ωστόσο να είναι σαφής ο τρόπος κληρονομικότητας στις περιπτώσεις αυτές (Παπαλάμπρος, 2012).

4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση γίνεται μέσα από μια σειρά εξετάσεων όπως είναι:

Η δακτυλική εξέταση του ορθού που είναι η απλούστερη και ίσως η σημαντικότερη εξέταση για τη διάγνωση του καρκίνου του ορθού η οποία δεν πρέπει να παραλείπεται (Μπανκουσλί, 2008).

Εργαστηριακές εξετάσεις, όπως η γενική αίματος, ο πλήρης βιοχημικός έλεγχος, και η ακτινογραφία θώρακος συμβάλουν στη διάγνωση τυχόν κακοήθειας αφού δίνουν πληροφορίες για τη γενική κατάσταση του ασθενούς (Μπανκουσλί, 2008).

Η κλασική ακτινολογία προσφέρει μεγάλη βοήθεια αφού με τον βαριούχο υποκλυσμό (εικ.3) του παχέος εντέρου είναι δυνατόν να καθοριστεί η εντόπιση το μέγεθος καθώς και ο αριθμός των όγκων (Μπανκουσλί, 2008).



Εικόνα 3. Βαριούχος υποκλυσμός

Η εξέταση εκλογής όμως αναμφισβήτητα είναι η ενδοσκόπηση, δηλαδή η κολονοσκόπηση (εικ.4). Γιατί μέσω του εύκαμπτου κολονοσκοπίου αποκαλύπτονται τυχόν πολύποδες ή καρκίνοι (εικ.5) και λαμβάνονται δείγματα για βιοψίες για διαγνωστικούς σκοπούς. Παράλληλα όμως η εξέταση αυτή μπορεί να λειτουργήσει και θεραπευτικά επιτρέποντας την εκτομή ορισμένων τύπων πολυπόδων και καθορίζοντας το ύψος της χειρουργικής εκτομής του εντέρου (Μπανκουσλί, 2008).



Εικόνα 4. κολονοσκόπηση



Εικόνα 5. Ενδοσκοπική εικόνα καρκίνου παχέος εντέρου

Καθοριστικό ρόλο επίσης στη διάγνωση έχει και η αξονική τομογραφία. Η ακρίβεια της υπολογιστικής τομογραφίας στη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού κυμαίνεται από 23-100% αυξανόμενη αναλογικά προς το μέγεθος του όγκου. Η μέθοδος αυτή συμβάλει στη σταδιοποίηση της νόσου και στην ανεύρεση τυχόν μεταστατικών εστιών >5mm (Μπανκουσλί, 2008).

Στη σημερινή εποχή μέσω των σύγχρονων λογισμικών η αξονική τομογραφία μπορεί να ανασυνθέσει την εικόνα του παχέος εντέρου και να αναπαραστήσει μια κολονοσκόπηση. Η τεχνική αυτή είναι η κολονογραφία δηλαδή κολονοσκόπηση μέσω του αξονικού τομογράφου. Λόγω της εξαιρετικής ικανότητας του να εντοπίζει μικρούς πολύποδες στο μέλλον θα αποτελέσει μια ιδιαίτερα ωφέλιμη τεχνική για απεικονιστικές εξετάσεις (Μπανκουσλί, 2008).

Η ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία είναι σήμερα η σημαντικότερη ίσως διαγνωστική προεγχειρητική μέθοδος αποκλειστικά για τον καρκίνο του ορθού. Το μεγαλύτερο προτέρημα αυτής της μεθόδου σε σχέση με τις άλλες διαγνωστικές εξετάσεις είναι ότι μπορεί να καθορίσει με ακρίβεια την έκταση της διήθησης και να ελέγξει τους περιοριστικούς λεμφαδένες γεγονός πολύ σημαντικό γιατί καθορίζει την προεγχειρητική σταδιοποίηση του όγκου καθώς και τη θεραπευτική του αντιμετώπιση (Μπανκουσλί, 2008).

Εφόσον γίνει η διάγνωση της πρωτοπαθούς εστίας στο έντερο ακολουθεί η σταδιοποίηση της νόσου μέσω της αξονικής και μαγνητικής τομογραφίας προκειμένου να εκτιμηθεί η έκτασή της και να οριστεί η θεραπεία της (Μπανκουσλί, 2008).

Υπό συζήτηση είναι και ο ρόλος του Petscan στην προεγχειρητική διάγνωση. Μετεγχειρητικά αποτελεί την πλέον ευαίσθητη και ακριβή μέθοδο για την ανίχνευση της

τοπικής υποτροπής, τη σταδιοποίηση της νόσου και την ανταπόκριση στη θεραπεία. Για παράδειγμα στην ανίχνευση ηπατικών μεταστάσεων αγγίζει το 98% (Μπανκουσλί, 2008).

Τέλος οι καρκινικοί δείκτες CEA και CA 19-9 είναι αυξημένοι στους περισσότερους ασθενείς με καρκίνο και έτσι χρησιμεύουν στη διάγνωση και στην παρακολούθηση της πορείας της νόσου, όπως και στην ανίχνευση τυχόν υποτροπής (Μπανκουσλί, 2008).

4.1 Διαφορική διάγνωση

Πριν γίνει η κολονοσκόπηση η διαφορική διάγνωση (εικ.6) εξαρτάται από το προβάλλον σύμπτωμα:

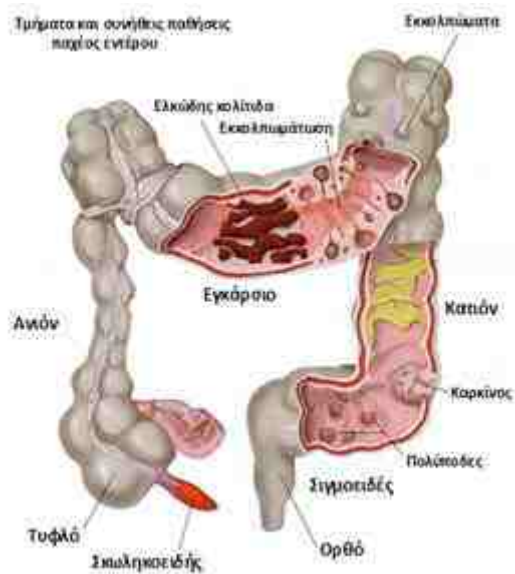
Η απόφραξη του παχέος εντέρου λόγω στένωσης μπορεί να συνοδεύει ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (νόσος Crohn), ισχαιμική κολίτιδα και μετακτινική κολίτιδα.

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

Κοιλιακός πόνος συχνά συνοδεύει ευερέθιστο έντερο, εκκολπωματίτιδα, ισχαιμική κολίτιδα και ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου.

Διαταραχές των κενώσεων μπορεί να οφείλονται σε ευερέθιστο έντερο, φάρμακα, ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου και λοιμώδη αίτια.

Κοιλιακή μάζα μπορεί να οφείλεται σε καλοήθες νεόπλασμα ή να είναι απότοκος εντερικών φλεγμονών (εκκολπωμάτωσης, ιδιοπαθούς φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, ισχαιμικής κολίτιδας ή ειδικών λοιμωδών κολίτιδων, φυματίωσης, αμοιβάδωσης κλπ.). Αξίζει να τονισθεί ότι η παρουσία καλοήθους αιτίου, που μπορεί να εξηγήσει το σύμπτωμα του ασθενούς, δεν αποκλείει τη συνύπαρξη του καρκίνου παχέος εντέρου που πρέπει πάντοτε να αποκλείεται με κολονοσκόπηση ή βαριούχο υποκλυσμό (Παπαλάμπρος, 2012).



Εικόνα 6. Τμήματα και παθήσεις παχέος εντέρου

5. ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η πρόγνωση των ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου εξαρτάται κυρίως από το στάδιο του όγκου, τα ιστολογικά χαρακτηριστικά του, τη μορφολογία του, τη διήθηση αγγείων και νεύρων αλλά και από την παρουσία και το είδος των συμπτωμάτων καλύτερη πρόγνωση έχουν οι ασυμπτωματικοί όγκοι και όσοι προβάλλουν με σιδηροπενική αναιμία λόγω μικροσκοπικής απώλειας αίματος στα κόπρανα ενώ τη χειρότερη πρόγνωση έχουν οι όγκοι που εκδηλώνονται με απόφραξη, διάτρηση του εντέρου και καχεξία. Ο καρκίνος του ορθού δεν έχει καλή πρόγνωση λόγω συχνών τακτικών υποτροπών. Ο καρκίνος του δεξιού κόλου έχει χειρότερη πρόγνωση από τον καρκίνο του αριστερού κόλου και η ηλικία αποτελεί κακή πρόγνωση. Σε ασθενείς ηλικίας κάτω των 30 ετών, τα προεγχειρητικά επίπεδα CLA (υψηλά επίπεδα CLA σχετίζονται με δυσμενή πρόγνωση) και τους γενετικούς δείκτες μεταλλαγής στα γονίδια p33 και DCC επιδεινώνουν την πρόγνωση (Παπαλάμπρος, 2012).

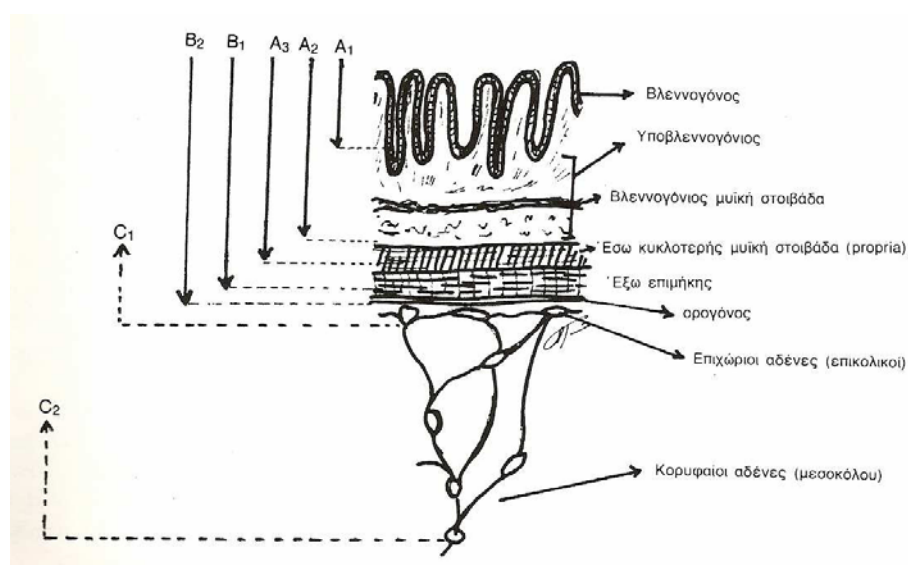
Από τα πολλά συστήματα σταδιοποίησης του καρκίνου του παχέος εντέρου, η σταδιοποίηση κατά Dukes (εικ.7) (με τις τροποποιήσεις της) παραμένει το συχνότερο χρησιμοποιούμενο σύστημα στην κλινική πράξη. Σύμφωνα με αυτή ένας καρκίνος παχέος εντέρου κατατάσσεται σε :

Στάδιο A: Εφόσον διηθεί μόνο βλεννογόνο και υποβλεννογόνο χιτώνα (πενταετής επιβίωσης 90%).

Στάδιο B: Εφόσον διηθεί τη μυϊκή στοιβάδα αλλά όχι τους επιχώριους λεμφαδένες (πενταετής επιβίωση 50%-75%). - Στάδιο B1 όχι πλήρης διήθηση της μυϊκής στοιβάδας. Στάδιο B2: πλήρης διήθηση της μυϊκής στοιβάδας και μερική διήθηση του περικολικού λίπους.

Στάδιο C: Διήθηση των επιχώριων λεμφαδένων (πενταετής επιβίωση 0%- 19%). - Στάδια C1 και C2 επέκταση ανάλογη των σταδίων B1 και B2 αντίστοιχα με συνοδό διήθηση των επιχώριων λεμφαδένων.

Στάδιο D: Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων (πενταετής επιβίωση: 0%) (Παπαλάμπρος, 2012).



Εικόνα 7. Σχηματική απεικόνιση κατά Dukes ταξινόμησης του καρκίνου του παχέος εντέρου

Ιστολογικά ο καρκίνος παχέος εντέρου είναι κατά κανόνα αδενοκαρκίνωμα αν και παραλλαγές με πολύ κακή πρόγνωση μπορεί σπάνια να αναπτυχθούν όπως βλενωδείς κολοειδής ή από κύτταρα δίκην σφραγιστήρος δακτυλίου σκίρος και μικροκυτταρικός καρκίνος. Το αδενοκαρκίνωμα μπορεί να παρουσιάζει υψηλή μέση και χαμηλή διαφοροποίηση με διαδοχικά δυσμενέστερη προγνωστική βαρύτητα. Τέλος μορφολογικά ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να έχει πολυποειδή, ελκτική και διηθητική μορφή με επίσης διαδοχικά δυσμενέστερη βαρύτητα (Παπαλάμπρος, 2012).

5.1 Επέκταση της νόσου

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου επεκτείνεται με τους εξής τρόπους:

Κατά συνέχεια ιστών: Η ανάπτυξη του καρκίνου αρχίζει πάντοτε από το βλεννογόνο του παχέος εντέρου. Στη συνέχεια διηθείται ο υποβλεννογόνιος, ο μυϊκός χιτώνας και ο ορογόνος με το περιτολικό λίπος. Διαδοχικά μπορεί να προσβληθούν γειτονικά όργανα και το κοιλιακό τοίχωμα. Πρακτικά όμως σημασία έχει και η επέκταση του καρκίνου κατά τον επιμήκη άξονα και μάλιστα η μικροσκοπική διήθηση του τοιχώματος του κόλου. Η διήθηση αυτή επεκτείνεται περίπου 3cm περιφερικότερα και 7cm κεντρικότερα του όγκου με το υποβλεννογόνο λεμφικό δίκτυο (Σούπαρης, 2000).

Με τη λεμφική οδό: Αποτελεί τη συνηθέστερη μορφή επέκτασης του καρκίνου του παχέος εντέρου. Όταν ο καρκίνος έχει διηθήσει μόνο το εντερικό τοίχωμα, το ποσοστό διήθησης των επιχώριων λεμφαδένων ανέρχεται σε 30-50%. Όταν όμως ξεπεράσει το τοίχωμα του εντέρου, τότε η διήθηση των επιχώριων λεμφαδένων φθάνει στο 60-80%. Μετά τους επικολικούς λεμφαδένες διηθούνται οι παρακολικοί, οι ενδιάμεσοι και τέλος οι τελικοί ή προαορτικοί. Η διήθηση των λεμφαδένων δεν έχει σχέση με το μέγεθος του όγκου. Επίσης είναι δυνατόν να βρεθούν διηθημένοι λεμφαδένες σε κάποια απόσταση από τον πρωτοπαθή όγκο, ενώ ενδιάμεσα να μην υπάρχουν προσβεβλημένοι λεμφαδένες (Σούπαρης, 2000).

Με την αιματική οδό: Μικροέμβολα καρκινικών κυττάρων μεθίστανται με τις φλέβες του μεσόκολου και ακολούθως με την πυλαία φλέβα στο ήπαρ σε ποσοστό 10-20%. Επίσης δια των σπονδυλικών και οσφυϊκών φλεβών δύναται να προκληθούν μεταστάσεις στον πνεύμονα και τα οστά. Για τον περιορισμό της αιματογενούς διασποράς θα πρέπει κατά τη διάρκεια της εγχείρισης να εφαρμόζεται η τεχνική των απαλών χειρισμών (Σούπαρης, 2000).

Με την ενδοπεριτοναϊκή διασπορά: Στην περίπτωση επέκτασης του καρκίνου στον ορογόνο χιτώνα του εντέρου είναι δυνατόν καρκινικά κύτταρα να αποπέσουν στην περιτοναϊκή κοιλότητα, να εμφυτευτούν στην ορθοκυστική ή την ορθομητρική πτυχή του περιτόναιου, να αναπτυχθούν μάζες και να σχηματίσουν τον «ύφαλο του Blummer» η σε προχωρημένα στάδια την «παγωμένη πύελο». Η παραπάνω διασπορά είναι ψηλαφητή με την δακτυλική εξέταση (Σούπαρης, 2000).

Με ενδοαυλιακή διασπορά: Δια του αυλού του εντέρου είναι δυνατόν να γίνουν εμφυτεύσεις καρκινικών κυττάρων σε κεντρικότερα ή περιφερικότερα τμήματα του παχέος εντέρου, αυτό είναι αποτέλεσμα κακών χειρισμών επί του όγκου προεγχειρητικά ή και διεγχειρητικά (Σούπαρης, 2000).

Επέκταση του νεοπλάσματος: Κατά μήκος του περινευρίου του νεοπλάσματος και κατά μήκος του περινευρίου των νεύρων του μεσόκολου. Η κατάσταση αυτή συνοδεύεται από υψηλό ποσοστό τοπικής υποτροπής της νόσου και έχει κακή πρόγνωση (Σούπαρης, 2000).

6. ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρωτογενής πρόληψη συνίσταται στην απομόνωση των αιτιολογικών παραγόντων και στην παρεμπόδιση της δράσης τους. Περιλαμβάνει διάφορους διαιτητικούς, φαρμακευτικούς και άλλους χειρισμούς: οι διαιτητικοί παράγοντες ενοχοποιούνται για την ενίσχυση των καρκινογενέσεων όπως είναι η αυξημένη κατανάλωση λίπους, κρέατος, και η πρόσληψη μεγάλου αριθμού θερμίδων. Αντίθετα η δίαιτα πλούσια σε φυτικές ίνες δρα προστατευτικά στην καρκινογένεση (Μπανκουσλί, 2008).

Φαρμακευτικοί παράγοντες: Η χορήγηση ασβεστίου από του στόματος έχει διαπιστωθεί ότι μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκινώματος. Η λήψη βιταμίνης D, E και πολυβιταμινούχων με φολικό οξύ δρουν προστατευτικά στην εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Επίσης προληπτική δράση έχει η ασπιρίνη και άλλα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη όπως η πιροξικάμη. Άλλα μέτρα που λειτουργούν προστατευτικά απέναντι στον καρκίνο του παχέος εντέρου είναι η αποφυγή του αλκοόλ και του καπνίσματος (Μπανκουσλί, 2008).

Η δευτεροβάθμια πρόληψη περιλαμβάνει την πρόωμη ανίχνευση προκαρκινικών αδενωμάτων ή του καρκίνου στα αρχικά του στάδια και έχει ως στόχο την έγκαιρη αντιμετώπιση του. Οι ομάδες υψηλού κινδύνου είναι:

Οι ενήλικες άνω των 50 ετών, φορείς αδενωμάτων με δυσπλασία, ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν και θεραπεύτηκαν για καρκίνο ή αδένωμα παχέος εντέρου, άτομα των οποίων οι συγγενείς είχαν καρκίνο παχέος εντέρου, οικογένειες με ιστορικό οικογενούς

πολυποδίασης καθώς και ασθενείς που πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα. Όλες αυτές οι ομάδες χρειάζονται συστηματική παρακολούθηση και διαγνωστική επαγρύπνηση (Μπανκουσλί, 2008).

Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι η δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου στις ευρωπαϊκές χώρες μετά τον καρκίνο του πνεύμονα και επειδή τα συμπτώματα του στο μεγαλύτερο μέρος τους είναι άτυπα με αποτέλεσμα να μην γίνεται εύκολη διάγνωση, η Αμερικάνικη Εταιρία για τον καρκίνο δίνει οδηγίες για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του παχέος εντέρου τονίζοντας ότι τα άτομα υψηλού κινδύνου θα πρέπει να ξεκινούν νωρίτερα τον προσυμπτωματικό έλεγχο, ενώ για τους υπόλοιπους προτείνεται κάθε χρόνο εξέταση ρουτίνας για ανίχνευση αίματος στα κόπρανα και σιγμοειδοσκόπηση κάθε 5 χρόνια ή κολonosκόπηση κάθε 10 χρόνια ανάλογα με την εκτίμηση της συμπτωματολογίας (Runge et al, 2009).

7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου περιλαμβάνει την χειρουργική θεραπεία και την συμπληρωματική η οποία διακρίνεται στην χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία. Η βασική θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου γίνεται με την χειρουργική επέμβαση. Σε αρκετές περιπτώσεις όμως γίνεται και σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία.

7.1 Χειρουργική

Η χειρουργική επέμβαση (εικ.8) έχει ως σκοπό την αφαίρεση της καρκινικής μάζας με τέτοιο τρόπο ώστε να μην βλάψει τους μη προσβεβλημένους ιστούς. Η αφαίρεση της καρκινικής μάζας έχει ως σκοπό να αποφύγει την διασπορά κακοήθων κυττάρων στους γύρω ιστούς με την αφαίρεση των επιχώριων αγγειακών και των λεμφικών σχηματισμών. Το είδος της χειρουργικής επέμβασης εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου, την εντόπιση του όγκου, την ύπαρξη ή όχι μεταστάσεων, την ηλικία του ασθενούς, την κατάσταση της θρέψης του ασθενούς και τις επιπλοκές όπως είναι η διάτρηση ή η απόφραξη. Όταν είναι μικρός ο όγκος η επέμβαση γίνεται τοπικά αν και τις περισσότερες φορές προτιμάται ριζική αφαίρεση η οποία διακρίνεται σε τρεις τύπους: την αφαίρεση του όγκου με αναστόμωση, την αφαίρεση

του όγκου και σχηματισμός κολοστομίας προσωρινής ή μόνιμης και κοιλιοπερινεϊκή εκτομή (Cornrer et al, 2006).



Εικόνα 8. Χειρουργική επέμβαση

7.2 Συντηρητική

Χημειοθεραπεία: Χρησιμοποιείται μετεγχειρητικά. Οι χημιοθεραπευτικοί παράγοντες οι οποίοι χρησιμοποιούνται είναι η φθοριοουρακίλη η οποία χορηγείται ενδοφλέβια και το φολινικό οξύ. Όταν συνδυάζεται με ακτινοθεραπεία ελαττώνεται ο κίνδυνος υποτροπής του όγκου και παρατείνει την επιβίωση ασθενών με όγκους του ορθού σταδίου Β και C. Είναι χρήσιμη για την αποφυγή της υποτροπής της νόσου και επιπλέον συμβάλλει στη μείωση της πιθανής διασποράς στο ήπαρ (Lemone & Burke, 2006).

Ακτινοθεραπεία: Χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με την χειρουργική επέμβαση. Χορηγείται συνήθως μετά την εγχείρηση για περιορισμό της πιθανότητας επανεμφάνισης της ασθένειας κυρίως όταν ο καρκίνος είναι προχωρημένος. Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να χορηγηθεί και πριν από την εγχείρηση γιατί συμβάλλει στη συρρίκνωση μεγάλων όγκων του ορθού για να μπορέσει να αφαιρεθεί ευκολότερα (Lemone & Burke, 2006).

Παρηγορητική θεραπεία: Διενεργείται στον προχωρημένο καρκίνο του παχέος εντέρου που δεν γίνεται εγχείρηση ή όταν έχει κάνει μετάσταση (στάδιο IV κατά Dukes). Χρησιμοποιούνται διάφοροι συνδυασμοί χημιοθεραπευτικών φαρμάκων σε συνδυασμό με μονοκλωνικά αντισώματα με σκοπό την επιμήκυνση του χρόνου επιβίωσης των ασθενών και τη βελτίωση ποιότητας ζωής τους. Ο χρόνος χορήγησης της παρηγορητικής θεραπείας εξατομικεύεται για τον κάθε ασθενή. Για τους ασθενείς με μεταστατική νόσο τείνει να επικρατήσει η συνεχιζόμενη θεραπευτική αντιμετώπιση με εναλλάξ χορήγηση φαρμάκων μέθοδος stop and go, εναλλάξ θεραπεία εφόδου με θεραπεία συντήρησης (Μπανκουσλί, 2008).

B Μέρος

8. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς γίνεται με τη λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού το οποίο εστιάζει στα παρακάτω: καθορίζει τα περιστατικά που συνδέονται με το τρέχον πρόβλημα υγείας και αναγνωρίζει το πρόβλημα υγείας ή το κύριο ενόχλημα του ασθενούς. Γίνεται λήψη δημογραφικών στοιχείων όπως η ηλικία, το φύλο, η κουλτούρα και το επάγγελμα. Αυτές οι πληροφορίες μπορεί να δώσουν άλλα στοιχεία σχετικά με την προδιάθεση σε συγκεκριμένες παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος. Γίνεται λήψη οικογενειακού ιστορικού σχετικά με γαστρεντερικές διαταραχές γιατί μερικά προβλήματα του γαστρεντερικού έχουν γενετική προδιάθεση, όπως για παράδειγμα η οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση είναι μια κληρονομούμενη επικρατούσα διαταραχή που προδιαθέτει καρκίνο του παχέος εντέρου (Ignatavicius & Workman, 2008).

Λαμβάνεται ατομικό ιστορικό μέσω του οποίου ρωτάται ο ασθενής αν είχε προηγούμενες διαταραχές στο γαστρεντερικό σύστημα ή αν είχε υποβληθεί στο παρελθόν σε χειρουργικές επεμβάσεις στην κοιλιακή χώρα. Διευκρινίζεται αν παίρνει κάποια φαρμακευτική αγωγή που του έχει συνταγογραφηθεί από το γιατρό ή αν παίρνει μόνος του μη συνταγογραφούμενα φάρμακα ή βότανα ή αν κάνει αλόγιστη χρήση των φαρμάκων. Αν λαμβάνει συστηματικά φάρμακα όπως ασπιρίνη, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, υπακτικά και φυτικά σκευάσματα ή γίνονται υποκλυσμοί. Λαμβάνεται πλήρες διατροφικό ιστορικό γιατί είναι σημαντικό κατά την εκτίμηση της λειτουργίας του γαστρεντερικού συστήματος. Πολλές καταστάσεις παρουσιάζονται εξαιτίας διαφόρων διατροφικών αλλαγών και απορρόφησης των θρεπτικών συστατικών. Μέσα από το διατροφικό ιστορικό εκτιμάται το κατά πόσο καλύπτονται οι διατροφικές ανάγκες. Καταγράφονται ο τύπος της διατροφής του ασθενούς δηλαδή ο αριθμός των ημερήσιων γευμάτων, τα συνήθη φαγητά, ειδικές δίαιτες και πρόσφατες αλλαγές (Ignatavicius & Workman, 2008).

Εξετάζεται το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο του ασθενούς γιατί εξαιτίας του χαμηλού εισοδήματος ο ασθενής μπορεί να μην έχει τη δυνατότητα να σιτίζεται σωστά ώστε να έχει μια ισορροπημένη διατροφή ή να παίρνει την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή υποκαθιστώντας την με φάρμακα τα οποία είναι πιο οικονομικά αλλά δεν έχουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα που χρειάζεται. Σημαντική επίσης είναι και η ψυχολογική εκτίμηση του ασθενούς που δεν πρέπει να παραλείπεται από τη νοσηλευτική φροντίδα. Παρατηρούνται τυχόν μεταβολές στις συνήθειες του εντέρου οι οποίες διαπιστώνονται λαμβάνοντας τις εξής πληροφορίες: τον τύπο της κινητικότητας του εντέρου, το χρώμα και τη σύσταση των

κοπράνων, αν ο ασθενής έχει διάρροια ή δυσκοιλιότητα, ποιες ενέργειες έγιναν για την ανακούφιση της διάρροιας ή της δυσκοιλιότητας, αν υπάρχει ερυθρό αίμα ή μέλανα κόπρανα και παρουσία κοιλιακής διάτασης ή αερίων. Γίνεται περαιτέρω διερεύνηση σε ακούσια αύξηση ή μείωση σωματικού βάρους (Ignatavicius & Workman, 2008).

Η νοσηλευτική κλινική εκτίμηση του ασθενούς πρέπει να είναι συστηματική και πλήρης. Γίνεται εκτίμηση της κοιλιακής χώρας χρησιμοποιώντας τέσσερις τεχνικές εξέτασης: την επισκόπηση, την ακρόαση, την επίκρουση και την ψηλάφηση. Γίνεται επισκόπηση του δέρματος για να διαπιστωθεί τυχόν συμμετρία της κοιλιάς, παρουσία δυσχρωμίας, κοιλιακή διάταση, προεξέχουσες μάζες και τεταμένο γυαλιστερό δέρμα. Γίνεται ακρόαση των εντερικών ήχων για να προσδιορισθεί ο χαρακτήρας και η συχνότητα των ήχων δηλαδή να διαπιστωθεί αν είναι φυσιολογικοί, υποτονικοί ή υπερτονικοί. Κατά την ακρόαση της κοιλιάς παρατηρούνται τυχόν αγγειακοί ήχοι ή φυσήματα γιατί η παρουσία ενός τέτοιου ήχου πάνω από την αορτή υποδηλώνει ανευρύσματα (Ignatavicius & Workman, 2008).

Η επίκρουση γίνεται από γιατρό ή από εξειδικευμένο νοσηλευτή για να προσδιορισθεί το μέγεθος των συμπαγών οργάνων, η παρουσία μαζών, υγρών και αέρα. Η ψηλάφηση γίνεται για να προσδιορισθεί το μέγεθος, και η θέση των ενδοκοιλιακών οργάνων και να ελεγχθεί η παρουσία μάζας ή ευαισθησίας. Υπάρχουν δυο τύποι ψηλάφησης της κοιλιακής χώρας η επιπολής και η εν τω βάθει η οποία πρέπει να διενεργείται μόνο από γιατρούς ή εξειδικευμένους νοσηλευτές. Αυτή χρησιμοποιείται για τον περαιτέρω προσδιορισμό του μεγέθους και του σχήματος των ενδοκοιλιακών οργάνων και μαζών, ενώ η τεχνική της επιπολής ψηλάφησης χρησιμοποιείται για την ανίχνευση μεγάλων μαζών και περιοχών ευαισθησίας (Ignatavicius & Workman, 2008).

9. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Οι κυριότερες νοσηλευτικές διαγνώσεις είναι ο πόνος, οι διαταραχές θρέψης δηλαδή όταν η πρόσληψη είναι μικρότερη από τις ανάγκες του οργανισμού, ο προπαρασκευαστικός θρήνος του ασθενούς και ο κίνδυνος διαταραχής της σεξουαλικής λειτουργίας όταν ο ασθενής έχει κολοστομία.

9.1 Πόνος

Ο ασθενής που έχει καρκίνο του παχέος εντέρου ίσως να αισθανθεί πόνο είτε εξαιτίας των διαγνωστικών εξετάσεων και της χειρουργικής επέμβασης είτε λόγω της προετοιμασίας στην οποία υποβάλλεται. Έπειτα από κοιλιοπερινεϊκή εκτομή, υπάρχει η πιθανότητα να εμφανισθεί πόνος φάντασμα στο ορθό δηλαδή πόνος στην περιοχή ενός οργάνου που έχει αφαιρεθεί. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας της βλάβης των νεύρων κατά τη διάρκεια της ευρείας εκτομής του ορθού (Lemone & Burke, 2006).

Αξιολογείται ο πόνος του ασθενούς χρησιμοποιώντας την κλίμακα πόνου (0-10) για την ποσοτικοποίηση του επιπέδου του πόνου. Ο ασθενής αξιολογείται επίσης και για την ύπαρξη άλλων παραγόντων που ευθύνονται για τον πόνο, όπως είναι ο φόβος, η κόπωση, ο θυμός και το άγχος. Απαραίτητη επίσης είναι και υποστήριξη της χειρουργικής τομής με ένα μαξιλάρι και η διδασκαλία του ασθενούς να κάνει το ίδιο όταν βήχει και όταν παίρνει βαθιές αναπνοές ώστε να προληφθούν οι επιπλοκές από το αναπνευστικό. Για να ελαχιστοποιηθεί η συχνότητα και η ένταση του βήχα και κατά συνέπεια και ο πόνος χρειάζεται η διασφάλιση επαρκούς πρόσληψης υγρών (Osborn et al, 2013).

Αξιολογείται σε τακτά χρονικά διαστήματα ο ασθενής για να διαπιστωθεί αν έχει ανακουφιστεί από τον πόνο, για την αξιολόγηση αυτή χρησιμοποιούνται υποκειμενικά και αντικειμενικά δεδομένα, όπως η εντόπιση, η ένταση και ο χαρακτήρας του πόνου, καθώς και τα μη λεκτικά σημεία, όπως οι μορφασμοί, οι γρήγορες και επιπόλαιες αναπνοές, οι μεταβολές του σφυγμού και η μυϊκή τάση. Ορισμένοι ασθενείς πιστεύουν ότι ο πόνος είναι αναμενόμενος και ότι ίσως πρέπει να τον αντέξουν. Επίσης μπορεί να φοβούνται ότι θα εξαρτηθούν από τα αναλγητικά. Επομένως πρέπει να γίνονται προσεκτικές ερωτήσεις για την καλύτερη δυνατή εκτίμηση και αντιμετώπιση του πόνου (Lemone & Burke, 2006).

Ο ασθενής παροτρύνεται να βαθμολογήσει και ο ίδιος την ένταση του πόνου χρησιμοποιώντας μια κατάλληλη κλίμακα. Ο πόνος αποτελεί υποκειμενικό αίσθημα γιατί ο κάθε ασθενής αντιδρά διαφορετικά εξαιτίας των θρησκευτικών και πολιτισμικών παραγόντων. Εκτιμάται η αποτελεσματικότητα των αναλγητικών μισή ώρα μετά τη χορήγηση τους και παρατηρείται ο ασθενής για τυχόν παρενέργειες. Για την εξασφάλιση της επαρκούς ανακούφισης από τον πόνο μπορεί να χρειαστεί τροποποίηση της οδού χορήγησης, του χορηγούμενου φαρμάκου και της δόσης του (Lemone & Burke, 2006).

Παρατηρείται η χειρουργική τομή για φλεγμονή ή οίδημα. Ελέγχονται οι καθετήρες και οι σωλήνες παροχέτευσης για να διαπιστωθεί ότι δεν έχει αποφραχθεί ο αυλός τους. Αν ο πόνος επιμένει και δεν ελέγχεται και συνεχώς αυξάνεται υπάρχει πιθανότητα να οφείλεται σε διάταση κοίλων οργάνων εξαιτίας απόφραξης του ρινογαστρικού σωλήνα, του καθετήρα

Foley ή του σωλήνα παροχέτευσης της περιοχής της επέμβασης ή μπορεί να δείχνει ότι υπάρχει λοίμωξη (Lemone & Burke, 2006).

Εξετάζεται η κοιλιά για διάταση, ευαισθησία κατά την ψηλάφηση και για εντερικούς ήχους. Ο πόνος μπορεί να οφείλεται σε ενδοκοιλιακή αιμορραγία, περιτονίτιδα ή παραλυτικό ειλεό. Χορηγούνται αναλγητικά φάρμακα στον ασθενή πριν από κάποια δραστηριότητα ή από κάποια παρεμβατική πράξη προκειμένου να μειωθεί η μυϊκή τάση και να μπορεί ο ασθενής να συμμετάσχει στις δραστηριότητες του με περισσότερη άνεση (Lemone & Burke, 2006).

Ενημερώνεται ο ασθενής και η οικογένεια του για τις συμπληρωματικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση του πόνου και της δυσφορίας όπως οι δραστηριότητες που αποσπούν την προσοχή του ασθενούς, η μετάθεση της προσοχής με την καθοδηγούμενη φαντασία, τη διδασκαλία τεχνικών χαλάρωσης, τη δερματική διέγερση και την ελάττωση των εξωτερικών ερεθισμάτων. Όλες αυτές οι στρατηγικές αυξάνουν τη δράση των αναλγητικών φαρμάκων μειώνοντας την μυϊκή ένταση (Osborn et al, 2013).

9.2 Διαταραχή της θρέψης: Πρόσληψη μικρότερη των αναγκών του οργανισμού

Ο ασθενής με καρκίνο παχέος εντέρου αντιμετωπίζει κίνδυνο εμφάνισης θρεπτικών διαταραχών εξαιτίας της προετοιμασίας του εντέρου για τις διαγνωστικές εξετάσεις και για την χειρουργική επέμβαση. Μετά την χειρουργική επέμβαση καταβάλλονται προσπάθειες για την αναπλήρωση των απωλειών και την κάλυψη των ημερήσιων αναγκών σε υγρά και ηλεκτρολύτες με την χορήγηση ολικής παρεντερικής σίτισης. Ο ασθενής μετά την χειρουργική επέμβαση πρέπει να προσλαμβάνει επαρκή ποσότητα θερμίδων και θρεπτικών ουσιών για την επούλωση των τραυμάτων. Επιπλέον όταν ο όγκος είναι προχωρημένος οι μεταβολικές ανάγκες του οργανισμού μπορεί να είναι αυξημένες αλλά η όρεξη του ασθενούς μειωμένη (Lemone & Burke, 2006).

Αξιολογείται το επίπεδο θρέψης χρησιμοποιώντας δεδομένα όπως, το ύψος και το σωματικό βάρος την μέτρηση της πτυχής του δέρματος και το δείκτη μάζας σώματος καθώς και τα εργαστηριακά αποτελέσματα για παράδειγμα οι συγκεντρώσεις λευκοματίνης ορού (Lemone & Burke, 2006).

Παρακολουθείται και καταγράφεται η ακριβής πρόσληψη και αποβολή υγρών και τροφών και υποδεικνύονται τρόποι συμμόρφωσης στο πρότυπο πρόσληψης. Αξιολογείται η διατροφή μέσω της μέτρησης θερμίδων, αν ο ασθενής έχει ικανότητα κατάποσης, εξετάζονται οι προτιμήσεις του στο φαγητό, τα πρότυπα και οι συμπεριφορές που σχετίζονται

με το φαγητό καθώς και οι εθνικές και πολιτιστικές του προτιμήσεις. Παρακολουθείται επίσης η αλβουμίνη, η προαλβουμίνη, η γλυκόζη, το μαγνήσιο, το νάτριο και ο σίδηρος του ορού για να αξιολογηθεί η επάρκεια της διαιτητικής πρόσληψης (Osborn et al, 2013).

Εφαρμόζεται εντατική θρεπτική υποστήριξη στον ασθενή που παρουσιάζει διαταραχές θρέψης πριν την έναρξη ενός επιθετικού σχήματος για να διευκολυνθεί η ανάρρωση του. Αξιολογείται αν ο ασθενής είναι σε θέση να αρχίσει να σιτίζεται από το στόμα μετά τη χειρουργική επέμβαση ή μετά από διάφορες παρεμβατικές πράξεις, χρησιμοποιώντας διάφορα κριτήρια όπως αν και κατά πόσο πεινάει ο ασθενής, αν υπάρχουν εντερικοί ήχοι, αν έχει αποβάλλει αέρια και εάν υπάρχει ή όχι διάταση της κοιλιάς. Ο εντερικός περισταλτισμός καταστέλλεται εξαιτίας των χειρισμών στο έντερο κατά την επέμβαση γι' αυτό το λόγο όταν ο ασθενής αρχίσει πάλι να σιτίζεται από το στόμα πρέπει προηγουμένως να γίνει επιβεβαίωση ότι έχει επανέλθει ο εντερικός περισταλτισμός (Lemone & Burke, 2006).

Απαραίτητη είναι η καθημερινή ζύγιση του ασθενούς γιατί οι διακυμάνσεις του σωματικού βάρους μπορεί να δείχνουν επαρκή ή ανεπαρκή πρόσληψη θρεπτικών ουσιών. Γίνεται περιποίηση των κεντρικών φλεβικών γραμμών και συνεχίζεται η χορήγηση ολικής παρεντερικής διατροφής, με αυτόν τον τρόπο προλαμβάνεται ο καταβολισμός των ιστών και διευκολύνεται η ανάρρωση του ασθενούς όταν διακόπτεται η πρόσληψη τροφής από το στόμα για περισσότερες από 2 έως 3 ημέρες. Όταν ξεκινάει η σίτιση εκ νέου από το στόμα σχεδιάζεται ένα διαιτολόγιο για την διευκόλυνση της πρόσληψης επαρκούς ποσότητας θρεπτικών ουσιών στο οποίο συμπεριλαμβάνονται τροφές που προτιμά ο ασθενής λαμβάνοντας υπόψη το καθημερινό πρόγραμμα καθώς και το περιβάλλον του ασθενούς (Lemone & Burke, 2006).

Παρέχεται σχολαστική φροντίδα του στόματος η οποία προλαμβάνει τη λοίμωξη και προάγει την όρεξη. Χορηγούνται αντιεμετικά και διεγερτικά της όρεξης σύμφωνα με ιατρική οδηγία για να αυξηθεί η όρεξη του ασθενούς μέσω της μείωσης του εμετού και της ναυτίας. Ενθαρρύνεται για την κατανάλωση μικρών και συχνών γευμάτων πλούσια σε θερμίδες και πρωτεΐνες, αυτά τα γεύματα είναι κατάλληλα για πέψη και γίνονται καλύτερα ανεκτά. Ενθαρρύνεται επίσης για την επαρκή λήψη υγρών μειώνοντας τα υγρά κατά τη διάρκεια του φαγητού για τη αποφυγή ανάπτυξης κορεσμού (Osborn et al, 2013).

Αυξάνεται το επίπεδο δραστηριότητας όσο είναι επιτρεπτό γιατί η δραστηριότητα συμβάλλει στη διέγερση της όρεξης. Παρέχεται περιβάλλον κατάλληλο και ξεκούραστο για φαγητό. Παρακολουθούνται οι σωλήνες σίτισης ή ενδοφλέβιας ολικής παρεντερικής σίτισης σύμφωνα με το πρωτόκολλο της κάθε κλινικής, προκειμένου να προσδιορισθεί η αντοχή του συστήματος διατροφικής διανομής. Χορηγούνται επίσης κυτταροπροστατευτικά σύμφωνα με

τις ιατρικές οδηγίες π.χ ethyl για να εξασφαλισθεί η άνεση και η βελτίωση της διατροφής προλαμβάνοντας τη ξηρότητα του στόματος (Osborn et al, 2013).

9.3 Προπαρασκευαστικός θρήνος

Ο ασθενής που υποβάλλεται σε κολεκτομή για την αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου, καλείται να προσαρμοσθεί στην απώλεια ενός μείζονος οργάνου αλλά παράλληλα έρχεται αντιμέτωπος και με τη διάγνωση μιας απειλητικής για τη ζωή κατάστασης. Ακόμη και στην περίπτωση που η πρόγνωση είναι καλή πολλά άτομα αντιλαμβάνονται τον καρκίνο ως θανατηφόρο ασθένεια. Υποστηρίζεται ο ασθενής και η οικογένεια του κατά τη διάρκεια της αρχικής φάσης του θρήνου για να διευκολυνθεί η ανάρρωση του και να ενισχυθούν τα ψυχικά του αποθέματα ώστε να αντιμετωπισθεί το πρόβλημα και τελικά να προσαρμοσθεί στην νέα πραγματικότητα (Lemone & Burke, 2006).

Απαραίτητη είναι η συνεργασία του νοσηλευτή με τον ασθενή και την οικογένεια του για να δημιουργηθεί μια σχέση εμπιστοσύνης και να είναι πιο αποτελεσματική η παρέμβαση του νοσηλευτή στο στάδιο του θρήνου. Παρέχεται προσοχή και ενθάρρυνση τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένεια του για να τους δοθεί η δυνατότητα να εκφράσουν τους φόβους και τις ανησυχίες τους. Παρέχεται βοήθεια στον ασθενή να αναγνωρίσει τα δυνατά του σημεία, τις χρήσιμες εμπειρίες από το παρελθόν και τα διαθέσιμα συστήματα υποστήριξης. Δίνεται η ευκαιρία στον ασθενή να χρησιμοποιήσει τα πιστεύω του για να αντιμετωπίσει το αίσθημα τις επικείμενης απώλειας (Lemone & Burke, 2006).

Ενθαρρύνεται η συζήτηση για την πιθανή επίδραση της απώλειας στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας αλλά και στη δομή και τη λειτουργία της οικογένειας. Παρέχεται βοήθεια στα μέλη της οικογένειας να μοιραστούν μεταξύ τους τις ανησυχίες που έχουν. Επίσης προσφέρεται βοήθεια και από ομάδες υποστήριξης ατόμων με καρκίνο, κοινωνικών υπηρεσιών ή ψυχολόγου ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ασθενούς (Lemone & Burke, 2006).

9.4 Κίνδυνος διαταραχής της σεξουαλικής λειτουργίας

Όταν ο ασθενής με καρκίνο του παχέος εντέρου έχει κολοστομία αυξάνεται ο κίνδυνος διαταραχής της σεξουαλικής λειτουργίας. Οι οργανικοί παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν σεξουαλική δυσλειτουργία είναι οι εξής: η διατομή των νεύρων και των αιμοφόρων αγγείων που νευρώνουν και αιματώνουν τα γεννητικά όργανα, η ακτινοθεραπεία,

η χημειοθεραπεία και άλλα φάρμακα που χορηγούνται μετά την επέμβαση (Lemone & Burke, 2006).

Ο ασθενής που έχει κολοστομία αισθάνεται ότι η εικόνα του σώματος του έχει αλλοιωθεί, και κατά συνέπεια μειώνεται και η αυτοεκτίμηση του. Ο ασθενής πιθανόν να αισθάνεται ότι είναι ανεπιθύμητος και φοβάται την απόρριψη. Ανησυχεί για τις δυσάρεστες οσμές και για την τυχόν διαφυγή κοπράνων από τη συσκευή της στομίας κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης (Lemone & Burke, 2006).

Αξιολογείται το επίπεδο της δυσλειτουργίας με τη λήψη συνέντευξης από τον ασθενή προκειμένου να προσδιορισθούν οι ανάγκες και ανάλογα με αυτές και οι παρεμβάσεις. Ο ασθενής ρωτάται από τον νοσηλευτή αν είναι ικανοποιημένος με τη σεξουαλική του δραστηριότητα ή αν αντιμετωπίζει δυσκολία. Σκοπός είναι η διατήρηση της ομαλής σεξουαλικής λειτουργίας (Osborn et al, 2013).

Ενθαρρύνεται ο ασθενής να συζητά τις ανησυχίες του με την/τον σύντροφό του για να υπάρξει επικοινωνία μεταξύ τους. Παραπέμπεται σε ουρολόγο αν είναι απαραίτητο για να του δοθεί θεραπεία και εκπαίδευση. Παρακολουθούνται τα συμπτώματα που επηρεάζουν την λίμπιντο. Γίνονται προσπάθειες για την διευκόλυνση της επικοινωνίας σχετικά με τα σεξουαλικά ζητήματα και καθοδηγείται ο ασθενής σχετικά με την υγιεινή και τις μεθόδους αντισύλληψης προλαμβάνοντας τις λοιμώξεις και την εγκυμοσύνη (Osborn et al, 2013).

Δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή και την οικογένεια του να εκφράσουν τα συναισθήματα τους σχετικά με τη διάγνωση του καρκίνου, την στομία και τις συνέπειες εφαρμογής των διαφόρων άλλων μεθόδων θεραπείας, με αυτόν τον τρόπο καθησυχάζεται ο ασθενής ότι τα συναισθήματα θυμού και κατάθλιψης είναι φυσιολογικές αντιδράσεις στη διάγνωση του καρκίνου και στη μεταβολή της εικόνας του σώματος (Lemone & Burke, 2006).

Εφαρμόζεται μια στάση αποδοχής και προσεκτικής φροντίδας της στομίας μέσω της οποίας εξασφαλίζεται η στερεά εφαρμογή του σάκου της κολοστομίας, ο έλεγχος των δυσάρεστων οσμών και η πρόληψη των διαφυγών με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα αίσθημα εμπιστοσύνης στον ασθενή. Ενθαρρύνεται ο ασθενής να εκφράσει τις ανησυχίες του για τις διαταραχές της σεξουαλικής του λειτουργίας. Εξασφαλίζεται ιδιωτικότητα και με το ασθενή ασχολούνται οι νοσηλευτές που ο ασθενής εμπιστεύεται ο ίδιος και η οικογένεια του με τους οποίους αισθάνεται άνετα να συζητήσει κάτι τόσο προσωπικό. Διαβεβαιώνεται ο ασθενής και ο/η σύντροφος του ότι οι συνέπειες της νόσου και των διαφόρων θεραπευτικών παρεμβάσεων στη σεξουαλική λειτουργία είναι συνήθως προσωρινές (Lemone & Burke, 2006).

Αν χρειάζονται περαιτέρω αντιμετώπιση ο ασθενής και ο/η σύντροφος του παραπέμπονται σε κοινωνική υπηρεσία ή ψυχολόγο. Χρήσιμη θα ήταν επίσης και η συνάντηση του ασθενούς με κάποιο άτομο το οποίο ζει με στομία έχοντας αντιμετωπίσει αυτό το πρόβλημα. Τα άτομα αυτά μπορούν να προσφέρουν υποστήριξη και πληροφορίες στον ασθενή στον οποίο μόλις έχει γίνει στομία και μπορεί να τον βοηθήσει να ξεπεράσει τα αισθήματα απομόνωσης και απόρριψης (Lemone & Burke, 2006).

9.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στις διαγνωστικές εξετάσεις

Ο ρόλος του νοσηλευτή στις διαγνωστικές εξετάσεις έχει να κάνει με την κατάλληλη προετοιμασία του ασθενούς για την εξέταση, την εκπαίδευση και την παροχή της κατάλληλης φροντίδας μετά το τέλος της εξέτασης.

Ακτινολογική εξέταση: Είναι η πρώτη που γίνεται προκειμένου να διαγνωσθεί ένα πρόβλημα του γαστρεντερολογικού συστήματος είναι μια απλή ακτινογραφία κοιλιάς. Δεν απαιτείται ιδιαίτερη προετοιμασία του ασθενούς. Ο ασθενής καλείται να φορέσει μια νοσοκομειακή μπλούζα, τοποθετείται σε ύπτια θέση και αφαιρεί κοσμήματα και ζώνες για να μην παρεμβάλλονται στο φιλμ (Ignatavicius & Workman, 2008).

Βαριούχος υποκλυσμός: Είναι η ακτινολογική απεικόνιση του παχέος εντέρου. Σε αυτή την εξέταση απαιτείται πολύ καλή προετοιμασία του ασθενούς. Ενημερώνεται ο ασθενής ότι πρέπει να καταναλώσει μόνο υγρά και καθαρκτικά 12 με 24 ώρες πριν από την εξέταση για να μειωθεί το κοπρανώδες υλικό στο έντερο και δεν επιτρέπεται να λάβει τίποτα από το στόμα (Ignatavicius & Workman, 2008).

Στην κολονοσκόπηση ο νοσηλευτής συμμετέχει και στα τρία στάδια της διαδικασίας: Στην προετοιμασία του ασθενούς για την κολονοσκόπηση, στη διαδικασία της κολονοσκόπησης, στην παρακολούθηση του ασθενούς μετά την κολονοσκόπηση καθώς και στις οδηγίες μετά την κολονοσκόπηση (Μαυρογιάννης, 2008).

Την ημέρα της εξέτασης γίνεται προσέγγιση του ασθενούς με σκοπό την ενημέρωση του για την επικείμενη κολονοσκόπηση και την ψυχολογική του υποστήριξη. Ενημερώνεται ο ασθενής σχετικά με τον λόγο για τον οποίο γίνεται η εξέταση, περιγράφεται με λεπτομέρεια η διαδικασία της εξέτασης συμπεριλαμβανόμενης και της αίσθησης που πιθανά θα βιώσει ο ασθενής. Τονίζεται η σημασία των διαγνωστικών πληροφοριών για τον καθορισμό της κατάλληλης θεραπείας καθώς και η ύπαρξη των πιθανών επιπλοκών (Μαυρογιάννης, 2008).

Η πληροφόρηση του ασθενούς για το τι τον περιμένει τον βοηθά στο να μειώσει το άγχος του που προέρχεται από την άγνοια και την αβεβαιότητα. Ενθαρρύνεται ο ασθενής να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του. Εκπαιδεύεται ο ασθενής σε τεχνικές χαλάρωσης για την ελάττωση του μυϊκού τόνου και άλλων λειτουργικών αποτελεσμάτων του άγχους. Στη μείωση του άγχους συμβάλλει και η γνωριμία του με άλλους ασθενείς που αντιμετώπισαν θετικά την εξέταση (Μαυρογιάννης, 2008).

Λαμβάνεται από τον ασθενή νοσηλευτικό ιστορικό, γίνεται έλεγχος για τυχόν αντενδείξεις οι οποίες δεν επιτρέπουν να γίνει η κολonosκόπηση. Γίνεται λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων καθώς και έλεγχος των ζωτικών σημείων. Τοποθετείται ο ασθενής στην κατάλληλη θέση και του τοποθετείται φλεβική γραμμή (Μαυρογιάννης, 2008).

Για την κολonosκόπηση απαραίτητη προϋπόθεση είναι ο καλός καθαρισμός του εντέρου από το κοπρανώδες περιεχόμενό του. Αυτό επιτυγχάνεται με τη χορήγηση 4 λίτρων ισότονου ηλεκτρολυτικού διαλύματος PEG (Polyethylene Glycol). Ο ασθενής λαμβάνει υδαρή διαίτα για 12 έως 24 ώρες πριν την κολonosκόπηση και παραμένει νηστικός για 6 έως 8 ώρες πριν την εξέταση. Το απόγευμα πριν από την εξέταση χορηγείται στον ασθενή διάλυμα ηλεκτρολυτών πολυαιθυλενικής γλυκόλης από το στόμα ένα ποτήρι κάθε 10 με 15 λεπτά για 4 περίπου ώρες, η πόση του διαλύματος σταματά είτε όταν το ορθό αποβάλλει καθαρό περιεχόμενο ή με την συμπλήρωση των 4L. Αυτό μπορεί να επαναληφθεί και το πρωί της ίδιας μέρας. Το διάλυμα πρέπει να είναι δροσερό για να είναι και πιο ανεκτό. Τονίζεται στον ασθενή να καταναλώσει γρήγορα το διάλυμα. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί να χορηγηθούν στον ασθενή υπακτικά, υπόθετα ή ένας ή περισσότεροι υποκλυσμοί και τοποθετείται ενδοφλέβια γραμμή αν χορηγηθεί στον ασθενή ελαφρά καταστολή (Ignatavicius & Workman, 2008).

Γίνεται επάλειψη του άκρου του ενδοσκοπίου με τζέλ ξυλοκαΐνης και εισάγεται στο ορθό του ασθενούς, τοποθετείται παλμικό οξύμετρο για τη συνεχή παρακολούθηση του περιφερικού σφυγμού και του κορεσμού του αρτηριακού αίματος σε οξυγόνο. Γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση κατασταλτικής ή αναλγητικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία (Μαυρογιάννης, 2008).

Κατά τη διαδικασία της κολonosκόπησης: Διατηρείται το επίπεδο της μέτριας καταστολής και ελέγχεται η ανταπόκριση του ασθενούς στην χορηγούμενη καταστολή/αναλγησία. Ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώνει διαρκώς τον ενδοσκόπο για την κατάσταση του ασθενούς γιατί αυτός είναι προσηλωμένος στην τεχνική. Καταγράφονται τα ζωτικά σημεία και ο κορεσμός της αιμοσφαιρίνης σε οξυγόνο. Παρακολουθείται ο ασθενής για την εμφάνιση τυχόν επιπλοκών όπως διαταραχές του καρδιακού ρυθμού, της αρτηριακής πίεσης και για αλλεργικές αντιδράσεις (Μαυρογιάννης, 2008).

Ο νοσηλευτής βοηθάει τον ενδοσκόπο με την παροχή υλικών και εξοπλισμού που απαιτούνται κάθε φορά στην κατάλληλη χρονική στιγμή ή όποτε ζητηθούν. Συμβάλλει επίσης στη διατήρηση του ασθενούς στην κατάλληλη θέση ή στη διενέργεια ειδικών χειρισμών για την αποφυγή επιπλοκών και την διευκόλυνση της προώθησης του ενδοσκοπίου με αλλαγές στη θέση του σώματος. Επίσης ο νοσηλευτής ενθαρρύνει και ενισχύει τον ασθενή καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας (Μαυρογιάννης, 2008).

Αφού ολοκληρωθεί η διαδικασία της κολονοσκόπησης ο νοσηλευτής απομακρύνει το επιμολυσμένο υλικό από την αίθουσα της ενδοσκόπησης, επιμελείται τον καθαρισμό, την απολύμανση και τη φύλαξη του ενδοσκοπικού και του λοιπού εξοπλισμού, για να αποκλεισθεί ο κίνδυνος μετάδοσης λοιμώξεων από επιμόλυνση (Μαυρογιάννης, 2008).

Χορηγούνται τα αντίδοτα φαρμάκων στον ασθενή που έλαβε καταστολή ή αναλγησία και γίνεται συνεχής εκτίμηση για ανησυχία, υπερδιέγερση του τρόμου στην περίπτωση που χορηγούνται τα φάρμακα με γρήγορο ρυθμό. Ελέγχονται τα επίπεδα συνείδησης του ασθενούς, ο κορεσμός της αιμοσφαιρίνης σε οξυγόνο και τα ζωτικά σημεία κάθε 15 λεπτά μέχρι να σταθεροποιηθεί η κατάσταση του ασθενούς. Παρακολουθείται ο ασθενής για οποιαδήποτε μεταβολή στην κατάσταση του και για την εμφάνιση ύποπτων συμπτωμάτων. Απαραίτητη είναι η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών (Μαυρογιάννης, 2008).

Παρέχεται βοήθεια στον ανήμπορο ασθενή να σηκωθεί από το εξεταστικό κρεβάτι. Συνεχίζεται η ενθάρρυνση του ασθενούς εξαιτίας της αμηχανίας που του προκάλεσε η εξέταση και της ανησυχίας για τα ευρήματα της. Έπειτα γίνεται ενημέρωση και εκπαίδευση του ασθενούς πριν την αναχώρηση του από τη μονάδα σχετικά με τους διαιτητικούς ή άλλους περιορισμούς που η κολονοσκόπηση ή τα ευρήματα επιβάλουν για παράδειγμα αποφυγή της οδήγησης και του χειρισμού μηχανημάτων. Ενημερώνεται για τα σημεία και τα συμπτώματα που πιθανόν να εμφανίσει, για τα οποία θα πρέπει να ενημερώσει άμεσα τον υπεύθυνο ιατρό ή το νοσηλευτή, ενημερώνεται επίσης και για την πιθανή φαρμακευτική αγωγή (Μαυρογιάννης, 2008).

Επιμελείται τη συλλογή και τη σήμανση των ληφθέντων δειγμάτων και την έγκαιρη αποστολή τους στο παθολογοανατομικό εργαστήριο. Αφαιρείται η ενδοφλέβια γραμμή πριν την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο. Αν όμως ο ασθενής είναι νοσηλεύομενος τότε μεταφέρεται στο θάλαμο του και ενημερώνεται ο θεράπωντας ιατρός του σχετικά με τις περαιτέρω θεραπευτικές ενέργειες και την κλινική του παρακολούθηση (Μαυρογιάννης, 2008).

Ορθοσιγμοειδοσκόπηση: Για την εξέταση αυτή ο ασθενής πρέπει να λάβει υδαρή δίαιτα για τουλάχιστον 24 ώρες πριν από την εξέταση. Συνήθως το πρωί της ίδιας ημέρας γίνεται καθαρκτικός υποκλυσμός ή υποκλυσμός με δισφωσφορικό άλας. Το απόγευμα πριν από την εξέταση μπορεί να του χορηγηθεί κάποιο υπακτικό. Ενημερώνεται ο ασθενής ότι μπορεί να αισθανθεί ένα μικρό πόνο και τυμπανισμό λόγω της διοχέτευσης αέρα μέσα στο ορθό κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Τονίζεται στον ασθενή ότι αν υπάρξει μεγάλη αποβολή αίματος πρέπει να ενημερωθεί αμέσως ο θεράπωντας γιατρός. Σημαντικό σε κάθε διαγνωστική εξέταση είναι να ενθαρρύνεται ο ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματα που του προκαλεί η διάγνωση και να δημιουργείται ένα κλίμα εμπιστοσύνης ανάμεσα στον νοσηλευτή και τον ασθενή (Ignatavicius & Workman, 2008).

10. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία του ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου είναι να αντιμετωπίσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τις ανάγκες και τα προβλήματα που βιώνει ο ασθενής κατά την χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία, την προεγχειρητική και μετεγχειρητική περίοδο καθώς και να εκπαιδεύσει τον ασθενή για την σωστή φροντίδα της κολοστομίας και να παρέχει συναισθηματική και ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή.

Μερικές από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται κατά την θεραπεία του ασθενούς που πάσχει από καρκίνο του παχέος εντέρου είναι η συχνή εκτίμηση του ασθενούς για τους παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε λοίμωξη, προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος λοίμωξης η οποία αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου των ογκολογικών ασθενών. Ο νοσηλευτής παρεμβαίνει όταν υπάρχει μείωση της άνεσης του ασθενούς, αλλαγή του σωματικού του ειδώλου που οφείλεται και στην προβλεπόμενη αλωπεκία, βλάβες του δέρματος και των βλεννογόνων που είναι αποτέλεσμα της κακοήθειας και της θεραπείας, όταν υπάρχει θρεπτικό ανισοζύγιο, όταν μειώνονται οι δραστηριότητες και όταν ο ασθενής αισθάνεται κόπωση. Καθώς επίσης και όταν ο ασθενής αισθάνεται πόνο, δυσχέρεια και θλίψη (Σαχίνη & Πάνου, 1997).

Ο νοσηλευτής φροντίζει επίσης για την ασφάλεια του ασθενούς για να μειώσει τον κίνδυνο κάκωσης η οποία σχετίζεται με αιμορραγία. Η πιο συχνή αιτία αιμορραγίας σε ασθενείς με κακοήγη όγκο είναι η θρομβοκυτταροπενία, που είναι συχνό αποτέλεσμα καταστολής του μυελού των οστών μετά από ορισμένους τύπους χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας. Ο νοσηλευτής προσπαθεί να υποστηρίξει ψυχολογικά τον ασθενή που

υποβάλλεται σε κολεκτομή για να αντιμετωπίσει τον καρκίνο του παχέος εντέρου γιατί ο ασθενής καλείται να προσαρμοσθεί στην απώλεια ενός μείζονος οργάνου και ταυτόχρονα έρχεται αντιμέτωπος με μια απειλητική για τη ζωή του κατάσταση (Σαχίνη & Πάνου, 1997).

10.1 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών κατά την χημειοθεραπεία

Η πλειονότητα των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων για τα κακοήθη νεοπλάσματα προκαλούν μια σειρά από συμπτώματα όπως: ναυτία, εμετούς, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα περισσότερα χημειοθεραπευτικά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα από τη στοματική κοιλότητα ως το κόλο. Ορισμένα από αυτά προκαλούν διάρροια και άλλα δυσκοιλιότητα (Σαχίνη & Πάνου, 1997).

Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά προκαλούν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Τέλος άλλα δρουν τοξικά σε ζωτικά όργανα, όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα (Σαχίνη & Πάνου, 1997).

Προβλήματα του αρρώστου με χημειοθεραπεία

- Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου λόγω της αναιμίας που οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και στις αιμορραγίες.
- Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις εξαιτίας των ελαττωμένων λευκών και της ανοσοκαταστολής.
- Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, εμετοί, διάρροια).
- Διαταραχή υγρών και ηλεκτρολυτών (εμετοί, διάρροια).
- Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος και κεντρικού νευρικού συστήματος.
- Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγών του σώματος (αλωπεκία, σκούρο δέρμα) (Σαχίνη & Πάνου, 1997).

Σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας: είναι η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας, η μείωση του ψυχικού τραύματος και η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών για την άμεση αντιμετώπισή τους (Σαχίνη & Πάνου, 1997).

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας

- Προετοιμασία του αρρώστου μέσω κατατοπιστικών συζητήσεων πριν την έναρξη της θεραπείας μέσα σε ένα κλίμα εμπιστοσύνης.
- Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία.
- Χορήγηση των κυτταροστατικών φαρμάκων σύμφωνα με ιατρική οδηγία.
- Επαρκής υδάτωση και μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
- Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
- Κατανάλωση μικρών και συχνών γευμάτων, ελαφρά δίαιτα πλούσια σε θρεπτικές ουσίες και βιταμίνες.
- Προσεκτική φροντίδα του στόματος.
- Προστασία του αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον και αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις).
- Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο κεντρικό νευρικό σύστημα στους νεφρούς και στο ήπαρ.
- Παρακολούθηση των ούρων και των κοπράνων για τυχόν αιμορραγία και λήψη μέτρων για την αποφυγή της αιμορραγίας.
- Βοήθεια του ατόμου να δεχθεί την αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα.
- Λαμβάνονται μέτρα ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του ασθενούς.
- Λήψη μέτρων για την αποφυγή εξαγγείωσης του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών.
- Καταγραφή πιθανών παρενεργειών της θεραπείας στο νοσηλευτικό φάκελο (Σαχίνη & Πάνου, 1997).

10.2 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών κατά την ακτινοθεραπεία

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία έχουν τα εξής προβλήματα:

- Κακή διακίνηση οξυγόνου λόγω αναιμίας.
- Θρεπτικό ανισοζύγιο υγρών, ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας (διάρροια, εμετός).
- Δυσχέρειες από την εφαρμογή του ραδιοϊσοτόπου.
- Κίνδυνοι λοίμωξης (λευκοπενία).

- Κίνδυνοι αιμορραγίας (θρομβοπενία).
- Αντιδράσεις από το δέρμα ακτινοδερματίτιδα.
- Ψυχικά προβλήματα (απομόνωση και περιορισμός επισκεπτηρίου).
- Γενικά συμπτώματα όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης (Σαχίνη & Πάνου, 1997).

Ο σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας: είναι η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας, η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος και η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών για την άμεση αντιμετώπιση τους (Σαχίνη & Πάνου, 1997).

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την ακτινοθεραπεία

- Ενημέρωση του ασθενούς, μέσα σε λογικά πλαίσια για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, ώστε να την αποδεχθεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης,
- Γίνεται επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας απελευθέρωσης, μαζί με την περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, η διάρκεια της διαδικασίας και η πιθανή ακινητοποίηση του ασθενούς κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Πιο συγκεκριμένα κατά τη διάρκεια της τηλεθεραπείας ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει ότι είναι μια ανώδυνη θεραπεία, οι ακτίνες της είναι αόρατες, αθόρυβες και άοσμες. Τα μηχανήματα κάνουν ένα μικρό κλικ κατά την έναρξη και λήξη της θεραπείας. Στο μηχανήμα της τηλεθεραπείας θα παραμείνει μόνο ο ασθενής και ακίνητος για περίπου 5 έως 10 λεπτά.
- Διευκρίνιση της λήψης προστατευτικών μέτρων για την προστασία του περιβάλλοντος, όταν το ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στο σώμα του αρρώστου.
- Λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη των παρενεργειών από την ακτινοθεραπεία καθώς και μέτρα για την έγκαιρη αντιμετώπισή τους εάν εκδηλωθούν. Για παράδειγμα αντιδράσεις στο δέρμα όπως στην ακτινοδερματίτιδα, γίνεται παρακολούθηση του δέρματος για ερυθρότητα, ξηρότητα και απολέπιση. Λαμβάνονται μέτρα για την προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από την ηλιακή ακτινοβολία, την υψηλή θερμοκρασία και τον τραυματισμό από στενά ενδύματα.
- Παρέχονται συμβουλές στον άρρωστο ώστε να αποφεύγει την επάλειψη της περιοχής με αντισηπτική βαρέων μετάλλων όπως υδραργύρου, μολύβδου, ψευδαργύρου, αργύρου και βάμμα ιωδίου. Επίσης πρέπει να αποφεύγονται αλοιφές, λοσιόν και

σκόνες, επιθέματα και λευκοπλάστ. Αν όμως υπάρχει ιατρική οδηγία γίνεται χρήση υδροκορτιζόνης, σπρέι και γαζών Lanett wax.

- Αν ο ασθενής παρουσιάσει γενικά συμπτώματα όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις καθημερινές του δραστηριότητες και στην ατομική υγιεινή,
- Υποστήριξη του αρρώστου ώστε να δεχθεί όσο το δυνατόν πιο ανώδυνα όποια τυχόν παροδική αλλαγή του σωματικού ειδώλου (αλωπεκία) (Σαχίνη & Πάνου, 1997).

10.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προεγχειρητική φροντίδα

Στην προεγχειρητική φροντίδα απαιτείται λεπτομερής ενημέρωση του ασθενούς όσον αφορά τις ανατομικές και φυσιολογικές αλλαγές που πρόκειται να συμβούν μετά την εγχείρηση. Γίνεται αναφορά στην εντόπιση και τον αριθμό των τομών καθώς και των παροχετεύσεων. Ενημερώνεται ο ασθενής ότι υπάρχει περίπτωση να του τοποθετηθεί κολοστομία. Γι αυτό ενημερώνεται από τον θεραπευτή εντεροστομίας, ο οποίος είναι νοσηλευτής που έχει ειδική εκπαίδευση στη φροντίδα της στομίας. Προγραμματίζεται στον ασθενή μια συνάντηση με τον ειδικό για στομίες, όταν υπάρχει ένδειξη. Ο συγκεκριμένος νοσηλευτής που είναι εξειδικευμένος στις στομίες έχει την εμπειρία για την αναγνώριση και την επισήμανση της σωστής θέσης για τη δημιουργία της στομίας, λαμβάνοντας υπόψη διάφορες παραμέτρους (όπως το ύψος της στομίας, οι δερματικές πτυχές και οι ενδοματολογικές προτιμήσεις του ασθενούς) (Lemone & Burke, 2006).

Για να σχεδιαστεί και να εφαρμοστεί η νοσηλευτική φροντίδα λαμβάνονται υπόψη προσωπικές ψυχολογικές και σωματικές ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενούς. Αυτό θα επιτευχθεί μέσα από τη λεπτομερή νοσηλευτική εκτίμηση. Για τον προγραμματισμό και την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας ο νοσηλευτής θα εκτιμήσει τον χειρουργικό ασθενή λαμβάνοντας ένα νοσηλευτικό ιστορικό στο οποίο ο ασθενής ρωτάται για τις συνήθειες του εντέρου (όσον αφορά τις κενώσεις) και για τυχόν πρόσφατες αλλαγές, αν έχει απώλεια βάρους, αν κουράζεται εύκολα στις δραστηριότητες, αν έχει παρουσία αίματος στα κόπρανα, αν εμφανίζει πόνο στο περίνεο και ποιό είναι το σύνηθες διαιτολόγιο του. Επίσης γίνεται λήψη οικογενειακού ιστορικού καρκίνου παχέος εντέρου/ορθού και άλλοι ειδικοί παράγοντες κινδύνου όπως φλεγμονώδης νόσος ή πολύποδες εντέρου (Lemone & Burke, 2006).

Γίνεται μια φυσική εξέταση μέσω της οποίας διαπιστώνεται η γενική εμφάνιση, το σωματικό βάρος, το περίγραμμα και η περίμετρος της κοιλιάς, οι εντερικοί ήχοι, η ευαισθησία κατά την ψηλάφηση και ο έλεγχος κοπράνων για λανθάνουσα απώλεια αίματος.

Επίσης ρωτάμε τον ασθενή για τυχόν φάρμακα που λαμβάνει χωρίς ιατρική συνταγή τα οποία μπορεί να αλληλεπιδράσουν με τα φάρμακα της διεγχειρητικής περιόδου (Lemone & Burke, 2006).

Προεγχειρητικά τοποθετείται στον ασθενή ρινογαστρικός σωλήνας εάν έχει δοθεί τέτοια οδηγία για την απομάκρυνση των γαστρικών εκκρίσεων και την κένωση του στομάχου από το περιεχόμενο του και εκτελούνται οι διαδικασίες για την προετοιμασία του εντέρου σύμφωνα με τις οδηγίες. Επίσης μπορεί να του χορηγηθούν και αντιβιοτικά από το στόμα ή παρεντερικά. Μπορεί να γίνουν υποκλυσμοί ή να χορηγηθούν καθαρκτικά για να γίνει καθαρισμός του εντέρου και να μειωθεί ο κίνδυνος επιμόλυνσης της περιτοναϊκής κοιλότητας από το εντερικό περιεχόμενο κατά τη διάρκεια της επέμβασης (Lemone & Burke, 2006).

Η χειρουργική επέμβαση αποτελεί ένα σημαντικό και στρεσογόνο γεγονός. Ο νοσηλευτής πρέπει να ακούει με ενδιαφέρον και να λαμβάνει υπόψη του τόσο τα λεκτικά όσο και τα μη λεκτικά μηνύματα για να δημιουργήσει μια σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή και την οικογένεια του. Μέσω της θεραπευτικής επικοινωνίας ο ασθενής και η οικογένεια του θα αναγνωρίσουν τους φόβους και τις επιφυλάξεις τους. Αυτό θα δώσει τη δυνατότητα στο νοσηλευτή να σχεδιάσει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και την υποστηρικτική φροντίδα με τέτοιο τρόπο ώστε να μειώσει το άγχος κατά τη διάρκεια της περιεγχειρητικής περιόδου (Lemone & Burke, 2006).

Λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία, ο ασθενής δίνει την υπογεγραμμένη συγκατάθεση του, παρατηρείται ο χαρακτήρας των κοπράνων μετά την προετοιμασία του εντέρου. Γίνονται οι απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις και τοποθετούνται στο φάκελο. Ζητείται από τον ασθενή να περιγράψει στο νοσηλευτή τι θα συμβεί μετεγχειρητικά γιατί αυτό βοηθά τον νοσηλευτή να αξιολογήσει το επίπεδο κατανόησης του ασθενούς σχετικά με τη διαδικασία και τι να αναμένει, κατά τη μετεγχειρητική περίοδο. Αξιολογεί επίσης το κατά πόσο ο ασθενής καταλαβαίνει τι υπέγραψε στην συγκατάθεση του (Osborn et al, 2013).

Προετοιμάζεται το έντερο σύμφωνα με τις οδηγίες και εξετάζονται τα κόπρανα, για να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της προετοιμασίας. Η προετοιμασία γίνεται για τον καθαρισμό του εντέρου και τη μείωση του κινδύνου μόλυνσης μετεγχειρητικά. Χορηγούνται φάρμακα στον ασθενή πριν την κινητοποίηση του γιατί ο μειωμένος πόνος αυξάνει την ανοχή στην άσκηση και η κινητικότητα με τη σειρά της αυξάνει την εντερική κινητικότητα, προλαμβάνει τον ειλέο και βελτιώνει την αναπνευστική προσπάθεια, μειώνοντας την πιθανότητα πνευμονίας (Osborn et al, 2013).

Ρωτάται αν είναι αλλεργικός σε κάποιο αναλγητικό, αν έχει πολιτισμικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις που μπορεί να επηρεάσουν το πόνο γιατί υπάρχουν πολιτισμοί και θρησκείες που βλέπουν τον πόνο ως τιμωρία ή χρησιμοποιούν μη συμβατικούς τρόπους για την αντιμετώπιση του. Εξασφαλίζεται άνεση στον ασθενή και χρησιμοποιείται κλίμακα πόνου από το 1 έως το 10 για την ποσοτικοποίηση του επιπέδου του πόνου ώστε να μην αποκλίνει από νοσηλευτή σε νοσηλευτή και από μέρα σε μέρα. Ζητείται από τον ασθενή να αναφέρει στον νοσηλευτή αν ο πόνος δεν ανακουφίζεται για να γίνει αλλαγή σχεδίου αντιμετώπισης του πόνου (Osborn et al, 2013).

Η εκπαίδευση του ασθενούς πρέπει να ξεκινήσει όσο το δυνατόν νωρίτερα από τη στιγμή που ο ασθενής μαθαίνει ότι επρόκειτο να χειρουργηθεί. Γιατί ο πόνος και η επίδραση της αναισθησίας είναι δυνατόν να μειώσουν σε μεγάλο βαθμό την μαθησιακή ικανότητα του ασθενούς. Η εκπαίδευση και η συναισθηματική υποστήριξη του ασθενούς επιδρούν θετικά στην αίσθηση σωματικής και ψυχικής ευεξίας τόσο πριν όσο και μετά τη χειρουργική επέμβαση (Lemone & Burke, 2006).

Η εκπαίδευση του ασθενούς περιλαμβάνει:

- Ασκήσεις διαφραγματικής αναπνοής και βήχα με σκοπό την έκπτυξη των πνευμόνων, την βελτίωση του αερισμού, την αύξηση του οξυγονωμένου αίματος και την ρευστοποίηση των εκκρίσεων.
- Ασκήσεις κάτω άκρων και αλλαγή θέσης στο κρεβάτι με σκοπό την βελτίωση της κυκλοφορίας για την πρόληψη φλεβικής στάσης και άριστης ανταλλαγής αερίων (Lemone & Burke, 2006).

Ο ασθενής και η οικογένεια του προεγχειρητικά λαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με:

- Τα μέτρα που συμβάλουν στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης επιπλοκών.
- Πληροφορούνται για τις διαγνωστικές εξετάσεις και για την προετοιμασία αυτών.
- Προετοιμασία του ασθενούς μετά τα μεσάνυχτα αν η χειρουργική επέμβαση επρόκειτο να γίνει νωρίς το πρωί γίνεται προετοιμασία του δέρματος, τοποθέτηση ουροκαθετήρα, έναρξη προεγχειρητικής χορήγησης φαρμάκων, χορήγηση υγρών ενδοφλέβια, φύλαξη προσωπικών αντικειμένων όπως κοσμήματα και χρήματα.
- Χορήγηση κατασταλτικών/υπνωτικών τη νύχτα πριν το χειρουργείο για να διασφαλιστεί η ανάπαυση του ασθενούς.
- Συνεννόηση για τη λήψη σημαντικών φαρμάκων το πρωί της επέμβασης.

- Προγραμματισμός για τον έλεγχο του μετεγχειρητικού πόνου (Lemone & Burke, 2006).

Προεγχειρητικά επίσης γίνεται και η διόρθωση κάθε θρεπτικής και υδατοηλεκτρολυτικής διαταραχής με δίαιτα υψηλή σε πρωτεΐνες όπως το κρέας, το γάλα και τα αυγά, πλούσια σε υδατάνθρακες και φτωχή σε λίπος. Συνιστώνται υγρά γεύματα όπως γάλα, χορήγηση υδρολυμένων πρωτεϊνών από το στόμα και πιθανόν ολική παρεντερική σίτιση. Όλα αυτά γίνονται για να εκτιμηθεί η κατάσταση του ασθενούς πριν από το χειρουργείο. Να αναγνωρισθούν οι σωματικές του ανάγκες, να προσδιορισθούν οι απαιτήσεις όσον αφορά την εκπαίδευση και την ψυχολογική υποστήριξη του ίδιου και της οικογενείας του και να ιεραρχηθούν οι προτεραιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας (Lemone & Burke, 2006).

10.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διεγχειρητική φροντίδα

- Ο νοσηλευτής βοηθάει τον ασθενή να πλυθεί, να ευπρεπιστεί, και να φορέσει την ειδική ένδυση για το χειρουργείο.
- Να διασφαλίσει ότι δεν θα πάρει τίποτα ο ασθενής από το στόμα.
- Να προσφέρει επιπλέον πληροφορίες και εκπαίδευση προκειμένου να εμπλουτίσει την ήδη υπάρχουσα εκπαίδευση του ασθενούς.
- Να απομακρύνει τυχόν βαφές νυχιών, make up και κραγιόν για να διευκολυνθεί η εκτίμηση της κυκλοφορίας κατά τη διάρκεια της επέμβασης και μετά από αυτή.
- Να επιβεβαιώσει ότι οι ειδικές ταινίες επισήμανσης για την αναγνώριση της ταυτότητας του ασθενούς, της ομάδας αίματος και των πιθανών αλλεργιών του είναι οι σωστές, ευανάγνωστες και στερεά τοποθετημένες.
- Να απομακρύνει τυχόν κοσμήματα και τσιμπιδάκια για τα μαλλιά, να αφαιρέσει τυχόν οδοντοστοιχίες, τεχνητά μάτια και φακούς επαφής και να τα τοποθετήσει σε ασφαλές σημείο.
- Να αφήσει τυχόν ακουστικό βαρηκοΐας στη θέση του αν ο ασθενής δεν έχει τη δυνατότητα να ακούσει χωρίς αυτό και να ενημερώσει σχετικά με αυτό τον νοσηλευτή του χειρουργείου.
- Να ολοκληρώσει την προετοιμασία του δέρματος και του εντέρου σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
- Να τοποθετήσει ουροκαθετήρα, φλεβική γραμμή και ρινογαστρικό καθετήρα σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.

- Να επιβεβαιώσει, πριν από την προεγχειρητική χορήγηση φαρμάκων, ότι έχει υπογραφεί η συγκατάθεση του ασθενούς μετά από ενημέρωσή του.
- Να επιβεβαιώσει ότι το ύψος και το βάρος του ασθενούς έχουν καταγραφεί στο διάγραμμα για να προσδιοριστούν οι δόσεις των αναισθητικών φαρμάκων.
- Να επιβεβαιώσει ότι όλες οι απαντήσεις των διαγνωστικών εξετάσεων βρίσκονται στο φάκελο του ασθενούς.
- Να ζητήσει από τον ασθενή να ουρήσει πριν από την χορήγηση των προεγχειρητικών φαρμάκων εκτός και αν του έχει τοποθετηθεί ουροκαθετήρας.
- Να χορηγήσει τα προεγχειρητικά φάρμακα σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
- Να φροντίσει για την ασφάλεια του ασθενούς μετά την χορήγηση των φαρμάκων, ανασηκώνοντας τα προστατευτικά κάγκελα του κρεβατιού και αφήνοντάς σε εύκολα προσβάσιμη θέση από τον ασθενή το ειδικό κουμπί κλήσης για βοήθεια.
- Να παρακολουθεί και να καταγράφει τα ζωτικά σημεία.
- Να προσφέρει συνεχή ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή και την οικογένειά του.
- Να καταγράφει και να τεκμηριώνει την προεγχειρητική φροντίδα στα κατάλληλα έγγραφα.
- Να επιβεβαιώσει σε συνεργασία με το προσωπικό του χειρουργείου την ταυτότητα του ασθενούς και ότι όλες οι πληροφορίες που τον αφορούν είναι σωστά γραμμένες.
- Να βοηθήσει το προσωπικό του χειρουργείου κατά την μεταφορά του ασθενούς από το κρεβάτι στο φορείο.
- Τέλος να προετοιμάσει το θάλαμο του ασθενούς για την μετεγχειρητική φροντίδα τακτοποιώντας το κρεβάτι του και διασφαλίζοντας την ύπαρξη στο θάλαμο των προβλεπόμενων προμηθειών και του απαραίτητου εξοπλισμού (Lemon & Burke, 2006).

10.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη μετεγχειρητική φροντίδα

Η μετεγχειρητική φροντίδα ξεκινά με την μεταφορά του ασθενούς από την αίθουσα του χειρουργείου στην αίθουσα της ανάνηψης. Εκεί ο νοσηλευτής παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία του ασθενούς καθώς και την περιοχή της χειρουργικής τομής για να μπορέσει να προσδιορίσει την αντίδραση του ασθενούς στην χειρουργική επέμβαση. Καταγράφεται ο αριθμός των αναπνοών, το χρώμα του δέρματος καθώς και η θερμοκρασία και αν έχει τάση για εμετό/ναυτία γιατί προκαλείται πίεση στη συρραφή του τραύματος. Επίσης ο νοσηλευτής εκτιμά συχνά τη διανοητική λειτουργία και το επίπεδο συνείδησης του ασθενούς γιατί ο

ασθενής μπορεί να χρειαστεί συνεχή προσανατολισμό ως προς το χώρο το χρόνο και τα πρόσωπα (Lemon & Burke, 2006).

Ο ασθενής έχει τοποθετημένο ένα ρινογαστρικό καθετήρα και λαμβάνει αναλγησία για τις πρώτες 24 έως 36 ώρες. Αξιολογείται ο πόνος κάθε 3 - 4 ώρες με την χρήση της κλίμακας του πόνου για την σωστή μέτρηση και του χορηγούνται αναλγητικά. Επίσης του παρέχεται ένα ήσυχο δωμάτιο με άνετο κρεβάτι και χρήση τεχνικών χαλάρωσης με βαθιές αναπνοές μέτρα τα οποία συμβάλλουν στην μείωση του πόνου (Ignatavicius & Workman, 2008).

Η νοσηλευτική εκτίμηση γίνεται κάθε 15 λεπτά στη διάρκεια της πρώτης ώρας και αν η κατάσταση του ασθενούς έχει σταθεροποιηθεί γίνεται κάθε 30 λεπτά για τις επόμενες 2 ώρες. Στη συνέχεια εκτιμάται ανά 1 ώρα κατά τη διάρκεια των επόμενων 4 ωρών και ακολούθως ανά 4 ώρες (Lemon & Burke, 2006).

Εφόσον σταθεροποιηθεί η κατάσταση του ασθενούς μεταφέρεται πλέον στο θάλαμο όπου γίνεται συνεχής εκτίμηση για την αναγνώριση και την πρόληψη τυχόν επιπλοκών. Αφού γίνει η αρχική εκτίμηση του ασθενούς και ληφθούν τα μέτρα για την ασφάλεια του, στη συνέχεια ο νοσηλευτής μελετά τις μετεγχειρητικές οδηγίες του γιατρού. Γίνεται καταγραφή των ευρημάτων που εντοπίζονται κατά την εκτίμηση σε ατομικό διάγραμμα στο οποίο καταγράφεται η κατάσταση του ασθενούς. Αξιολογείται η αρχική μετεγχειρητική κατάσταση και συγκρίνεται με αυτήν της προεγχειρητική περιόδου (Lemon & Burke, 2006).

Στην κλινική γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα μέτρηση και αξιολόγηση των ζωτικών σημείων μέχρι να σταθεροποιηθούν, γιατί όταν υπάρχει ταχύπνοια, ταχυκαρδία και μείωση της αρτηριακής πίεσης υπάρχει αιμορραγία. Αξιολογείται η παροχέτευση του εντέρου ανάλογα με την ποσότητα και τα χαρακτηριστικά. Μετρούνται τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά για την αξιολόγηση του ισοζυγίου των υγρών. Μετράται η αποβολή των ούρων σε τακτά χρονικά διαστήματα γιατί η μειωμένη διούρηση μπορεί να είναι σημείο καταπληξίας. Ελέγχεται για την επαρκή διούρηση πριν από την ενδοφλέβια χορήγηση καλίου γιατί αν δεν έχει αποκατασταθεί η νεφρική λειτουργία μπορεί να προκληθεί νεφρική ανεπάρκεια (Dewit, 2009).

Διασφαλίζεται η βατότητα του ρινογαστρικού σωλήνα με εγχύσεις 30ml κάθε 2 ώρες σύμφωνα με τις οδηγίες για να παροχετευτούν οι εκκρίσεις από το στομάχι και να μειωθεί η ναυτία και η κοιλιακή διάταση. Η βατότητα του σωλήνα εξασφαλίζεται επίσης για την ανάρρωση και την συναισθηματική άνεση του ασθενούς. Ο σωλήνας λειτουργεί καλύτερα αν τοποθετηθεί πάνω από το επίπεδο του στομάχου. Ελέγχεται η ποσότητα και ο χαρακτήρας των εκκρίσεων σε κάθε βάρδια για να γίνει αντιληπτή τυχόν αιμορραγία και χορηγούνται ενδοφλέβια υγρά για την αποφυγή της αφυδάτωσης (Dewit, 2009).

Γίνονται εργαστηριακές εξετάσεις για να ελεγχθούν οι τιμές των ηλεκτρολυτών οι οποίες θα αποκαλύψουν αν υπάρχουν ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Παρέχεται βοήθεια στον ασθενή να αλλάζει θέση, να βήχει αποτελεσματικά και να παίρνει βαθιές ανάσες τουλάχιστον ανά δυο ώρες για να γίνει έκπτυξη των πνευμόνων. Παρακολουθείται ο ασθενής αν χρησιμοποιεί σωστά το σπιρόμετρο εξάσκησης της αναπνοής που συμβάλλει στην πρόληψη της ατελεκτασίας και γίνεται ακρόαση των αναπνευστικών ήχων για να διαπιστωθεί αν αερίζονται όλα τα πνευμονικά πεδία (Lemon & Burke, 2006).

Γίνεται ακρόαση για την ύπαρξη εντερικών ήχων γιατί δείχνουν αν υπάρχει περισταλτισμός και αξιολογείται η κοιλιακή διάταση. Διατηρείται σταθερός ο ρυθμός χορήγησης και ελέγχεται κάθε μισή ώρα γιατί η γρήγορη χορήγηση οδηγεί σε υπερφόρτωση. Ο ασθενής ενημερώνεται να αποφεύγει τις τροφές που μπορεί να του προκαλέσουν διάρροια και να του ερεθίσουν το έντερο όπως το πλήρες γάλα, τα ωμά λαχανικά και τα θερμά υγρά (Dewit, 2009).

Παρατηρείται η ποσότητα, το χρώμα και η οσμή του υγρού των παροχετεύσεων γιατί μπορεί να υποδηλώνονται επιπλοκές όπως αιμορραγία και απόφραξη του εντέρου. Απαραίτητη είναι η ενημέρωση όλου του προσωπικού που φροντίζει τον ασθενή που έχει υποβληθεί σε κοιλιοπερινεϊκή εκτομή να μην επιχειρεί να μετρά τη θερμοκρασία μέσω του ορθού, να μην χρησιμοποιούν υπόθετα και να μην προβαίνουν σε άλλες παρεμβάσεις μέσω του πρωκτού γιατί μπορεί να προκληθεί ρήξη της σύγκλεισης του πρωκτού προκαλώντας αιμορραγία, λοίμωξη ή διαταραχή της επούλωσης (Lemon & Burke, 2006).

Η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών γίνεται όσο διατηρείται η ρινογαστρική αναρρόφηση. Όταν υπάρχει ρινογαστρική αναρρόφηση ο ασθενής δεν παίρνει τροφές και υγρά από το στόμα. Επιπλέον μέσω του ρινογαστρικού σωλήνα παρατηρείται απώλεια υγρών που είναι πλούσια σε ηλεκτρολύτες και για αυτό το λόγο συνεχίζεται η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών για την αναπλήρωση των απωλειών. Υπάρχει κίνδυνος ο ασθενής να πάθει αφυδάτωση, μεταβολική αλκάλωση και διαταραχές του ισοζυγίου νατρίου χλωρίου και καλίου (Lemon & Burke, 2006).

Χορηγούνται αντιόξινα, ανταγωνιστές των υποδοχέων της ισταμίνης -2 καθώς και αντιβιοτικά σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες, τα οποία δίνονται μετεγχειρητικά για την πρόληψη της λοίμωξης που είναι αποτέλεσμα επιμόλυνσης της περιτοναϊκής κοιλότητας από το περιεχόμενο του στομάχου. Αρχικά χορηγούνται υγρά (υδρική διαίτα) και στη συνέχεια μικρά και συχνά γεύματα κανονικής τροφής. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου παρατηρούνται συχνά οι εντερικοί ήχοι και ελέγχεται για διάταση της κοιλιάς. Ο ασθενής

αρχίζει να σιτίζεται σταδιακά από το στόμα για να ελαχιστοποιηθεί η διάταση της κοιλιάς και ο τραυματισμός της σύγκλεισης (Lemon & Burke, 2006).

Τέλος γίνεται ο σχεδιασμός εξόδου και η εκπαίδευση του ασθενούς. Ο νοσηλευτής συμβουλευεται έναν διαιτολόγο για τον σχεδιασμό του διαιτολογίου και παρέχεται υποστήριξη του ασθενούς κατά την εκπαίδευση του. Επίσης η εκπαίδευση του ασθενούς περιλαμβάνει και την αντιμετώπιση των πιθανών μετεγχειρητικών επιπλοκών όπως (ενδοκοιλιακό απόστημα και εντερική απόφραξη) για τα σημεία και τα συμπτώματα καθώς και τα μέτρα που μπορούν να εφαρμοσθούν για την πρόληψη τους (Lemon & Burke, 2006).

10.6 Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με κολοστομία

Ο νοσηλευτής είναι αυτός που θα εκπαιδεύσει και θα βοηθήσει το άτομο να προσαρμοστεί στο νέο τρόπο ζωής είτε αυτός είναι παροδικός είτε είναι μόνιμος.

Ο νοσηλευτής εκτιμά αν είναι επαρκής η θρέψη και το βαθμό περιορισμού της άνεσης και παρατηρεί τα συμπτώματα. Αξιολογεί τα χαρακτηριστικά της κένωσης αν υπάρχει αίμα αν είναι διαρροϊκή, πολτώδης ή σχηματισμένη. Παρατηρείται επίσης η συχνότητα, η οσμή και το χρώμα των κοπράνων. Εκτιμάται η κατάσταση του δέρματος γύρω από το στόμιο καθώς και η κατάσταση του πρωκτού. Αξιολογείται αν και κατά πόσο έχει αποδεχθεί ο ασθενής το κολοστόμιο και ποιες είναι οι γνώσεις του ασθενούς για τις συσκευές τις κολοστομίας που χρησιμοποιούνται σήμερα (Γουλιά, 2007).

Εξετάζεται το στόμιο για αλλαγή στο χρώμα και στη διάμετρο καθώς και η συνέχεια του βλεννογόνου. Παρέχεται βοήθεια στο άτομο να έχει σταθερή καθημερινή κένωση του εντέρου με πλύση του κολοστομίου και να ρυθμίσει το διαιτολόγιο του. Ο άρρωστος ενημερώνεται για το πώς θα μειώσει τα αέρια και την κακοσμία (Γουλιά, 2007).

Γίνεται αξιολόγηση του ασθενούς αν μπορεί να μάθει να περιποιείται την κολοστομία και αν είναι υπεύθυνος όταν την εφαρμόζει. Αξιολογείται αν ο άρρωστος και το οικογενειακό του περιβάλλον είναι σε θέση να συμβάλουν στην φροντίδα του κολοστομίου. Εντοπίζονται οι ανάγκες του ασθενούς για ενημέρωση και εκπαίδευση όσον αφορά τον νέο τρόπο ζωής. Καθώς και τα προβλήματα που πιθανόν προκύψουν και οι λύσεις τους (Γουλιά, 2007).

Πριν ξεκινήσει ο νοσηλευτής τη νοσηλεία ενημερώνεται από το φάκελο του ασθενή για:

- Το είδος του στομίου, για τη θέση του στην κοιλιά και τις οδηγίες του χειρουργού σχετικά με την περιποίηση του στομίου.
- Τη φυσική ικανότητα του ασθενή και αν μπορεί να πηγαίνει στο λουτρό για την περιποίηση της στομίας, τη φύση, τα χαρακτηριστικά και τον όγκο της κένωσης.
- Το μέγεθος της συσκευής κολοστομίου και το είδος του προστατευτικού υλικού του δέρματος και το σαπούνι που χρησιμοποιείται.
- Το πρόγραμμα διδασκαλίας του αρρώστου για το τι πρέπει να μάθει ο ασθενής σχετικά με την αυτοφροντίδα του στομίου (Γουλιά, 2007).

Στο τροχήλατο τοποθετούνται τα εξής υλικά:

- Ένα σετ αλλαγής
- Φυσιολογικός ορός και phisohex
- Νεφροειδές με τολύπια βαμβακιού και τεμάχια χαρτοβάμβακου
- Συσκευή κολοστομίου
- Προστατευτικό υλικό για το περιστοματικό δέρμα skin gel κ.α
- Πάστα karaya ή άλλο υλικό για την εφαρμογή της συσκευής
- Σάκος πλαστικός για τη συλλογή του χρησιμοποιημένου υλικού μίας χρήσης
- Νεφροειδές
- Σαπούνι, κανάτα με νερό και λεκάνη
- Τετράγωνο αδιάβροχο αλλαγών
- Λευκοπλάστ
- Γάντια μιας χρήσης
- Παραβάν

Αρχικά ο νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή ότι θα ξεκινήσει τη νοσηλεία και ταυτόχρονα δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή να απαντηθούν τα πιθανά ερωτήματα του για να μειώσει το άγχος του και να εξασφαλισθεί η συνεργασία με τον άρρωστο. Είναι σημαντικό ο νοσηλευτής να μην εκδηλώνει ποτέ αισθήματα οίκτου, αποστροφής και απόρριψης κατά την εφαρμογή της νοσηλείας αυτής γιατί γίνονται αντιληπτά από τον ασθενή. Έχει ήδη μεταφερθεί το υλικό στο χώρο της νοσηλείας και απομακρύνονται οι επισκέπτες, κλείνει η πόρτα και τοποθετείται παραβάν γύρω από το κρεβάτι του ασθενούς σε περίπτωση που υπάρχει και άλλος ασθενής στο δωμάτιο για να προληφθούν οι άσκοπες διακοπές της

νοσηλείας και να προστατεύεται ο άρρωστος από την παρουσία επισκεπτών και τα βλέμματα άλλων αρρώστων (Γουλιά, 2007).

Στη συνέχεια ο νοσηλευτής αφού πλύνει τα χέρια του για να προστατεύσει τον ασθενή από τυχόν μολύνσεις και να αυξήσει την ψυχολογική του άνεση, δίνει στον ασθενή αναπαυτική ύπτια και ελαφρώς ανάρροπη θέση για να μπορεί και ο ίδιος ο ασθενής να παρακολουθεί και να συμμετέχει υπεύθυνα στην φροντίδα του κολοστομίου. Βάζει ένα τετράγωνο αδιάβροχο αλλαγών κάτω από την περιοχή που αντιστοιχεί στο στόμιο για να μην λερώσει τα σεντόνια και φοράει γάντια για να προφυλαχθεί από τα μικρόβια των κοπράνων και των υγρών του σώματος (Γουλιά, 2007).

Αφαιρεί όλη τη συσκευή ή μόνο το σάκο προσεκτικά για να μην τραυματίσει το δέρμα, μπορεί να χρειαστεί εφαρμογή διαλυτικού για την αποκόλληση της συσκευής. Απομακρύνει κόπρανα ή βλέννα με μια γάζα και την πετάει στον πλαστικό κάδο με τα άχρηστα για να αποφύγει την μόλυνση του υλικού και την δυσάρεστη μυρωδιά. Βάζει το νεφροειδές κάτω από το στόμιο για να δεχθεί τυχόν κένωση. Παρατηρεί αν υπάρχει κύανωση, ερυθρότητα και οίδημα στο δέρμα γύρω από το στόμιο τα οποία μπορεί να οφείλονται σε αλλεργική αντίδραση εξαιτίας των υλικών που χρησιμοποιούνται για την φροντίδα του, στα ένζυμα και τα οξέα του εντερικού υγρού και στην ανεπαρκή φροντίδα του περιστομιακού δέρματος (Γουλιά, 2007).

Παρατηρεί την ποσότητα και τα χαρακτηριστικά των κοπράνων που βγήκαν από το στόμιο προκειμένου να διαπιστώσει έγκαιρα την ανώμαλη απεκκριτική λειτουργία του πεπτικού σωλήνα. Καθαρίζει το δέρμα γύρω από το στόμιο με ζεστό νερό με ή χωρίς σαπούνι για να προληφθεί ο ερεθισμός του δέρματος καθώς και η κακοσμία και για να αισθανθεί πιο άνετα ο ασθενής. Σαπούνι μπορεί να μην χρησιμοποιηθεί αν ερεθίζει το δέρμα ή τουλάχιστον να είναι μαλακό. Έπειτα σκουπίζει το δέρμα με πετσέτα για να μπορέσει να κολλήσει η νέα συσκευή (Γουλιά, 2007).

Επιλέγει το σωστό μέγεθος της στομίας για να μην ερεθιστεί το δέρμα γιατί το μικρότερο στόμιο θα ερεθίσει το κολοστόμιο ενώ το μεγαλύτερο θα αφήσει ακάλυπτο το δέρμα το οποίο ερεθίζεται από το αποβαλλόμενο περιεχόμενο του εντέρου. Ανοίγει το σετ αλλαγής και με τη λαβίδα καθαρίζει το στόμιο με κυκλικές κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια με phisohex και με φυσιολογικό ορό και καλύπτει τις δερματικές πτυχές με πάστα karaya για να αποφύγει τη διαρροή του περιεχομένου της συσκευής (Γουλιά, 2007).

Αφού έχει αφαιρέσει τα γάντια, βγάζει το προστατευτικό χαρτί και το κολλάει στο κέντρο του ανοίγματος του στομίου. Τοποθετεί πρώτα το κάτω μέρος για να αποφύγει την

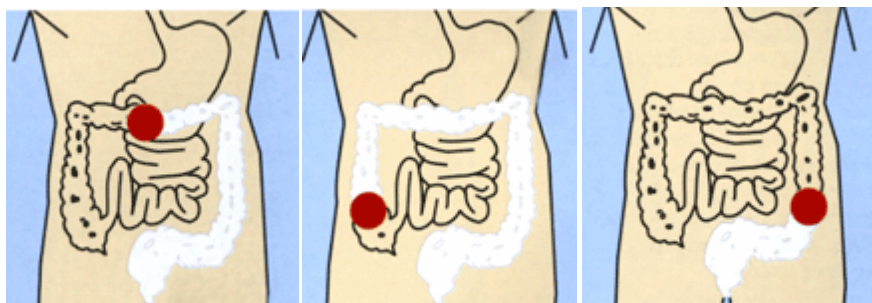
δημιουργία πτυχών από τις οποίες θα διαφύγει υγρό, αν το θεωρεί απαραίτητο εφαρμόζει ζώνη για να μην κουνιέται η συσκευή. Απομακρύνει το νεφροειδές και το τετράγωνο αδιάβροχο αλλαγών και τοποθετεί τον ασθενή σε αναπαυτική θέση για να ηρεμήσει (Γουλιά, 2007).

Πετάει το υλικό που χρησιμοποιήθηκε και αερίζει το δωμάτιο έτσι ώστε να μην θυμίζει στον ασθενή τη δυσάρεστη νοσηλεία και για να αποφευχθεί η κακοσμία και οτιδήποτε άλλο που μπορεί να μειώνει τη αξιοπρέπεια του ασθενούς. Ταυτόχρονα με τη νοσηλεία διδάσκεται και ο άρρωστος για την εκτέλεση της. Παροτρύνεται να έχει σταδιακά ενεργό ρόλο στην εκτέλεση της μέχρι να μπορέσει να αυτοεξυπηρετείται και να ανεξαρτητοποιηθεί (Γουλιά, 2007).

10.7 Τα είδη της κολοστομίας

Υπάρχουν τρεις τύποι στομίας του εντέρου (εικ.9): η κολοστομία αγκύλης, η κολοστομία διπλής εκστόμωσης και η κολοστομία μονής εκστόμωσης ή αλλιώς τελική κολοστομία.

Η κολοστομία της αγκύλης όπως φαίνεται και από την ονομασία της είναι μια αγκύλη του κόλον που περνάει μέσω της κοιλιακής τομής προς την επιφάνεια του σώματος. Έπειτα τοποθετείται κάποιο είδος γέφυρας για να αποφευχθεί το γλίστρημα. Η κολοστομία διπλής εκστόμωσης αποτελείται από δυο διαφορετικά στόμια. Με αποτέλεσμα η αγκύλη του εντέρου να διαχωρίζεται πλήρως και να δημιουργούνται ένα εγγύς και ένα άπω στόμιο. Το εγγύς είναι εκείνο που βρίσκεται πιο κοντά στο λεπτό έντερο για να μπορεί το περιεχόμενο να βγει προς τα έξω. Ενώ το άπω πηγαίνει προς το ορθό και παροχετεύει μικρές ποσότητες βλέννας. Και τέλος η τρίτη είναι η τελική κολοστομία που έχει ένα μόνο στόμιο και βρίσκεται στο κάτω τεταρτημόριο της κοιλιάς και δημιουργεί το έγγυς άκρο του σιγμοειδούς (Dewit, 2009).



Εικόνα 9. Τα είδη της κολοστομίας

10.8 Νοσηλευτική φροντίδα κατά την πλύση της κολοστομίας

Η πλύση της κολοστομίας είναι παρόμοια με τον υποκλυσμό, είναι μια μορφή διαχείρισης του στομίου που αφορά μόνο τους ασθενείς με σιγμοειδοστομία ή κατιούσα κολοστομία. Η πλύση γίνεται για την επαρκή διάταση του εντέρου για να προκληθεί περισταλτική κίνηση η οποία στη συνέχεια διεγείρει την κένωση.

Ο νοσηλευτής γεμίζει τον ασκό με 500ml διαλύματος χλιαρού νερού δηλαδή θερμοκρασία σώματος ή άλλου διαλύματος σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Γιατί το κρύο νερό προκαλεί σπασμό του εντέρου και το καυτό νερό προκαλεί έγκαυμα στο βλεννογόνο. Κρεμάει τον ασκό του διαλύματος σε ένα στατό ώστε ο πυθμένας του δοχείου να βρίσκεται στο επίπεδο του ώμου του ασθενούς. Συνδέει σταθερά τον καθετήρα του εντέρου με το σωλήνα και ανοίγει τη ρυθμιστική βαλβίδα για να χύσει λίγο υγρό μέσα στο σωλήνα για να αποβληθεί ο αέρας που βρίσκεται στο εσωτερικό του, έπειτα κλείνει την βαλβίδα μέχρι να ξεκινήσει η πλύση (Κοτρώτσιου, 2009).

Εξασφαλίζει την ιδιωτικότητα του ασθενούς. Ο νοσηλευτής πλένει τα χέρια του και φορά γάντια φροντίζοντας για την υγιεινή του ασθενούς και για την δική του προστασία. Τοποθετεί τον ασθενή αν είναι κατάκοιτος σε πλάγια κατακεκλιμένη θέση έπειτα τοποθετεί το τετράγωνο αδιάβροχο αλλαγών κάτω από την κολοστομία για να προστατευτούν τα σεντόνια. Αφαιρεί τον σάκο και τον πετάει σε πλαστική σακούλα. Τοποθετεί το νεφροειδές κάτω από την στομία για να μην λερωθούν τα λευχίματα από τυχόν υγρά. Σε περίπτωση που ο ασθενής είναι περιπατητικός τον βοηθάει να καθίσει στο κάθισμα της τουαλέτας. Επικεντρώνει το κυλινδρικό περίβλημα του σωλήνα πλύσης επάνω στο στόμιο και το προσαρμόζει σφιχτά. Έπειτα κατευθύνει το χαμηλότερο ανοιχτό άκρο του κυλινδρικού περιβλήματος προς την σκωραμίδα ή προς την λεκάνη της τουαλέτας. Ο σωλήνας πρέπει να έχει το σωστό μήκος για να φθάνει το νερό στην τουαλέτα και αν περισσεύει το αφαιρεί (Κοτρώτσιου, 2009).

Στη συνέχεια τοποθετεί τη συσκευή ή το δοχείο με το υγρό της πλύσης στο στατό και ετοιμάζει το fleet enema. Επαλείφει τον καθετήρα ή των κώνο με βαζελίνη και αφαιρεί τον αέρα για να μην δημιουργηθεί τυμπανισμός στον ασθενή. Η χρήση του κώνου αποτρέπει την διάτρηση του εντέρου. Εισάγει τον καθετήρα 6 έως 8cm ή τον κώνο στο έντερο διαμέσου της κολοστομίας με ήρεμες κινήσεις για την αποφυγή τραυματισμού. Αφήνει να τρέξει το διάλυμα και σπρώχνει τον καθετήρα προς τα μέσα (Αθανάτου, 2004).

Κρατάει το σάκο 40cm ψηλότερα από την κολοστομία για να έχει χαμηλή πίεση και περιμένει να πέσει το διάλυμα στον εντερικό αυλό. Στο fleet enema πιέζει ελαφρά το σάκο

και αν παρουσιάσει κωλικό εντέρου διακόπτεται η ροή μέχρι να ηρεμήσει. Τέλος αφαιρείται ο καθετήρας από την κολοστομία και τοποθετείται το νεφροειδές κοντά στη κολοστομία για προστασία από την τυχόν απότομη έξοδο του περιεχομένου. Περιμένει 15 λεπτά μέχρι να εκκενωθεί το έντερο και δεν είναι δυνατόν να γίνει τοποθέτηση του σωλήνα αερίων (Πανουδάκη-Μπροκολάκη, 2011).

Καθαρίζει την βάση του κυλινδρικού περιβλήματος και του σωλήνα παροχέτευσης και σφραγίζει το κάτω μέρος με σφιγκτήρα ακολουθώντας τις οδηγίες του κατασκευαστή. Τοποθετεί τον ασθενή σε αναπαυτική θέση ή σε περίπτωση που ο ασθενής είναι περιπατητικός τον ενθαρρύνει να βαδίζει για 30 λεπτά, για να εκκενωθεί πλήρως το κόλον. Στη συνέχεια αδειάζει και αφαιρεί το κυλινδρικό περίβλημα έκπλυσης, καθαρίζει την περιστομιακή περιοχή και την σκουπίζει καλά. Τέλος τοποθετεί τον δερματικό φραγμό και τον ασκό της κολοστομίας (Πανουδάκη-Μπροκολάκη, 2011).

11. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Όταν ο ασθενής διαγνωσθεί ότι έχει καρκίνο του παχέος εντέρου κυριεύεται από μια σειρά συναισθημάτων όπως το άγχος, ο φόβος και η αγωνία. Επομένως χρειάζεται υποστήριξη και βοήθεια τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από την οικογένεια του. Ο ασθενής με καρκίνο ακρωτηριάζεται, βιώνει ποικίλες απώλειες και πενθεί τη χαμένη σωματική του ακεραιότητα. Χρειάζεται να επανεξετάσει τον εσωτερικό του κόσμο να συμβιβαστεί με την συνεχή παρουσία του καρκίνου, να δεχτεί τις προκλήσεις της ασθένειας και να δώσει ξανά νόημα στη ζωή του. Οι προσπάθειες των επαγγελματιών υγείας πρέπει να έχουν ως στόχο την αποκατάσταση της σωματικής, της ψυχολογικής και πνευματικής του υγείας. Η ψυχική αποκατάσταση είναι μια διαδικασία η οποία πρέπει να ξεκινά αμέσως μετά τη διάγνωση του καρκίνου και να συνεχίζεται σε όλη τη διάρκεια της ασθένειας και της θεραπείας της (Rana & Upton, 2010).

Όσον αφορά την προεγχειρητική παρέμβαση στην επέμβαση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου υπάρχουν τρεις μορφές παροχής ενημέρωσης: η διαδικαστική ενημέρωση που είναι σχετική με τη διαδικασία της επέμβασης, η αισθητική ενημέρωση σχετικά με τα αισθήματα που μπορεί να βιώσει το άτομο και η συμπεριφορική ενημέρωση περιλαμβάνει τις συμπεριφορές που πιθανόν να βελτιώσουν την ανάρρωση του ασθενούς. Ο συνδυασμός των

τριών αυτών ενημερώσεων μπορεί να επιδράσουν και να βελτιώσουν την έκβαση (Rana & Upton, 2010).

Αξιολογείται το επίπεδο κατανόησης του ασθενή σχετικά με την εγχείρηση που πρόκειται να κάνει, τη χειρουργική πορεία και την μετέπειτα φαρμακευτική αγωγή. Ενθαρρύνεται να εκφράσει τους φόβους και τα συναισθήματα του, το φόβο για τον θάνατο, του πόνου, της νάρκωσης, της αναπηρίας και της απόρριψης από τους φίλους και τους συγγενείς. Παρέχονται πληροφορίες για τις όποιες απορίες που μπορεί να έχει και γίνονται προσπάθειες να δοθούν λύσεις στις παρεξηγημένες αντιλήψεις του (Dewit, 2009).

Απαραίτητο για το ξεκίνημα μιας συζήτησης με τον ασθενή είναι να του δείξει ο νοσηλευτής ενσυναίσθηση και να του αφιερώνει αρκετό χρόνο. Να του δείχνει ότι είναι διαθέσιμος να τον ακούσει και να τον βοηθήσει οποιαδήποτε στιγμή τον χρειαστεί ο ασθενής, με αυτόν τον τρόπο προκαλείται ανακούφιση γιατί θα ξέρει ότι ακόμη και αν έχει πάρα πολύ δουλειά ο νοσηλευτής δεν θα σταματήσει να ενδιαφέρεται για αυτόν. Δίνεται στον ασθενή η ευκαιρία να κάνει ερωτήσεις σχετικά με τον καρκίνο οι οποίες θα απαντηθούν με ειλικρινή και ανοιχτό τρόπο. Επιτρέπεται στον ασθενή να μιλάει ελεύθερα για την απώλεια του όσο περισσότερο και όσο συχνότερα θέλει γιατί όλο αυτό αποτελεί μέρος της διεργασίας του φυσιολογικού θρήνου (Rana & Upton, 2010).

Δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή να εκφράσει ελεύθερα τα συναισθήματα του γιατί θα του δοθεί μια ανακούφιση και θα μειωθεί η ανησυχία του. Επίσης ο νοσηλευόμενος ενθαρρύνεται να συμμετάσχει ενεργά στη θεραπεία του εάν βέβαια είναι ικανός να κάνει πράγματα μόνος του. Αυτό θα τον κάνει να νιώσει ικανός και λιγότερο εξαρτημένος από τους γύρω του. Με αποτέλεσμα να αυξηθεί η αυτοεκτίμηση του και η διάθεση του (Rana & Upton, 2010).

Μια νέα κατάσταση στην υγεία όπως ο καρκίνος προκαλεί ανασφάλεια η οποία βλάπτει την αυτοεκτίμηση. Τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση έχουν λιγότερα κίνητρα και αυξημένο άγχος. Στους καρκινοπαθείς μετά το χειρουργείο η χρήση συμπεριφορικών και γνωστικών στρατηγικών αντιμετώπισης είχε ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της συναισθηματικής τους κατάστασης, της ποιότητας ζωής τους και της αυτοεκτίμησης τους (Rana & Upton, 2010).

Είναι επίσης απαραίτητο να του δίνεται η ευκαιρία να μιλήσει για τις ανησυχίες όσον αφορά τα σωματικά και σεξουαλικά προβλήματα που ενδεχομένως προκύψουν από τη στομία. Γίνονται συζητήσεις σχετικά με τους σεξουαλικούς προβληματισμούς, η παρέμβαση αυτή εμπλέκει και τους δυο συντρόφους και έχει θετικό αντίκτυπο στην επικοινωνία εντός

του ζευγαριού και τελικά βελτιώνει τόσο την ψυχολογική όσο και την σωματική έκβαση (Rana & Upton, 2010).

Τα άτομα τα οποία υποβάλλονται σε θεραπεία για τον καρκίνο νιώθουν άγχος, δυσφορία, πόνο και απομόνωση και επομένως χρειάζονται κοινωνική και οικονομική υποστήριξη με σαφείς πληροφορίες για τη νόσο και τη θεραπεία της για να μπορέσουν να υποστηρίξουν κατάλληλα τόσο τον εαυτό τους όσο και τις οικογένειες τους. Για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν όλες αυτές τις καταστάσεις χρειάζονται υποστήριξη μέσω της ενημέρωσης (Rana & Upton, 2010).

Οι ασθενείς εκπαιδεύονται και ενημερώνονται από τους νοσηλευτές σε ότι αφορά την ακτινοθεραπεία με σκοπό την μείωση του άγχους τους. Δίνονται διευκρινίσεις στις λανθασμένες αντιλήψεις γύρω από αυτήν. Επίσης οι νοσηλευτές επιστρατεύουν και άλλα άτομα τα οποία έχουν υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία για να κατευθύνουν τον ασθενή κατά τη διάρκεια της θεραπείας του (Rana & Upton, 2010).

Διερευνούνται οι ανάγκες των ατόμων που λαμβάνουν χημειοθεραπεία γιατί αυξάνεται η δυσφορία και επηρεάζεται η ποιότητα ζωής τους. Επομένως είναι σημαντικό να παρέχονται πληροφορίες και υποστήριξη σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας. Επίσης γίνονται προσπάθειες για τη μείωση του αισθήματος της απαισιοδοξίας δείχνοντας στους πάσχοντες ότι μπορούν να βοηθήσουν με επιτυχία τους εαυτούς τους για να μειώσουν τις παρενέργειες της θεραπείας (Rana & Upton, 2010).

Παρατηρείται αν ο άρρωστος έχει άγχος για την νοσηλεία, εντοπίζονται τα αίτια του άγχους και γίνονται προσπάθειες προκειμένου να μειωθεί με τη σωστή ενημέρωση και την ψυχολογική υποστήριξη. Επιπλέον παρέχονται πληροφορίες στον ασθενή σχετικά με το πρόβλημα της κολοστομίας από άρρωστο που ο ίδιος έχει υποστεί όλη αυτή τη διαδικασία και πλέον έχει προσαρμοσθεί τόσο φυσικά όσο και ψυχικά και αυτό θα συμβάλει στην καλύτερη αποδοχή της νέας κατάστασης και από τον ασθενή (Γουλιά, 2007).

Είναι απαραίτητο να αναπτύσσεται μια σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή για να μπορέσει να εκφράσει τα συναισθήματα του και για να επιτευχθεί αυτό θα πρέπει να υπάρχει ενεργητική ακρόαση και να επιδεικνύεται μια στάση φροντίδας. Ενθαρρύνεται ο ασθενής να μιλήσει ελεύθερα για τους φόβους του και να ονομάσει καθένα από αυτούς με αυτόν τον τρόπο θα μπορέσει να μειώσει την επίδραση τους πάνω του (Dewit, 2009).

Ενθαρρύνεται να δει τον καρκίνο ως μια πρόκληση και όχι ως μια καταδίκη για να μπορέσει να κινητοποιηθεί και να βοηθήσει και ο ίδιος τον εαυτό του. Δίνονται στον ασθενή θετικά στατιστικά δεδομένα όσον αφορά την πρόιμη θεραπεία του καρκίνου. Έτσι μέσα από

τις θετικές σκέψεις θα μπορέσει να τον καταπολεμήσει πιο δυναμικά. Διδάσκονται ασκήσεις χαλάρωσης και φαντασίας που έχουν ως σκοπό τη μείωση του στρες. Ενθαρρύνεται να εξωτερικεύσει τα θετικά του συναισθήματα τα οποία θα του δώσουν δύναμη και θέληση για ζωή (Dewit, 2009).

Αν όμως ο ασθενής εξακολουθεί να θρηνεί για μεγάλο χρονικό διάστημα και δεν αποδεχθεί την εικόνα του σώματος μένοντας καθηλωμένος σε ένα στάδιο του θρήνου με συνέπεια να οδηγηθεί στην κατάθλιψη. Ο νοσηλευτής δεν μπορεί να υποδείξει του ασθενούς πως θα έπρεπε να αισθάνεται χρησιμοποιώντας τα μοντέλα διεργασίας του θρήνου. Σε αυτήν την περίπτωση είναι απαραίτητη η παραπομπή του ασθενούς σε έναν εξειδικευμένο συμβουλευτή (Dewit, 2009).

Γ Μέρος

12. ΝΕΑ ΔΕΛΟΜΕΝΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

1. The extended arm of health professionals? Relatives' experiences of patient's recovery in a fast-track programme.

Abstract

AIM: To report a study of the lived experience of being a close relative to a patient with colon cancer participating in a fast-track programme. **BACKGROUND:** Studies have documented that postoperative recovery can be accelerated and that hospitalization can be reduced through fast-track programmes. Due to the early discharge and the increasing demands on patients for self-care, patients' relatives seem to play a pivotal role in fast-track programmes. However, research is limited into how patients' close relatives are affected by and involved in the postoperative recovery process. **DESIGN:** A descriptive phenomenological approach using Reflective Lifeworld Research. **METHODS:** The study was carried out within the descriptive phenomenological framework of Reflective Lifeworld Research. Data were collected in 2008 from in-depth interviews with twelve relatives. **FINDINGS:** Relatives experienced a huge responsibility for both the patient's well-being and for the patient's compliance with the daily regimen. Relatives were caught in a conflicting double role. They were the extended arm of the health professionals but also the caring, supporting partner. A tension arose between relatives' desire to help the patient by taking an active part in the recovery process and the feelings of not always having the resources needed. **CONCLUSION:** Relatives seem to suffer in silence as they bear the burden of the patient's diagnosis, the disruption of life, and the taken-for-granted responsibility for the patient's recovery process. From an existential perspective, this caring responsibility can be understood as ethical pain. Relatives should be seen as a distinct group with special caring needs of their own.

Μετάφραση

Το απλωμένο χέρι των επαγγελματιών υγείας; Συγγενείς! Οι εμπειρίες του ασθενούς από την ανάρρωση με ένα γρήγορο πρόγραμμα.

Περίληψη

Σκοπός: Να αναφερθεί μια μελέτη από την βιωμένη εμπειρία του να υπάρχει μια στενή σχέση με έναν ασθενή με καρκίνο του παχέος εντέρου που συμμετέχει σε ένα γρήγορο πρόγραμμα. **ΙΣΤΟΡΙΚΟ:** Μελέτες έχουν τεκμηριώσει ότι η μετεγχειρητική ανάρρωση μπορεί να επιταχυνθεί και ότι η νοσηλεία μπορεί να μειωθεί μέσω του ταχέως προγράμματος. Λόγω της έγκαιρης εκκένωσης και των αυξανόμενων απαιτήσεων των ασθενών για την αυτοφροντίδα, οι συγγενείς των ασθενών φαίνεται να παίζουν καθοριστικό ρόλο στο γρήγορο πρόγραμμα. Ωστόσο, η έρευνα περιορίζεται στο πώς οι στενοί συγγενείς των ασθενών επηρεάζονται και εμπλέκονται στη μετεγχειρητική διαδικασία ανάρρωσης. **ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ:** Μια περιγραφική φαινομενολογική προσέγγιση με τη χρήση αντανakλαστικών στο Βιόκοσμο της έρευνας. **ΜΕΘΟΔΟΙ:** Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο περιγραφικό πλαίσιο της φαινομενολογικής Ανακλαστικής Βιοκοσμικής Έρευνας. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν το 2008 από εις βάθος συνεντεύξεις με δώδεκα συγγενείς. **ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ:** Οι συγγενείς γνώρισαν μια τεράστια ευθύνη τόσο για την ευημερία του ασθενούς όσο και για τη συμμόρφωση του ασθενούς με την καθημερινή θεραπευτική αγωγή. Οι συγγενείς έχουν παγιδευτεί σε αντικρουόμενο διπλό ρόλο. Ήταν το απλωμένο χέρι των επαγγελματιών υγείας, αλλά επίσης η φροντίδα και η συντροφική υποστήριξη. Η ένταση προέκυψε ανάμεσα στην επιθυμία των συγγενών για να βοηθήσουν τον ασθενή να λαμβάνει ενεργό μέρος στη διαδικασία ανάρρωσης και τα συναισθήματα του δεν έχουν πάντα τους αναγκαίους πόρους. **Συμπέρασμα:** Οι συγγενείς φαίνεται να υποφέρουν στη σιωπή, δεδομένου ότι φέρουν το βάρος της διάγνωσης του ασθενούς, τη διακοπή της ζωής, καθώς και τη συνέχεια με δεδομένη την ευθύνη για τη διαδικασία ανάρρωσης του ασθενούς. Από μια υπαρξιακή προοπτική, αυτή η ευθύνη φροντίδας μπορεί να θεωρηθεί ως ηθικός πόνος. Οι συγγενείς θα πρέπει να θεωρηθούν ως μια ξεχωριστή ομάδα με ειδικές ανάγκες φροντίδας των δικών τους.

2. The nursing and financial implications of laparoscopic colorectal surgery: data from a randomized controlled trial.

Abstract

AIM: The issue of cost effectiveness of laparoscopic surgery remains uncertain and its impact on the ward nursing staff is unaddressed. This study investigated these issues using patients from a single centre admitted to a randomized controlled trial. **METHOD:** All patients recruited into the Australasian Laparoscopic Colon Cancer Study (ALCCaS) from The Queen Elizabeth Hospital between January 1999 and March 2005 were included in this study. Data

relating to hospital cost were collated from the Hospital Patient Costing System. Nursing interventions were calculated in minutes per patient, using the excel care Software database. **RESULTS:** Data from 97 patients were analysed (laparoscopy, 53; open surgery, 44). The median number of hours of nursing input per patient was 80 (27.5-907) h in the open surgery group and 58.5 (15-684.5) h in the laparoscopy group. This difference was further increased after exclusion of patients converted from laparoscopy to open surgery. The median total cost of the procedure was AUS \$9698/£ 5631 (AUS \$3862-90,397) in the open surgery group and AUS \$10,951/£ 6219 (AUS\$2337-66,237) in the laparoscopy group. Conclusion: These data suggest that laparoscopic colorectal surgery is equivalent in price to open surgery and there may be added benefits in reduced nursing intensity.

Μετάφραση

Η νοσηλευτική και οι δημοσιονομικές επιπτώσεις της λαπαροσκοπικής χειρουργικής του παχέος εντέρου: τα δεδομένα από μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή.

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Το ζήτημα του κόστους της αποτελεσματικότητας της λαπαροσκοπικής χειρουργικής παραμένει αβέβαιο και ο αντίκτυπός της στην πτέρυγα του νοσηλευτικού προσωπικού είναι χωρίς αντιμετώπιση. Αυτή η μελέτη ερεύνησε τα θέματα αυτά με τους ασθενείς από ένα ενιαίο κέντρο εισαγόμενα προς μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή. **ΜΕΘΟΔΟΣ:** Όλοι οι ασθενείς που εισήχθησαν στην Αυστραλιανή μελέτη Λαπαροσκόπησης του καρκίνου του παχέος εντέρου (ΑΛΚΠΕ) από το νοσοκομείο της Βασίλισσας Ελισάβετ μεταξύ Ιανουαρίου του 1999 και Μαρτίου του 2005 είχαν συμπεριληφθεί σε αυτή τη μελέτη. Δεδομένα σχετικά με το κόστος του ασθενούς στο νοσοκομείο συγκεντρώθηκαν από το κοστολογικό σύστημα του νοσοκομείου. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις υπολογίστηκαν σε λεπτά ανά ασθενή, χρησιμοποιώντας το λογισμικό φροντίδας του excel στη βάση δεδομένων. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αναλύθηκαν τα δεδομένα από 97 ασθενείς (λαπαροσκόπηση, 53? Ανοικτή χειρουργική επέμβαση, 44). Ο μέσος αριθμός των ωρών εισόδου νοσηλευτικής ανά ασθενή ήταν 80(27,5 - 907) ώρες σε ανοικτή χειρουργική ομάδα και 58,5(15 έως 684,5) ώρες στην ομάδα λαπαροσκόπησης. Αυτή η διαφορά αυξήθηκε περαιτέρω μετά τον αποκλεισμό των ασθενών μετατρέποντας την λαπαροσκόπηση σε ανοικτή χειρουργική επέμβαση. Η μέση συνολική δαπάνη της διαδικασίας ήταν AUSS\$ 9698/ £5631 (AUS \$3862-90,397) στην ανοικτή χειρουργική ομάδα και AUSS\$ 10.951/£ 6219(AUS \$2337-66,237) στην ομάδα λαπαροσκόπησης. **Συμπέρασμα:** Αυτά τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι η λαπαροσκοπική χειρουργική του παχέος εντέρου είναι

ισοδύναμη σε κόστος με την ανοικτή χειρουργική επέμβαση και μπορούν να προστεθούν παροχές σε μειωμένη ένταση νοσηλείας.

3. Reduced length of stay and convalescence in laparoscopic vs open sigmoid resection with traditional care: a double blinded randomized clinical trial.

Abstract

AIM: The effect of a laparoscopic technique without a multi-modal rehabilitation programme but with traditional postoperative care was studied in a blinded randomized trial regarding nursing time, hospital stay, pain, fatigue, need for sleep and return to normal daily activities.

METHOD: Eighteen patients with sigmoid cancer were randomly assigned to laparoscopic (n = 10) and open (n = 8) colonic resection in a double blinded trial. Length of hospital stay, fulfillment of discharge criteria, need for nursing care (information given to the patient, physical care and indirect care) and postoperative pain were recorded. Furthermore, the patients filled out a questionnaire regarding fatigue, need for sleep and return to daily activities 14 and 30 days postoperatively. **RESULTS:** The laparoscopic technique reduced length of hospital stay from 7 to 4.5 days (P = 0.006), although both groups met the discharge criteria on the third postoperative day. There were no significant differences in total need for nursing time during hospitalization between the two groups (P = 0.328). The laparoscopic group had less pain 24 hours after operation (P = 0.040), and reported less fatigue and reduced need for sleep during the day 30 days after surgery when compared with open surgery (P = 0.033 and P = 0.036, respectively). Furthermore, the laparoscopic group returned significantly faster to normal daily activities after surgery (P = 0.023). **CONCLUSION:** Laparoscopic surgery per se reduced hospital stay, pain and convalescence compared with open surgery in patients undergoing colonic resection. These effects were obtained without a fast track programme and without an increase in nursing staff on the general surgical ward.

Μετάφραση

Η μειωμένη διάρκεια της διαμονής και της ανάρρωσης στην λαπαροσκόπηση σε αντίθεση με την ανοικτή σιγμοειδεκτομή με την παραδοσιακή φροντίδα: μια διπλή τυφλή τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή.

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Η επίδραση της λαπαροσκοπικής τεχνικής χωρίς πολύτροπο πρόγραμμα αποκατάστασης, αλλά με την παραδοσιακή μετεγχειρητική φροντίδα μελετήθηκε σε μια τυφλή τυχαιοποιημένη μελέτη όσον αφορά το χρόνο νοσηλείας, την παραμονή στο νοσοκομείο, τον πόνο, την κούραση, την ανάγκη για ύπνο και την επιστροφή στις κανονικές καθημερινές δραστηριότητες. **ΜΕΘΟΔΟΣ:** Δεκαοκτώ ασθενείς με καρκίνο του σιγμοειδούς προσδιορίστηκαν τυχαία σε λαπαροσκόπηση ($n = 10$) και ($n = 8$) σε ανοιχτή εκτομή του κόλον σε μια διπλή τυχαία δοκιμή. Η διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο, η εκπλήρωση των κριτηρίων εξιτηρίου, η ανάγκη για νοσηλευτική φροντίδα (οι πληροφορίες που δίνονται στον ασθενή, η σωματική φροντίδα και η έμμεση φροντίδα) και ο μετεγχειρητικός πόνος καταγράφηκαν. Επιπλέον, οι ασθενείς συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με την κούραση, την ανάγκη για ύπνο και να επιστρέψουν στις καθημερινές τους δραστηριότητες σε 14 έως 30 ημέρες μετά την επέμβαση. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η λαπαροσκοπική τεχνική μείωσε το μήκος της παραμονής στο νοσοκομείο 7 έως 4,5 ημέρες ($P = 0,006$), αν και οι δύο ομάδες πληρούσαν τα κριτήρια εξιτηρίου την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα. Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στις συνολικές ανάγκες για το χρόνο νοσηλείας κατά τη διάρκεια νοσηλείας μεταξύ των δύο ομάδων ($P = 0.328$). Η λαπαροσκοπική ομάδα είχε λιγότερο πόνο 24 ώρες μετά την επέμβαση ($P = 0,040$), και ανέφερε λιγότερη κόπωση και μειωμένη ανάγκη για ύπνο κατά τη διάρκεια της τριακοστής μέρας μετά το χειρουργείο σε σύγκριση με την ανοιχτή χειρουργική επέμβαση ($P = 0.033$ και $P = 0.036$, αντίστοιχα). Επιπλέον, η λαπαροσκοπική ομάδα επέστρεψε πολύ πιο γρήγορα στις κανονικές καθημερινές δραστηριότητες μετά την επέμβαση ($p = 0,023$). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η λαπαροσκοπική χειρουργική είχε μειωμένη την παραμονή στο νοσοκομείο, τον πόνο και την ανάρρωση, σε σύγκριση με την ανοιχτή χειρουργική επέμβαση σε ασθενείς που υποβάλλονται σε εκτομή το παχέος εντέρου. Αυτά τα αποτελέσματα ελήφθησαν χωρίς γρήγορο (Fast Track) πρόγραμμα και χωρίς αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού στη γενική χειρουργική πτέρυγα.

4. Recovering at home: participating in a fast-track colon cancer surgery programme.

Abstract

Recovering at home: participating in a fast-track colon cancer surgery programme Fast-track surgery programmes are examples of the changes in health care toward implementation of evidence-based practice, decreasing hospitalisation, and increasing demands on patients for self-care after discharge. Documented knowledge of fast-track programmes is primarily

related to a medical perspective whereas the patients' perspective is lacking. The aim of this study was to explore the lived experience of participating in a fast-track programme after discharge from the patients' perspective. The study was carried out using a descriptive phenomenological approach. Sixteen patients having undergone colonic resection were interviewed twice. Participating in a fast-track programme after discharge is characterised as a transition process in which the patients change their focus from solely caring about overcoming the operation to being on a course of recovery. Following the fast-track daily regimen leads to a degree of tension in the patients' life world as the patients have to struggle against the body while also protecting it and caring for it. For the patients, the illness represented a fall from equilibrium into an existential limbo, and they needed to re-establish a sense of balance. Recovering from surgery and regaining strength was only one aspect of this process. Healthcare professionals need to pay more attention to the individual patient's Lifeworld and to recognize the influence of Lifeworld on the individual patient's recovery process.

Μετάφραση

Η ανάρρωση στο σπίτι: συμμετέχοντας σε ένα πρόγραμμα ταχείας χειρουργικής επέμβασης για τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Περίληψη

Η ανάρρωση στο σπίτι: συμμετοχή σε ένα γρήγορο πρόγραμμα χειρουργικής επέμβασης του παχέος εντέρου. Τα προγράμματα χειρουργικής επέμβασης είναι παραδείγματα των αλλαγών στον τομέα της υγείας προς την εφαρμογή της τεκμηριωμένης πρακτικής, μειώνοντας την παραμονή στο νοσοκομείο, και αυξάνοντας τις απαιτήσεις των ασθενών για την αυτοφροντίδα μετά το εξιτήριο. Η τεκμηριωμένη γνώση των γρήγορων προγραμμάτων βασίζεται κατά κύριο λόγο σε μια ιατρική προοπτική, ενώ από τη σκοπιά των ασθενών είναι ανύπαρκτη. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει την βιωμένη εμπειρία της συμμετοχής σε ένα γρήγορο πρόγραμμα μετά την απόρριψη από την πλευρά των ασθενών. Η μελέτη διεξήχθη χρησιμοποιώντας μια περιγραφική φαινομενολογική προσέγγιση. Δεκαέξι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε εκτομή του παχέος εντέρου ερωτήθηκαν δύο φορές. Η συμμετοχή σε ένα γρήγορο πρόγραμμα μετά το εξιτήριο χαρακτηρίζεται ως μια διαδικασία μετάβασης στην οποία οι ασθενείς θα αλλάξουν την προσοχή τους αποκλειστικά και μόνο από τη φροντίδα για την αντιμετώπιση της λειτουργικότητας για να είναι σε πορεία ανάρρωσης. Μετά την ταχεία καθημερινή θεραπευτική αγωγή η ζωή των ασθενών οδηγείται σε ένα βαθμό έντασης στον κόσμο, όπως οι ασθενείς πρέπει να αγωνίζονται ενάντια στο σώμα τους ενώ ταυτόχρονα το προστατεύουν και το φροντίζουν. Για τους ασθενείς, η νόσος

αντιπροσώπευε μια πτώση από την ισορροπία σε ένα υπαρξιακό κενό, και αυτοί είναι που χρειάζονται για να αποκατασταθεί η αίσθηση της ισορροπίας. Η ανάρρωση από τη χειρουργική επέμβαση και να ανακτήσουν τη δύναμη τους ήταν μόνο μια πτυχή. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να δώσουν μεγαλύτερη σημασία στο βίοκοσμο του κάθε ασθενούς και να αναγνωρίζουν την επιρροή του βίοκοσμου σχετικά με τη διαδικασία ανάρρωσης του κάθε ασθενούς.

5. Influences on length of stay in an enhanced recovery programme after colonic surgery.

Abstract

AIM: Enhanced recovery after surgery (ERAS) programmes have been shown to accelerate and enhance functional recovery after colonic surgery. We analysed prospectively collected data to investigate potentially modifiable factors that may influence the length of stay (LOS) in the ERAS setting at a single institution. **METHOD:** Between October 2005 and November 2008, prospective data were collected on consecutive patients who underwent elective colonic surgery without a stoma. Patients with rectal cancer, those unable to participate in preoperative ERAS components because of their inability to communicate effectively in English, those with cognitive impairment and those with an American Society of Anesthesiologists (ASA) grade of ≥ 4 were excluded. Statistical analyses were performed using the Mann-Whitney U-test and Cox regression modelling. **RESULTS:** A total of 100 (79 malignancies) patients underwent elective colon resection during the study period. There were 57 right-sided, 41 left-sided and two total colectomies. The median age of the patients was 67.5 (range 31-92) years and the median day stay was 4 (range 3-46) days. Factors with significant correlations for reduced LOS were female gender, the surgeon, operative severity, high-dependency unit (HDU) admission and incision type favouring laparoscopic and transverse approaches. Age, operation site, indication for surgery and body mass index were not significant predictors of hospital stay. Gender, operative severity, HDU admission and surgeon did not have any independent correlation with LOS; in contrast to the ASA score and the type of incision, which did. **CONCLUSION:** Lower ASA score, transverse incision laparotomy and laparoscopy correlated independently with reduced postoperative LOS within the ERAS setting.

Μετάφραση

Οι επιδράσεις κατά τη διάρκεια της διαμονής σε ένα ενισχυμένο πρόγραμμα αποκατάστασης μετά την εγχείρηση του παχέος εντέρου.

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Η βελτιωμένη ανάκτηση μετά από τα προγράμματα χειρουργικής επέμβασης έχει δείξει να επιταχύνεται και να ενισχύει τη λειτουργική αποκατάσταση μετά από την επέμβαση του παχέος εντέρου. Αναλύσαμε προοπτικά δεδομένα που συλλέγονται για τη διερεύνηση δυνητικά τροποποιήσιμων παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν τη διάρκεια της παραμονής στο πρόγραμμα ανάκτησης μετά την χειρουργική επέμβαση που λειτουργεί σε ένα μοναδικό φορέα. **ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από τον Οκτώβριο του 2005 και τον Νοέμβριο του 2008, συλλέχθηκαν στοιχεία με προοπτική από διαδοχικούς ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εκλεκτική χειρουργική επέμβαση του παχέος εντέρου χωρίς ένα στόμιο. Οι ασθενείς με καρκίνο του ορθού, εκείνοι που δεν μπορούν να συμμετάσχουν στο προεγχειρητικό πρόγραμμα ανάκτησης μετά την χειρουργική επέμβασης ουσιαστικά, λόγω της αδυναμίας τους να επικοινωνούν αποτελεσματικά στα αγγλικά, τα άτομα με νοητική υστέρηση και εκείνοι με μια Αμερικανική Εταιρεία Αναισθησιολογίας βαθμού ≥ 4 αποκλείστηκαν. Οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας το Mann – Whitney U – test και Cox μοντέλο παλινδρόμησης. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ένα σύνολο από 100 (79 κακοήθειες) ασθενείς υποβλήθηκαν σε εκλεκτική κολεκτομή κατά τη διάρκεια της περιόδου της μελέτης. Υπήρχαν 57 δεξιάς-πλευράς, 41 στην αριστερή πλευρά και δύο συνολικά κολεκτομές. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 67,5 (εύρος 31-92) έτη και ο μέσος όρος παραμονής ήταν 4 (εύρος 3-46) ημέρες. Παράγοντες με σημαντικές συσχετίσεις για μειωμένη διάρκεια παραμονής ήταν το γυναικείο φύλο, ο χειρουργός, η λειτουργική σοβαρότητα, η υψηλή εξάρτηση από τη μονάδα (HDU) η εισαγωγή και η εντομή ευνοεί την λαπαροσκοπικού τύπου και εγκάρσια προσέγγιση. Η ηλικία, η θέση λειτουργίας, η ένδειξη για χειρουργική επέμβαση και ο δείκτης μάζας σώματος δεν ήταν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της παραμονής στο νοσοκομείο. Το φύλο, η λειτουργική σοβαρότητα, η υψηλή εξάρτηση από τη μονάδα, η εισαγωγή και ο χειρουργός δεν έχουν καμία ανεξάρτητη συσχέτιση με τη διάρκεια παραμονής. Σε αντίθεση με το σκορ ASA και το είδος της τομής, η οποία έγινε. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Χαμηλότερο είναι το ποσοστό της Αμερικανικής εταιρίας αναισθησιολογίας, η εγκάρσια τομή λαπαροτομίας και η λαπαροσκόπηση συσχετίζονται ανεξάρτητα με τη μειωμένη μετεγχειρητική διάρκεια παραμονής εντός των ρυθμίσεων της βελτιωμένης ανάκτησης μετά από τα προγράμματα χειρουργικής επέμβασης.

6. Body mass index and risk of colorectal cancer according to fatty acid synthase expression in the nurses' health study.

Abstract

Fatty acid synthase (FASN) plays an important role in energy metabolism of fatty acids and is over expressed in some colon cancers. We investigated whether associations between body mass index (BMI) and risk of colorectal cancer varied according to FASN expression. During follow-up of 109,051 women in the ongoing prospective Nurses' Health Study, a total of 1351 incident colon and rectal cancers were diagnosed between 1986 and 2004. We constructed tissue microarrays of the available resected tumor samples (n = 536), and FASN expression was analyzed by immunohistochemistry. Hazard ratios (HRs) and 95% confidence intervals (CIs) were calculated using Cox proportional hazards regression models. All statistical tests were two-sided. High BMI was associated with an increased risk of FASN-negative (no or weak expression) colorectal cancer compared with normal BMI (high BMI [≥ 30 kg/m²], ie, obese vs normal BMI [18.5-22.9 kg/m²]), HR = 2.25, 95% CI = 1.49 to 3.40, P(trend) < .001) but not with FASN-positive (moderate to strong expression) colorectal cancer. A statistically significant heterogeneity in colorectal cancer risks was observed between FASN-negative and FASN-positive tumors (P (heterogeneity) = .033). The age-adjusted incidence rates for FASN-positive and FASN-negative colorectal cancers were 10.9 and 7.1, respectively, per 100,000 person-years. This molecular pathological epidemiology study supports a role of energy metabolism in colorectal cancer pathogenesis.

Μετάφραση

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος και ο κίνδυνος του καρκίνου του παχέος εντέρου, σύμφωνα με την έκφραση της σύνθεσης λιπαρών οξέων στη μελέτη των νοσηλευτών υγείας.

Περίληψη

Το ένζυμο που καταλύει τη σύνθεση του λιπαρού οξέος διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στο μεταβολισμό της ενέργειας των λιπαρών οξέων σε μερικούς καρκίνους του παχέος εντέρου. Θα διερευνηθεί αν οι ενώσεις μεταξύ του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) και ο κίνδυνος του καρκίνου του παχέος εντέρου ποικίλει ανάλογα με την έκφραση του ενζύμου που καταλύει τη σύνθεση του λιπαρού οξέος. Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης των 109.051 γυναικών στη Μελέτη Υγείας των Νοσηλευτών της προοπτικής σε εξέλιξη, ένα σύνολο από 1351 περιστατικά καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού διαγνώστηκαν μεταξύ του 1986 και του 2004. Κατασκευάσαμε ιστούς μικροϊνών από τα διαθέσιμα δείγματα

χειρουργημένων όγκων (n =536), και η έκφραση του λιπαρού οξέος αναλύθηκε με ανοσοϊστοχημεία. Οι αναλογίες κινδύνου και το 95% των διαστημάτων εμπιστοσύνης υπολογίστηκαν με τη χρήση της αναλογικής έρευνας και τα μοντέλα παλινδρόμησης κινδύνου. Όλες οι στατιστικές δοκιμασίες ήταν δύο όψεων. Ο υψηλός Δείκτης Μάζας Σώματος συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο σύνθεσης αρνητικών λιπαρών οξέων (ή μη αδύναμη έκφραση) στον καρκίνο του παχέος εντέρου σε σύγκριση με το φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ υψηλό[$\geq 30 \text{ kg/m}^2$], δηλαδή, παχύσαρκοι εναντίον του φυσιολογικού δείκτη μάζας σώματος [18,5 - 22,9 kg/m^2]), HR =2,25, 95% CI =1,49 - 3,40, P (τάση) <0.001), αλλά όχι με σύνθεση θετικών λιπαρών οξέων (μέτρια έως ισχυρή έκφραση) ορθοκολικού καρκίνου. Μια στατιστικά σημαντική ετερογένεια σε κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου παρατηρήθηκε μεταξύ της σύνθεσης αρνητικών λιπαρών οξέων και της σύνθεσης λιπαρών οξέων με θετικούς όγκους (P (ετερογένεια) =0.033). Τα ηλικιακά προσαρμοσμένα ποσοστά εμφάνισης για σύνθεση λιπαρών οξέων θετικά και τη σύνθεση λιπαρών οξέων αρνητικά του παχέος εντέρου ήταν 10,9 και 7,1, αντίστοιχα, ανά 100.000 άτομα κάθε χρόνο. Αυτή η μοριακή επιδημιολογία της παθολογικής μελέτης υποστηρίζει ένα ρόλο του μεταβολισμού ενέργειας στην παθογένεια του καρκίνου του παχέος εντέρου.

7. Carcinomas associated with Lynch syndrome: a family history.

Abstract

Lynch syndrome is a rare and inherited defect disorder. People who have Lynch syndrome are strongly predisposed to develop colorectal cancer as well as several other types of cancer. The aim of this study was to explore features of ovarian cancers arising in families with Lynch syndrome. This study was a case report based on family history examining three patients with a new diagnosis of colorectal adenocarcinoma with ovarian cancer. Family members of carriers of the mutations were counseled, and those found to be at risk were offered mutation testing. The clinical criteria of the Amsterdam II guidelines for Lynch syndrome were used in this study. This is a maternal history of a 27-year-old woman sharing the destiny of her 48-year-old mother and 45-year-old aunt, both of which were suffering from Lynch syndrome associated with ovarian cancer. The maternal grandmother and maternal uncle of this young woman also suffered from colon cancer in their forties. The medical implications for the carrier relatives were considered as the maternal branch of the family.

Μετάφραση

Καρκινώματα που σχετίζονται με το σύνδρομο Lynch: το οικογενειακό ιστορικό

Περίληψη

Το σύνδρομο Lynch είναι μια σπάνια κληρονομική διαταραχή και ελάττωμα. Οι άνθρωποι που έχουν σύνδρομο Lynch έχουν έντονη προδιάθεση να αναπτύξουν καρκίνο του παχέος εντέρου, καθώς και διάφορα άλλα είδη καρκίνου. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει τα χαρακτηριστικά των καρκίνων των ωοθηκών που προκύπτουν σε οικογένειες με σύνδρομο Lynch. Αυτή η μελέτη ήταν η έκθεση μιας περίπτωσης με βάση το οικογενειακό ιστορικό που εξετάζει τρεις ασθενείς με μια νέα διάγνωση ορθοκολικού αδενοκαρκινώματος με καρκίνο των ωοθηκών. Τα μέλη της οικογένειας των φορέων των μεταλλάξεων συμβουλευτήκαν, καθώς και εκείνα που βρέθηκαν να είναι σε κίνδυνο τους προσφέρθηκαν δοκιμές μετάλλαξης. Σε αυτή τη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν τα κλινικά κριτήρια των κατευθυντήριων γραμμών Άμστερνταμ για σύνδρομο Lynch II. Πρόκειται για μια ιστορία της μητέρας μιας εικοσιεπτάχρονης γυναίκας που μοιράζεται το πεπρωμένο της σαρανταοκτάχρονης μητέρας και της σαρανταπεντάχρονης θείας της, δύο εκ των οποίων έπασχαν από το σύνδρομο Lynch που σχετίζεται με τον καρκίνο των ωοθηκών. Η μητέρα της γιαγιάς και ο θείος της μητέρας της νεαρής γυναίκας, επίσης, έπασχαν από καρκίνο του παχέους εντέρου στα σαράντα τους. Οι ιατρικές συνέπειες για τους συγγενείς φορείς θεωρήθηκαν ως ο μητρικός κλάδος της οικογένειας.

8. Functional status after colon cancer surgery in elderly nursing home residents.

Abstract

OBJECTIVES: To determine functional status and mortality rates after colon cancer surgery in older nursing home residents. **DESIGN:** Retrospective cohort study. **SETTING:** Nursing homes in the United States. **PARTICIPANTS:** Six thousand eight hundred twenty-two nursing home residents aged 65 and older who underwent surgery for colon cancer in the United States between 1999 and 2005. **MEASUREMENTS:** Changes in functional status were assessed before and after surgery using the Minimum Data Set Activity of Daily Living (MDS-ADL) summary scale, a 28-point scale in which score increases as functional dependence increases. Regression techniques were used to identify patient characteristics

associated with mortality and functional decline 1 year after surgery. **RESULTS:** On average, residents who underwent colectomy had a 3.9-point worsening in MDS-ADL score at 1 year. One year after surgery, rates of mortality and sustained functional decline were 53% and 24%, respectively. In multivariate analysis, older age (≥ 80 vs 65-69, adjusted relative risk (ARR) = 1.53, 95% confidence interval (CI) = 1.15-2.04, $P < .001$), readmission after surgical hospitalization (ARR = 1.15, 95% CI = 1.03-1.29, $P = .02$), surgical complications (ARR = 1.11, 95% CI = 1.02-1.21, $P = .01$), and functional decline before surgery (ARR = 1.21, 95% CI = 1.11-1.32, $P < .001$) were associated with functional decline at 1 year. **CONCLUSION:** Mortality and sustained functional decline are common after colon cancer surgery in nursing home residents. Initiatives aimed at improving surgical outcomes are needed in this vulnerable population.

Μετάφραση

Η λειτουργική κατάσταση μετά τη χειρουργική επέμβαση καρκίνου του παχέος εντέρου στους ηλικιωμένους κατοίκους του γηροκομείου.

Περίληψη

ΣΤΟΧΟΙ: Για να προσδιοριστεί η λειτουργική κατάσταση και τα ποσοστά της θνησιμότητας μετά από χειρουργική επέμβαση καρκίνου του παχέος εντέρου στους ηλικιωμένους κατοίκους του γηροκομείου. **ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ:** Αναδρομική μελέτη ατόμων της ίδιας ηλικίας. **ΡΥΘΜΙΣΗ:** Τα γηροκομεία στις Ηνωμένες Πολιτείες. **ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ:** 6.822 κάτοικοι γηροκομείου ηλικίας 65 ετών και άνω, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του παχέος εντέρου στις Ηνωμένες Πολιτείες μεταξύ του 1999 και του 2005. **ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ:** Οι αλλαγές στη λειτουργική κατάσταση αξιολογήθηκαν πριν και μετά τη χειρουργική επέμβαση με την ελάχιστη δραστηριότητα στο σύνολο των δεδομένων της Καθημερινής Ζωής η σύνοψη της κλίμακας, το 28-σημείο της κλίμακας στην οποία το σκορ αυξάνεται καθώς αυξάνεται και η λειτουργική εξάρτηση. Τεχνικές παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκαν για να προσδιορίσουν τα χαρακτηριστικά του ασθενή σχετικά με τη θνησιμότητα και τη λειτουργική πτώση στον πρώτο χρόνο μετά την επέμβαση. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά μέσο όρο, οι κάτοικοι οι οποίοι υποβλήθηκαν σε κολεκτομή είχαν το 3,9-σημείο σε επιδείνωση στον πρώτο χρόνο. Ένα χρόνο μετά τη χειρουργική επέμβαση, τα ποσοστά θνησιμότητας και η διατηρούμενη λειτουργική πτώση ήταν 53% και 24%, αντίστοιχα. Σε πολυπαραγοντική ανάλυση, η μεγάλη ηλικία (≥ 80 έναντι 65-69, με προσαρμοσμένο σχετικό κίνδυνο (ARR) = 1,53, 95% διάστημα εμπιστοσύνης (CI) = 01.15 - 02.04, $p < .001$), την επανεισδοχή μετά από τη χειρουργική νοσηλεία (ARR =

1,15, 95% CI = 01.03 έως 01.29, P = .02), χειρουργικές επιπλοκές (ARR = 1,11, 95% CI = 01.02 - 01.21, P = .01), και η λειτουργική έκπτωση πριν από την επέμβαση (ARR = 1,21, 95% CI = 1,11 -1,32, P<.001) συνδέθηκαν με τη λειτουργική έκπτωση στον πρώτο χρόνο. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η θνησιμότητα και η συνεχή λειτουργική έκπτωση είναι κοινές μετά από τη χειρουργική επέμβαση του καρκίνου του παχέος εντέρου στον τομέα της νοσηλείας στους κατοίκους στο σπίτι. Οι πρωτοβουλίες που απαιτούνται για αυτόν τον ευάλωτο πληθυσμό αποσκοπούν στη βελτίωση των χειρουργικών αποτελεσμάτων.

9. Computer-delivered tailored intervention improves colon cancer screening knowledge and health beliefs of African-Americans.

Abstract

We conducted a randomized controlled trial among African-American patients attending a primary-care provider visit to compare efficacy of a computer-delivered tailored intervention to increase colorectal cancer (CRC) screening (n = 273) with non-tailored print material-an American Cancer Society brochure on CRC screening (n = 283). Health Belief Model constructs were used to develop tailored messages and examined as outcomes. Analysis of covariance models were used to compare changes between CRC knowledge and health belief scores at baseline and 1 week post-intervention. At 1 week, patients who received the computer-delivered tailored intervention had greater changes in CRC knowledge scores (P < 0.001), perceived CRC risk scores (P = 0.005), FOBT barriers scores (P = 0.034) and colonoscopy benefit scores (P < 0.001). Findings show that computer-delivered tailored interventions are an effective adjunct to the clinical encounter that can improve knowledge and health beliefs about CRC screening, necessary precursors to behavior change.

Μετάφραση

Ο υπολογιστής παράδοσης είναι προσαρμοσμένος στην παρέμβαση και βελτιώνει τις γνώσεις σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του παχέος εντέρου και τις πεποιθήσεις για την υγεία των Αφρικανών – Αμερικανών.

Περίληψη

Εμείς διεξήγαμε μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή μεταξύ των Αφρικανών-Αμερικανών ασθενών που παρευρίσκονταν στην επίσκεψη παροχής της πρωτοβάθμιας

περίθαλψης για να συγκρίνουμε την αποτελεσματικότητα ενός υπολογιστή παράδοσης προσαρμοσμένης παρέμβασης για την αύξηση του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του παχέος εντέρου (n = 273) με μη-προσαρμοσμένο τυπωμένο υλικό μιας Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας ένα φυλλάδιο για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του παχέος εντέρου (n=283). Τα μοντέλα πίστης στις δομές υγείας χρησιμοποιήθηκαν για την ανάπτυξη προσαρμοσμένων μηνυμάτων και εξετάζονται ως αποτελέσματα. Οι αναλύσεις των μοντέλων συνδιασποράς χρησιμοποιήθηκαν για να συγκρίνουν τις αλλαγές ανάμεσα στη γνώση του προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του παχέος εντέρου και τα αποτελέσματα της πεποιθήσης για την υγεία κατά την έναρξη της πρώτης εβδομάδας μετά την επέμβαση. Την πρώτη εβδομάδα, οι ασθενείς που έλαβαν την προσαρμοσμένη παρέμβαση από τον υπολογιστή παράδοσης είχαν μεγαλύτερες αλλαγές στην γνώση σχετικά με τα αποτελέσματα του προσυμπτωματικού ελέγχου ($P < 0,001$), αντιλαμβάνονται τον κίνδυνο των αποτελεσμάτων του προσυμπτωματικού ελέγχου του ΚΠΕ ($P = 0,005$), τα αποτελέσματα των εμποδίων FOBT ($P = 0,034$) και τα αποτελέσματα από το όφελος της κολonosκόπησης ($P < 0.001$). Τα ευρήματα δείχνουν ότι ο υπολογιστής-παράδοσης με τις προσαρμοσμένες παρεμβάσεις είναι ένα αποτελεσματικό συμπλήρωμα για την κλινική συνάντηση που μπορεί να βελτιώσει τις γνώσεις και τις πεποιθήσεις για την υγεία για τον προσυμπτωματικό έλεγχο ΚΠΕ, απαραίτητη προειδοποίηση για την αλλαγή της συμπεριφοράς.

10. Options of sedation or no sedation for colonoscopy - the perspective of the GI nurses and technicians.

Abstract

OBJECTIVE: Nurses (patient-advocates) and technicians (member of colonoscopy team) collected data on patient discomfort and evaluated various options of sedation or no sedation associated with the air and water methods for performing colonoscopy. **METHOD:** Veterans participated in studies comparing air and water method colonoscopy. Options using minimal or on demand sedation were evaluated. **RESULTS:** Compared with the air method, the water method was associated with significantly lower pain scores, higher patient satisfaction ratings and shorter recovery times. On demand sedation was comparable to routine sedation when the water method was used. Patients prefer to be in control of when their medications would be administered during colonoscopy. **CONCLUSION:** Evaluations by nurses (patient advocates) and technicians (member of colonoscopy team) with experience in assisting

patients undergoing colonoscopy using the various options indicate the following. In settings without access to sedation, the water method is ideal for unsedated colonoscopy or extended flexible sigmoidoscopy for screening. Otherwise, the water method and on demand sedation is the most credible combination of options for patient care.

Μετάφραση

Οι Επιλογές της κολονοσκόπησης με καταστολή ή χωρίς καταστολή – η άποψη των ΓΕ νοσηλευτών και των τεχνικών.

Περίληψη

ΣΤΟΧΟΣ: Οι νοσηλευτές (υποστηρικτές του ασθενούς) και οι τεχνικοί (μέλη της ομάδας κολονοσκόπησης) συλλέγουν στοιχεία για τη δυσφορία του ασθενούς και αξιολογούν τις διάφορες επιλογές καταστολής ή χωρίς καταστολή που σχετίζονται με τις μεθόδους αέρα και το νερό για τη διενέργεια κολονοσκόπησης. **ΜΕΘΟΔΟΣ:** Βετεράνοι συμμετείχαν σε μελέτες που σύγκριναν την μέθοδο κολονοσκόπησης με αέρα και με νερό. Οι επιλογές της ελάχιστης χρήσης ή η επί της ζήτησης καταστολή αξιολογήθηκαν. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε σύγκριση με τη μέθοδο του αέρα, η μέθοδος του νερού, συσχετίστηκε με σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες πόνου, με υψηλότερες βαθμολογίες ικανοποίησης των ασθενών και τη μείωση του χρόνου αποκατάστασης. Η ζήτηση της καταστολής συγκρίθηκε με την καταστολή ρουτίνας όταν η μέθοδος χρησιμοποιήθηκε με νερό. Οι ασθενείς προτιμούν να έχουν τον έλεγχο των φαρμάκων τους, όταν θα πρέπει να χορηγούνται κατά τη διάρκεια της κολονοσκόπησης. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Οι αξιολογήσεις από νοσηλευτές (υποστηρικτές των ασθενών) και από τους τεχνικούς (μέλη της ομάδας κολονοσκόπησης) με εμπειρία στην παροχή βοήθειας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε κολονοσκόπηση χρησιμοποιώντας τις διάφορες επιλογές που δείχνουν τα ακόλουθα. Στις ρυθμίσεις δεν έχουν πρόσβαση σε καταστολή, η μέθοδος του νερού, είναι ιδανική για καταστολή στην κολονοσκόπηση ή να παραταθεί η ευέλικτη σιγμοειδοσκόπηση για τον προσυμπτωματικό έλεγχο. Από την άλλη περίπτωση, η μέθοδος με το νερό, και η ζήτηση της καταστολής είναι ο πιο αξιόπιστος συνδυασμός των επιλογών για τη φροντίδα των ασθενών.

11. Enhanced recovery for patients following colorectal surgery.

Abstract

The gastrointestinal tract consists of different organs that may become diseased and require surgery. Colorectal surgery is commonly undertaken for conditions such as colorectal cancer and diverticular disease. This article discusses some of more common operations to increase the reader's understanding of colorectal surgery. Enhanced recovery has been undertaken in the UK and Europe for several years. It is a way of improving the experience and wellbeing of patients following surgery and return to normal, minimising post operative complications such as infection as well as, reducing length of stay in hospital and readmission.

Μετάφραση

Η βελτιωμένη ανάρρωση για τους ασθενείς μετά τη χειρουργική επέμβαση του παχέος εντέρου.

Περίληψη

Το γαστρεντερικό σύστημα αποτελείται από διαφορετικά όργανα τα οποία μπορεί να ασθενήσουν και να απαιτείται χειρουργική επέμβαση. Η επέμβαση του παχέος εντέρου συνήθως γίνεται για παθήσεις όπως ο ορθοκολικός καρκίνος και η εκκολπωματική νόσος. Αυτό το άρθρο αναφέρει μερικές από τις πιο συνηθισμένες εγχειρήσεις για να αυξήσει την κατανόηση του αναγνώστη σχετικά με την αποκατάσταση μετά από χειρουργικές επεμβάσεις του παχέος εντέρου. Η βελτιωμένη ανάρρωση έχει αναληφθεί στο Ηνωμένο Βασίλειο εδώ και αρκετά χρόνια. Είναι ένας τρόπος για να βελτιωθεί η εμπειρία και η ευημερία των ασθενών μετά τη χειρουργική επέμβαση, επιτρέποντας ταχύτερη ανάρρωση και επιστροφή στο φυσιολογικό, την ελαχιστοποίηση των μετεγχειρητικών επιπλοκών, όπως τη λοίμωξη, καθώς και τη μείωση της διάρκειας παραμονής στο νοσοκομείο και της επανένταξης.

12. Family Support and Colorectal Cancer Screening among Urban African Americans.

Abstract

Colorectal cancer (CRC) is the third leading cause of cancer death among African Americans. Less than 50% of African Americans have had CRC screening. This study examined the relationships between family support and influence, cultural identity, CRC beliefs, and a screening informed decision among 129 urban African Americans. Family support ($p < .01$) significantly predicted CRC beliefs and CRC beliefs significantly predicted informed decision ($p < .01$). Based on study results, practitioners should routinely assess family support and CRC beliefs with African Americans patients. This may improve patient-provider shared decision-making satisfaction and CRC screening adherence among African American patients.

Μετάφραση

Η υποστήριξη της οικογένειας και ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του παχέος εντέρου στους Αφρικανούς-Αμερικανούς πολίτες.

Περίληψη

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου (ΚΠΕ) είναι η τρίτη κύρια αιτία καρκινικού θανάτου των Αφρικοαμερικανών. Λιγότερο από το 50% των Αφροαμερικανών είχαν κάνει προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Η μελέτη εξέτασε τις σχέσεις μεταξύ της στήριξης της οικογένειας και την επιρροή, την πολιτιστική ταυτότητα, τις πεποιθήσεις για τον καρκίνο του παχέος εντέρου, και πρόβαλε μια τεκμηριωμένη απόφαση μεταξύ των 129 πόλεων της Αφρικής-Αμερικής. Η υποστήριξη της οικογένειας ($p < .01$) προέβλεψε σημαντικές πεποιθήσεις για τον ΚΠΕ και τις πεποιθήσεις για τον ΚΠΕ προέβλεψε σημαντικά η τεκμηριωμένη απόφαση ($p < .01$). Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, οι επαγγελματίες θα πρέπει να αξιολογούν τακτικά την υποστήριξη της οικογένειας και τις πεποιθήσεις των Αφρικοαμερικανών ασθενών. Αυτό μπορεί να βελτιώσει την παροχή στον ασθενή με την κοινή διαδικασία λήψης αποφάσεων και την ικανοποιητική τήρηση του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του παχέος εντέρου στους Αφροαμερικανούς ασθενείς.

13. Opportunities to improve colorectal cancer screening in Connecticut through Medicare claims data.

Abstract

Colorectal cancer represents a serious public-health problem in the United States, with important geographic differences and disparities of care evident in its detection and treatment. While effective screening tests exist, Connecticut lacks current data about rates of colorectal cancer screening. The Connecticut Department of Public Health commissioned Qualidigm, the federally designated Quality Improvement Organization, to conduct an analysis of 2008 fee-for-service Medicare claims data to determine screening rates. This article reports the findings of this analysis to increase awareness of opportunities for improvement in colorectal cancer screening and to highlight demographic and geographic variations that may require particular attention in Connecticut.

Μετάφραση

Οι ευκαιρίες για τη βελτίωση του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του παχέος εντέρου στο Κονέκτικατ, μέσω ενός προγράμματος δεδομένων του υπουργείου κοινωνικών ασφαλίσεων των Η.Π.Α..

Περίληψη

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί σοβαρό πρόβλημα της δημόσιας υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες, με σημαντικές γεωγραφικές διαφορές και ανισότητες εμφανής στην ανίχνευση και τη θεραπεία. Ενώ υπάρχουν αποτελεσματικές δοκιμές προσυμπτωματικού ελέγχου, το Κονέκτικατ στερείται τα τρέχοντα στοιχεία σχετικά με τα ποσοστά του προσυμπτωματικού ελέγχου του ΚΠΕ. Το Τμήμα της Δημόσιας Υγείας του Κονέκτικατ ανέθεσε, στον ομοσπονδιακό Οργανισμό Βελτίωσης της Ποιότητας, να προβεί σε ανάλυση του 2008 της αμοιβής της υπηρεσίας του προγράμματος των κοινωνικών ασφαλίσεων των Η.Π.Α. για να προσδιορίσει τα ποσοστά προσυμπτωματικού ελέγχου. Το άρθρο αυτό αναφέρει τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής για να αυξηθεί η συνειδητοποίηση των ευκαιριών για βελτίωση του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον ΚΠΕ και να αναδείξει τις δημογραφικές και γεωγραφικές διαφοροποιήσεις που μπορεί να απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή στο Κονέκτικατ.

14. Development of a Chronic Care Ostomy Self-Management Program.

Abstract

Each year a percentage of the 1.2 million men and women in the United States with a new diagnosis of colorectal cancer join the 700,000 people who have an ostomy. Education targeting the long-term, chronic care of this population is lacking. This report describes the development of a Chronic Care Ostomy Self-Management Program, which was informed by (1) evidence on published quality-of-life changes for cancer patients with ostomies, (2) educational suggestions from patients with ostomies, and (3) examination of the usual care of new ostomates to illustrate areas for continued educational emphases and areas for needed education and support. Using these materials, the Chronic Care Ostomy Self-Management Program was developed by a team of multi-disciplinary researchers accompanied by experienced ostomy nurses. Testing of the program is in process. Pilot study participants reported high satisfaction with the program syllabus, ostomy nurse leaders, and ostomate peer buddies.

Μετάφραση

Η Ανάπτυξη του προγράμματος αυτοδιαχείρισης για την φροντίδα της χρόνια στομίας.

Περίληψη

Κάθε χρόνο, ένα ποσοστό από τους 1,2 εκατομμύρια άνδρες και γυναίκες στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει μια νέα διάγνωση ορθοκολικού καρκίνου και εντάσσεται στα 700.000 άτομα που έχουν στομία. Η εκπαίδευση με στόχο τη μακροπρόθεσμη, χρόνια φροντίδα του πληθυσμού αυτού είναι ανύπαρκτη. Η έκθεση αυτή περιγράφει την ανάπτυξη ενός προγράμματος αυτοδιαχείρισης για την χρόνια φροντίδα της στομίας, η οποία ενημερώθηκε από (1) από δημοσιευμένα στοιχεία για τις αλλαγές στην ποιότητα ζωής από τον καρκίνο σε ασθενείς με στομίες, (2) εκπαιδευτικές προτάσεις από ασθενείς με στομίες, και (3) εξέταση της συνηθισμένης φροντίδας της νέας εντεροστομίας και να απεικονίζουν περιοχές για την συνέχιση της εκπαίδευσης και δίνοντας έμφαση στους τομείς που απαιτούνται για την εκπαίδευση και την υποστήριξη. Χρησιμοποιώντας αυτά τα υλικά, το πρόγραμμα αυτοδιαχείρισης της Χρόνιας Φροντίδας της Στομίας αναπτύχθηκε από μια ομάδα διεπιστημονικών ερευνητών που συνοδεύεται από έμπειρο νοσηλευτικό προσωπικό της στομίας. Οι δοκιμές του προγράμματος βρίσκονται σε εξέλιξη. Οι συμμετέχοντες της πιλοτικής έρευνας ανέφεραν υψηλή ικανοποίηση με τη διδακτέα ύλη του προγράμματος, τους εκπαιδευτές νοσηλευτές της στομίας, και τους ομότιμους φίλους των ατόμων με εντεροστομία.

15. Incorporating new data on colorectal cancer into nursing practice

Abstract

Treatment for colorectal cancer (CRC) has seen major advances, resulting in longer survival times for many patients. New data about improvements can appear daily in the form of updated journal articles, news reports, and study results reported at national and international oncology meetings. Practicing oncology nurses have a responsibility to keep current on treatments and symptom-management strategies for patients with cancer. Monoclonal antibodies targeting the epidermal growth factor receptor (EGFR) are approved in metastatic CRC, and new data are helping to define appropriate patients. Additionally, symptom-management strategies for commonly administered agents in CRC have been refined for EGFR inhibitor-associated rash and neurotoxicity; new information on hypersensitivity and cetuximab also has been reported. This article will discuss the role of the oncology nurse in the management of patients with CRC.

Μετάφραση

Η ενσωμάτωση νέων δεδομένων σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου στην νοσηλευτική πρακτική

Περίληψη

Η θεραπεία για τον καρκίνο του παχέος εντέρου έχει δει σημαντικές προόδους, με αποτέλεσμα μεγαλύτερο χρόνο επιβίωσης για πολλούς ασθενείς. Νέα στοιχεία για βελτιώσεις μπορούν να εμφανίζονται καθημερινά, με τη μορφή της τροποποίησης άρθρα σε περιοδικά, δελτία ειδήσεων, και τα αποτελέσματα της μελέτης αναφέρθηκαν σε εθνικά και διεθνή συνέδρια ογκολογίας. Οι νοσηλευτές της ογκολογίας έχουν την ευθύνη να διατηρήσουν τις πρόσφατες θεραπείες και στρατηγικές για τη διαχείριση συμπτωμάτων για τους ασθενείς με καρκίνο. Τα μονοκλωνικά αντισώματα που στοχεύουν τον υποδοχέα του επιδερμικού αυξητικού παράγοντα που εγκρίθηκε στο μεταστατικό καρκίνο του παχέος εντέρου και τα νέα δεδομένα που βοηθούν να καθορίσουν τους κατάλληλους ασθενείς. Επιπλέον, έχουν στρατηγικές διαχείρισης συμπτωμάτων για τους παράγοντες που χορηγούνται συχνά στον ΚΠΕ έχουν τελειοποιηθεί για αναστολείς του επιδερμικού αυξητικού παράγοντα που σχετίζονται με το εξάνθημα και τη νευροτοξικότητα? Νέες πληροφορίες σχετικά με την υπερευαισθησία και cetuximab επίσης έχει αναφερθεί. Αυτό το άρθρο θα συζητήσει το ρόλο του νοσηλευτή ογκολογίας στη διαχείριση των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Butcher, G. (2008). *Γαστρεντερολογία Έγχρωμο Εικονογραφημένο Εγχειρίδιο*. (Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Κολιός, Γ.). Αθήνα, Εκδόσεις Παρισιάνου.
- Cornrer, J., & Bailey, C. (2006). *Νοσηλευτική Ογκολογία το πλαίσιο της φροντίδας*. (Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Πατηράκη - Κουρμάνη, Ε.). Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Dewit, S. (2009). *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: Έννοιες & Πρακτική*. Τόμος II. (Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Λαμπρινού, Αι., & Λεμονίδου, Χ.). Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Fritsch, H., & Kuhnel W. (2009). *Εγχειρίδιο Περιγραφικής Ανατομικής*. (Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Δημητρίου, Θ., Θαλασσινός, Ν., Καναβάρος, Π., Μανώλης, Ε., Νάτσης, Κ., & Παπαδημητρίου Ε.). Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Ganong, W. (2000). *Φυσιολογία Ιατρική*. Έκδοση 11^η. Αθήνα, Εκδόσεις Παρισιανού.
- Ignatavicius, D., & Workman, L. (2008). *Παθολογική- Χειρουργική νοσηλευτική Κριτική Σκέψη για Συνεργατική Φροντίδα*. Τόμος II. (Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Βασιλειάδου, Α.). Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.

- Lemone, P., & Burke, K. (2006). *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς*. Τόμος I. (Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Παναουδάκη-Μπροκαλάκη, Η.). Αθήνα, Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- Lemone, P., & Burke, K. (2006). *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς*. Τόμος II. (Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Παναουδάκη-Μπροκαλάκη, Η.). Αθήνα, Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- Osborn, K., Wraa, C., Watson, A. (2013). *Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική*. Τόμος II (Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Κουρκούτα, Λ., Μαντζούκας, Σ., Μπατσολάκη, Μ., Παπαδημητρίου, Μ., Τσίου, Χ.). Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Rana, D., & Urton D. (2010). *Η Ψυχολογία στη Νοσηλευτική Επιστήμη*. (Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Καλαβανά, Θ.) Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Runger, M., Geganti, A., & Netter, F. (2006). *Παθολογία Βασικές Αρχές*. Τόμος I. (Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Βαϊόπουλος Γ., Γουργουλιάνης, Κ., Κατσάμπας, Α., Πάγκαλης, Γ., Ρούσσοι, Χ., Σαρόγλου, Γ., Στεφανίδης, Χ., Φικάκης, Π., & Πηγής, Δ.). Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Άγιος, Α. (1997). *Περιγραφική και Εφαρμοσμένη Ανατομική*. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις University studio press.
- Αθανάτου, Ε. (2004). *Κλινική Νοσηλευτική Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες*. Αθήνα, Εκδόσεις χωρίς όνομα.
- Γουλιιά, Ε. (2007). *Εφαρμοσμένη Νοσηλευτική*. Αθήνα, Εκδόσεις «Η Ταβίθα».
- Καλαχάνης, Ν. (1990). *Παχύ έντερο*. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Κοτρώτσιου, Ε. (2009). *Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας* Τρίτη έκδοση, Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- Μαυρογιάννης, Χ. (2008). *Ενδοσκοπήσεις Πεπτικού Συστήματος-Βασικές αρχές κλινικές εφαρμογές κλινικές εφαρμογές περιενδοσκοπική φροντίδα*. Αθήνα, Εκδόσεις medical art.
- Μπανκουσλί, Ι. (2008). *Πρακτική Προσέγγιση στην Κλινική Ογκολογία*. Αθήνα, Εκδόσεις Παριστιανού.
- Μπονάτσος, Γ., Κακλαμάνος, Ι., & Γολεμάτης, Β. (2011). *Χειρουργική Παθολογία*. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Νάτσικας, Ν. (1991). *Παθήσεις Παχέος Εντέρου και Ορθού*. Έκδοση 3^η Θεσσαλονίκη. Εκδόσεις university studio press.
- Παναουδάκη-Μπροκαλάκη, Η. (2011). *Η νοσηλευτική στην κλινική πράξη*, έκδοση 6^η Αθήνα, Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.

- Παπαλάμπρος, Ε. (2012). *Χειρουργική από το διδακτικό και ερευνητικό προσωπικό του χειρουργικού τομέα*. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Σαχίνη-Καρδάση Α. & Πάνου Μ. (1997) *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική Νοσηλευτικές Διαδικασίες*. Τόμος ΙΙ. Έκδοση Β. Αθήνα, Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Σμοκοβίτη, Α. (2008). *Βασικές Αρχές φυσιολογικής λειτουργίας του οργανισμού Ένα σύντομο ταξίδι μέσα στο απέραντο σώμα* Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις University Studio Press.
- Σούπαρης, Α. (2000). *Φλεγμονώδεις παθήσεις*. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις χωρίς όνομα.
- Στεφανογιάννης, Γ. "Ο Καρκίνος στην Αρχαία Ελλάδα", Σεπτέμβριος 2007, text at: http://www.greek-health.gr/2007/09/blog-post_7788.html, "Χανιώτικα Νέα", 21/7/2006.
- Χανιώτης, Δ., & Χανιώτης, Φ. (2002). *Νοσολογία – Παθολογία. Τόμος ΙΙ*. Αθήνα, Εκδόσεις Λίτσας.
- Χατζημπούγιας, Ι. (2002). *Στοιχεία Ανατομικής του Ανθρώπου*. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Gm Desing.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΝΕΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

- Brittain, K., Taylor, JY., Loveland-Cherry, C., Northouse, L., Caldwell, CH. (2012). Family Support and Colorectal Cancer Screening among Urban African Americans. *The journal for nurse practitioners*, 8(7):522-533.
- Burch, J. (2012). Enhanced recovery for patients following colorectal surgery. *Nursing standard (Royal College of Nursing Great Britain)*, 27(2):37-43.
- Finlayson, E., Zhao, S., Boscardin, WJ., Fries, BE., Landefeld, CS., Dudley, RA. (2012). Functional status after colon cancer surgery in elderly nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(5):967-73.
- Grant, M., McCorkle, R., Hornbrook, MC., Wendel, CS., Krouse, R. (2012). Development of a Chronic Care Ostomy Self-Management Program. *Journal of cancer education: the official journal of the American Association for cancer education*, [Epub ahead of print].

- Kahokehr, AA., Sammour, T., Sahakian, V., Zargar-Shoshtari, K., Hill, AG. (2011). Influences on length of stay in an enhanced recovery programme after colonic surgery. *Colorectal disease: the official journal of the Association of coloproctology of Great Britain and Ireland*, 13(5):594-9.
- Kaltoft, B., Gögenur, I., Rosenberg J. (2011). Reduced length of stay and convalescence in laparoscopic vs open sigmoid resection with traditional care: a double blinded randomized clinical trial. *Colorectal disease :the official journal of the Association of coloproctology of Great Britain and Ireland*, 13(6):e123-30.
- Kuchiba, A., Morikawa, T., Yamauchi, M., Imamura, Y., Liao, X., Chan, AT., Meyerhardt, JA., Giovannucci, E., Fuchs, CS., Ogino, S. (2012). Body mass index and risk of colorectal cancer according to fatty acid synthase expression in the nurses' health study. *Journal of National Cancer Institute*, 104(5):415-20.
- Norlyk, A., Harder, I. (2011). Recovering at home: participating in a fast-track colon cancer surgery programme. *Nursing inquiry*,18(2):165-73.
- Norlyk, A., Martinsen, B. (2012).The extended arm of health professionals? Relatives' experiences of patient's recovery in a fast-track programme. *Journal of advanced nursing*, [Epub ahead of print].
- Norwood, MG., Stephens, JH., Hewett, PJ. (2011). The nursing and financial implications of laparoscopic colorectal surgery: data from a randomized controlled trial. *Colorectal disease: the official journal of the Association of coloproctology of Great Britain and Ireland*,13(11):1303-7.
- Pinar, G., Ayhan, A. (2011). Carcinomas associated with Lynch syndrome: a family history. *International Surgery*, 96(4):286-90.
- Rawl, SM., Skinner, CS., Perkins, SM., Springston, J., Wang, HL., Russell, KM., Tong, Y., Gebregziabher, N., Krier, C., Smith-Howell, E., Brady-Watts, T., Myers, LJ., Ballard, D., Rhyant, B., Willis, DR., Imperiale, TF., Champion, VL. (2012). Computer-delivered tailored intervention improves colon cancer screening knowledge and health beliefs of African-Americans. *Health Education Research*, 27(5):868-85.
- Siao – Salera, R., Leung, JW., Mann, SK., Canete, W., Gutierrez, R., Galzote, CR., Leung, FW. (2011). Options of sedation or no sedation for colonoscopy - the perspective of the GI nurses and technicians. *Journal of interventional gastroenterology*, 1(1):37-41.
- Viale, PH., (2010). Incorporating new data on colorectal cancer into nursing practice. *Clinical journal of oncology nursing*, 14(1):92-100.

- Van Hoof, TJ., Ho, SY., Curry, M., Gacek, P., Brooks, AH., Meehan, TP. (2011). Opportunities to improve colorectal cancer screening in Connecticut through Medicare claims data. *Connecticut medicine*, 75(2):69-82.