



**Τ.Ε.Ι ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»**



ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΜΑΝΤΖΩΡΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ, 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	7
ΑΝΑΤΟΜΙΑ- ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ – ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	7
1.1 Το παχύ έντερο	7
1.2 Επιδημιολογία.....	7
1.3 Αιτιολογικοί παράγοντες	9
1.4 Σταδιοποίηση νόσου	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	17
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	17
2.1 Διαγνωστικές εξετάσεις	17
2.2 Εργαστηριακά ευρήματα	22
2.3 Ειδικές εξετάσεις	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	26
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	26
3.1 Χειρουργική θεραπεία	26
3.2 Κολοστομία.....	27
3.3 Μετεγχειρητική χημειοθεραπεία	30
3.4 Παρενέργειες χημειοθεραπείας.....	31
3.4 Ακτινοθεραπεία.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	36
Πρόληψη λοιμώξεων στην νοσηλεία καρκίνου παχέως εντέρου	36
4.1 Προσδιορισμός λοίμωξης	36
4.2 Πρόληψη λοιμώξεων καθετήρα foley.....	36

4.3 Λοιμώξεις αναπνευστικού	37
4.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διαχείριση των λοιμώξεων.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	42
ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	42
5.1 Πρωτογενής πρόληψη.....	42
5.2 Δευτερογενής πρόληψη	43
5.3 Ομάδες που πρέπει να υποβάλλονται σε προληπτικό έλεγχο.....	44
5.3.1 Ομάδες μέσου κινδύνου.....	44
5.3.2 Ομάδες υψηλού κινδύνου	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	46
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	46
6.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χειρουργική θεραπεία	46
6.2 Συμβολή νοσηλευτών στα στάδια της νόσου	47
6.3 Ογκολογία και νοσηλευτής.....	48
Δεξιότητες ογκολογικού νοσηλευτή	48
6.4 Νοσηλευτής ογκολογικών ασθενών	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	53
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	53
7.1 Περιστατικό 1	53
7.2 Περιστατικό 2	62
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	71

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ακριβής αιτία του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι άγνωστη. Οι γιατροί συχνά δεν μπορούν να εξηγήσουν γιατί ένα άτομο αναπτύσσει αυτή την ασθένεια και ένα άλλο δεν το κάνει. Ωστόσο, η κατανόηση ορισμένων γενετικών αιτιών συνεχίζει να αυξάνεται. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να προληφθεί. Σχεδόν όλες οι περιπτώσεις καρκίνου του παχέος εντέρου αναπτύσσονται από πολύποδες. Η αντίχνευση και η απομάκρυνση των πολυπόδων μέσω κολονοσκόπησης μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου.

Σκοπός : σκοπός της μελέτης είναι η εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση του καρκίνου του παχέος εντέρου καθώς και η καταγραφή του ρόλου του νοσηλευτή τη στη νόσο.

Συμπεράσματα: Οι νοσηλευτές σε όλο το φάσμα διάγνωση - θεραπεία - αποκατάσταση - τελικό στάδιο καρκίνου του παχέος εντέρου είναι ο συνδεδετικός κρίκος ανάμεσα στον γιατρό - θεραπευτική ομάδα και ασθενή οφείλει όμως να έχει σωστή εκπαίδευση και πλήρη ενημέρωση στις καθημερινές εξελίξεις για να ανταπεξέλθει στο ρόλο του κάτι που θα επιτευχθεί με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τη συμμετοχή στην έρευνα.

Λέξεις-Κλειδιά: νοσηλευτής, παρέμβαση, καρκίνος, παχύ έντερο

ABSTRACT

Introduction: The exact cause of colorectal cancer is unknown. Doctors often can not explain why a person develops this disease and another does not. However, the understanding of some genetic causes continues to increase. Cancer of the colon can be prevented. Almost all cases of colon cancer develop from polyps. Detection and removal of polyps through colonoscopy reduces the risk of colon cancer.

Purpose: The purpose of the study is the extensive bibliographic review of colorectal cancer and the recording of her nurse's role in the disease.

Conclusions: Nurses in the whole range of diagnosis - treatment - rehabilitation - the final stage of colon cancer is the link between the physician - treatment group and the patient but he must have proper training and full information on daily developments to cope with his role something to be achieved through continuing education and participation in research.

Key words: nurse, intervention, cancer, large intestine

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι πολύ συχνός καθώς περισσότερα από 6.000 κρούσματα καταγράφονται στην χώρα μας (αντιπροσωπεύει το 13% όλων των καρκίνων) κάθε χρόνο. Περίπου 6% των ανθρώπων θα παρουσιάσουν καρκίνο του παχέος εντέρου κάποια στιγμή στην ζωή τους ενώ οι μισοί από αυτούς θα πεθάνουν από τη νόσο. Προσβάλλει κυρίως άτομα ηλικίας 50-60 ετών και ελαφρώς συχνότερα άνδρες. Σχεδόν όλοι οι καρκίνοι του παχέος εντέρου δημιουργούνται από **πολύποδες**. Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, 7,3 άντρες και 6,6 γυναίκες ανά 100.000 πληθυσμού χάνουν κάθε χρόνο τη ζωή τους στην Ελλάδα από καρκίνο του παχέος εντέρου, τον τρίτο συχνότερο καρκίνο στη χώρα ύστερα από αυτόν του πνεύμονα στους άντρες και του μαστού στις γυναίκες. Η μεγάλη συχνότητα της νόσου οφείλεται στο γεγονός ότι οι πολύποδες παχέος εντέρου είναι συχνό φαινόμενο καθώς αυξάνεται η ηλικία. Ο μισοί άνθρωποι έχουν πολύποδα στην ηλικία των 70 ετών. Πάντως, τα τελευταία χρόνια η θνησιμότητα από τον καρκίνο του παχέος εντέρου ελαττώνεται προοδευτικά κάτι που οφείλεται στην πρώιμη διάγνωση μέσω του πληθυσμιακού ελέγχου και στη βελτίωση της θεραπείας.

Αντικείμενο μεγάλου ενδιαφέροντος για τον νοσηλευτή είναι η αναζήτηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής, η έννοια της οποίας σχεδόν ταυτίζεται με το σκοπό της Νοσηλευτικής που είναι η ολιστική ευεξία του ατόμου.

Η εκπαίδευση του καρκινοπαθούς στο νοσοκομείο είναι από τα σημεία όπου οι νοσηλευτές έχουν καθοριστικό ρόλο. Από αυτούς απαιτείται δημιουργία κατάλληλης ατμόσφαιρας, ζεστασιάς, άνεσης, ειλικρινούς επαφής.

Μεγάλη σημασία έχει η νοσηλευτική παρέμβαση και στον τομέα: αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, την επαναφορά δηλαδή του ασθενούς στην πριν τη διάγνωση του νεοπλάσματος κατάσταση σωματικής - ψυχικής - κοινωνικής υγείας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΑΝΑΤΟΜΙΑ- ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ – ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

1.1 Το παχύ έντερο

Τα έντερα είναι το τελικό μέρος του πεπτικού συστήματος και διαχωρίζονται στο λεπτό και στο παχύ έντερο. Το παχύ έντερο αποτελείται από το κόλον και το απευθυσμένο. Μετά από την κατάποση της τροφής, αυτή περνά διαμέσου του οισοφάγου και πηγαίνει στο στομάχι για να γίνει η χώνευση και ακολούθως πηγαίνει στο λεπτό έντερο για να γίνει η απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών. Το υπόλοιπο μέρος της τροφής εισέρχεται στο παχύ έντερο όπου γίνεται η απορρόφηση των υγρών από το κόλον ενώ τα υπολείμματα προχωρούν στο απευθυσμένο για να αποβληθούν από τον πρωκτό με τις περισταλτικές κινήσεις του εντέρου. Συνήθως ο καρκίνος στα έντερα αναπτύσσεται στην περιοχή του παχέος εντέρου¹.

1.2 Επιδημιολογία

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του ορθού (ΚΠΕ-Ο) είναι μια συχνή και θανατηφόρα ασθένεια αν δεν υπάρξει θεραπεία. Εκτιμάται ότι περίπου 132.700 νέες περιπτώσεις καρκίνου του παχέος εντέρου διαγιγνώσκονται ετησίως στις Ηνωμένες Πολιτείες, 93.090 περιπτώσεις παχέος εντέρου και 39,610 καρκίνου του ορθού. Περίπου 49.700 Αμερικανοί αναμένεται να πεθάνουν από καρκίνο του παχέος εντέρου κάθε χρόνο (8% των θανάτων από καρκίνο). Αν και η θνησιμότητα CRC έχει μειωθεί σταδιακά από το 1990 σε ποσοστό περίπου 3% ετησίως, τα τελευταία 15 χρόνια εξακολουθεί να παραμένει η τρίτη πιο κοινή αιτία θανάτου από καρκίνο στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η επίπτωση του ΚΠΕ-Ο όμως στις περισσότερες δυτικές χώρες είναι όμως σταθερή ή αυξάνεται ελαφρώς κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Αντίθετα, τα ποσοστά αυξήθηκαν ραγδαία σε πολλές περιοχές και σε κράτη που ιστορικά είχαν χαμηλό κίνδυνο, συμπεριλαμβανομένης της Ισπανίας, όπως και σε πολλές χώρες στην Ανατολική Ασία και την Ανατολική Ευρώπη².

Η νόσος είναι σπάνια πριν την ηλικία των 40 ετών, η επίπτωσή της προοδευτικά αυξάνεται μεταξύ 40 και 50 ετών, γίνεται δε πολύ μεγαλύτερη για κάθε δεκαετία στη συνέχεια. Η νόσος παρουσιάζεται με αυξημένη επίπτωση στους άνδρες (αναλογία

ανδρών/ γυναικών για καρκίνο παχέος εντέρου 1,2:1 και αναλογία ανδρών/γυναικών για καρκίνο ορθού 1,8:1). Ο μέσος κίνδυνος εμφάνισης ΚΠΕ-Ο καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής ενός ανθρώπου είναι 5%, με το 90% των περιπτώσεων να εμφανίζονται μετά την ηλικία των 50 ετών³.

Πιο πρόσφατα δεδομένα από τη βάση δεδομένων SEER των ΗΠΑ αλλά και αρχεία νεοπλασιών από χώρες τις ΕΕ δείχνουν ότι ο ΚΠΕ-Ο και ειδικά αυτός του ορθού ιδιαίτερα αυξάνεται στις κάτω από τα 50 ηλικίες, ενώ αυτοί μειώνονται σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες. Επίσης υπάρχει μια αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης ορθοκολικού καρκίνου, ακόμη και στους νεαρούς ενηλίκους 20 έως 39 ετών, αν και η απόλυτη συχνότητα στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα παραμένει πολύ χαμηλότερη από ό, τι για ενήλικες ηλικίας 50 ετών και άνω⁴.

Αξιοσημείωτη είναι η παρατήρηση ότι από το 1998 και εντεύθεν, τόσο στις ΗΠΑ όσο και διεθνώς, καταγράφεται μια σταδιακή αύξηση του καρκίνου του εγγύς παχέος εντέρου (κεντρικότερα από τη σπληνική καμπή και ιδιαίτερα στο τυφλό), ο οποίος πλέον αποτελεί το 55% του συνόλου των περιπτώσεων. Η αλλαγή αυτή στην ανατομική κατανομή του ΚΠΕ-Ο μπορεί εν μέρει να αποδοθεί στη βελτίωση των μεθόδων διάγνωσης, αλλά μπορεί να αντανακλά και σε μια πραγματική αύξηση της επίπτωσης του καρκίνου του ανιόντος κόλου και του τυφλού⁴.

Η κολονοσκόπηση είναι πιο αποτελεσματική στην πρόληψη του καρκίνου του αριστερού και θα μπορούσε να είναι μια αιτία αυτής της αλλαγής. Είναι πιθανό ότι μέρος της αποτελεσματικότητας αυτής οφείλεται σε πτυχές της ποιότητας που σχετίζονται με την κολονοσκόπηση (κακή προετοιμασία του δεξιού κόλου, ελλιπής κολονοσκόπηση, ανατομικά ιδιαιτερότητες του δεξιού κόλου που θέτουν σε κίνδυνο την ορατότητα) αλλά και η βιολογία μπορεί να διαφέρει μεταξύ ΚΠΕ του δεξιού και του αριστερού παχέος εντέρου. Για παράδειγμα, οι οδοντωτοί πολύποδες (οδοντωτά αδενώματα, serrated adenomas) που είναι και το δυσκολότερο να τους δούμε ενδοσκοπικά μια και είναι επίπεδοι, και που χαρακτηριστικά φέρουν μεταλλάξεις BRAF V600E και δίνουν ΚΠΕ-Ο με μικροδορυφορική αστάθεια (microsatellite instability), είναι πιο συχνοί στο δεξιό κόλον⁴.

Παρά το γεγονός ότι όλα αυτά τα θέματα μπορεί να συμβάλουν σε μια στροφή προς τον καρκίνο του δεξιού κόλου, φαίνεται να είναι υπάρχει μια πραγματική αύξηση της συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου του δεξιού κόλου (κυρίως ανιόν και τυφλό).

Με βάση την υπόθεση αυτή μπορεί να εξηγηθεί και η παρατήρηση ότι, τα ποσοστά 5ετούς επιβίωσης έχουν αυξηθεί σημαντικά για τον καρκίνο του αριστερού, αλλά όχι και για τον καρκίνο του δεξιού κόλου¹.

Γεωγραφικές διαφορές καταγράφονται παγκοσμίως και ως προς τη συνολική επιβίωση από τη νόσο, με το μεγαλύτερο ποσοστό 5ετούς επιβίωσης να καταγράφεται στις ΗΠΑ (61%) και το μικρότερο στην Κίνα (32%). Η βελτίωση αυτή του προσδόκιμου επιβίωσης στο Δυτικό κόσμο μπορεί να αποδοθεί στην ευρεία εφαρμογή στο γενικό πληθυσμό τεχνικών έγκαιρης διάγνωσης της νόσου σε πολύ πρώιμο ή ακόμη και ασυμπτωματικό στάδιο ή/και στη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των συμπληρωματικών θεραπειών, με την ανακάλυψη και κλινική εφαρμογή δραστικότερων χημειοθεραπευτικών σχημάτων².

Ο ΚΠΕ-Ο συνήθως διαγιγνώσκεται μετά την έναρξη των συμπτωμάτων η λόγω λανθάνουσας αιμορραγίας στην πλειονότητα των ασθενών. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος . (Screening of asymptomatic individuals) για ΚΠΕ-Ο είναι πάρα πολύ σημαντικός (βλέπε εδώ η εδώ) και όλες οι πολιτισμένες πολιτείες έχουν τέτοια προγράμματα αλλά στην Ελλάδα το ΕΣΥ δεν ενδιαφέρεται για τέτοιες πρακτικές (πολλά τα αίτια) και έτσι η διαλογή των ασυμπτωματικών ασθενών επαφίεται στους γιατρούς και τους ασθενείς. Πρέπει όμως να πούμε ότι σε όλο τον δυτικό κόσμο, ενώ βελτιώνεται σταθερά η συμμόρφωση με τις κατευθυντήριες γραμμές του προσυμπτωματικού ελέγχου, αυτή είναι ακόμη σχετικά χαμηλή⁵.

1.3 Αιτιολογικοί παράγοντες

Ο ΚΠΕ-Ο αποτελεί κατ' εξοχήν σποραδική νόσο (60-85% των περιπτώσεων), η οικογενής εμφάνιση παρατηρείται στο 10-30% των περιπτώσεων, ενώ τα διάφορα γενετικά σύνδρομα ενοχοποιούνται για λιγότερο από το 5% του συνόλου των περιπτώσεων. Η παγκόσμια Ιατρική κοινότητα παρακολουθεί όλους αυτούς τους παράγοντες αλλά και άλλους και συνεχώς προκύπτουν νέα δεδομένα⁴.

Αποδεδειγμένοι προδιαθεσικοί παράγοντες - παράγοντες κινδύνου

Είναι οι παράγοντες που παρέχουν ένα επαρκώς υψηλό κίνδυνο ικανό να αλλάξει τις συστάσεις διαλογής για προσυμπτωματικό έλεγχο ΚΠΕ-Ο ανήκουν:

Η ηλικία

Για την σημασία της ηλικίας στον (ΚΠΕ)-Ο μόνο οι εικόνες πιο πάνω νομίζω ότι είναι αρκετές⁴.

Κληρονομικά σύνδρομα ΚΠΕ-Ο:

Υπάρχουν μερικές ειδικές γενετικές διαταραχές, οι περισσότερες των οποίων κληρονομούνται με τον αυτοσωματικό επικρατούντα χαρακτήρα και συνδέονται με πολύ υψηλό κίνδυνο για ΚΠΕ-Ο, όμως αποτελούν λιγότερο από το 5% των περιπτώσεων κολορθικού καρκίνου και αυτές είναι:

Η οικογενής πολυποδίαση (Familial adenomatous polyposis (FAP))

Η Familial adenomatous polyposis (FAP) και οι παραλλαγές της (Gardner's syndrome, Turcot's syndrome, και attenuated familial adenomatous polyposis) εξετάζονται μαζί και ενοχοποιούνται για λιγότερο του 1% του συνόλου των περιπτώσεων. Στο τυπική FAP, πολυάριθμα αδενώματα του παχέος εντέρου εμφανίζονται κατά την παιδική ηλικία. Τα συμπτώματα εμφανίζονται σε στην ηλικία των 16 ετών και καρκίνος παχέος εντέρου εμφανίζεται σε > 90% των ασθενών, περίπου στην ηλικία των 45. Η έκφραση του γονιδίου οδηγεί στη διάχυτη εμφάνιση πολλαπλών αδενωματωδών πολυπόδων (> 100) παχέος εντέρου⁶.

Ασθενείς με οικογενή πολυποδίαση μπορεί να αναπτύξουν πλήθος καλοηθών και κακοηθών εξω-κολονικών εκδηλώσεων. Ιδιαίτερη σημασία έχουν η ανάπτυξη ηπατοβλαστώματος και καρκίνου του δωδεκαδακτύλου και της περιοχής του φύματος του Vater. Σπανιότερες μορφές καρκίνου σχετιζόμενες με FAP αποτελούν ο καρκίνος του παγκρέατος, των εξωηπατικών χοληφόρων, του θυρεοειδούς αδένου και του ΚΝΣ.

Μια εξασθενημένη μορφή της FAP (AFAP), έχει υψηλό κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου (αν και το μέγεθος του κινδύνου δεν είναι τόσο καλά προσδιορισμένο), αλλά χαρακτηρίζεται από λιγότερα αδενώματα και η μέση ηλικία διάγνωσης του καρκίνου είναι τα 54 έτη. Η FAP προκαλείται από βλαστικές μεταλλάξεις βλαστική στο γονίδιο APC (adenomatous polyposis coli) που βρίσκεται στο χρωμόσωμα 5. Το ίδιο γονίδιο εμπλέκεται στην AFAP, αλλά οι περιοχές με τις μεταλλάξεις του γονιδίου APC είναι διαφορετικές⁷.

MUTYH-associated polyposis (MAP)

Η MAP είναι ένα σύνδρομο, που μεταβιβάζεται με αυτοσωματικό υπολειπόμενο χαρακτήρα και οφείλεται σε διαλληλόμορφες βλαστικές μεταλλάξεις στο γονίδιο διόρθωσης εκτομής βάσεων στο ομόλογο mutY (MUTYH), με συνέπεια το γονίδιο APC αποκτά εύκολα σωματικές μεταλλάξεις. Συνήθως το σύνδρομο παρουσιάζεται με λιγότερα από 500 αδενώματα στο παχύ έντερο. Ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών δείχνουν ότι η βλαστικές μεταλλάξεις στο γονίδιο MUTYH μπορεί να ευθύνεται για ένα σημαντικό μέρος των οικογενών ΚΠΕ-Ο που εμφανίζονται χωρίς να προϋπάρχει ένα κυρίαρχο κληρονομικό οικογενές σύνδρομο, και ότι ένας σημαντικός αριθμός των διαλληλόμορφων φορέων μπορεί να παρουσιάζουν καρκίνο χωρίς συνδέονται με πολυποδίαση, καθιστώντας τον φαινότυπο πολύ δύσκολο να εντοπιστεί. Νέα γονίδια πολυποδίασης (POLE και POLD1, και NTHL-associated polyposis [NAP]) είναι τώρα μέρος της επόμενης γενιάς μελετών στον κληρονομικό ΚΠΕ-Ο⁴.

Ο κληρονομικός μη πολυποειδικός ΚΠΕ-Ο. Lynch syndrome (hereditary nonpolyposis colorectal cancer).

Το σύνδρομο Lynch είναι ένα αυτοσωματικό κυρίαρχο σύνδρομο που είναι πιο συχνό από την FAP και αντιπροσωπεύει περίπου το 3% όλων των αδενοκαρκινωμάτων του παχέος εντέρου. Το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από: νεαρή ηλικία εμφάνισης, νεοπλασματικές αλλοιώσεις και μικροδορυφορική αστάθεια (MSI).

Εναλλακτικά μπορεί κάποιος να χρησιμοποιήσει τα κριτήρια της Bethesda. Το 1997, το National Cancer Institute, USA δημοσίευσε μια σειρά συστάσεων που ονομάζονται κατευθυντήριες γραμμές της Bethesda για την αναγνώριση των ατόμων που πρέπει να κάνουν γενετικές εξετάσεις (genetic counselling or testing) για σύνδρομο Lynch που σχετίζονται με ΚΠΕ-Ο. Το NCI αναθεώρησε τα κριτήρια αυτά το 2004⁵.

Οι Revised Bethesda guidelines

Η κατευθυντήριες γραμμές Bethesda έχουν στόχο να βοηθήσουν να εντοπισθούν ασθενείς με μικροδορυφορική αστάθεια (microsatellite instability, MSI) αναγκαία για να αξιολογήσει κανείς αυτούς τους ασθενείς ως έχοντες σύνδρομο Lynch (HNPCC).

Όγκοι από τέτοιους ασθενείς άτομα πρέπει να εξεταστούν για MSI στις ακόλουθες περιπτώσεις:

ΚΠΕ-Ο σε έναν ασθενή ο οποίος είναι < 50 έτη

Παρουσία σύγχρονου, η μετάχρονου ΚΠΕ-Ο ή άλλων όγκων που σχετίζονται με HNPCC*1, ανεξάρτητα από την ηλικία

ΚΠΕ-Ο με MSI-υψηλής ιστολογίας[‡]2 που έχει διαγνωστεί σε ασθενή που είναι κάτω των 60 ετών

ΚΠΕ-Ο που έχει διαγνωστεί σε έναν ή περισσότερους συγγενείς 1ου με ένα όγκο που σχετίζονται με HNPCC*3, με έναν από τους καρκίνους να διαγιγνώσκεται κάτω από την ηλικία των 50 ετών

ΚΠΕ-Ο που έχει διαγνωστεί σε δύο ή περισσότερους 1ου ή 2ου βαθμού συγγενείς με όγκους που σχετίζονται με HNPCC*, ανεξάρτητα από την ηλικία⁷.

1.4 Σταδιοποίηση νόσου

Η πρώτη αδρή σταδιοποίηση της νόσου γίνεται προεγχειρητικά βασιζόμενη στα αποτελέσματα των απεικονιστικών κυρίως μεθόδων, καθώς και διεγχειρητικά από τον χειρουργό. Το υπερηχογράφημα, η αξονική και η μαγνητική τομογραφία, ενώ παρέχουν πληροφορίες μόνο σε ευμεγέθεις βλάβες του πεπτικού σωλήνα, είναι ανεκτίμητης αξίας στη μελέτη πιθανών απομακρυσμένων μεταστάσεων. Η MRI δεν φαίνεται να προσφέρει αξιοσημείωτα πλεονεκτήματα στη διάγνωση και τη σταδιοποίηση συγκριτικά με τη CT και πιστεύεται ότι ο συνδυασμός CT και EUS αποτελεί πιθανώς την καλύτερη μέθοδο για τη σταδιοποίηση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Το PET/CT, το σπινθηρογράφημα και η IVP παρέχουν επίσης πληροφορίες για την εξωεντερική επέκταση του όγκου⁸.

Η τελική σταδιοποίηση της νόσου γίνεται με την ιστολογική εξέταση ολόκληρου του εγχειρητικού παρασκευάσματος. Ο κλινικός και ιστολογικός συσχετισμός επιβεβαιώνει ότι η πρόγνωση εξαρτάται από το βάθος της διήθησης του εντερικού τοιχώματος κατά τον χρόνο της διάγνωσης. Η συμμετοχή λεμφαδένων συνοδεύεται από περαιτέρω επιδείνωση του ρυθμού επιβίωσης, ενώ η ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων έχει την χειρότερη πρόγνωση⁶.

Τα δύο κύρια συστήματα σταδιοποίησης που χρησιμοποιούνται είναι οι τροποποιήσεις της ταξινόμησης κατά Dukes και η ταξινόμηση κατά TNM (Tumor, Nodes, Metastasis), όπως προτείνεται από την American Joint Committee on Cancer

(AJCC) και την International Union Against Cancer. Η πρώτη ταξινόμηση προτάθηκε αρχικά από τον Dukes για τον καρκίνο του ορθού (1937), αποδείχθηκε όμως εξίσου ικανοποιητική και για τον καρκίνο του κόλου. Κατά καιρούς προτάθηκαν διάφορες τροποποιήσεις της αρχικής ταξινόμησης κατά Dukes, επειδή όμως εμφανίστηκε σύγχυση μεταξύ των χειρουργών, προτάθηκε από πολλούς η εφαρμογή της ταξινόμησης σύμφωνα με το σύστημα TNM⁹.

Σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά TNM ισχύουν τα εξής:

- Tx: αδυναμία προσδιορισμού ύπαρξης πρωτοπαθούς όγκου
- T0: απουσία αποδείξεων πρωτοπαθούς όγκου
- Tis: καρκίνωμα in situ (αποκλειστικά στον βλεννογόνο)
- T1: επέκταση της διήθησης έως τον υποβλεννογόνο χιτώνα
- T2: επέκταση της διήθησης έως τον μυϊκό χιτώνα
- T3: επέκταση της διήθησης έως τον ορογόνο ή όπου δεν υπάρχει ορογόνος επέκταση προς τους περικολικούς ή περιορθικούς ιστούς
- T4: ο όγκος διηθεί κατ' επέκταση άλλα όργανα ή διηθεί το σπλαχνικό περιτόναιο
- Nx: δεν μπορούν να προσδιορισθούν επιχώριοι λεμφαδένες
- N0: δεν υπάρχει μετάσταση σε επιχώριους λεμφαδένες
- N1: μετάσταση σε 1-3 επιχώριους λεμφαδένες
- N2: μετάσταση σε 4 ή περισσότερους επιχώριους λεμφαδένες
- Mx: δεν μπορούν να προσδιορισθούν απομακρυσμένες μεταστάσεις
- M0: δεν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις
- M1: υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις

Η σταδιοποίηση το καρκίνου του παχέος εντέρου κατά TNM περιγράφεται στον παρακάτω πίνακα:

ΣΤΑΔΙΟ 0	Tis, No, Mo
ΣΤΑΔΙΟ I	T1, No, Mo ή T2, No, Mo
ΣΤΑΔΙΟ IIA	T3, No, Mo
ΣΤΑΔΙΟ IIB	T4, No, Mo
ΣΤΑΔΙΟ IIIA	T1, N1, Mo ή T2, N1, Mo
ΣΤΑΔΙΟ IIIB	T3, N1, Mo ή T4, N1, Mo
ΣΤΑΔΙΟ IIIC	Οποιοδήποτε T, N2, Mo
ΣΤΑΔΙΟ IIV	Οποιοδήποτε T, οποιοδήποτε N, M1

Μια άλλη ταξινόμηση του καρκίνου του παχέος εντέρου καθώς και τροποποιήσεις αυτής (MAC), που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι αυτή κατά Astler-Coller. Αντιστοιχία μεταξύ των ταξινομήσεων κατά TNM, Dukes, MAC και Astler-Coller, καθώς και τα ποσοστά 5-ετούς επιβίωσης των ασθενών, ανάλογα με το στάδιο, παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα⁸.

TNM	Όγκος	Λεμφαδένες	Απομ. Μετ/σεις	Dukes – MAC	Astler-Coller	5-ετης επιβίωση (%)
ΣΤΑΔΙΟ 0	Tis	N0	M0	-	Περιορισμένος στον βλεννογόνο	100
ΣΤΑΔΙΟ I	T1	N0	M0	Dukes A, MAC A	Επεκτεινόμενος στον υποβλεννογόνο	100
	T2	N0	M0	Dukes A, MAC B1	Επεκτεινόμενος στον μυϊκό χιτώνα	93,2
ΣΤΑΔΙΟ IIA	T3	N0	M0	Dukes B, MAC B2	Επεκτεινόμενος διαμέσου του μυϊκού χιτώνα	84,7
ΣΤΑΔΙΟ IIB	T4	N0	M0	Dukes B, MAC B3		72,2
ΣΤΑΔΙΟ IIIA	T1-T2	N1	M0	Dukes C, MAC C1	Περιορισμένος στο τοίχωμα του εντέρου με επιχώριους λεμφαδένες	83,4
ΣΤΑΔΙΟ IIIB	T3-T4	N1	M0	Dukes C, MAC C2-C3	Επέκταση διαμέσου του τοιχώματος του εντέρου με επιχώριους λεμφαδένες	64,1
ΣΤΑΔΙΟ IIIC	Οποιο/τε T	N2	M0	Dukes C, MAC C1-C2-C3		44,3
ΣΤΑΔΙΟIV	Οποιο/τε T	Οποιοδήποτε N	M1	-, MAC D	Απομακρυσμένες μεταστάσεις	8,1

Σε αντίθεση με τα άλλα συστήματα σταδιοποίησης του καρκίνου του παχέος εντέρου το TNM πλεονεκτεί στο ότι ενημερώνεται συνεχώς με σύγχρονα δεδομένα, έχει διεπιστημονικό σχεδιασμό, επιτρέπει την ενσωμάτωση όλων των τεχνολογικών προσεγγίσεων και τέλος έχει ένα περιεκτικό σύνολο κανόνων που εξασφαλίζουν την ομοιόμορφη χρήση⁸.

Η πρόγνωση της νόσου διαφοροποιείται από την παρουσία υπολειπόμενου όγκου μετά την αρχική χειρουργική εξαίρεση. Η μετεγχειρητική υπολειπόμενη νόσος που αντανάκλα την αποτελεσματικότητα της αρχικής θεραπείας περιγράφεται από την ταξινόμηση «R».

RX	Δεν μπορεί να εκτιμηθεί η παρουσία υπολειπόμενης νόσου
R0	Μη υπολειπόμενη νόσος
R1	Μικροσκοπικά
R2	Μακροσκοπικά υπολειπόμενη νόσος

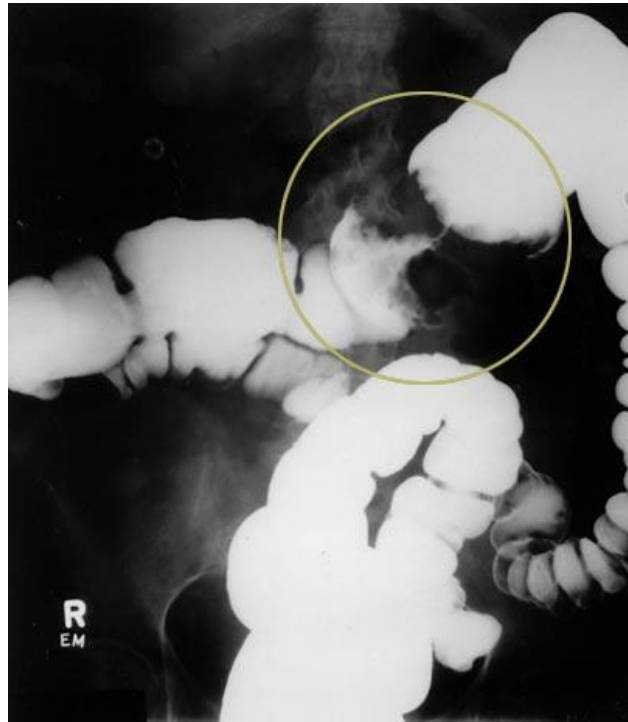
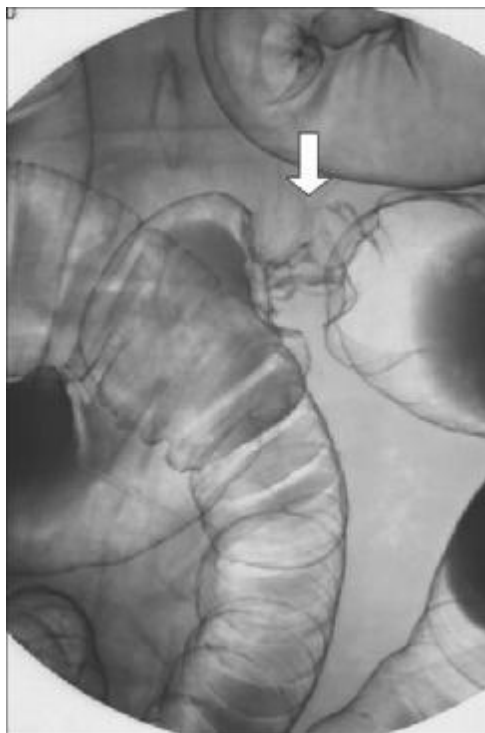
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

2.1 Διαγνωστικές εξετάσεις

Σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου η κλινική εξέταση της κοιλιάς μπορεί να αναδείξει την ύπαρξη ψηλαφητής μάζας και πιθανόν ένα κεντρικά διατεταμένο τμήμα εντέρου, λόγω απόφραξης από τον όγκο, ηπατομεγαλία, ασκίτη ή επισκοπικά διατεταμένες φλέβες στο κοιλιακό τοίχωμα σε περίπτωση απόφραξης της πυλαίας φλέβας. Η επισκόπηση επίσης του ασθενούς δίνει πληροφορίες για την κατάσταση θρέψης του και την χροιά των επιπεφυκότων. Η κλινική εξέταση μπορεί ακόμη να αποκαλύψει ψηλαφητούς λεμφαδένες (βουβωνικούς ή αλλού), οι οποίοι πρέπει να διερευνηθούν. Δεν πρέπει να αγνοείται η αξία της δακτυλικής εξέτασης δεδομένου του ότι στο 25% των περιπτώσεων ο καρκίνος του παχέος εντέρου αφορά όγκους προσιτούς στην εξέταση αυτή⁹.

Εάν, με βάση το ιστορικό και την συμπτωματολογία του ασθενούς τίθεται υποψία για καρκίνο παχέος εντέρου, τότε θα πρέπει να ακολουθήσει σχολαστικός έλεγχος του οργάνου βασισμένος σε παρακλινικές απεικονίσεις αυτού αλλά και των υπολοίπων οργάνων προκειμένου να καθοριστεί η έκταση της νόσου. Αρχικά επιβάλλεται ο ακτινολογικός έλεγχος του θώρακα που μπορεί να αποκαλύψει πνευμονικές μεταστάσεις καθώς και της κοιλιάς που πιθανόν να αναδείξει εικόνα απόφραξης του εντερικού σωλήνα. Ακολουθεί ο βαριούχος υποκλυσμός διπλής σκιαγράφησης (Εικ. 1,2), ο οποίος μπορεί να απεικονίσει τον όγκο, ελέγχει όμως και το υπόλοιπο παχύ έντερο στις περιπτώσεις σύγχρονου καρκίνου ή συνυπάρχοντων πολύποδων. Αρχικά λαμβάνεται το ανάγλυφο εκμαγείο του εντέρου και ακολούθως γίνεται διάταση αυτού με εμφύσηση αέρα με σκοπό την επίτευξη καλύτερης ακτινολογικής αντίθεσης. Λαμβάνονται πολλαπλές ακτινογραφίες σε διάφορες θέσεις προκειμένου να ελεγχθούν όλα τα τμήματα του εντέρου. Σε περίπτωση καρκίνου ανευρίσκεται ανώμαλο έλλειμμα πλήρωσης, στένωση του αυλού, απουσία περισταλισμού στην περιοχή της βλάβης και ανωμαλία στο πρότυπο του βλεννογόνου. Η ευαισθησία της μεθόδου φθάνει το 50-80% για πολύποδες μικρότερους του ενός εκατοστού, το 70-90% για πολύποδες μεγαλύτερους του ενός εκατοστού και το 55-85% για πρώιμο καρκίνο¹⁰.



Εικόνα 1,2. Ανάδειξη καρκίνου παχέος εντέρου με βαριούχο υποκλυσμό.

Σε περίπτωση που με το βαριούχο υποκλυσμό βρεθεί ύποπτη αλλοίωση ή στην περίπτωση που δεν υπάρχουν ευρήματα αλλά η κλινική υποψία είναι ισχυρή εκτελείται κολονοσκόπηση. Η μέθοδος αυτή θεωρείται σήμερα ως η μέθοδος εκλογής για τον έλεγχο του παχέος λόγω της δυνατότητας που προσφέρει όχι μόνο να δίνει άριστη οπτική εικόνα του εσωτερικού του εντέρου αλλά και να καθιστά επιπλέον εφικτή την λήψη βιοψιών από τις συνευρισκόμενες βλάβες καθώς και την εκτέλεση θεραπευτικών επεμβάσεων, όπως αφαίρεση πολυπόδων και αιμόσταση. Η διαγνωστική αξία της μεθόδου φθάνει το 90%, αφού μπορεί να ανιχνεύσει εξαιρετικά καλά βλάβες μικρότερες του ενός εκατοστού και επιφανειακές αλλοιώσεις του βλεννογόνου. Περιορισμός για την επιτυχή εκτέλεση της μεθόδου είναι η αδυναμία προώθησης του ενδοσκοπίου μέχρι το τυφλό που αγγίζει το 10-15%. Άλλοι ανασταλτικοί παράγοντες είναι η κακή προετοιμασία του εντέρου, οι στενώσεις από μεγάλους όγκους καθώς και οι οξείες γωνιώσεις του εντέρου¹¹.



Εικόνες 3,4. Ενδοσκοπική εμφάνιση καρκίνου ανιόντος και τυφλού αντίστοιχα.

· **Πρωκτοσκόπηση / σιγμοειδοσκόπηση**

Αυτή η εξέταση εντάσσεται στις ενδοσκοπήσεις και συνήθως γίνεται από γαστρο-εντερολόγο είτε σε νοσοκομείο είτε σε ιδιωτική κλινική. Σκοπός της εξέτασης είναι ο εσωτερικός έλεγχος του πρωκτού ή και του σιγμοειδούς από όπου ο ιατρός έχει την δυνατότητα να πάρει κύτταρα για βιοψία από το σημείο όπου υπάρχει ένδειξη ή υπόνοια για καρκίνο. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν ενδείκνυται εισαγωγή σε νοσοκομείο ή κλινική, προηγείται όμως πάντοτε καλός καθαρισμός και προετοιμασία του εντέρου με ειδική διατροφή και ειδικά καθαρτικά φάρμακα. Οι οδηγίες για την προετοιμασία του εντέρου δίδονται συνήθως γραπτώς Αυτή η εξέταση είναι συνήθως ανώδυνη όχι όμως και πολύ άνετη για τον ασθενή¹².

· **Βαριούχος υποκλυσμός**

Αυτή η εξέταση γίνεται σε ακτινολογικό τμήμα είτε σε νοσοκομείο, είτε σε ιδιωτική κλινική για εντοπισμό τυχόν ανωμαλίας μέσα στο έντερο και αφού προηγουμένως χορηγηθεί με υποκλυσμό ειδική σκιαγραφική ουσία. Και για αυτή την εξέταση χρειάζεται προετοιμασία του εντέρου με ειδική διατροφή και καθαρτικά φάρμακα. Σχετικές οδηγίες δίδονται γραπτώς την ημέρα που θα δοθεί το ραντεβού για την εξέταση¹³.

Νοσηλευτική φροντίδα:

- Απαιτείται πολύ καλός καθαρισμός του πεπτικού σωληνα την προηγούμενη της εξέτασης, είτε με υψηλούς υποκλυσμούς, είτε με ληψη καθαρτικών από το στόμα.

- Νηστικός πρέπει να είναι ο άρρωστος το πρωί της εξέτασης, ενώ την προηγούμενη να έχει ακολουθήσει υδρική δίαιτα χωρίς υπόλειμμα.
- Ο άρρωστος μεταφέρεται στο ακτινολογικό εργαστήριο, όπου γίνεται ο βαριούχος υποκλυσμός και ο έλεγχος μέσω των ακτινογραφιών

- **Κολonosκόπηση**

Είναι η ενδοσκοπική εξέταση και ο έλεγχος ολόκληρου του παχέος εντέρου και διαρκεί περίπου μία ώρα. Γίνεται σε ενδοσκοπικό τμήμα σε νοσοκομείο ή σε ιδιωτική κλινική αφού προηγουμένως γίνει κατάλληλη προετοιμασία του εντέρου με ειδική διατροφή και καθαρτικά φάρμακα. Πριν από την εξέταση χορηγείται συνήθως ενδοφλέβια ηρεμιστικό φάρμακο. Αν κατά την διάρκεια της εξέτασης επισημανθούν τυχόν ανωμαλίες, τότε ο ιατρός θα πάρει μικρά δείγματα για κυτταρολογική εξέταση. Επίσης μπορεί να πάρει και εικόνες από διάφορα σημεία του εντέρου. Αυτή η εξέταση, όπως και οι προηγούμενες, είναι κάπως άβολη για τον ασθενή¹⁴.

- **Συμπληρωματικές εξετάσεις**

Ακόμη και μετά από την διάγνωση του καρκίνου, είναι σημαντικό να γίνουν κάποιες επιπρόσθετες εξετάσεις που θα βοηθήσουν τον ιατρό να προσδιορίσει το μέγεθος και την ακριβή θέση του όγκου, αλλά και για τον εντοπισμό πιθανών μεταστάσεων σε άλλα όργανα. Όλη αυτή η διαδικασία και ο έλεγχος λέγεται σταδιοποίηση. Τα αποτελέσματα από την σταδιοποίηση θα βοηθήσουν τον ιατρό στο προγραμματισμό της θεραπείας. Αυτές οι εξετάσεις μπορεί να επαναληφθούν τόσο κατά τη διάρκεια της θεραπείας σας όσο και μετά και στοχεύουν στην παρακολούθηση και τον έλεγχο της πορείας και την πρόοδο της υγείας¹⁴.

- **Υπερηχογράφημα ήπατος και κοιλίας**

Είναι τα κυριότερα όργανα που ελέγχονται στις περιπτώσεις καρκίνου του παχέος εντέρου. Για σκοπούς καλής και σωστής απεικόνισης, 6 ώρες πριν την εξέταση επιβάλλεται να αποφύγετε την λήψη τροφής και υγρών. Συνήθως γίνεται σε νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική στο ακτινολογικό τμήμα. Ο ιατρός χρησιμοποιεί ένα

ειδικό πομπό στη περιοχή της κοιλιάς ο οποίος μετατρέπει τα ηχητικά κύματα που παίρνει σε εικόνα με την βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή.

· **Αξονική Τομογραφία**

Η αξονική τομογραφία, είναι εξειδικευμένη ακτινογραφία η οποία απεικονίζει σε τρεις διαφορετικές τομές τα εσωτερικά όργανα του σώματος. Είναι ανώδυνη εξέταση και διαρκεί συνήθως από 10' – 20'. Στην αξονική τομογραφία χρησιμοποιείται ελαφριά δόση ακτινοβολίας που δεν επηρεάζει ούτε εσάς αλλά ούτε και τους γύρω σας. Πριν από την εξέταση θα πρέπει να μείνετε χωρίς τροφή και υγρά για 4 ώρες¹⁴.

Για καλύτερη απεικόνιση των ευρημάτων θα χορηγηθεί σκιαγραφική ουσία υπό μορφή ροφήματος ή και ενδοφλέβια πριν από την εξέταση. Η ενδοφλέβια σκιαγραφική ουσία συνήθως σε ορισμένους ασθενείς προκαλεί ένα αίσθημα αύρας σ' όλο το σώμα. Όμως αν έχετε αλλεργία στο ιώδιο ή αν υποφέρετε από άσθμα θα πρέπει οπωσδήποτε να το αναφέρετε στη νοσηλεύτρια του τμήματος ή τον ακτινολόγο. Σπάνια χορηγείται παρόμοια σκιαγραφική ουσία υπό μορφή υποκλυσμού¹⁴.

· **Μαγνητική Τομογραφία**

Αυτή η εξέταση είναι παρόμοια με την αξονική τομογραφία με την διαφορά ότι χρησιμοποιείται μαγνητισμός αντί ακτίνες X. Χορηγείται συνήθως σκιαγραφική ουσία ενδοφλέβια και διαρκεί περίπου 30'. Ο μαγνητικός τομογράφος είναι ένα θορυβώδες μηχάνημα γι' αυτό θα σας χορηγηθούν ωτοασπίδες για περιορισμό της ενόχλησης από τους κρότους. Για συντροφιά μπορεί να παραμείνει στο δωμάτιο εξέτασης και κάποιο φιλικό ή συγγενικό άτομο. Λόγω του υψηλού μαγνητισμού θα πρέπει να αφαιρέσετε όλα τα μεταλλικά αντικείμενα που θα φοράτε. Άτομα με χειρουργικά μεταλλικά κλίπς ή με καρδιακούς βηματοδότες δυστυχώς δεν μπορούν να υποβληθούν σε μαγνητική τομογραφία¹⁵.

2.2 Εργαστηριακά ευρήματα

Οι νόσοι του παχέος εντέρου μπορεί να εκδηλωθούν με κοιλιακό άλγος, με αλλαγή της εντερικής λειτουργίας υπό μορφή δυσκοιλιότητας ή διάρροιας ή εναλλασσόμενων επεισοδίων αυτών και με αποβολή αίματος ή βλέννας. Το κοιλιακό άλγος μπορεί να συνοδεύεται από ναυτία ή σε περίπτωση αποφράξεως από διάταση της κοιλίας και αργότερα έμετο. Η κακουχία ή απώλεια βάρους και η αναιμία αποτελούν σπουδαία, αλλά μη ειδικά συμπτώματα. Η εξέταση της κοιλίας μπορεί να αποκαλύψει διάταση, εμφανή μάζα ή και περισταλτισμό σε ισχνά άτομα. Το τυφλό είναι μάλλον ψηλαφητό σε ισχνά άτομα, όπως και το κατίον και το σιγμοειδές όταν είναι πλήρη κοπράνων. Τα υπόλοιπα τμήματα του παχέος εντέρου είναι αψηλάφητα, τα κατώτερα όμως δύο τριτημόρια του ορθού είναι προσιτά στη δακτυλική εξέταση από το ορθό¹⁵.

CEA.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η μέτρηση του καρκινοεμβρικού αντιγόνου, όχι τόσο για την τεκμηρίωση της διαγνώσεως ή την πρόιμη διάγνωση ή πρόγνωση της νόσου, όσο για την απότερη μετεγχειρητική παρακολούθηση του ασθενούς. Το επίπεδο του CEA στον ορό του αίματος μπορεί να είναι αυξημένο στους καπνιστές, στους κίρρωτικούς και στους ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια, παγκρεατίτιδα και ελκωτική κολίτιδα, αλλά και στους πάσχοντες από καρκίνο του μαστού, του πνεύμονα, του στομάχου και του παγκρέατος και έτσι, η μέτρησή του δεν θεωρείται αξιόπιστη για το γενικό και προγραμματισμένο έλεγχο του πληθυσμού. Στους πάσχοντες όμως από καρκίνο του παχέος εντέρου πρέπει οπωσδήποτε να μετράται το προεγχειρητικό επίπεδο του CEA στον ορό του ασθενούς, για να συγκρίνεται με μετεγχειρητικές μετρήσεις, καθόσον το CEA, ως μετεγχειρητικός δείκτης πρόιμης αναγνωρίσεως τοπικής υποτροπής ή μεταστάσεων έχει ιδιαίτερη κλινική σημασία. Αύξηση του επιπέδου του CEA στον ορό του μετεγχειρητικού ασθενούς αναμένεται να παρουσιαστεί στο 80% περίπου εκείνων που παρουσιάζουν τοπική υποτροπή ή μεταστάσεις έως και 6 μήνες πριν από την κλινική εκδήλωση. Η συνδυαστική χρήση της μετρήσεως του επιπέδου του CEA στον ορό του αίματος μετεγχειρητικώς και της αξονικής ομογραφίας θα έχει ως αποτέλεσμα την ανακάλυψη της υποτροπής ή μεταστάσεως σε πάνω από το 90% των ασθενών αυτών. (Γενική χειρουργική II, Γιάννης Παπαδημητρίου)¹⁴.

Απεικονιστικές μελέτες

Απλές ακτινογραφίες θώρακος είναι απαραίτητες και συμπεριλαμβάνονται στον έλεγχο, στα πλαίσια της ρουτίνας. Ο βαριούχος υποκλυσμός διπλής αντίθεσης, ο οποίος γίνεται με εμφύσημα αέρα, είναι αρκετά καλή εξέταση για ανατομικές αλλαγές του παχέος εντέρου όπως εκκολπώματα, στενώσεις, απωθήσεις από εξωεντερικές αιτίες, εξαφάνιση των κωλικών κυψελών, ύπαρξη συριγγίων τα οποία είναι ιδιαίτερα συχνά στη νόσο του Crohn. Δεν μπορεί να διαγνώσει μικρούς πολύποδες, επιφανειακές βλάβες του βλεννογόνου ή αγγειακές δυσπλασίες οι οποίες αποτελούν αιτία αιμορραγίας από το κατώτερο πεπτικό. Πρέπει να γίνεται πολύ καλή προετοιμασία του εντέρου γιατί υπολείμματα κοπράνων στο τοίχωμα του εντέρου μπορεί να θεωρηθούν ως πολύποδες ή νεοπλάσματα. Ο βαριούχος υποκλυσμός αποτελεί βασική εξέταση του παχέος εντέρου σε νοσηλευτικά ιδρύματα ή περιοχές όπου δεν υπάρχει η δυνατότητα ενδοσκοπικού ελέγχου. Ωστόσο τα τυχόν ευρήματα σε βαριούχο υποκλυσμό, στις περισσότερες περιπτώσεις, χρειάζονται ενδοσκοπική διαγνωστική επιβεβαίωση ή θεραπευτική ενδοσκοπική παρέμβαση. Στα μεγάλα νοσοκομεία ο βαριούχος υποκλυσμός ακολουθεί φθίνουσα πορεία και τείνει να αντικατασταθεί από τον ενδοσκοπικό έλεγχο¹⁵.

Αξονική τομογραφία

Η αξονική τομογραφία δεν είναι απαραίτητη σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, αλλά είναι πολύ σημαντική στον έλεγχο της εξωτοιχωματικής επέκτασης της νόσου, σε ασθενείς με οστικό καρκίνο. Η αξονική τομογραφία πρέπει να γίνεται μετά από περως χορήγηση σκιαγραφικής ουσίας με στόχο τη σκιαγράφιση ολόκληρου του γαστρεντερικού σωλήνα. Η εξέταση γίνεται με συνεχείς τομές των 10 - 46 - mm από το θόλο του διαφράγματος μέχρι του πυελικού εδάφους. Με τον τρόπο αυτό απεικονίζονται πέραν των εντερικών ελίκων και του ορθού, το ήπαρ, τα επινεφρίδια και οι περιοχές όπου μπορεί να έχει αναπτυχθεί μεταστατική λεμφαδενοπάθεια¹⁶.

Μαγνητική τομογραφία

Η μαγνητική τομογραφία είναι η πιο ευαίσθητη μέθοδος στη διερεύνηση του ήπατος για μεταστάσεις ή άλλη βλάβη και έχει πολύ μεγαλύτερη ειδικότητα από την αξονική. Αποτελεί πολύ αξιόπιστη πηγή πληροφοριών για το βάθος της νεοπλασματικής

διήθησης στο τοίχωμα του παχέος εντέρου. Επίσης αποκαλύπτει την παρουσία διογκωμένων παραορθικών λεμφαδένων, αλλά μπορεί να διακρίνει μεταξύ νεοπλασματικού και φλεγμονώδους αντιδραστικού λεμφαδένο. Η αρχή της μεθόδου στηρίζεται στον εξ επαφής ή σχεδόν εξ επαφής έλεγχο των προς εξέταση τμημάτων του πεπτικού σωλήνα με τη χρήση κατάλληλων για το σκοπό αυτό ενδοσκοπίων. Η εξέταση αυτή, δίνει τη δυνατότητα λήψεως βιοψιών από την τυχόν ενδοαυλική βλάβη και επίσης μπορεί να γίνει παρακέντηση με λεπτή βελόνα της υπό εξέταση βλάβης, όταν αυτή εντοπίζεται πέραν του βλεννογόνου, με λήψη υλικού για κυτταρολογική εξέταση¹⁷.

2.3 Ειδικές εξετάσεις

A. δακτυλική εξέταση (πρωκτού και ορθού). Μετά την εφαρμογή προστατευτικού χειροκτίου επισκοπείται και ψηλαφάται η περιπρωκτική περιοχή προς αποκάλυψη τυχόν αποστημάτων, στομιών, συριγγίων ή και όγκων. Στη συνέχεια επαλείφονται με αναισθητική αλοιφή ο πρωκτός και ο δείκτης. Ο εξεταζόμενος προειδοποιείται ότι θα αισθανθεί επιθυμία προς αφόδευση και ο δείκτης εισάγεται διαμέσου του πρωκτικού σωλήνα στην ορθική λήκυθο. Στην αρχή επιβάλλεται η αναγνώριση φυσιολογικών οδηγών ανατομικών σημείων, όπως είναι ο ορθοπρωκτικός δακτύλιος, η κορυφή του κόκκυγα πίσω, ο προστάτης εμπρός στους άνδρες, το μέγεθος και τα όρια του οποίου καθορίζονται. Ο τράχηλος της μήτρας στις γυναίκες ψηλαφάται ακριβέστερα με αμφίχειρη εξέταση με το αριστερό χέρι στο υπογάστριο. Μετά την αναγνώριση των οδηγών αυτών σημείων, ο δείκτης ψηλαφά τα πλάγια και το οπίσθιο τοίχωμα του ορθού για την αναγνώριση οποιασδήποτε ανωμαλίας που εξορμάται από αυτό ή και από εξωορθικούς ιστούς. Η ψηλαφητή εμβέλεια του δακτύλου φτάνει μέχρι το επίπεδο του ορθομητρικού ή ορθοκυστικού κολπώματος του περιτοναίου, ώστε να καθίσταται αντιληπτή οποιαδήποτε διόγκωση του σιγμοειδούς που βρίσκεται στο πυελικό κόλπωμα του περιτοναίου. Το ίδιο ισχύει και για τους όγκους ή διογκώσεις των έσω γεννητικών οργάνων στις γυναίκες, τις σπερματοδόχους κύστες στους άνδρες, όπως επίσης και για δευτεροπαθείς νεοπλασματικές διηθήσεις στο έδαφος του πυελικού κολπώματος του περιτοναίου. Προς τα πίσω είναι δυνατό να αναγνωρισθούν οπισθοορθικοί όγκοι που εξορμώνται από μεσεγχυματογενή στοιχεία,

εκτός βέβαια του κοίλου του ιερού οστού και του κόκκυγα, τα οποία είναι φυσιολογικά οδηγία στοιχεία¹¹.

B. Ορθοσιγμοειδοσκόπηση και ολική κολonosκόπηση.

Γίνονται με τα εύκαμπτα ινοσκόπια, απαιτούν ειδική προετοιμασία για πλήρη καθαρισμό του παχέος εντέρου. Η προετοιμασία γίνεται με υδρική δίαιτα 3-4 ημερών και χορήγηση διαφόρων καθαρτικών σε συνδυασμό με υποκλυσμούς. Η καλή προετοιμασία του εντέρου βοηθά σημαντικά στον καλό και επιτυχή έλεγχο του εντέρου. Με το σιγμοειδοσκόπιο ελέγχεται το παχύ έντερο μέχρι βάθος 50 εκ.. Αυτό όμως καλύπτει το 50% των νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου, δεδομένου ότι τα μισά νεοπλάσματα εντοπίζονται σε αυτό το τμήμα. Η κολonosκόπηση καλύπτει ολόκληρο το παχύ έντερο και μερικές φορές ο ενδοσκόπος μπορεί να εισέλθει και στο τελικό τμήμα του ειλεού. Χρειάζεται ιδιαίτερη εμπειρία από την πλευρά του ενδοσκόπου και σε ένα ποσοστό 5 % δεν είναι δυνατός ο πλήρης έλεγχος.

Γ. Ανίχνευση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα.

Η ανεύρεση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα, η οποία πρέπει να γίνεται μετά από αποχή από λήψη κρέατος και σε επανειλημμένες εξετάσεις, χρησιμοποιείται ως προληπτική δοκιμασία για τη διάγνωση καρκίνου του παχέος εντέρου και κατά επέκταση για μικροσκοπική απώλεια αίματος από τον πεπτικό σωλήνα. Η ανεύρεση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα δεν προδικάζει την ύπαρξη νεοπλάσματος αλλά πρέπει να γίνεται έλεγχος για την πηγή προέλευσής της¹¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

3.1 Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι η θεραπεία εκλογής για την αντιμετώπιση της νόσου. Ειδικά στα αρχικά στάδια η χειρουργική αντιμετώπιση, τις περισσότερες φορές οδηγεί σε ίαση. Η χειρουργική αντιμετώπιση, στηρίζεται στην αρχή της διαδοχικής, δηλαδή της κατά συνέχεια ιστού, επέκτασης της νόσου. Με βάση αυτή, αρχικά ο όγκος αναπτύσσεται στον εντερικό βλεννογόνο, διηθεί τις στιβάδες του εντέρου δηλαδή το τοίχωμα του εντέρου και στην συνέχεια στους επιχώριους λεμφαδένες. Ακολούθως μέσω της λεμφικής και αγγειακής οδού, δίνει μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα όπως για παράδειγμα το ήπαρ και τον πνεύμονα. Έτσι λοιπόν, η ορθή ογκολογική χειρουργική αντιμετώπιση στοχεύει αφενός στην αφαίρεση του όγκου σε ασφαλή υγιή όρια αλλά και αφετέρου στην σχολαστική ανεύρεση και αφαίρεση όλων των επιχώριων λεμφαδένων. Για τον λόγο αυτό η πρώτη χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου έχει ακρογωνιαία σημασία για την μετέπειτα πορεία της νόσου και φυσικά την επιβίωση του ασθενούς⁸.

Η χειρουργική αφαίρεση του όγκου είναι η πιο βασική θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου στο παχύ έντερο. Στην εγχείρηση αφαιρείται ένα μέρος του εντέρου που συμπεριλαμβάνει τον όγκο και επίσης αφαιρούνται οι λεμφαδένες της περιοχής, όπου συνήθως καρκινικά κύτταρα μπορεί να εισέλθουν και να προκαλέσουν μεταστάσεις. Στην συνέχεια γίνεται επανένωση των άκρων του εντέρου που παρέμεινε. Αν για κάποια αιτία δεν μπορεί να επανενωθεί το έντερο τότε διαμέσου μίας τομής στην περιοχή της κοιλιάς, ο ιατρός θα φέρει και θα εφαρμόσει το έντερο στο επίπεδο του δέρματος. Αυτό το είδος της χειρουργικής διαδικασίας ονομάζεται κολοστομία και το σημείο της τομής είναι γνωστό σαν στομία. Από το σημείο της στομίας θα εξέρχεται το περιεχόμενο του εντέρου (κόπρανα) το οποίο θα περισυλλέγεται μέσα σε ειδικό σακούλι, το συλλέκτη, και που σύμφωνα με τις προδιαγραφές του, είτε θα αλλάζεται, είτε θα αδειάζεται⁷.

3.2 Κολοστομία

Η κολοστομία είναι προσωρινή θεραπευτική αντιμετώπιση και σε μεταγενέστερο στάδιο επιχειρείται η επανένωση και η επαναφορά του εντέρου στη θέση του με άλλη χειρουργική επέμβαση. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί η κολοστομία για κάποιους λόγους να είναι και μόνιμη. Όταν ο όγκος που θα αφαιρεθεί βρίσκεται στο άνω μέρος του παχέος εντέρου στο σημείο όπου ενώνεται με το λεπτό έντερο, τότε η χειρουργική διαδικασία αφαίρεσης του και η εξαγωγή του εντέρου στην περιοχή της κοιλιάς ονομάζεται ειλεοστομία¹².

Και σε αυτή την περίπτωση θα περισυλλέγεται το περιεχόμενο του εντέρου μέσα στον ειδικό συλλέκτη όπως και την κολοστομία. Αυτή η επέμβαση γενικά είναι προσωρινή. Για τους σκοπούς της εγχείρησης, πραγματοποιείται η εισαγωγή στο νοσοκομείο ή στην χειρουργική κλινική μία μέρα προηγουμένως για την σχετική προετοιμασία κυρίως του εντέρου με την χορήγηση ειδικών καθαρτικών ή και αντιβίωσης. Όταν ο όγκος δημιουργεί απόφραξη, τότε δεν γίνεται ο καθαρισμός του εντέρου. Σε περιπτώσεις προχωρημένου καρκίνου, ο ιατρός θα κάνει την εγχείρηση για να πάρει δείγμα από τα καρκινικά κύτταρα του όγκου για βιοψία.

Η ταξινόμηση των κολοστομιών γίνεται με βάση α. την περιοχή του κοιλιακού τοιχώματος όπου εγκαθίστανται, β. του τμήματος του παχέος εντέρου το οποίο εξωτερικεύεται και γ. του τρόπου με τον οποίο γίνεται η εξωτερίκευση.

Υπάρχουν τέσσερα βασικά είδη κολοστομίας :

Η κολοστομία-αγκύλη η οποία παρεντίθεται στη συνέχεια του παχέος εντέρου.
Αποτελεί απλή εγχείρηση, κατά την οποία τμήμα του παχέος εντέρου, συνήθως το εγκάρσιο ή το σιγμοειδές, εξωτερικεύεται δια μέσου μικρής τομής στο κοιλιακό τοίχωμα. Η εξωκοιλιακή συγκράτηση της κολοστομίας, μέχρι την epύλωση επιτυγχάνεται με γυάλινη ή πλαστική ράβδο ή ελαστικό σωλήνα που διεκβάλλονται κάτω από την εντερική αγκύλη και πάνω από το αγγειακό τόξο του μεσοκόλου. Αν είναι διατεταμένο από αέρα το κεντρικότερο τμήμα της κολοστομίας επιβάλλεται ανακουφιστική παρακέντηση και αναρρόφηση με βελόνα ή με λεπτότατο σωλήνα. Η παρακέντηση-αναρρόφηση είναι άσηπτη επέμβαση-εξωπεριτονεϊκή-ενώ η διάνοιξη της κολοστομίας είναι σηπτική για το κοιλιακό τραύμα και συνήθως γίνεται 24-48 ώρες μετά την εγκατάστασή της. Τελευταία γίνεται άμεση διάνοιξη και εντεροδερματική ραφή. Η κολοστομία-αγκύλη είναι προσωρινή και η σύγκλυσή της εύκολη¹⁴.

Η διπλή κολοστομία

Με την κολοστομία αυτή υπάρχει πάντοτε ο κίνδυνος ενδοκοιλιακής μόλυνσεως, αποφεύγεται όμως η ρύπανση του τραύματος. Το παχύ έντερο διαιρείται χωρίς εκτομή και τα διαιρεμένα τμήματά του εξωτερικεύονται με χωριστές τομές του κοιλιακού τοιχώματος και συγκρατούνται σε αυτό με εντεροδερματική ραφή. Το κεντρικό στόμιο αποτελεί τη λειτουργούσα κολοστομία, το περιφερικό όμως λειτουργεί ως «βλεννογονικό συρίγγιο». Η διπλή κολοστομία απαιτεί μεγαλύτερη κινητοποίηση από την κολοστομία-αγκύλη, το κεντρικό όμως στόμιο της είναι μικρότερο, πιο καλαίσθητο και υποδέχεται καλύτερα τη συσκευή κολοστομίας. Προτιμάται όταν ενδείκνυται πλήρης εκτροπή των κοπράνων και τέλεια «αποστείρωση» του περιφερικού τμήματος¹⁸.

Η διπλή παράλληλη κολοστομία μετά από εξωτερίκευση και κολεκτομή

Η κολοστομία αυτή προϋποθέτει πλήρη κινητοποίηση προς την εκτομή του πάσχοντος τμήματος του παχέος εντέρου, οπότε τα διατηρητέα υγιή τμήματα αυτού (κεντρικό και περιφερικό) συμπλησιάζονται και συγκρατούνται σε παράλληλη επαφή με μερικές ραφές πριν από την εκτομή. Η «παράλληλη επαφή» εξωτερικεύεται μερικά, εκτέμνεται το πάσχον τμήμα και τα παράλληλα στόμια στερεώνονται σε θέση εκστομώσεως με εντεροδερματικές ραφές. Οι επικριτές της υποστηρίζουν ότι η κολεκτομή είναι ατελής λόγω αδυναμίας αφαιρέσεως όλων των επιχωρίων λεμφαδένων σε περίπτωση νεοπλασίας¹⁸.

Η τελική κολοστομία, εκτελούμενη συνήθως μετά από ορθοσιγμοειδεκτομή για καρκίνο του ορθού

Αποτελεί μόνιμη εξωτερίκευση του σιγμοειδούς μετά από κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του ορθού και του ορθοσιγμοειδούς ή μετά από χαμηλή πρόσθια εκτομή του ορθοσιγμοειδούς. Η κολοστομία συγκρατείται με άμεση εντεροδερματική ραφή και σύγκλειση του «πλάγιου χώρου», η οποία επιτυγχάνεται με τη στήριξη του μεσοσιγμοειδούς του εξωτερικευμένου εντέρου το πλάγιο περιτόναιο μέχρι το εσωτερικό άνοιγμα της οπής της κολοστομίας. Η σύγκλειση του πλάγιου χώρου επιβάλλεται σε οποιαδήποτε σιγμοειδοστομία προς αποφυγή εσωτερικής κοίλης, ενώ δεν χρειάζεται στην εγκαρσιοστομία.

3.2.1 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

Τα σημεία στα οποία θα πρέπει να επικεντρωθεί το νοσηλευτικό προσωπικό είναι η ψυχολογική στήριξη του ασθενή, η σωματική φροντίδα και η τήρηση των αλλαγών σε συνθήκες ασηψίας και αντισηψίας στην οποία θα πρέπει να ακολουθείται ειδική τεχνική, σε ήρεμο και άνετο περιβάλλον με σημείο αναφοράς τον άρρωστο και όχι μόνο τη στομία. Η φροντίδα της κολοστομίας τις πρώτες δέκα (10) ημέρες γίνεται με άσηπτη τεχνική παρόλο που το περιεχόμενο είναι σηπτικό, γιατί θα παρουσιαστούν τα δυσάρεστα αποτελέσματα των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Με την πάροδο του χρόνου το οίδημα και ερεθισμός που αρχικά παρουσιάζονται στο στόμιο, υποχωρούν και επέρχεται πλήρης σχηματισμός του στομίου. Τότε η νοσηλευτική φροντίδα του στομίου δεν απαιτεί αποστειρωμένο υλικό και αντικείμενα, αλλά απλώς καθαρά.

Αξιολόγηση στομίου

Το στόμιο πρέπει να είναι υγρό, εξέρυθρο και καλά περιγεγραμμένο με ροζ χρώμα το οποίο φανερώνει σημεία αιμάτωσης χωρίς ενδείξεις φλεγμονής, νέκρωσης, στένωσης, πρόπτωσης, δερματίτιδας, περιστομικής κήλης και πιθανού διαχωρισμού στομίου και δέρματος.

Διατροφή και τρόπος ζωής

Αποφυγή λήψης τροφών που προκαλούν κακοσμία και αέρια, όπως κρεμμύδια, λαχανικά και όσπρια.

Το γιαούρτι και το αποβουτυρωμένο γάλα μειώνουν την οσμή των κοπράνων.

Τα μεγάλα γεύματα πρέπει να αποφεύγονται.

Η διαίτα πρέπει να είναι πλήρης σε θρεπτικές ουσίες, ώστε να μην προκαλείται διάρροια ή δυσκοιλιότητα.

Δεν πρέπει να λαμβάνονται τροφές με πολλές ίνες και σπόρους, όπως καλαμπόκι και ξηροί καρποί.

Η τοποθέτηση ζώνης στηρίγματος διευκολύνει τα άτομα με κολοστομία να απολαμβάνουν, χωρίς κανένα πρόβλημα, τα σπορ και τις συνήθειές τους.

Ο ρόλος των νοσηλευτών στην προαγωγή της υγείας αποτελεί μια τεράστια πτυχή με ορόσημο τον ασθενή, έτσι και στην περίπτωση νοσηλείας ασθενών με κολοστομία, η ορθή καθοδήγηση και βοήθεια είναι άκρως επιβεβλημένη.

Σε αρκετές περιπτώσεις, όμως, είναι απαραίτητη και η εμπλοκή άλλων επαγγελματιών υγείας, των οποίων η συμβολή είναι καθοριστική στην αντιμετώπιση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων.

Αλλαγή της κολοστομίας

Χρειάζεστε τα ακόλουθα: μη αποστειρωμένα γάντια, μαλακές γάζες, χλιαρό νερό, σαπούνι με ουδέτερο pH, σάκο απόρριψης ακάθαρτων, μετρητή διαμέτρου του στομίου, βάση κολοστομίας, σάκο κολοστομίας και ψαλίδι.

Διαδικασία:

1. Πλύσιμο χεριών και τοποθέτηση γαντιών μίας χρήσης.
2. Άδειασμα περιεχομένου του σάκου.
3. Πλύσιμο γύρω από το στόμιο με χλιαρό νερό και σαπούνι με ουδέτερο pH και απομάκρυνση κοπράνων με μαλακή γάζα ή χαρτί τουαλέτας (αποφυγή τριβής του δέρματος για μείωση ερεθισμού). Σε περίπτωση ερεθισμού μπορεί να χρησιμοποιηθούν υποαλλεργικές κρέμες, οι οποίες θα συμβάλουν στη θεραπεία του δέρματος.
4. Καλό στέγνωμα γύρω από το στόμιο, ώστε να εφαρμόσει καλά η βάση της κολοστομίας.
5. Μέτρηση περιμέτρου του στομίου με τον ειδικό μετρητή ο οποίος βρίσκεται σε κάθε κουτί αποχετευτικού σάκου.
6. Δημιουργία με ψαλίδι ενός κυκλικού ανοίγματος στο προστατευτικό κερί, κατά 0,5 εκ. περίπου μεγαλύτερο από το στόμιο.
7. Απομάκρυνση διαφανούς πλαστικού από τη βάση.
8. Χαλαρή εφαρμογή του κεριού και του σάκου πάνω στο στόμιο, με μερική πίεση από το κέντρο προς την περιφέρεια μέχρι να εφαρμόσει καλά χωρίς πτυχές ή αναδιπλώσεις.
9. Εφαρμογή του σάκου και επιβεβαίωση ότι δεν υπάρχει διαρροή γύρω από το στόμιο.
10. Σε περίπτωση φλεγμονής ή παρουσίας αίματος ή πύου στο περιεχόμενο του σάκου της κολοστομίας, πρέπει να ενημερωθεί άμεσα ο θεράπων ιατρός σας.

3.3 Μετεγχειρητική χημειοθεραπεία

Η μετεγχειρητική χημειοθεραπεία είναι συμπληρωματική της χειρουργικής αντιμετώπισης. Σκοπός της χημειοθεραπείας – αφού έχει γίνει ορθή ογκολογική επέμβαση – είναι η καταστροφή πιθανών καρκινικών κυττάρων τα οποία έχουν ήδη διασπαρθεί πριν την χειρουργική με βάση την σταδιοποίηση της νόσου. Είναι

τεκμηριωμένο ότι, η μετεγχειρητική χημειοθεραπεία αυξάνει την πιθανότητα ίασης και το προσδόκιμο επιβίωσης.

Σε ασθενείς σταδίου I (πρώιμος καρκίνος, η εντόπιση του περιορίζεται στον βλεννογόνο το εντέρου και δεν περνά το τοίχωμα του) η μετεγχειρητική χημειοθεραπεία δεν χρειάζεται και δεν ωφελεί.

Σε ασθενείς σταδίου II (επέκταση του όγκου σε όλο το τοίχωμα, με επέκταση στο περικολικό λίπος) η χημειοθεραπεία χορηγείται κατά περίπτωση και ανάλογα της επικινδυνότητας του νεοπλασματος.

Σε ασθενείς σταδίου III (επέκταση του όγκου σε επιχώριους λεμφαδένες) η χημειοθεραπεία είναι απαραίτητη και ελαττώνει σημαντικά το ποσοστό υποτροπής.

Σε ασθενείς σταδίου IV (παρουσία μεταστάσεων σε απομακρυσμένα όργανα) η χημειοθεραπεία χορηγείται μετά την χειρουργική αφαίρεση των μεταστάσεων. Αν δεν είναι δυνατή η χειρουργική αφαίρεση των μεταστάσεων, χορηγείται παρηγορητική χημειοθεραπεία με σκοπό την επιμήκυνση του χρόνου ζωής¹⁹.

3.4 Παρενέργειες χημειοθεραπείας

Η χημειοθεραπεία είναι μία αντικαρκινική θεραπεία με φάρμακα που μπορούν να καταστρέψουν τα καρκινικά κύτταρα. Χημειοθεραπεία είναι η συστηματική χρήση φαρμάκων για την θεραπεία του καρκίνου. Αυτά τα φάρμακα συχνά αποκαλούνται "αντικαρκινικά" φάρμακα. Χρησιμοποιούνται διάφορες κατηγορίες φαρμάκων που δρουν στα καρκινικά κύτταρα αλλά επηρεάζουν και τα υγιή (απόπτωση τριχών κεφαλής).

Ανάλογα με το συγκεκριμένο φάρμακο που χρησιμοποιείται η χημειοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει διάφορες παρενέργειες. Αυτές είναι τριχόπτωση, πληγές στο στόμα, δυσκολία στην κατάποση, ξηροστομία, ναυτία, εμετός, διάρροια, αιμορραγία και λοίμωξη. Πιο σπάνια προβλήματα περιλαμβάνουν βλάβη στην καρδιά, στο ήπαρ, στους πνεύμονες, στα νεφρά ή στα νεύρα. Η βλάβη στα νεύρα προκαλεί συνήθως μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα των χεριών ή των ποδιών. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι παρενέργειες εξαφανίζονται, μόλις ολοκληρωθεί η θεραπεία. Οι

ειδικοί εργάζονται, για να μειώσουν ή και να απαλείψουν εντελώς αυτές τις παρενέργειες.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση των παρενεργειών από τη χημιοθεραπεία προσδιορίζονται στην συνεργασία με του υπόλοιπους ειδικούς όπως τον διατροφολόγο για να αποδιωχθεί η μείωση της όρεξης. Στη συνέχεια ο νοσηλευτής διενεργεί συχνή λήψη ζωτικών σημείων για την πρόληψη πυρετού καθώς και τη διαχείριση του πυρετού με επιθέματα και χορήγηση υγρών για πρόληψη αφυδάτωσης. Στην περίπτωση ερυθρότητας του δέρματος ο νοσηλευτής διενεργεί πλύσεις με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό ενώ ενημερώνει τον ασθενή για την σωστή υγιεινή των περιοχών αυτών. Τέλος στην περίπτωση του εμετού ο νοσηλευτής οφείλει να τοποθετήσει τον ασθενή σε σωστή θέση (πλάγια) και να του χορηγεί πολλά υγρά για την πρόληψη της αφυδάτωσης λόγω εμετού.

3.3.1 Μετεγχειρητικές επιπλοκές

Οι επιπλοκές που συνοδεύουν τις εγχειρήσεις επί του εντερικού σωλήνα εξαρτώνται από το σημείο του εντερικού σωλήνα που υποβάλλεται σε εγχείρηση. Επίσης είναι σημαντικό το επείγον ή μη της χειρουργικής επέμβασης και η δυνατότητα προεγχειρητικής προετοιμασίας του εντέρου.

Η πλέον συνήθης κατάσταση έχει να κάνει με τον ειλεό που συνοδεύει όλες τις εγχειρήσεις του εντέρου και γενικότερα της περιτοναϊκής κοιλότητας. Είναι αναμενόμενος κατά κάποιο τρόπο τόσο από τον γιατρό όσο και από τον άρρωστο και τίθεται το ερώτημα πότε η διαταραγμένη εντερική λειτουργία αναμένεται να αποκατασταθεί. Η απάντηση εξαρτάται από την υποκείμενη πάθηση, το σημείο εντόπισης της υποκείμενης νόσου, τους χειρουργικούς χειρισμούς που έγιναν, τη διάρκεια της επέμβασης και τη μετεγχειρητική λήψη οπιοειδών για την αντιμετώπιση του συνυπάρχοντος πόνου.

Απαραίτητη τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες η ανάπαυση του εντέρου, η χρήση Ilevin για την παροχέτευση πεπτικών υγρών που λιμνάζουν λόγω της εντερικής πάρεσης. Η έγκαιρη κινητοποίηση του αρρώστου είναι σημαντικός παράγοντας για την κινητοποίηση του εντέρου και την εμφάνιση εντερικών ήχων. Η χρήση επισκληριδίου αναισθησίας συμβάλει σημαντικά προς αυτή την κατεύθυνση διότι από τη μία μειώνει σημαντικά την απαιτούμενη δόση οπιοειδών για αναλγησία και από

την άλλη επιτρέπει την ανετότερη και ανώδυνη κινητοποίηση του αρρώστου σημαντικά πιο έγκαιρα.

Η συμφυσιόλυση λόγω προηγούμενων εγχειρήσεων είτε για την αντιμετώπιση συμφυτικού ειλεού είτε άλλης νόσου στη περιτοναϊκή κοιλότητα συχνά είναι επίπονος και συνοδεύεται από κακώσεις του εντερικού τοιχώματος από τον απορογονισμό του μέχρι τη διάνοιξη, διατομή ή στέρηση της αγγείωσης του, γεγονότα που πρέπει να αντιμετωπισθούν άμεσα. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στις περιπτώσεις εντερεκτομής η ακριβής εκτίμηση του μήκους του εντέρου που αφαιρείται ώστε να αποφευχθεί η πιθανότητα ανεπαρκούς εντερεκτομής με επακόλουθο την ισχαιμία και διάνοιξη της αναστόμωσης. Επίσης η εκτεταμένη εντερεκτομή που μερικές φορές είναι αναπόφευκτη δυνατόν να οδηγήσει σε σύνδρομο βραχέος εντέρου με συνακόλουθα προβλήματα στη θρέψη του αρρώστου. Ιδιαίτερα στη νόσο Crohn οφείλει ο χειρουργός να είναι φειδωλός στην εκτεταμένη εντερεκτομή λόγω της πιθανότητας να απαιτηθεί πολλές φορές ο άρρωστος να υποβληθεί σε εγχείρηση λόγω της φύσης της νόσου.

Η τεχνική της αναστόμωσης με όποιο τρόπο και να γίνεται δεν πρέπει να είναι στενεμένη και να προκαλεί προβλήματα απόφραξης άμεσα μετεγχειρητικά. Σπανίως είναι δυνατόν να υπάρξει πρόβλημα αιμορραγίας από τη γραμμή αναστόμωσης κάτι που σπανίως θα είναι τέτοια που να οδηγήσει τον άρρωστο στο χειρουργείο. Επίσης η αναστομωτική διαφυγή και η δημιουργία συριγγίου είτε προς το δέρμα είτε σε γειτονικά σπλάχνα είναι πρόβλημα χειρουργικής τεχνικής που πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα σε αρρώστους που έχουν ανοσολογικά ή διατροφικά προβλήματα.

Το σύνδρομο τυφλής έλικας δημιουργείται από την παράκαμψη και απενεργοποίηση τμήματος του εντέρου με αποτέλεσμα την ανάπτυξη σ' αυτό της μικροβιακής χλωρίδας και την εκδήλωση συμπτωμάτων λόγω της διαταραχής του μεταβολισμού των υδατανθράκων, του λίπους, των χολικών αλάτων και των βιταμινών. Εκδηλώνεται με κοιλιακό πόνο, στεατόρροια, αναιμία και αβιταμινώσεις. Συνήθως τα αντιβιοτικά περιορίζουν τη συμπτωματολογία αλλά η οριστική θεραπεία του προβλήματος απαιτεί χειρουργική επέμβαση για εκτομή ή κατάργηση της τυφλής έλικας και αποκατάσταση του εντέρου.

Η σκωληκοειδεκτομή σε παραμελημένες περιπτώσεις μπορεί να συνοδεύεται από μετεγχειρητικά προβλήματα όπως κοπροχόο συρίγγιο λόγω φλεγμονής στη βάση της σκωληκοειδούς απόφυσης και αδυναμίας ασφαλούς απολίνωσης και ενταφιασμού του κολοβώματος. Επίσης είναι δυνατόν να συνοδευθεί από το σχηματισμό

αποστήματος είτε στο δουλγλάσειο είτε στη περιοχή της σκοληκοειδεκτομής. Συνακόλουθος και ο μετεγχειρητικός ειλέος που μερικές φορές οδηγεί τον άρρωστο ξανά στο χειρουργείο. Η αιμορραγία από τη ολίσθηση της απολίνωσης του μεσεντερίου είναι σπάνια επιπλοκή πλην όμως αξίζει να την αναφέρει κανείς και να είναι προσεκτικός στην ασφαλή απολίνωση του.

Οι χειρουργικές επεμβάσεις στο παχύ έντερο συνοδεύονται συνήθως από φλεγμονή που κυμαίνεται από ήπια μέχρι και σοβαρότατη με την εκδήλωση ακόμα και σηψαιμίας. Προληπτικά σε προγραμματισμένες εγχειρήσεις η καλή προεγχειρητική προετοιμασία του παχέος εντέρου τόσο με μηχανικό τρόπο όσο και με τη χρήση αντιβιοτικών που μειώνουν την εντερική χλωρίδα αλλά και συστηματικά με την ενδοφλέβια χορήγηση τους μειώνει τη πιθανότητα φλεγμονής και επιτρέπει την ασφαλή χειρουργική επέμβαση επί του εντέρου. Σε επείγουσες εγχειρήσεις δεν υπάρχει αυτή η δυνατότητα και κατά συνέπεια συνοδεύονται από περισσότερες μετεγχειρητικές φλεγμονές.

Σημαντικός παράγοντας στη μείωση των επιπλοκών σε εγχειρήσεις του ΠΕ αποτελεί η σωστή χειρουργική τεχνική με κατά το δυνατό λιγότερους χειρουργικούς χειρισμούς και δημιουργία αιματωμάτων, κακώσεων σε γειτονικά όργανα και ενδεχομένως η προσθήκη προστατευτικής κολοστομίας όπου υπάρχει αμφιβολία για τη στεγανότητα της αναστόμωσης.

Η αναστομωτική διαφυγή είναι σοβαρή μετεγχειρητική επιπλοκή των εγχειρήσεων του παχέος εντέρου. Είναι συχνότερη σε πολύ χαμηλές αναστομώσεις, όπου υπάρχει τοπική ισχαιμία, οίδημα ή τάση στην αναστόμωση. Επίσης όπου η γενικότερη κατάσταση του αρρώστου συνοδεύεται από γενικευμένη ισχαιμία λόγω καταπληξίας, λόγω σήψης, λόγω κακής θρέψης, ανοσοκαταστολής είτε από κορτιζονοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, ή άλλη ανοσολογική αγωγή για διάφορα νοσήματα. Η ανεπαρκής προετοιμασία του εντέρου και η παρουσία απόφραξης ή στένωσης (που διαφεύγει) περιφερικότερα της αναστόμωσης είναι σημαντικοί προδιαθεσικοί παράγοντες στην εμφάνιση αναστομωτικής διαφυγής.

Η αναστομωτική διαφυγή εκδηλώνεται με την παροχέτευση εντερικού περιεχομένου ή και αέρα από την παροχέτευση. Εάν δεν υπάρχει παροχέτευση δημιουργείται συλλογή που σε αρκετές περιπτώσεις εξωτερικεύεται από το τραύμα. Η δημιουργία εντεροδερματικού συριγγίου είναι πλέον αναπόφευκτη. Για την περαιτέρω αντιμετώπιση του έχει σημασία η παρουσία ή μη συμπτωματολογίας. Συνήθως η ασυμπτωματική υφίεται μετά από λίγες μέρες εφ' όσον ο άρρωστος παραμένει χωρίς

τη λήψη υγρών και τροφής από το στόμα ώστε να αναπαυθεί το έντερο και τίθεται σε ολική παρεντερική σίτιση, με παράλληλη αντιβιοτική κάλυψη του ασθενούς. Αν όμως η διαφυγή συνοδεύεται από έντονα συμπτώματα (πόνος, πυρετός, , ναυτία, έμετος κλπ) ο ασθενής πρέπει να χειρουργηθεί ώστε από τη μία να παροχετευθεί και να εκπλυθεί η περιοχή και από την άλλη να παρακαμφθεί η φυσιολογική ροή του εντερικού περιεχομένου δια της αναστόμωσης.

Μεγάλη σημασία στις χειρουργικές επεμβάσεις της περιτοναϊκής κοιλότητας αλλά ιδιαίτερα του παχέος εντέρου είναι η αποφυγή της κάκωσης οργάνων που γειτνιάζουν με το παχύ έντερο και των οποίων η κάκωση συνεπάγεται σημαντική νοσηρότητα. Ιδιαίτερης σημασίας είναι η πιθανότητα κάκωσης του ουρητήρα η οποία αν δεν αναγνωρισθεί και αντιμετωπισθεί διεγχειρητικά δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στον άρρωστο και αυξάνει τόσο το χρόνο νοσηλείας όσο και τη νοσηρότητα του. Επίσης σημαντική είναι η κάκωση του σπληνός ιδίως αν αναγκασθεί ο χειρουργός να προχωρήσει σε σπληνεκτομή. Σοβαρότατη θεωρείται και η κάκωση του 12λου για το ενδεχόμενο μετεγχειρητικής διαφυγής από το 12/λο.

3.4 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία έχει ως στόχο να σκοτώσει τα καρκινικά κύτταρα μέσω ακτινοβόλησης με ιοντίζουσες ακτινοβολίες. Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται είτε μόνη της ή σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία (ονομάζεται χημειο-ακτινοθεραπεία), σε συνδυασμό με την χειρουργική επέμβαση σε επιλεγμένα στάδια του καρκίνου του ορθού. Η χειρουργική επέμβαση γίνεται συνήθως 6-8 εβδομάδες μετά τη λήξη της χημειοακτινοθεραπείας. Στην περίπτωση του καρκίνου του ορθού, η ακτινοθεραπεία ή η χημειοακτινοθεραπεία συνιστάται να δοθεί προεγχειρητικά, όποτε είναι δυνατόν. Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία ή χημειο-ακτινοθεραπεία προορίζεται για επιλεγμένους ασθενείς με καρκίνο του ορθού που έχουν υψηλό κίνδυνο υποτροπής και οι οποίοι δεν είχαν λάβει ακτινοθεραπεία προεγχειρητικά. Σε εξειδικευμένα κέντρα, βραχυθεραπεία ή ειδικές τεχνικές ακτινοθεραπείας μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως εναλλακτική λύση αντί για τοπική χειρουργική επέμβαση (με ή χωρίς χημειο-ακτινοθεραπεία) για επιλεγμένες μορφές του καρκίνου του ορθού²⁰.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Πρόληψη λοιμώξεων στην νοσηλεία καρκίνου παχέως εντέρου

4.1 Προσδιορισμός λοίμωξης

Οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις είναι ένας υπαρκτός και μεγάλος κίνδυνος για κάθε νοσηλευόμενο, ανεξαρτήτου ηλικίας, αλλά, όπως είναι προφανές, αποτελούν ακόμα μεγαλύτερο κίνδυνο για τους πιο αδύναμους οργανισμούς (όπως τα βρέφη, οι ηλικιωμένοι και κάθε άτομο με εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα).

Οι νοσοκομειακές λοιμώξεις προκαλούνται από παθογόνα που μπορούν εύκολα να εξαπλωθούν σε όλο το σώμα. Πολλοί ασθενείς έχουν εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα και έτσι είναι πιο δύσκολο να καταπολεμήσουν τις λοιμώξεις. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι ασθενείς αναπτύσσουν λοιμώξεις που οφείλονται σε κακές συνθήκες υγιεινής σε ένα νοσοκομείο ή ένα ίδρυμα υγειονομικής περίθαλψης, ή επειδή το προσωπικό του νοσοκομείου δεν ακολουθεί τις σωστές διαδικασίες. Μερικοί ασθενείς αποκτούν νοσοκομειακές λοιμώξεις αλληλεπιδρώντας με άλλους ασθενείς, ενώ άλλοι κολλούν βακτήρια, μύκητες, παράσιτα ή ιούς ερχόμενοι σε επαφή με μολυσμένες επιφάνειες.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο, περίπου 4.100.000 ασθενείς εμφανίζουν νοσοκομειακή λοίμωξη, με τον εκτιμώμενο αριθμό θανάτων να αγγίζει τις 37.000. Παρόμοιο πρόβλημα αντιμετωπίζουν και τα ελληνικά νοσοκομεία, τα οποία κυρίως κατά την τελευταία δεκαετία, έρχονται αντιμέτωπα με τα ολοένα αυξανόμενα επίπεδα της μικροβιακής αντοχής και την εμφάνιση νοσοκομειακών λοιμώξεων από πολυανθεκτικούς Gram – αρνητικούς μικροοργανισμούς. Η εκτεταμένη διασπορά παθογόνων στελεχών που παράγουν καρβαπενεμάσες θέτει στο περιθώριο τον τελευταίο αντιμικροβιακό παράγοντα της θεραπευτικής φαρέτρας, τις καρβαπενέμες. Η αυξημένη επίπτωση των λοιμώξεων που οφείλονται σε αυτά, συνιστούν ένα δυσεπίλυτο καθημερινό πρόβλημα των κλινικών ιατρών που επιβάλλει την άμεση εφαρμογή μέτρων ελέγχου λοιμώξεων.

4.2 Πρόληψη λοιμώξεων καθετήρα foley

Στρατηγικές πρόληψης

Χρήση καθετήρων μόνο όταν υπάρχουν κατάλληλες ενδείξεις

Ελαττωμένη χρήση σε όλους τους ασθενείς, κυρίως σε εκείνους με αυξημένο κίνδυνο απόκτησης CA-UTI και με αυξημένη θνητότητα (γυναίκες, ηλικιωμένοι, μειωμένη ανοσία)

Αποφυγή χρήσης για την αντιμετώπιση της ακράτειας

Χρήση καθετήρων σε χειρουργικούς ασθενείς μόνο εφόσον είναι απαραίτητο ο Παραμονή των καθετήρων μόνο για όσο χρειάζονται

Εισαγωγή καθετήρων με άσηπτες τεχνικές και στείρο εξοπλισμό

Πλύσιμο χεριών πριν και μετά την είσοδο

Η διαδικασία που ακολουθεί ο νοσηλευτής είναι η εξής :

Χρήση αποστειρωμένων γαντιών, καλυμμάτων, σπόγγων, αντισηπτικών ή στείρων διαλυμάτων για τον περιουρηθρικό καθαρισμό, λιπαντικής ζέλης μιας χρήσης

Διατήρηση κλειστού αποχετευτικού συστήματος

Αν συμβεί ρωγμή στην άσηπτη τεχνική, κακή σύνδεση, ή διαρροή, γίνεται αντικατάσταση τού καθετήρα και του αποχετευτικού συστήματος με τη χρήση άσηπτης τεχνικής και αποστειρωμένο εξοπλισμό και εξέταση των συστημάτων με προσυνδεδεμένες ενώσεις

Λήψη δειγμάτων ούρων με άσηπτες συνθήκες

Διατήρηση συνεχούς και ανεμπόδιστης ροής των ούρων

Διατήρηση καθετήρα και αθροιστικού συστήματος ελεύθερου από συστροφές

Διατήρηση της σακούλας συλλογής κάτω από το επίπεδο της ουροδόχου κύστης, ανά πάσα στιγμή (η σακούλα δεν αφήνεται στο δάπεδο)

Τακτικό άδειασμα της σακούλας συλλογής σε ένα καθαρό δοχείο, ξεχωριστό για κάθε ασθενή

Η κάνουλα δεν έρχεται σε επαφή με το μη αποστειρωμένο δοχείο

4.3 Λοιμώξεις αναπνευστικού

Τίθεται η πιθανότητα της διάγνωσης της πνευμονίας όταν παρουσιάζεται οξεία έναρξη νόσου (με διάρκεια <21 ημέρες) με βήχα ως κύριο σύμπτωμα και τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα από το κατώτερο αναπνευστικό: παραγωγή πτυέλων, δύσπνοια, συριγμός, θωρακικό άλγος ή δυσχέρεια, χωρίς άλλη αιτιολογία, όπως π.χ. παρουσία άσθματος ή ιγμορίτιδας.

Εφόσον τίθεται η υποψία πνευμονίας, πρέπει να εκτελείται ακτινογραφία θώρακος προς επιβεβαίωση.

Στη διαφοροποίηση μεταξύ πνευμονίας και άλλων λοιμώξεων του αναπνευστικού, υποστηρίζεται η διάγνωση της πνευμονίας όταν παρατηρείται ένα από τα ακόλουθα σημεία/συμπτώματα: νέα εστιασμένη σημειολογία από το αναπνευστικό, δύσπνοια, ταχύπνοια, σφυγμός >100/λεπτό, εμπύρετο >4 ημέρες. Επίπεδο CRP <20 mg/L στην πρώτη παρουσίαση με συμπτώματα για >24 h απομακρύνει τη διάγνωση της πνευμονίας, ενώ επίπεδο της CRP >100 mg/L καθιστά τη διάγνωση πιθανή.

1. Στην πλειονότητα των μελετών παρουσιάζεται μεγάλο ποσοστό περιπτώσεων όπου δεν ανιχνεύεται το παθογόνο αίτιο. Η ηλικία >70 ετών, νεφρική και καρδιακή συνοσηρότητα και μη κυψελιδικές διηθήσεις, είναι ανεξάρτητα σχετιζόμενες καταστάσεις με υψηλότερο ποσοστό άγνωστης μικροβιακής αιτιολογίας.

2. Πέραν του ενός μικροοργανισμού μπορεί να απομονώνονται και στους ενήλικες όπως δύο ή περισσότεροι μικροοργανισμοί, σε όλες τις ηλικίες, σε περιπατητικούς και νοσηλευόμενους ασθενείς.

Σε νοσηλευόμενους ενήλικες μη ανοσοκατασταλμένους ασθενείς, πολυμικροβιακή πνευμονία κοινότητας διαπιστώθηκε σε ποσοστό 6-26%.

Στην κοινότητα και σε θαλάμους νοσηλείας, εξωκυττάρια βακτήρια, κυρίως *Streptococcus pneumoniae*, κατέχουν την πρώτη θέση και ακολουθούνται από τον *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus* και *Moraxella catarrhalis*.

Μεταξύ των ενδοκυττάρων βακίλλων, το *Mycoplasma pneumoniae* είναι το πιο συχνό και ακολουθείται από *Legionella* και *Chlamydia species*, με ιούς να απομονώνονται σε ποσοστό 30%-60%.

4.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διαχείριση των λοιμώξεων

Η πρόληψη των νοσοκομειακών λοιμώξεων αποτελεί βασική προτεραιότητα για τους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας και δεδομένου ότι τα χέρια αποτελούν το πιο κοινό μέσο μετάδοσης των νοσοκομειακών παθογόνων, η υγιεινή των χεριών στις σωστές χρονικές στιγμές κατά τη φροντίδα του ασθενή και με την ενδεδειγμένη διαδικασία, ανάγεται σε πρωτεύον μέτρο πρόληψης.

Από το 2005 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας οργανώνει μια παγκόσμια εκστρατεία για την προώθηση της Υγιεινής των χεριών (WHO, First Global Patient Safety Challenge, “Clean Care is Safer Care”), στην οποία η χώρα μας επισήμως συμμετέχει από τον Απρίλιο του 2010. Ακρογωνιαίος λίθος της εκστρατείας είναι η εφαρμογή των 5 βημάτων της υγιεινής των χεριών στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας με

στόχο τον περιορισμό των νοσοκομειακών λοιμώξεων και τη μείωση της διασποράς της μικροβιακής αντοχής.

Μέτρα Ατομικής Προστασίας

1. Προδιαγραφές για τους νοσηλευτές

Προστατευτική ενδυμασία μίας χρήσεως (ρόμπα ή ποδιά)

Το είδος της προστατευτικής ενδυμασίας που απαιτείται καθορίζεται από:

- Το βαθμό επικινδυνότητας της έκθεσης (διάρκεια και είδος έκθεσης)
- Το δυνητικό κίνδυνο επαφής με μολυσματικά υγρά
- Το δυνητικό κίνδυνο επιμόλυνσης της ενδυμασίας από σωματικά υγρά

Με βάση τα παραπάνω μια καθαρή, μη αποστειρωμένη ρόμπα ή ποδιά είναι συνήθως αρκετή για την προστασία του δέρματος και την αποφυγή επιμόλυνσης της ενδυμασίας κατά τη διάρκεια διαδικασιών ή παρεμβάσεων που είναι πιθανό να προκαλέσουν αερόλυμα ή εκτίναξη σωματικών υγρών. Αδιάβροχη ρόμπα ή ποδιά πρέπει να χρησιμοποιείται όταν υπάρχει κίνδυνος να λερωθεί η ενδυμασία με αίμα ή άλλα σωματικά υγρά και εκκρίσεις.

Η προστατευτική ενδυμασία πρέπει πάντα να αλλάζει από ασθενή σε ασθενή. Η ενδυμασία που χρησιμοποιείται από προσωπικό κλινικών ή εργαστηρίων για την καθημερινή εργασία τους, δεν θεωρείται ΜΑΠ.

Πλαστικές ποδιές

Μίας χρήσης πλαστικές ποδιές συνιστώνται για γενική χρήση και για την προστασία της ενδυμασίας εργασίας (ενδυμασία που δεν μπορεί να αφαιρεθεί) από αερόλυμα ή εκτίναξη σωματικών ή άλλων υγρών.

Ρόμπες

Χρησιμοποιούνται για την προστασία του σώματος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και για την αποφυγή λερώματος της ενδυμασίας με αίμα, άλλα σωματικά υγρά ή δυνητικά μολυσματικό υλικό.

Οι νοσηλευτές κατά την διάρκεια της επαγγελματικής τους πορείας αποκτούν γνώσεις για τη σωστή λειτουργία κ την συντήρηση διάφορων συστημάτων.

Οι συσκευές αναπνευστήρα θετικής πίεσης με αντλία πρέπει να:

- φέρουν μπαταρίες ανεξάρτητης λειτουργίας Λιθίου (Li), η κάθε μία από τις οποίες να εξασφαλίζει λειτουργία τουλάχιστον 4 ωρών
- είναι περιορισμένου θορύβου κατά τη λειτουργία τους
- έχουν δυνατότητα απολύμανσης του κεντρικού μηχανισμού
- έχουν ακουστικό σήμα εγρήγορσης (alert) για την αλλαγή του φίλτρου και για την αλλαγή της μπαταρίας
- έχουν δυνατότητα calibration πριν την εφαρμογή για τον έλεγχο της λειτουργίας του συστήματος
- έχουν φίλτρο(-α) P3 που απορροφά βιολογικούς παράγοντες, διάρκειας ζωής σύμφωνα με την ημερομηνία λήξης του φίλτρου από τον κατασκευαστή. Τα φίλτρα για τις συσκευές PAPP πρέπει να είναι P3 για βιολογικούς παράγοντες και δε χρειάζεται να είναι μεικτά
- συνοδεύονται από εγχειρίδιο οδηγιών και λειτουργίας της συσκευής στην ελληνική γλώσσα

Τα καλύμματα κεφαλής μίας χρήσεως για τις συσκευές αναπνευστήρα θετικής πίεσης με αντλία πρέπει να:

- πληρούν τα πρότυπα που έχει θέσει ο ΕΛΟΤ
- φέρουν τη σήμανση CE

Γενικότερα για όλα τα είδη ο κατασκευαστής θα πρέπει να έχει διαθέσιμο στην ελληνική γλώσσα έντυπο το οποίο θα συνοδεύει τη συσκευασία των προϊόντων και το οποίο θα περιγράφει:

- Τις δοκιμασίες που έχει υποστεί το προϊόν
- Πληροφορίες σχετικά με την εφαρμογή και τους περιορισμούς χρήσης
- Οδηγίες για τυχόν ελέγχους που πρέπει να γίνονται από το χρήστη πριν από τη χρήση του προϊόντος
- Οδηγίες για την προσαρμογή και τις ρυθμίσεις που απαιτούνται για την επίτευξη του επιθυμητού επιπέδου προστασίας καθώς και οδηγίες για τη σωστή χρήση
- Οδηγίες για τη συντήρηση, τον καθαρισμό, την απολύμανση (σε περίπτωση που τα προϊόντα είναι πολλαπλών χρήσεων) και την αποθήκευση

- Βοηθητικές εικόνες και σχήματα οδηγίες για την απόρριψη μετά τη χρήση

Οι δέσμες μέτρων αποτελούν ένα χρήσιμο εργαλείο για τους επαγγελματίες υγείας και στοχεύουν στην παροχή της ασφαλέστερης δυνατής ιατρονοσηλευτικής φροντίδας στον ασθενή. Κάθε δέσμη μέτρων συγκροτείται από ένα σύνολο πρακτικών που σύμφωνα την επιστημονική τεκμηρίωση όταν εφαρμόζονται συστηματικά και με ορθότητα, βελτιώνουν την έκβαση των ασθενών.

Στα χαρακτηριστικά των δεσμών μέτρων συμπεριλαμβάνονται τα ακόλουθα:

- Κάθε δέσμη περιλαμβάνει διαδικασίες και βήματα τα οποία θα πρέπει να ακολουθούνται στο σύνολό τους ώστε να είναι αποτελεσματική.
- Τα μέτρα που απαρτίζουν τις δέσμες βασίζονται σε αποτελέσματα τυχαιοποιημένων μελετών.
- Η συμμόρφωση των επαγγελματιών υγείας και η εφαρμογή των μέτρων που απαρτίζουν τις δέσμες αξιολογούνται με τη μεθοδολογία «όλο ή ουδέν».

Η χρήση παρεμβατικών συσκευών όπως ουροκαθετήρες, αγγειακοί καθετήρες, αναπνευστήρες κτλ, αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για εμφάνιση νοσοκομειακής λοίμωξης. Η άσηπτη τοποθέτηση και η προσεκτική διαχείριση και διατήρηση αυτών των συσκευών μειώνουν δραστικά την πιθανότητα εκδήλωσης λοίμωξης σχετιζόμενης με τη συγκεκριμένη συσκευή. Βασικά στοιχεία που περιορίζουν τον κίνδυνο εμφάνισης λοιμώξεων σχετιζόμενων με παρεμβατικές συσκευές είναι:

- Εκτίμηση της αναγκαιότητας τοποθέτησης της συσκευής λαμβάνοντας υπόψη τον κίνδυνο λοίμωξης.
- Επαρκής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην ορθή τοποθέτηση και διαχείριση/διατήρηση των παρεμβατικών συσκευών.
- Επιλογή της κατάλληλης παρεμβατικής συσκευής για κάθε ασθενή.
- Παραμονή της παρεμβατικής συσκευής για το μικρότερο δυνατό χρονικό διάστημα.
- Εφαρμογή της δέσμης μέτρων για κάθε παρεμβατική συσκευή.
- Συστηματική παρακολούθηση των ασθενών για την εμφάνιση συμπτωμάτων και σημείων λοίμωξης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

5.1 Πρωτογενής πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη, αφορά την βελτίωση ή/και τροποποίηση επιβαρυντικών παραγόντων που σχετίζονται με την διατροφή και τις καθημερινές συνήθειες.

Διατροφή. Είναι πλήρως τεκμηριωμένη η σχέση καρκίνου του παχέος εντέρου και του ορθού με συγκεκριμένες διατροφικές συνήθειες, όπως:

1.Κόκκινο κρέας και ζωικά λίπη. Η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων κόκκινου κρέατος, πρωτεϊνών ζωικής προέλευσης και κορεσμένων λιπών αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης του ορθοκολικού καρκίνου. Πληθυσμοί που εμφανίζουν αυξημένο ποσοστό στεφανιαίας νόσου και υψηλά επίπεδα χοληστερίνης έχουν και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου.

2.Λαχανικά και φρούτα. Η καθημερινή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών συνοδεύεται από μείωση της νόσου. Επιπλέον η παρουσία φυτικού υπολείμματος στον αυλό του εντέρου ασκεί προφυλακτική δράση κατά του καρκίνου και βελτιώνει την ομαλή λειτουργία του εντέρου. Για τον καρκίνου του παχέος εντέρου πιστεύεται ότι ευθύνονται προκαρκινικές ουσίες που προέρχονται από τη δραστηριότητα της εντερικής χλωρίδας. Οι ουσίες αυτές αδρανοποιούνται με το άπεπτο φυτικό υπόλειμμα το οποίο διασπώμενο στο παχύ έντερο, αυξάνει τον όγκο των κοπράνων και επιταχύνει την απομάκρυνση των προκαρκινογόνων ουσιών με τα κόπρανα.

3.Ελαιόλαδο. Η κατανάλωση του συνοδεύεται από μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου του εντέρου. Η ιδιότητα αυτή του ελαιολάδου αποδίδεται στην υψηλή περιεκτικότητά του σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, φαινόλες και τοκοφερόλες

4.Φαρμακευτικοί παράγοντες. Η χορήγηση ασβεστίου από το στόμα έχει διαπιστωθεί ότι μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου. Επίσης η χορήγηση των βιταμινών E, D και του φυλικού οξέως δρα προστατευτικά στην εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Ειδικά για την Vit D έχει προταθεί η χορήγηση της σε δόσεις μεγαλύτερες από τις συνιστώμενες ημερησίως δόσης (συνιστώμενη ημερήσια δόση 200-400 IU). Πρόσφατες, επιδημιολογικές και κλινικές μελέτες επιβεβαιώνουν τον προστατευτικό ρόλο της ασπιρίνης και των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων στην πρόληψη, της εμφάνισης καρκίνου και πολυπόδων του παχέος εντέρου²¹.

Καθημερινές συνήθειες και τρόπος ζωής. Πολλές από τις καθημερινές μας συνήθειες καθώς και ο τρόπος διαβίωσης μπορεί να δρουν επιβαρυντικά και να σχετίζονται με αύξηση της εμφάνισης του καρκίνου του εντέρου. Τέτοιες συνήθειες είναι:

1.Παχυσαρκία. Η παχυσαρκία ευνοεί την εκδήλωση της νόσου. Πιθανών και λόγω των κακών διατροφικών συνηθειών. Επομένως η προοδευτική μείωση του σωματικού βάρους λειτουργεί προφυλακτικά στην εμφάνιση του καρκίνου του εντέρου.

2.Σωματική δραστηριότητα. Η κακή φυσική κατάσταση και η καθιστική ζωή προδιαθέτουν στην εμφάνιση της νόσου. Συνεπώς η βελτίωση της φυσικής κατάστασης και η σωματική άσκηση (ακόμα και το καθημερινό βάδισμα) αποτελούν ένα πολύ ικανοποιητικό τρόπο πρόληψης ενώ ταυτόχρονα βελτιώνουν την λειτουργία του εντέρου δρώντας και κατά της δυσκοιλιότητας.

3.Κάπνισμα. Οι καπνιστές έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου. Ο κίνδυνος αυτός εξαρτάται από τη διάρκεια και την ποσότητα του καπνίσματος ενώ φαίνεται να ελαττώνεται με την διακοπή του καπνίσματος. Ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου είναι έως και τέσσερις φορές μεγαλύτερος στους καπνιστές σε σχέση με τους μη καπνιστές. Επιπλέον οι βαρείς καπνιστές έχουν 2-3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν πολύποδες παχέος εντέρου σε σχέση με τους μη καπνιστές²¹.

5.2 Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη συνίσταται στην πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου και στην αντιμετώπιση γνωστών προκαρκινικών καταστάσεων. Στην δευτερογενή πρόληψη, εντάσσονται εργαστηριακές εξετάσεις που αφορούν συμπτωματικούς ανθρώπους ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών καθώς και εργαστηριακές εξετάσεις που αφορούν ανθρώπους που εντάσσονται στην ομάδα υψηλού κινδύνου.

Έλεγχος (screening) ασυμπτωματικού γενικού πληθυσμού ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών.

1.Ετήσια δοκιμασία ανίχνευσης αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα. Το ετήσιο Hem occult test σε άτομα άνω των πενήντα ετών συμβάλει δραστικά στην πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του εντέρου αφού μπορεί να διαγνώσει το 70-80% των καρκίνων του εντέρου.

2.Κολονοσκόπηση. Η κολονοσκόπηση θα πρέπει να εκτελείται κάθε τρία, με πέντε έτη. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η πλήρης επισκόπηση του αυλού του εντέρου και η αφαίρεση τυχών πολυπόδων. Σε περιπτώσεις που για διαφόρους λόγους, η κολονοσκόπηση δεν είναι δυνατή εναλλακτικά προτείνεται η εικονική κολονοσκόπηση.

Έλεγχος (screening) ατόμων που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου.

1.Θετικό οικογενειακό ιστορικό. Η παρακολούθηση αυτών των ανθρώπων πρέπει να αρχίζει από την ηλικία των 35 με 40 ετών και περιλαμβάνει FOBT Fecal Occult Blood Test ανά έτος και ολική κολονοσκόπηση κάθε 3 με 5 έτη.

2.Οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση. Στα άτομα αυτά προτείνεται η ολική κολεκτομή με ειλεο-ορθική αναστόμωση και ορθοσκόπηση κάθε 6 μήνες, εφόρου ζωής.

3.Ελκώδης κολίτιδα. Σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα με ενεργό νόσο για περισσότερα από 10 έτη, προτείνεται ολική κολονοσκόπηση κάθε 1 με 2 έτη²².

5.3 Ομάδες που πρέπει να υποβάλλονται σε προληπτικό έλεγχο

5.3.1 Ομάδες μέσου κινδύνου

Στις ομάδες μέσου κινδύνου περιλαμβάνονται τα άτομα ηλικίας 50 ετών ή μεγαλύτερα, χωρίς ιδιαίτερους επιβαρυντικούς παράγοντες (και χωρίς συμπτώματα) τα οποία πρέπει να υποβάλλονται σε προληπτικό έλεγχο για πολύποδες ή καρκίνο παχέος εντέρου. Το είδος της εξέτασης μπορεί να επιλεγεί από τις περιγραφόμενες ανωτέρω, μετά από συζήτηση με τον γιατρό και εκτίμηση των διαφόρων εξετάσεων ως προς την αποτελεσματικότητα, ευκολία, διαθεσιμότητα, ασφάλεια και κόστος. Εάν επιλεγεί η κολονοσκόπηση και είναι φυσιολογική, επανέλεγχος γίνεται σε 10 χρόνια. Εάν στην εξέταση υπάρξουν ευρήματα, επανέλεγχος γίνεται πιο σύντομα, μετά από σύσταση του γιατρού²³.

5.3.2 Ομάδες υψηλού κινδύνου

Σε αυτή την ομάδα περιλαμβάνονται:

Ø Άτομα με οικογενειακό ιστορικό πολυπόδων ή καρκίνου παχέος: πιο συγκεκριμένα τα άτομα με ένα ή περισσότερους πρώτου βαθμού συγγενείς (πατέρα, μητέρα, αδελφό, αδελφή ή παιδί) με καρκίνο ή αδενωματώδεις πολύποδες, πρέπει να ξεκινούν τον προληπτικό έλεγχο στα 40 ή 10χρόνια νωρίτερα από τη διάγνωση στην οικογένεια (ότι έρχεται πρώτο). Ο έλεγχος πρέπει να γίνεται με κολonosκόπηση που επαναλαμβάνεται κάθε 5 χρόνια.

Ø Άτομα με οικογενειακό ιστορικό οικογενούς αδενωματώδους πολυποδίασης: πιο συγκεκριμένα τα άτομα αυτά έχουν ανάγκη από γενετικό έλεγχο για να διαπιστωθεί εάν φέρουν το παθολογικό γονίδιο, που οδηγεί σε ανάπτυξη πολλών πολυπόδων και καρκίνου παχέος εντέρου σε μικρή ηλικία. Άτομα που φέρουν το παθολογικό γονίδιο ή δεν το γνωρίζουν, έχουν ανάγκη από ετήσια ορθοσιγμοειδοσκόπηση ξεκινώντας από την εφηβεία.

Ø Άτομα με οικογενειακό ιστορικό κληρονομικού, μη πολυποδιασικού καρκίνου παχέος εντέρου: πιο συγκεκριμένα τα άτομα αυτά έχουν επίσης ανάγκη από γενετικό έλεγχο. Όσοι φέρουν παθολογικό γονίδιο ή δεν το γνωρίζουν, πρέπει να υποβάλλονται σε κολonosκόπηση (γιατί οι πολύποδες και οι καρκίνοι σε αυτούς τους ανθρώπους είναι συνήθως στο δεξιό κόλον, το τμήμα του εντέρου που δεν ελέγχεται με την ορθοσιγμοειδοσκόπηση) ανά διετία από την ηλικία των 25.

Ø Άτομα με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο (ελκώδη κολίτιδα ή Crohn κολίτιδα): στη συγκεκριμένη ομάδα απαιτείται κολonosκόπηση με λήψη βιοψιών ανά ένα ή δύο χρόνια, ξεκινώντας από την οκταετία μετά την έναρξη της φλεγμονής επί προσβολής όλου του εντέρου ή μετά τη δεκαπενταετία επί προσβολής του ορθού και σιγμοειδούς²³.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

6.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη χειρουργική θεραπεία

Τον Ιούνιο του 1985 πάρθηκε η πολιτική απόφαση στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα για λήψη μέτρων ώστε να αντιμετωπιστεί η αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα από τον καρκίνο.

Η επιτροπή Ογκολόγων της Κοινότητας το 1986 σχεδίασε το πρόγραμμα “Η Ευρώπη κατά του καρκίνου” με το οποίο εκτός των άλλων πρότεινε την κατάρτιση σε ογκολογικά ζητήματα των επαγγελματιών υγείας. Στα πλαίσια αυτών των οδηγιών η Ευρωπαϊκή Ογκολογική Νοσηλευτική Εταιρεία το 1989 κατάρτισε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για εξειδίκευση στη νοσηλευτική ογκολογία το οποίο έτυχε ευρείας αποδοχής από πολλές χώρες της Ευρώπης. Στην χώρα μας λειτούργησε τέτοιο πρόγραμμα στο τμήμα νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών²¹. Ο εξειδικευμένος στην ογκολογία νοσηλευτής/τρια είναι πλέον αναγκαιότητα και για να ανταπεξέλθει στο δύσκολο ρόλο του απαιτείται:

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

Ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας. Ζωτικής σημασίας όμως είναι η θέση των νοσηλευτών στις πολύπλευρες προσπάθειες που γίνονται προς αντιμετώπιση του σε όλα τα επίπεδα: **Πρόληψη, Διάγνωση, Θεραπεία, Έρευνα, Παροχή υψηλής ποιοτικής φροντίδας, υποστήριξη ασθενών και οικογενειών τους.** Οι νοσηλευτές/τριες σε όλο το φάσμα διάγνωση - θεραπεία - αποκατάσταση - τελικό στάδιο είναι ο συνδεδετικός κρίκος ανάμεσα στον γιατρό - θεραπευτική ομάδα και ασθενή οφείλει όμως να έχει σωστή εκπαίδευση και πλήρη ενημέρωση στις καθημερινές εξελίξεις για να ανταπεξέλθει στο ρόλο του κάτι που θα επιτευχθεί με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τη συμμετοχή στην έρευνα²⁰.

6.2 Συμβολή νοσηλευτών στα στάδια της νόσου

Αντικείμενο μεγάλου ενδιαφέροντος για τον νοσηλευτή είναι η αναζήτηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής, η έννοια της οποίας σχεδόν ταυτίζεται με το σκοπό της Νοσηλευτικής που είναι η ολιστική ευεξία του ατόμου.

Αναφέρεται σε όλα τα στάδια της νόσου από τη διάγνωση, τη θεραπεία ως τις διαδικασίες αποκατάστασης και την κοινωνική επανένταξη αλλά και στα τελικά στάδια της νόσου.

Ποια τα επιμέρους προβλήματα που πρέπει όμως να αντιμετωπιστούν για να επιτευχθεί όσο είναι εφικτό καλύτερη ποιότητα ζωής;

- Χειρισμός/ διαχείριση καρκινικού πόνου
- Αντιμετώπιση ψυχολογικών κοινωνικών ηθικών προβλημάτων
- Αντιμετώπιση σεξουαλικών προβλημάτων
- Διατροφική υποστήριξη, αντιμετώπιση καχεξίας
- Φροντίδα τελικού σταδίου

Οι νοσηλευτές οφείλουν να είναι ικανοί να συμβάλουν στην ανακούφιση από τον καρκινικό πόνο με το 1) να εκτιμούν και αξιολογούν την ένταση του, το είδος του ώστε να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα υποεκτίμησης και υποθεραπείας του πόνου 2) να γνωρίζουν άριστα τη φαρμακοκινητική, τρόπο χορήγησης, δράση, παρενέργειες και αντιμετώπιση των οπιοειδών, φάρμακο εκλογής για τον πόνο στον καρκινοπαθή 3) να ενημερώνουν τον ασθενή και την οικογένεια του ώστε να ελαττωθεί ο φόβος εξάρτησης- ένας φραγμός ανακούφισης του πόνου.

Η παροχή ποιοτικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου είναι η ύστατη συμβολή προς εξασφάλιση του στοιχειώδους δικαιώματος του ανθρώπου σε αξιοπρέπεια και ανθρωπιστική αντιμετώπιση της πιο δύσκολης στιγμής της ζωής του. Η φιλοσοφία αυτή απέναντι στον άρρωστο τελικού σταδίου εκφράζεται με τον όρο palliative care ανακουφιστική φροντίδα, έχει δε καθιερωθεί το 1987 ειδικότητα ιατρικής και νοσηλευτικής ανακουφιστικής φροντίδας.

Σημαντική εξέλιξη στη Νοσηλευτική είναι η ανάπτυξη Κοινοτικής Νοσηλευτικής και ιδιαίτερα του θεσμού της κατ οίκον νοσηλείας που προσφέρει εκτός των άλλων και ανακουφιστική φροντίδα²⁰.

6.3 Ογκολογία και νοσηλευτής

Η Ογκολογική Νοσηλευτική αποτελεί μία από τις ειδικότητες της Νοσηλευτικής που από πολύ νωρίς απάντησε στην πρόκληση του ορισμού μιας τόσο πολύπλοκης και σημαντικής έννοιας. Σκοπός: Η παρούσα ανασκόπηση διεξήχθη με σκοπό να διερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται και περιγράφουν την έννοια της «φροντίδας» οι νοσηλευτές και οι ασθενείς στο χώρο της Ογκολογικής Νοσηλευτικής. Υλικό-Μέθοδος: Διεξήχθη περιεκτική αναζήτηση στις βιβλιογραφικές βάσεις Medline, ScienceDirect, Cinahl, HEAL-Link κατά το χρονικό διάστημα 1994–2009, χρησιμοποιώντας τους ακόλουθους όρους στην αγγλική γλώσσα: “nursing”, “care”, “caring”, “cancer patients”, “caring behaviors”, “oncology”. Ειδικότερα, επιλέχθηκαν και αναλύθηκαν 28 μελέτες διερεύνησης των αντιλήψεων των ασθενών και των νοσηλευτών για τη φροντίδα στην Ογκολογία. Αποτελέσματα: Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται τη φροντίδα σύμφωνα με την προσωπικότητα και τις αξίες τους, ενώ επηρεάζονται από τις πεποιθήσεις τους για τον καρκίνο. Οι παρεμβάσεις των εξειδικευμένων νοσηλευτών βελτιώνουν την ποιότητα του σχεδιασμού της φροντίδας. Στα εξειδικευμένα αντικαρκινικά κέντρα και τους ξενώνες ανακουφιστικής φροντίδας αναπτύσσεται και καλλιεργείται η θεραπευτική διαπροσωπική σχέση μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών που ανακουφίζει το «υποφέρειν» των ασθενών. Η παρουσία του νοσηλευτή δίπλα στον ασθενή είναι μεταξύ των πέντε δημοφιλέστερων συμπεριφορών φροντίδας για τους νοσηλευτές. Συμπεράσματα: Οι αντιλήψεις των ασθενών παραμένουν σταθερές με την πάροδο των χρόνων. Οι ασθενείς θεωρούν σημαντικότερες τις συμπεριφορές φροντίδας που σχετίζονται με την επαγγελματική ικανότητα των νοσηλευτών και τη γνώση στην εφαρμογή των διαφόρων νοσηλευτικών διαδικασιών. Επιπλέον, οι νοσηλευτές θεωρούν σημαντικό στοιχείο να διαθέτουν ευαισθησία, ενσυναίσθηση, ικανότητες επικοινωνίας και κατάλληλη εκπαίδευση που προάγει το περιβάλλον εμπιστοσύνης και ασφάλειας. Τέλος, επισημαίνεται η σημασία της πολιτισμικά ευαίσθητης φροντίδας με σεβασμό στις θρησκευτικές πεποιθήσεις τους. Η διαφορά των αντιλήψεων των συμπεριφορών φροντίδας νοσηλευτών και ασθενών στην Ογκολογία φαίνεται να συγκλίνει στα εξειδικευμένα αντικαρκινικά κέντρα²⁰.

Δεξιότητες ογκολογικού νοσηλευτή

Ο εξειδικευμένος στην ογκολογία νοσηλευτής/τρια είναι πλέον αναγκαιότητα και για να αντεπεξέλθει στο δύσκολο ρόλο του απαιτείται:

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

Ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας. Ζωτικής σημασίας όμως είναι η θέση των νοσηλευτών στις πολύπλευρες προσπάθειες που γίνονται προς αντιμετώπιση του σε όλα τα επίπεδα: Πρόληψη, Διάγνωση, Θεραπεία, Έρευνα, Παροχή υψηλής ποιοτικής φροντίδας, υποστήριξη ασθενών και οικογενειών τους²³.

Βασικοί ρόλοι νοσηλευτή

Συγκεκριμένα οι δραστηριότητες των ογκολογικών νοσηλευτών στην κλινική πρακτική περιλαμβάνουν:

- Έγκαιρη ανίχνευση προκαρκινωματώδους αλλαγής ή συμπτωματικής νόσου με την συμμετοχή σε προγράμματα ελέγχου πληθυσμιακών ομάδων και με την ενθάρρυνση ατόμων για συμμετοχή στα προγράμματα αυτά.
- Οργάνωση και παροχή νοσηλευτικής φροντίδας που εκτείνεται σε όλες τις φάσεις καρκίνου, από την διάγνωση μέχρι την θεραπεία, την αποκατάσταση ή την βοήθεια για ειρηνικό θάνατο.
- Έλεγχος επιπλοκών, συμπτωμάτων και παρηγορητική θεραπεία με τις ενδεδειγμένες παρεμβάσεις.
- Έλεγχος του πόνου με την χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων, στον κατάλληλο χρόνο και την απαιτούμενη δόση για την πρόσληψη του και την χρησιμοποίηση συμπληρωματικών ανακουφιστικών μέτρων και τρόπων.
- Συνεχιζόμενη φροντίδα στο νοσοκομείο, στο σπίτι, σε ειδικά ιδρύματα κλπ με την υποστηρικτική νοσηλεία ή βοήθεια των συγγενών για εξασφάλιση ποιότητας

ζωής του αρρώστου σε όλη την περίοδο της ασθένειας του και / ή στον ειρηνικό θάνατο²².

6.4 Νοσηλευτής ογκολογικών ασθενών

Εισαγωγή στο νοσοκομείο

Η εκπαίδευση του καρκινοπαθούς στο νοσοκομείο είναι από τα σημεία όπου οι νοσηλευτές έχουν καθοριστικό ρόλο. Από αυτούς απαιτείται δημιουργία κατάλληλης ατμόσφαιρας, ζεστασιάς, άνεσης, ειλικρινούς επαφής. Ανεξάρτητα με αυτό σκοπός του/της νοσηλευτή/τριας είναι η δημιουργία κλίματος τέτοιου ώστε ο ασθενής να αντλήσει ψυχικές δυνάμεις για να δώσει την μάχη του με τον καρκίνο. Απαιτείται μια πρώτη ξενάγηση στο χώρο, μια ενημέρωση με απλά και κατανοητά λόγια για τη διαδικασία των εξετάσεων και την πορεία της νόσου. Βέβαια η πληροφόρηση του ασθενούς για την πορεία της υγείας του πρέπει να γίνεται από τον γιατρό και ο νοσηλευτής να δρα συμπληρωματικά²³.

Θεραπεία

Η αντιμετώπιση της νόσου γίνεται με χημειοθεραπεία μόνη ή σε συνδυασμό με χειρουργική θεραπεία ή/και ακτινοθεραπεία.

- Ενημέρωση, για την αναγκαιότητα της θεραπείας, για τα φάρμακα και τον τρόπο δράσης τους, για τις παρενέργειες, για την διάρκεια χημειοθεραπείας και κάθε πόσο πρέπει να επαναλαμβάνεται.
- Ασφαλής χορήγηση των χημειοθεραπευτικών προφύλαξη από την εξαγγείωση των φαρμάκων.
- Παρακολούθηση για έγκαιρη ανακάλυψη των πιθανών επιπτώσεων της θεραπείας.
- Παρότρυνση για καλή συνεργασία στην εφαρμογή δύσκολα αποδεκτών αντικαρκινικών θεραπειών.
- Ενημέρωση για εισαγωγή ασθενών σε κλινικές μελέτες.
- Υποστήριξη των ασθενών και συγγενών με συνομιλία για καθημερινά θέματα.

- Παρότρυνση συγγενών και άλλων ατόμων του υποστηρικτικού περιβάλλοντος του ασθενούς για συμμετοχή σε προγράμματα πρωτογενούς ή δευτερογενούς πρόληψης.
- Ενημέρωση για το τι πρόκειται να συμβεί προεγχειρητικά - διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά έτσι ώστε να έχει ο ασθενής υψηλό ηθικό και να προληφθούν μετεγχειρητικές επιπλοκές.
- Εκπαίδευση του ασθενούς ώστε να αναγνωρίζει και να αξιολογεί διάφορα συμπτώματα π.χ. τάση προς έμμετο, δυσκολία κίνησης κάποιου μέλους.
- Εκμάθηση για χρησιμότητα και αναγκαιότητα καθετήρων όπως Levin Folley, παροχετεύσεων, κολοστομίας, κ.ά.
- Τη σημασία της σωστής θέσης του ασθενή στην θεραπευτική κλίνη κατά την διάρκεια της ακτινοθεραπείας.
- Την παραμονή στο χώρο εκπομπής ακτινοβολίας μόνο του ασθενή αλλά την ύπαρξη συστήματος παρακολούθησης.
- Την παραμονή του στο περιβάλλον του. Οι θεραπευτικές δόσεις που δέχεται δεν είναι επικίνδυνες για τους γύρω.
- Το σχεδιασμένο πεδίο στο δέρμα του με μελάνι (είναι σημαντικό να μη σβηστούν τα σημάδια κατά τη Rx)²²

Επαγγελματικά Δικαιώματα

Περιγραφή καθηκόντων Ι. Οι νοσηλευτικές πράξεις που ασκούνται από τους κατόχους Διπλώματος Επαγγελματικής Κατάρτισης επιπέδου Μεταδευτεροβάθμιας Επαγγελματικής Κατάρτισης του Ν. 2009/92, των ειδικοτήτων “Νοσηλευτική Τραυματολογία”, “Νοσηλευτική Ογκολογικών Παθήσεων”, “Νοσηλευτής Χειρουργείου”, “Νοσηλευτική Ατόμων με Ψυχικές Παθήσεις” και “Νοσηλευτική Μονάδων Εντατικής Θεραπείας” των Ι.Ε.Κ. και από τους πτυχιούχους των Τ.Ε.Ε. Α’ και Β’ κύκλου της ειδικότητας “Βοηθών Νοσηλευτών”, μετά από ανάθεση από τον υπεύθυνο νοσηλευτή τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, είναι οι ακόλουθες:

- Γενική και τοπική καθαριότητα του αρρώστου.
- Βοήθεια, φροντίδα και υποστήριξη του αρρώστου που πάσχει από χρόνιο ανίατο νόσημα ή έχει υποστεί ατύχημα ή έχει κακοποιηθεί.
- Φροντίδα επιπλοκών από κατάκλιση με σκοπό την πρόληψη.
- Πρόκληση ούρησης μόνο με φυσικά μέσα.

- Παρακολούθηση λειτουργίας παροχετεύσεων.
- Λήψη μέτρων περιοριστικών για την ασφάλεια του αρρώστου.
- Μέτρηση ζωτικών σημείων (σφίξεις, πίεση, θερμοκρασία).
- Συλλογή δειγμάτων εκκρίσεων.
- Εφαρμογή φυσικών μεθόδων για την πρόκληση υποθερμίας – υπερθερμίας.
- Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.
- Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία.
- Απλές επιδέσεις.
- Βοήθεια στην αφαίρεση παροχετεύσεων.
- Βοήθεια στην τοποθέτηση νάρθηκα.
- Εκκενωτικό υποκλυσμό.
- Φροντίδα της καθαριότητας του χώρου και των εργαλείων.
- Προετοιμασία των χρησιμοποιούμενων εργαλείων, του επιδεσμικού υλικού και ιματισμού για την αποστείρωση.
- Ταξινόμηση εργαλείων, οργάνων, συσκευών, ιματισμού, ορρών, φαρμακευτικού υλικού, αναλωσίμων, κ.λ.π.
- Έλεγχος της λειτουργίας των εργαλείων και σχετική αναφορά στους αρμοδίους.
- Παρακολούθηση της λειτουργίας απλών συσκευών και οργάνων, των οποίων γνωρίζει τη λειτουργία, καθώς και πιθανές βλάβες τους και σχετική αναφορά στους αρμοδίους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

7.1 Περιστατικό 1

Ασθενής ηλικίας 75 ετών εισήχθη στη χειρουργική κλινική προκειμένου να υπεβλήθει σε επέμβαση αφαίρεσης όγκου. Ο ασθενής τα τελευταία πέντε χρόνια είχε παρουσιάσει πολύποδες οι οποίοι στην πορεία διαφοροποιήθηκαν.

Ο ασθενής παρουσίασε τα εξής συμπτώματα αιμορραγία από τον πρωκτό, αναιμία, απώλεια όρεξης και κοιλιακό άλγος.

Μετά από μια σειρά εξετάσεων όπως κολονοσκόπηση, αξονική τομογραφία παχέος εντέρου και μετά από τα αποτελέσματα της βιοψίας ιστού ο ασθενής διαγιγνώσθηκε με καρκίνο του παχέος εντέρου.

Κατόπιν εντολής ιατρού ο ασθενής υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση προκειμένου να αφαιρεθεί ο όγκος του. Τα συμπτώματα τα οποία παρουσίασε προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά ήταν τα εξής:

- Φόβος-άγχος
- Πόνος
- Πυρετός
- Ψυχολογική εξάντληση/ προβλήματα ύπνου
- Απώλεια όρεξης

Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα- ανάγκες)	Αντικειμενικοί σκοποί	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
<p>Απώλεια όρεξης λόγω της επέμβασης και λόγω της ασθένειας του</p>	<p>Σκοπός είναι ο ασθενής να αποκτήσει την όρεξη του και να αρχίσει να λαμβάνει κάποια γεύματα.</p>	<p>Συνεργασία με διατροφολόγο προκειμένου να δοθούν οι τροφές που αρέσουν στον ασθενή με τον σωστό τρόπο</p> <p>Να δοθεί η επιλογή στον ασθενή να επιλέξει τα γεύματα τα οποία είναι της αρεσκείας του.</p> <p>Συζήτηση με τον ασθενή για τους λόγους που θα πρέπει να επανακτήσει τις δυνάμεις του</p>	<p>Ο ασθενής με τη βοήθεια του διατροφολόγου αρχίζει να αποκτά την όρεξη του.</p>

Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα- ανάγκες)	Αντικειμενικοί σκοποί	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Ο ασθενής παρουσιάζει προβλήματα στον ύπνο λόγω οργανικής και ψυχολογικής εξάντλησης του. Αισθητηριακή αποστέρηση.	Επαναφορά του ύπνου του ασθενούς στις απαιτούμενες ώρες. Μείωση του αισθήματος αισθητηριακής αποστέρησης.	Διαμόρφωση του χώρου ώστε να επικρατεί ηρεμία και χαμηλός φωτισμός. Διατήρηση προσανατολισμού στο χώρο. Ενδυνάμωση συναισθηματικής ευεξίας ασθενούς. Διατήρηση οικείων ως προς τον ασθενή οσμών, γεύσεων και αγγιγμάτων όσο αυτό είναι εφικτό.	Οι ώρες ύπνου του ασθενούς αποκαταστάθηκαν. Η αισθητηριακή αποστέρηση εξαλείφθηκε. Ο ασθενής νιώθει τον προσανατολισμό στο χώρο.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Πόνος μετεγχειρητικά.	Ανακούφιση και απαλλαγή από τον πόνο εντός 24 ωρών.	<p>Να γίνει εναλλαγή θέσεων, ώστε να βρεθεί η κατάλληλη θέση που να ανακουφίζει τον ασθενή από τον πόνο.</p> <p>Να γίνει λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων ανά 3ωρο.</p> <p>Να γίνει χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p>	<p>Η ασθενής τοποθετήθηκε σε θέση ημι- Fowler διότι έτσι ανακουφίζοταν από τον πόνο.</p> <p>Έγινε η λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων ανά 3ωρο:Αρτηριακή πίεση: 120-70 mmHg, Θερμοκρασία:36,7 °C, Σφυγμός: 70/min, Αναπνοή: 16/min.</p> <p>Χορηγήθηκε Oxcalgan 150 mg 1x4 και σε αύξηση</p>	<p>Ο πόνος μειώθηκε.</p> <p>Ο ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο.</p>

			<p>της έντασης του πόνου χορήγηση 2 σκευασμάτων (Oxxalgan150 mg) βράδυ.</p> <p>Έγινε τοποθέτηση αυτοκόλλητου συστήματος για διαδερμική χορήγηση (durogesic 50mg) 1ανά 3ωρο σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p>	
--	--	--	---	--

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτέλεση Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Φόβος και άγχος που σχετίζεται με την χειρουργική επέμβαση	Εξάλειψη της αγωνίας και του άγχους.	<p>Να πραγματοποιηθεί ηθική και ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής μετά από ιατρική οδηγία.</p> <p>Συζήτηση με τον ασθενή με σκοπό την εκτόνωση και την ψυχολογική στήριξη του.</p>	<p>Δημιουργήθηκε κλίμα εμπιστοσύνης και πολύωρη συζήτηση με τον ασθενή.</p> <p>Χορηγήθηκε tabletLexotanil1,5 mg μετά από ιατρική οδηγία.</p> <p>Δόθηκαν απαντήσεις στον ασθενή, σχετικά με τον σκοπό και την έκβαση της χειρουργικής</p>	<p>Το άγχος της ασθενούς περιορίστηκε.</p> <p>Ύστερα από την συζήτηση με τον ψυχολόγο της κλινικής η ασθενής δέχτηκε να πραγματοποιηθεί η επέμβαση.</p>

		Παροχή στήριξης από ψυχολόγους ή ψυχιάτρους.	επέμβασης.	
--	--	--	------------	--

Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα- ανάγκες)	Αντικειμενικοί σκοποί	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Αναιμία λόγω της ασθένειας του και λόγω της επέμβασης στην οποία υπεβλήθη	Σκοπός είναι να αντιμετωπιστεί η αναιμία και να προληφθούν οι λοιμώξεις.	<p>Συνεχή λήψη ζωτικών σημείων ανά 3 ώρες.</p> <p>Χορήγηση υγρών για την πρόληψη αφυδάτωσης</p> <p>Λήψη αίματος προκειμένου να ελεγχθεί ο αιματοκρίτης και το αίμα του ασθενούς.</p> <p>Λήψη σωστής διατροφής προκειμένου ο ασθενής να λάβει τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται (σε συνεργασία με διατροφολόγο)</p> <p>Λήψη αντιβιοτικών προκειμένου</p>	<p>Καταγράφηκαν τα ζωτικά σημεία ανά 3ωρο κ είναι σε φυσιολογικά επίπεδα</p> <p>Χορηγήθηκαν 200 cc peros και N/S 0,9 1000 ml x 1</p> <p>Ο ασθενής παρουσιάζει αύξηση του αιματοκρίτη από 24 σε 34 μετά την λήψη 1 μονάδας αίματος και την σίτιση με κατάλληλη διατροφή</p>

		<p>να προληφθούν οι λοιμώξεις κατόπιν ιατρικής οδηγίας</p> <p>Απομόνωση του ασθενούς για την πρόληψη λοιμώξεων και συνεχής παρακολούθηση του</p>	
--	--	--	--

7.2 Περιστατικό 2

Ασθενής ηλικίας 69 ετών εισήχθη στο Γενικό Νοσοκομείο Αγιος Ανδρέας καθώς παρουσίασε συμπτώματα λόγω της χημειοθεραπείας στην οποία υποβάλλεται. Ο ασθενής προ ενός έτους παρουσίασε καρκίνο του παχέως εντέρου. Υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση αφαίρεσης του όγκου και έκτοτε κατόπιν ιατρικής εντολής πραγματοποιεί έναν κύκλο χημειοθεραπειών ως συμπληρωματική θεραπεία. Τέλος ο ασθενής υποβλήθηκε σε κολοστομία.

Τα συμπτώματα τα οποία παρουσίασε είναι τα εξής:

- Εμετοί
- Δερματοπάθεια
- Διάρροια
- Κεφαλαλγία
- Πυρετός
- Κολοστομία

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Δερματοπάθεια λόγω χημειοθεραπείας	Να αποκατασταθούν οι τοπικές βλάβες.	<p>Παρακολούθηση ασθενούς για ξηρότητα και ερυθρότητα του δέρματος.</p> <p>Ενημέρωση ασθενούς για προστασία δέρματος της ακτινοβολούσας περιοχής από ηλιακή ακτινοβολία ή υψηλή θερμοκρασία</p> <p>Ενημέρωση ασθενούς για αποφυγή αλοιφών, λοσιόν, σκόνης και επιθεμάτων στην περιοχή του δέρματος που έχει ερεθιστεί.</p> <p>Να γίνονται πλύσεις με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό, ύστερα από ιατρική οδηγία.</p>	<p>Δεν βρέθηκαν σημεία ερυθρότητας ή ξηρότητας στο δέρμα.</p> <p>Ενημερώθηκε ο ασθενής να προστατεύει το δέρμα του.</p> <p>Έγιναν πλύσεις με σαπούνι και χλιαρό νερό με τις οδηγίες του ιατρού.</p>	Δεν παρουσιάστηκαν αντιδράσεις από το δέρμα.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
<p>Εμετοί από τη χημειοθεραπεία.</p> <p>Πρόληψη αφυδάτωσης</p>	<p>Να ανακουφιστεί ο ασθενής από τον έμετο.</p> <p>Να πραγματοποιηθεί πρόληψη αφυδάτωσης</p>	<p>Να δοθεί στον ασθενή κατάλληλη θέση στο κρεβάτι.</p> <p>Να γίνει χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία. Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας</p> <p>Ενθάρρυνση της ασθενούς να λαμβάνει άφθονα υγρά για την αποφυγή αφυδάτωσης Λήψη υγρών iv</p>	<p>Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστική θέση</p> <p>Χορηγήθηκε 1amp Primperan σύμφωνα με ιατρική οδηγία</p> <p>Έγινε η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας με Hexalen</p> <p>Η ασθενής έλαβε υγρά και επιτεύχθηκε η σωστή σίτιση της. Έλαβε N/S 0,9 1000 ml x1 εντός 24 ώρου</p>	<p>Οι εμετοί μειώθηκαν μετά από τη φαρμακευτική αγωγή.</p> <p>Η στοματική κοιλότητα διατηρήθηκε καθαρή.</p> <p>Εξασφαλίστηκε επαρκής ενυδάτωση και σωστή σίτιση της ασθενούς.</p>

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Μετεγχειρητικός πυρετός (39 ⁰ C) από τη χημιοθεραπεία	Επαναφορά της θερμοκρασίας εντός 2ωρών σε φυσιολογικά επίπεδα.	Να γίνει λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων και κυρίως της θερμοκρασίας ανά 3ωρο. Να χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με ιατρική οδηγία.	Έγινε λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων και της θερμοκρασίας ανά 3ωρο Χορηγήθηκε 1 amp Aprotel x1 σύμφωνα με ιατρική οδηγία.	Η θερμοκρασία του ασθενούς επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα θερμοκρασία 36,8
Επιτακτική ανάγκη διενέργειας εργαστηριακών εξετάσεων	Καταγραφή των δεδομένων των εργαστηριακών εξετάσεων	Να γίνει λήψη αίματος και ούρων για αιματολογικές εξετάσεις και καλλιέργεια ούρων.	Έγινε λήψη αίματος και ούρων και στάλθηκαν για καλλιέργεια.	Πραγματοποιήθηκε λήψη αίματος και ούρων για εξέταση

Πρόληψη εφίδρωσης	Αποφυγή εφίδρωσης	<p>Να χορηγηθούν υγρά για την αποφυγή εφίδρωσης.</p> <p>Να γίνει έλεγχος ισοζυγίου ούρων</p> <p>Να τοποθετηθούν κρύα επιθέματα στην ασθενή.</p> <p>Να τηρηθεί ελαφρύ διαιτολόγιο στην ασθενή.</p> <p>Υδρική δίαιτα</p>	<p>Χορηγήθηκαν υγρά IV: N/S 0,9% 1000 ml και L/R 1000 ml.</p> <p>Έγινε η μέτρηση ούρων</p> <p>Τοποθετήθηκαν κρύα επιθέματα στον ασθενή</p> <p>Έγινε τήρηση διαιτολογίου που συστάθηκε από διαιτολόγο και περιελάμβανε σούπες, χυμούς φρούτων, ροφήματα όπως χαμομήλι και τσάι καθώς επίσης και άφθονο νερό</p>	<p>Ο ασθενής πήρε 2000 cc και απέβαλε 1.500cc</p> <p>Έγινε πρόληψη εφίδρωσης μετά από την τοποθέτηση των κρύων επιθεμάτων, της χορήγησης υγρών και της τήρησης του κατάλληλου διαιτολογίου στο οποίο περιλαμβάνονταν άφθονα υγρά.</p>
-------------------	-------------------	--	--	---

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
<p>Η ασθενής παρουσιάζει έντονη κεφαλαλγία από χημιοθεραπεία</p> <p>Απαλλαγή από τον πόνο</p>	<p>Να ανακουφιστεί ο ασθενής από το αίσθημα του πόνου με μη φαρμακευτική αγωγή</p> <p>Να απαλλαγεί όσο το δυνατόν συντομότερα από το αίσθημα το πόνου.</p>	<p>Αξιολόγηση σημείων πόνου (π.χ. προφορικές εκδηλώσεις, ανησυχία, εφίδρωση, ωχρότητα, ταχυκαρδία κλπ).</p> <p>Εφαρμογή κρύων ή ζεστών επιθεμάτων.</p> <p>Εφαρμογή μη φαρμακευτικών μέτρων ύφεσης του πόνου</p>	<p>Η ασθενής παρουσιάζει έντονη ανησυχία, ωχρότητα, εφίδρωση και ταχυκαρδία 130 / λεπτό.</p> <p>Εφαρμόστηκαν κρύα επιθέματα στον ασθενή</p> <p>Έγινε σύσταση στο περιβάλλον της αλλά και στους παρευρισκόμενους στον θάλαμο να αποφεύγονται έντονες συζητήσεις και θόρυβοι.</p>	<p>Η ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο .</p> <p>Μέτρηση σφύξεων : 80/min</p> <p>Ήσυχο περιβάλλον στο θάλαμο</p>

		Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων κατόπιν ιατρικής εντολής.	Χορηγήθηκε παρακεταμόλη (Depon) 1x1 σε εφάπαξ δόση και στη συνέχεια τέθηκε σε συστηματική αναλγητική αγωγή 10cc x 3 .	Η ασθενής μετά από τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής απαλλάχθηκε από τον πόνο πολύ γρήγορα
--	--	---	---	---

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας
Κολοστομία	φροντίδα της κολοστομίας	<p>Διαχείριση ασθενούς και υποστήριξη</p> <p>Σωματική τόνωση</p> <p>Διαχείριση περιοχής</p> <p>Καθαρότητα περιοχής</p> <p>Άμεση επισκόπηση της κολοστομίας</p>	<p>Ενημέρωση, εξασφάλιση ιδιωτικότητας,</p> <p>Δίαιτα με τροφές χωρίς υπόλειμμα για 4 ημέρες</p> <p>Ψυχολογική υποστήριξη</p> <p>Τοποθέτηση στη σωστή Θέση</p> <p>Έλεγχος του χρώματος του δέρματος περιμετρικά της στομίας</p> <p>Άδειασμα παροχετευόμενου σάκου όταν είναι γεμάτος κατά το 1/3 προς το μισό</p> <p>Καθαρισμός την περιοχή του στομίου, όσες φορές χρειαστεί χρησιμοποιώντας τη λαβίδα με τολύπιο εμποτισμένο με φυσιολογικό ορό.</p>	Η φροντίδα της κολοστομίας επιτεύχθηκε

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι η τρίτη κύρια αιτία θανάτων που σχετίζονται με τον καρκίνο στις Ηνωμένες Πολιτείες, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Οι περισσότεροι καρκίνοι του παχέος εντέρου αναπτύσσονται από πολύποδες, οι οποίοι είναι αναπτύξεις που σχηματίζονται μέσα στην εσωτερική επένδυση του παχέος εντέρου. Ενώ οι περισσότεροι πολύποδες δεν μετατρέπονται στην πραγματικότητα σε καρκίνο, αυτοί που είναι πιο πιθανό να ονομάζονται αδеноματώδεις πολύποδες ή αδενώματα. Οι μεγάλοι πολύποδες (μεγαλύτεροι από ένα εκατοστό), οι πολύποδες που περιέχουν ανώμαλα κύτταρα (που ονομάζονται δυσπλαστικοί πολύποδες) και έχουν δύο ή περισσότερους πολύποδες μέσα στο κόλον αυξάνουν επίσης την πιθανότητα καρκίνου του παχέος εντέρου.

Από την άποψη των παραγόντων κινδύνου, η πιθανότητα ενός ατόμου να αναπτύξει καρκίνο του παχέος εντέρου αυξάνεται όσο μεγαλώνει, ειδικά μετά την ηλικία των 50 ετών. Επιπλέον, έχοντας διαβήτη τύπου 2 ή ασθένεια φλεγμονώδους εντέρου (για παράδειγμα, ελκώδη κολίτιδα) ή οικογενειακό ιστορικό του καρκίνου του παχέος εντέρου αυξάνει επίσης τον κίνδυνο ενός ατόμου για την ανάπτυξη της νόσου όπως το υπερβολικό βάρος και η κατανάλωση μιας διατροφής πλούσιας σε λιπαρά.

Η μείωση της θνητότητας από καρκίνο μπορεί να επιτευχθεί με σωστή ενημέρωση από τους νοσηλευτές στην κοινότητα οργανώνοντας ημερίδες και προγράμματα σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο, την έγκαιρη διάγνωση, την πρόληψη και θεραπεία.

Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι βασικό μέλος της διεπιστημονικής ομάδας και να συμμετέχει σε κλινικές μελέτες και έρευνες για την διάδοση νέων μέσων ανίχνευσης του καρκίνου καθώς και την ανακάλυψη νέων χημιοθεραπευτικών φαρμάκων. Οι συνεργασίες και οι πολυεπιστημονικές στρατηγικές μπορούν να αναδειχθούν ιδιαίτερα ωφέλιμες όσον αφορά την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού και την προαγωγή της υγείας σε όλα τα μέρη του κόσμου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Χατζημπούγιας, Ι. (2002). Στοιχεία Ανατομικής του Ανθρώπου. Εκδόσεις Gm Desing, Θεσσαλονίκη.
2. Fritsch, H., & Kuhnel W. (2009). Εγχειρίδιο Περιγραφικής Ανατομικής. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.
3. Καλαχάνης, Ν. (1990). Παχύ έντερο. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
4. Brosens, L.A., Offerhaus, G.A. and Giardiello, F.M. 2015. Hereditary Colorectal Cancer: Genetics and Screening. *The Surgical Clinics of North America*, 95(5):1067-1080.
5. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012.
6. Brawley, O.W., & Kramer, B.S. (2005). Cancer screening in theory and in practice. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 293–300.
7. van der Stok EP, Spaander MC, Grünhagen DJ, Verhoef C, Kuipers EJ. Surveillance after curative treatment for colorectal cancer. *Nat Rev Clin Oncol* 2016
8. Siegel R, DeSantis C, Virgo K et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*. 2012; 62: 220-241
9. Sigurdson ER, Benson AB, Minsky B. Cancer of the rectum. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Dorshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 5th ed. Philadelphia, Pa. Elsevier: 2014: 1336-1359.
10. Libutti SK, Salz LB, Willett CG, Levine RA. Chapter 57: Cancer of the colon. In: DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and*

Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology. 10th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.

11. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of colorectal cancer: guideline no. 67. Edinburgh, Scotland: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2003.
12. Chan AT, Giovannucci EL. Primary prevention of colorectal cancer. *Gastroenterology* 2010;138(6):2029–43
13. Schram, A. P. (2010). Medical home and the nurse practitioner: A policy analysis. *Journal for Nurse Practitioners*, 6(2), 132–139.
14. Huntington, A., Gilmour, J., Schluter, P., Tuckett, A., Bogossian, F. and Turner, C. 2009. The Internet as a research site: establishment of a web-based longitudinal study of the nursing and midwifery workforce in three countries. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6):1309-1317.
15. Gray, J., & Spruce, L. (2010). An intervention to change colorectal cancer screening in primary care. *Medicine Potpourri*, Renown Regional Medical Center, J
16. Jasperson, K.W., Tuohy, T.M., Neklason, D.W. and Burt, R.W. 2010. Hereditary and familial colon cancer. *Gastroenterology*, 138(6):2044-2058.
17. Loescher, L. (2004). Nursing roles in cancer prevention position statements. *Seminars in Oncology Nursing*, 20, 111–120.
18. Dewit, S. (2009). Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: Έννοιες & Πρακτική. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.
19. Klabunde CN, Lanier D, Breslau ES, Zapka JG, Fletcher RH, Ransohoff DF, et al. Improving colorectal cancer screening in primary care practice: innovative strategies and future directions. *J Gen Intern Med* 2007;22(8):1195–205.

20. Van Schaeybroeck S, Lawler M, Johnston B, et al. Colorectal cancer. In: Neiderhuber JE, Armitage JO, Doroshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 5th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier; 2014: 1278-1335.
21. Osborn, K., Wraa, C., Watson, A. (2013). Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική., Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.
22. Tarraga Lopez PJ, Albero JS, Rodriguez-Montes JA. Primary and secondary prevention of colorectal cancer. *Clin Med Insights Gastroenterol* 2014;7:33-46
23. Παναγουδάκη-Μπροκαλάκη, Η. (2011). Η νοσηλευτική στην κλινική πράξη. Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα.