

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΘΕΜΑ: "Υ Π Ε Ρ Τ Ρ Ο Φ Ι Α Π Ρ Ο Σ Τ Α Τ Η
(ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ)

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΝΙΚΟΛΑΟΣ Γ. ΚΟΥΝΗΣ

ΕΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΦΑΔΡΟΥ

ΠΑΤΡΑ ΙΟΥΛΙΟΣ 1990



ΑΡΙΘΜΟΣ	2637'
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Πρόλογος	σελ.	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ		
- Ανατομία του γεννητικού συστήματος του άρρενος	"	3
- Περιγραφή του προστάτη	"	6
- Φυσιολογία του προστάτη	"	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ		
Υπερτροφία του προστάτη	"	14
- Αιτιολογία	"	14
- Παθογένεια	"	16
- Εξέλιξη	"	17
- Επιπτώσεις	"	19
- Παθολογική ανατομική	"	21
- Κλινική εικόνα	"	22
- Διάγνωση	"	24
- Κλινική εξέταση	"	25
- Εργαστηριακός έλεγχος	"	26
- Ακτινολογικός έλεγχος	"	26
- Κυστεοσκόπηση	"	27
- Διαφορική διάγνωση	"	28
- Επιπλοκές	"	30
- Θεραπεία	"	30
- Συντηρητική θεραπεία	"	31
- Χειρουργική θεραπεία	"	32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα σελ. 37
- Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα " 39
- Αποκατάσταση " 42
- Επιπλοκές χειρουργικής επέμβασης " 44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

- Περιγραφή
- Νοσηλευτική Διεργασία

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Προσπαθώντας να κάνουμε μια λεπτομερή ανάλυση γύρω από την υπερτροφία του προστάτη θα διαπιστώσουμε αρχικά την ιδιαιτερότητα και δυσκολία, που παρουσιάζει μια τέτοια ανάλυση.

Είναι μια ασθένεια που παρουσιάζεται συνήθως σε άνδρες μετά το 50ο έτος της ηλικίας τους. Γι' αυτό δεν τυγχάνει μεγάλης προσοχής και επιστημονικής έρευνας σε σχέση με άλλες ασθένειες που δεν έχουν "ηλικιακές προτιμήσεις". Έτσι τα στοιχεία που υπάρχουν είναι σχετικά λίγα και καθιστούν ακόμη πιο περίπλοκη την ανάλυσή μας.

Επίσης χρειάζεται, στην διάγνωση και την θεραπεία της, να ληφθούν υπόψη διάφοροι παράγοντες που έχουν σχέση με την προχωρημένη ηλικία του ασθενούς, κυρίως ψυχολογικοί παράγοντες.

Στην εργασία που ακολουθεί γίνεται μια αναλυτική προσπάθεια εντοπισμού διάγνωσης και θεραπείας της υπερτροφίας του προστάτη.

Για να κατανοήσουμε την ασθένεια θα πρέπει πρώτα να δώσουμε μερικά στοιχεία της ανατομίας του ανδρικού γεννητικού συστήματος αδένος του οποίου είναι και ο προστάτης. Ακολούθως γίνεται περιγραφή του προστάτη και των φυσιολογικών του λειτουργιών.

Στη συνέχεια εξετάζουμε την ασθένεια, την υπερτροφία του προστάτη. Πώς γίνεται η διάγνωση, τα συμπτώματα που παρατηρούνται καθώς και την κλινική εξέταση του ασθενούς. Περιγράφονται όλες οι διαδικασίες που υποβάλλεται ο ασθενής (εργαστηριακός και ακτινολογικός έλεγχος) μέχρι να γίνει η εγχείρησή, καθώς και η θεραπεία του μετεγχειρητικού ασθενούς.

Μεγάλη προσοχή δίνεται στην φροντίδα του ασθενή πριν και μετά την εγχείρηση. Η αδελφή θα πρέπει με μεγάλη προσπάθεια να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει τους φόβους που έχει λόγω της προχωρημένης ηλικίας του και να του ανεβάσει το ηθικό. Ο ασθενής θα πρέπει να συνηθίσει στο περιβάλλον του νοσοκομείου και να κατανοήσει ότι η πάθησή του δεν είναι σοβαρή αν ακολουθήσει τις οδηγίες που του δίνουν οι αδελφές της κλινικής και οι γιατροί που τον παρακολουθούν.

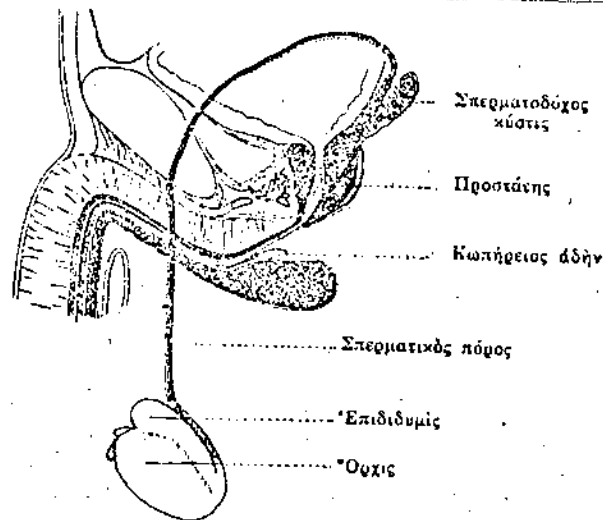
Ακολουθεί η εκτενής παρουσίαση της εργασίας.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΑΡΡΕΝΟΣ

Γενικότητες.

Το γεννητικό σύστημα του άρρενος, αποτελείται από τρία μέρη :



Τα κύρια μέρη του γεννητικού συστήματος του άρρενος (Pasteau).

- 1ον. Από τους δύο γεννητικούς αδένες ή όρχεις, που προορισμό έχουν την έκκριση των σπερματοζωαρίων.
- 2ον. από τους απεκκριτικούς αδένες του σπέρματος ή σπερματικών οδών, περιλαμβάνονται : τα ευθέα σωληνάρια, το Αλλήρειο δίκτυο, τους κωμοειδείς πόρους, την επιδιδυμίδα, τον σπερματικό πόρο, την σπερματοδόχο κύστη, τον εκσπερματικό πόρο και την ουρήθρα.
- 3ον. από τα όργανα της συνουσίας, το πέος, το οποίο αποτελείται από τα σπραγγώδη σώματα και από την ουρήθρα.

Οι όρχεις ή γεννητικοί αδένες του άρρενος βρίσκονται μέσα σε δερματικό θύλακα, που ονομάζεται όσχεον και που είναι χωρισμένος με διάφραγμα σε δύο τμήματα, ένα για κάθε όρχη.

Οι όρχεις έχουν σχήμα ελλειφοειδές και σύσταση σκληρή και ελαστική. Το μήκος κάθε όρχη είναι περίπου 45 χιλιοστά, το πλάτος 35 χιλιοστά και το πάχος 25 χιλιοστά. Το βάρος του είναι 14-16 γραμμάρια. Εξωτερικά ο όρχης προφυλλάσσεται από παχύ ινώδες περίβλημα, του ινώδη χιτώνα, από μια πάχυνση του οποίου εκπορεύονται ινώδη πέταλια, που χωρίζουν το παρέγχυμα του όρχη σε αρχικά λοβία.

Μέσα στους όρχεις παράγονται τα σπερματοζώαρια, με ειδική διεργασία, η οποία χαρακτηρίζεται ως σπερμιογένεσις ή σπερμιογονία. Τα σπερματοζώαρια εισέρχονται έπειτα στους σπερματικούς πόρους, οι οποίοι είναι σωλήνες που ενώνουν τους όρχεις με τις σπερματοδόχους κύστες. Οι δύο σπερματικοί πόροι (που έχουν μήκος 40-50 εκατοστά) αρχικά ακολουθούν ελικοειδή κατεύθυνση κατά μήκος του οπίσθιου χείλους του όρχος (αρχική μοίρα), φθάνουν στο βουβωνικό πόρο (βουβωνική μοίρα) και αφού εισχωρήσουν στο κοιλιακό κύτος καταλήγουν στο εσωτερικό των σπερματοδόχων κύστεων.

Οι σπερματοδόχοι κύστεις μπορούν να θεωρηθούν ως πραγματικές δεξαμενές των σπερματοζωαρίων. Βρίσκονται μεταξύ της ουροδόχου κύστεως προς τα εμπρός και του απενθυσμένου προς τα πίσω. Έχουν μήκος η κάθε μια περίπου 5-6 εκατοστά. Με την εκσπερμάτιση τα σπερματοζώαρια περνούν στην ουρήθρα.

Η ουρήθρα είναι σωλήνας με τον οποίο η ουροδόχος κύστη επικοινωνεί προς τα έξω. Η ουρήθρα του άρρενος έχει μεγάλο μήκος, περίπου 18 εκ., γιατί αρχίζει από την ουροδόχο κύστη και εκβάλλει στο άκρο του πέους. Απο-

τελεί το τελευταίο τμήμα του συστήματος, που είναι κοινό και των ουροφόρων και των γεννητικών οδών. Ισχύει από την ουρήθρα αποβάλλονται τα ούρα και εκσφενδονίζεται το σπέρμα.

Το πέος βρίσκεται στο κατώτερο τμήμα της κοιλιάς, ακριβώς πάνω από το όσχεο. Έχει σχήμα κυλινδρικό, ελαφρά πεπλατυσμένο από εμπρός προς τα πίσω. Καταλήγει σε κωνικό άκρο, τη βάλανο, η οποία στην κορυφή της παρουσιάζει το έξω στόμιο της ουρήθρας. Η βάλανος καλύπτεται με δερματική πτυχή, την ακροποσθία (πόθη είναι το δερματικό περίβλημα του πέους), που στο κάτω τμήμα της βάλανου εφάπτεται με τον χαλινό.

Συνήθως το πρόσθιο άκρο ή στόμιο της ακροποσθίας μαζεύεται και αποκαλύπτει εντελώς τη βάλανο. Όταν αυτό δεν συμβαίνει έχουμε τη φίμωση, οπότε πρέπει να απομακρύνουμε την ακροποσθία με μικρή χειρουργική επέμβαση, τη λεγόμενη περιτομή.

Το πέος αποτελείται από ένα σωλήνα, την ουρήθρα και τρία στυτικά όργανα : τα δύο σπραγγώδη σώματα του πέους και το σπραγγώδες σώμα της ουρήθρας.

Τα σπραγγώδη σώματα του πέους αποτελούν δύο κυλίνδρους ενωμένους όπως οι σωλήνες ενός δίκανου όπλου. Τα δύο σπραγγώδη σώματα του πέους παρουσιάζουν στην κάτω επιφάνειά τους την πλατιά ουρηθραία αύλακα, που υποδέχεται το σπραγγώδες σώμα της ουρήθρας, το οποίο εμφανίζει δύο άκρα εξογκωμένα, εμπρός τη βάλανο και πίσω τον βολβό.

Τα τρία στυτικά όργανα έχουν την ίδια κατασκευή :

αποτελούνται από ινώδη χιτώνα, ο οποίος το περιβάλλει. Από τον χιτώνα αυτόν εκπορεύονται πολυάριθμες δοκίδες οι οποίες σχηματίζουν κολπώματα ή σήραγγες, που επικοινωνούν μεταξύ τους.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ο προστάτης ως προς το μέγεθος και το σχήμα, είναι παρόμοιος με κάστανο, είναι δε στερεωμένος, μεταξύ του πυθμένα της ουροδόχου κύστεως και του ουρογεννητικού διαφράγματος, μέσα στο συνδετικό ιστό της πυέλου και από τις δύο πλευρές του περνούν τα σκέλη του ανελκητήρα του πρωκτού, Στη στερέωση του προστάτη συμμετέχει ο ηβοπροστατικός μυς, που φέρεται μέσα στον ηβοπροστατικό σύνδεσμο από την ηβική σύμφυση προς τον προστάτη. Η απόσταση από την ηβική σύμφυση είναι 1 - 1,5 CM. Ο προστάτης είναι ψηλαφητός από το απευθυσμένο, κάτω από τη μέση εγκάρσια πτυχή.

Ο προστάτης περιβάλλεται με κάψα από συνδετικό ιστό και επιπλέον με το σπλαχνικό πέταλο της πυελικής περιτονίας, η οποία εδώ σχηματίζει την προστατική περιτονία. Μεταξύ των δύο πετάλων του συνδετικού ιστού υπάρχει το σημαντικά ανεπτυγμένο προστατικό φλεβικό πλέγμα.

Στον προστάτη διακρίνουμε τη βάση, που κατευθύνεται προς τα πάνω και συμφύεται με τον πυθμένα της κύστης, και την κορυφή που κατευθύνεται προς τα κάτω, στο ουρογεννητικό διάφραγμα, καθώς και πρόσθια, κατά έξω, και οπίσθια επιφάνεια. Στη βάση του προστάτη εισχω-

ρεί ο αυχέννας της ουροδόχου κύστεως, ο δε προστάτης διασχίζεται κατακόρυφα από την προστατική μοίρα της ουρήθρας. Από πίσω και πάνω μπαίνουν οι δύο εκσπερματικοί πόροι, που εκβάλλουν, συγκλίνοντας προς τα κάτω, στο σπερματικό λογίδιο της προστατικής μοίρας της ουρήθρας.

Περιγραφικά ο προστάτης διαιρείται σε 5 λοβούς. Οι λοβοί αυτοί ενώνονται μεταξύ τους και δεν υπάρχει πραγματικός ιστολογικός ή ανατομικός διαχωρισμός. Έτσι έχουμε τον πρόσθιο λοβό, τους δύο πλάγιους λοβούς, τον μέσο λοβό και τον οπίσθιο λοβό. Οι λοβοί έχουν διαφορετική ανάπτυξη και εμβρυϊκή προέλευση. Ο δεξιός και ο αριστερός λοβός του προστάτη συνδέονται εμπρός από την ουρήθρα με τον ισθμό του προστάτη που είναι φτωχότερος σε αδένες. Αυτά τα μέρη του προστάτη διεγείρονται για την ανάπτυξη και τη λειτουργία τους από τις ανδρικές γεννητικές ορμόνες. Η γωνία μεταξύ του πυθμένα της κύστεως, της ουρήθρας, και των εκσπερματιστικών πόρων γεμίζει από πίσω και πάνω με το μικρότερο, σφηνοειδή, μέσο λοβό. Ο μέσος προστατικός λοβός αντιστοιχεί στους ουρηθραίους αδένες του πίσω τοιχώματος της γυναικείας ουρήθρας και αντιδρά στις γυναικείες γεννητικές ορμόνες.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

1. Λειτουργία του προστάτη

Ο προστάτης αδέννας είναι το μοναδικό όργανο του ανθρώπινου σώματος που έχει πολύ λίγο μελετηθεί. Αυτό επιβεβαιώνεται από την εντύπωση που επικρατεί ότι ο

προστάτης είναι πολύ λίγο χρήσιμος στη νεαρή ηλικία και πολύ προβληματικός στην προχωρημένη. Η άποψη αυτή αποδεικνύει πόσο λίγες ήταν οι γνώσεις μας, κάποτε, γύρω από τον προστάτη, που όπως αποδεικνύεται καθημερινά αποτελεί βασικό όργανο του Γεννητικού Συστήματος.

Η λειτουργία του είναι πολλαπλή και μπορεί να διακριθεί, α) Στη συμβολή του στη φυσιολογία της ουρήσεως, λειτουργία που έρχεται σαν αποτέλεσμα της ανατομικής του θέσεως. β) Στη συμβολή του στην προώθηση του σπέρματος από τον σπερματικό πόρο και τις σπερματοδόχους κύστες στην ουρήθρα. γ) Στην έξω έκκριση που συμπληρώνει το σπέρμα και δ) Στην έσω έκκριση του αδένου, που μ'αυτή ρυθμίζει και συμπληρώνει τη λειτουργία των ενδοκρινών αδένων όπως των όρχεων και της υποφύσεως.

Οι δύο τελευταίες ορμονικές λειτουργίες του προστάτη θεωρούνται βασικές και κρίνεται απαραίτητη η περιγραφή τους προκειμένου να γίνει κατανοητό το αντικείμενο της δράσεως των ορμονών απ'ευθείας στον προστάτη. Πρέπει επίσης να τονισθεί ότι τα περισσότερα προϊόντα συνθέσεως του αδένου ακολουθούν και τους δύο δρόμους εκκρίσεως.

α. Έξω έκκριση.

Η έξω έκκριση του προστάτη βρίσκεται σε στενή σχέση με τους άλλους ενδοκρινείς αδένες και ιδιαίτερα τους όρχεις. Η αφαίρεση των όρχεων ή η χορήγηση φαρμάκων που εξουδετερώνουν τα ανδρογόνα έχει άμεση σχέση με τη λειτουργία των προστατικών κυττάρων, με αποτέλεσμα να α-

νακόπτεται η λειτουργία, ο πολλαπλασιασμός και η αύξηση των κυττάρων. Οι HELMINEN, ERICSON και ARBORGH (1972) πιστεύουν ότι η έλλειψη των ανδρογόνων δημιουργεί ατροφία και καταστροφή των προστατικών κυττάρων, με αποτέλεσμα την ελάττωση όλων των εκκρίσεων, συμπεριλαμβανομένης της όξινης φωσφατάσης και την αύξηση των αυτολυτικών ενζύμων, όπως είναι οι καθεψίνες.

Ο προστάτης είναι η κύρια πηγή παραγωγής κιτρικών και όξινης φωσφατάσης του σπέρματος. Στα προστατικά υγρά έχουν επίσης ανιχνευθεί υψηλές σχετικά πυκνότητες νατρίου, καλίου, ασβεστίου, χλωριούχων, διττανθρακικών και φωσφοριών.

Το γεγονός ότι τα ανδρογόνα ρυθμίζουν την παραγωγή των κιτρικών αλλά και την έκκρισή τους από τον προστάτη αποδεικνύει την εξάρτησή τους από τη λειτουργία άλλων ενδοκρινών αδένων. Η ρύθμιση επιτυγχάνεται α) με αύξηση της προσλήψεως των ουσιών από τις οποίες θα συνδεθούν τα κιτρινά, β) με αύξηση και προαγωγή των βιοχημικών εργασιών που συμβάλλουν στη βιοσύνθεση και την παραγωγή των κιτρικών, γ) με αύξηση της απομακρύνσεως των κιτρικών μέσα από τα κύτταρα, γεγονός που τα ερεθίζει για μεγαλύτερη παραγωγή.

Οι COOPER και FARID (1964) ερμηνεύοντας την αυξημένη συγκέντρωση των γαλακτικών ουσιών στον αδένα τόσο στην απλή υπερτροφία, όσο και στον καρκίνο, ανεξάρτητα του σταδίου, διατύπωσαν την άποψη, ότι ο προστάτης αποτελεί το κυριότερο όργανο γλυκολυτικού μεταβολισμού ακόμη και στην περίπτωση πλήρους αναστολής της εκκρίσεως των κιτρικών, όπως συμβαίνει σε προχωρημένα στάδια καρκίνου του προστάτη.

Κύριο επίσης συστατικό του προστατικού υγρού αποτελούν τα στοιχεία ψευδάργυρος, μαγνήσιος. Οι GYORKEV, MIN, HUFL (1967) έδειξαν με ιστοχημικές μελέτες και με τη μέθοδο της ατομικής απορροφήσεως ότι ο ψευδάργυρος εντοπίζεται στα επιθηλιακά κύτταρα του προστάτη τόσο στο πρωτόπλασμα, όσο και στον πυρήνα. Ο LINDHALMER (1974) παραδέχεται, ότι η πυκνότης του ψευδαργύρου και του Μαγνησίου, στο σπέρμα αποτελεί βασικό στοιχείο για τη σπερματογέννεση. Οι Δημόπουλος, Λυκουρίνας, απέδειξαν ότι ο ψευδάργυρος του σπέρματος μεταβάλλεται στις διάφορες παθήσεις του προστάτη αδένα και υπαινίσσονται, ότι πιθανόν η σπερματογέννεση να επηρεάζεται έμμεσα κατά τις παθήσεις του προστάτη μέσω της πυκνότητος του ψευδαργύρου.

β. Έσω έκκριση.

Η έσω έκκριση του προστάτη μπορεί να θεωρηθεί διπλή : η πρώτη λειτουργία είναι η συμβολή και η ειδική δράση στην μετατροπή της Τεστοστερόνης σε δραστική Διϋδροτεστοστερόνη, 5α Ανδροστόνη - 3α και 17β Διόλη, με τη βοήθεια του ενζύμου 5α-Ρεδουκτάση. Το γεγονός αυτό επιβεβαίωσε την θεωρία των ITO και HORTON (1971), ότι πηγή παραγωγής της Διϋδροτεστοστερόνης είναι τα όργανα στόχοι, όπως ο προστάτης κ.λ.π. Η δεύτερη ενδοκρινική δράση του προστάτη είναι η ρύθμιση της υποφύσεως στην παραγωγή της προλακτίνης. Το 1965 ο ASANO με σειρά πειραμάτων κατάφερε να αποδείξει την επίδραση του προστάτη στη ρύθμιση της εκκρίσεως της προλακτίνης. Ο ερευνητής κατόρθωσε να δείξει ότι 12-15 ημέρες μετά την

ολική προστατεκτομή σε πειραματόζωα αυξήθηκε η τιμή της προλακτίνης στο αίμα. Παρόμοια αύξηση της προλακτίνης της υποφύσεως παρατηρήθηκε και σε πειραματόζωα στα οποία έγινε ορχεκτομή. Στα ίδια πειραματόζωα η ένεση εκχυλίσματος προστάτη μείωσε αισθητά την τιμή της προλακτίνης της υποφύσεως.

Από πρόσφατες εργασίες των LASNITZI, FRANSWORTH (1974) αποδείχθη, ότι το Γαλακτογόνο αυξάνει την δράση των ανδρογόνων πάνω στον προστάτη με αύξηση της ευαισθησίας και της εξαρτήσεως των κυττάρων του στις ανδρογόνες ορμόνες. Η παρατήρηση αυτή ίσως είναι η βάση και το κλειδί της ερμηνείας της καρκτινογενέσεως του προστάτη.

Σε ότι αφορά την έκκριση της όξινης φωσφατάσης αυτή αυξάνει σε περιπτώσεις καρκίνου του προστάτη. Η ταυτόχρονη παρουσία της όξινης φωσφατάσης στο σπέρμα και στο αίμα κατ'άτασσει το ένζυμο σαν προϊόν και των δύο λειτουργιών του αδένου τόσο της έσω, όσο και της έξω εκκρίσεως. Ο προσδιορισμός της στο αίμα αποτελεί δείκτη του καρκίνου του προστάτη και διευκολύνει την πρόγνωση και την παρακολούθηση της εξέλιξης της παθήσεως. Πολλές πληροφορίες δίνει η μέτρηση της όξινης φωσφατάσης στο σπέρμα, όσον αφορά την καλή λειτουργία του αδένου και ως εκ τούτου στη διάγνωση των αιτιών της ανδρικής στειρότητας.

2. Ορμονική εξάρτηση του προστάτη.

Η ιστορική αναδρομή στο βιοχημικό έλεγχο των ενδοκρινών αδένων οδηγεί στο γενικό συμπέρασμα ότι η μελέτη των αδένων αρχίζει ταυτόχρονα με τον έλεγχο και τη μέτρηση των προϊόντων που παράγει ο κάθε αδένος. Για τον

προστάτη συγκεκριμένα η έρευνα άρχισε το 1929 όταν ο SCHERSTEN κατάφερε να μετρήσει τα κιτρικά στο σπερματικό πλάσμα και να διαπιστώσει ακόμη ότι η συγκέντρωση των κιτρικών μεταβάλλεται ανάλογα με την στάθμη των ανδρογόνων στο αίμα.

Πρόσφατα πειράματα του FRANSWORTH (1972) σε ιστοκαλλιέργειες απέδειξαν ότι μικροσώματα της κυτταρικής μεμβράνης και του δικτυωτού σχηματισμού έχουν εξαιρετικά μεγάλη ευαισθησία στα ανδρογόνα, όπως την Διϋδροτεστοστερόνη, την 5α Ανδροστένη-3α, την 17β Διόλη. Προσπάθεια γίνεται σήμερα για να αποδειχθεί αν τα ανδρογόνα έχουν πλειοτροπική δράση πάνω στον προστάτη, επηρεάζοντας τις μεταβολές των κυττάρων του, με δράση διαμέσου του πυρήνα, επί πλέον δε για να διαπιστωθεί ποιά είναι η συμπεριφορά των ανδρογόνων μέσα στο γενικότερο περιβάλλον. Η απάντηση στα ερωτήματα αυτά θα βοηθούσε στην ερμηνεία της θεωρίας των BAULEN, LASHIZKI και ROBEL (1969), οι οποίοι μετά από ιστοκαλλιέργειες κατέληξαν στην καρατήρηση ότι η Διϋδροτεστοστερόνη είναι κατ'έξοχή παράγων, προαγωγής της μετώσεως των κυττάρων του προστάτη, ενώ η Ανδροστανεδιόλη προάγει την έκκριση των κυττάρων και αυξάνει το πάχος των επιθηλιακών κυττάρων των αδένων.

3. Ιστολογία του προστάτη.

Ιστολογικώς ο προστάτης διαιρείται σε δύο περιοχές ή ζώνες : Την έξω ζώνη η οποία συμφύεται στερεώς με την ινώδη κάψα του προστάτη και τον χωρίζει από την

πυελική περιτονία και το φλεβώδες περιπροστατικό πλέγμα, και έσω ζώνη, η οποία περιέχει τους προστατικούς αδένες. Οι προστατικοί λοβοί, ελέχθη, είναι συνεχείς και δεν χωρίζονται ανατομικώς μεταξύ των. Συνίστανται από κυψελίδες, οι οποίες επαλείφονται από κυλινδρικό επιθήλιο και περιβάλλονται (στηρίζονται) με πλούσιο ινομνώδες υπόστρωμα.

Οι αδενικές αυτές κυψελίδες παροχετεύονται με εκφορητικούς πόρους οι οποίοι συνεννούνται εκβάλλουν στην προστατική μοίρα της ουρήθρας (στο έδαφος και στα πλάγια αυτής). Ο προστάτης μαζί με τις σπερματοδόχους κύστεις και τους κωπήρειους αδένες, αποτελεί τα έσω γεννητικά όργανα του άρρενος. Στην προστατική μοίρα της ουρήθρας εκβάλλουν, εκτός από τους προστατικούς αδένες και οι δύο σπερματικοί πόροι εκατέρωθεν του σπερματικού λοφιδίου.

Ο προστάτης συμβάλλει στο 80% της ποσότητας του υγρού κάθε εκσπερμάτισεως. Χάρη στα στοιχεία τα οποία περιέχει, και την αλκαλική του αντίδραση προστατεύει το σπέρμα, το οποίο διαφορετικά θα καταστρεφόταν, μέσα στο όξινο περιβάλλον του γυναικείου κόλπου.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Η καλοήθης υπερτροφία ή αδένωμα του προστάτη είναι η πάθηση που προσβάλλει ένα μεγάλο αριθμό των ανδρών που έχουν περάσει τα 50 χρόνια, χωρίς όμως να αποκλείεται η εμφάνιση της παθήσεως σε μικρότερη ηλικία. Είναι η πιο συνηθισμένη αιτία διαταραχής της ουρήσεως στους άνδρες.

Αιτιολογία

Μετά το 50ό έτος της ηλικίας, πολλοί από τους άνδρες έχουν ψηλαφητό αδένωμα, δεν έχουν όμως όλοι αυτοί σύμπτωμα απόφραξης.

Ακόμα και σήμερα υπάρχει διαφωνία ανάμεσα στους διάφορους μελετητές σχετικά με την αιτιολογία της παθήσεως.

Η μια ομάδα πιστεύει ότι οι ιστοί που προκαλούν την απόφραξη αντιπροσωπεύουν τους υπερπλαστικούς περιουρηθρικούς αδένες, που πιέζοντας τους αληθινούς προστατικούς ιστούς προς την περιφέρεια, σχηματίζουν τη λεγόμενη "χειρουργική προστατική κάψα".

Η δεύτερη ομάδα πιστεύει ότι, οι λοβοί που βρίσκονται κεντρικά του σπερματικού λοφιδίου (δηλαδή οι δύο πλάγιοι και ο υπαυχενικός) υπερπλάσσονται και επιπρόσθετα εισβάλλονται από τους περιουρηθρικούς αδένες, δίνοντας έτσι στους ινομυωματώδεις ιστούς και τα χαρακτηριστικά αδενικά στοιχεία.

Γάντως όλες οι ομάδες ερευνητών φαίνεται να πιστεύουν στην ύπαρξη κάποιας σχέσεως μεταξύ της καλοήθους

προστατικής υπερτροφίας και διαταραχής του ορμονικού ισοζυγίου στον άνδρα.

Από τις διάφορες θεωρίες φαίνεται, ότι η επικρατέστερη είναι η θεωρία του GIL VERNET : Εμβρυογεννητικά, ο προστάτης αποτελείται από δύο τμήματα διαφορετικής προελεύσεως το κεφαλικό και το ουραίο. Και οι δύο αυτές μοίρες βρίσκονται κάτω από την επίδραση διαφόρων ορμονών και συγκεκριμένα των οιστρογόνων στην κεφαλική και των ανδρογόνων στην ουραία. Σύμφωνα με τη θεωρία του GIL VERNET, το αδένωμα έχει σαν αφετηρία το κεφαλικό τμήμα, ενώ αντίθετα, στο ουραίο τμήμα αναπτύσσονται τα καρκινώματα.

Πειράματα σε σκυλιά έχουν δείξει ότι ο ευνουχισμός έχει σαν αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της υπερτροφίας του προστάτη. Το ίδιο έχει περίπου δειχθεί και στους άνδρες που έχουν υποστεί ορχεκτομή πριν από την ήβη, προτού προλάβει να υπερτραφεί ο προστάτης. Αν όμως έχει προηγουμένως αναπτυχθεί προστατικό αδένωμα, η αρχεκτομή ή η χορήγηση οιστρογόνων ορμονών δεν προκαλούν υποστροφή του αδενώματος. Το προστατικό αδένωμα, έχει ορμονική εξάρτηση πιθανόν γι' αυτό παρουσιάζεται στην ηλικία των ανδρών που αρχίζει η κάμψη της σεξουαλικής ζωής και η πτώση των ανδρογόνων στον οργανισμό. Δεν έχει γίνει όμως κατανοητό για ποιό λόγο σ' αυτή την ηλικία σε μερικούς άνδρες παρουσιάζεται το προστατικό αδένωμα και σ' άλλους όχι.

Παθολογία

Η δημιουργία και η αύξηση του περιουρηθρικού αδενώματος αποφράσσει σιγά-σιγά τον αυχένα της κύστης και έτσι διαταράσσει το λεπτό μηχανισμό του.

Μεγαλώνοντας το αδένωμα πιέζει και απωθεί προς τα έξω τον ιστό, του προστάτη αδένου, ο οποίος σιγά-σιγά λεπτύνεται και ατροφεί, για να καταλήξει σε μια λεπτή κάψα (χειρουργική κάψα του προστάτη) που περιβάλλει το αδένωμα και από την οποία αυτό εκπυρηνίζεται με ευκολία κατά την εγχείρηση.

Συνήθως αναπτύσσονται δύο πλάγιοι και ένας μέσος λοβός του αδενώματος. Οι παραπάνω λοβοί δεν αναπτύσσονται πάντα ομοιόμορφα, γι' αυτό η ουρήθρα που παρασύρεται απ' αυτούς επιμηκύνεται, παθαίνει σκολίωση, αυξάνει η προσθιοπίσθια διάμετρος της και χάνει την ελαστικότητά της.

Επειδή η αύξηση του προστατικού αδενώματος δυσκολεύει την αποχέτευση των ούρων, η κύστη για να υπερνικήσει το εμπόδιο υπερτρέφεται και έτσι μπορεί το μυϊκό της τοίχωμα να φθάσει σε πάχος 2 εκ. και περισσότερο.

Στο τοίχωμα της κύστης δημιουργείται δοκίδωση, υπερτροφία του κυστικού τριγώνου, ψευδοκολπώματα, ακόμα και κολπώματα.

Μετά την υπερτροφία του κυστικού μυός, εφόσον δεν αντιμετωπισθεί το κώλυμα, η κύστη αρχίζει να διατείνεται και να λεπτύνεται, να ατονεί και να μην μπορεί να βγάλει όλο το περιεχόμενό της.

Μετά την ούρηση μια ποσότητα των ούρων, στην αρχή μικρή και ύστερα μεγάλη, παραμένει μέσα σ' αυτή "Υπόλειμμα ούρων".

Από τις παραπάνω αλλοιώσεις δυσχεραίνεται η προώθηση των ούρων από τους ουρητήρες και έτσι αρχίζουν οι επιπτώσεις της στάσης στους ουρητήρες και στο πυελοκαλυκτικό.

Το βάρος του αδενώματος κυμαίνεται συνήθως από 20 έως 60 γρ., μπορεί όμως να φθάσει και μέχρι 300-400γρ., χωρίς όμως να υπάρχει συσχέτιση του μεγέθους με τα συμπτώματα.

Μικροσκοπικά φαίνεται ότι η υπερπλασία αφορά σε διαφορετικό βαθμό τον αδενικό, το μυϊκό και τον ινώδη ιστό γι' αυτό και έχουμε διαφόρων τύπων υπερπλασίες.

Τα επιθηλιακά κύτταρα είναι υψηλά, κυλινδρικά, μπορεί όμως να σχηματίζουν και θηλές. Πρόκειται επομένως για αδenoϊνομώματα με προεξάρχοντα ιστό τον αδενικό.

ΕΞΕΛΙΞΗ

Η υπερτροφία του προστάτου διαταράσσει το φυσιολογικό μηχανισμό της ουρήσεως με το να αποφράσσει τον κυστικό αυχένα σταδιακά και να διαταράσσει τους μηχανισμούς που προκαλούν διάνοιξη του κυστικού στομίου προς την ουρήθρα. Στην αρχή, το τοίχωμα της κύστεως και ο εξωστήρας μυς της, για να υπερνικήσουν το εμπόδιο που προκαλεί το αδένωμα, υπερτρέφονται και οι υπερτροφικές μυϊκές δεσμίδες, παρουσιάζονται κυστεοσκοπικώς σαν δοκίδες κάτω από το βλεννογόνο, με ψευδοεγκολπώματα του κυστικού βλεννογόνου. Έτσι σχηματίζεται η "δοκιδωτή κύστη ή κύστη εκ προσπάθειας". Στη φάση αυτή της μεγάλης ενδοκυστικής πίεσεως, μπορεί να σχηματισθούν τα πραγματικά εγκολπώματα, διαφορετικού κάθε φορά μεγέθους.

Μέχρι το σημείο αυτό, ο εξωστήρας μυς κατορθώνει και υπερνικάει το κώλυμα, με κύριες κλινικές εκδηλώσεις τη συχνουρία και νυκτουρία, ποικίλλου βαθμού, και τη δυσουρία. Με την πάροδο όμως του χρόνου ο εξωστήρας κάμπτεται, οι μυϊκές ίνες ατροφούν και το τοίχωμα της κύστεως ατονεί. Αποτέλεσμα αυτών είναι η κύστη να μην αδειάζει τελείως μετά από κάθε ούρηση και να παραμένει σ' αυτή υπόλειμμα ούρων. Το υπόλειμμα των ούρων μεγαλώνει σιγά-σιγά, μπορεί να ξεπεράσει τη φυσιολογική χωρητικότητα της κύστεως και να φθάσει τα 2-3 λίτρα (χρόνια επίσχεση). Κλινική εκδήλωση στο στάδιο αυτό είναι η ψευδοκράτεια ή ακράτεια εξ υπερπληρώσεως.

Η υπερτροφία δεν αφορά μόνο των εξωστήρα μυ της κύστεως αλλά και το σύμπλεγμα τριγώνου - κυστικής μοίρας των ουρητήρων. Έτσι γίνεται μια έλξη προς τα κάτω της ενδοκυστικής μοίρας των ουρητήρων, παρεμποδίζοντας μ' αυτόν τον τρόπο, την κάθοδο των ούρων από τα νεφρά. Η παρεμπόδιση αυτή αυξάνεται με το υπόλειμμα των ούρων στη κύστη που έλκει και αυτό προς τα κάτω την ενδοκυστική μοίρα των ουρητήρων. Όλα αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα την ουρητηροπύλεο - καλυκική διάταση αμφοτεροπλεύρως με απώτερο αποτέλεσμα την υδρονέφρωση, ατροφία του νεφρικού παρεγχύματος από τη διάταση, και τη νεφρική ανεπάρκεια. Η στάση των ούρων ευνοεί γενικά την ανάπτυξη φλεγμονής και ανιούσας μόλυνσεως των νεφρών που επιδεινώνεται και από την πιθανή κυστεονεφρική παλινδρόμηση των ούρων, λόγω της χρόνιας κυστικής διατάσεως, και έτσι μπορεί να αναπτυχθεί πνελονεφρίτιδα. Η παρουσία μικροοργανισμών που διασπούν την ουρία, όπως,

ο πρωτέας, μπορεί να συμβάλλει στο σχηματισμό λίθων. Ο καθητηριασμός της κύστεως ή ακόμα και η προστατεκτομή - ελαττώνει την υπερτροφία του συμπλέγματος τριγώνου - ενδοκυστικής μοίρας των ουρητήρων και την έλξη των τελευταίων, με αποτέλεσμα την ελάττωση της παρεμποδίσεως της καθόδου των ούρων από τους νεφρούς προς την κύστη, και έτσι μειώνεται σταδιακά η υδρονέφρωση και η ουραιμία.

Επιπτώσεις

Η υπερτροφία του αδένος προκαλεί απόφραξη του αυχένος της κύστεως και απ'αυτό διαταρράσσεται ο μηχανισμός της ουρήσεως, έτσι έχουμε την "δίκην χοάνης" διάνοιξη και βράχυνση της οπίσθιας ουρήθρας. Με την υπερτροφία του προστάτη η οπίσθια ουρήθρα επιμυκίνεται. Η ουροδόχος κύστη κατ'αρχήν λόγω της αυξημένης ουρηθρικής αντιστάσεως εμφανίζει υπερτροφία του τοιχώματος με ψευδοεγκολπώματα. Δεν υπάρχει σχέση μεταξύ μεγέθους αδενώματος και βαθμού υπερτροφίας του τοιχώματος της κύστης και συμπτωμάτων.

Ειδικότερα η υπερτροφία του τοιχώματος της κύστης έχει ως αποτέλεσμα :

1. το σχηματισμό ψευδοεγκολπωμάτων οφειλομένων σε υπερτροφία των μυϊκών ινών.
2. Την υπερτροφία του τριγώνου και της μεσοουρηθρικής πτυχής.
3. Το σχηματισμό εγκολπωμάτων. Αυτά σχηματίζονται ως αποτέλεσμα της αυξημένης ενδοκυστικής πίεσης λόγω

της αντιστάσεως της ουρήθρας. Η αυξημένη πίεση αναγκάζει τον βλεννογόνο να διέλθη μεταξύ των μυϊκών ινών, ο οποίος στο τέλος σχηματίζει εκκολπωματώδη σάκκο, στον περικυστικό χώρο. Το εκκόλπωμα μετά απ' αυτό στερείται μυϊκού τοιχώματος και αδυνατεί να εκκενώσει τα ούρα προς την κύστη. Εκτός αυτού, στο σημείο εξόδου του βλεννογόνου οι διπλανές μυϊκές ίνες σχηματίζουν ένα είδος σφιγκτήρα, ο οποίος προβάλλει αντίσταση. Τα ούρα παραμένουν στο εκκόλπωμα, η στάση δε αυτή προδιαθέτει φλεγμονή.

Στη συνέχεια το τοίχωμα της κύστης, λόγω αδυναμίας περαιτέρω υπερτροφίας, ατονεί και οι μυϊκές ίνες ατροφούν. Αποτέλεσμα είναι η παραοχή υπολλείματος ούρων στην κύστη.

Η υπερτροφία του τριγώνου δημιουργεί αυξημένη αντίσταση στην διέοδο των ούρων από τα νεφρά προς την κύστη με αποτέλεσμα το σχηματισμό υδροουρητήρος και υδρονεφρώσεως. Η αυξημένη αντίσταση είναι αποτέλεσμα της μεγαλύτερης έλξεως της ενδοκυστικής μοίρας του ουρητήρος προς τα κάτω με αποτέλεσμα επιμήκυνση και σμίκρυνση του αυλού.

Η αύξηση της αντίστασης στο σχηματισμό υδροουρητήρος υποβοηθείται επίσης από την μετατόπιση και πίεση των κυστικών ουρητηρικών στομίων υπό του αδενώματος. Η κατακράτηση ούρων στην κύστη έχει σαν αποτέλεσμα την ανάπτυξη φλεγμονής τόσο στην κύστη όσο και στους νεφρούς.

Παθολογική ανατομική

Ο προστάτης στα νεαρά άτομα μοιάζει με μήλο, η φλούδα του οποίου αντιστοιχεί στην αληθινή κάψα του. Αντίθετα, η υπερτροφία του προστάτου μοιάζει με πορτοκάλι, η χονδρή φλούδα του οποίου αντιστοιχεί στην "χειρουργική κάψα του" που δεν είναι τίποτε άλλο παρά ο πραγματικός αδένας που πιέζεται προς την περιφέρεια από το προστατικό αδένωμα. Γι' αυτό και η χειρουργική αποκόλληση του αδένου είναι σχεδόν αδύνατη στα νεαρά άτομα, ενώ στην υπερτροφία, η αποκόλληση του αδενώματος είναι σχεδόν πάντα εύκολη.

Ο καλοήθης όγκος μεγαλώνοντας σιγά-σιγά, απωθεί το φυσιολογικό αδένου προς τα κάτω και πλάγια. Από την πίεση αυτή ο πραγματικός αδένας ατροφεί και έτσι το αδένωμα χωρίζεται από τον αδένου με μια λεπτή κάψα που επιτρέπει την εύκολη εκπυρήνυσή τους. Το αδένωμα αποτελείται συνήθως από τρεις λοβούς, τους δύο πλάγιους, που είναι και μεγαλύτεροι και προβάλλουν προς το ορθό, και ένα μικρότερο, που προβάλλει στην κύστη (υπαυχενικός). Οι λοβοί αυτοί αν παραδεχτούμε την άποψη, ότι η υπερπλασία προέρχεται από τους περιουρηθρικούς αδένες, δεν έχουν καμία σχέση με τους ανατομικούς λοβούς του προστάτη. Το αδένωμα δεν αποκλείεται να αποτελείται μόνο από δύο λοβούς και πολύ σπανιότερα να είναι μονόλοβο. Το βάρος του κυμαίνεται από λίγα γραμμάρια, μέχρι πάνω από 300 GR με συνηθισμένο βάρος 30-60 GR.

Καθώς το αδένωμα μεγαλώνει, προκαλεί παραμορφώσεις της ουρήθρας (επιμήκυνση, σκολίωση και ελάττωση της ε-

λαστικότητα της) καθώς και του κυστικού αυχένα.

Η ιστολογική υφή του είναι αδено-ινο-μύωμα, με προεξάρχοντα ιστό τον αδενικό.

Κλινική εικόνα

Οι διαταραχές της ουρήσεως είναι η πρώτη κλινική εκδήλωση του αδενώματος, χωρίς όμως η βαρύτητα των διαταραχών αυτών να είναι συνάρτηση του μεγέθους του αδενώματος. Μπορεί δηλαδή ένα μεγάλο αδένωμα να μη δίνει καθόλου ή ελαφρά μόνο δυσουρικά ενοχλήματα, ενώ ένας μικρός μέσος λοβός να προκαλέσει και τέλεια επίσχεση των ούρων. Στην αρχή η ούρηση γίνεται δύσκολα, η ακτίνα των ούρων σιγά-σιγά ελαττώνεται και μπορεί να φθάσει η ούρηση να γίνεται κατά σταγόνες.

Η δυσουρία είναι από τα πρώτα συμπτώματα και παρουσιάζεται σαν επιβράδυνση στην έναρξη της ουρήσεως ή σαν παρατεταμένη και διακοπτόμενη ούρηση.

Η συχνουρία παρουσιάζεται μαζί με τη δυσουρία. Στην αρχή εμφανίζεται τη νύχτα (νυκτουρία), ενώ αργότερα και την ημέρα. Στα ενοχλήματα αυτά, δηλαδή τη δυσουρία, συχνουρία και νυκτουρία, ο προστατικός άρρωστος, λόγω της μακρόχρονης εξελίξεως, προσαρμόζεται σε τέτοιο βαθμό, ώστε να τα θεωρεί φυσιολογικά.

Η πάθηση μπορεί ακόμα να εκδηλωθεί με μια από τις παρακάτω επιπλοκές της όπως :

1. Την οξεία επίσχεση των ούρων. Είναι η πιο συνηθισμένη επιπλοκή της υπερτροφίας του προστάτη και συνήθως ακολουθεί ένα στάδιο παροξύνσεως των ενοχλημάτων,

χωρίς όμως να αποκλείεται να εμφανισθεί και εντελώς ξαφνικά. Ο άρρωστος έχει έντονη επιθυμία να ουρήσει, αισθάνεται δυνατό πόνο στην υπερηβική χώρα και κλινικώς η κύστη ψηλαφείται επώδυνη και γεμάτη ούρα.

2. Τη χρόνια επίσχεση των ούρων : Στη φάση αυτή η ένταση της δυσουρίας ελαττώνεται μεγάλώνει όμως η συχνουρία και πολλές φορές ο άρρωστος χάνει ούρα, χωρίς να το καταλαβαίνει (ψευδοακράτεια, ή ακράτεια από υπερπλήρωση). Ο άρρωστος δεν πονάει και στην κλινική εξέταση η κύστη είναι ανώδυνη και ψηλαφείται γεμάτη ούρα μέχρι, καμιά φορά, το ομφαλό.

3. Την οξεία ή χρόνια ουρολοίμωξη: Αυτή είναι αποτέλεσμα της στάσεως των ούρων και παρουσιάζεται με καυσουρία διαφόρου βαθμού μαζί με τη δυσουρία και συχνουρία. Πολλές φορές εμφανίζεται και πυρετός με ρίγη (λόγω μόλυνσεως του προστάτου ή του νεφρού).

4. Την ουραιμία : Προέρχεται από τη χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, που έχει σαν αιτίες τη χρόνια στάση των ούρων και την αμφοτερόπλευρη υδρονέφρωση.

5. Την αιματοουρία : Είναι αρχική ή τελική, διαφορετικής ποσότητας και προέρχεται από ρήξη διατεταμένων φλεβών. Χρειάζεται όμως μεγάλη προσοχή για να αποφανθούμε ότι μια αιματοουρία έχει προστατική προέλευση. Η δακτυλική εξέταση που θα οδηγήσει στη διάγνωση του προστατικού αδενώματος δεν αποκλείει μια νεοπλασία στην κύστη, στον ουρητήρα ή στους νεφρούς που μπορεί να συνυπάρχει με το αδένωμα.

Διάγνωση

Η διάγνωση επιτυγχάνεται σχετικά εύκολα με το λεπτομερές ιστορικό του αρρώστου, την κλινική εξέταση, τον εργαστηριακό και ακτινολογικό έλεγχο.

α. Το ιστορικό παίρνεται από τον ίδιο τον άρρωστο, από τα μέλη της οικογένειάς του ή από άλλους γνωστούς του. Στο ιατρικό δελτίο αναφέρεται :

- η ηλικία
- η εποχιακή κατάσταση - οξεία κατακράτηση ούρων συμβαίνει συχνότερη μετά από έκθεση στο ψύχος
- Εκτίμηση κατάστασης θρέψης - τα φαγητά που έχουν μπαχαρικά και το οινόπνευμα μπορεί να προκαλέσουν οξεία συμφόρηση των υπερτροφικών λοβών.
- Ο χρόνος τελευταίας ούρησης.
- Το σχήμα ούρησης και χαρακτηριστικά των ούρων, δυσκολία στην έναρξη και διατήρηση της ροής των ούρων, ή ελάττωση της διαμέτρου τους. Συχνότητα, ανάγκη για ούρηση, νυκτερινή ούρηση, αιματουρία και ούρηση που προκαλεί αίσθημα καύσου.
- Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ασθενούς και
- Η προηγούμενη κατάσταση υγείας - εισαγωγή σε νοσοκομεία και χειρουργικές επεμβάσεις.

Το ιστορικό, το είδος των ενοχλημάτων, ο χρόνος και ο τρόπος, με τον οποίο εγκαταστάθηκαν και η ηλικία των αρρώστων μας προσανατολίζουν στη διάγνωση.

β. Η κλινική εξέταση περιλαμβάνει :

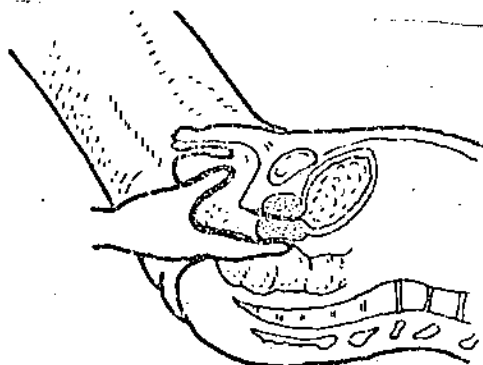
1. Την παρακολούθηση του τρόπου που ο άρρωστος ουρεί.
Πρέπει να γίνεται πάντοτε για να διαπιστωθεί η ύπαρξη και ο βαθμός δυσουρίας, όπως και η ποσότητα και η ποιότητα των αποβαλλόμενων ούρων.
2. Την ψηλάφηση και επίκρουση της υπερηβικής χώρας ύστερα από την ούρηση, για να ελεγχθεί αν υπάρχει υπόλλειμα ούρων.
3. Την ψηλάφηση των νεφρών. Με την ψηλάφηση στις νεφρικές χώρες μπορούμε να αποκαλύψουμε αν υπάρχει μεγάλη υδρονέφρωση και αν οι νεφροί φλεγμαίνουν και είναι επώδυνοι.
4. Τη δακτυλική εξέταση. Εκείνο όμως που βοηθάει πολύ στη διάγνωση είναι η δακτυλική εξέταση. Αυτή μπορεί να γίνει με τον άρρωστο σε γονατοαγκωνιαία ή σε ύπτια θέση με τα σκέλη ελαφρά διπλωμένα.

Με τη δακτυλική εξέταση σε ύπτια θέση μπορούμε, βάζοντας το αριστερό χέρι υπερηβικά, να ψηλαφίσουμε την ενδοκυστική προβολή του προστατικού αδενώματος και να προσδιορίσουμε με μεγαλύτερη ακρίβεια το μέγεθός του. Ακόμα μπορούμε να εκτιμήσουμε περίπου την ποσότητα των υπολειπόμενων ούρων μέσα στην κύστη, αν υπάρχουν.

Κατά τη δακτυλική εξέταση, ο προστάτης ψηλαφιέται διογκωμένος, ομαλός, ανώδυνος, μπορεί να είναι μεγάλος με σαφή όρια, χωρίς να είναι σκληρός. (Η σύστασή του αδενώματος μοιάζει με μπάλα τένις).

Σε ορισμένες περιπτώσεις προβάλλουν δύο λοβοί, που αφήνουν μεταξύ τους μια αύλακα, άλλοτε όμως παρουσιάζεται σαν μια ομαλή διογκωση χωρίς αύλακα.

Υπάρχουν όμως περιπτώσεις που κατά την ψηλάφηση δε διαπιστώνεται προστατικό αδένωμα, παρόλο ότι υπάρχουν συμπτώματα. Αυτό γίνεται, γιατί μπορεί να αναπτυχθεί μόνο ένας μέσος ενδοκυστικός λοβός ή ένα μικρό ενδοουρηθρικό αδένωμα, που είναι αδύνατο να αποκαλυφθούν με τη δακτυλική εξέταση.



Δακτυλική εξέταση του προστάτη.
Σχηματική παράσταση.

γ. Εργαστηριακός έλεγχος

Η εξέταση αίματος συνήθως είναι φυσιολογική, εκτός αν η νεφρική λειτουργία έχει επηρεασθεί, οπότε παρατηρείται ουραιμία και αύξηση της κρεατινίνης του αίματος.

Σε περίπτωση οξείας επισχέσεως είναι δυνατό να παρατηρηθεί και λευκοκυττάρωση.

Η γενική ούρων μπορεί να είναι φυσιολογική, μπορεί όμως να διαπιστωθούν πυοσφαίρια, εφόσον υπάρχει λοίμωξη, μικρόβια και ερυθρά αιμοσφαίρια.

δ. Ακτινολογικός έλεγχος

Με την απλή ακτινογραφία μπορούμε να δούμε το περίγραμμα των νεφρών και αν υπάρχουν θετικές σκιές από λίθους κατά μήκος του ουροποιητικού.

Με την ενδοφλέβια ουρογραφία, ελέγχεται η λειτουργική κατάσταση των νεφρών και η ύπαρξη ή όχι διατάσεως της αποχετευτικής μοίρας. Η τελική μοίρα των ουρητήρων στην υπερτροφία του προστάτη έχει συνήθως αγκιστροειδή μορφή. Η παραμόρφωση αυτή θεωρείται παθολογικό σημείο.

Με την κυστεογραφία που παίρνουμε όταν η σκιαγραφική ουσία μαζευτεί στην κύστη, φαίνεται το περίγραμμα της κύστης, αν είναι ομαλό ή δαντελωτό, αν υπάρχει προστατικό εντύπωμα, μικρό ή μεγάλο, αν υπάρχει απόθεση του εδάφους της κύστης προς τα πάνω, οπότε τα τελικά τμήματα των ουρητήρων απωθούνται προς τα πάνω και παίρνουν σχήμα άγκιστρου.

Αν υπάρχει μεγάλο προστατικό αδένωμα, αυτό παρεμβάλλεται μεταξύ του εδάφους της κύστης και των ηβικών οστών και έτσι η κύστη απέχει πολύ από την ηβική σύμφυση. Λόγω με το κυστεόγραμμα που παίρνουμε, μπορούμε να δούμε αν υπάρχουν, ψευδοκολπώματα ή και κολπώματα της κύστης.

Αν βάλουμε τον άρρωστο να ουρήσει και αμέσως μετά την ούρηση πάρουμε μια ακτινογραφία, μπορούμε να δούμε αν υπάρχει υπολειπόμενο, να προσδιορίσουμε ακόμα περίπου και την ποσότητά του.

Κυστεοσκόπηση

Η κυστεοσκόπηση πρέπει να εκτελείται αμέσως πριν από την επέμβαση. Με την κυστεοσκόπηση ή καλύτερα με την πανδεσκόπηση μπορούμε να πάρουμε πληροφορίες για το βαθμό της διάγνωσης των προστατικών λοβών, για τις δευ-

τεροπαθείς μεταβολές του κυστικού τοιχώματος (δοκίδωση, κολπώματα, φλεγμονή), να αποκαλύψουμε τυχόν συνυπάρχουσες καταστάσεις (λιθίαση, νεοπλασία) και να προσδιορίσουμε ακόμα σε μερικές καταστάσεις, αν υπάρχει ή όχι νεφρική ανεπάρκεια (χρωματομετρία).

Όταν υπάρχει νεοπλασία, αυτή θα πρέπει να αντιμετωπισθεί αποφεύγοντας την προστατεκτομή, επειδή απορροφούνται καρκινικά κύτταρα.

Τελευταία χρησιμοποιείται η υπερηχογραφία μέσω του ορθού για την ακριβή εκτίμηση του μεγέθους του προστατικού αδενώματος.

Διαφορική διάγνωση

Αυτή θα γίνει :

1. Από τον καρκίνο του προστάτη. Στη δακτυλική εξέταση ψηλαφιέται σκληρία, με τη μορφή ενός ή περισσότερων όζων ή και διάχυτη, που μεταβάλλει τον προστάτη σε σκληρή μάζα χωρίς σαφή όρια.

Βέβαια, η δακτυλική εξέταση δεν είναι απόλυτη για να οδηγήσει στη διάγνωση, γι' αυτό και καταφεύγουμε στη βιοψία που θα κάνει τη διάγνωση του καρκινώματος.

2. Από τη νευρογενή κύστη, που μπορεί να παρουσιάσει τις ίδιες περίπου δυσκολίες στην ούρηση. Το ιστορικό τραυματισμού της σπονδυλικής στήλης, σακχαρώδους διαβήτου, λήψεως σπασμοαναλγητικών και ηρεμιστικών σκευασμάτων και το ιστορικό συστηματικής νόσου (π.χ. πολλαπλής σκληρύνσεως κ.λ.π.) μπορεί να βοηθήσει τη διόγκωση. Η διάγνωση επικυρώνεται με τον ουροδυναμικό έλεγχο.

3. Από την προστατίτιδα. Η σύσπαση του κυστικού αυχένα από χρόνια προστατίτιδα, μπορεί να προκαλέσει τα ίδια συμπτώματα με την υπερτροφία του προστάτου.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις αναμένεται συνήθως η ύπαρξη ενός οζώδους ή ινώδους προστάτου με τη δακτυλική εξέταση, η έκκριση του οποίου μπορεί να περιέχει πύο.

Στην παραμικρή αμφιβολία πάντως πρέπει να γίνει βιοψία του αδενώματος.

4. Την οξεία προστατίτιδα. Εδώ υπάρχουν οξεία συμπτώματα τα οποία μας επιτρέπουν τη διαφορική διάγνωση της παθήσεως αυτής.

5. Από το σάρκωμα του προστάτου που αναπτύσσεται συνήθως στα νεαρά άτομα. Η πάθηση είναι πολύ σπάνια, τα συμπτώματα είναι τα ίδια με της υπερτροφίας του προστάτου και ψηλαφητικά ο όγκος είναι μεγάλος, μαλακός ή σκληρός στην προστατική περιοχή.

6. Από τη σκλήρυνση του αυχένα της κύστεως. Η δακτυλική εξέταση στην περίπτωση αυτή είναι αρνητική, η κυστεογραφία δε θα δείξει προστατικό εντύπωμα και η ουρηθροστεοσκόπηση θα κάνει τη διάγνωση.

7. Από τα στενώματα της ουρήθρας. Το ιστορικό (ουρηθρίτιδες) και κυρίως ουρηθρογραφία και ουρηθροκυστεοσκόπηση επιβεβαιώνουν τη διάγνωση.

8. Από το λίθο της κύστεως όπου υπάρχουν τα ίδια σχεδόν προβλήματα ουρήσεως. Η απότομη όμως διακοπή της ουρήσεως που συνεχίζεται σε λίγο με την αλλαγή στάσεως του αρρώστου, η έντονη καυσουρία και τέλος ο ακτινολογικός και κυστεοσκοπικός έλεγχος πιστοποιούν εύκολα την πάθηση.

9. Λήψη ηρεμιστικών. Ορισμένα φάρμακα, όπως οι γαγγλιονικοί αναστολείς και τα παρασυμπαθητικολυτικά φάρμακα, που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του πεπτικού έλκους και την υπέρταση, μειώνουν τη δύναμη συστολής του εξωστήρα και προκαλούν δυσουρικά ενοχλήματα. Σε περιπτώσεις που υπάρχει, έστω και μικρό προστατικό αδένωμα, είναι δυνατό να προκαλέσουν ακόμα και επίσχεση.

Επιπλοκές

Η απόφραξη δημιουργεί στάση των ούρων, η οποία τις περισσότερες φορές επιπλέκεται με λοίμωξη (κυστίτιδα). Αυτή μπορεί να αφορά την κύστη, τους νεφρούς ακόμα και τον προστάτη. Από τον προστάτη η φλεγμονή μπορεί να επεκταθεί στις επιδιδυμίδες. Στην κύστη μπορούν να δημιουργηθούν λίθοι και κολκώματα.

Στους νεφρούς είναι δυνατό να δημιουργηθεί υδρονέφρωση και νεφρική ανεπάρκεια. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να παρουσιαστεί μαζική αιματουρία.

Θεραπεία

Σ' αυτή περιλαμβάνεται η θεραπεία των επιπλοκών και η θεραπεία της παθήσεως.

Στην οξεία επίσχεση γίνεται καθετηριασμός εκκενωτικός και αντιφλεγμονώδης αγωγή. Αν η ούρηση δεν αποκατασταθεί τοποθετείται μόνιμος καθετήρας.

Στη χρόνια επίσχεση, αν έχει διαταραχθεί η νεφρική λειτουργία, από την αμφοτερόπλευρη υδρονέφρωση, τοποθετείται μόνιμος καθετήρας, αφού αδειάσει σταδιακά η κύστη, για να αποφευχθεί η αιματουρία που μπορεί να γίνει

από απότομο άδειασμα της κύστεως, και οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, που μπορεί να προκύψουν από τη μεγάλη διούρηση. Περιμένουμε τη βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας, για να χειρουργηθεί ο άρρωστος κάτω από καλύτερες συνθήκες. Δεν αποκλείεται όμως επέμβαση σε χρόνια επίσχεση, χωρίς να προηγηθεί μόνιμος καθετήρας, αν το υπόλλειμα των ούρων δεν είναι πολύ μεγάλο και η νεφρική λειτουργία δεν έχει πολύ διαταραχθεί.

Στην αιματουρία, αν αυτή είναι μικρή συνιστάται η λήψη άφθονων υγρών και χορηγείται αντιφλεγμονώδης αγωγή. Σε μεγάλη αιματουρία με αιματοκύστη, γίνονται πλύσεις της κύστεως, για να αφαιρεθούν τα αιμοπήγματα, και χορηγούνται υγρά και αίμα αν χρειάζεται. Μπορεί να γίνει ακόμα και επείγουσα αδενομεκτομή, αν η αιμορραγία δεν ελέγχεται συντηρητικά. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονισθεί ότι πρέπει να αποκλειστεί η ύπαρξη νεοπλασίας του ουροποιητικού ή άλλης συστηματικής παθήσεως προτού καταλήξει κανείς στο συμπέρασμα ότι η αιμορραγία προέρχεται από τον προστάτη.

Τη θεραπεία του προστατικού αδενώματος τη διακρίνουμε σε συντηρητική και χειρουργική.

Συντηρητική θεραπεία συνίσταται κυρίως στις περιπτώσεις στις οποίες δεν υπάρχει υπόλλειμα ούρων και νεφρική βλάβη ή σε περιπτώσεις που λόγω κακής γενικής καταστάσεως δεν μπορούν να υποβληθούν σε εγχείρηση.

Η συντηρητική θεραπεία συνίσταται στην υπόδειξη λήψεως πολλών υγρών, στην αποφυγή παρατεταμένης κατακλίσεως και καθιστικής ζωής, και παρατεταμένων ταξιδιών που

αναγκάζουν τον άρρωστο να αναβάλλει την ούρηση. Επίσης την αποφυγή δυσκοιλιότητας, οινοπνευματωδών και πλουσίων σε θερμίδες γευμάτων. Συνιστάται ακόμα η λήψη αντιφλεγμονωδών και αντισηπτικών των ουροφόρων οδών σε φάσεις εξάρσεως των ενοχλημάτων, ρύθμιση των κενώσεων του εντέρου και τακτικές σεξουαλικές επαφές προς αποφυγή συμφόρησης του αδένος.

Κατά καιρούς έχουν χορηγηθεί οιστρογόνα και ανδρογόνα, και συνδυασμός ανδρογόνων - οιστρογόνων.

Η ορνοθεραπεία όμως δίνει φτωχά αποτελέσματα και μπορεί να έχει παρενέργειες.

Ενδείξεις χειρουργικής θεραπείας

Τα κριτήρια για τη χειρουργική θεραπεία είναι συνήθως τα εξής :

- α. Επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας λόγω της αποφράξεως, με ακτινολογική επιβεβαίωση.
- β. Ένταση των συμπτωμάτων που ενοχλούν τον άρρωστο.
- γ. Οξεία επίσχεση που υποτροπιάζει.
- δ. Λιθίαση και εκκολπώματα της κύστεως.
- ε. Προοδευτική και βαθμιαία αύξηση του υπολείμματος των ούρων.
- στ. Αιματοουρία που επιμένει και υποτροπιάζει και
- ζ. Λοίμωξη που υποτροπιάζει.

Η χειρουργική θεραπεία έχει σαν σκοπό την αποκατάσταση της φυσιολογικής ουρήσεως. Έχουν επινοηθεί διάφορες μέθοδοι χειρουργικής προσπελάσεως του αδενώματος που αποβλέπουν στην ελάττωση των επιπλοκών κατά ή και μετά την εγχείρηση (ιδιαίτερα της αιμορραγίας) στην πιο γρήγορη κινητοποίηση του αρρώστου, στην ελάττωση του

χρόνου παραμονής του καθετήρα και στην ελάττωση του χρόνου νοσηλείας.

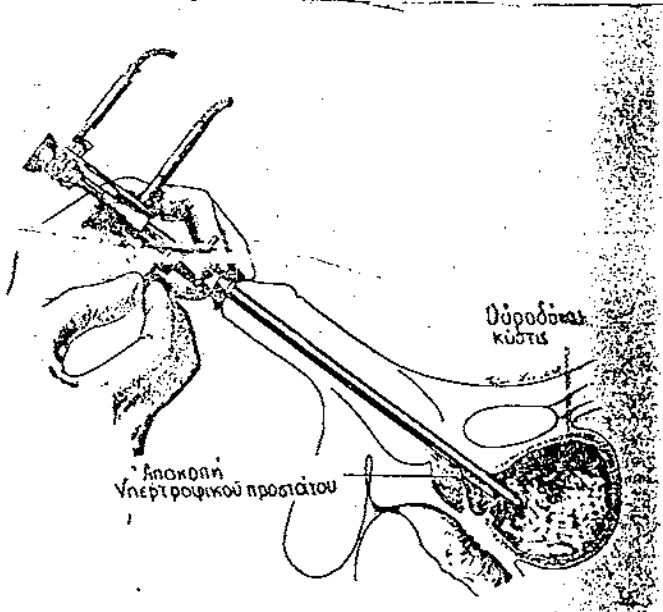
Η χειρουργική μέθοδος εκλογής εξαρτάται από :

1. το μέγεθος του αδένος
2. τη θέση του αδένος
3. την ηλικία του ασθενούς
4. τη γενική κατάσταση του ασθενούς και
5. την παρουσία άλλων νόσων.

Η χειρουργική θεραπεία ακολουθεί πέντε μεθόδους χειρουργικής προσπελάσεως. Την διουρηθρική, την υπερηβική διακυστική προστατεκτομή, την οπισθοηβική, εξωκυστική προστατεκτομή, κατά MILLIN, την περινεϊκή προστατεκτομή και την κρυοχειρουργική.

1. Διουρηθρική προστατεκτομή

Με ειδικό μηχάνημα, τον ηλεκτροτόμο, τον οποίο βάζουμε από την ουρήθρα, βλέποντας το αδένωμα, το αφαιρούμε σιγά-σιγά σε φέτες και συγχρόνως κάνουμε αιμόσταση.

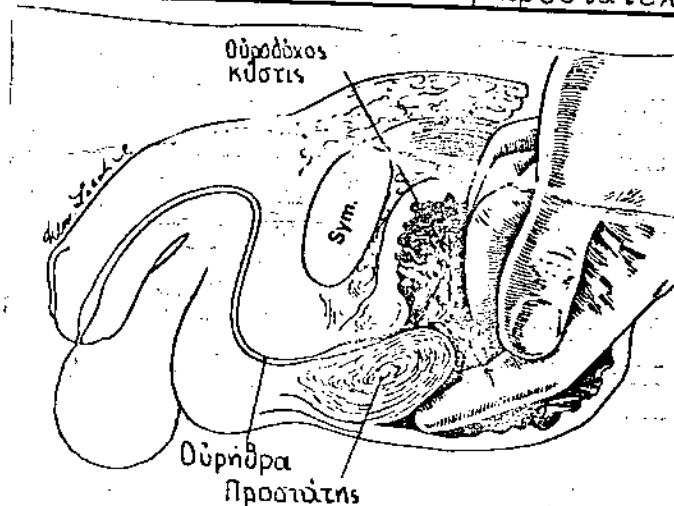


Διουρηθρική προστατεκτομή

Είναι μέθοδος που συνεχώς κατακτά έδαφος, χρειάζεται όμως μεγάλη πείρα του ουρολόγου και πρέπει να διαλέγονται οι περιπτώσεις που θα εφαρμοσθεί, π.χ. όταν δεν είναι πολύ μεγάλο το προστατικό αδένωμα, όταν είναι επιβαρυμένη η γενική κατάσταση του αρρώστου και δεν μπορεί να γίνει άλλη επέμβαση κ.λ.π.

Σε όλες τις παραπάνω μεθόδους η θνησιμότητα δεν είναι μεγαλύτερη του 1-2%. Μετεγχειρητικά τις πιο πολλές φορές διατηρείται η σεξουαλική ικανότητα.

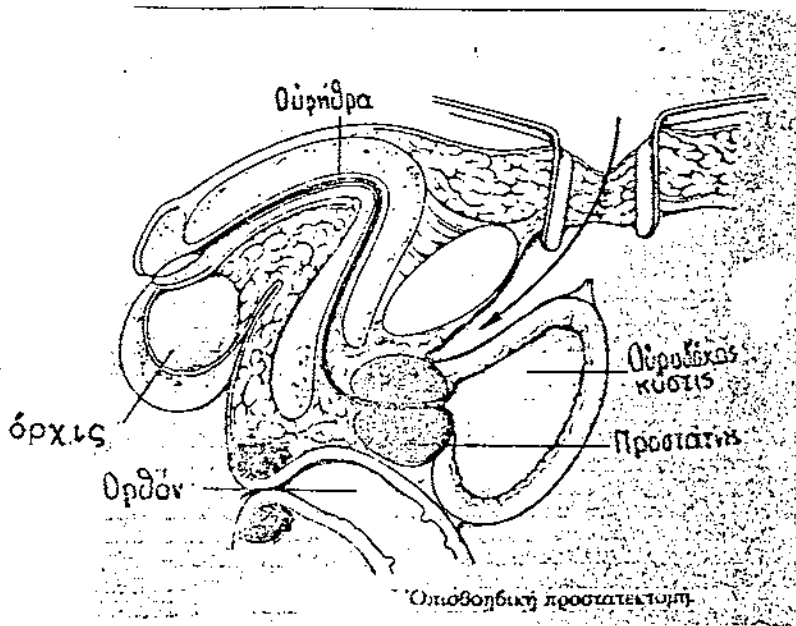
2. Υπερηβική διακυστική προστατεκτομή



Υπερηβική προστεκτομή

Γίνεται διάνοιξη των τοιχωμάτων υπερηβικά και μετά τη διάνοιξη της κύστης γίνεται εκπυρήνιση του προστατικού αδενώματος. Μετά την αφαίρεση του αδενώματος βάζουμε αιμοστατικές ραφές για την κατάπαυση της αιμορραγίας, τοποθετείται μέσω της ουρήθρας καθετήρας στην κύστη και στη συνέχεια συγλιεύεται η κύστη και τα κοιλιακά τοιχώματα. Είναι μια παλιά μεθοδος, στην οποία έχουν γίνει πολλές τροποποιήσεις, και έχει καλά αποτελέσματα.

3. Οπισθοθηβική εξωκυστική προστατεκτομή κατά MILLIN

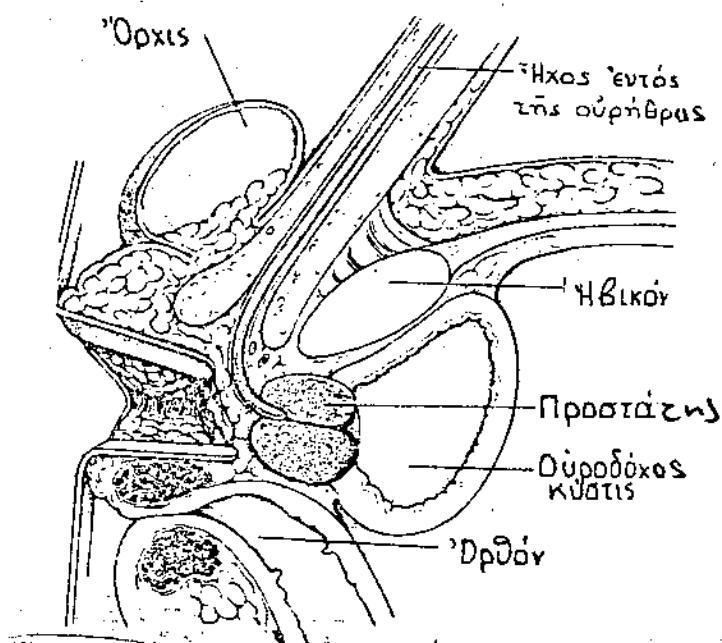


Μετά την διάνοιξη των κοιλιακών τοιχωμάτων υπερηβικά, απωθείται μ' ένα άγκιστρο η κύστη προς τα πίσω και γίνεται η προσπέλαση της προστατικής κάψας στο χώρο του RETZIUS πίσω από την ηβική σύμφυση.

Η προστατική κάψα διανοίγεται εγκάρσια και διαμέσου αυτής της τομής εκपुरηνίζεται το προστατικό αδένωμα. Γίνεται προσεκτική αιμόσταση με ηλεκτροκαυτηρίαση ή με αιμοστατικές ραφές, τοποθετείται μέσω της ουρήθρας καθετήρας στην κύστη και στη συνέχεια συγκλείνεται το άνοιγμα της προστατικής κάψας και τα κοιλιακά τοιχώματα. Είναι ίσως η καλύτερη ανοιχτή μέθοδος, γιατί έχει καλή ορατότητα, γίνεται καλή αιμόσταση, έχει μικρότερο χρόνο νοσηλείας και καλύτερη αποκατάσταση της ούρησης.

4. Περινεϊκή προστατεκτομή

Η προσπέλαση του αδενώματος γίνεται με περινεϊκή τομή, δεν έχει όμως πολλούς σπαδούς, γιατί έχει αρκετές επιπλοκές. Η μέθοδος αυτή λόγω των σοβαρών της επιπλοκών έχει σχεδόν εγkataληφθεί.



Περινεϊκή προστατεκτομή

5. Κρυοχειρουργική

Τελευταία χρησιμοποιήθηκε η κρυοχειρουργική για την αφαίρεση του προστατικού αδενώματος. Τοποθετείται ειδικός σωλήνας στην ουρήθρα και στην περιοχή του προστατικού αδενώματος, γίνεται ψύξη με υγρό άζωτο, που κυκλοφορεί μέσα στον καθετήρα.

Με τον τρόπο αυτό τοπικά ή θερμοκρασία πέφτει από 0-10 βαθμούς και έτσι νεκρώνονται οι γύρω ιστοί. Οι νεκρωμένοι ιστοί εσχαροποιούνται και πέφτουν, αφήνοντας ελεύθερη την ουρήθρα.

Είναι μέθοδος που έχει πολλά μειονεκτήματα,γι'αυτό και δεν επικράτησε.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι

ΠΡΟΒΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η αδελφή βοηθάει στον εργαστηριακό έλεγχο της νεφρικής λειτουργικότητας του ασθενούς και στον έλεγχο της φυσικής του κατάστασης.

Κατά τη χρονική αυτή περίοδο η αδελφή βοηθάει τον ηλικιωμένο ασθενή να προσαρμοσθεί με το περιβάλλον. Με τις διάφορες συζητήσεις και παρατηρήσεις, η αδελφή μαθαίνει την ιδιοσυγκρασία, τις φυσικές ανικανότητες και το νοητικό επίπεδο του ασθενούς. Θα πρέπει επίσης να επιτυγχάνει την προσαρμογή του ασθενούς στην ιδέα της χειρήςσεως και των συνεπειών αυτής, για περισσότερο φυσικό και ομαλό τρόπο διεξαγωγής της. Πρέπει να εξηγήσει στον ασθενή τι ακριβώς πρέπει να κάνει μετά το πέρας της χειρήςσεως για τη σωστή και γρήγορη νοσηλεία του. Μερικά από τα μέτρα διδασκαλίας του είναι :

- Αποφυγή ούρησης γύρω από τον καθετήρα.
- Αποφυγή προσπάθειας κατά την κένωση του εντέρου (μπορεί να προκαλέσει προστατική αιμορραγία).
- Περινεϊκές ασκήσεις για μείωση απωλειών.

Η αδελφή ενθαρρύνει τον άρρωστο να συζητήσει μαζί της το πρόβλημά του. Ενισχύει την χορήγηση σκευασμάτων για την κένωση του εντέρου. Ενισχύει την λήψη άφθονων υγρών και προβαίνει στην ακριβή τήρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών. Ελέγχει επίσης τη λειτουργικότητα του υπάρχοντος κυστικού καθετήρος και τηρεί όλα τα μέτρα ασηψίας και αντισηψίας. Εάν η απόφραξη είναι πλή-

ρης, τότε η ουροδόχος κύστη διατείνεται πλήρως και επί μακρόν. Η απότομος εκκένωση της κύστης εγκυμονεί ακόμμη και αιμορραγία, οπότε η προοδευτική παροχή των ούρων προς τα έξω με καθετήρα είναι η μέθοδος ασφαλείας.

Το διαιτολόγιο του ασθενούς προεγχειρητικά είναι εμπλουτισμένο με υψηλής βιολογικής αξίας τροφές, χωρίς να προβλέπονται οι προσωπικές προτιμήσεις του.

Η προεγχειρητική ατομική καθαριότητα του ασθενούς καθίσταται επιτακτική γιατί, ο ασθενής είναι άτομο μεγάλης ηλικίας και δεν μπορεί να εξυπηρετηθεί μόνο του. Η μετεγχειρητική καθαριότητα του ασθενούς είναι σημαντική τόσο όσο και η προεγχειρητική καθαριότητα αυτού.

Το περιεχόμενο της προεγχειρητικής διδασκαλίας περιλαμβάνει επιδείξεις βαθειών αναπνευστικών κινήσεων μετ'εποχρέμψεως, ενεργητικές ασκήσεις των κάτω άκρων και λήψη μέτρων ασηψίας και αντισηψίας προς αποφυγή μόλυνσεως του τραύματος και των παροχετευτικών σωλήνων.

Η ηθική τόνωση του ασθενούς προεγχειρητικά πρέπει να γίνεται με μεγάλη φροντίδα από την αδελφή νοσοκόμο γιατί το αίσθημά του ότι βρίσκεται κοντά στο θάνατο είναι περισσότερο αυξημένο σε τέτοια άτομα λόγω ηλικίας. Η συχνή επαφή και συζήτηση, η έμπρακτη στοργή και αγάπη, η πρόθυμη ικανοποίηση όλων των αναγκών του, συμβάλλουν στην ανάπτυξη του αισθήματος της ασφάλειας και προδιαθέτουν την καλύτερη προεγχειρητική πορεία του ασθενούς.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Αμέσως, μετά την επιστροφή του ασθενή από το χειρουργείο γίνεται η τακτοποίησή τους στο έτοιμο χειρουργικό κρεβάτι του από την αδελφή. Το πρώτο μέλημα της αδελφής μετά την επιστροφή του ασθενή από το χειρουργείο είναι η λήψη των ζωτικών σημείων. Γίνεται μέτρηση αρτηριακής πίεσης, θερμοκρασίας και σφύξεων του χειρουργημένου ασθενή.

Ο κίνδυνος μετεγχειρητικής αιμορραγίας είναι αρκετά αυξημένος και κατ'επέκταση και το αιμορραγικό SHOCK. Γι' αυτό το λόγο η εκτίμηση των ζωτικών του σημείων επιβάλλεται. Ένας βαθμός αιματουρίας αναμένεται.

Η αφαίρεση του αδενώματος είναι "τυφλή", όπως λέγεται, που σημαίνει ότι ο χειρουργός με ειδικούς χειρισμούς αφαιρεί το αδένωμα, χωρίς ταυτόχρονα να μπορεί να ελέγξει πλήρως τα αιμορραγούντα αγγεία, γιατί το αδένωμα του προστάτη είναι αγγειοβριθές και η αποκόλλησή του συνεπάγεται άφθονη αιμορραγία. Δεν είναι λίγα τα περιστατικά που ο ασθενής χειρουργείται για δεύτερη φορά στο χειρουργικό τραπέζι και δεν μπορεί να απομακρυνθεί από αυτό. Συνήθως τοποθετείται μέσα στην ουροδόχο κύστη πιεστικό ταμπόν για περιορισμό της αιμορραγίας.

Επομένως η ευθύνη της αδελφής για τη διαπίστωση των συμπτωμάτων αιμορραγίας είναι μεγάλη.

Τα συμπτώματα αυτά είναι :

- α) Αύξηση συχνότητας καρδιακού παλμού.
- β) Πτώση Α.Π.
- γ) Ωχρότητα προσώπου

- δ) Βαθειές αναπνοές και ελαττωμένη συχνότητα.
- ε) Αποβολή αιματηρού υγρού από τους παροχετευτικούς σωλήνες (ουρηθρικού καθετήρος και υπερηβικού ΡΕΤΖΕC).
- στ) Εμποτισμός επιδερμικού υλικού του τραύματος με αίμα.
- ζ) Εφίδρωση, γενική ανησυχία και ελαττωμένη η θερμοκρασία των άκρων.

Η αδελφή οφείλει αμέσως να ειδοποιήσει το γιατρό, να του αναφέρει τα συμπτώματα που παρατήρησε και να είναι ταυτόχρονα έτοιμη για τυχόν μετάγγιση ή ενδοφλέβια χορήγηση ορών.

Ελέγχεται η νοσηλεία του. Γίνεται χορήγηση των αναλγητικών και σπασμολυτικών που έχουν παραγγελθεί. Διακοπή αντισπασμωδικών 24 ώρες πριν από την αφαίρεση του καθετήρα.

Συχνός, ακριβής και πλήρης έλεγχος της λειτουργικότητας των παροχετευτικών σωλήνων. Πρέπει να διατηρείται ελεύθερη η ροή των ούρων. Η απόφραξη των παροχετευτικών σωλήνων με θρόμβους αίματος και σπάνια, τμήματα ιστών είναι σχετικά εύκολη. Γι' αυτό πρέπει να γίνεται από την αδελφή συχνή παρακολούθηση και εκτίμηση του υγρού παροχέτευσης, από το τρύμα και το σημείο του καθετήρα. Η αδελφή προλαβαίνει τυχόν απόφραξη με πλύση του καθετήρα. Για να είναι ομαλή η ροή των παροχετευτικών σωλήνων, αποφεύγονται συστροφές και κάμψεις αυτών.

Παρακολούθηση και συσχέτιση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών κάθε δύο ώρες, αμέσως μετά την εγχείρηση και κάθε 8 ώρες, όταν η κατάσταση σταθετοποιηθεί. Επιβάλλεται η ακριβής τήρηση διαγράμματος προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών. Ενθαρρύνεται ο ασθε-

νής να λαμβάνει υγρά (από το στόμα και ενδοφλέβια) γύρω στα 3 ΚΤ το 24ωρο, εκτός αντένδειξης, ενώ η αίτησή του αρχίζει αμέσως μόλις αποκατασταθεί η κινητικότητα του εντέρου.

Διατήρηση αυστηρής άσηπτης τεχνικής. Οι πιθανότητες μόλυνσεως του τραύματος είναι πολύ αυξημένες, εφ' όσον, κατά κανόνα, από το τραύμα εξέρχονται και ούρα, λόγω υπολειτουργίας του παροχετευτικού καθετήρος. Το τραύμα υγραίνεται, εμβρέχεται από τα ούρα και επιμολύνεται από παθογόνους μικροοργανισμούς του περιβάλλοντος. Όταν ο ασθενής παρουσιάζει σημεία τραυματικής κακοσμίας, τραυματικής ευαισθησίας και άλγους ως και πυώδους εκροής, πρέπει να αναφέρονται στον θεράποντα γιατρό.

Αποφυγή λήψης θερμοκρασίας από το ορθό, χρησιμοποίησης σωλήνα ορθού ή υποκλυσμών (ειδικά μετά από περινεϊκή εκτομή).

Λήψη μέτρων για πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών. Η εμφάνιση πυρετού ενδέχεται να είναι σύμπτωμα αναπνευστικής αιτιολογίας. Ο ασθενής ελέγχεται για την εμφάνιση του πυρετού και ενθαρρύνεται να βήχη για να αποβάλλονται διάφορα εκκρίματα. Ενώ ο βήχας πρέπει να ενθαρρύνεται, ο δυνατός βήχας πρέπει να αποφεύγεται. Η αδελφή πρέπει να βοηθάει τον ασθενή να γυρίζει κάθε δύο ώρες, επίσης πρέπει να τον βοηθάει να κάνει διάφορες παθητικές και ενεργητικές ασκήσεις.

Η έγκαιρη ή μη έγερση του ασθενούς είναι θέμα ιατρικών αντιλήψεων και δοξασιών. Συνήθως οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν να κάνουν λουτρό από τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα, επίσης γίνεται έγκαιρη έγερση του ασθενούς. Για την πρόληψη της εμβολής γίνεται κατά την έγερση του ασθενούς η χρήση ελαστικών καλτσών.

Αποκατάσταση

Η αφαίρεση των παροχετευτικών σωλήνων δεν υπονοεί και πλήρη αποκατάσταση της ουρήσεως. Συνήθως, αναμένεται συχνουρία και μερική απώλεια των ούρων, μετά την αφαίρεση του καθετήρα. Το γεγονός αυτό επηρεάζει αρνητικά τον ασθενή, (δεν είναι ικανός να ελέγχει άμεσα την κύστη του), ο οποίος οδηγείται σε μια κατάσταση μελαγχολίας και απαισιοδοξίας.

Μεγάλος είναι ο ρόλος της αδελφής στην αποκατάσταση του ασθενούς. Η αδελφή με τις κατάλληλες πληροφορίες συμβάλλει στην ανόρθωση του ηθικού του ασθενούς. Καλείται να κάνει μια ανακεφαλαίωση του σχεδίου προεγχειρητικής διδασκαλίας. Εξηγεί στον ασθενή ότι ο πλήρης έλεγχος της ουρήσεως είναι θέμα μόνο λίγων ημερών. Γιατί είναι σημαντικό να γνωρίζει ο ασθενής ότι ο επανέλεγχος της ουρήσεως επέρχεται βαθμιαίως και ότι, και αν ακόμα κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο χάνει ούρα "στάγδην", αυτό βαθμιαίως θα αποκατασταθεί. Για την κατάσταση αυτή του ασθενούς, θα πρέπει να ενημερωθεί υπεύθυνα κάποιο μέλος της οικογένειάς του π.χ. η σύζυγος. Η οι-

κογένεια του ασθενούς θα πρέπει να καταλάβει ότι ο ασθενής τους χρειάζεται ενθάρρυνση για να βοηθά μόνος του τον εαυτό του όσο περισσότερο μπορεί.

Η αδελφή, δίνει πληροφορίες στους συγγενείς του ασθενή, που αφορούν το διαιτολόγιο, για αποφυγή δυσκοιλιότητας μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο. Διδάσκει τον άρρωστο να αποφεύγει την έντονη άσκηση και την ανύψωση βαριών αντικειμένων τουλάχιστον για τρεις εβδομάδες μετά την εγχείρηση. Η διδασκαλία του αρρώστου περιλαμβάνει :

- α. Να αναφέρει κάθε σημείο αιμορραγίας στην αδελφή νοσοκόμο ή το γιατρό.
- β. Για τα σημεία που δείχνουν ανάπτυξη ουρηθρικής στένωσης και μόλυνσης.
- γ. Για συνέχιση λήψης πολλών υγρών και μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.

Η αδελφή οφείλει να δώσει ορισμένες συμβουλές που αφορούν την επαγγελματική και τη συζυγική ζωή του ασθενή. Πρέπει να ενθαρρύνει τους συγγενείς του αρρώστου και να τους εξηγήσει ότι ο ασθενής έχει ανάγκη από πνευματικά ερεθίσματα για να αποφύγει την ανία και τη χαλάρωση. Η κατάθλιψη είναι συνηθισμένη κατάσταση εξαιτίας της αδυναμίας να ξανακερδίσει αμέσως τον έλεγχο της ουροδόχου κύστης.

Ο ασθενής πρέπει να παραμείνει στο κρεβάτι του για αρκετό καιρό. Επίσης οφείλει να αποφεύγει εξαντλητικές δραστηριότητες και ενέργειες και τη χρήση οινοπνευματωδών ποτών για μερικούς μήνες.

Σε περίπτωση εμφάνισης αιμορραγίας ο ασθενής πρέπει να συμβουλευτεί το γιατρό που τον παρακολουθεί. Πρέπει να γίνεται μετανοσοκομειακή παρακολούθηση και νέα αξιολόγηση.

Επιπλοκές της χειρουργικής επέμβασης

1. Αιμορραγία.

α) Εκτός από τις παρεμβάσεις που ήδη αναφέρθηκαν (όγκος κύστης), ο γιατρός μπορεί να εφαρμόσει ήπια έλξη στον καθετήρα για να εξασφαλίσει πίεση στις προστατικές αρτηρίες.

β) Οι νοσηλευτικές ευθύνες είναι η διατήρηση της έλξης και η συνέχιση της εκτίμησης των σημείων αιμορραγίας και της απόκρισης στις παρεμβάσεις.

2. Δηλητηρίαση με νερό. Εξαιτίας της μεγάλης ποσότητας υγρών που χρησιμοποιούνται για πλύση κατά τη διουρηθρική εκτομή, ο άρρωστος μπορεί να αναπτύξει δηλητηρίαση με νερό, που μπορεί να εκδηλωθεί ως υπονατριαιμία ή υπερφόρτωση :

- α) Μεγάλη ευερεθιστότητα
- β) Υπέρταση που ακολουθείται από υπόταση
- γ) Μείωση του νατρίου
- δ) Πολυουρία

Αντιμετωπίζεται με :

α) Χορήγηση των νατριούχων συμπληρωμάτων που έχουν παραγγελθεί.

β) Εκτίμηση ζωτικών σημείων.

γ) Παρακαλούθηση για σημεία πνευμονικού οιδήματος και καρδιακής ανεπάρκειας.

3. Απόφραξη του κατώτερου αποχετευτικού ουροποιητικού συστήματος.

4. Κυστίτιδα

5. Πυελονεφρίτιδα

6. Νεφρική ανεπάρκεια.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι V

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ : Κ. Γ.

Ηλικία : 65

Ημερομηνία εισαγωγής : 2-5-90

Όνομα πατρός : Δ.

Γραμματικές γνώσεις : Γυμνασίου

Αιτία εισόδου

Διθίαση στην κύστη και πιθανή Υποκυστική απόφραξη.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

- Ανοικτή προστατεκτομή (1986)
- Πολλαπλό έμφραγμα του μυοκαρδία (1981)
- Αυχενικό σύνδρομο
- Σ. Διαβήτη (DAOPAR TB - LOFTYL TB).
- Δεν πίνει, δεν καπνίζει
- Δεν αναφέρει αλλεργίες σε τροφές ή φάρμακα
- Ν. Φ. Δ.

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

Στον ασθενή έγινε ανοικτή προστατεκτομή το 1986. Μετά την εγχείρηση παρουσίασε έντονο άλγος κατά την ούρηση και ιδίως στην αρχή της ούρησης.

Παρουσίαζε επίσης συχνές ουρολοιμώξεις. Επισκέφθηκε ιατρό, διεγνώσθη λίθος, στην ουροδόχο κύστη, μεγάλων

διαστάσεων. Αυτό συνέβη ένα χρόνο μετά την επέμβαση.

Εισάγεται στην Πανεπιστημιακή ουρολογική κλινική για περαιτέρω έλεγχο και αντιμετώπιση.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

1. Ουροποιογεννητικό :

- Αναφέρει δυσουρικά ενοχλήματα - Συχνουρία
- Αναφέρει ανικανότητα μετά την προστατεκτομή

2. Κοιλία :

- Εντερικοί ήχοι φυσιολογικοί
- Μαλακή, ανώδυνη - Ευπίεστος
- Ήπαρ, Σπλην αφηλάφητοι

3. Θώρακας :

- Καλώς εκπυσσοδόμενος κατά την αναπνοή
- Φωνητικές δονήσεις άμφω κ.φ.
- Ήχος σαφής πνευμονικός
- Αναπνευστικό φιθύρισμα άμφω κ.φ.

4. Λοιπά συστήματα :

- Περιφερικές σφύξεις συμμετρικές ψηλαφητές χωρίς καρτιδικά συστήματα.

ΦΑΡΜΑΚΑ τα οποία λαμβάνει :

DAOPAR TB 1 X 8ωρον

VISKEN TB 5MG 1X12ωρον

LOFTYL TB 1 X12 ωρον

Αμέσως μετά την εισαγωγή του ασθενή στην κλινική ελήφθη αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος επίσης και γενική ούρων.

ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ 2/5/90

ΛΕΥΚΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ	6,1
ΕΡΥΘΡΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ	4,13
ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ	13,4
ΑΙΜΑΤΟΚΡΙΤΗΣ	42,8
ΜΕΣΟΣ ΟΓΚΟΣ ΕΡΥΘΡΩΝ	103,6 Η
ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ	266
ΠΟΛΥΜ.	44
ΛΕΜΦΟΚ.	50
ΜΟΝΟΠΥΡ.	2
ΗΩΣΙΝΟΦ.	4
Τ. Κ. Ε.	7

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

PT = 12"

PTT = 42,5"

ΒΙΟΜΗΧΙΚΕΣ ΒΕΒΤΑΣΕΙΣ

ΣΑΚΧΑΡΟ	167	MG/DL
ΟΥΡΙΑ	77	MG/DL
ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗ	2,1	MG/DL
ΚΑΛΙΟ ΟΡΟΥ	5,55	MEQ/L
ΝΑΤΡΙΟ ΟΡΟΥ	138,7	MEQ/L

ΓΕΝΙΚΗ ΟΥΡΩΝ

E.B. = 1028

PH = 5

Αρκετοί κρύσταλλοι ουρινού

Π = 0-1

Ε = 0-1

Ο ασθενής προγραμματίσθηκε για χειρουργείο στις 3/5/90. Έγινε STICH σακχάρου, Ευρέθη 115 MG.

Καρδιολογική εξέταση. (Πριν το χειρουργείο). Ευρέθη ισχαιμική καρδιοπάθεια με παλαιό κατώτερο έμφραγμα. Αγωγή : VISKEN TB (να μη διακοπεί).

Είδιος επέμβασης :

Διαγνωστική προστατεκτομή

Ευρήματα : Λίθος στην κύστη

Προστατικό αδένωμα 20 GR

Μετεγχειρητική πορεία 7/5/90

Αιμοδυναμικά σταθερός. Απύρ ετος

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

2/5/90 Ο ασθενής Κ. Γ. εισήλθε στην ουρολογική κλινική στις 9.00 πμ.

Ζωτικά σημεία : Θερμοκρασία: 36° C

Α.Π. : 120 MM/HG Σφύξεις: 70/MIN

Ελήφθησαν εργαστηριακές εξετάσεις, έγινε ακτινογραφία θώρακος, ΗΚΓ, κυστεοσκόπηση. Ο ασθενής προγραμματίσθηκε αύριο για χειρουργείο και πρέπει να γίνει η προετοιμασία του το απόγευμα.

Μετά την προγραμματίση του ασθενή για χειρουργείο πρέπει να γίνει η κατάλληλη ενημέρωσή του. Πρέπει πρώτα απ'όλα να εξηγήσουμε στον ασθενή τι είναι προστάτης, και για ποιό λόγο είναι απαραίτητο το χειρουργείο. Σημαντικό ρόλο στην προεγχειρητική και μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα, αποτελεί η σωστή ενημέρωση του ασθενούς. Επίσης απαραίτητη είναι η ψυχολογική υποστήρι-

ξη του ασθενούς για τη σωστή προετοιμασία του.

Ο ασθενής είναι διαβητικός, επομένως η δίαιτά του θα είναι δίαιτα διαβητικού, λόγω όμως της εγχείρησης, το βράδυ θα φάει τσάι-φρυγανιά. Το πρωί, της επόμενης μέρας, θα μείνει νηστικός.

Το απόγευμα έγινε το ζύρισμα του ασθενή στην περιοχή της εγχείρησης. Στις 6.00 π.μ. έγινε υποκλυσμός του ασθενή και απέδωσε. Ο ασθενής θα κατέβει πρώτος στο χειρουργείο και για το λόγο αυτό έγινε η προνάρκωση στις 7.00 π.μ. 5 MG DERMICUN 1M. Κατά τη διάρκεια της νύχτας ο ασθενής είχε Α.Π. = 110 MM/HG και θερμ. = 35,9°C.

3/5/90. Την επόμενη ημέρα, ο ασθενής κατέβηκε στο χειρουργείο στις 8.00 π.μ. Οι αδελφές της κλινικής ετοίμασαν το κρεβάτι του ασθενούς, χειρουργικό.

Ο ασθενής επέστρεψε στη κλινική από το χειρουργείο στις 1.55 π.μ. Αμέσως μετά την επιστροφή του ελήφθησαν τα ζωτικά σημεία. Α.Π. = 125 MM/HG, θερμ. = 35,5°C και σφύξεις 68/MIN. Παίρνει ορρό N/S 0,9% 1000 CC + 1 AMP M.V.I. και γίνονται συνεχείς πλύσεις.

Ο επόμενος ορός είναι DEXFROSE + 12 μονάδες κρυσταλλική ινσουλίνη.

Ο ασθενής έχει ανά 6ωρο TEST σακχάρου αίματος.

Το απόγευμα στις 6.00 μ.μ. έγινε DEXTROSTIC αίματος και είχε 1,75 MG. Ενημερώθη ο γιατρός και ετέθη στον ορό (DEXTROSE) 12 μονάδες ινσουλίνης REGULAR. Ο ασθενής συνεχίζει πλύσεις. Το απόγευμα έκανε εμετό αλλά αργότερα έμενε ήσυχος. Ετέθη ογκομετρικό.

Στις 12.00 μ.μ. έγινε DEXTROSTIC και ευρέθη 201 MG. Έγιναν 15 μονάδες ινσουλίνης στον ορό και 2 AMP PRILPE-RAN εντολή εφημερεύοντα γιατρού. Στις 6.00 μ.μ. έγινε DEXTRASTIX και είχε 174 MG. Έγιναν 3 μονάδες ινσουλίνης στον ορό εντολή γιατρού. Ο ασθενής είχε :
Α.Π. = 160 MM/HG και θερμ. = 35,8°C.

4/5/90. Την επόμενη μέρα ελήφθησαν διασταύρωση - σάκχαρο και γενική αίματος. Ευρέθη ανεβασμένο σάκχαρο (206 MG) και υψηλά λευκά αιμοσφαίρια (13,4).

Ανά δωρό να γίνεται DEXTRO αίματος. Στη διαίαιτά του έχουν προστεθεί κρέμα και πρέπει να πίνει πολλά υγρά.

Θα παίρνει ορό DEXTROS 5% 1000 CC + 15 μονάδες ινσουλίνης. Το απόγευμα θα σηκωθεί. Στις 12.00 π.μ. έγινε DEXTROSTIC και είχε σάκχαρο αίματος 1,95 MG. Στις 6.00 μ.μ. έγινε DEXTROSTIC και ευρέθη 1,39 MG. Δεν έγινε ινσουλίνη. Παίρνει DEXTROSE 1X2 + 10 μονάδες ινσουλίνης κρυσταλλική σε κάθε ορό - N/S 1000 CC + 1 AMP MVI.

Κατά τη διάρκεια της νύχτας ήταν ήσυχος. Έγινε DEXTROSTIC στις 6.00 μ.μ. και είχε 165 MG σάκχαρο.

5/5/90. Την επόμενη μέρα, έγινε αλλαγή τραύματος. Σταμάτησε ο ένας ορός DEXTROS και συνεχίζει αντιβίωση. Στις 12.00 π.μ. είχε DEXTROCTIC 204 MG.

Το απόγευμα στις 6.00 μ.μ. έγινε DEXTROSTIC και εύρεθη 143 MG. Ελήφθησαν ζωτικά σημεία : Α.Π. 140 MM/HG, θερμ. = 36,4 °C.

Ο ασθενής σηκώθηκε με τη βοήθεια της αδελφής να περπατήσει.

Κατά τη διάρκεια της νύχτας ο ασθενής παρέμεινε ήσυχος. Στις 12.00 μ.μ. έγινε DEXTROSTIC και είχε 136 MM/HG.

6/5/90. Την επομένη ημέρα, έγινε αλλαγή τραύματος και βγήκε η παροχέτευση.

Έγινε διακοπή ορών και πλύσεις. Μετά την διακοπή των ορών και της ινσουλίνης ταυτόχρονα το σάκχαρο του ασθενούς ρυθμίζεται με DAOPAR TB. Στις 9.00 π.μ. ο ασθενής είχε 177 MG σάκχαρο. Ο ασθενής άρχισε να σηκώνεται μόνος του σιγά-σιγά και να περπατάει μέσα στο δωμάτιο. Το απόγευμα ο ασθενής ήταν ήσυχος. Ελήφθησαν ζωτικά σημεία και είχε : ΑΠ = 125 MM/HG, θερμ. = 36°C. Το σάκχαρο αίματος ήταν 6.00 μ.μ. 91 MG.

Ο ασθενής πέρασε ένα βράδυ ήσυχο. Έγινε DEXTROSTIC αίματος και ευρέθη σάκχαρο 173 MG., Α.Π. = 140 MM/HG.

7/5/90. Την επόμενη μέρα, έγινε αλλαγή τραύματος. Στις 12.00 π.μ. έγινε DEXTROSTIC και είχε 190 MG σάκχαρο. Ο ασθενής έχει καθετήρα, μπορεί όμως να σηκώνεται και να περπατάει. Η αδελφή έχει αρχίσει να διδάσκει τον ασθενή τι πρέπει να κάνει για να ξεπεράσει το άγχος που έχει αποκτήσει λόγω της επέμβασης. Του προτείνει να διαβάζει περιοδικά για να ξεχνιέται.

Το απόγευμα και τη νύχτα ο ασθενής παρέμεινε ήσυχος. Στις 6.00 μ.μ. έγινε DEXTROSTIC και είχε 150 MG. Σάκχαρο, ενώ στις 12.00 μ.μ. είχε 150 MG σάκχαρο.

8/5/90. Την επόμενη μέρα, οι γιατροί βγάλανε τον καθετήρα και ενημερώσανε τον ασθενή πως ήταν έτοιμος να φύγει από τη κλινική. Η αδελφή ετοίμασε το εξιτήριο του ασθενή και τον βοήθησε μαζί με τη γυναίκα του να ετοιμαστεί. Στη συνέχεια η αδελφή εξήγησε στη σύζυγό του

ότι ο ασθενής χρειάζεται ενθάρρυνση για να βοηθάει τον εαυτό του όσο περισσότερο μπορεί. Επίσης της εξηγεί ποιά θα πρέπει να είναι το διαιτολόγιό του, για την αποφυγή δυσκοιλιότητας έξω από το νοσοκομείο.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ 1.

Διαπίστωση αναγκών	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Πρόγραμμα	Εφαρμογή Προγράμματος	Έλεγχος αποτελέσματος
1. Πυρετός	Ισώση θερμοκρασίας και σώματος	α) Φαρμακευτική αγωγή β) Συντηρητική αγωγή	α) Χορηγείται ΒΕΡΟΝ ΤΒ β) Ψυχρά επιθέματα	Κατέβηκε στα φυσιολογικά όρια ο πυρετός
2. Σ. Διαβήτη	Ισώση σακχάρου σε φυσιολογικά επίπεδα	α) Φαρμακευτική αγωγή β) Διαιτητική αγωγή γ) Φυσική άσκηση δ) Διδασκαλία του ασθενή και των συγγενών	α) Χορηγείται ινσουλίνη β) Συνεννόηση με το διαιτολόγο για τη διαίτα του ασθενούς. Χορηγείται διαίτα διαβητικού. γ) Ευστηματική άσκηση του ασθενή, εφ' όσον δεν αντενδείκνυται. Το είδος, η συχνότητα και η διάρκεια καθορίζονται από το γιατρό. δ) Έγινε η διδασκαλία του ασθενή και των συγγενών, σχετικά με το Σ. Διαβήτη γραπτά και προφορικά. Λεπτομερή διδασκαλία του ασθενούς πως να γίνεται η ινσουλίνη.	Μετά από συνεχή έλεγχο σταθεροποιήθηκε το πρόγραμμα. Ο Σ. Διαβήτης βρίσκεται σε φυσιολογικά όρια. Έγινε κατανοητή η διδασκαλία με την επίδειξη του ασθενούς.
3. Αϋπνία	Να κοιμηθεί ο ασθενής	α) Φαρμακευτική αγωγή β) Συντηρητική αγωγή	α) Χορηγείται υπνωτικό χάπι β) Διάβασμα διαφόρων περιοδικών για να χαλαρώσει ο ασθενής.	Ο ασθενής κοιμήθηκε
4. Πόνος	Να ελαττωθεί ο πόνος στο ελάχιστο.	Φαρμακευτική αγωγή	Χορηγείται ενδομυϊκά ALGAPHAN ή ROMIDON	Ανακουφίσθηκε ο ασθενής.
5. Έμετος, μετά το χειρουργείο.		Φαρμακευτική αγωγή.	Χορηγείται αντιεμετικό PRILPE-PAN AMP στον ορό	Επεράστηκε η τάση για έμετο.
6. Ψυχολογικά προβλήματα.	Ψυχολογική τόνωση του ασθενούς.	Απασχόληση του ασθενούς με νέα ενδιαφέροντα.	Η αδελφή εξηγεί στους συγγενείς του ασθενή ότι ο ασθενής τους χρειάζεται ενθάρρυνση και ότι έχει ανάγκη από πνευματικά ερεθίσματα για να αποφύγει την κατάθλιψη. Προτείνει στον ασθενή να ασχολείται με διάβασμα, λουλούδια, κ.λ.π. για να περνάει ευχάριστα η ώρα του και να ξεχνάει το πρόβλημά του.	

ΙΣΤΟΡΙΚΟ 2ο.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ : Σ. Γ.

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ : Κ.

ΗΛΙΚΙΑ : 73 ετών

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : 8/5/90

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : ΒΙΒΛΙΟΠΩΛΗΣ

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ

Συχνουρία, νυκτουρία, μείωση του τόξου ούρησης, δυσκολία στην έναρξη της ούρησης (κυρίως τις πρώτες ώρες).

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

Αναφέρει λιθίαση (2 κωλικούς) στο δεξιό νεφρό, (λίθος απεβλήθη χωρίς λήψη φαρμάκων ή επέμβαση).

Αναφέρει ένα επεισόδιο αδυναμίας, δυσφορίας, όπου του χορηγήθηκε VALIUM TB για λίγο. Έχει κάνει σκωληκοειδεκτομή εδώ και 20 χρόνια, επέμβαση για βουβωνοκήλη δεξιά προ 30 ετών και αριστερά προ 20 ετών. Δεν αναφέρει αλλεργία σε φάρμακα ή τροφές, καπνιστής εδώ και 40 χρόνια (20 τσιγάρα την ημέρα). Βήχας με απόχρεμψη.

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

Ο ασθενής αναφέρει συχνουρία προ 5-6 ετών, η οποία παρερχόταν με την αλλαγή του πόσιμου νερού. Από τότε τα ενοχλήματα εμφανίζονται κατά καιρούς, και προ 3ετίας αποφασίστηκε να κάνει επέμβαση την οποία τελικά

δεν έκανε (γιατί δεν θέλησε).

Έκτοτε αναφέρει περιόδους με ηπιότερα και περιόδους με εντονότερα συμπτώματα.

Το κύριο πρόβλημα που αναφέρει ο ασθενής είναι η συχνουρία και η νυκτουρία (ούρηση 4-5 φορές αφ'ότου πέσει για ύπνο ως το πρωί). Επίσης αναφέρει δυσκολία στην έναρξη της ούρησης (κυρίως τις πρώτες πρωϊνές ώρες). Επίσης ελάχιστο τσούξιμο και μικρή ακτίνα ούρησης (τις πρώτες πρωϊνές ώρες).

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

1. Ουροποιογεννητικό :

- Προστάτης αποπλατυσμένος, μεγέθους 30 GR περίπου
- Όσχεο φυσιολογικό
- Βουβωνικοί λεμφαδένες αφηλάφητοι

2. Κοιλία

- Μαλακή, ανώδυνη, ευπλίστη
- Εντερικοί ήχοι : φυσιολογικοί
- Ήπαρ, σπλην αφηλάφητοι

3. Θώρακος :

- Φυσιολογικό αναπνευστικό φιθύρισμα
- Φυσιολογικές φωνητικές δονήσεις
- Φυσιολογική έκπτυξη πνευμόνων.

ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ

8/5/90. Ο ασθενής είναι σε καλή γενική κατάσταση.

Έγινε κυστεοσκόπηση, κατά την οποία παρατηρήθηκαν :
Ευχερής είσοδος του κυστεοσκοπίου, ούρα διαυγή, στόμια

ορατά. Διαπιστώθηκε υπερτροφία προστάτου.

Αμέσως μετά την εισαγωγή του ασθενή στη κλινική ελήφθη αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος.

ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	8/5/90
ΛΕΥΚΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ	6,0
ΕΡΥΘΡΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ	4,55
ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ	14,4
ΑΙΜΑΤΟ ΚΡΙΤΗΣ	43,2
ΜΕΣΟΣ ΟΓΚΟΣ ΕΡΥΘΡΩΝ	95
ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ	188
ΠΟΛΥΜ .	59
ΛΕΜΦΟΚ.	30
ΜΟΝΟΚΥΤ.	3
ΗΟΣΗΝΟΦ.	3

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

PT = 13,5"

PTT = 31"

ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

ΣΑΚΧΑΡΟ	99 MG/DL
ΟΥΡΙΑ	45 MG/DL
ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗ	1,3 MG/DL
ΚΑΛΙΟ ΟΡΟΥ	4,42 MEQ/L
ΝΑΤΡΙΟ ΟΡΟΥ	139,8 MEQ/L

Ο ασθενής προγραμματίσθηκε για χειρουργείο στις 10/5/90. Έγινε Η.Κ.Γ.

Καρδιολογική εκτίμηση :

Η.Κ.Γ. = Φυσιολογικό. Ένταση των τόνων όχι φύσημα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

8/5/90. Ο ασθενής Σ. Γ. εισήλθε στην ουρολογική κλινική στις 9.00 π.μ. Ελήφθησαν ζωτικά σημεία . Α.Π. = 140 MM/HG, θερμ. = 35,7°C, Σφύξεις : 66/MIN. Ο ασθενής εισήλθε στη κλινική σε καλή κατάσταση. Η αδελφή που έκανε την εισαγωγή του, τον ενημέρωσε για τους κανονισμούς της κλινικής, την ώρα επισκεπτηρίου και τον τακτοποίησε στο θάλαμό του.

Το απόγευμα ο ασθενής ήταν ήσυχος, απύρετος, και είχε Α.Π. = 140 MM/HG.

Κατά τη διάρκεια της νύκτας ο ασθενής παρέμεινε ήσυχος. Τις πρώτες πρωϊνές ώρες ελήφθη καλλιέργεια ούρων.

9/5/90. Τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων ήταν φυσιολογικά και προγραμματίστηκε χειρουργείο για την επόμενη μέρα. Η αδελφή ενημέρωσε τον ασθενή για το χειρουργείο και το είδος της εγχείρησης. Του εξήγησε τι πρέπει να κάνει πριν από το χειρουργείο και τι πρέπει να προσέξει μετά την εγχείρηση. Σημαντικό ρόλο στην προεγχειρητική και μετέγχειρητική φροντίδα, αποτελεί και η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς, την οποία προσφέρει η αδελφή.

Η διαίτα του ασθενούς θα είναι ελαφρά και το απόγευμα τσάϊ - φρυγανιά.

Το απόγευμα ο ασθενής προετοιμάστηκε για το χειρουργείο. Έγινε το ξύρισμα στην περιοχή της εγχείρησης. Στις 6.00 μ.μ. έγινε υποκλυσμός ο οποίος και απέδωσε. Ο ασθενής έκανε επίσης και μπάνιο.

Κατά τη διάρκεια της νύχτας ο ασθενής παρέμεινε ήσυχος. Στις 12.00 μ.μ. έγινε η αντιβίωση ZINACEF FL ενδομυϊκά (προεγχειρητικά). Είναι έτοιμος για χειρουργείο.

10/5/90. Την επόμενη ημέρα ο ασθενής κατέβηκε στο χειρουργείο στις 9.30 π.μ. Επέστρεψε στις 12.45' π.μ. στη κλινική. Έχει ορό RIGENS 1000 CC και πρέπει να γίνονται συνέχεια πλύσεις. Ελήφθησαν ζωτικά σημεία : Α.Π. = 130/70 MM/HG, θεμ. = 35,5°C και Σφύξεις = 60 /MIN.

Ετέθη αγωγή ZINACEF FL, ενδοφλεβίως 1X3. Επίσης ετέθη ορός DEXTROSE 5% 1000 CC + 2 AMP PRIMPERAN.

Το απόγευμα, έγινε η περιποίηση του ασθενούς και φόρεσε τις πυτζάμες του. Οι οροί συνεχίζονται και γίνονται συνεχείς πλύσεις.

Τη νύχτα ο ασθενής παρέμεινε ήσυχος. Ελήφθησαν ζωτικά σημεία : Α.Π. = 140 MM/HG, θεμ. = 36,2°C και Σφύξεις : 64/MIN.

11/5/90. Την επόμενη μέρα έγινε αλλαγή στο τραύμα του ασθενούς, Στη διαίτά του έχει προστεθεί κρέμα και ενημερώθηκε να πίνει πολλά υγρά. Συνεχίζει την ίδια αγωγή με αντιβίωση.

Το απόγευμα ο ασθενής ήταν ήσυχος. Με τη βοήθεια της αδελφής σηκώθηκε από το κρεβάτι και περπάτησε μέσα στο θάλαμο. Α.Π. = 135 MM/HG, θεμ. = 36,5°C.

Κατά τη διάρκεια της νύχτας ο ασθενής παρέμεινε ήσυχος.

12/5/90. Την επόμενη μέρα έγινε αλλαγή του τραύματος και βγήκε η παροχέτευση. Ο ασθενής βρίσκεται

σε καλή κατάσταση και μπορεί να σηκώνεται εύκολα με τη βοήθεια της αδελφής. Συνεχίζει την ίδια αγωγή με αντιβίωση.

Το απόγευμα, ο ασθενής δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα. Είχε Α.Π. = 145 MM/HG και θερμ. = 36,5°C.

Σε όλη τη διάρκεια της νύχτας ο ασθενής παρέμεινε ήσυχος.

13/5/90. Την επόμενη μέρα, μετά την επίσκεψη των γιατρών έγινε διακοπή του ορού. Ο ασθενής βρίσκεται σε καλή κατάσταση και είναι έτοιμος να φύγει από τη κλινική. Η αδελφή ετοίμασε το εξιτήριο του ασθενούς και τον βοήθησε να ετοιμαστεί. Στη συνέχεια η αδελφή ενημέρωσε τον ασθενή και τη σύζυγό του τι πρέπει να προσέχει στο σπίτι του. Εξήγησε στον ασθενή ότι πρέπει να μείνει για αρκετό καιρό στο κρεβάτι και να αποφεύγει την έντονη άσκηση και κούραση. Έδωσε τις κατάλληλες πληροφορίες στη σύζυγό του για το διαιτολόγιό του ασθενούς, ώστε να αποφύγει τη δυσκοιλιότητα. Τους εξήγησε ότι σε περίπτωση αιμορραγίας πρέπει να επισκεφθούν τον γιατρό. Επίσης ενημέρωσε τη σύζυγό του, ότι ο ασθενής χρειάζεται ενθάρρυνση για να βοηθά μόνος του τον εαυτό του και ότι έχει ανάγκη από πνευματικά ερεθίσματα για να αποφύγει την ανία και τη χαλάρωση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΙΙ.

Διαπίστωση Αναγκών	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Πρόγραμμα	Εφαρμογή προγράμματος	Έλεγχος Αποτελέσματος
1. Πόνος	Να ελαττωθεί ο πόνος. Ν' ανακουφιστεί ο ασθενής.	Φαρμακευτική αγωγή.	α) Χορηγείται ενδομυϊκή ΔΙΣΠΑΡΗΝ ή ΚΟΞΙΔΟΝ. β) Χορηγείται παυσίπονο αν ο πόνος δεν είναι πολύ δυνατός.	Ελαττώθηκε ο πόνος και ανακουφίστηκε ο ασθενής
2. Έμετος μετά το χειρουργείο	Ο έμετος προέρχεται μετά το χειρουργείο. Σκοπός είναι να ανακουφισθεί ο ασθενής και να μην νιώθει την τάση για έμετο.	Φαρμακευτική αγωγή	Χορηγείται αντιεμετικό PRIMPERAN AMP στον ορθό.	ανακουφίστηκε ο ασθενής, δεν νιώθει την τάση για έμετο.
3. Ισυρετός του σώματος	Πτώση της θερμοκρασίας του σώματος	α) Φαρμακευτική αγωγή β) Συντηρητική αγωγή	α) Χορηγείται αντιπυρετικό χάπι εντολή για-τρού. β) Εφαρμόζουμε ψυχρά επιθέματα για να ανακουφιστεί ο ασθενής.	Κατέβηκε στα φυσιολογικά όρια ο πυρετός.
4. Ανικανότητα μετά την επέμβαση.	Ψυχολογική τόνωση	Διδασκαλία του ασθενή για απασχόλησή του με νέα ενδιαφέροντα.	Η αδελφή οφείλει να δώσει στον ασθενή πνευματικά ερεθίσματα για να αποφύγει την ανία και την χαλάρωση. Προτείνει στον ασθενή να ασχοληθεί με την κηπευτική ή με λουλούδια, να αναπτύξει διάφορα χόμπι και επίσης να διαβάζει.	

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΓΑΓΑΝΑΚΗΣ, Γ. : "Ανοικτή προστατεκτομή", "UNIVERSITY STUDIO PRESS A.E.", ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 1985.
- ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ, Ν. : "Μαθήματα ουρολογίας", Έκδοση Παλμός, ΑΘΗΝΑ, 1981.
- ΗΦΡΙΕΚ : "Γενική ανατομία ΙΙ - Ειδική ανατομία", Έκδοση Παρισιάνος ΑΘΗΝΑ, 1985.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ, Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, Σ.Φ. : "Παθολογική χειρουργική", Τόμος Β, Έκδοση : Ιεραποστολικής Ενώσεως αδελφών νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ", ΑΘΗΝΑ, 1985.
- ΜΠΑΡΜΠΑΛΙΑΣ, Γ. : "Στοιχεία ουρολογίας", Έκδοση Λίτσας, ΑΘΗΝΑ, 1987.
- ΟΙΚΟΝΟΜΟΣ, Σ. Ν. : "Νοσολογία του γεννητικού συστήματος του άρρενος", Τυπογραφείο "Ιπποκρ. Χαμοπούλου", ΑΘΗΝΑ, 1937.
- ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ, Α. - ΠΑΝΟΥ, Μ. : "Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική", Τόμος 1ος, Έκδοση "ΒΗΤΑ", MEDICAL ARTS, ΑΘΗΝΑ, 1985.
- ΧΑΛΑΖΩΝΙΤΗ, Ν. Α. : "Ακτινολογία ουροποιητικού συστήματος", Έκδοση Πασχαλίδη, ΑΘΗΝΑ, 1980.

