

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ : : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

" ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ "

Της Επιδάσκειρας:

ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ ΑΣΠΑΣΙΑΣ

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:

ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ Π.

ΠΑΤΡΑ 1991

SEALED BY THE 5800

117 71

Αντί Προλόγου

Τυπική ασθένεια της εποχής μας ο καρκίνος αλλά και επιτακτική η ανάγκη παροχής υπηρεσιών στον πάσχοντα συνάνθρωπό μας.

Το γεγονός αυτό, με ώθησε να ασχοληθώ με την πιο κάτω εργασία και να θίξω ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα υγείας των γυναικών, τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Ελπίζω και εύχομαι να βρεθεί κάποια λύση στο πολύπλευρο αυτό πρόβλημα και πάντα το νοσηλευτικό προσωπικό να προσφέρει το καλύτερο στον ασθενή με το σωστότερο τρόπο.

Εύχομαι υγεία και αγάπη για όλο τον κόσμο.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελ.
- ANTI ΠΡΟΛΟΓΟΥ.....	-
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
1.1. Ανατομικά στοιχεία	1
1.2. Στοιχεία φυσιολογίας.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
2.1. Ιστορική αναδρομή	12
2.2. Παθοφυσιολογία Καρκίνου.....	15
2.3. Αιτιολογικοί Παράγοντες.....	18
2.4. Προκαρκινωματώδεις καταστάσεις.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
3.1. Καρκίνος Τραχήλου Μήτρας.....	21
3.2. Συμπτώματα-Ευρήματα	33
3.3. Διαγνωστικές Εξετάσεις.....	35
3.4. Διαφορική Διάγνωση.....	39
3.5. Πρόληψη-Πρόγνωση.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	
4.1. Θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.....	42
4.2. Χειρουργική Θεραπεία	43
4.3. Ακτινοθεραπεία-Ραδιοθεραπεία.....	44

4.4.	Μικτή Θεραπεία.....	44
4.5.	Κυτταροστατικά Φάρμακα.....	49
4.6.	Επιπλοκές-Μεταστάσεις.....	52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

5.1.	Νοσηλευτική Φροντίδα Καρκινοπαθούς Γενικά-Εισαγωγή.....	54
5.2.	Εισαγωγή στο Νοσοκομείο.....	56
5.3.	Ρόλος και Ευθύνες του Νοσηλευτή στο Διαγνωστικό Έλεγχο.....	59
5.4.	Θεραπεία του Καρκίνου-Ρόλος του Νο- σηλευτή σ' αυτή.....	70
5.5.	Προεγχειρητική Παρέμβαση.....	73
5.6.	Διεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα...	80
5.7.	Μετεγχειρητική Παρέμβαση.....	82
5.8.	Μετεγχειρητικές Δυσχέρειες.....	85
5.9.	Μετεγχειρητικές Επιπλοκές.....	90
5.10.	Μετεγχειρητικές Επιπλοκές Καρκίνου Τραχήλου	106
5.11.	Νοσηλεία σε προχωρημένο στάδιο.....	109
5.12.	Κυτταροστατικά φάρμακα-Γενικές Οδηγίες	111
5.13.	Νοσηλευτικές Ευθύνες για την εφαρμο- γή της Χημειοθεραπείας	113
5.14.	Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενούς σε Ακτι- νοθεραπεία.....	121
5.15.	Παρενέργειες-Επιπλοκές Ακτινοθεραπεί- ας-Νοσηλευτική Αντιμετώπιση.....	126

5.16.	Νοσηλευτικά Καθήκοντα κατά τη Ρα- διοθεραπεία.....	128
5.17.	Παρακολούθηση μετά τη θεραπεία....	138
5.18.	Καρκίνος και Διατροφή.....	139
5.19.	Αποκατάσταση ασθενούς με καρκίνο τραχήλου μήτρας.....	144

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Ειδικό Μέρος

6.1.	Ιστορικό Ασθενούς Α.	153
6.2.	Νοσηλευτική Διεργασία	156
6.3.	Ιστορικό Ασθενούς Β.	159
6.4.	Νοσηλευτική Διεργασία	161
	Επίλογος	166
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	167

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

1. ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ-2.ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Διακρίνουμε τα 1) έξω γεννητικά όργανα (αιδοίο)
2) έσω γεννητικά όργανα (κόλπος,
μήτρα, σάλπιγγες, ωοθήκες).

1. Το αιδοίο αποτελείται: α) από το εφήβαλο ήδρο της Αφροδίτης το οποίο είναι τριγωνικό τμήμα δέρματος προς στην ηβική σύμφυση που καλύπτεται από τρίχες. Κάτω απ' αυτό υπάρχει λίπος.

β) τα μεγάλα χείλη: είναι δερμάτινες πτυχές που βρίσκονται δεξιά και αριστερά της αιδοϊκής σχισμής.

γ) τα μικρά χείλη: βρίσκονται μέσα στα μεγάλα χείλη και αποτελούν πτυχές του δέρματος, επίσης. Στο πρόσθιο άκρο τους βρίσκεται η κλειτορίδα, η οποία σχηματίζει τη βάλανο προς τα έξω και τη χαλινό της κλειτορίδας προς τα μέσα. Σμηγματογόνοι και υδροτοποιοί αδένες υπάρχουν άφθονοι στα μικρά και μεγάλα χείλη.

2. Τα έσω γεννητικά όργανα αποτελούνται από:

1. α) Πρόδρομος του κόλπου: βρίσκεται μεταξύ των μικρών χειλέων και σχηματίζει το έξω στόμιο της ουρήθρας και το στόμιο του κόλπου.

β) Βαρθολινεκοί αδένες. Είναι δύο μικροί αδέ-

νες που βρίσκονται δεξιά και αριστερά του προδρόμου και το έκκριμά τους αποχετεύεται στον κόλπο κατά την συνουσία.

2. Ο κόλπος: είναι σωλήνας μήκους μέχρι 9 CM. και το άνω άκρο του προσφύεται στον τράχηλο της μήτρας. Το τοίχωμά του εμφανίζει 3 στιβάδες. Την ινώδη, τη μυϊκή και τη βλενογόνια που επενδύεται από πολυστιβύ πλακώδες επιθήλιο. Δεν έχει αδένες και το έκκριμα που περικλείει προέρχεται από τον τράχηλο της μήτρας.

3. Η μήτρα: Είναι κοίλο όργανο και χρησιμεύει για την ανάπτυξη του εμβρύου και την εμμηνορροσία. Βρίσκεται στην ελλάσσονα πύελο, πίσω από την ουροδόχο κύστη. Έχει σχήμα και μέγεθος αχλαδιού και διακρίνεται στον πυθμένα, στο σώμα και στον τράχηλο. Ο πυθμένας της μήτρας φέρεται προς τα πάνω και μπροστά χωρίς να υπερβαίνει το πάνω χείλος της ηβικής συμφύσεως. Στο όριό του με το σώμα εκφέρουν οι δύο σάλπιγγες.

Το σώμα της μήτρας χωρίζεται από τον τράχηλο με τον ισθμό. Εμφανίζει δύο επιφάνειες την πρόσθια ή κυστική, η οποία επικοινωνεί με την ουροδόχο κύστη και την οπίσθια ή εντερική η οποία έρχεται σε σχέση με τις εντερικές ελικες. Το τοίχωμα της μήτρας αποτελείται από έξω προς τα μέσα από 3 χιτώνες: Τον ορογόνο, το μυομήτριο και το ενδομήτριο.

Το μυομήτριο αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες και αυξάνει στη διάρκεια της κύησης. Το ενδομήτριο επενδύεται από κυλινδρικό επιθήλιο και περικλείει πολλούς αδένες. Στη διάρκεια του κατά μηνιαίου κύκλου παρατηρούνται πολλές αλλαγές σ' αυτό λόγω της δράσης των ορμονογόνων και της προγεστερόνης.

Ο τράχηλος έχει μήκος περίπου 2,5 CM. και εμφανίζει ένα ελεύθερο άκρο που προβάλλει μέσα στον κόλπο όπου προσφύεται κυκλικά γύρω απ' αυτόν σε δύο μέρη: στο υπερκολπικό και στο ενδοκολπικό μέρος.

Το υπερκολπικό εμφανίζει δύο επιφάνειες και δύο πλάγια χείλη. Η οπίσθια επιφάνεια είναι μικρότερη της πρόσθιας γιατί ο κόλπος από πίσω προσφύεται ψηλότερα επί του τραχήλου, περιβάλλεται δε από το περιτόναιο του ευθυκολεϊκού κολπώματος, μέσω του οποίου χωρίζεται από το απευθυσμένο.

Η πρόσθια επιφάνεια είναι μεγαλύτερη και δεν καλύπτεται από περιτόναιο. Επικοινωνεί με τον πυθμένα της ουροδόχου κύστεως, με τον οποίο ενώνεται με χαλαρό συνδετικό ιστό το παραμήτριο.

Τα πλάγια χείλη του υπερκολπικού μέρους ενώνονται με τη βάση του πλατεού συνδέσμου, το παραμήτριο, και το χιασμό της μητριαίας αρτηρίας μαζί με τον ουρητήρα.

Το ενδοκολπικό μέρος του τραχήλου καλύπτεται

από το βλεπογγόνο του κόλπου και εμφανίζεται στο ελεύθερο άκρο του το έξω στόμιο της μήτρας. Το στόμιο αυτό, το οποίο φέρεται εγκάρσια, αποφράσσεται από βλέννα, και αποβάλλεται στην επίτοκο από δύο χείλη, το πρόσθιο και το οπίσθιο.

Το πρόσθιο χείλος είναι μικρότερο και παχύτερο από το οπίσθιο· έχει ροπή όμως προς τα κάτω και είναι χαμηλότερο. Ενώ το οπίσθιο χείλος είναι μεγαλύτερο και βρίσκεται πιο ψηλά.

Τα χείλη αυτά στις άτοκες και παρθένες γυναίκες είναι λεία, ομαλά και ροδόχροα, ενώ στις πολύτοκες είναι ραγμώδη και ιοχροα.

4. Οι ωαγωγοί ή σάλπιγγες: Είναι ινομυώδεις σωλήνες μήκους 12 εκ. και βρίσκονται δεξιά και αριστερά του πυθμένα της μήτρας. Το ένα άκρο τους εκβάλλει στην ενδομητρική κοιλότητα και το άλλο είναι προσκολλημένο στη σύστοιχη ωοθήκη.

Κάθε σάλπιγγα χωρίζεται σε 4 μέρη:

- α) Το μητρικό τμήμα.
- β) Ο ισθμός.
- γ) Η λάκκος.
- δ) Το κυδωνικό άκρο.

5. Οι ωοθήκες: Είναι δύο και βρίσκονται στα πλάγια τοιχώματα της ελάσσονος πυέλου.

Η εξωτερική επιφάνεια τους περιβάλλεται από

Ένα μονόστιβο πλακώδες επιθήλιο, το βλαστικό επιθήλιο. Κάθε ωοθήκη αποτελείται από το φλοιό εξωτερικά και το μυελό εσωτερικά. Ο μυελός περιλαμβάνει τα αγγεία και τα νεύρα και ο φλοιός περιλαμβάνει τα ωοθηλάκια τα οποία περικλείουν τα ωάρια.

Στην ωοθυλακορηξία το ωοθυλάκιο έρχεται στην επιφάνεια της ωοθήκης σπάει και απελευθερώνει το ωάριο που φθάνει στη σάλπιγγα για τη γονομοποίηση. Το σπασμένο ωοθυλάκιο μετά σε ωχρο σωματίο. Αυτό αν γίνει γονιμοποίηση παραμένει μέχρι τον 6ο μήνα της κύησης· αν όχι μετατρέπεται σε λευκό σωματίο. Στις δύο ωοθήκες υπάρχουν γύρω στις 400.000 ωοθυλάκια, απ'αυτά όμως μόνο 450 περίπου απελευθερώνονται, σ'όλη τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ζωής της γυναίκας.

Το ωοθυλάκιο περιβάλλεται από πολλά κύτταρα που εκκρίνουν.

Τα οιστρογόνα τα οποία είναι υπεύθυνα για τα δευτερογενή χαρακτηριστικά του φύλου και δρουν στο ενδομήτριο στην παραγωγική φάση και το ωχρο σωματίο εκκρίνει την προγεστερόνη, η οποία δρα ενδομήτρια στην εκριτική φάση και αναστέλλει την ωρίμανση νέων ωοθυλακίων.

Φυσιολογία Τραχήλου

Στη διάρκεια του γεννητικού κύκλου της γυναίκας παρατηρείται βαθμιαία διάνοιξη του έσω τραχηλικού στομίου που σκοπό έχει, όπως είναι ευνόητο, τη διευκόλυνση της γονιμοποίησης την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας.

Ετσι, ενώ στην αρχή της παραγωγικής φάσεως του κύκλου είναι τελείως κλειστό, κατά την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας φτάνει στο διπλάσιο της αρχικής διαμέτρου του.

Αυτό γίνεται γιατί, κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων, ο μυϊκός τόνος στο έσω τραχηλικό στόμιο προοδευτικά ελαττώνεται.

Μεταβολές όμως εμφανίζονται και στο επιθήλιο της τραχηλικής κοιλότητας, που συνίστανται κυρίως σε αύξηση του ύψους των κυττάρων των ενδοτραχηλικών αδένων και αντίστοιχη αύξηση της εκκρίσεως της τραχηλικής βλέννας. Παράλληλα μ' αυτή την ποσοτική επίδραση των οιστρογόνων πάνω στην παραγωγή της τραχηλικής βλέννας υπάρχει και ποιοτική μεταβολή. Πράγματι, όσο πλησιάζουμε προς τη στιγμή της ωοθυλακιορρηξίας αυτή γίνεται διαυγέστερη και αποκτά τελικά της χαρακτηριστική σαν φύλλα φτέρης κρυστάλλωση της τη στιγμή της ρήξεως του ωοθυλακίου. Φαίνεται, ότι το φαινόμενο της κρυσταλώσεως της βλέννας οφείλεται σε ανόργανα στοιχεία και πιο ειδικά στο χλωριούχο νά-

τριο, η δε κρυστάλλωση θεωρείται γενικά φαινόμενο έντονης οιστρογονικής επιδράσεως. Αντίστοιχα με την κρυστάλλωση επηρεάζεται και η ελαστικότητα και η εκτασιμότητα της τραχηλικής βλέννας που φτάνει ακόμα και τα 20 έως 25 εκατοστά τη μέρα της ωοθυλακιορρηξίας.

Η μεταβολή αυτή την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας εξασφαλίζει τις ιδανικότερες προϋποθέσεις για τη διείσδυση των σπερματοζωαρίων μέσα από την τραχηλική βλέννα στη μητρική κοιλότητα. Μετά τη 14η μέρα του κύκλου η βλέννα παθαίνει και πάλι ορισμένες μεταβολές, που αποδίδονται στην προγεστερονική δράση και χαρακτηρίζονται κυρίως από καταστροφή της κρυστάλλωσης, ελάττωση της εκτασιμότητας και διήθηση από πολυμορφοπύρρηνα, σε συνδυασμό με σημαντική ελάττωση της ποσότητας της, ώστε τις παραμονές της εμμηνορροσίας να μην υπάρχει στο τραχηλικό στόμιο παρά ελάχιστη ποσότητα.

Το ΡΗ της τραχηλικής βλέννας από καθαρά αλκολικό (7,5) που είναι στη διάρκεια της πρώτης φάσης του κύκλου γίνεται λιγώτερο αλκολικό και μερικές φορές και όξινο μετά την ωοθυλακιορρηξία και ακόμη περισσότερο προς το τέλος της δεύτερης φάσεως. Όπως φαίνεται, λοιπόν, και ο τράχηλος της μήτρας επηρεάζεται λειτουργικά από τις ωοθηκικές ορμόνες και παρουσιάζει κι αυτός τον κύκλο του, με αποκορύφωμα το

τέλος της πρώτης φάσης, που συμπίπτει με την ωοθυλακιορρηξία και χαρακτηρίζει το μέγιστο της οιστρογονικής δραστηριότητας και με ολοκλήρωση στη δεύτερη φάση, που συμπίπτει με την παράλληλη επίδραση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης.

Στο ενδοτραχηλικό επιθήλιο, το οποίο επενδύει τις διάφορες μικροκρυπτες και σχισμές του τραχήλου της μήτρας παράγεται κάτω από την επίδραση των ορμονών της ωοθήκης η τραχηλική βλέννα.

Αλλοτε πιστευόταν ότι η βλέννα αυτή προερχόταν από έκκριση ενδοτραχηλικών αδένων που όμως σήμερα αποδείχτηκε ότι δεν υπάρχουν. Αντίθετα, με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο βρέθηκαν πολλές μικροσχισμές, αλάκες και σήρυγγες στην περιοχή αυτή, στην οποία και πρωτοεμφανίζεται η παραγωγή της βλέννας. Η φυσιολογική ποσότητα της βλέννας που παράγεται κάθε μέρα υπολογίζεται κατά προσέγγιση σε 20-60 MG., αλλά με την οιστρογονική επίδραση αυτή μπορεί και να δεκαπλασιασθεί όπως και γίνεται προς το τέλος της πρώτης φάσεως του κύκλου. Αλλά και η χημική σύσταση της βλέννας επίσης παρουσιάζει μεταβολές στη διάρκεια του κύκλου. Βασικά η βλέννα αποτελείται από νερό, πρωτεΐνες, ανόργανα συστατικά και ένζυμα. Η περιεκτικότητα σε νερό βρίσκεται στη μεγαλύτερη αναλογία της κατά την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας, ενώ είναι ελαττωμένη στην αρχή και στο τέλος του κύκλου.



Φυσιολογικός τράχηλος.
Συνένωση πλακώδους-κυλινδρικού
επιθηλίου.

Ετσι ενώ κατά την αρχή της οιστρογονικής φάσεως η αναλογία σε νερό βρίσκεται κοντά στο 85%, αυτή ανέρχεται στο 90-92% κατά την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας για να ελαττωθεί και πάλι στη δεύτερη φάση του κύκλου οπότε και πλησιάζει τα 80%.

Αντίστοιχες μεταβολές παρουσιάζουν και οι διάφορες οργανικές και ανόργανες ουσίες της τραχηλικής βλέννας.

Πριν από την ωοθυλακιορρηξία η τραχηλική βλέννα είναι παχύρρευστη και γεμάτη λευκοκύτταρα. Τη στιγμή όμως της μεγαλύτερης οιστρογονικής παραγωγής, που όπως είναι γνωστό αντιστοιχεί στην εκκριτική αιχμή της LH, η βλέννα γίνεται λεπτύρρευστη, πιο υδαρής, αλκαλικότερη και χωρίς κανένα κυτταρικό στοιχείο μέσα της.

Οι μεταβολές αυτές της συστάσεως της τραχηλικής βλέννας είναι τόσο χαρακτηριστικές, ώστε χρησιμοποιούνται και σαν δείκτες για τη διαπίστωση της ωοθυλακιορρηξίας. Η γλοιότητα της βλέννας και η νηματοειδής εκτασιμότητα της μεταβάλλονται επίσης κάτω από τις ίδιες ορμονικές επιδράσεις, που μικροσκοπικά παρουσιάζει μια τυπική κρυστάλλωση που ενθυμίζει τα φύλλα της φτέρης. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται στη μεταβολή της συνθέσεως της βλέννας σε διάφορα ανόργανα συστατικά και κυρίως άλατα, αυτές επίσης όλες οι πιο πάνω ιδιότητες αρχίζουν να μεταβάλλονται και να εξαφανίζον-

ται όταν αρχίζει η δράση της προγεστερόνης. Η βλέννα περιέχει τότε κύτταρα διαφόρων ειδών γίνεται πιο κολλώδης και χάνει την εκτασιμότητά της όπως επίσης και την καθαρότητά της και την τυπική κρυστάλλωση. Μεταβολή επίσης γίνεται στην οξεοβασική ισορροπία, δηλ. στο pH της βλέννας, το οποίο από ελαφρώς όξινο μετατρέπεται σε αλκαλικό κατά την ωοθυλακιορρηξία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ

Τυπική ασθένεια του αιώνα μας ο καρκίνος και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι μεταξύ των συνηθέστερων κακοηθειών στο γυναικείο πληθυσμό.

Οι κακοήθεις όγκοι είναι γνωστοί από την αρχαιότητα ακόμα' γνωρίζουμε ότι υπολλείματα των πρωτόγονων ανθρώπων για να μη μιλήσουμε για τις μούμιες της ιστορικής εποχής παρουσίαζαν αναμφίβολα και βέβαια σημεία νεοπλασματικών παθήσεων. Η συχνότητα στη διάγνωση όγκων αυξάνει συνεχώς χάρη στην καλύτερη διαγνωστική τεχνολογία και μεθοδολογία.

Τα νεοπλάσματα έχουν περιγραφεί από τα πρώτα βήματα της Ιατρικής από τον Ιπποκράτη και το Γαληνό. Έχει ταυτιστεί η ονομασία του καρκίνου με το θαλασσινό κάβουρα θέλοντας να δηλωθεί ότι οπόνος από τον καρκίνο είναι όμοιος μ' αυτόν που δοκιμάζει κάποιος όταν τον δαγκώσει κάβουρας.

Η σύγχρονη αντίληψη για τα νεοπλάσματα, σαν ανωμαλία του κυττάρου δεν είναι παλαιότερη από 130 χρόνια. Ο ΙΔΙΑΝΝΕΣ ΜΥΛΛΕΡ το 1838 είναι ο πρώτος που έκανε την περιγραφή της κυτταρικής φύσεως του καρκίνου. Η λέξη καρκίνος είναι συνώνυμος με τον όρο κακοήθες νεόπλασμα. Άλλες λέξεις που έχουν την έννοια νεοπλασματικής αρρώστιας είναι: κακοήθεια, όγκος, καρκίνωμα, εκτροπή στην ανάπτυξη κυττάρων και η συντομογραφία

"CA" χωρίς όμως νά'ναι και συνώνυμος.

Στο πρώτο ήμισυ του περασμένου αιώνα ανακαλύφθηκε η σύσταση του κυττάρου, της στοιχειώδους αυτής μονάδας κάθε ζωντανού πλάσματος. Η μικροσκοπική εξέταση των όγκων έδειξε ότι αποτελούνται από ένα σύνολο κυττάρων όπως και οι φυσιολογικοί ιστοί.

Ηρθαν, έπειτα, οι ανακαλύψεις του Παστέρ, οι οποίες απέδειξαν ότι η προέλευση πολλών ασθενειών με άγνωστη αιτιολογία πρέπει να αναζητηθεί στη μόλυνση από κάποιο ζωντανό παθογόνο μικροοργανισμό. Ωστόσο χρειάσθηκε να εγκαταληφθεί η αρχική τάση να αποδίδεται ο καρκίνος σε μικρόβια, ορατά στο μικροσκόπιο. Έτσι παραμένουν ως πιθανοί ζώντες αιτιολογικοί παράγοντες μονάχα οι διηθητικοί ιοί.

Καθώς εξακολουθούσε να προσδεύει παράλληλα με τη φυσιολογία, η Παθολογία προσανατολίσθηκε προς την αναζήτηση μιας βιοχημικής ερμηνείας της καρκινοματώσεως των κυττάρων αφού πρώτα πέρασε από διάφορα στάδια: από τη θεωρία των χυμών, την κυτταρική θεωρία, την παρασιτική θεωρία.

Θα 'ταν όμως σφάλμα να νομισθεί, μετά τη χρονολογική απαρίθμηση με την οποία σχηματίσαμε την εξέλιξη των σχετικών γνώσεών μας ότι οι νέες παθογενετικές θεωρίες εξαφάνισαν εντελώς τις προηγούμενες. Πραγματικά, κάθε θεωρία βασιζόταν αρχικά στην παρατήρηση· έπειτα, όλο και περισσότερο σε πειραματικά δεδομένα.

Μπορεί να σκεφθεί κάποιος δικαιολογημένα ότι η θεωρία που θα διατυπωθεί στο προσεχές μέλλον όχι μόνο δεν θα περιορίσει τις άλλες στο μουσείο της ιστορίας της Ιατρικής αλλά αντίθετα θα προκύψουν σωστά στοιχεία από τη σύνθεση θετικών στοιχείων στις προηγούμενες και στις καινούργιες έρευνες.

2. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

A. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ιστορικά αναφέρεται ότι ο Ιπποκράτης αρχικά και στη συνέχεια ο Γαληνός ενοχοποίησαν τη "μαύρη χολή" σαν την υπεύθυνη ουσία την ανάπτυξη του καρκίνου. Η ουσία αυτή θεωρούσαν ότι παράγεται και εκκρίνεται από το στομάχι και το σπλήνα.

Σήμερα πλέον γνωρίζουμε ότι ο πολλαπλασιασμός των φυσιολογικών κυττάρων είναι το αποτέλεσμα του αναδιπλασιασμού του DNA και της μίτωσης που ακολουθεί. Διάφορες διαταραχές στη δομή ή στους ρυθμιστικούς μηχανισμούς του DNA από ποικίλα περιβαλλοντολογικά ή μη αίτια μπορούν να οδηγήσουν τα κύτταρα στο θάνατο ή σε παθολογικά θυγατρικά κύτταρα. Τα παθολογικά αυτά κύτταρα αν δεν μπορέσουν να υπακούσουν στις διάφορες ρυθμιστικές κυτταρικές λειτουργίες είναι δυνατόν να καταλήξουν σε ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό.

Καλοήθης νεοπλασία ή καλοήθης όγκος λέγεται ο όγκος που μικροσκοπικά, είναι καλά διαφοροποιημένος με μικρό μετωπικό δείκτη και βραδεία ανάπτυξη, ενώ μακροσκοπικά είναι περιχαρακωμένος χωρίς διήθηση των γύρω ιστών και χωρίς δυνατότητα για μετάσταση.

Σε αντίθεση με τον καλοήθη όγκο, ο κακοήθης

χαρακτηρίζεται από διάφορους βαθμούς διαφοροποίησης, ταχεία τις πιο πολλές φορές ανάπτυξη, επέκταση στους γύρω ιστούς, εμφάνιση μεταστάσεων σε άλλα όργανα με τελική κατάληξη το θάνατο του ξενιστή.

Αρκετά συχνά γίνεται σύγχυση της έννοια "νεοπλασίας" με διάφορες άλλες καταστάσεις όπως της "υπερπλασίας", "μεταπλασίας", "δύσπλασίας" ή "αναπλασίας".

Με τον όρο "υπερπλασία" εννοούμε την αύξηση του αριθμού των φυσιολογικών κυττάρων όπως πχ. στη διάρκεια της ανάπτυξης του ατόμου ή του μαστικού αδένου στην κύηση.

Εάν "μεταπλασία" ορίζουμε την αναστρέψιμη διαδικασία όπου διαφοροποιημένα κύτταρα μπορούν να αντικατασταθούν από άλλα, όπως πχ. στην αβιταμίνωση Α, που το κροσσωτό κυλινδρικό επιθήλιο αντικαθίσταται από πλακίδια.

Εάν "δυσπλασία" χαρακτηρίζεται η καταστροφή της αρχιτεκτονικής κάποιου κυτταρικού πληθυσμού.

Τέλος, "αναπλασία" καλείται η κατάσταση εκείνη όπου παρατηρείται έλλειψη στη διαφοροποίηση κάποιου κυτταρικού πληθυσμού που αποτελεί συχνά και παθολογοανατομικό εύρημα διαφόρων μορφών καρκίνου.

Κακοήθεις όγκοι που προέρχονται από επιθηλιακά κύτταρα (πνεύμονα, μαστό ή γαστρεντερικό σύστημα) καλούνται καρκινώματα και ανάλογα με τον τύπο του επιθηλιακού κυττάρου ονομάζονται πλακώδες.

καρκίνωμα ή αδενοκαρκίνωμα.

Όγκοι που πηγάζουν από μισεγχεματικούς ιστούς καλούνται σαρκώματα, ενώ όγκοι που προσβάλλονται από λεμφοποιητικό ιστό λεμφώματα.

Στη συνέχεια θα αναφερθώ συνοπτικά στους διάφορους αιτιολογικούς παράγοντες οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την πρόκληση καρκινογένεσης.

3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Για τον άνθρωπο έχουν ιδιαίτερα ενοχοποιηθεί τις τελευταίες δεκαετίες διάφοροι περιβαντολλογικοί καρκινογόνοι παράγοντες.

Οι πιθανοί καρκινογόνοι παράγοντες του ανθρώπου θα μπορούσαν να διαιρεθούν σε τρεις μεγάλες ομάδες: Τα χημικά αίτια (χημική καρκινογένεση), τους ιούς (ιογενής καρκινογένεση), και τα φυσικά αίτια (ιονίζουσα και υπεριώδης ακτινοβολία).

α) Χημική καρκινογένεση: Η πρώτη παρατήρηση και ενοχοποίηση χημικού καρκινογόνου έγινε από τον SIR POTT πριν από 130 χρόνια στους καπνοδοκαθαριστές του Λονδίνου, που περιβάλλονταν συχνά από καρκίνο του στήθους.

Από τότε μέχρι σήμερα έχει αναφερθεί ένας τεράστιος αριθμός χημικών προϊόντων σαν υπεύθυνος για τον ανθρώπινο καρκίνο.

β) Ιογενής καρκινογένεση: Εκτεταμένες έρευνες των τελευταίων ετών έχουν δείξει ότι διάφοροι ιοί μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο σε πειραματόζωα. Στον άνθρωπο παρά όλες τις τεράστιες δυσκολίες για άμεση απόδειξη ιογενούς καρκινογένεσης, υπάρχουν σήμερα ενδείξεις ικανές να ενοχοποιήσουν μερικούς ιούς. Οι περισσότεροι από τους ιούς αυτούς αφορούν κυρίως

ιούς DNA.

γ) ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ ΑΠΟ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ.

Από πολύ καιρό η ιονίζουσα και η υπεριώδης ακτινοβολία έχουν θεωρηθεί σαν καρκινογόνοι παράγοντες. Μια πληθώρα επιδημιολογικών παρατηρήσεων είναι σήμερα σε θέση να ενοχοποιήσει την ακτινοβολία σαν ένα απ'τους βλαπτικούς παράγοντες του ανθρώπου.

Τέλος επιδημιολογικές καθώς και εργαστηριακές μελέτες των τελευταίων δεκαετιών έχουν δείξει ότι εκτός από τους περιβαντολλογικούς παράγοντες διάφορες χρωμοσωμικές διαταραχές μπορούν να προδιαθέσουν την ανάπτυξη καρκίνου στον άνθρωπο όπως σε παιδιά με σύνδρομο DOWN ο κίνδυνος ν'αναπτύξουν οξεία λευχαιμία είναι 20 φορές μεγαλύτερος απότο γενικόπληθυσμό.

4. ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΔΕΙΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ.

Στην παράγραφο αυτή παραθέτουμε μια σειρά από επίκτητα νοσήματα ή παθολογικές καταστάσεις που μπορούν να προδιαθέσουν στην ανάπτυξη κακοηθων νεοπλασιών.

Γυναίκες με δυσπλασία του τραχήλου της μήτρας έχουν 1600 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνωμα του τραχήλου IN SITU.

Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του στομάχου

σε αρρώστους με κακοήθη αναιμία είναι 5-10%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

1. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ - ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Εκ των συνηθεστέρων καρκινωμάτων των γυναικών είναι το καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας το οποίο μετά το καρκίνωμα του μαστού είναι το δεύτερο σε συχνότητα κακοήθες νεόπλασμα και αποτελεί το 12-14% από όλων των κακοηθών νεοπλασμάτων, θανάτων σε γυναίκες της λευκής φυλής.

Σύμφωνα με στατιστικές επί 70 γυναικών η μία θα εμφανίσει και επί 100 μία θα πεθάνει από καρκίνο του τραχήλου.

Στις γυναίκες της μαύρης φυλής το καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας ανέρχεται σε ποσοστό 30-35% του συνολικού αριθμού των παρουσιαζόμενων νεοπλασμάτων. Αυτό δεν οφείλεται σε φυλετικούς λόγους αλλά προφανώς οι κακές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες.

Οι Ισραηλίτιδες και οι Ιρλανδές σπάνια προσβάλλονται εκ του καρκινώματος αυτού.

Η μέση συχνότητα του καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας στην Ευρώπη και στη Β. Αμερική είναι 30-35 περιπτώσεις ανά 100.000 γυναικών, ετησίως ενώ στη Λατινική Αμερική και μερικές χώρες της Αφρικής το νεόπλασμα τούτο είναι συνηθές.

Οι πολυτοκοί γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα.

Υπανδρος γυναίκα 40 ετών με 6 ή περισσότερα παιδιά έχει δύο φορές περισσότερες πιθανότητες να προσβληθεί από καρκίνο τραχήλου ή γυναίκα της ίδιας ηλικίας με ένα παιδί. Επίσης υπάνδρος γυναίκα 35 ετών έχει δύο φορές περισσότερες πιθανότητες να προσβληθεί παρά μια ανύπανδρη της ίδιας ηλικίας.

Κατ' έρευνα το καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας παρατηρείται σπανίως σε γυναίκες των 20 και άνω των 75, 66% δε περισσότερων παρατηρούνται κατά την πέμπτην ή έκτην δεκαετία της ζωής.

Μικρός αριθμός καρκινωμάτων του τραχήλου της μήτρας έχει παρατηρηθεί σε κορίτσια κάτω των 12 ετών.

Η πρόωμος σεξουαλική ζωή της γυναίκας και η ένταση αυτής έχει σημασία δια τη συχνότερη ανάπτυξη του νεοπλασματος αυτού.

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση των γυναικών έχει επίσης σημασία, διότι σε οικονομικώς ασθενέστερες τάξεις το καρκίνωμα τούτο είναι συχνότερο.

Η περιτομή φαίνεται ότι δεν έχει σχέση δια την ανάπτυξη του καρκινώματος του τραχήλου αν και σε λαούς στους οποίους οι άνδρες περιτέμνονται παρατηρείται ελαττωμένη συχνότητα εμφανίσεων. Επίσης χρόνιες μολύνσεις και εξελκώσεις του τραχήλου φαίνεται ότι παίζουν σπουδαίο ρόλο στην ανάπτυξη του καρκίνου. Υπεύθυνος, τέλος, θεωρήθηκε και ο ιός του έρπητα II.

Μακροσκοπικώς: Το καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας, αρχόμενον στις περισσότερες περιπτώσεις εκ του προσθίου χείλους του τραχήλου εμφανίζεται είτε σαν εξέλιξη ελαστικής συστάσεως με χείλη στέλβοντα, λεία ή καλυπτόμενα από ευθρυπτά αιμορραγικά σάρκια μυελοειδούς συστάσεως, είτε σαν ανθρακραιβοειδής ευθρυπτος όγκος μαλθακής συστάσεως και μυελοειδούς όψεως.

Καρκινώματα προερχόμενα εκ του ενδομητρίου εμφανίζονται μακροσκοπικώς ως επί το πλείστον σαν όγκοι σκληράς συστάσεως.

Ιστολογικώς: σε ποσοστό 95-97% των περιπτώσεων παρατηρείται η μορφή του εκ πλακωδών επιθηλίου καρκινώματος και μόνο το υπόλοιπο ποσοστό είναι αδενικά ή αδιαφοροποίητα καρκινώματα, σπανίως δε σαρκώματα.

Τα εκ πλακωδών επιθηλίων καρκινώματα εμφανίζουν ιστολογικώς ποικιλία εικόνων οφειλομένη στο διάφορο βαθμό εξελίξεως των καρκινωματοδών κυττάρων. Τα καρκινωματοδή κύτταρα εμφανίζουν έκδηλη πολυμορφία όσον αφορά το σχήμα και το μέγεθος αυτών.

Τα εκ αδενικού επιθηλίου καρκινώματα έχουν ιστολογικώς το τυπο του αδενικού διαφοροποιημένου ή αδιαφοροποίητου καρκινώματος, οι δε αδένες μοιάζουν με τους αδένες του τραχήλου και τα κύτταρα αυτών

εκκρίνουν βλέννα.

Η διαφορική διάγνωση του αδενικού καρκινώματος από το καρκίνωμα του ενδομητρίου είναι δυσχερής.

Η ιστολογική διάγνωση του διηθητικού καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζει σε κάποιες περιπτώσεις σημαντικές δυσκολίες. Η τόσο συχνά παρατηρούμενη στον τράχηλο μετάπλαση του κυλινδρικού σε πλακώδες επιθήλιο ή παρατηρούμενη επί φλεγμονής έντονης βλάστησης του επιθηλίου είναι στοιχεία που πρέπει να έχουμε υπόψη μας προκειμένου να θέσουμε τη διάγνωση του καρκινώματος του τραχήλου.

Ως πρώτο μη διηθητικό (IN SITU) καρκίνωμα του τραχήλου τα κριτήρια μας πρέπει να είναι αυστηρά λαμβάνοντας υπόψη ότι συχνά παρατηρείται έντονη βλάστηση του επιθηλίου, η οποία όμως δεν είναι πάντα νεοπλασματικής φύσεως.

Το μη διηθητικό καρκίνωμα άρχεται κυρίως εκ της εξωτερικής επιφάνειας της κολεϊκής μοίρας του τραχήλου. Στις ώριμες γυναίκες άρχεται εκ του ενδοτραχηλίου και χαρακτηρίζεται ιστολογικώς από έντονη βλάστηση της βασικής στιβάδας του επιθηλίου χωρίς όμως τη διάσπαση της βασικής μεμβράνης, της έκδηλης υπερπλασίας του επιθηλίου του οποίου η κατασκευή έχει αλλοιωθεί και της έντονης πολυμορφίας των κυτ-

τάρων όσων αφορά το σχήμα και το μέγεθος.

Οι πιο πάνω αλλοιώσεις πρέπει να εμφανίζονται σ'όλες τις στιβάδες του επιθηλίου για να δικαιολογείται ο χαρακτηρισμός της αλλοιώσεως ως καρκίνωμα (IN SITU).

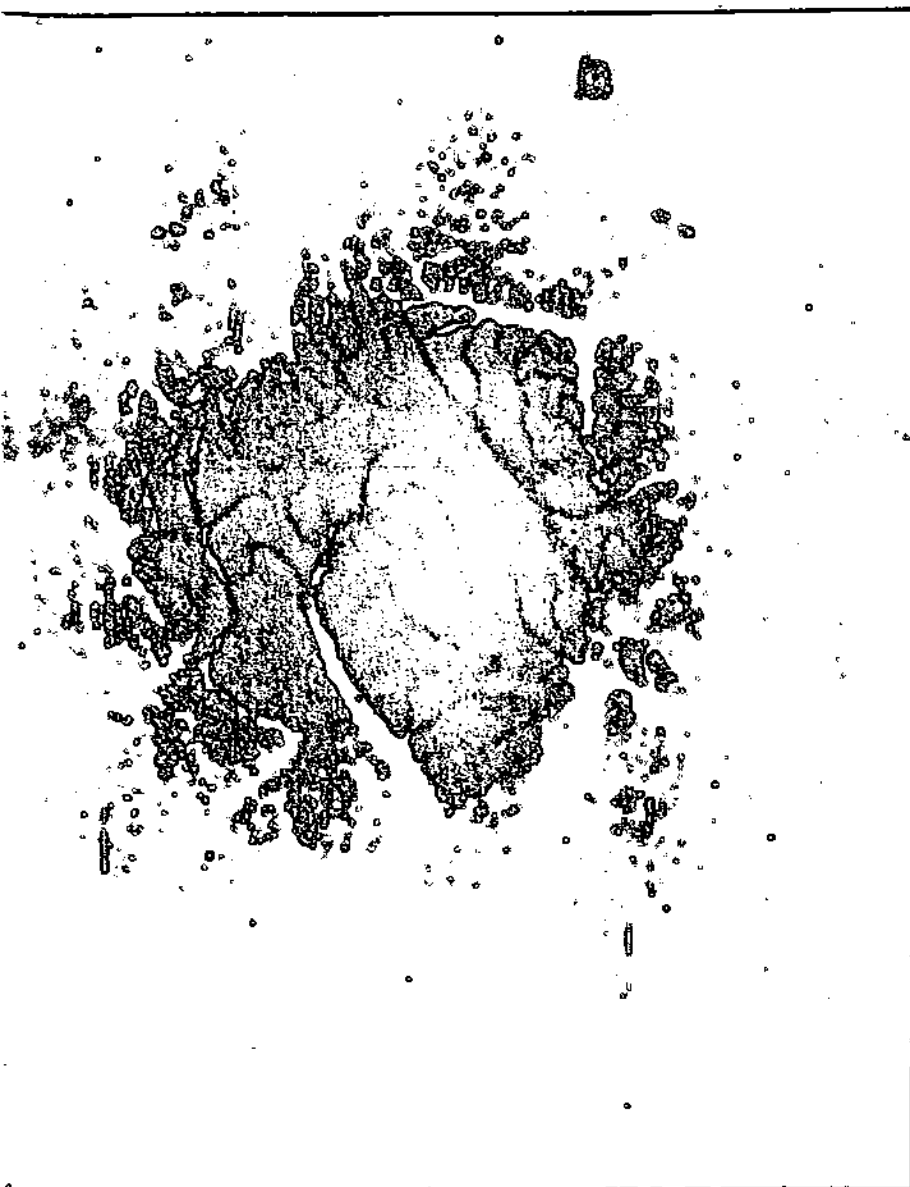
Εφ'όσον όμως παρατηρείται διήθηση της βασικής μεμβράνης ή των αδένων του τραχήλου τότε πρόκειται περί διηθητικού καρκινώματος.

Φαίνεται όμως ότι το καρκίνωμα IN SITU προηγείται της αναπτύξεως διηθητικού καρκινώματος σε μεγάλο αριθμό περιπτώσεων. Το ερώτημα όμως παραμένει αν εκ της δυσπλασίας ή του καρκινώματος IN SITU βλαστάνει το διηθητικό καρκίνωμα.

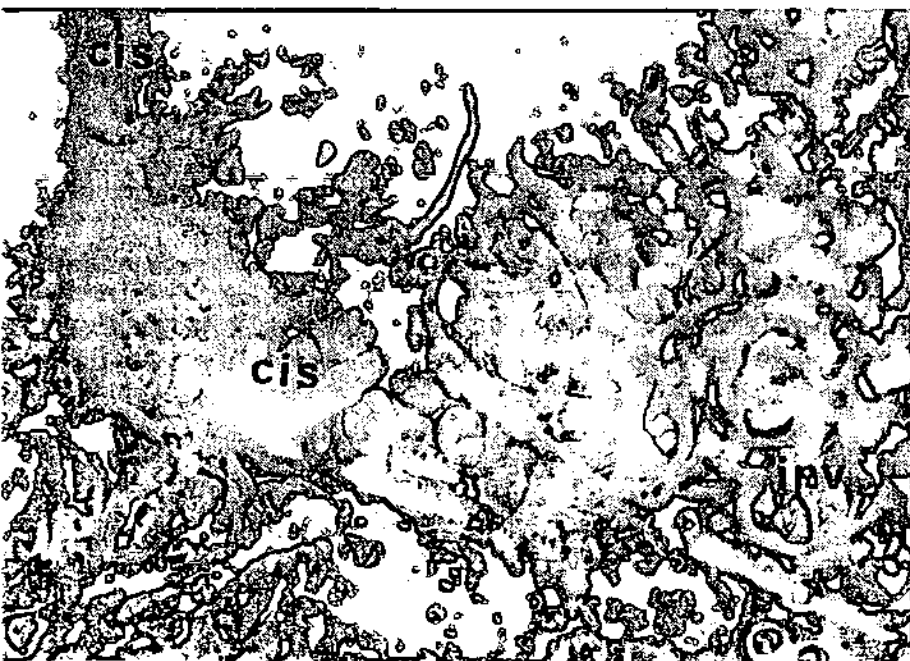
Το καρκίνωμα IN SITU είναι σπάνιο σε γυναίκες μετά το 60ο έτος, ενώ σε νέες γυναίκες είναι σύνηθες και γενικά παρατηρείται κατά μια δεκαετία νωρίτερα απ'το διηθητικό καρκίνωμα.

Η κλινική κατά στάδια διαίρεσις των καρκινωμάτων του τραχήλου της μήτρας που σήμερα έχει αποδεχθεί έχει ως εξής:

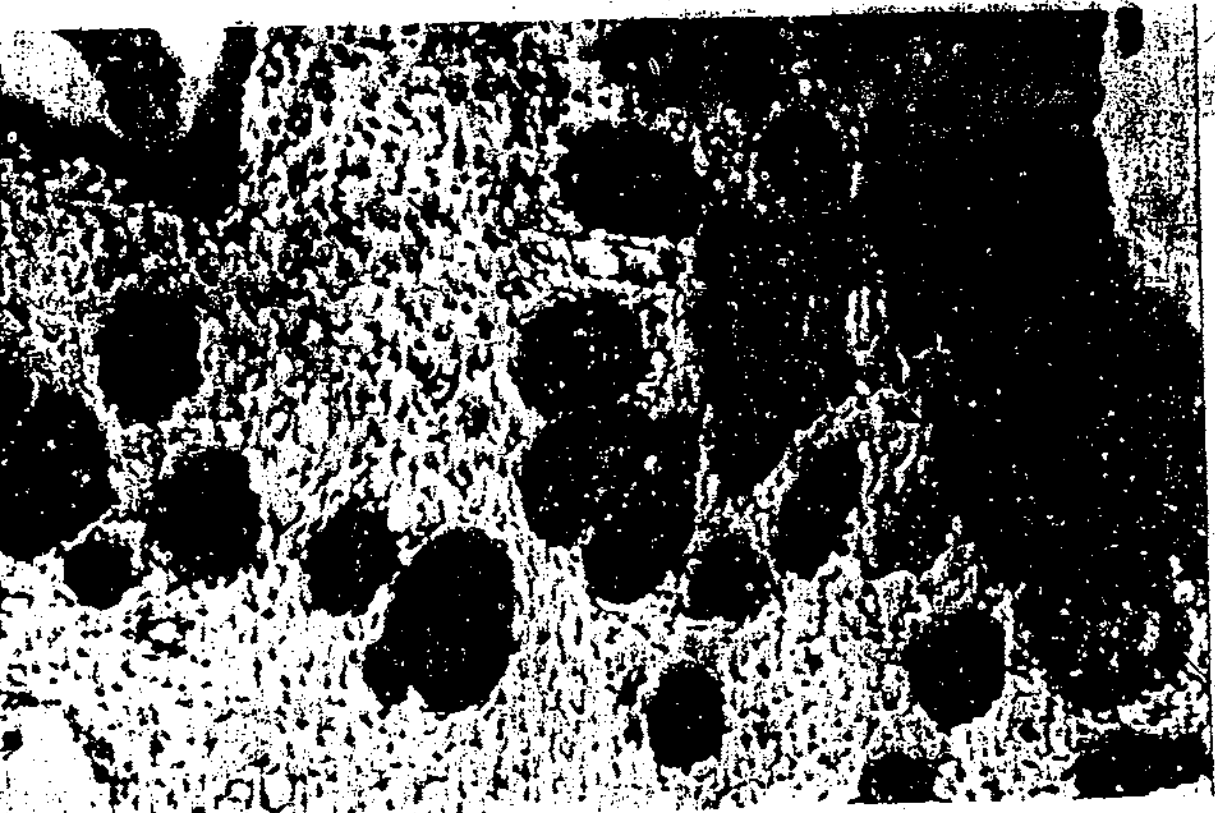
- Στάδιον 0 : Καρκίνωμα μη διηθητικό (IN SITU).
Ia : Μικρή διήθηση του στρώματος (μικροκαρκίνωμα).
Iβ : Εντόπιση στον τράχηλο οποιασδήποτε έντασης.



Αδενική κύστη. Πυκνό, ομαλό αγγειακό δίκτυο.



Καρκίνωμα *in situ*, άτυπα αγγεία και διηθητικό καρκίνωμα.



Εικόν 217. Αρχόμενον καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας εκ πλακωδών επιθηλίων.

IIa : Διήθηση άνω τριτημόριου κόλπου.

IIβ : Διήθηση παραμητρίου αλλά όχι
μέχρι τα οστά της πυέλου.

Στάδιο

III : Διήθηση μέχρι του τοιχώματος της
πυέλου. Το κατώτερο τμήμα του
κόλπου διηθημένο.

Στάδιο

IV : Κατάληψη ουροδόχου κύστης και ορθού
και επέκταση έξω από την πυέλο.

H T N M κατάταξις του καρκινώματος του τραχήλου
έχει ως εξής:

T IS: Καρκίνωμα IN SITU (FIGO στάδιο).

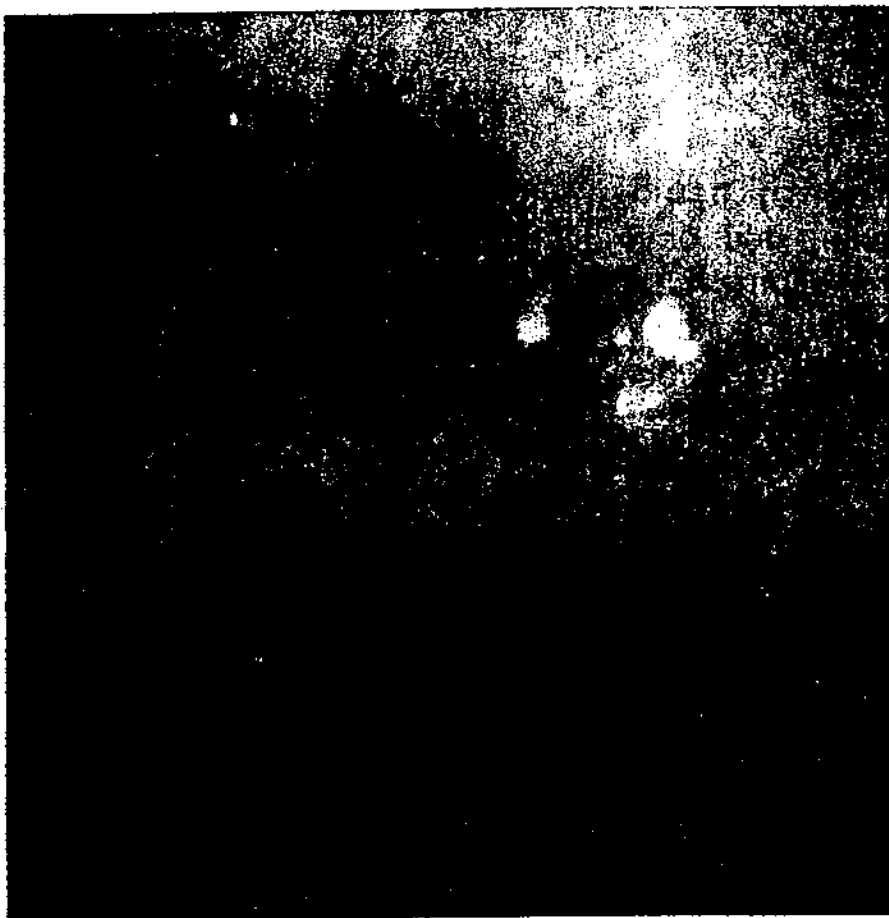
II: Το καρκίνωμα είναι περιορισμένο
στον τράχηλο.

*IIa: Καρκίνωμα αντί κλινικών συμπτωμά-
των (FIGO στάδιο Ia).

*IIβ: Καρκίνωμα μετά κλινικών συμπτωμά-
των (FIGO στάδιο Ib).

T2: Το καρκίνωμα επεκτείνεται πέρα του
τραχήλου αλλά δεν φθάνει εις το
πυελικό τοίχωμα ή το καρκίνωμα επε-
κτείνεται επί του κόλπου όχι όμως
στο κάτω τριτημόριο αυτού.

*T2a: Το καρκίνωμα δε διηθεί το παραμη-
τριο (FIGO στάδιο IIa).



Ίσρα, σαν κόμμα αγγεία που διαφέρουν σε διάμετρο. Σοτριοειδική απόσταση είναι το να αυξημένη. Ιστολογικά καρκίνωμα In Situ (CIN 3) με αρχόμενη διήθηση.



Εταμένα αγγεία σε διηθητικό καρκίνωμα.

- * T2B : Το καρκίνωμα διηθεί το παραμήτριο (FIGO στάδιο IIB).
- * T3 : Το καρκίνωμα διηθεί το κάτω τριτημόριο του κόλπου ή έχει φθάσει στο πυελικό τοίχωμα.
- T4 : Το καρκίνωμα φθιθεί το βλεπφόννο της ουροδόχου κύστεως ή επεκτείνεται πέρα της πυέλου (FIGO στάδιο I2).
- * T4a : Το καρκίνωμα διηθεί την ουροδόχο κύστη ή το ορθό. Η δε διήθηση έχει διαπιστωθεί ιστολογικώς.
- * T4β : Το καρκίνωμα επεκτείνεται πέρα της πυέλου.
- NX : Όταν δεν είναι δυνατόν να διαπιστωθεί λεμφαδένας το σύμβολο αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί κατόπιν της ιστολογικής εξέτασης ως NX ή NX+ . .
- No : Δεν παρατηρούνται αλλοιώσεις στους λεμφαδένες με τις υπάρχουσες διαγνωστικές μεθόδους.
- N1 : Οι λεμφαδένες εμφανίζουν αλλοιώσεις με τις διαγνωστικές μεθόδους.
- N2 : Υπάρχει καθηλωμένη ψηλαφητή μάζα στο πυελικό τοίχωμα και μεταξύ της μάζας και του τοιχώματος υπάρχει ελεύθερος χώρος. .



Διηθητικό καρκίνωμα στο πρόσθιο χείλος.



Εκτεταμένη περιοχή μέτριας δυσπλασίας (CIN 1) μετά ατελή κωνοειδή εκτομή.

MG : Δεν υπάρχει ένδειξη απομακρυσμένης μετα-
στάσεως.

M1 : Υπάρχουν μεταστάσεις απομακρυσμένες.

2. Συμπτώματα - Ευρήματα

A. Συμπτώματα.

Ομως τι είναι αυτό που θα κάνει την ασθενή να τρέξει στο γυναικολόγο;

Από τα πρώτα συμπτώματα του κεντρικού του τραχήλου είναι η έκκριση, που, όταν μάλιστα, είναι υδαρής δεν προκαλεί το ενδιαφέρον της άρρωστης.

Άλλο σύμπτωμα είναι η εμφάνιση κηλίδων αίματος, που παρουσιάζονται ανάμεσα από δύο εμμηνορυσίες ή ύστερα από συνουσία ή ύστερα από ενδοκοιλιακή πλύση. Επίσης εμφανίζεται έκτακτη αιμορραγία εκτός εμμήνου ρύσεως εκ των γεννητικών οργάνων. Στην αρχή μπορεί να είναι πολύ μικρή καθώς όμως η νόσος συνεχίζεται η αιμορραγία καθίσταται και αυξάνει σε ποσότητα.

Σταδιακά εμφανίζεται οσφυαλγία και δυσκοιλιότης που δεν υπήρχαν νωρίτερα.

Πόνος υπάρχει μόνο σε προχωρημένα στάδια, όταν διηθούν το θυροειδές νεύρο, το ισχιακό νεύρο ή το ιερό πλέγμα. Σε προχωρημένα στάδια υπάρχει επίσης οίδημα από φλεβική και λεμφική απόφραξη ή ουραιμία από απόφραξη των ουρητήρων και σ' αυτή οφείλεται, τις περισσότερες φορές, ο θάνατος της άρρωστης.

Εκτός όμως από τα τοπικά συμπτώματα έχουμε

και τα γενικά. Ετσι εμφανίζεται καχεξία από από-
λεια βάρους, ανορεξία, αναιμία. Συχνά υπάρχει και
διαλείπων πυρετός που οφείλεται σε δευτεροπαθή
μόλυνση και σχηματισμό αποστημάτων στη μάζα του
όγκου που έχει εξελκωθεί.

B. Ευρήματα.

Τα ευρήματα που εμφανίζονται στα διάφορα στά-
δια του καρκίνου είναι τα εξής:

Στην περίπτωση του διηθητικού καρκίνου η
μακροσκοπική αλλοίωση παίρνει δύο μορφές: Την ελκω-
τική μορφή, υπό μορφή συνήθως κρατήρα και την εξω-
φυτική μορφή - την ανθρακραμβοειδής - που μοιάζει
σαν κουνουπίδι.

Όταν έχει διαβρωθεί σε μεγάλο βαθμό ο τράχη-
λος και η διήθηση των πυελικών λεμφογαγγλίων συνο-
δεύεται με πρεστικά φαινόμενα στο φλεβικό πλέγμα
(με αποτέλεσμα οίδημα στα σκέλη) και συμπτώματα
απόφραξης των ουρητήρων που εμφανίζονται κλινικά
σαν υδρονέφρωση ή πυελονεφρίτιδα.

Πρώτη μορφή προσβολής της ουροδόχου κύστης
είναι το φυσαλιδώδες οίδημα που γίνεται αντιληπτό
στην κυστεοσκόπηση, ενώ αργότερα, βέβαια, παρου-
σιάζεται και αιματουρία.

3. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Στην προσπάθεια μας να κάνουμε ένα σωστό διαγνωστικό έλεγχο θα ακολουθήσουμε την τήρηση ενός βασικού σχήματος, το οποίο περιλαμβάνει τα εξής:

- α) Ατομικούς παράγοντες.
- β) Εργαστηριακές εξετάσεις.
- γ) Μικρές διαγνωστικές επεμβάσεις.

Α. Στους ατομικούς παράγοντες εξετάζονται τα εξής:

1. Η ηλικία. Το μεγαλύτερο ποσοστό κακοηθών νεοπλασμάτων είναι μεταξύ των 30 και 34 ετών.

2. Η σεξουαλική ζωή της γυναίκας (που ήδη στο προηγούμενο κεφάλαιο αναφέρθηκε σαν αιτιολογικός παράγοντας) συνδέεται άμεσα με την παρουσία ή απουσία νεοπλασίας του τραχήλου της μήτρας και ένας καθοριστικός παράγοντας φαίνεται να είναι η ηλικία έναρξης των σεξουαλικών επαφών.

3. Χρόνος εμφάνισης: Κάθε καθυστέρηση προσέλευσης της ασθενούς μετά την εμφάνιση κάποιων συμπτωμάτων συνεπάγεται επιβάρυνση στη διάγνωση και στη μετέπειτα θεραπεία.

4. Εντόπιση: Ανάλογα με το σημείο που εντοπίζεται από τα κλινικά στάδια ο καρκίνος στον τράχηλο μπορούμε όχι απλώς να περιγράψουμε τον καρκίνο

αλλά να προσδιορίσουμε πιθανή εξέλιξη της νεοπλασίας και κάποιες πιθανές μεταστάσεις.

Β. Στις εργαστηριακές εξετάσεις έχουμε τις λεγόμενες αιματολογικές εξετάσεις με τις οποίες προσδιορίζουμε τα εξής:

- Πιθανή αναιμία.
- Προσδιορισμό ταχύτητας καθιζήσεως ερυθρών αιμοσφαιρίων.
- Αλλοιώσεις αμων ασβεστίου και φωσφόρου, οι οποίες υποδηλώνουν οστικές μεταστάσεις.

Επίσης στις εργαστηριακές εξετάσεις μπορεί να αναφερθεί και το Σπινθηρογράφημα του οποίου ο ρόλος πιο πολύ βοηθά στο να εντοπίσουμε με τη βοήθεια στρουντιου 85 και άλλων βραχυδικών ραδιοϊσοτόπων κάποιες πιθανές μεταστάσεις.

Γ. Μικρές Διαγνωστικές Επεμβάσεις.

Για να πετύχουμε καλύτερη πιθανή διάγνωση απαιτείται να συνδυάζονται η κολποσκόπηση και η κυτταρολογία. Επειδή ο συνδυασμός της βοηθά στην ανίχνευση των νεοπλασιών και συνδυάζονται ως εξής:

1. Παίρνουμε TEST ΠΑΠ. Σκοπός της εξέτασης αυτής είναι η ανίχνευση τουκαρκίνου του τραχήλου παίρνοντας επίχρισμα από τον οπίσθιο κολπικό θόλο, από το έσω ή έξω στόμιο του τραχήλου (κυτταρολογία).

2. Γίνεται ιστοληψία από την περιοχή που πάσχει με τη βοήθεια της ειδικής λαβίδας βιοψίας ή του χειρουργικού μαχαιριδίου.

3. Αν η καρκινική βλάβη δεν είναι φανερή με το μάτι τότε μεγάλη βοήθειά μας δίνει η κολποσκόπηση η οποία μας δίνει τη δυνατότητα να πάρουμε ιστού ακριβώς από τα σημεία που θεωρούνται ύποπτα για βιοψία.

4. Αν η κολποσκόπηση είναι αρνητική και η κυτταρολογική εικόνα θετική ξανακάνουμε κολποσκόπηση και παίρνουμε βιοψία από τον εξωτράχηλο με σύγχρονη ενδοτραχηλική απόξεση. Αν η ιστολογική εξέταση είναι ομαλή, η κυτταρολογική εξέταση μας δείχνει δυσκαρυωτικά κύτταρα και σε περίπτωση που παρά τη χρήση του κολποσκοπίου η εντόπιση δε γίνεται δυνατή τότε επιβάλλεται να γίνει η κωνοειδής εκτομή του τραχήλου.

5. Αν έχουμε μια ύποπτη βλάβη στον τράχηλο στη διάρκεια της κολποσκόπησης παίρνουμε επίχρισμα και στο ίδιο χρόνο κάνουμε βιοψία. Αυτού του είδους η πρακτική μπορεί να έχει τα ακόλουθα αποτελέσματα:

- Κολποσκοπική εικόνα θετική
- Βιοψία θετική

- Κυτταρολογική θετική ή
- Κολποσκοπική εικόνα θετική
- Βιοψία θετική
- Κυτταρολογία αρνητική
- Κολποσκοπική θετική
- Βιοψία αρνητική
- Κυτταρολογία θετική

Στην τελευταία περίπτωση παίρνουμε βιοψία από άλλη θέση και αν πάλι είναι αρνητική κάνουμε κωνοειδή εκτομή. Αν έχουμε κολποσκοπική εικόνα θετική, βιοψία αρνητική και κυτταρολογία αρνητική συνεχίζουμε τις κολποσκοπήσεις και τον κυτταρολογικό έλεγχο.

Ο συνδυασμός των τριών παραπάνω τμημάτων που αναφέραμε του βασικού σχήματος μπορεί να οδηγήσει σε πληρέστερη διάγνωση σε μια γυναίκα η οποία φτάνει στο γυναικολόγο της με συμπτώματα που έχουν παραπάνω αναφερθεί.

6. Δοκιμασία μήλης. Στον καρκίνο του τραχήλου η μήλη εύκολα εισχωρεί μέσα στους ιστούς που είναι εύθρυπτοι.

4. Διαφορική Διάγνωση

Χρειάζεται μεγάλη προσοχή, προκειμένου να διαγνωσθεί ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας.

Πρέπει, όσον το δυνατόν περισσότερο η διάγνωση να είναι αληθής ώστε να αποφεισθεί κάποια ταύτιση με βλάβες ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας.

Επίπεδα κονδυλώματα, ανώριμη πλακώδης μετάσταση, ατροφικό τραχηλικό επιθήλιο, ανώριμο επιθήλιο της μεταβατικής ζώνης, ατυπία λόγω αναγέννησης του επιθηλίου μετά από τραύμα ή φλεγμονή τα παραπάνω αποτελούν βλάβες ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας, επικύνδυνες να ταυτιστούν με το καρκίνωμα του τραχήλου.

Στις περιπτώσεις όμως αυτές αν και δεν παρατηρείται φυσιολογική ωρίμανση του επιθηλίου, δεν υπάρχει διαταραχή του προσανατολισμού των κυττάρων, ούτε πολυμορφισμός, ανώμαλη κατανομή της χρωματίνης και ανεϋπλοϊδισμός του πυρήνα.

Βασικά στοιχεία, για να θέσουμε τη διάγνωση καρκίνου του τραχήλου, είναι η συχνά παρατηρούμενη μετάπλαση στον τράχηλο του κυλινδρικού σε πλακώδες επιθήλιο και η παρατηρούμενη επί φλεγμονής έντονης βλάστησης του επιθηλίου.

θανότητες ίασεως είναι μεγάλες.

Για το καρκίνωμα IN SITU η κωνοειδής εκτομή ισοδυναμεί ως προς την πιθανότητα υποτροπών με την υστερεκτομή. Επειδή δε το καρκίνωμα, αναπτύσσεται τις περισσότερες φορές πολυεστιακώς πρέπει, μετά την κωνοειδή εκτομή η ασθενής να βρίσκεται υπό ιατρική παρακολούθηση.

Υστερεκτομή επί καρκινώματος IN SITU εφαρμόζεται σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση.

Από πρόσφατες στατιστικές προκύπτει το συμπέρασμα πως το στάδιο I του καρκίνου του τραχήλου, είτε με εγχείρηση το αντιμετωπίσουμε είτε με ακτινοθεραπεία η επιβίωση ύστερα από 5 χρόνια είναι η ίδια. Ίσως υπερτερεί κάπως η ακτινοθεραπεία.

Η επιβίωση μετά 5 χρόνια στον καρκίνο του τραχήλου για το στάδιο I ανέρχεται σε 75-87%, για το στάδιο II σε 50-55%, για το στάδιο III σε 25-30% και για το στάδιο IV σε 5-6%.

5. Πρόληψη - Πρόγνωση

Βασική προϋπόθεση για την επιτυχία στο δύσκολο αγώνα κατά του καρκίνου είναι η εκπαίδευση του κοινού των ασθενών και των οικογενειών τους.

Η διαφώτιση του κοινού πρέπει να είναι συνεχής και να χαρακτηρίζεται από σαφήνεια, δίνοντας όλα εκείνα τα στοιχεία που μας επιτρέπουν να ελπίζουμε σε ένα νικηφόρο τέλος.

Ενημέρωση σχετικά με την κυτταρολογική εξέταση PAP-TEST, που αποτελεί την αρχή της διάγνωσης μιας νεοπλασματικής νόσου. Ιδιαίτερα οι πολύτοκες γυναίκες πρέπει ανά 6μηνο να υποβάλλονται στην εξέταση αυτή. Η εξέταση αυτή πρέπει να γίνεται από ηλικία 25 ετών και άνω κάθε έτος ή κάθε δύο έτη.

Ο προσδιορισμός του βαθμού κακοήθειας του νεοπλάσματος έχει μικρή προγνωστική αξία όσο αφορά το καρκίνωμα του τραχήλου.

Αντίθετα η έκταση αυτού, που εκφράζεται δια του κλινικού σταδίου, είναι σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας.

Η πρόγνωση στο καρκίνωμα IN SITU εφ'όσον γίνει η κατάλληλη θεραπεία, είναι άριστη ακόμη και επί υπάρξεως μικροδιηθήσεως.

Το διηθητικό καρκίνωμα του τραχήλου εφ'όσον αντιμετωπισθεί ορθώς έχει καλή πρόγνωση και οι πι-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Η θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας διακρίνεται στη χειρουργική και στη συντηρητική.

Η συντηρητική περιλαμβάνει την ακτινοβολία και τα κυτταροστατικά φάρμακα.

Η θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο βρίσκεται και από τη γενική κατάσταση της άρρωστης.

Ετσι έχει ως εξής για κάθε στάδιο:

Στάδιο 0 : Σε έντονη δυσπλασία η προδιηθητικό καρκίνωμα (IN SITU) η θεραπεία εξαρτάται από την ηλικία και από τον αριθμό των παιδιών που έχει γεννήσει η άρρωστη. Σε νέες άρρωστες χωρίς οικογένεια η κωνοειδής εκτομή με συνεχή παρακολούθηση μπορεί να κριθεί σαν ικανοποιητική θεραπευτική μέθοδος.

Αν και μετά την κωνοειδή εκτομή υπάρχουν ύποπτα κυτταρολογικά επιχρίσματα τότε επιβάλλεται η εκτέλεση ολικής υστερεκτομής μαζί με τα εξαρτήματα.

Σε γυναίκες μεγαλύτερες από τα 35 και με ολοκληρωμένη οικογένεια η ολική υστερεκτομή είναι η λύση εκλογής.

Στάδιο I : Οι ασθενείς του σταδίου I θεραπεύονται σε ποσοστό 90% δια την πρώτη πενταετία

εφ' όσον γίνει η κατάλληλη θεραπεία χειρουργική και ακτινοβολική.

Η θεραπεία επηρεάζεται από το γεγονός ότι σε κάποιο ποσοστό 15-20% έχουν προσβληθεί τα πνευτικά λεμφογάγγλια.

Επομένως, η θεραπεία στην περίπτωση αυτή συνίσταται σε ριζική εξαίρεση, εκτός από τη μήτρα, των εξαρτημάτων, του κυτταρολιπώδους συνδετικού ιστού, και των λεμφογαγγλίων της μικρής πυέλου, όπως και ενός μεγάλου τμήματος του κόλπου.

Μπορεί εναλλακτικά να εφαρμοσθεί συνδυασμένη ακτινοθεραπεία με τοποθέτηση ραδίου. Σε περίπτωση που βρίσκονται διηθημένα γάγγλια ακολουθεί μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.

Στο στάδιο αυτό οι μεταστάσεις στους λεμφαδένες δεν ξεπερνούν το 2%.

Πολλοί εφαρμόζουν την απλή ολική υστερεκτομή για να αποφύγουν την θνησιμότητα και τη νοσηρότητα που συνοδεύουν τη ριζική θεραπεία ή την ακτινοθεραπεία.

Στάδια (Iβ, IIα, IIβ). Για τη θεραπεία αυτών των σταδίων συντελείται συνδυασμός χειρουργικής θεραπείας, ακτινοθεραπείας ή και μικρή θεραπεία.

2. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ:

Η σωστή εκτέλεση της ριζικής κοιλιακής υστερε-

κτιομής ή αλλιώς εγχείρηση WERFTEIN περιλαμβάνει την εξαίρεση της μήτρας, των εξαρτημάτων, των πλατεών συνδέσμων, των λεμφαδένων, των λεμφογγαγγλίων, του λίπους των παραμητρίων και το 1/3 του κόλπου τουλάχιστον.

Ακολουθείται και η εγχειρητική μέθοδος SCHAUTA, όπου γίνονται εξαίρεση όλων των ανωτέρω ανατομικών στοιχείων από του κόλπου. Η μέθοδος αυτή σήμερα εφαρμόζεται σε ελάχιστα θεραπευτικά κέντρα.

3. Ακτινοθεραπεία - Ραδιοθεραπεία.

1. Ακτινοθεραπεία.

Η εφαρμογή της ακτινοθεραπείας στη θεραπεία του καρκίνου είναι σχετικά νέα επιστημονική μέθοδος

Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία κυρίως εφαρμόζεται μετά από ριζική χειρουργική επέμβαση όταν υπάρχουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες.

Εχει δε βασικό σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης στους φυσιολογικούς ιστούς που ακτινοβολούνται συγχρόνως.

Στην ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται η ιονίζουσα ακτινοβολία που την παίρνουμε από τρεις πηγές:

- Φυσικά ραδιενεργά στοιχεία πχ. ράδιο.
- Τεχνητά ραδιενεργά στοιχεία (ραδιοϊσότοπα).
- Μηχανήματα παραγωγής ακτίνων ROENTGEN και

ηλεκτρονίων με κατανάλωση ηλεκτρικού ρεύματος (ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία).

Τρόπος εφαρμογής ακτινοθεραπείας.

Εφαρμόζεται: εσωτερικά και εξωτερικά.

1) Εξωτερική εφαρμογή: Είναι τηλεθεραπεία η οποία εφαρμόζεται με τις εξής μορφές:

α) Ακτίνες Χ: που παράγονται από ειδικό μηχάνημα.

β) Ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα μέσα σε ραδιοθεραπευτικές βόμβες.

γ) Ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα μέσα σε θήκες που εφαρμόζονται πάνω στο σημείο που πρέπει να ακτινοβοληθεί.

2) Εσωτερική Χρήση: Αυτή εφαρμόζεται:

α) Ενδοκοιλιακά: γίνεται εισαγωγή ραδιοϊσότοπου σε κοίλα όργανα ή κοιλότητες του οργανισμού.

β) Εμφύτευση: Τα ραδιοϊσότοπα με στερεά μορφή βελόνων, καψουλών, κόκκων ράβδων, συρμάτων εμφυτεύονται και μένουν μόνιμα ή αφαιρούνται μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα μέσα σε ιστούς.

γ) Εσωτερική χορηγήση από το στόμα ή ενδοφλέβια.

2. Ραδιοθεραπεία.

Όταν για οποιδήποτε λόγο ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας στο 1ο και 2ο στάδιο κριθεί μη

εγχειρήσιμος ή η καρκινική διήθηση έχει προχωρήσει στο 3ο και 4ο στάδιο, τότε εφαρμόζεται μόνο ακτινοβολία.

Σήμερα έχουν χρησιμοποιηθεί πολλοί τέτοιοι τρόποι θεραπείας του τραχηλικού καρκίνου, όπως η εμφύτευση βελονών ραδίου μέσα στον όγκο, ή ενδοκολπική ακτινοβολήση με ακτίνες RONTGEN και τελευταία η ενδοϊστική έγχυση ραδιοϊσοτόπων.

Ράδιο, CESIUM - 137, ή ραδιενεργό κοβάλτιο εισάγονται μέσα στον ενδοτραχηλικό σωλήνα και τον κόλπο για ορισμένο χρόνο· το ράδιο (ή το CESIUM) τοποθετείται με τη μορφή βελόνων.

Η δράση του ραδίου συνίσταται στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων, που είναι ευαίσθητα ως νεαρά και άωρα, ενώ οι παρακείμενοι ιστοί παραμένουν ως επί το πλείστον ανεπηρέαστοι.

Η καταστροφή των κυττάρων επιτελείται για της εκπεμπόμενης ακτινοβολίας.

Το στοιχείο ράδιο, αποσυντιθέμενο βραδύτατα, εκπέμπει κυρίως τριών ειδών ακτίνες: Τις ακτίνες α, β και γ.

Η ακτινοβολία α και β δεν έχει διεισδυτική ικανότητα και γι' αυτό δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων (μαλακή ακτινοβολία) αλλά χρησιμοποιείται η διεισδυτική (σκληρή) ακτινοβολία γ.

Εν τούτοις η ακτινοβολία α και β επιφέρει νέκρωση στους παρακείμενους υγιείς ιστούς γι αυτό και τα ραδιενεργά στοιχεία, πριν να χρησιμοποιηθούν τοποθετούνται σε υποδοχείς (ειδικές θήκες από πλατίνι) για την απορρόφηση της ακτινοβολίας α και β και αφήνουν μόνο να περάσει από το τοίχωμα αυτό η ακτινοβολία γ που διεισδύει μέσα στον όγκο.

Επίσης καταβάλλεται προσπάθεια να απομακρυνθούν τα παρακείμενα όργανα (ουροδόχου κύστεως-ορθού από την ραδιενεργό πηγή, δεδομένου ότι η ένταση της ακτινοβολίας είναι αντιστρόφως ανάλογη του τετραγώνου της αποστάσεως. Η απομάκρυνση των πιο πάνω οργάνων επιτυγχάνεται με τον πωματισμό του κόλπου.

Ακόμη εφαρμόζεται μόνιμος καθετήρας επί της ουροδόχου κύστεως ώστε να διατηρείται αυτή κενή ούρων.

Η θεραπεία εξατομικεύεται ανάλογα με το στάδιο της νόσου, την απόκριση της άρρωστης και την ανοχή στη ραδιοθεραπεία.

Μια πολύ δημοφιλή μέθοδος θεραπείας περιλαμβάνει τη χρησιμοποίηση εξωτερικής ακτινοβολίας, στη συνέχεια τοποθέτηση βελονών ραδίου και στο τέλος πάλι επιστροφή στην εξωτερική ακτινοβολία.

Η θεραπεία αυτή διαρκεί 5-6 εβδομάδες.

4. ΜΙΚΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μερικοί χρησιμοποιούν προεγχειρητική θεραπεία για ελάττωση του όγκου και παρεμπόδιση διασποράς κυτταρικών κυττάρων με τοποθέτηση ραδίου.

Επίσης μετεγχειρητική ακτινοβολία γίνεται σε ορισμένα κέντρα ύστερα από ριζική χειρουργική θεραπεία όταν βρεθούν μεταστάσεις στους λεμφαδένες.

Υπάρχει δυσκολία εκλογής μεταξύ ακτινοθεραπείας και χειρουργικής θεραπείας γιατί η πενταετής επιβίωση είναι περίπου η ίδια και στα δύο θεραπευτικά σχήματα.

Η ακτινοθεραπεία έχει το σοβαρό μειονέκτημα να προκαλεί στένωση και ερεθισμό του κόλπου με αποτέλεσμα να εμποδίζονται οι σεξουαλικές σχέσεις.

Επίσης είναι δυνατόν να εμφανισθεί κολπίτιδα ή κυστίτιδα.

Η ριζική χειρουργική θεραπεία πλεονεκτεί στο ότι μας γνωρίζει την έκταση της νόσου με περισσότερη ακρίβεια αλλά έχει σχετικώς υψηλή νοσηρότητα και κάποια θνησιμότητα ενώ παράλληλα μας δίνει ένα ποσοστό ουρητηροκολπικών συριγγίων που κυμαίνεται μεταξύ 2-10% σύμφωνα με στατιστικές.

Στάδιο III: Η ακτινοθεραπεία είναι η μοναδική θεραπεία στο στάδιο αυτό.

Στάδιο IV: Η ακτινοθεραπεία όπως και οι ριζικές εγχειρήσεις εξεντέρωσης δεν είναι αποτελεσματικές εφόσον η ασθένεια έχει ξεπεράσει τα όρια της πυέλου. Στις ασθενείς αυτού του σταδίου η θεραπεία έχει μόνο παρηγορητική σημασία.

5. Κυτταροστατικά Φάρμακα

Χημειοθεραπεία

Μια βασική μέθοδος στη γενική προσπάθεια για τη θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (σε περίπτωση επίμονου υποτροπιάζοντα καρκίνου) είναι η χημειοθεραπεία, η οποία συνδυάζεται με τη χειρουργική μέθοδο ή μπορεί να αποτελέσει και μόνη της τρόπο θεραπείας.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα αν και δεν θεραπεύουν τα νεοπλασματικά νοσήματα, επιβραδύνουν την εξέλιξή τους και περιορίζουν τις διαστάσεις του νεοπλάσματος. Ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο είναι κυτταροτοξικό δηλαδή δηλητηριάζει τα κύτταρα.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

1) Αλκυλιούντες παράγοντες: Αυτά επηρεάζουν την πρωτεϊνική σύνθεση και άλλες μεταβολικές εξεργασίες του κυττάρου και κυρίως διαστρέφουν τη λειτουργία των νουκλεϊνικών οξέων. Σταματούν τον κυτταρικό κύκλο κυρίως στην προμιτωτική φάση.

2) Αντιμεταβολίτες: Δρουν στη φάση 5 του κυττάρου που γίνεται η σύνθεση του DNA.

3) Αναστολείς της κυτταρικής μιτώσεως: παρεμποδίζουν τη σύνθεση DNA-RNA και επομένως τον πολλαπλασιασμό κυττάρων.

Ορισμένες γεννητικές ορμόνες χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του καρκίνου επειδή πιστεύεται ότι η ανάπτυξή τους έχει σχέση με την αλλαγή του ορμονικού περιβάλλοντος του οργανισμού. Η υδροκορτιζόνη χρησιμοποιείται για τη λεμφαυτική της δράση. Επίσης χρησιμοποιούνται ένζυμα όπως η ασπαραγινάση που με μια σειρά εξεργασιών στερεί τα νεοπλασματικά κύτταρα, αλλά και τους λεμφοβλάστες από ένα απαραίτητο αμινοξύ και το

Χορηγούνται με τους εξής τρόπους:

- 1) Από το στόμα.
- 2) Ενδοαγγειακά είτε ενδοφλέβια είτε ενδοαρτηριακά.
- 3) Ενδομυϊκά.
- 4) Με έγχυση στο νεόπλασμα.
- 5) Με έγχυση στην κοιλότητα (ενδοϋπεζωκοτική, ενδοπεριτονική, ενδορραχιαία κ.α.).

Τοξικές και ανεπιθύμητες ενέργειες χημειο-
θεραπευτικών.

Στις ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών αναφέρονται οι εξής:

Α. Καταστολή του μυελού των οστών με συμπτώματα:

1. Λευκοπενία.
2. Θρομβοπενία.
3. Αναιμία.

Β. Γαστρεντερικές διαταραχές, που εκδηλώνονται με:

1. Ναυτία-Εμέτους.
2. Διάρροια-σύσπαση κοιλιακών μυών.
3. Στοματίτιδα-Ελκη του βλενογόννου του στόματος.

Γ. Νευροτοξικότητα.

Δ. Ωτοτοξικότητα.

Ε. Ηπατοτοξικότητα.

ΣΤ. Νεφροτοξικότητα.

Ζ. Ανοσοκατασταλτική επίδραση.

Η. Διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων.

Θ. Αλωπεκία.

Ι. Αλλαγές στο δέρμα.

6. Επιπλοκές - Μεταστάσεις

Όπως σε όλους τους καρκίνους έτσι και εδώ υπάρχουν μεταστάσεις. Η επέκταση της νόσου πρέπει να διαπιστωθεί δια κλινικής και ακτινολογικής εξέτασης.

Καθώς ο καρκίνος προχωρεί διηθεί τον ιστό γύρω από τον τράχηλο, τους λεμφικούς αδένες, την ουροδόχο κύστη όπου προκαλεί πόνο και συχνουρία, τους ουρητήρες (απόφραξη), ορθό (ακράτεια κοπράνων, συρήγγια) και τα νεύρα που προκαλεί πόνο στην οσφυϊκή μοίρα και τα άκρα.

Πρώτη μορφή προσβολής της ουροδόχου κύστης είναι το φουσαλιδώδες οίδημα που γίνεται αντιληπτό στην κυστεοσκόπηση, ενώ αργότερα παρουσιάζεται και αιματουρία.

Όταν έχει διαβρωθεί σε μεγάλο βαθμό ο τράχηλος και η διήθηση των πνευλικών λεμφογαγγλίων συνοδεύεται με πνευτικά φαινόμενα στο φλεβικό πλέγμα (με αποτέλεσμα οίδημα στα σκέλη) και συμπτώματα απόφραξης των ουρητήρων που εμφανίζονται κλινικά σαν υδρονέφρωση ή πνευλονεφρίτιδα.

Το καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας διηθεί τα παρακείμενα όργανα και επεκτείνεται κατ'αρχάς στους επιχώριους λεμφαδένες, στη συνέχεια στους

βουβωνικούς, τους θωρακικούς και τους τραχηλικούς.

Μεταστάσεις στα οστά συμβαίνουν, στους σπονδύλους, στη λεκάνη και στον αυχένα του μηριαίου.

Απομακρυσμένες μεταστάσεις παρουσιάζονται στο ήπαρ, στο έντερο και στον εγκέφαλο. Η εξάπλωση της νόσου συνοδεύεται με γενική εξασθένηση, ανορεξία, αναιμία και χαρακτηριστική απώλεια βάρους.

Ο θάνατος τις περισσότερες φορές επέρχεται από τη συρριμία, εντερική απόφραξη και τη γενική καρκινική καχεξία που ακολουθεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Γενικά-Εισαγωγή

Η ασθενής, η οποία μπαίνει στο Νοσοκομείο πάσχουσα από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι μια ιδιαίτερη περίπτωση ασθενή. Δεν είναι μια συνηθισμένη περίπτωση χειρουργικού αρρώστου. Δεν πρέπει να μας διαφεύγει της προσοχής ότι ίσως τις περισσότερες φορές η ανακάλυψη του όγκου είναι τυχαία και η είσοδος στο Νοσοκομείο ξαφνική.

Ετσι σημαντικό ρόλο παίζει η παρουσία και η συμπεριφορά του Νοσηλευτή και της Νοσηλεύτριας που θα βρεθούν σ' αυτήν τη γυναίκα.

Όπως είναι γνωστό κάθε άρρωστη γυναίκα στο Νοσοκομείο αντιμετωπίζει ειδικές ανάγκες και προβλήματα, τα οποία επηρεάζουν την ψυχοκοινωνική της κατάσταση. Σημαντικός παράγοντας και εδώ είναι η θέση της Νοσηλεύτριας, που φυσικά δεν είναι δυνατόν να γνωρίζει όλες τις ανάγκες της ασθενούς, ούτε βέβαια μπορεί να τις ικανοποιήσει όλες· έχει όμως χρέος να καταβάλλει σημαντικές προσπάθειες για το σκοπό αυτό.

Οι ανάγκες της ασθενούς χωρίζονται σε:

α) φυσικές ή βασικές και β) ψυχοκοινωνικές

ή δευτερεύουσες. Ο MASLOW, ερευνητής των αναγκών τις χώρισε στις εξής κατηγορίες:

1. Φυσικές ή βασικές.
2. Ασφαλείας.
3. Στοργής και αναγνώρισης.
4. Δημιουργικότητας.
5. Να γνωρίζει και να καταλαβαίνει.
6. Αισθησιακές.
7. Αποδοχής.

Οι ανάγκες αυτές διαφέρουν σε σπουδαιότητα μεταξύ τους και ενώ ικανοποιείται η μια, εμφανίζεται η άλλη, η οποία παίρνει σειρά προτεραιότητας. Οι ανάγκες επιδέχονται αλλαγές μεταξύ τους.

Η δύναμη των φυσικών αναγκών όπως τροφής, πρέπει να ικανοποιηθούν γιατί διαφορετικά υπερισχύουν στη σκέψη του ατόμου. Η ασθενής έχει ανάγκη να αισθάνεται στο Νοσοκομείο στοργή και αναγνώριση. Αισθάνεται έντονη την ανάγκη της δημιουργίας. Θέλει να ξέρει ότι την αποδέχονται και θέλει επίσης να τα ξέρει όλα. Και σε αυτό ειδικά το σημείο έχει μεγάλη σημασία ο ρόλος του Νοσηλευτή-τριας οι οποίοι πρέπει να της δώσουν να καταλάβει ότι μπορεί να θεραπευτεί και να προχωρήσει στη ζωή της.

Η κάλυψη αυτών των αναγκών δίνει εμπιστοσύνη στην ασθενή για το προσωπικό της κλινικής και εξασφαλίζει τη συνεργασία μαζί τους, για οποιοδήποτε

πρόβλημά της. Ακόμα θα γίνει άτομο ικανό να προσαρμοσθεί με όλες τις καταστάσεις που πιθανόν να δημιουργήσει η ασθένειά της.

Απαραίτητη προϋπόθεση για να προηγηθούν τα παραπάνω είναι να υπάρχουν τα χαρακτηριστικά που συνθέτουν την προσωπικότητα, τη φυσιολογία και το ύφος του Νοσηλευτή δηλ. Αγάπη και Κατανόηση για την άρρωστη, Ευρύτητα γνώσεων, γνώσεις επιστημονικά κατοχυρωμένες.

2. Εισαγωγή του αρρώστου στο Νοσοκομείο

Αφού από τις διαγνωστικές εξετάσεις που έχουν γίνει, διαγνωσθεί ότι πρόκειται για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, πρέπει να αποφασισθεί από την ίδια την ασθενή και το γιατρό της ότι θα χειρουργηθεί.

Η εισαγωγή στο Νοσοκομείο διακόπτει όχι μόνο το ρυθμό της ζωής της αλλά αποτελεί και διακοπή για τον τρόπο της σκέψης της. Στις περισσότερες περιπτώσεις η ιδέα της αρρώστειας αποτελεί αναταραχή σκέψεων και ίσως προκαλεί το φόβο του θανάτου.

Ερχεται, λοιπόν, η ασθενής στο Νοσοκομείο γιατί έχει σοβαρό πρόβλημα και ο Νοσηλευτής-τρια πρέπει να κατευθύνει ανάλογα τις ενέργειές του-της για να βοηθήσει την ασθενή να προσαρμοσθεί στο καινούργιο περιβάλλον.

Μετά την εξέταση του γιατρού δίνεται στην ασθενή ένα χαρτί απ'αυτόν με την ένδειξη "για Εισαγωγή" και πηγαίνει η ίδια ή κάποιος συνοδός της να εκδώσει το εισιτήριο στο γραφείο κινήσεως.

Εκεί καταγράφονται με ακρίβεια τα στοιχεία του ασθενή, η κοινωνική του κατάσταση, το ασφαλιστικό ταμείο για τη ρύθμιση της πληρωμής των νοσηλείων του και η διεύθυνσή του. Ο Νοσηλευτής ενημερώνει την ασθενή και τους συνοδούς της για τις διαδικασίες αυτές και πιθανόν σε ανικανότητα της ασθενούς ή των συνοδών της βοηθά και αυτός για την τακτοποίηση των υποθέσεών της.

Μετά η ασθενής οδηγείται στο λουτρό των Εξωτερικών Ιατρείων για την καθαριότητα του σώματός της, εκτός και αν η κατάστασή της δεν το επιτρέπει.

Αφού τελειώσει το λουτρό της με καθαρό νυχτικό οδηγείται στην κλινική που θα εισαχθεί, συνοδευμένη από τον Βοηθό Νοσηλευτού των εξωτερικών Ιατρείων και επίσης ενημερώνεται η προϊσταμένη της κλινικής που θα εισαχθεί.

Από τη στιγμή της εισαγωγής της ξεκινά ο ρόλος του Νοσηλευτή της κλινικής. Ρόλος ευαίσθητος και υπεύθυνος. Ξεκινά με την προσωπική γνωριμία με την ασθενή, στη συνέχεια ξενάγηση των χώρων της κλινικής και γνωριμία με τους άλλους ασθενείς

της κλινικής.

Βοηθά η νοσηλεύτρια της κλινικής την άρρωστη ακούγοντας τα προβλήματά της και προσπαθώντας να τη βοηθήσει να βρεί λύσεις.

Ευχρόνως παίρνει το ιστορικό της ασθενούς και αφού πάρει τα ζωτικά σημεία ενημερώνει το διάγραμμα που υπάρχει στο κρεβάτι της.

Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας της κλινικής μπορεί να συνοψιστεί στα παρακάτω στάδια:

1. Υποστήριξη και Βοήθεια της ασθενούς κατά το διαγνωστικό έλεγχο.
2. Αντιμετώπιση των αναγκών θρέψεων της ασθενούς.
3. Βοήθεια κατά την εφαρμογή της θεραπείας.
4. Συνεχής παρακολούθηση και φροντίδα.
5. Ψυχολογική Υποστήριξη.
6. Αναγνώριση ψυχολογικών και πνευματικών αναγκών της ασθενούς και του περιβάλλοντός της.

Ετσι, λοιπόν, η ασθενής βρίσκεται στο Νοσοκομείο και η Νοσηλεύτρια είναι το άτομο που βρίσκεται συνέχεια δίπλα της. Αγάπη, υπομονή και κατανόηση είναι τα προσόντα που πρέπει να εφοπλιστεί η ευσυνείδητη Νοσηλεύτρια για να διεκπεραιώσει επιτυχώς το δύσκολο έργο της.

3. Ρόλος και ευθύνες του Νοσηλεύτη στο Διαγνωστικό Έλεγχο.

Σωστή θεραπεία του καρκίνου προϋποθέτει σωστό διαγνωστικό έλεγχο. Πότε δεν είναι δυνατό να δικαιολογηθεί μια ανεύθυνη, επιπόλαια και τυχαία διάγνωση. Σημαντικός, λοιπόν, ο ρόλος της Νοσηλεύτριας στο πλάι του γιατρού για μια σωστή διάγνωση.

Πολύ υπεύθυνες πρέπει να είναι επίσης οι κινήσεις τους και η όλη τους συμπεριφορά απέναντι στον ασθενή.

Πρέπει η νοσηλεύτρια για κάθε διαγνωστική εξέταση να γνωρίζει:

- Τον σκοπό για τον οποίο γίνεται.
- Τον τρόπο προετοιμασίας της ασθενούς.
- Τον τύπο που θα γίνει η εξέταση.
- Τα αντικείμενα που χρειάζονται.
- Το μέτρο προφύλαξης της ασθενούς και του περιβάλλοντος σε περίπτωση που η εξέταση γίνει με λήψη ραδιενεργών ουσιών.

Στη συνέχεια θα αναφερθώ εκτενέστερα σε κάποιες εξετάσεις που γίνονται για να βγει μια σωστή διάγνωση και να αποφευχθούν κάποιες πιθανές συμπτώσεις διαγνώσεων εξαιτίας κοινών συμπτωμάτων.

Α. Κυτταρολογική Εξέταση

TEST ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ

Σκοπός της εξέτασης αυτής είναι η ανίχνευση του καρκίνου του τραχήλου, παίρνοντας επίχρισμα από τον οπίσθιο κολπικό θόλο από το έξω και έσω στόμιο του τραχήλου.

Σημαντικός είναι ο ρόλος της Νοσηλεύτριας στη διαφώτιση και ενημέρωση για τη μέθοδο αυτή όπως σπουδαίες είναι επίσης οι υπηρεσίες της κατά την εξέταση.

Απαραίτητα υλικά:

1) Ξύλινη σπάτουλα: η συνηθισμένη που χρησιμοποιείται για την εξέταση της στοματικής κοιλότητας.

2) Ειδικός στυλεός: μπορεί να χρησιμοποιηθεί ξανά εφόσον καεί. Ακόμη χρησιμοποιούνται βαμβακοφόροι στυλεοί για μια χρήση ή πιπέτα.

3) Αντικειμενοφόρες πλάκες: πρέπει να είναι καθαρές. Η επιφάνεια τους δεν πρέπει να πιάνεται με τα δάκτυλα γιατί απομένει λίπος επάνω τους από το δέρμα.

Τα στοιχεία γράφονται με ειδικό διαμαντένιο μολύβι (που γράφονται τα τζάμια) στην επάνω εξωτερική επιφάνεια ή με κωδικοποιημένο αριθμό που

του δίνει το εργαστήριο κατόπιν συνεννόησης.

4) Μονιμοποιητικό υγρό (HOFFMAN) που αποτελείται από ίσα μέρη: οινόπνευμα 95% και καθαρό αιθέρα ή SPREI.

Πριν από τη λήψη πρέπει να εκπληρώνονται οι εξής προϋποθέσεις δηλ. να μην έχουν προηγηθεί φυσικές, χημικές ή μηχανικές ενέργειες πάνω στον κόλπο.

1) Δεν πρέπει να έχει προηγηθεί κολπική πλύση.

2) Δεν πρέπει να έχει σκουπιστεί ο κόλπος

3) Οι κολποδιαστολείς πρέπει να είναι στεγνοί.

4) Δεν πρέπει να έχει περίοδο η γυναίκα.

5) Δεν πρέπει να έχει προηγηθεί σεξουαλική επαφή πριν από ένα 24 ωρο.

6) Δεν πρέπει να έχει προηγηθεί καυτηρίαση τραχήλου.

7) Δεν πρέπει να έχει τοποθετηθεί κολπική αλοιφή ή κολπικά υπόθετα για θεραπεία κολπίτιδας.

8) Η γυναικολογική εξέταση πρέπει να ακολουθήσει μετά τη λήψη γιατί υπάρχουν δύο κίνδυνοι:

- Ο εξεταζόμενος δάκτυλος να καταστρέψει τα επιθηλιακά κύτταρα.

- μπορεί να προκληθεί αιμορραγία (αιματηρά

επιχρίσματα χωρίς σημασία) .

9) Η κολποσκοπήση πρέπει να γίνεται μετά τη λήψη.

Τεχνική της λήψης

Η άρρωστη τοποθετείται στην εξεταστική κλίνη και ο κόλπος ανοίγεται με τους κολποδιαστολείς. Αριστερά στέκεται η Νοσηλεύτρια που με το αριστερό της χέρι κρατά τη σπάτουλα, τον ειδικό στυλεό, και την αντικειμενοφόρο πλάκα.

Το επίχριμα παίρνεται από τρία μέρη:

α) Από τον οπίσθιο κολπικό θόλο: όπου ανατομικά και λειτουργικά μαζεύονται τ'αποφλοιωμένα κύτταρα από όλο το γεννητικό σύστημα.

β) Από το έξω στόμιου του τραχήλου. Στη λήψη του εκκρίματος από το έξω στόμιο, δεν πιέζουμε δυνατά τη σπάτουλα.

Απλώς με ελαφρή πίεση της σπάτουλας παίρνουμε το έκκριμα χωρίς να τρίβουμε ή να ξύνουμε το βλενογόνο. Κατόπιν με μια ομοιόμορφη κίνηση επιστρέφει η Νοσηλεύτρια το υλικό σε λεπτό στρώμα πάνω στην επιφάνεια της πλάκας.

γ) Από τον ενδοτράχηλο: Το έκκριμα που πήραμε με τον ειδικό ή βαμβακοφόρο στυλεό, επιστρέφεται με ελάχιστη κυκλική κίνηση και ελαφρή πίεση

πάνω στην αντικειμενοφόρο πλάκα, αμέσως σε κλάσμα δευτερολέπτου τοποθετείται στο δοχείο με το HOFFMAN. (που πρέπει να είναι εκ των προτέρων ανοικτό για να αποφύγουμε την καθυστέρηση). Αν το παρασκεύασμα στεγνώσει, τότε δεν έχει καμία αξία. Η σταθεροποίηση μπορεί να γίνει με σπρέι πάνω στην αντικειμενοφόρο πλάκα.

Διάρκεια μονιμοποίησης: Τουλάχιστον πρέπει να διαρκέσει όχι λιγότερο από 10 λεπτά μέσα (στο HOFFMAN). Βγάζουμε την αντικειμενοφόρο πλάκα, την αφήνουμε να στεγνώσει στον αέρα και ύστερα την τοποθετούμε σε μια ξύλινη θήκη που μεταφέρεται στο εργαστήριο.

Ο παθολογοανατόμος εξετάζει και ερμηνεύει το επίχρισμα. Η ταξινόμηση των κυτταρολογικών ευρημάτων κατά του Παπανικολάου έχει ως εξής:

CLASS 1: απουσία ατυπων ή ανώμαλων κυττάρων.

CLASS 2: άτυπα κύτταρα χωρίς ένδειξη κακοήθειας

CLASS 3: κύτταρα ενδεικτικά αλλά όχι αποδεικτικά κακοήθειας (ύποπτα).

CLASS 4: κύτταρα ενδεικτικά κακοήθειας.

CLASS 5: κύτταρα αποδεικτικά κακοήθειας.

Η ανεύρεση παθολογικών κυττάρων δεν σημαίνει πως η άρρωστη έχει υποχρεωτικά καρκίνο αλλά χρειάζονται περισσότερες εξετάσεις όπως δοκιμαστική απόξεση ή βιοψία τραχήλου.

B. Δοκιμασία Ιωδίου κατά SCHILDER.

Με μακρύ βαμβακοφόρο στηλεό γίνεται χρώση όλης της επιφάνειας του τραχήλου με βάμμα ιωδίου 3% ή LUCOL.

Ο τράχηλος παίρνει βαθύ καστανόχρου χρώμα. Σ'αυτήν την περίπτωση η δοκιμασία θεωρείται αρνητική.

Αντίθετα αν υπάρχουν άωρα κύτταρα οι ιστοί δεν παίρνουν χρώμα καστανό και η δοκιμασία θεωρείται θετική.

Γ' Κολποσκόπηση

Η κολποσκοπική τεχνική αποδείχθηκε τόσο χρήσιμη όπως και οι περισσότερες διαγνωστικές μέθοδοι στην Ιατρική, αλλά με σημαντικές δυσκολίες.

Το κολποσκόπιο είναι ένα είδος οργάνου με το οποίο μπορούμε να εξετάσουμε και να διαπιστώσουμε πρώιμες καρκινικές αλλοιώσεις του τραχηλικού ιστού.

Μας δίνει τη δυνατότητα να πάρουμε ιστό ακριβώς από τα σημεία που θεωρούνται ύποπτα με βιοψία. Με τη μέθοδο αυτή τίθεται η ένδειξη της ύπαρξης προδιηθητικού καρκίνου.

Πριν από την εξέταση: 1) Η Νοσηλεύτρια καθαρίζει με στεγνότολύπιο τον τράχηλο.

2) Καθαρίζει τον τράχηλο με 3% όξινο οξύ για την απομάκρυνση τραχηλικής βλέννας. Έτσι η εικόνα

του τραχηλικού ιστού μεταξύ επιθηλιακού και πλακώδη είναι πιο καθαρή (στο σημείο εκείνο που ακριβώς αρχίζει ο καρκίνος IN SITU).

Η κολποσκοπήση δεν πρέπει να γίνεται κατά τη διάρκεια της περιόδου καθώς και 3-4 μέρες μετά απ'αυτή.

Καλύτερες μέρες είναι από την 8η μέχρι την 12η μέρα του κύκλου κατά την οποία η τραχηλική βλέννα είναι άφθονη, διαυγής και παίζει το ρόλο του διαθλαστικού μέσου που διευκολύνει την εξέταση του έσω τραχηλικού στομίου, το δε έξω τραχηλικό στόμιο είναι ανοικτό. Αν η βλέννα είναι θολή κάνει δύσκολη ή αδύνατη την εξέταση. Ο τράχηλος δεν πρέπει να φέρει βλάβες από πρόσφατη βιοψία, υστεροσαλπιγγογραφία, κολπική εξέταση κλπ.

Δ' Βιοψία Τραχήλου - Καυτηρίαση

Αφού έχουμε τα αποτελέσματα της εξέτασης κατά Παπανικολάου και της κολποσκοπήσης, μπορεί να χρειαστεί και μια μελέτη του ιστού του τραχήλου δηλ. βιοψία που μας δίνει οριστικά τη διαμόρφωση του καρκίνου ή άλλου κακοήθους νεοπλασματος.

Η κολποσκοπήση θα μας δείξει από ποια σημεία του τραχήλου θα γίνει η βιοψία με την ειδική λαβίδα βιοψίας.

Εξηγούμε στην άρρωστη ότι η εξέταση γίνεται σε γυναικολογική θέση χωρίς αναισθησία γιατί ο τράχηλος δεν έχει υποδοχέα πόνου.

Μπορεί να παρουσιαστεί μικρή αιμορραγία που αντιμετωπίζεται με τοποθέτηση ταμπόν.

Υλικά που χρειάζονται:

- α. 2 τολυπολαβίδες.
- β. γυναικολογικός κολποδιαστολέας.
- γ. αποστειρωμένα τολύπια-γάζες.
- δ. λαβίδα βιοψίας.
- ε. ταμπόν.

στ. δοχείο με διάλυμα φορμόλης 10%.

Επιπλοκές κατά την επέμβαση είναι μόλυνση, αιμορραγία και στένωση ή ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου.

Ο τραχηλικός ιστός τοποθετείται σε διάλυμα φορμόλης 10% για ιστολογική εξέταση.

Από τη Νοσηλεύτρια αναγράφονται τα στοιχεία της άρρωστης (ονοματεπώνυμο, ηλικία, ακριβής θέση, λήψη του υλικού) και προσέχει μηγίνει αλλαγή με στοιχεία άλλης άρρωστης.

Αν χρειαστεί καυτηρίαση για τον έλεγχο της αιμορραγίας ή για την απομάκρυνση του επιπλέον ιστού, ενημερώνουμε την άρρωστη για την παρουσία ηλεκτροδίων. Η γείωση αποτελεί μέτρο ασφάλειας.

Ίσως η άρρωστη ταλαιπωρηθεί λίγο με τη βιοψία αλλά μετά από λίγη ανάπαυση μπορεί να αναχωρήσει για το σπίτι.

Η Νοσηλεύτρια πριν αναχωρήσει η ασθενής πρέπει να τις δώσει ορισμένες οδηγίες:

1) να αναπαυθεί και να αποφύγει την κούραση για 24 ώρες και να μη σηκώσει βαριά αντικείμενα.

2) να αφήσει το ταμπόν για όσο χρόνο ο γιατρός ορίσει (12-24 ώρες συνήθως).

3) να αναφέρει στο γιατρό αν τυχόν παρουσιαστεί μικρή ή μεγάλη αιμορραγία.

Ακόμη λίγες μέρες μετά την καυτηρίαση μπορεί να εμφανισθούν δύσοσμα υγρά που οφείλονται σε καταστροφή των ιστών. Εξαφανίζονται μετά από λίγες κολπικές πλύσεις.

Τέλος ο γιατρός θα δώσει οδηγίες για την επανάληψη σεξουαλικής επαφής καθώς και για το πότε επιτρέπονται οι κολπικές πλύσεις.

Ε' Σ π ι ν θ η ρ ο γ ρ ά φ η μ α

Στην κατηγορία αυτή των εξετάσεων χρησιμοποιούνται ραδιενεργά ισότοπα τα οποία όταν μπουν στον οργανισμό έχουν τις ίδιες χημικές αντιδράσεις και μεταβολικές διεργασίες με τα σταθερά στοιχεία.

Χρησιμοποιούνται στη διαγνωστική ραδιοϊσότοπα ως ανιχνευτές επεξεργασίας ιστών. Οι ανιχνευτές δίνονται από το στόμα ή με μορφή ενέσεων και μετά ερευνώνται, εντοπίζονται και ανιχνεύονται με ευαίσθητα μηχανήματα καθώς το ραδιενεργό υλικό κυκλοφορεί στο σώμα και συγκεντρώνεται σε συγκεκριμένα όργανα και ιστούς.

Η όλη διαδικασία είναι ανώδυνη, έχει 3 φάσεις.

1η φάση: χορήγηση ραδιοϊσοτόπων.

2η φάση: αναμονής.

3η φάση: καταγραφής σπινθήρων. Σ' αυτή τη φάση η άρρωστη εναλλάσσεται διάφορες θέσεις στο εξεταστικό κρεβάτι.

Στις εξετάσεις που ήδη αναφέρθηκαν επειδή σχεδόν όλες δίνονται όχι από τους Νοσηλευτές αλλά από το Ιατρικό και Παραϊατρικό προσωπικό, η ευθύνη της Νοσηλεύτριας έρχεται στη σωστή προετοιμασία και διδασκαλία της ασθενούς για την εξέταση. Ενημερώνουμε την ασθενή για το σκοπό που γίνεται η εξέταση, τον τρόπο και τη διαδικασία που ακολουθείται και ποιά τα πιθανά αποτελέσματα που θα φέρει. Σημαντικό ρόλο παίζει η ψυχολογική στήριξη της ασθενούς από τη Νοσηλεύτρια κατά τη διάρκεια της αναμονής πριν από την εξέταση όσο και μετά

απ'αυτήν με την αγωνία των αποτελεσμάτων.

Κατά τη διάρκεια των εξετάσεων η Νοσηλεύτρια παρίσταται προσφέροντας τη βοήθειά της στο Ιατρικό προσωπικό αν τυχόν χρειαστεί φροντίζοντας να έχει όλα τα απαραίτητα εργαλεία, και επίσης τοποθετεί την ασθενή στη σωστή θέση, συμβουλευοντάς την κάθε φορά που αυτό είναι απαραίτητο.

Σε όλο το διάστημα των διαγνωστικών εξετάσεων η Νοσηλεύτρια στέκεται δίπλα στην ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη ότι ο φόβος και η άγνοια έχουν σοβαρές επιπτώσεις και στο άτομο το ίδιο και στην οικογένειά του.

Συμπαρίσταται με τον πιο υπεύθυνο και σωστό τρόπο και συγχρόνως με κατοχυρωμένες γνώσεις αποτελεί σημαντικό βοηθό του γιατρού.

Και έτσι αφού έγινε πλήρη διάγνωση της νόσου το επόμενο βήμα είναι να προχωρήσουμε στη θεραπεία όπου και σ'αυτή το Νοσηλευτικό προσωπικό κατέχει σπουδαία θέση.

4. Θεραπεία του Καρκίνου του Τραχήλου της Μήτρας

Ρόλος του Νοσηλευτή σε αυτή.

Εισαγωγή.

Αφού γίνει πλέον η διάγνωση της νόσου προχωράμε στη θεραπεία αυτής, που είναι:

1) Χειρουργική

2) Συντηρητική

Η δεύτερη περιλαμβάνει την:

α) Ακτινοθεραπεία

β) Χημειοθεραπεία

Πρέπει να τονισθεί ότι η δεύτερη μέθοδος εφαρμόζεται ή μόνη της ή σε συνδυασμό με την πρώτη.

Η νοσηλευτική προσφορά στο θέμα της θεραπείας αλλά και σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης αποτελεί πρόκληση για τη Νοσηλευτική.

Η σύγχρονη νοσηλευτική και Ιατρική πιστεύει ότι η ασθενής αμέσως μετά τη διάγνωση πρέπει να μαθαίνει από τι πάσχει και έτσι με την κατάλληλη ψυχολογική στήριξη θα γίνει καλός βοηθός στο έργο της θεραπείας. Γιατί από εδώ και στο εξής όταν θα λέμε θεραπεία θα αναφερόμαστε όχι μόνο στα μέσα θεραπείας και στον τρόπο αυτών αλλά και:

1) την πρόληψη των επιπλοκών.

2) την ανακούφιση της άρρωστης από τα συμπτώ-

ματα της νόσου.

3) την εξασφάλιση καλής ποιότητας ζωής για μεγαλύτερο χρόνο.

Σε κάθε νοσηλευτική φροντίδα προς την άρρωστη θα λαμβάνουμε υπόψη μας ότι:

- γνωρίζει τα πιθανά οδυνηρά στάδια εξέλιξης της νόσου.

- γνωρίζει ότι θα περάσει από ψυχολογικά στάδια που θα την καταστήσουν σωματικά και ψυχικά ερείπια.

- αισθάνεται ότι ίσως βρίσκεται στον προθάλαμο του θανάτου.

- δεν αγνοεί ότι η συμπεριφορά της θα διαφοροποιηθεί στον οικογενειακό και κοινωνικό της χώρο.

- βιώνει ανάμικτα αισθήματα φόβου-αγωνίας-απόγνωσης.

- αντιμετωπίζει προβλήματα σχέσεων.

Με σωστές γνώσεις και υπεύθυνη στάση προχωράει η ευσυνείδητη Νοσηλεύτρια στο έργο της θεραπείας της καρκινοπαθούς.

Παρέμβαση

Τύποι χειρουργικής παρέμβασης

Προκειμένου, για άρρωστη με κακρίνο τραχήλου της μήτρας υπάρχουν δύο είδη χειρουργικών επεμβάσεων.

Πρώτον η απλή ολική υστερεκτομή όπου γίνεται αφαίρεση της μήτρας και του τραχήλου και δεύτερον η Ριζική υστερεκτομή ή ριζική εγχείρηση του WERTHEIM - ολική αφαίρεση της μήτρας με τα εξαρτήματα, του παραμητριούλιπους και του συνδετικού ιστού μαζί με τα λεμφογάγγλια καθώς και του παρακολπικού, παρακυστικού και παραορθικού ιστού.

Και οι δύο εγχειρήσεις προϋποθέτουν πείρα και εγχειρητική ικανότητα. Η επιβίωση, ύστερα από 5 χρόνια μετά την εκτέλεσή τους δεν ξεπερνά το 50%.

Ο χειρουργός έχει να επιλέξει δύο χειρουργικές προσπελάσεις: την κοιλιακή και την κολπική.

Επειδή όμως η έκταση και οι κίνδυνοι της κοιλιακής προσπέλασης είναι μεγάλοι (κίνδυνος περιτονίτιδας) μερικοί προτιμούν την κολπική μέθοδο του SCHANTA με τις διάφορες τροποποιήσεις της. Με την κολπική μέθοδο δεν επιτυγχάνεται η ριζικότητα της κοιλιακής εγχείρησης μειώνονται όμως οι κίνδυνοι.

5. Προεγχειρητική Παρέμβαση

Πριν από την εγχείρηση ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να αναφέρει στην ασθενή και στους συγγενείς της όλα τα περί της επεμβάσεως καθώς και τις συνέπειες που θα υποστεί η άρρωστη μετά από την εγχείρηση.

Σημαντικός εδώ είναι και ο ρόλος της νοσηλεύτριας που θα προσπαθήσει να σταθεί κοντά στην άρρωστη τις δύσκολες αυτές ώρες και να την παρηγορήσει δίνοντάς της κουράγιο και δύναμη να νικήσει την αρρώστεια της.

Ιατρικές, λοιπόν, εξηγήσεις ο γιατρός, ανθρωπιστικά μηνύματα και ελπίδα η νοσηλεύτρια.

Κατ' αρχάς πρέπει να γίνει επεξήγηση του όρου υστερεκτομή στην άρρωστη και στην οικογένειά της.

Σε περίπτωση που η άρρωστη είναι έγκυος χρειάζεται η συγκατάθεση του συζύγου για διακοπή της κύησης καθώς επίσης και για την τεχνητή στείρωση.

Ενημερώνεται η ασθενής για τη μετεγχειρητική θεραπεία (ακτινοβολία), πόνο, δραστηριότητες, δίαιτα, συνουσία, έμμηνο ρύση.

Το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό δίνει την ευκαιρία στην άρρωστη να εξωτερικεύσει τις

αγωνίες της και τους φόβους της και την ενθαρρύνει.

Τέλος, υποστηρίζει την άρρωστη κατά την περίοδο της συγκινησιακής της προσαρμογής στην απώλεια των γεννητικών οργάνων.

Μερικές γυναίκες αποδέχονται την υστερεκτομή και αισθάνονται πως η απώλεια της μήτρας δεν είναι κάτι το ισχυρό που θα επηρεάσει την εκπλήρωση του ρόλου τους και των αναγκών τους σαν γυναίκες. Αυτή βέβαια είναι και η θετική πλευρά του αρρώστειας.

Άλλες γυναίκες κυριεύονται από κατάθλιψη ή ζητούν ψυχιατρική βοήθεια και δεν μπορούν να προσαρμοσθούν καθόλου στις μετεγχειρητικές μεταβολές. Σ' αυτήν εδώ την περίπτωση χρειάζεται η συμπαράσταση της νοσηλεύτριας και των συγγενών της.

Τέλος υπάρχει και μια μερίδα γυναικών που είναι αμφίβολες για την απώλεια και προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές εμπειρίες είναι καθοριστικές στην αντίληψή τους για την επίπτωση της υστερεκτομής.

Χειρουργική θεραπεία: Προεγχειρητική ετοιμασία.

Ο Νοσηλευτής έχει υπόψη του ότι η προεγχειρητική ετοιμασία αυτών των ασθενών είναι μακροχρόνια, επίμονη, λεπτομερής, σχολαστική.

Η συναισθηματική και ψυχολογική ετοιμασία του ασθενή συμβάλλει στη μετεγχειρητική του πορεία.

Όπως πριν από κάθε χειρουργική επέμβαση έτσι και εδώ η ασθενής περνάει από ένα μακρύ στάδιο μελέτης και έρευνας. Η νοσηλεύτρια παρατηρεί και ελέγχει κάθε πρόβλημα που θα παρουσιασθεί.

Η προεγχειρητική φροντίδα χωρίζεται σε:

- A) Γενική προεγχειρητική ετοιμασία.
- B) Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία.
- Γ) Τελική προεγχειρητική ετοιμασία.

A) Γενική Προεγχειρητική Ετοιμασία

Αυτή περιλαμβάνει τα εξής:

- 1) Τ ό ν ω σ η του ηθικού της ασθενούς.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να ανακαλύψει τις προσωπικές ανάγκες της ασθενούς της και να τις ικανοποιήσει όπως επίσης να καταλάβει την ασθενή και να συμπεριστεί τη θέση της.

Η ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς προεχει-
ρητικά έχει μεγάλη σημασία. Ένα από τα σημαντικότε-
ρα προβλήματα που αντιμετωπίζει η νοσηλεύτρια εί-
ναι ο φόβος και η ανησυχία της ασθενούς όσον αφορά
την επέμβαση. Η ασθενής είναι ταλαιπωρημένη, ευερέ-
θιστη, μελαγχολική, απελπισμένη.

Οι νοσηλευτές με τον ειδικό ρόλο τους έχουν
την ευκαιρία να παρατηρούν τη συμπεριφορά της και
να ανιχνεύουν σημεία αγωνίας ή βαριάς κατάθλιψης.

Η πιο θετική βοήθεια δίνεται στην ασθενή από
εκείνους που ενδιαφέρονται πραγματικά γι αυτήν και
που σέβονται τα αισθήματά της.

Πολλοί άρρωστοι εξωτερικεύουν πιο εύκολα
τα προβλήματα τους στους νοσηλευτές παρά στους συγ-
γενείς τους. Και εδώ βέβαια παίζει σημαντικό ρόλο
ο χαρακτήρας της νοσηλεύτριας, κατά πόσο εμπνέει
εμπιστοσύνη στην άρρωστη και κατά πόσο διακατέχε-
ται από αληθινή αγάπη για την πάσχουσα.

Οι λογικές εξηγήσεις και πληροφορίες πριν
από την εγχείρηση ελαττώνουν το αίσθημα του φόβου.
Το αίσθημα ασφάλειας ενισχύεται ακόμη περισσότερο
όταν οι νοσηλευτικές τεχνικές γίνονται με δεξιότε-
χνία και αυτοπεποίθηση.

2) Τόνωση σωματική της ασθενούς.

Η καλή θρέψη κατά την προεγχειρητική περίοδο

βοηθάει την άρρωστη να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο χωρίς σοβαρές συνέπειες για τον οργανισμό της.

Ετσι, προεγχειρητικά ελέγχονται και γίνονται τα εξής:

- διορθώνεται κάθε ηλεκτρολυτική διαταραχή.
- χορηγείται δίαιτα υπερλευκωματούχος, υπερθερμιδική, εύπεπτη, η οποία συμπληρώνεται με χορήγηση βιταμινών.
- αν υπάρχει αναιμία γίνεται μετάγγιση αίματος.

Η λειτουργία του εντέρου πρέπει να ρυθμίζεται πριν από την εγχείρηση. Η κένωση του εντέρου γίνεται με τη χορήγηση καθαρτικών φαρμάκων ή υποκλυσμό. Δίνεται εντολή γιατρού για την κένωση του εντέρου. Η κατάλληλη όμως δίαιτα και η ατομική υγιεινή είναι νοσηλευτική ευθύνη μεγάλης σπουδαιότητας.

Οι απαραίτητες εξετάσεις που πρέπει να γίνονται προεγχειρητικά είναι: 1) Γενικές εξετάσεις αίματος: λευκά και ερυθρά αιμοσφαίρια, αιματοκρίτης, χρόνος ροής και πήξης αίματος, ομάδα και RH, καθώς επίσης και διασταύρωση.

2) Γενική ούρων.

3) Ηλεκτροκαρδιογράφημα.

4) Ακτινογραφία θώρακος.

5) Ενδοφλέβια πνευμογραφία (οι ουρητήρες μπο-

ρεί να'χουν προσβληθεί).

6) Διακοπή αντισυλληπτικών δισκίων.

B) Τοπική Προεγχειρητική Ετοιμασία.

Η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου αποσκοπεί στην απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια και πρέπει να γίνεται χωρίς πρόκληση ερεθισμού. Το δέρμα πρέπει να διατηρείται καθαρό και στεγνό και να αλλάζει συχνά ο ιματισμός.

Πριν μπει στο χειρουργείο η άρρωστη πρέπει να είναι ήρεμη και να έχει κοιμηθεί αρκετά.

Η Νοσηλεύτρια φροντίζει για την εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου. Η ασθενής από την αγωνία και το φόβο της εγχείρησης είναι ανήσυχη και δεν μπορεί να κοιμηθεί γι'αυτό κατόπιν ιατρικής εντολής η αδελφή της δίνει ηρεμιστικό.

Επίσης ενημερώνει και επιδεικνύει στην ασθενή διάφορες ασκήσεις πχ. αναπνευστικές, που θα την βοηθήσουν στη μετεγχειρητική πορεία.

Γ) Τελική Προεγχειρητική Ετοιμασία.

Αυτή περιλαμβάνει:

- Παρατήρηση και εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς: Η νοσηλεύτρια κάνει μέτρηση των ζωτικών σημείων, και παρακολουθεί το αναπνευστικό σύστημα και κάθε παρέκκλιση από τα φυσιολογικά

Όρια αναφέρεται στην προϊσταμένη και στον υπεύθυνο γιατρό.

- Κατάλληλο ντύσιμο: Μισή ώρα πριν από την εγχείρηση η ασθενής φοράει την κατάλληλη ενδυμασία.

Μετά την αποχώρηση της ασθενούς από το δωμάτιο η νοσηλεύτρια αερίζει το θάλαμο και ετοιμάζει το χειρουργικό κρεβάτι.

Αυτό πρέπει να είναι ζεστό για προφύλαξη της ασθενούς από ψύξη ή πνευμονία, να'ναι ανοικτό από όλες τις μεριές για πιο εύκολη μεταφορά του αρρώστου, να'ναι χωρίς μαξιλάρι για την ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού και να προστατεύεται από τους εμετούς με μια πετσέτα.

Στο κομοδίνο δίπλα τοποθετείται μια χάρτινη σακούλα για τα άχρηστα. Επίσης πάνω στο κομοδίνο τοποθετείται ένα ποτήρι με δροσερό νερό, PORT-COTTON, νεφροειδές, κάψα με τολύπια και χαρτοβάμβακα.

Η ετοιμασία του θαλάμου ολοκληρώνεται με σκούπισμα, σφουγγάρισμα και ξεσκόνισμα. Ένα παράθυρο μένει ανοικτό για να αερίζεται το δωμάτιο.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

6. Διευχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα

Γενική Προετοιμασία.

Η στάση της Νοσηλεύτριας στο χειρουργείο παίζει σημαντικό ρόλο στην όλη ψυχολογία της ασθενούς. Δύο τρυφερά λόγια, ένα αγγίγμα στο χέρι, απλές κινήσεις που όμως τις έχει τόσο μεγάλη ανάγκη η άρρωστη.

Φροντίδα της νοσηλεύτριας είναι η εξασφάλιση άνετου περιβάλλοντος στην ασθενή κατά την παραμονή της στο χειρουργείο.

Ετοιμασία Αρρώστου.

Η νοσηλεύτρια κυκλοφορίας παραλαμβάνει την άρρωστη και βοηθάει να την τοποθετήσουν στο χειρουργικό τραπέζι αφού προηγουμένως έχει τοποθετήσει τα απαραίτητα εξαρτήματα.

Μετά την καλύπτει αφήνοντας εκτεθειμένο το σημείο της τομής. Ελέγχει μήπως το σώμα της άρρωστης ακουμπάει σε μέταλλο και τοποθετεί με μεγάλη προσοχή τη γείωση της διαθερμίας στο γλουτό, αφού πρώτα έχει βάλει στη μεταλλική πλάκα ειδική αλοιφή ή βρεγμένη κομπρέσα.

Φροντίδα ασθενούς στο Χειρουργείο.

Η καρινοπαθής που πρόκειται να υποβληθεί

σε επέμβαση έχει υποστεί μια σειρά από ψυχικές και σωματικές διαδικασίες. Πρέπει να προσέχουμε τη ζωή του ασθενή που σε λίγο δεν θα αισθάνεται και συνεπώς δεν θα μπορεί να μιλήσει.

Κάθε γυναίκα που πάσχει από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έχει λογικές απορίες και αισθήματα ανασφάλειας που θα μετριασθούν με την επίσκεψη της νοσηλεύτριας του χειρουργείου. Όταν η ασθενής ακούσει να της μιλούν με το όνομα της ξαφνικά θα νιώσει ασφάλεια και αυτοπεποίθηση ότι βρίσκεται στα σωστά χέρια.

Πρέπει να σιγουρευτεί ότι η νοσηλεύτρια θα σταθεί πλάι της κατά τη διάρκεια της κρίσιμης αυτής στιγμής. Είναι ανάγκη να δοθεί μια σύντομη εξήγηση για την πορεία που θα ακολουθήσει καθώς και για την ένεση που θα κάνει ο αναισθησιολόγος.

Απαιτείται σωστή προετοιμασία όλων όσων χρειάζονται για την επέμβαση γιατί είναι λογικό κάποιες αλλαγές την τελευταία στιγμή να επηρεάσουν την άρρωστη.

Η νοσηλεύτρια χειρουργείου πρέπει να βρίσκεται δίπλα στην ασθενή όταν μεταφερθεί στο δωμάτιο αναισθησίας ή στην ανάνηψη για αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων πχ. εμετός και για ψυχολογική υποστήριξη.

7. Μετεγχειρητική Παρέμβαση

Ρόλος της Νοσηλεύτριας στη μετεγχειρητική Πορεία

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που η άρρωστη μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή της.

Τα καθήκοντα της νοσηλεύτριας αυτές τις στιγμές είναι τα ακόλουθα:

1) Προφυλάσσει την ασθενή από τα ρεύματα κατά τη μεταφορά της από το χειρουργείο στο θάλαμο.

2) Τοποθετεί την ασθενή αμέσως μετά την εγχείρηση σε ύπτια θέση με το κεφάλι στραμμένο πλάγια, γιατί έτσι βοηθάται η χαλάρωση των μυών.

3) Εκτιμά την κατάσταση της ασθενούς: ζωτικά σημεία, προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, κολπική εκροή, παροχέτευση τραύματος.

4) Προσπαθεί να ανακουφίσει την ασθενή με τις κατάλληλες υπηρεσίες της από τον πόνο και άλλες δυσκολίες από τις οποίες υποφέρει τις πρώτες κυρίως 48 ώρες.

5) Παρακολουθεί στενά την κατάσταση του τραύματος και προαγάγει την επούλωσή του.

6) Πρέπει να βρίσκεται κοντά στην ασθενή μέχρι να συνέλθει πλήρως γιατί υπάρχει ο κίνδυνος

εισοφόησης των εμεσμάτων από τις τυχόν διεγέρσεις που θα έχει.

7) Επειδή η άρρωστη αισθάνεται δυσφορία εξαιτίας της κοιλιακής διάτασης συνίσταται η εισαγωγή ρινογαστρικού καθετήρα, ενώ η άρρωστη είναι ακόμα στο χειρουργείο. Επίσης τα υγρά και οι τροφές περιορίζονται έως ότου επανέλθει ο περισταλτισμός του εντέρου. Για διαπίστωση έναρξης του περισταλτισμού γίνεται ακρόαση της κοιλιάς και αφού επανέλθει, γίνεται χορήγηση υγρής και μαλακής δίαιτας.

8) Μέγιστο καθήκον της νοσηλεύτριας κατά τη μετεγχειρητική πορεία για την πρόληψη λοίμωξης είναι η καθαριότητα της ασθενούς. Γίνεται καθημερινά μπάνιο ή τοπικό πλύσιμο στο κρεβάτι, και αλλαγή λευχειμάτων και νυχτικών. Επίσης συνίσταται η τοποθέτηση αλοιφών ή υποθέτων.

9) Για την πρόληψη παρωτίτιδων απαραίτητες είναι οι πλύσεις της στοματικής κοιλότητας.

10) Για την πρόληψη αναπνευστικών και κυκλοφοριακών διαταραχών, βοηθάται η άρρωστη να αλλάζει κάθε 2 ώρες θέση και ενθαρρύνεται να παίρνει βαθιές αναπνοές και να βήχει για να βγαίνουν οι εκκρίσεις.

Αποφεύγεται να τοποθετείται η άρρωστη σε ψηλή FOLNER θέση καθώς και πίεσης κάτω από τα γό-

νατα για πρόληψη στάσης του αίματος.

Γίνεται ~~επιλογισμός~~ απολογισμός του αίματος που χάνεται ζυγίζοντας τις γάζες αμέσως μετά την αφαίρεσή τους· σύγκριση στεγνών και βρεγμένων γαζών· η διαφορά του βάρους είναι το αίμα που χάνεται.

Αναζητάται το σημείο HOMAN (ευαισθησία και πόνος στη γαστροκνημία κατά τη ραχιαία κάμψη του ποδιού). Γίνεται επισκόπηση των κάτω άκρων για παρουσία κιρσών· προαγωγή της κυκλοφορίας με ειδικές ασκήσεις.

Τέλος σημειώνεται η χρήση ελαστικών καλτσών σαν προφυλακτικό μέσο για την προαγωγή της κυκλοφορίας.

Τονίζεται στην ασθενή ότι έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι βοηθά στην πρόληψη επιπλοκών.

11) Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί για τυχόν κολπική απέκκριση, και αλλάζει γάζες με άσηπτη τεχνική.

Υποχρέωση επίσης του νοσηλευτικού προσωπικού είναι η πιστή τήρηση των ιατρικών εντολών και η καθορισμένη φαρμακευτική αγωγή. Επίσης κάθε παρέκκλιση από τα φυσιολογικά πρέπει να αναφέρεται στον υπεύθυνο γιατρό και στην προϊσταμένη του τμήματος.

Μετεγχειρητικές δυσχέρειες

Οι κυριότερες από τις μετεγχειρητικές δυσχέρειες είναι:

Πόνος : Ο πόνος είναι υποκειμενικό σύμπτωμα αρρώστου το οποίο εκφράζει φυσική και συναισθηματική καταπίεση και ο οποίος ποικίλει από άτομο σε άτομο και από φυλή σε φυλή.

Η νοσηλεύτρια εκτιμώντας τις περιπτώσεις πρέπει να θυμάται πάντα ότι ο πόνος είναι πραγματικότητα η οποία ταλαιπωρεί τον άρρωστο και ως εκ της θέσεως της πρέπει να τον ανακουφίσει.

Ο πόνος συνοδεύεται από αγωνία. Ο άρρωστος μπορεί με λίγα λόγια να εκφράζει τον πόνο του ή μπορεί με διάφορους άλλους τρόπους. Ένας συνήθης τρόπος έκφρασης του πόνου είναι οι κινήσεις του προσώπου (μορφασμοί). Οι κινήσεις του σώματος πολλές φορές εκφράζουν πόνο.

Από όλα τα προαναφερθέντα η παρατηρητικότητα της νοσηλεύτριας θα βοηθήσει το γιατρό ή την ίδια να προσδιορίσουν το είδος και το μέγεθος του πόνου ώστε να παρασχεθεί στον άρρωστο η ανάλογη ανακούφιση.

Ο άρρωστος κατ'αρχήν παραπονείται για έντονο πόνο πολύ νωρίς μετεγχειρητικά και ο οποίος οφείλε-

ται στο χειρουργικό τραύμα το οποίο δημιουργήθηκε σαν αποτέλεσμα της εγχείρησης. Όταν ο άρρωστος παραπονείται για πόνο το πρώτο καθήκον της νοσηλεύτριας είναι να αντιληφθεί σε πιο μέρος (τη θέση του πόνου) πονεί ο άρρωστος να ρωτήσει αν είναι συνεχής, περιοδικός ή αιφνίδιος και να πληροφορεί τον τύπο του πόνου, αν είναι οξύς, αμβλύς, διαξιφιστικός και αν συνοδεύεται με το αίσθημα της καυσαλγίας.

Ολες αυτές οι πληροφορίες καταγράφονται στην κάρτα του αρρώστου που αποτελεί ορθή επικοινωνία μεταξύ νοσηλεύτριας και γιατρού για την ωφέλεια του αρρώστου.

Όταν ο άρρωστος παραπονεθεί για πόνο η νοσηλεύτρια πρέπει με κάθε τρόπο να προσπαθήσει να ανακουφίσει τον άρρωστο.

Συχνά μια άνετη θέση, αλλαγή της θέσης που βρίσκεται, πλύσιμο του προσώπου και των χεριών, εντριβή στην πλάτη, ανακουφίζουν τον άρρωστο, και ελαττώνουν τη χρήση των παυσίπονων.

Πρίν η νοσηλεύτρια δώσει ένα παυσίπονο φάρμακο στην άρρωστη δεν πρέπει να ξεχνά ότι τα φάρμακα δεν αντικαθιστούν μια καλή νοσηλευτική φροντίδα. Ακόμα γνώση των ψυχολογικών λόγων οι οποίοι

μπορεί να ανακουφίσουν το άγχος, την ένταση και την ανησυχία του αρρώστου, συμμετέχουν στη χαλάρωση και στην ενίσχυση της δράσεως ενός φαρμάκου.

Επίσης η νοσηλεύτρια δεν πρέπει να ξεχνά ότι η χορήγηση φαρμάκων για την καταστολή του πόνου συχνά προκαλεί για μερικές ώρες υπνηλία στον άρρωστο. Έτσι πρέπει να προσέχει, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα, μήπως το παυσίπονο προκαλέσει ύπνο, προϋπόθεση που ευνοεί την ανάπτυξη ακόμα και πνευμονίας ή απλής διαταραχής της αναπνοής με αποτέλεσμα και την κακή οξυγόνωση των ιστών. Επίσης, τα ναρκωτικά αποφεύγονται όταν η αρτηριακή πίεση είναι χαμηλή ή ασταθής διότι υπάρχει κίνδυνος να πάθει σοκ η άρρωστη.

Ναυτία και έμετος: Η μετεγχειρητική ναυτία και ο έμετος μπορεί να οφείλονται σε διάφορους λόγους στους οποίους περιλαμβάνεται: η αναισθησία, η ευαισθησία σε ορισμένα φάρμακα, οι χειρουργικοί χειρισμοί, η κάποια σοβαρή μετεγχειρητική επιπλοκή.

Καθήκον της νοσηλεύτριας είναι η αντιμετώπιση τους καθώς και η πρόληψη της εισρόφησης του εμέτου.

Σε φαρμακευτική αντιμετώπιση του εμέτου προτιμούνται τα βαρβιτουρικά βραχείας δράσης.

Συχνά όταν υπάρχουν προϋποθέσεις για μετεγχει-

ρητικούς εμέτους τοποθετείται ρινογαστρικός σωλήνας (LEVIN) για ένα ή δύο εικοσιτετράωρα και έτσι κρατάει άδειο το στομάχι από γαστρικά υγρά και αποφεύγεται ο έμετος.

Εάν υπάρξει υποψία ότι ο έμετος οφείλεται σε αντίδραση κάποιου φαρμάκου τότε ο γιατρός ορίζει πιο άλλο φάρμακο θα το αντικαταστήσει.

Επίμονοι έμετοι μπορεί να δημιουργήσουν σοβαρή κατάσταση, διότι διαταράσσουν το ισοζύγιο των υγρών και προκαλούν ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Γι' αυτό το λόγο ο έμετος αντιμετωπίζεται πολύ νωρίς για να μην έχει τέτοιες δυσάρεστες επιπλοκές.

Δίψα: Η δίψα παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση ή ακόμα και από τοπική αναισθησία, οφείλεται στην αναστολή των εκκρίσεων μετά την ένεση ατροπίνης προεγχειρητικά αλλά και από τη μείωση των υγρών του οργανισμού που προκαλείται από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την εγχείρηση (αίμα, ιδρώτας, εμέτοι).

Στις εγχειρήσεις του γαστρεντερικού σωλήνα απαγορεύεται χορήγηση υγρών επί 24 ώρες ή και περισσότερο ανάλογα την περίπτωση.

Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με ύγρανση των χειλιών και της γλώσσας με γάλα ή βαμβάκι

(~~SHORT~~ COTTON) ποτισμένο σε κρύο νερό.

Διάταση εντέρου: Αποτελεί συνηθισμένη δυσχέρεια. Ο τραυματισμός των κοιλιακών οργάνων καταργεί τον περισταλτισμό για 24-48 ώρες. Ο αέρας και οι εκκρίσεις που συγκεντρώνονται στο στομάχι προκαλούν διάταση.

Για την αντιμετώπισή του εφαρμόζεται σωλήνας αερίων ή γίνεται υποκλισμός. Ακόμα βοηθά η συχνή μετακίνηση του αρρώστου στο κρεβάτι.

Με γρήγορη έγερση του αρρώστου καθώς και με γρήγορη επανασίτισή του με κανονική δίαιτα η δυσχέρεια αυτή μπορεί να προληφθεί.

Δυσκοιλιότητα: Αίτια μετεγχειρητικής δυσκοιλιότητας μπορεί να είναι:

α) Ερεθισμός ή τραυματισμός του εντέρου κατά την διάρκεια της εγχείρησης.

β) Τοπική φλεγμονή.

γ) Περιτονίτιδα.

δ) Τοπικό απόστημα.

Στη λύση του προβλήματος μπορεί να βοηθήσει η έγκαιρη έγερση, το είδος της δίαιτας, η χορήγηση άφθονων υγρών και υποκλισμός.

Διάρροια: Οφείλεται σε σύνδρομο κακής απορ-

ρόφησης και είναι συχνή σε διατομή των πνευμονο-
γαστρικών. Χορηγούμε φωσφορική κωδεΐνη 15-30 MG.

Μετεγχειρητικές Επιπλοκές

Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές συχνά προλαμβάνονται όταν η προεγχειρητική αγωγή προετοιμάσει κατάλληλα την άρρωστη για το χειρουργείο και έτσι βελτιώνεται και η μετεγχειρητική της φροντίδα. Γι' αυτό και η συχνότητα μετεγχειρητικών επιπλοκών έχει επηρεαστεί σήμερα.

Μετεγχειρητικές επιπλοκές περιγράφονται πολλές. Αυτές μπορεί να επηρεάσουν τη λειτουργία ενός ή και περισσότερων οργάνων.

Σαν πιο συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές αναφέρονται οι ακόλουθες:

Αιμορραγίες: Αυτές διαιρούνται σε εξωτερικές και εσωτερικές για τις οποίες θα αναφερθώ πιο κάτω.

SHOCK ή καταπληξία : Χειρουργική καταπληξία είναι η κατάπτωση του κυκλοφοριακού συστήματος, η οποία επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού.

Παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση SHOCK είναι:

- Η μεγάλη αιμορραγία.
- Η νάρκωση.

- Ψυχικός κλονισμός.
- Ισχυρός πόνος και άλλα.

Συμπτώματα: Μικρός, συχνός και μόλις αισθητός σφυγμός, αναπνοή επιπόλαιη και ανώμαλη, βλέμμα απλανές και αδιάφορο, πτώση θερμοκρασίας και αρτηριακής πίεσης, ωχρότητα, άκρα ψυχρά και ψυχροί ιδρώτες, μεγάλη καταβολή δυνάμεων, μείωση αισθητικότητας και κινητικότητας.

Μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση του SHOCK:

Αφαίρεση μαξιλαριού από το κεφάλι του αρρώστου και ανύψωση του κάτω μέρους του κρεβατιού με κύβους (αντίρροπη θέση) για την καλλίτερη αιμάτωση του εγκεφάλου.

Θέρμανση του ασθενούς με προσθήκη ελαφρών κουβερτών και θερμοφόρων. Περιορισμός των κινήσεων του ασθενούς στο ελάχιστο για μείωση των καύσεων του οργανισμού.

Καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος ορού ή πλάσματος μετά από εντολή ιατρού. Χορήγηση θερμών υγρών από το στόμα, εάν η κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει.

Η προφύλαξη του ασθενούς από μετεγχειρητικό SHOCK συνίσταται, στην προσπάθεια να αποβάλλει γρή-

γορά το ναρκωτικό, στην ανακούφιση του από τον πόνο στην αύξηση του όγκου του αίματος προ της εγχειρήσεως, στη χορήγηση άφθονων υγρών μετεγχειρητικά, στον έλεγχο καλής λειτουργίας του κυκλοφοριακού συστήματος και τέλος στην τόνωση του ηθικού του ασθενούς.

Όλα αυτά αποτελούν βασικά καθήκοντα της νοσηλεύτριας.

Επιπλοκές που αφορούν τα όργανα του
αναπνευστικού συστήματος

Οι πιο συχνές απ' αυτές είναι:

Πνευμονία-ατελεκτασία: Αυτές οφείλονται στο μηχανικό αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα του ασθενούς από τις βλεννώσεις εκκρίσεις κατά τη νάρκωση και απονάρκωσή του. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι η δύσπνοια.

Η πρόληψη της εκδήλωσής τους αυτών των επιπλοκών περιλαμβάνει τα εξής μέτρα:

- Στενή παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την τέλεια απονάρκωσή του.
- Ταχεία απονάρκωση του ασθενούς.
- Υποδοχή του ασθενούς σε ζεστό κρεβάτι και διατήρηση του ζεστού, προστασία του ασθενούς από ρεύματα αέρος.
- Εγκαιρη τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη

θέση.

- Συχνή αλλαγή θέσεως του ασθενούς για την αποφυγή πνευμονικής στάσεως του αίματος.
- Ενθάρρυνση του ασθενούς να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει και να κάνει κινήσεις άκρων, και
- Περιποίηση στόματος και αντισηψία ρινοφάρυγγα.

Πνευμονική εμβολή

Αυτή εμφανίζεται κυρίως κατά το στάδιο της ανάρρωσης και οφείλεται στη μετακίνηση θρόμβου και απόφραξη από αυτά κάποιου αγγείου, το οποίο αιματώνει τμήμα του πνεύμονα. Η απόφραξη μπορεί να γίνει σε μεγάλο αγγείο, που τροφοδοτεί μεγάλη έκταση του πνεύμονα ή μικρό που τροφοδοτεί μικρή έκταση του πνεύμονα.

Χαρακτηριστικά συμπτώματα της πνευμονικής εμβολής είναι: Απροσδόκητος και έντονος πόνος στον πνεύμονα κατά την εισπνοή, δυσκολία στην αναπνοή και άγχος. Αυτή η επιπλοκή αντιμετωπίζεται από το γιατρό με παροχή μορφίνης και αντιπηκτικών φαρμάκων.

Παράγοντες που βοηθούν στην πρόληψη της επιπλοκής αυτής είναι:

- Καθιστική στάση του ασθενούς στο κρεβάτι.
- Αναπνευστικές κινήσεις.
- Ελεύθερες και συχνές κινήσεις των κάτω άκρων

μετά το πρώτο εικοσιτετράωρο.

- Εγερση του ασθενούς από το κρεβάτι όταν η κατάσταση του το επιτρέπει.

- Αποφυγή στενής επιδέσεως του στήθους ή της κοιλίας για να μην περιορίζονται οι κινήσεις των θωρακικών μυών και του διαφράγματος.

Ασφυξία

Κατ'αυτήν ο ασθενής εμφανίζει δυσκολία στην αναπνοή.

Αίτια που προκαλούν την ασφυξία είναι:

α) Εισρόφηση εμεσμάτων από την αναπνευστική οδό.

β) Πτώση της κάτω γνάθου κατά την οποία παρασύρεται η γλώσσα προς τα πίσω και αποφράζει με την επιγλωττίδα τον λάουγγα.

γ) Επίδραση του ναρκωτικού στο κέντρο της αναπνοής. Εκδηλώνεται με παραλλαγή του ρυθμού της αναπνοής και κυάνωση η οποία φανερώνει την έλλειψη οξυγόνου (O₂).

Για την προφύλαξη του ασθενούς από την επιπλοκή αυτή η νοσηλεύτρια παίρνει τα ακόλουθα μέτρα:

- Τοποθετεί το κεφάλι του αρρώστου σε πλάγια θέση κατά το στάδιο της αποναρρώσεως για την αποφυγή εισροφής εμεσμάτων.

- Καθαρίζει από καιρό σε καιρό το στόμα του

ασθενούς με υγρό βαμβάκι , το οποίο τυλίγει σε μία λαβίδα ή PORT COTTON και έτσι απαλλάσει τη στοματική κοιλότητα από τις εκκρίσεις.

- Σε περίπτωση ασφυκτικών φαινομένων η νοσηλεύτρια πιέζει τις γωνίες της κάτω σιαγόνας προς τα πάνω με τα τέσσερα δάκτυλα των δύο χεριών ενώ με τους αντίχειρες προσπαθεί να ανοίξει το στόμα και να τραβήξει τη γλώσσα προς τα εμπρός.

- Συνιστά στον ασθενή να παίρνει βαθιές αναπνοές για τη γρήγορη ανάρρωσή του.

- Σε εμφάνιση δυσπνοιϊκών φαινομένων, χωρίς απόφραξη της αναπνευστικής οδού, χορηγεί στον ασθενή οξυγόνο και διατηρεί καλό αερισμό του δωματίου.

Επιπλοκές που έχουν σχέση με το
κυκλοφοριακό σύστημα.

Οι πιο πάνω συχνές είναι οι θρομβοφλεβίτιδες. Η πιο συχνή θρόμβωση αγγείου είναι η του μηρού. Τα αίτια που προκαλούν τη θρομβοφλεβίτιδα είναι τα ίδια που προκαλούν το σχηματισμό θρόμβου κατά την πνευμονική εμβολή, καθώς και μερική στάση της φλεβικής κυκλοφορίας των κάτω άκρων, λόγω πίεσεως των αγγείων του μηρού ή της κύησης.

Εμφανίζεται με πυρετό, οίδημα και πόνο στην πε-

ριοχή του αποφραχθέντος αγγείου.

Η πρόληψη συνιστάται σε:

- Αποφυγή πιέσεως πάνω στις κνήμες.
- Εγκαιρο σήκωμα από το κρεβάτι.
- Ασκήσεις κάτω άκρων για επιβοήθηση της κυ-

κλοφορίας.

Η θεραπεία συνίσταται σε:

- Απόλυτη ακινησία του άκρου.
- Τοποθέτηση του άκρου σε ανάρροπη θέση.
- Τοποθέτηση θερμών υγρών επιθεμάτων.
- Εναρξη αντιπηκτικής αγωγής με εντολή Ιατρού.

Επιπλοκές που έχουν σχέση με το πεπτικό
σύστημα

Παρωτίτιδα: Είναι φλεγμονή των παρώτιων αδένων και εμφανίζεται μετά την παρέλευση 3-4 ημερών από την εγχείρηση.

Παράγοντες που προδιαθέτουν σ' αυτήν την επιπλοκή:

- Αφυδάτωση.
- Ελλειψη καθαριότητας στοματικής κοιλότητας.
- Μείωση μασητικών κινήσεων, λόγω υγρής ή πολτώδους δίαιτας κ.α.

Η πρόληψη της επιπλοκής αυτής επιτυγχάνεται με την καταπολέμηση των παραγόντων που συμβάλλουν σ' αυτή.

2. Διάταση στομάχου: Αίτια που προκαλούν τη διάταση του στομάχου είναι:

- Μείωση ανάγκης φυσικής λειτουργικότητας του στομάχου λόγω υγρής διατροφής του ασθενούς.

- Υποτονία μυών στομάχου, λόγω επιδράσεως του ναρκωτικού.

- Μείωση της κινητικότητας του ασθενούς λόγω της εγχειρήσεως.

- Ελλιπής προεγχειρητική καθαριότητα του εντερικού σωλήνα.

Συμπτώματα: α) Μετεωρισμός κοιλίας
β) Δυσφορία και βάρος στο επιγάστρο.
γ) Λόξυγας
δ) Δύσπνοια
ε) Εμέτοι, χρώματος πρασινόφαιου ή μαύρου.

Η πρόληψη συνιστάται στην καταπολέμηση των αιτίων. Η βοήθεια και θεραπεία του ασθενούς αντιμετωπίζεται με την τοποθέτηση από τον ιατρό σωλήνα LEVIN μέσα στο στομάχι.

3. Μετεωρισμός κοιλίας: Κατά την επιπλοκή αυτή γίνεται συσσώρευση αερίων στο παχύ έντερο.

Αίτια που τον προκαλούν είναι:

- Επίδραση ναρκωτικού ένεκα του οποίου προκαλείται υποτονία μυών και πάρεση του εντέρου.
- Ερεθισμός του περιτόναιου κατά την εγχείρηση.
- Ανεπαρκής καθαριότητα εντερικού σωλήνα προεγχειρητικά.
- Μείωση κινητικότητας της ασθενούς λόγω της εγχειρήσεως.
- Λήψη τροφών ή υγρών που προκαλούν αέρια όπως γάλα, γλυκά υγρά κλπ.

Συμπτώματα: α) Μετεωρισμός (φούσκωμα) κοιλίας
β) Κωλικοί πόνοι

Η ανακούφιση της ασθενούς από την επιπλοκή αυτή περιλαμβάνει τα παρακάτω μέτρα:

- 1) Ελαφρά στροφή της ασθενούς προς τα πλάγια.
- 2) Τοποθέτηση σωλήνα αερίων μέσα στο απευθυσμένο, βοηθείται η ασθενής στην αποβολή αερίων ή αύξηση των περισταλτικών κινήσεων του εντερικού σωλήνα.
- 3) Τοποθέτηση θερμοφόρας στο επιγαστρικό, η οποία αυξάνει τον όγκο των αερίων, καθώς και την περισταλτικότητα του εντερικού σωλήνα με συνέπεια την αποβολή αερίων.
- 4) χορήγηση φαρμάκων που αυξάνουν την περι-

σταλτικότητα των εντερικών ελίκων, τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται εφόσον αποτύχουν οι παραπάνω ενέργειες. Όταν περάσουν περίπου 20 λεπτά της ώρας από την εκτέλεση της ενέσεως τοποθετείται πάλι σωλήνας αερίων ή γίνεται υποκλισμός με υπέρτονο διάλυμα (NaCl) χλωριούχου νατρίου 15-20%.

4. Σύνδρομο DUMPING

Εμφανίζεται στο μικρό αριθμό περίπου όσων έκαναν υπολική γαστρεκτομή και διαρκεί 6-12 μήνες περίπου μετά από την εγχείρηση. Κατά το σύνδρομο αυτό έχουμε ραγδαία κένωση του στομάχου μετά τη λήψη τροφής έτσι ώστε να διατείνεται απότομα το λεπτό έντερο και να γίνεται έξοδος υγρού από τα τοιχώματα του για την αραίωση του υπερτονικού περιεχομένου.

Τα συμπτώματα είναι:

- αγγειοκινητηικά και δυσπεπτικά.

Αργότερα εμφανίζονται και συμπτώματα υπογλυκαιμίας, εξαιτίας της απότομης αύξησης της γλυκόζης στο αίμα και εξαιτίας της υπερεκκρίσεως της ινσουλίνης.

Αυτό το σύνδρομο προλαμβάνεται με την:

- Αποφυγή μεγάλων γευμάτων.
- Αποφυγή αλμυρών συμπυκνωμένων υδατανθράκων τροφών.

- Αποφυγή λήψεως υγρών κατά τη διάρκεια του φαγητού.
- Λήψη υγρών μεταξύ των γευμάτων.
- Περιορισμός λήψεως γλυκισμάτων.
- Τακτικά μικρά γεύματα και καλό μάσημα της τροφής.
- Φυσική ανάπαυση της άρρωστης μετά τα γεύματα.

5. Ανεπάρκεια βιταμίνης Β12

Η ολική γαστρεκτομή οδηγεί σε πλήρη διακοπή της παραγωγής του ενδογενούς παράγοντα, που απαιτείται για την απορρόφηση της Β12. Η επιπλοκή αυτή αποφεύγεται με ανελλιπή χορήγηση μηνιαίως 100-200 μικρογραμμάριων βιταμίνης Β12 ενδομυϊκώς η οποία πρέπει να αρχίσει αμέσως μετά τη γαστρεκτομή.

Επιπλοκές που έχουν σχέση με διαταραχές του μεταβολισμού.

1) Οξέωση ή κέτωση. Είναι επιπλοκή που εμφανίζεται σε άτομα, τα οποία πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη ή έχουν ακατάσχετους εμέτους ή δεν τρέφονται για σειρά ημερών. Σαν συνέπεια των παραπάνω παραγόντων εμφανίζεται αύξηση του μεταβολισμού του λίπους και ελάττωση της αλκαλικής παρακαταθήκης ένεκα αυξήσεως

παραγομένων κετονικών σωμάτων. Η ακετόνη και τα κετονικά σώματα είναι ουσίες δηλητηριώδεις. Προκειμένου να εξουδετερωθούν, καταναλώνουν βάσεις και έτσι προκαλείται διαταραχή της οξεο-βασικής ισορροπίας καθώς και της ισορροπίας των υγρών του οργανισμού. Ο ασθενής αυτός βρίσκεται σε κατάσταση οξέωσης και αφυδάτωσης του οργανισμού.

- Συμπτώματα: - Ναυτία-έμετοι.
- Αφυδάτωση - Αίσθημα δίψας.
- Ανορεξία
- Δύσπνοια, αδυναμία, καταβολή δυνάμεων.
- Εικποή έχει οσμή σάπινων μήλων.

Η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση σακχαρούχων ορών.

Η ποσότητα του χορηγούμενου σακχάρου καθώς και η ποσότητα των υγρών ρυθμίζεται από τον ιατρό, ανάλογα με τις ανάγκες.

2. Ουραιμία: Είναι τοξική κατάσταση, που οφείλεται στην κατακράτηση από τον οργανισμό άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού των λευκωμάτων, λόγω βλάβης του ουροποιητικού συστήματος ή μόλυνσης του νεφρικού ιστού, οπότε ο οργανισμός δεν μπορεί να αποβάλλει τα άχρηστα στοιχεία του αίματος. Η ουραι-

μία μπορεί να μην προκαλείται από βλάβη του ουροποιητικού συστήματος αλλά να οφείλεται σε μεγάλη αφυδάτωση του οργανισμού με αποτέλεσμα τη συμπύκνωση του αίματος και επομένως την αύξηση της ουρίας στο αίμα, ακόμη μπορεί η ουραιμία να οφείλεται σε μείωση του αίματος που φτάνει στους νεφρούς ένεκα του κυκλοφοριακού SHOCK ή θρομβώσεως των προσαγωγών νεφρικών αγγείων.

- Συμπτώματα:
- Καταβολή δυνάμεων.
 - Κεφαλαλγία.
 - Ναυτία και έμετος.
 - Ξηρότητα δέρματος.
 - Δίψα, αφυδάτωση.
 - Ολιγοουρία ή ανουρία.
 - Δύσπνοια.
 - Θόλωση διάνοιας.
 - Διεγέρσεις.
 - Κώμα.

Τα παραπάνω συμπτώματα της επιπλοκής αυτής εμφανίζονται προοδευτικά. Η αντιμετώπιση συνίσταται στη διόρθωση του αιτίου που προκαλεί την ουραιμία και στην ανακούφιση της άρρωστης από τα ενοχλήματα, με την απομάκρυνση της αυξημένης ουρίας από το αίμα.

Επιπλοκές που έχουν σχέση με το
ουροποιητικό σύστημα

Επίσχεση ούρων: Είναι η κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής, ενώ έχει ούρα στην ουροδόχο κύστη, δεν μπορεί να ουρήσει.

Αίτια που προκαλούν την επίσχεση ούρων είναι:

- Υποτονία των κοιλιακών τοιχωμάτων, λόγω επιδράσεως ναρκωτικών η οποία παρεμποδίζει τη σύσπασή τους.

- Σύσπαση σφιγκτήρα κατά τη χρήση σκωραμίδας. Αυτό εμφανίζεται σε νευροφυτικά άτομα.

Η νοσηλεύτρια για τη λύση της επισχέσεως χρησιμοποιεί τα ακόλουθα φυσικά μέσα:

- Αλλάζει τη θέση της άρρωστης στο κρεβάτι.

- Χύνει χλιαρό νερό πάνω στα γεννητικά όργανα της ασθενούς ή βάζει χλιαρό νερό μέσα στη σκωραμίδα.

- Ανοίγει τη βρύση και αφήνει να τρέξει νερό.

- Σηκώνει την ασθενή και την κρατεί όρθια, εφόσον η κατάστασή της το επιτρέπει.

- Τοποθετεί θερμοφόρα πάνω στην ουροδόχο κύστη (εάν δεν υπάρχει τραύμα).

Εάν τα προαναφερθέντα μέσα δεν αποφέρουν το ποθούμενο αποτέλεσμα τοποθετείται σπασμολυτικό υπόθετο, μετά από εντολή Ιατρού και εάν και αυτό δεν

φέρει αποτέλεσμα, γίνεται καθητηριασμός της ουροδόχου κύστεως.

Ο καθητηριασμός ουροδόχου κύστεως είναι μέσον εσχάτης ανάγκης λόγω των κινδύνων στους οποίους υποβάλλει τον ασθενή.

Επιπλοκές που έχουν σχέση με το τραύμα

1) Μόλυνση του τραύματος: Τοπικά συμπτώματα της μόλυνσης είναι:

- πόνος
- θερμότητα, ερυθρότητα
- οίδημα
- πυώδης εκροή.

Γενικά συμπτώματα της είναι: πυρετός - ρίγος - κεφαλαλγία - ανορεξία.

Σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος, παίζει η διατήρηση ασηψίας κατά τις αλλαγές και η καθαριότητα του περιβάλλοντος.

Θεραπευτικά γίνεται διάνοιξη και παροχέτευση του τραύματος. Επίσης μπορεί να γίνει έκπλυση του τραύματος με αντισηπτική διάλυση και να χορηγηθεί ειδική αντιβίωση μετά καλλιέργεια του υγρού του τραύματος.

2) Ρήξη τραύματος: Αυτή συμβαίνει συνήθως σε παχύσαρκα άτομα αλλά και σε υπερήλικες και σε άτομα

που έχουν βίαιους εμέτους ή έντονο βήχα, τα οποία αυξάνουν την τάση των κοιλιακών τοιχωμάτων.

Η ασθενής προφυλάσσεται από τη ρήξη του τραύματος με τα μέτρα που ακολουθούν:

- Υποστηρίζεται το τραύμα με τοποθέτηση χειρουργικής ζώνης.

- Καταστέλλεται ο έμετος και ο βήχας.

- Διδάσκεται η ασθενής να συγκρατεί με τις δύο παλάμες το τραύμα όταν βήχει.

Εάν κατά τη ρήξη του τραύματος βγεί έξω τμήμα εντέρου ειδοποιείται αμέσως ο ιατρός ωστόσο καλύπτεται το έντερο με αποστειρωμένο τετράγωνο, βρεγμένο σε φυσιολογικό ορό και ακινητοποιείται ο άρρωστος.

Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να μη θορυβήσει τον ασθενή αλλά να τον καθησυχάσει. Η τακτοποίηση του τραύματος γίνεται στο χειρουργείο.

3) Μετεγχειρητική Ψύχωση: Τα αίτια που την προκαλούν δεν είναι ακόμη γνωστά. Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της είναι: προδιάθεση του ατόμου, η νάρκωση και η παρατεταμένη χρήση της.

Συνιστάται η παρακολούθηση της ασθενούς και η θεραπευτική αγωγή της από ψυχίατρο. Η καλή ψυχολογική προετοιμασία της ασθενούς πριν από την εγχείρηση, προλαμβάνει πολλές φορές αυτή την επιπλοκή.

6. Μετεγχειρητικές Επιπλοκές Καρκίνου Τραχήλου μήτρας.

Όπως σε κάθε χειρουργική επέμβαση έτσι και στην περίπτωση του καρκίνου τραχήλου της μήτρας είναι δυνατόν να εμφανισθούν ορισμένες επιπλοκές.

Μετά από κοιλιακή ή κοιλιακή υστερεκτομή μπορεί να εμφανισθεί αιμάτωμα στην περιοχή της επέμβασης, αιμορραγία, λοίμωξη και σχηματισμός συριγγίων (ειδικά αν υπάρχει χλάρωση ιστών από τη νεοπλασματική επεξεργασία ή αν η άρρωστη είχε υποβληθεί σε ραδιοθεραπεία της πυελικής χώρας).

Όσον αφορά τις αιμορραγίες χωρίζονται σε εσωτερικές και εξωτερικές και οφείλονται συνήθως σε μη πλημμελή αιμόσταση αποτύπωση αποτίνωσης, διαταραχές της πήξης του αίματος.

Συμπτώματα της εσωτερικής αιμορραγίας είναι: πρόσωπο και άκρα ψυχρά, εφίδρωση, πτώση της θερμοκρασίας, αναπνοή βραδεία και ασθμαίνουσα, ίλιγγοι, κόπωση, αδυναμία, δίψα, ωχρότητα, πτώση αρτηριακής πίεσης, ταχυκαρδία, ταχυσφυγμία (νηματοειδής σφυγμός) και κάποτε λιποθυμία.

Η ασθενής παραμένει στο κρεβάτι και μόνον όταν η αιμορραγία πάψει σηκώνεται. Στη φάση αυτή όλες οι ανάγκες της ασθενούς ικανοποιούνται από τη νοσηλεύτρια.

Σε εξωτερική αιμορραγία εκτός από τα παραπάνω

συμπτώματα εμφανίζονται ανησυχία και εμφάνιση αίματος και πάντα τοποθετείται πιεστικός επίδεσμος στο σημείο του σώματος που αιμορραγεί.

Η νοσηλεύτρια πάντα ειδοποιεί την τράπεζα αίματος να ετοιμάσει αίμα για την ασθενή που αιμορραγεί.

Η νοσηλεύτρια στην αντιμετώπιση μιάς αιμορραγίας ενεργεί ως εξής: Τοποθετεί την ασθενή σε ακινησία και ειδοποιεί το γιατρό. Σε εξωτερική αιμορραγία τοποθετεί πιεστικό επίδεσμο. Προσπαθεί να τονώσει το ηθικό της άρρωστης και δεν της δίνει τίποτα από το στόμα.

Όλα τα άλλα είναι ενέργεια του γιατρού.

Σε περίπτωση τώρα αιματώματος στην περιοχή της επέμβασης χρειάζεται παραχύτευση και πλύση με φυσιολογικό ορό ή οξυζενέ.

Επίσης μετά από κοιλιακή ή κοιλιακή υστερεκτομή μπορούν να εμφανισθούν προβλήματα από την κύστη εξαιτίας της γειτονίας της κύστης με τη χειρουργική περιοχή.

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί και αναγράφει τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. Σύμφωνα με οδηγίες του γιατρού χορηγεί υγρά παρεντερικά.

Εάν της δοθεί εντολή, τοποθετεί μόνιμο καθετήρα γιατί το οίδημα ή το τραυματισμός νεύρων μπορεί να προκαλέσει προσωρινά ατονία της κύστης.

Υπερηβικός καθετήρας μπορεί να τοποθετηθεί. Στην περίπτωση αυτή ο καθετήρας αφαιρείται μετά από πέντε ημέρες. Καθετηριασμός γίνεται επίσης εάν η άρρωστη δεν ούρησε για 8 ώρες ή αισθάνεται δυσφορία.

Τέλος, για τη διαπίστωση υπολλείματος η άρρωστη καθετηριάζεται μετά από κάθε ούρηση γιατί η παραμονή ούρων στην κύστη μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη.

9. Νοσηλεία της ασθενούς που πάσχει από
προχωρημένο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας

Δυστυχώς, η κάθε ασθενής δεν θα έχει την τύχη να εξετασθεί εγκαίρως από το γιατρό και να τύχει ανάλογης θεραπείας από την αρχή. Μόνο παρηγορητική θεραπεία εφαρμόζεται στην ασθενή με προχωρημένο καρκίνο.

Τα κύρια προβλήματα της ασθενούς έχουν σαν πηγή, τον πόνο, την κοιλιακή αιμορραγία και το δύσοσμο απέκκριμα, την απόφραξη του εντέρου και τη δημιουργία συριγγίων του ορθού ή της ουρήθρας.

Στην αρχή χορηγούνται ήπια αναλγητικά κατόπιν όμως παράγωγα του οπίου.

Η ραδιοθεραπεία πολλές φορές ελαττώνει τον πόνο. Εάν όχι γίνεται χορδοτομή, η οποία μπορεί να είναι αποτελεσματική.

Η αιμορραγία καταπολεμάται με εσωτερική ή εξωτερική ακτινοβολία ραδίου, εισαγωγής γάζας πωματισμού εντός της μήτρας ή με αμφοτερόπλευρη απολίνωση της υπογαστρικής αρτηρίας.

Η κακοσμία των απεκκρίσεων αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις του κόλπου.

Η χορήγηση αντιβιοτικών προφυλάσσει την ασθενή από δευτεροπαθείς μολύνσεις.

Οι γάζες του περίνεου πρέπει να αλλάζονται συχνά και να απομακρύνονται αμέσως από το θάλαμο.

Σε περίπτωση αποφράξεως του εντέρου είναι απαραίτητη η κολοστομία. Η χειρουργική θεραπεία ή η ακτινοθεραπεία δυνατόν να δημιουργήσουν συρίγγια του ορθού ή της ουρήθρας.

Αν η χειρουργική θεραπεία δεν είναι δυνατή γίνεται παρέκκλιση της ροής των ούρων ή των κοπράνων. Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι ικανή και έτοιμη σε κάθε στιγμή να αντιμετωπίσει όλες αυτές τις εκδηλώσεις των ασθενών αυτών.

Πρέπει να τονώσει το ηθικό της ασθενούς και με τη συμπεριφορά της να της δείξει ότι η περίπτωση της δεν είναι χωρίς ελπίδα και ότι αυτή δεν παραμελείται.

Απαραίτητη είναι επομένως, η διατήρηση ευχάριστου περιβάλλοντος, και η ενθάρρυνση της οικογένειας που πρέπει να φροντίζει να χαρίζει άνετες και ήρεμες ημέρες στην ασθενή βοηθώντας τη συγχρόνως να αποσπά την προσοχή της από την αρρώστεια της.

10. Κυτταροστατικά Φάρμακα

Γενικές οδηγίες κατά το χειρισμό των φαρμάκων

A. Προετοιμασία

I) Για την προστασία του δέρματος χρησιμοποιούνται πάντα ελαστικά ή πλαστικά γάντια κατά τη διάλυση του φαρμάκου.

II) Αν έρθει σε επαφή με το δέρμα ή το βλενογόνο, διάλυμα φαρμάκου ξεπλένεται με άφθονο νερό.

III) Αν διάλυμα μπει κατά λάθος στο μάτι ξεπλένουμε πάλι με άφθονο νερό και συνιστάται η επίσκεψη σε οφθαλμίατρο.

2) Αρχίζει η έγχυση (προκειμένου για ενδοφλέβια χορήγηση) με τουγρό χωρίς το χημειοθεραπευτικό φάρμακο.

3) Το σημείο εγχύσεως προτιμάται να είναι η ράχη της άκρας χείρας, ο καρπός ή ο ωλεκρανικός βοθρος.

4) Αποφεύγεται η έγχυση του φαρμάκου σε σημείο που είχε προηγουμένως χρησιμοποιηθεί.

5) Μόλις αρχίσει η ενδοφλέβια έγχυση του διαλύματος χωρίς το χημειοθεραπευτικό φάρμακο παρακολουθείται η περιοχή της φλεβοκεντήσεως για υποδόριο έγχυση του υγρού (οίδημα, πόνο, ερυθρότητα). Αν το υγρό πάει ενδοφλέβια αρχίζει η έγχυση του φαρμάκου.

6) Γίνεται συνεχής παρακολούθηση του σημείου της φλεβοκεντήσεως για συμπτώματα υποδόριας εγχύσεως όπως ελάττωση της ροής του υγρού, πόνος, ερυθρότητα και οίδημα στο σημείο της φλεβοκέντησης.

7) Μόλις παρατηρηθούν τα πιο πάνω συμπτώματα διακόπτεται η έγχυση του φαρμάκου, διατηρείται η φλέβα ανοικτή με έγχυση φυσιολογικού ορού και ενημερώνεται ο γιατρός.

8) Ενημερώνεται ο άρρωστος και τα μέλη της οικογένειάς του πως πρέπει να αναφέρουν αμέσως τον πόνο, ερυθρότητα ή οίδημα κοντά στο σημείο της ενέσεως κατά ή μετά τη θεραπεία.

9) Σε περίπτωση υποδόριας (έξω από τη φλέβα) εγχύσεως του φαρμάκου αντιμετωπίζεται σύμφωνα με τη διαδικασία που καθορίζεται για το συγκεκριμένο φάρμακο προκειμένου να προληφθεί ή να περιορισθεί η βλάβη των ιστών από την επίδραση του φαρμάκου.

10) Μετά την έγχυση του φαρμάκου ξεπλένεται η βελόνα με έγχυση φυσιολογικού ορού και αφαιρείται.

11) Γίνεται, τέλος, αναγραφή της νοσηλείας.

11. Νοσηλευτικές ευθύνες για την εφαρμογή
της Χημειοθεραπείας

1) Εφαρμόζεται από το Νοσηλευτή αρχές διδασκαλίας και μαθήσεως του αρρώστου ώστε να αποδεχθεί τη θεραπεία και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της και να τις αντιμετωπίσει.

2) Προσφέρεται από το Νοσηλευτικό προσωπικό ότι έντυπο υπάρχει σχετικά με πληροφορίες που αφορούν τη χημειοθεραπεία.

3) Γίνεται αξιολόγηση της ασθενούς για τη θρέψη της, τη κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, το βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση, αν είναι ευαίσθητη σε διάφορα φάρμακα. Επίσης συμπληρώνεται ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, ακτινογραφιών ή χημειοθεραπείας.

4) Ενημερώνεται η ασθενής ότι οι τοξικές ενέργειες και οι ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτε άλλο από τη μαρτυρία ότι τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοήθων κυττάρων καταστρέφουν και υγιή.

5) Η νοσηλευτική ομάδα προσεγγίζει την ασθενή και την οικογένειά της στην προσπάθεια αντιμετώπισης τους σαν ενιαία οντότητα που την απασχολούν φυσικά, συναισθηματικά, κοινωνικά, πνευματικά θέματα.

Α ν τ ι μ ε τ ὄ π ι σ η

Α. Στην καταστολή του μυελού των οστών τα συμπτώματα αντιμετωπίζονται ως εξής:

1) Λευκοπενία. Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος. Σε απότομη πτώση των λευκών σταματά η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός. Ελέγχεται η θερμοκρασία του σώματος επειδή μικρή άνοδό της μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη επεξεργασία. Παρατηρείται το δέρμα και οι κοιλότητες για λοίμωξη. Η έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης έχει σημασία γιατί προλαμβάνει σφαιμικές εκδηλώσεις. Οι λοιμώξεις προλαμβάνονται με τα εξής μέτρα:

- Εφαρμογή καλής και σχολαστικής καθαριότητας

- Οποιαδήποτε λύση συνεχείας του δέρματος αντιμετωπίζεται σαν τραύμα.

- Μετά τη χρήση τουαλέτας πλένεται και στεγνώνεται καλά η περιοχή του πρωκτού.

- Εφαρμόζεται τεχνική απομονώσεως όταν τα λευκά φθάσουν $1500-2000 \text{ MM}^3$.

- Σε ενδοφλέβια έγχυση η συσκευή αλλάζεται κάθε 24 ώρες και η θέση της βελόνας κάθε 48 ώρες.

2) Θρομβοπενία. Παρακολουθούνται τα αιμοπετάλια. Αν είναι κάτω από $50.000/\text{MM}^3$ τότε απαι-

λήτως νοσηλεύεται. Ελέγχονται τα κόπρανα και τα ούρα για πετέχειες ή αιματώματα και οι διάφορες κοιλότητες για ρινο-ουλορραγίες. Ελέγχεται η αρτηριακή πίεση και αν είναι χαμηλή ή άρρωστη νοσηλεύεται.

Προλαμβάνονται οι αιμορραγίες με μέτρα όπως:

- Περιορισμό ΙΜ και υποδόριες ενέσεις. Ασυνήθης αιμορραγία μετά από ένεση αναφέρεται στο γιατρό.

- Οποιαδήποτε περιοδική άσκηση πιέσεως πχ. ασκός πιεσομέτρου πρέπει να'ναι μικράς διάρκειας.

- Δίνονται οδηγίες στην ασθενή να εφαρμόσει μέτρα πρόληψης αιμορραγίας από διάφορα τραύματα έστω και απλά.

- Προσφέρεται βοήθεια πάντα στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας όπως να υπάρχει πάντα αίμα στην τράπεζα αίματος.

3) Αναιμία. Παρακολουθούνται πάντα η αιμοσφαιρίνη, ο αιματοκρίτης και η παρουσία συμπτωμάτων όπως ωχρότητα, κόπωση, απάθεια.

Βοηθείται η ασθενής με: 1) διαιτολόγιο πλούσιο σε λεύκιωμα και σίδηρο, 2) αποφυγή κοπώσεως, 3) χορηγήση αίματος, 4) περιορισμός της απώλειας αίματος.

Β. Γαστρεντερικές διαταραχές. Η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων έχει ως εξής:

1) ναυτία-έμετοι.

- Παρακολουθείται η συχνότητα, ο χαρακτήρας και η ποσότητά τους.

- Παρακολουθείται η ανορεξία και η αποστροφή στην τροφή και η θρέψη της ασθενούς. Μέτρα που λαμβάνονται:

α. Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων πριν ή μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

β. Χορήγηση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου με άδειο στομάχι ή την ώρα που θα κοιμηθεί η άρρωστη.

γ. Εκπαιδεύεται η ασθενής και οι συγγενείς για την τοποθέτηση αντιεμετικών φαρμάκων.

δ. Δίνονται κομμάτια πάγου μόλις παρουσιασθεί ναυτία.

ε. Ενισχύεται η ασθενής να φάει λίγη φρουγιά.

στ. Με την αποχώρηση της ναυτίας σερβίρεται η τροφή.

ζ. Αποφεύγονται τροφές με έντονη οσμή.

η. Προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα.

θ. Γίνεται διόρθωση των ηλεκτρολυτών και της διαταραχής του ισοζυγίου αν χρειασθεί.

2) Η διάρροια και οι συσπάσεις των κοιλιακών μωών αντιμετωπίζονται με μέτρα για την πρόληψη

της διάρροιας ή προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπισή της με αντιδιαρροϊκά φάρμακα.

Χορήγηση πολλών υγρών εφόσον δεν αντεδεικνυται, βοήθεια στη διαταραχή των ηλεκτρολυτών και του ισοζυγίου του ύδατος και φροντίδα του δέρματος, ιδιαίτερα στην περιοχή του περινέου. Παρακολουθούνται τα εξής:

- Χρώμα, ποσότητα, περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης.

- Ελέγχεται η ασθενής για συμπτώματα αφυδάτωσης και μεταβολικής οξέωσης.

- Παρατηρείται η συχνότητα και η ένταση των κοιλιακών συσπάσεων.

3) Στοματίτιδα- έλκη στοματικής κοιλότητας.

Παρακολουθείται καθημερινά ο βλενογόνος του στόματος αμέσως μετά τη χορήγηση του φαρμάκου για ξηρότητα, ερυθρότητα και λευκές κηλίδες. Προλαμβάνεται η στοματίτιδα με:

- καθημερινή περιποίηση της στοματικής κοιλότητας.

- οργάνωση φροντίδας στοματικής κοιλότητας.

- Επάλληψη των χειλέων με γλυκερίνη 3 φορές την ημέρα.

Γ. Νευροτοξικότητα.

Η ασθενής παρακολουθείται συνεχώς για συμπτώματα ήπιας νευροπάθειας όπως ελαφρός πόνος στα χέρια και στα πόδια και απώλεια των "εν των βάθει" αντανακλαστικών και επίσης για σοβαρότερη νευροπάθεια όπως μείωση της δύναμης των χεριών, αταξία, απώλεια συντονισμού, παραλυτικός ειλεός. Βοηθείται η ασθενής στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με χρησιμοποίηση μέτρων ασφάλειας για την προστασία της, της διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση και τη χρησιμοποίηση καθαρτικών φαρμάκων για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας. Προστατεύεται η άρρωστη από τις νευροτοξικές επιδράσεις. Πιθανόν επιβάλλεται αλλαγή σχήματος χημειοθεραπείας.

Δ. Ωτοτοξικότητα: Εκτιμάται η ακοή της ασθενούς πριν τηθεραπεία και ενημερώνεται η ασθενής να αναφέρει αν αισθανθεί βόμβα στα αυτιά ή μείωση της ακοής.

Ε. Ηπατοτοξικότητα. Παρακολουθείται η λειτουργία του ήπατος με τις γνωστές ηπατικές εξετάσεις, η εμφάνιση συμπτωμάτων, που πιθανόν να προέρχονται από βλάβη του ήπατος, όπως πόνος στην κοιλιά, υψηλός πυρετός, διάρροια, ίκτερος. Τότε ενημερώνεται αμέσως ο γιατρός και ανακουφίζεται ή

ασθενής από τα συμπτώματα.

ΣΤ. Νεφροτοξικότητα. Παρακολουθείται η λειτουργικότητα των νεφρών με τις εργαστηριακές δοκιμασίες της νεφρικής λειτουργίας, η ασθενής ελέγχεται για συμπτώματα νεφροτοξικότητας, όπως οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων και ισοζύγιο λαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών. Λαμβάνονται μέτρα για τον περιορισμό του ουρικού οξέος και τη διατήρηση του pH ούρων σε φυσιολογικά επίπεδα.

Ζ. Ανοσοκατασταλτική Επίδραση: ελέγχεται η ασθενής για πυρετό, ρίγο, πονόλαιμο και πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων και προστατεύεται η ασθενής από μολύνσεις.

Η. Διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων.

Ελέγχεται η ασθενής για συμπτώματα όπως αμνηρορροια, διαφοροποίηση χαρακτηριστικών φύλου. Ενημερώνεται η άρρωστη ότι κατά τη διάρκεια της θεραπείας και για μερικούς μήνες δε θα πρέπει να μείνει έγκυος για την πρόληψη τερατογενέσεως.

Θ. Αλωπεκία: Γίνεται εξακρίβωση αν η ασθενής έχει καταλάβει ότι τα μαλλιά της έπεσαν μεν αλλά θα ξαναβγούν σε 8 εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας. Μειώνεται η αλωπεκία αν κατά τη θεραπεία

10-15 λεπτά μετά εφαρμοσθεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι. Όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά γίνεται αποτρίχωση και καλύπτεται το κεφάλι με μανδήλι ή περούκα.

Ι. Αλλαγές στο δέρμα. Παρακολουθείται συνεχώς το δέρμα για λύση της συνέχειας τους και προστατεύεται από την ξηρότητα, τημεγάλη έκθεση στον ήλιο ή σε τεχνητές υπεριώδεις ακτίνες. Συγχρόνως δίνονται κατάλληλες οδηγίες στην ασθενή για την προστασία του δέρματός της.

12. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς
σε ακτινοθεραπεία

Από τη στιγμή που η Νοσηλεύτρια θα έρθει σε επαφή με την ασθενή της αρχίζει η νοσηλευτική φροντίδα προς αυτή. Οι αρμοδιότητες και ευθύνες της στην ασθενή στην οποία εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία αναφέρονται στα εξής:

- 1) Ενημέρωση της ασθενούς για τη θεραπεία.
- 2) Στην προετοιμασία και βοήθεια της ασθενούς για τη θεραπεία.
- 3) Στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για την άρρωστη και το περιβάλλον.
- 4) Στην ψυχολογική τόνωση της ασθενούς πριν και μετά τη θεραπεία.

A) Όσον αφορά την εξωτερική ακτινοθεραπεία, θα αναφερθώ στα βασικά καθήκοντα και υποχρεώσεις της νοσηλεύτριας.

- Ενημερώνεται η νοσηλεύτρια από το φάκελλο της ασθενούς για το είδος της ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε, τη θέση του όγκου, το σκοπό της ακτινοθεραπείας, ανακουφιστικός ή θεραπευτικός, και τον αριθμό των συνεδριών που ήδη έχει κάνει.

- Αξιολογεί πως αντιλαμβάνεται η ασθενής το είδος της θεραπείας και ενημερώνει το γιατρό.

- Βεβαιώνεται ότι η ασθενής έχει καταλάβει να μην βγάλει το σήμα από σημείο που θα γίνει η ακτινοθεραπεία.

- Προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί την ασθενή για ναυτία, εμέτους ώστε να είναι έτοιμη να βοηθήσει.

- Χορηγεί στην ασθενή αναλγητικό πριν από τη θεραπεία αν χρειάζεται. Επειδή θα μείνει αρκετή ώρα ακίνητη στην ίδια θέση με χαμηλή θερμοκρασία την προστατεύει από την ψύξη.

- Το πιο σημαντικό όμως μέρος στην προετοιμασία της ασθενούς είναι η απάντηση σε ερωτήματα του τύπου:

α) Αν πονάει η ακτινοθεραπεία.

β) Τι πρέπει να κάνω κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

γ) Θα'μαι μόνη στη διάρκεια της θεραπείας;

δ) Θα εκπέμπω ακτινοβολία μετά; Θα πρέπει να είμαι σε απομόνωση;

Πριν αρχίσει η εξωτερική ακτινοβολία η ασθενής που αυτοεξηπηρετείται εκπαιδεύεται στα πιο κάτω:

1) Η περιοχή της ακτινοβολίας, διατηρείται στεγνή. Πλένεται με νερό χωρίς σαπούνι. Αποφεύγεται η τριβή όταν σκουπίζεται το δέρμα. Δεν χρησιμοποιεί αλοιφές, πούδρες, λουσιόν. Προστατεύεται από τον ήλιο

και τις υψηλές θερμοκρασίες.

2) Δεν αφαιρείται το σημάδι που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή.

3) Μετά από κάθε συνεδρία δεν αποτελεί πηγή ακτινοβολίας και επιστρέφει στο θάλαμό της.

B) Η εσωτερική εφαρμογή της ακτινοθεραπείας έχει να κάνει με τρόπο χορήγησής της. Αν το ραδιοϊσότοπο πρόκειται να εμφυτευθεί σε ιστό ή κοιλότητα οργάνου πρόκειται για ειδική προετοιμασία χειρουργείου. Πάντοτε η ασθενής ενημερώνεται από πριν για το είδος και το σκοπό της θεραπείας και μετά την εφαρμογή ή τη χορήγηση ραδιοϊσοτόπου η ασθενής έχει ανάγκη από ειδική φροντίδα. Από τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό η ασθενής απομονώνεται επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή που εκπέμπει ακτινοβολία μέχρι να εξαντληθεί ή να αφαιρεθεί.

Σημεία που θα βοηθήσουν τη νοσηλεύτρια στην προσφορά ακίνδυνης, για τους άλλους ή τον εαυτό της, νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

- Ενημερώνεται από το φάκελλο της ασθενούς για το είδος του ραδιοϊσοτόπου που θα χρησιμοποιηθεί, τον τύπο της πηγής, τον τρόπο χορηγήσεως, την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία, το σημείο εφαρμογής σε θωρακισμένη πηγή και τον αριθμό των ημερών που η άρρωστη πρέπει να απομονωθεί.

- Εμφαρίζει ότι σε περίπτωση θωρακισμένου ραδιοϊσοτόπου η ασθενής είναι ακίνδυνη και έτσι δεν παίρνει κανένα μέτρο προστασίας.

- Ενημερώνεται από τους κανονισμούς του Νοσοκομείου σχετικά με τα μέτρα ασφαλείας όταν χρησιμοποιείται ραδιενέργεια.

- Η ασθενής νοσηλεύεται σε ειδικό δωμάτιο με τηλέφωνο και σύστημα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό, υπάρχει επίσης παράθυρο παρακολούθησης της ασθενούς, ραδιόφωνο και τηλεόραση. Οι τοίχοι, η οροφή και η πόρτα, το δάπεδο του δωματίου δεν επιτρέπουν τη μόλυνση του περιβάλλοντος.

- Νοσηλεύει την ασθενή με γάντια και μπλούζα τα οποία βάζει σε δοχείο από μολύβι πριν φύγει από το θάλαμο.

- Ενημερώνει τους συγγενείς για τον τρόπο επικοινωνίας με την ασθενή και εξηγεί τους λόγους της απομόνωσης.

- Στην πόρτα του δωματίου και στο φάκελλο της ασθενούς τοποθετείται το σύμβολο της ραδιενεργούς ακτινοβολίας.

Το ραδιενεργό υγρό που εγχύεται ενδοφλέβια ή σε κοιλότητα ή δίνεται από το στόμα, μολύνει ανάλογα με το μεταβολισμό του και την οδό απεκρίσεως

του, τα κόπρανα, τα ούρα, το αίμα, τον ιδρώτα, τους εμετούς.

Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο λαμβάνονται ειδικά μέτρα που έχουν καθοριστεί για το χειρισμό και τη διάθεση των πιο πάνω υλικών.

Τρία είναι τα ραδιοϊσότοπα που χορηγούνται με τους πιο πάνω τρόπους: Ιώδιο-131, φωσφορος-32, και ο χρυσός-128.

Κατά τη χορηγήσή τους λαμβάνονται τα εξής μέτρα:

- Τήρηση αρχών αποστάσεων, χρόνου και θωρακίσεως.

- Χρησιμοποίηση ατομικού δοχείου (αλλαγή ούρων, κοπράνων).

- Συλλογή και αποστολή ούρων στο τμήμα ραδιοϊσοτόπων μέσα σε μολύβδινα δοχεία.

- Χρησιμοποίηση γαντιών σε κάθε επαφή με τον άρρωστο.

- Χρησιμοποίηση σκευών φαγητού μιάς χρήσεως ή το πλύσιμό τους να γίνεται χωριστά.

- Μετά την αποχώρησή της ασθενούς από το δωμάτιο της απομονώσεως αερίζεται ο χώρος και ελέγχεται για ακτινοβολία με ειδικά μηχανήματα.

13. Παρενέργειες - Επιπλοκές Ακτινοθεραπείας
Νοσηλευτική Αντιμέτωπιση

Στις παρενέργειες και επιπλοκές της ακτινοθεραπείας ανήκουν τα εξής:

A. Ακτινοδερματίτιδα.

B. Καταστολή του μυελού των οστών.

Γ. Εμφάνιση φαινομένων γενικής αντίδρασης.

A. Σε ακτινοδερματίτιδα η νοσηλεύτρια ελέγχει:

1. το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται.

2. Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών.

3. Καθορίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό.

4. Τοποθετούνται με εντολή γιατρού ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές.

5. Ενημερώνεται η ασθενής να μη ξαπλώνει στην περιοχή που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα.

6. Ενθαρρύνεται να αποφεύγει στενά ρούχα που προκαλούν ερεθισμό.

7. Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα διακόπτεται για ορισμένο χρονικό διάστημα η ακτινοθεραπεία.

B. Σε καταστολή του μυελού των οστών η ασθενής

είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις, στους τραυματισμούς γι' αυτό επιβάλλεται ειδική προστασία και συχνή αξιολό-

λόγηση της. Γίνεται αυστηρός αιματολογικός έλεγχος και παρακολούθηση ασθενών για εμφάνιση αιμορραγιών.

Γ. Εμφάνιση φαινομένων γενικής αντίδρασης.

Συνήθως εμφανίζονται συμπτώματα όπως ναυτία, εμετοι, διάρροιες, ανορεξία, απώλεια βάρους.

Η νοσηλεύτρια κατόπιν ιατρικής εντολής κάνει τα εξής:

1. Χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντι-ϊσταμινικά φάρμακα.
2. Φροντίζει για την καλή σίτιση και ενυδάτωση της ασθενούς.
3. Φροντίζει για την κάλυψη φυσικών αναγκών της ασθενούς ειδικά όταν αυτή είναι κλινήρης.
4. Αν εμφανίσει διάρροια χορηγούνται αντιδιαροϊκά φάρμακα, αποφεύγονται τροφές που επιδεινώνουν τη διάρροια και χορηγούνται τροφές που δεν αφήνουν υπολείμματα.

14. Νοσηλευτικά καθήκοντα κατά τη Ραδιοθεραπεία
Ετοιμασία της άρρωστης για εμφύτευση ραδίου

α. Ο γιατρός εξηγεί στην άρρωστη τους λόγους που αποφασίστηκε το είδος αυτό της θεραπείας. Η νοσηλεύτρια διασαφηνίζει ή απαντά στις ερωτήσεις της άρρωστης. Στη συνέχεια προετοιμάζει την ασθενή για την εκτέλεση διαφόρων προκαταρκτικών εξετάσεων (που μπορούν να γίνουν και πριν από την εισαγωγή της στο νοσοκομείο), όπως εξετάσεις αίματος, βιοψία (ενδομητομή και τραχηλική), ακτινογραφία θώρακος, ΗΚΓ και κυτταρολογική εξέταση. Μεγάλη σημασία στην όλη ετοιμασία της ασθενούς είναι η εξασφάλιση χρόνου, από μέρος του γιατρού και της νοσηλεύτριας, προκειμένου να συζητηθεί με την άρρωστη το θέμα των προκαταρκτικών εξετάσεων και γενικότερα της θεραπείας.

Τέλος, η ετοιμασία της άρρωστης για το χειρουργείο, γίνεται με γενική νάρκωση. Η ετοιμασία του εντέρου γίνεται με υποκλυσμούς ενώ επίσης απαιτείται και συνεχής πλύση του κόλπου.

β. Αφού γίνει η εμφύτευση του ραδίου, λαμβάνεται αμέσως ακτινογραφία λεκάνης για τη διαπίστωση τυχών μετακίνησής του από τη θέση του. Σ' αυ-

την την περίπτωση επιβάλλεται αμέσως η αφαίρεση και η διορθωσή του, γιατί υπάρχει κίνδυνος όχι μονάχα να μην καταστραφεί όπως πρέπει η καρκινική επεξεργασία, αφού θα βρίσκεται έξω από το πεδίο της ακτινοβολίας, αλλά το χειρότερο, να προκληθούν βλάβες στους υγιείς ιστούς ή να δημιουργηθούν επικίνδυνα συρίγγια προς την κύστη ή το ορθό από τη ραδιονέκρωση. Συνήθως αυτά τα συρίγγια συνοδεύονται από μόλυνση και πυρετό, γι' αυτό επιβάλλεται πολλές φορές η διακοπή της θεραπείας.

γ. Η διατήρηση των υποδοχέων του ραδίου είναι επιτακτική και θα πρέπει να αποφευχθεί κάθε αλλαγή της θέσης τους. Χρειάζεται προσεγμένη παροχή νοσηλευτική φροντίδα και επαγρύπνηση κατά το διάστημα παραμονής του ραδίου στη μήτρα και στον τράχηλο.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει γνώση του δύσκολου έργου της και να ενεργεί με ευσυνειδησία και λογική. Τα καθήκοντά της συνοψίζονται στα εξής:

1. Χορηγεί δίαιτα με μικρό υπόλλειμα για μείωση του περισταλισμού του εντέρου και της πιθανότητας παρεκτόπισης των υποδοχέων.

2. Παρακολουθεί διαρκώς τον καθετήρα για εξασφάλιση φυσιολογικής παροχέτευσης των ούρων.

Χρειάζεται μεγάλη προσοχή γιατί μια διαταμένη κύστη μπορεί να πλησιάσει την περιοχή της ραδιενέργειας με αποτέλεσμα βαριάς μορφής ακτινικόδέγκαυμα.

3. Παρακολουθεί για εμφάνιση συμπτωμάτων που δηλώνουν αντίδραση του οργανισμού ραδιενέργειας, όπως ναυτία, έμετοι, αύξηση θερμοκρασίας. Στην περίπτωση αυτή είναι υποχρεωμένη η νοσηλεύτρια να ενημερώσει αμέσως το γιατρό για να αλλάξει τη δόση της ακτινοβολίας.

4. Ενθαρρύνει την άρρωστη για λήψη υγρών και χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων, υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσιων σε λεύκωμα. Δίνει ιδιαίτερη προσοχή στο σερβίρισμα, ώστε αυτό να είναι ελκυστικό, για διέγερση της όρεξης.

5. Χορηγεί χυμούς πλούσιους σε βιταμίνη C για την επιδιόρθωση των ιστών.

6. Τοποθετεί την άρρωστη σε ύπτια θέση με το άνω μέρος του κρεβατιού ανυψωμένο 50°.

7. Ενδιαφέρεται ιδιαίτερα, για την εξασφάλιση άνεσης στην άρρωστη, με την παροχή σωματικής φροντίδας. Η Νοσηλεύτρια θα πρέπει να παραμένει κοντά στην άρρωστη τον ελάχιστο δυνατό χρόνο, κατά τον οποίο θα δίνει και τη φροντίδα στην άρρωστη για την προστασία του εαυτού της από τη ραδιενέργεια.

8. Παρηγορεί, ηρεμεί και ανακουφίζει την

άρρωστη από το φόβο της και από το άγχος, χρησιμοποιώντας συνετά το χρόνο της παραμονής της κοντά στην άρρωστη. Συζητά με την ασθενή τα ιατρικά και νοσηλευτικά προβλήματα της.

9. Τέλος χρειάζεται μεγάλη προσοχή κατά την φροντίδα της ασθενούς ώστε να μην εκτοπιστούν οι βελόνες του ραδίου.

Αφαίρεση ραδίου

Μετά το τέλος της εφαρμογής ειδοποιείται ο χειρουργός για την αφαίρεση του ραδίου.

Η νοσηλεύτρια έχει ήδη ετοιμάσει γάντια αποστειρωμένα, ειδικές λαβίδες με μακρά σκέλη και ένα μεγάλο νεφροειδές.

Γίνεται έλεγχος του διαγράμματος για τον αριθμό των βελόνων που εφαρμόστηκαν ώστε να συμφωνεί με αυτόν που θα αφαιρεθούν.

Εφαρμόζονται όλα τα προφυλακτικά μέτρα κατά τον χειρισμό και τη μεταφορά του ραδίου στο τμήμα των ραδιοϊσοτόπων.

Στη συνέχεια χορηγείται καθαρτικός υποκλυσμός μετά την αφαίρεση του ραδίου και πριν από την έγερση της άρρωστης από το κρεβάτι.

Η φροντίδα της άρρωστης μετά την τοποθέτηση ραδίου περιλαμβάνει:

- Διατήρηση του δέρματος της άρρωστης (που εκτίθεται στην ακτινοβολία) στεγνού.

β. Πρέπει να γνωρίζει η νοσηλεύτρια ότι ναυτία και έμετοι μπορεί να εμφανιστούν σε χορήγηση μεγάλων δόσεων ακτινοβολίας. Στο σημείο αυτό πρέπει να μην ειπωθεί ποτέ στην άρρωστη ότι μπορεί να εμφανισθούν ναυτία και έμετοι, γιατί η υποβολή μπορεί να προκαλέσει την εκδήλωση αυτών των συμπτωμάτων.

γ. Η νοσηλεύτρια πρέπει επίσης να γνωρίζει τα συμπτώματα που δηλώνουν ακτινική βλάβη του εντέρου, διάρροια, τεινισμός και να τα αναφέρει αμέσως όταν εμφανισθούν.

δ. Τονίζεται η σπουδαιότητα της ιατρικής παρακολούθησης κάθε μήνα για έξι μήνες, για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της ακτινοβολίας στον όγκο.

- Όταν το PAP-TEST είναι θετικό σημαίνει πως η θεραπεία ήταν ανεπιτυχής. Ίσως χρειασθεί να γίνει χειρουργική επέμβαση.

- Εάν το PAP-TEST είναι αρνητικό και ο ιστός φαίνεται ικανοποιητικός, τότε οι επισκέψεις στο γιατρό (μετά το εξάμηνο) μπορούν να γίνονται σε αραιότερα χρονικά διαστήματα.

Εαν 5-8% των γυναικών που παρακολουθούνται για τη θεραπεία του ειδικού καρκίνου, μπορεί να αναπτύξουν άλλους πρωτοπαθείς όγκους. Γι' αυτό η μετέπειτα ιατρική παρακολούθηση είναι απαραίτητη ακόμη και αν η ασθενή είναι ασυμπτωματική.

Παρά τα θεραπευτικά αποτελέσματα της ακτινοβολίας υπάρχουν όμως και αρκετές επιπλοκές που αποκτούν την νοσηλευτική επαγρύπνηση για την έγκαιρη διαπίστωσή τους και αντιμετώπισή τους. Αναφέρω παρακάτω τις πιο συχνές επιπλοκές και την παρέμβαση σ' αυτές.

1. Υποτροπή: Κολπικό θόλο.

α. Εκτίμηση.

Στην περίπτωση αυτή έχουμε ύποπτο PAP-TEST της κλάσεως III (δυσκαρύωση και κύτταρα ύποπτα για κακοήγη νεοπλασία).

Η ορθική και κολπική ψηλάφηση αποκαλύπτουν όγκο στα παραμήτρια.

Ενώ η βαθιά βιοψία του θόλου του κόλπου αποκαλύπτει βαθιά διείσδυση και μεταστατικό καρκίνωμα.

β. Παρέμβαση.

- Ενημερώνεται αμέσως η άρρωστη για το σκοπό, τις παρενέργειες και τη θεραπεία αυτών. Ετοιμάζεται δε για πυελική ακτινοθεραπεία.

• - Υποστηρίζεται η άρρωστη διαρκώς κατά τη διάρκεια των συνεδρίων της ακτινοθεραπείας, για μείωση του άγχους.

- Γίνεται εκτίμηση της κακουχίας, ναυτίας και ερεθισμού του δέρματος.

- Τονίζεται στην άρρωστη ότι έχει ανάγκη για να αναπαυθεί και να ηρεμήσει.

- Παροτρύνεται για συχνή ιατρική παρακολούθηση.

2. Υποτροπή: Κύστη

α. Εκτίμηση.

Η ασθενής παρουσιάζει πόνο και δυσχέρεια ενώ εμφανίζει και αιματουρία.

β. Παρέμβαση.

- Ετοιμάζεται η άρρωστη για παραπέρα έλεγχο όπως ενδοφλέβια πυελογραφία, σπινθηρογράφημα οστών, ηπατικά ένζυμα, βαριούχο υποκλυσμό.

- Ετοιμάζεται επίσης για πυελική εξεντέρωση (πρόσθια, οπίσθια, ολική).

. Διδάσκεται η άρρωστη και η οικογένειά της σχετικά με τον σκοπό της επέμβασης.

-προεγχειρητικές διαδικασίες.

-Μεταβολές στο σωματικό είδωλο, την αποχετευτική

- και σεξουαλική λειτουργία.

- αλλαγές στη ρουτίνα των καθημερινών δραστηριοτήτων.

β. Εκτίμηση συγκινησιακής κατάστασης, οικογενειακής υποστήριξης, οικονομικής κατάστασης, ευκολιών και δυνατοτήτων για φροντίδα στο σπίτι και αναγκών νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι.

γ. Γίνεται προετοιμασία του εντέρου για το χειρουργείο με τη χορήγηση αντιβιοτικού, υπακτικού, υποκλυσμού και ετοιμασία της κοιλιάς.

δ. Τοποθετείται ενδοφλέβια γραμμή για μέτρηση της ΚΦΠ.

- Αξιολογείται η άμεση μεταχειρητική κατάσταση: μεταβολές καρδιακής λειτουργίας, σημεία SHOCK, νεφρική λειτουργία.

- Βοηθείται η άρρωστη ώστε να αποδεχθεί το νέο της σωματικό είδωλο.

- Λαμβάνονται μέτρα για τη μείωση του πόνου, του άγχους και της δυσχέρειας.

- Γίνεται μετεχειρητική διδασκαλία της άρρωστης και της οικογένειάς της που αφορά τις αλλαγές του τραύματος και τη φροντίδα της ουρητηροστομίας.

- Υποστηρίζεται ψυχολογικά η άρρωστη ώστε να αντιμετωπίσει την εκτεταμένη αυτή χειρουργική επέμβαση, τις αλλαγές της σωματικής λειτουργίας και του τρόπου ζωής, το φόβο ξαφνικού θανάτου και την εμφάνιση νέας υποτροπής.

- Εξασφαλίζεται συνεχής φροντίδα και υποστήριξη κατά την περίοδο της ανάρρωσης.

α. γίνεται αναφορά στις ανάλογες υπηρεσίες για μετανοδομειακή παρακολούθηση.

β. δίνονται συμβουλές σχετικά με τη σεξουαλική λειτουργία και τα νέα προβλήματα.

γ. δίνονται σεξουαλικές συμβουλές σε ζευγάρια, εάν το επιθυμούν.

3. Μετάσταση στην σπονδυλική στήλη.

α. Εκτίμηση.

Η άρρωστη αισθάνεται κόνο στη ράχη. Εμφανίζει απώλεια βάρους και αίσθημα κοπώσεως.

Ενώ στο συναισθηματικό της κόσμο κυριαρχούν κατάθλιψη και απογοήτευση.

β. Παρέμβαση.

- Ετοιμάζεται η άρρωστη για χημειοθεραπεία.

α. Διατήρηση της θρεπτικής και υγιεινής κατάστασης.

β. Διδασκαλία σχετικά με το σκοπό, τη διαδικασία, τα αποτελέσματα και τις παρενέργειες της

θεραπείας.

- Μειώνεται η δυσχέρεια εξαιτίας των παρενεργειών της χημειοθεραπείας πχ. πόνου, ναυτίας, εμέτου, αιμορραγία βλενογόνου στόματος, ερεθισμός δέρματος, διάρροιας.

- Ελαττώνεται ο κίνδυνος λοίμωξης.

- Προαγάζεται η οικογενειακή υποστήριξη και η δημιουργία άνετης ατμόσφαιρας για την έκφραση των αισθημάτων.

- Παρακολουθείται, τέλος, για εμφάνιση σημείων που δηλώνουν ανοχή στο φάρμακο.

15. Παρακολούθηση καρκινοπαθούς μετά τη θεραπεία

Η παρακολούθηση της άρρωστης, που θεραπεύθηκε για καρκίνο του τραχήλου, πρέπει τα δύο πρώτα χρόνια να είναι συχνή. Μετά την 5ετία σε μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα γιατί οι πιθανότητες υποτροπής ελαττώνονται.

Η παρακολούθηση αυτή περιλαμβάνει τις γενικές εργαστηριακές εξετάσεις, τον έλεγχο του βάρους, την ψηλάφηση των λεμφαδένων, της κοιλιάς, του σπυκτιού, των νεφρών την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση και την εξέταση από το ορθό. Επίσης τη λήψη κολπικών επιχρισμάτων κάθε 6 μήνες για δύο χρόνια, την πνευμογραφία και την ακτινογραφία θώρακος.

16. Θεραπεία της νόσου. Καρκίνος του τραχήλου
και Διατροφή

Η καλή διατροφή δίνει στην ασθενή την καλύτερη δυνατή ευκαιρία, να παλέψει για την αρρώστεια της και τη θεραπεία της και αδιαμφισβήτητα την καθορίζουν οι γιατροί, οι νοσηλευτές-τριες και οι διαιτολόγοι και γενικά όσοι ασχολούνται με τη διατροφή, οι οποίοι βρίσκουν ότι οι γυναίκες πουτρέφονται σωστά στη διάρκεια της θεραπείας μπορούν καλύτερα να ανταπεξέλθουν στις πιθανές παρενέργειές της.

Ο τρόπος διατροφής αφορά τη χειρουργική και τη συντηρητική θεραπεία δηλ. ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία και από αυτές τις πλευρές θα αντιμετωπισθεί.

Στη χειρουργική θεραπεία αφορά την προεγχειρητική διατροφή. Η ασθενής τρώει ελαφρά την προηγούμενη μέρα και έξι ώρες πριν την εγχείρηση δεν τρώει τίποτα.

Μετεγχειρητικά, η δίαιτα της χειρουργημένης είναι αρχικά υγρή, μετά γίνεται δίαιτα με ελαφρές τροφές και τέλος αφήνεται ελεύθερη. Σε μεγάλη αφυδάτωση χορηγούνται υγρά ενδοφλεβίως.

Σε ακτινοθεραπεία το διαιτολόγιο της ασθενούς πρέπει να είναι ελαφρό, να περιέχει τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες.

Κατά το διάστημα της χημειοθεραπείας η διατροφή είναι κάτι το ιδιαίτερα σημαντικό. Για να διατηρηθεί μια σωστή δίαιτα πρέπει να ακολουθηθούν οι παρακάτω οδηγίες που στηρίζονται - στη θεωρία που πιστεύουν μερικοί ειδικοί επί της διατροφής - ότι κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας μπορεί να χρειάζεται ο οργανισμός 50% περισσότερο πρωτεΐνες από τις συνηθισμένες και 20% περισσότερες θερμίδες. Συνήθως ακολουθούνται οι επόμενες κατηγορίες τροφών στο καθημερινό διαιτολόγιο της άρρωστης:

1) Φρούτα και λαχανικά: Περιλαμβάνονται σαλάτες, βρασμένα λαχανικά, ωμά φρούτα και χυμοί φρούτων. Αυτές οι τροφές προμηθεύουν την άρρωστη με σπουδαίες βιταμίνες και μεταλλικά άλατα που χρειάζεται ο οργανισμός της.

2) Πουλερικά, ψάρια, κρέατα. Τρώγοντας ψάρια, πουλερικά, αυγά και κρέας ή αν είναι χορτοφάγος φασόλια, μπιζέλια και ξηρούς καρπούς θα πάρει πρωτεΐνες καθώς και πολλές βιταμίνες και μεταλλικά άλατα.

3) Δημητριακά και ψωμί: Οι τροφές αυτής της κατηγορίας δίνουν πρωτεΐνες και μια ποικιλία βιταμινών, μεταλλικών στοιχείων και υδατανθράκων. Η δίαιτα πρέπει να περιλαμβάνει δημητριακά όπως καλαμπόκι, σιτάρι, ρύζι, βρώμη ή ψωμί ολικής αλέσεως και μακαρόνια.

4) Γαλακτερά: Το γάλα και τα άλλα γαλακτομικά προϊόντα όπως το παγωτό και το τυρί, δίνουν πρωτεΐνες, ασβέστιο και πολλές βιταμίνες.

Απαραίτητη κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας είναι η λήψη υγρών γιατί μερικά χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορεί να επηρεάσουν την κύστη ή τα νεφρά.

Η άρρωστη πρέπει να ενημερωθεί από το γιατρό της αν συμβαίνει αυτό με τα δικά της φάρμακα και πόσα υγρά πρέπει να πίνει καθημερινά.

Ίσως χρειαστεί να πίνει και επίπλέον υγρά για να διατηρήσει καλή τη λειτουργία των νεφρών της. Συνίσταται ως 8 ποτήρια ημερησίως. Το νερό, ο χυμός, το τσάι, τα αναψυκτικά, ο ζωμός, το παγωτό, η σούπα, οι γρανίτες και τα ζελέ θεωρούνται όλα υγρά. Τα ποτά που έχουν οινόπνευμα πρέπει να εξετασθούν χωριστά. Το οινόπνευμα μπορεί να επηρεάσει μερικά από τα φάρμακα εμποδίζοντας

την αποτελεσματικότητά τους, ή να προκαλέσουν περισσότερες παρενέργειες. Γι' αυτό μερικοί πρέπει να περιορίζουν τη λήψη του οινοπνεύματος κατά τη χημειοθεραπεία. Να ρωτήσουν το γιατρό πριν πιούν μύρα, κρασί ή λικέρ.

Εκείνο, επίσης, που πρέπει να προσέξει η ασθενής κατά την ημέρα της θεραπείας είναι τα γεύματά της να είναι ελαφρά και ακόμα καλύτερα να μην τρώει 2-3 ώρες, πριν και μετά τη θεραπεία.

Σκοπίμως, θα αναφερθώ στο κεφάλαιο αυτό και στην ανορεξία, η οποία αποτελεί παρενέργεια της χημειοθεραπείας. Η χημειοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στις συνήθειες διατροφής. Άνθρωποι που πάντα έτρωγαν λίγο μπορούν να δουν ότι η όρεξή του αυξήθηκε. Το αντίθετο, όμως, είναι που δημιουργεί πρόβλημα.

Αν η άρρωστη δεν έχει όρεξη ή βλέπει ότι χάνει βάρος θα προσπαθήσει να τρώει σύκα σε μικρά γεύματα κατά τη διάρκεια της μέρας. Μπορεί να δοκιμάσει και έναν περίπατο πριν τα γεύματα πράγμα που βοηθάει την όρεξή της.

Γενικά είναι καλύτερα να μην προσπαθήσει να χάσει βάρος κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.

Πολλοί χάνουν την όρεξή τους για το κόκκινο κρέας, γιατί οι αλλαγές στους γευστικούς κάλυκες της γλώσσας μπορεί να κάνουν το κρέας να έχει πικρή γεύση.

Αν αυτό είναι το πρόβλημα της να προσπαθήσει να μαγειρεύει το κρέας με ελαφριά σάλτσα, ή με κρασί.

Μερικοί ασθενείς βρίσκουν ότι το να χρησιμοποιούν πλαστικά μαχαιροπήρουνα αντί για μεταλλικά μειώνεται η πικρή γεύση του κρέατος.

Αυτά, λοιπόν, είναι, συνοπτικά, τα όσα αφορούν τη σωστή διατροφή μιας καρκινοπαθούσας στο χρονικό διάστημα της θεραπείας της.

17. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Η αποκατάσταση της ασθενούς μετά από μια χειρουργική επέμβαση, αποτελεί σημαντικό παράγοντα εφ' όσον αποτελεί συνέχεια της ίδιας της θεραπείας του καρκίνου. Ετσι εδώ έχουμε να κάνουμε με την ψυχική και σωματική αποκατάσταση της ασθενούς.

Πρωτεύοντα ρόλο και εδώ θα παίξει το Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής.

Ειπώθηκε κάποτε σε κάποιο γιατρό απο κάποιον καρκινοπαθή: "Αν εσένα σε φοβίζει ή σε σοκάρει η αρρώστεια μας, φοβίζει και σοκάρει και μένα (ασθενής). Αλλά εάν εσύ είσαι ήρεμος και έχεις τον έλεγχο της παρούσης καταστάσεως, είμαι κι εγώ".

Στις γεμάτες νόημα αυτές φράσεις, βρίσκεται ο κώδικας στον οποίο θα στηριχτεί η αποκατάσταση της καρκινοπαθούς. Διότι η μάχη κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική, οι δε επιπτώσεις του επεκτείνονται πολύ περισσότερο από τη φυσική βλάβη που προκαλεί στο σώμα.

Όμως τι είναι αποκατάσταση; Αποκατάσταση ασθενούς είναι η επαναφορά της στην προηγούμενη κατάσταση. Όταν σήμερα, μιλάμε για αποκατάσταση εννοούμε την προσπάθεια που καταβάλλεται από τα μέλη της ομάδας υγείας να χρησιμοποιήσει η ασθενής όλες τις ικανότητες που έχει βιο-ψυχολογικές, όσο και αν αυτές φαίνονται μικρές για να ζήσει, "Ποιότητα ζωής" σήμερα δηλ. να μην κλαίει για το χτες και να μην τρέμει για το αύριο. Είναι φυσικό το άτομο στο οποίο διαγνώσθηκε ότι πάσχει από καρκίνο να βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό.

Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει από την πρώτη στιγμή ύποπτης διάγνωσης του καρκίνου να κρατήσει στάση κατανόησης, συνεργασίας και επικοινωνίας με την ασθενή.

Η ασθενής περνά δύσκολες στιγμές, και αυτό επειδή ο καρκίνος είναι συνώνυμος με έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αναπηρία, εγκατάλειψη ή παθητική και αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας. Ακόμη και οι συγγενείς του συνήθως έχουν αισθήματα φόβου, ανησυχίας και αγωνίας. Παράλληλα η ασθενής διακατέχεται από μελαγχολία, θυμό, αίσθημα μοναξιάς, ντροπής και απογοητεύσεως. Αιολθάνεται ότι ξεκόβεται και απομακρύνεται από τη

ζωή, την οικογένεια, την κοινωνία. Αισθάνεται άχρηστη να κάνει κάτι την παραμικρή εργασία. Παντού την κυνηγά η σκέψη του "Καρκίνου".

Συνήθως στα παραπάνω συμβάλλουν και οι συγγενείς και οι φίλοι που αν και μορφωμένοι, ζουν με την ιδέα ότι η διάγνωση του καρκίνου είναι ισοδύναμη με το θάνατο. Τις απόψεις αυτές διαισθάνεται και η ασθενής και διέρχεται στάδια αβεβαιότητας.

Είναι γεγονός ότι οι επιπτώσεις της θεραπείας απαιτούν αναπροσαρμογές που προϋποθέτουν ψυχολογική προετοιμασία, ανθρώπινη συμπαράσταση και κατάρτιση.

Η φιλοσοφία της αποκαταστάσεως για να υλοποιηθεί θα πρέπει η ασθενής να φροντίζεται από ειδικευμένα μέλη της ομάδας υγείας στη καρκινολογία και στην ψυχολογία της ασθενούς με καρκίνο.

Αφού τελειώσει η κρίσιμη φάση της μετεγχειρητικής πορείας και αναρρώσει η ασθενής σχεδιάζεται η έξοδος της από το νοσοκομείο.

Πριν όμως, γίνει η αποχώρηση της ασθενούς, χρειάζεται να πάρει ορισμένες οδηγίες για τη συνέχιση του ρόλου της σαν γυναίκα.

Πρέπει ο γιατρός της μαζί με την αδελφή, να συμπαρασταθούν και να βρεθούν κοντά της τις

δύσκολες ώρες και να της διδάξουν όλα όσα πρέπει να γνωρίζει για τη νόσο της, ακόμη και μετά από τη θεραπεία. Σε περίπτωση που η άρρωστη, έκανε ολική υστερεκτομή , πρέπει να μάθει ότι η επέμβαση αυτή προκαλεί εμμηνόπαυση και στειρότητα.

Η ψυχολογική ατμόσφαιρα στην οποία βρίσκεται η άρρωστη είναι τεταμένη. Αυτή επιδεινώνεται σε περίπτωση που η ασθενής δεν έχει παιδιά. Η έννοια της στειρότητας, την απελπίζει και την κάνει να αισθάνεται άχρηστη, ότι έχασε τη μάχη της ζωής. Εδώ είναι που μερικά παρήγορα λόγια θα την ηρεμήσουν σε κάποιο σημείο. Πρέπει ο σύντροφος ή η οικογένεια, σε συνεργασία με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής, να την κάνουν να ξανανοιώσει γυναίκα, χρήσιμη και να την γεμίσουν πίστη για το μέλλον. Η ζωή συνεχίζεται παρά τις αντιξοότητες.

Επίσης, εάν η άρρωστη υποβλήθηκε σε ολική υστερεκτομή με ωοθηκεκτομή ή σαλπγγεκτομή είναι απαραίτητο να της εξηγήσουν τη σπουδαιότητα της ορμονικής αντικατάστασης. Θα υπάρξουν ορισμένες ορμονικές αλλαγές στον οργανισμό της, που δεν θα πρέπει να την ανησυχήσουνε καθόλου.

Όσον αφορά τώρα, τις δραστηριότητες της, μετά την έξοδό της από το Νοσοκομείο συμβουλευέ-

ται τα εξής: 1) Να αποφεύγει κατά την περίοδο της ανάρρωσης να σηκώνει βαριά αντικείμενα για ένα μήνα μέχρι έξι εβδομάδες.

Επίσης, χρειάζεται για την πρόληψη ρήξης των ραμμάτων να απέχει από ορισμένες δραστηριότητες όπως οδήγηση ή ανέβασμα σκάλας. Η οδήγηση αυτοκινήτου μπορεί να καθυστερήσει για 3 εβδομάδες γιατί η απλή πίεση του πεντάλ του φρένου μπορεί να προκαλέσει ελαφρά ενόχληση στην κάτω κοιλιά.

2) Μεγάλη σπουδαιότητα πρέπει να δειχθεί στον τομέα της άσκησης. Η ασθενής δεν πρέπει να κάθεται πολύ ώρα κάθε φορά, όπως οδήγηση μεγάλων αποστάσεων, εξαιτίας της πιθανότητας λίμνασης του αίματος στην πύελο και της δημιουργίας θρομβοεμβολών.

Αντίθετα η ελαφριά άσκηση και η κίνηση είναι πρωταρχικής σημασίας και για τη σωστή κυκλοφορία αλλά και για την ίδια την ασθενή που έχει ανάγκη απότόνωση του ηθικού.

3) Τονίζεται δε στην ασθενή ότι οι σεξουαλικές σχέσεις είναι ανάγκη να διακοπούν για 6-8 εβδομάδες μετά την υστερεκτομή.

4) Ενημερώνεται η άρρωστη, για την κοιλιακή έκκριση που παρατηρείται μετά την υστερεκτομή. Η έκκριση αυτή είναι καφεοειδούς χρώματος και εί-

ναι απόλυτα φυσιολογική. Η ποσότητα της μειώνεται σιγά-σιγά και τέλος σταματά.

5) Κατά τις πρώτες ημέρες, που επιστρέφει στο σπίτι είναι λογικό να διακατέχεται από αίσθημα κόπωσης. Η αλλαγή αυτή, το να αισθάνεται κάποια κόπωση, μετά από τη χειρουργική επέμβαση, είναι απόλυτα φυσιολογική. Πρέπει η ασθενής να προγραμματίσει τις δραστηριότητές της, και να περιορίσει αυτές την πρώτη εβδομάδα. Δεν είναι σωστό να ανησυχήσει ή να απογοητευθεί γιατί οι δυνάμεις της θα επανέλθουν σιγά-σιγά.

Χρειάζεται βοήθεια η ασθενής, για το σχεδιασμό ενός προγράμματος οικιακών δραστηριοτήτων που θα είναι σε θέση να πραγματοποιήσει το πρώτο μήνα. Μετά από 2 μήνες θα ξαναβρεί τον εαυτόν της και θα αισθάνεται απόλυτα φυσιολογικά.

Όσον αφορά την επαγγελματική της δραστηριότητα χρειάζεται έμφαση για την ανάληψή της. Θα επιστρέφει στην εργασία της μόνο με εντολή του γιατρού. Θα εξαρτηθεί βέβαια και από το είδος και τις ανάγκες της εργασίας.

6) Κατά την περίοδο της ανάρρωσης, η άρρωστη αισθάνεται κατάθλιψη, εκδηλώνει διάθεση να φωνάξει και φαίνεται ασυνήθιστα νευρική. Πρέπει για αυτές τις εκδηλώσεις της να μην αποθαρρύνεται

γιατί δεν διαρκεί πολύ. Οφείλονται μόνο στο συναισθηματικό φόρτο και είναι της παρούσης στιγμής. Σιγά-σιγά θα ηρεμήσει και θα επιστρέψει στη ζωή όπως και παλαιότερα.

7) Τέλος, τονίζεται η αναγκαιότητα του υπερσιτισμού. Για την επαναφορά των δυνάμενων, απαιτείται σωστή και βιταμινούχα διατροφή και σε ποσότητα αρκετή. Πρέπει επίσης, η ασθενής να παρακολουθεί το βάρος του σώματός της και να επισκέπτεται το γιατρό ανά τρίμηνο για πέντε χρόνια.

Όλα όσα αναφέρθηκαν αφορούν κατά το κύριο μέρος τη σωματική αποκατάσταση της ασθενούς. Η ψυχολογική αποκατάσταση είναι επίσης ένας σημαντικός παράγοντας όπως προειπώθηκε.

Η ασθενής πρέπει να έχει πάντα την αίσθηση οτιεμείς, το νοσηλευτικό προσωπικό, είμαστε πάντα δίπλα της, έτοιμοι κάθε στιγμή να ακούσουμε με κατανόηση το πρόβλημά της, να της δώσουμε δύναμη και συμβουλές που θα τη βοηθήσουν να αντιμετωπίσει αυτό το σκληρό εχθρό.

Τις συμβουλές μας πρέπει να κατευθύνουν η συμπόνοια, η στοργή, η επαγρύπνηση, ο ανθρωπισμός, η επίγνωση της σοβαρής και ιδιόρρυθμης θέσεως που πολλές φορές βρίσκεται ο άρρωστος, η σύνεση,

η προσοχή και η ανοχή. Με αυτά τα όπλα , θα μπορέσουμε να αποσπάσουμε τη συμπάθεια της ασθενούς και να κατορθώσουμε να της επιβληθούμε ώστε να δέχεται όσα της λέμε και τη θεραπεία που της υποδείχθηκε.

Ορθώς παρατηρείται από κάποιον συγγραφέα, πως η φαρμακολογική αξία της αλήθειας είναι πολύ ανώτερη από εκείνη του ψεύδους. Αρκεί η αλήθεια να χρησιμοποιείται στη σωστή δύση και να συμπληρωθεί με τον κατάλληλο τρόπο.

Αν λοιπόν το Νοσηλευτικό προσωπικό δουλέψει σωστά, συνδυάζοντας την επιστημονική κατάρτιση του με τα ανθρωπιστικά του αισθήματα, τότε σίγουρα μπορεί να συμβάλλει στην αποκατάσταση της καρκινοπαθούς μετά την υστερεκτομή.

Πρέπει να προσθέσω εδώ, ότι μετά την αποχώρηση της ασθενούς από το Νοσοκομείο θα πρέπει να έχει αυτή καταλάβει την αξία του μετανοσοκομειακού CHECK-UP γιατί αυτό δίνει τη δυνατότητα αξιολόγησης:

1. της επούλωσης του τραύματος.
2. της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής της άρρωστης
3. την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της εγχείρησης.
4. τη διαπίστωση πιθανής υποτροπής.
5. την εκτίμηση της προσπάθειας για απο-

κατάσταση.

Τέλος, στην αποκατάσταση της καρκινοπαθούς συμβάλλει και η διαφώτιση της κοινωνίας με επιστημονικά μελετημένο τρόπο, ώστε να αλλάξει ο αποκλειστικός προσανατολισμός που υπάρχει σήμερα για την έννοια καρκίνος, που για πολλούς σημαίνει θάνατος. Σημασία έχει η λύση του προβλήματος και η αποκατάσταση της ασθενούς.

Ε Ι Δ Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

Νοσηλευτική Διεργασία Ασθενούς
με Καρκίνο Τραχήλου Μήτρας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

Ιστορικό Ασθενούς

Όνοματεπώνυμο: Ραζή Ειρήνη

Ηλικία: 40 ετών

Επισκέφθηκα την κυρία Ραζή στο Γενικό Νοσοκομείο Πύργου στη γυναικολογική κλινική όπου υπέστη σε κοιλιακή υστερεκτομή. Έκανα μερικές ερωτήσεις στην ασθενή θέλοντας να συντάξω ένα περιεκτικό ιστορικό.

Η ασθενής κατάγεται από τον Πύργο Ηλείας και είναι κομμώτρια.

Η ίδια αναφέρει πως παντρεύτηκε σε ηλικία 16 ετών διότι η οικογένειά της ήταν άσχημης κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης.

Η περίοδός της άρχισε σε ηλικία 12 ετών. Είχε σταθερό κύκλο και διαρκούσε 5 ημέρες περίπου (ερ. $12 \frac{28}{5}$). Σεξουαλικές σχέσεις άρχισε στην ηλικία των δεκαπέντε ετών. Η ασθενής αναφέρει ότι είχε κάνει στο παρελθόν τέσσερεις τεχνητές διακοπές κύησης και μία αποβολή. Η ίδια είχε και δύο φυσιολογικούς τοκετούς (ζώντα παιδιά δύο).

Πριν πέντε χρόνια, σε ηλικία δηλαδή 35 ετών, θέλησε για προληπτικούς λόγους να κάνει τεστ ΠΑΠ. Η απάντηση στο τεστ ήταν ικανοποιητική.

Κακοήθη κύτταρα δεν παρατηρήθηκαν μόνο εμφανίστηκε έντονος τραχηλίτιδα. Της έγινε σύσταση για επανέλεγχο μετά από ένα χρόνο. Παρά τις συστάσεις όμως για επανέλεγχο η ασθενής δεν υπάκουσε. Μετά από 3 χρόνια, 38 ετών, παρατήρησε κηλίδες αίματος ύστερα από συνουσία. Στην αρχή το άφησε απαρατήρητο και δεν επισκέφθηκε το γυναικολόγο της, έως ότου εμφανίστηκε σχετικά μικρή αιμορραγία από τα γεννητικά όργανα εκτός εμμήνου ρύσεως.

Υπήρχαν βέβαια και άλλα συμπτώματα που η ίδια δεν είχε παρατηρήσει αλλά όταν τα ανέφερε ο γιατρός της συμφώνησε ότι ήδη υπήρχαν. Συγκεκριμένα υπήρχε έκκριση δυσόσμων υγρών και οσφυαλγία. Στην επίσκεψη αυτή, λοιπόν, της έγινε ξανά τεστ ΠΑΠ όπου διαπιστώθηκε έντονη δυσπλασία του τραχήλου (μη διηθητικό καρκίνωμα, IN SITU).

Της εξηγήθηκε λεπτομερώς από το γιατρό ότι σ' αυτό το στάδιο η θεραπεία εξαρτάται από την ηλικία και τον αριθμό των παιδιών που έχει η γυναίκα. Ετσι της προτάθηκε, επειδή είχε ολοκληρωμένη οικογένεια, να κάνει ολική υστερεκτομή για πιο θετικά αποτελέσματα. Κατά προτίμηση του χειρουργού της έγινε αφαίρεση του τραχήλου και της μήτρας μέσω της κοιλιακής οδού.

Ετσι σήμερα στις 4 Απριλίου του έτους 1991, ανέλαβα να παρακολουθώ την ασθενή ενώ αυτή βρίσκεται στη μετεγχειρητική της πορεία.

Η εγχείρηση ήταν επιτυχής, όμως η ασθενής εμφάνισε μετεγχειρητικά ναυτία και εμέτους. Εμφάνισε και έντονη εφίδρωση.

Κατά τη λήψη των ζωτικών της σημείων διαπίστωσα ταχυσφυγμία και χαμηλή αρτηριακή πίεση ενώ η ίδια διαμαρτύρονταν για αδυναμία και καταβολή των σωματικών της δυνάμεων.

Νοσηλευτική Διεργασία Ασθενούς

Ανάγκες και προβλήματα που διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>1. Ναυτία, Εμετοί</p>	<p>1. Σκοπός μου να απαλλάξω την ασθενή από τα συμπτώματα. Όσον αφορά τους εμέτους ήταν αποτέλεσμα της αναισθησίας που είχε δεχθεί κατά την εγχείρηση η άρρωστη.</p>	<p>1. Κατά πρώτον ενδιαιφέρθηκα για την αποφυγή εισρόφησης του εμέτου. Δεύτερον για την εξασφάλιση διαύλαξης ισοζυγίου των υγρών και τέλος για την καθεαριότητα της ασθενούς.</p>	<p>I. Τοποθέτηση της κεφαλής της ασθενούς σε πλάγια θέση. II. Χορήγηση ηλεκτρολυτών ενδοφλεβίως (DEXTROSE 5% I AMP: PRIMPERAN 1X2). III. Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας και αλλαγής λευχειμάτων.</p>	<p>1. Στη διάρκεια του πρώτου 24ωρου παρατηρήθηκε σταδιακή μείωση των εμέτων και αποκατάσταση της ναυτίας.</p>

Ανάγκες και προβλήματα που διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>2. Ταχυσφυγμία Χαμηλή πίεση Εφίδρωση Αδυναμία</p>	<p>2. Για τα άλλα συμπτώματα διαπίστωσα πως ήταν κάτι πιο περίπλοκο, εφόσον μπορεί να ήταν συμπτώματα κάποιας μετεγχειρητικής αιμορραγίας. Στην περίπτωση αυτή είχα να αντιμετωπίσω μια αιμορραγία που χρειαζόταν όμως την επιβεβαίωση του Ιατρικού προσωπικού.</p>	<p>2. Εφόσον διαπιστώθηκε από το γιγάρτρο ότι πρόκειται για εσωτερική αιμορραγία, σκοπός μου ήταν να εξασφαλίσω την αιμορραγία της ασθενούς και να μην της δώσω τίποτε από το στόμα.</p>	<p>1. Συμβούλευσα την ασθενή να παραμείνει στο κρεβάτι και της εξήγησα ότι δεν πρέπει να πάει τίποτα από το στόμα μέχρις ότου της δοθούν οδηγίες. 2. Ενημέρωσα την τράπεζα αίματος να ετοιμάσει αίμα για την ασθενή που αιμορραγεί. 3. Ετοίμασα δίσκο ενέσεων με αιμοστατικά φάρμακα.</p>	<p>2. Μετά από συνεχώς παρακολούθηση του Ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ύστερα από δύο 24ωρα παρατηρήθηκε διακοπή της επίμονης εσωτερικής αιμορραγίας της ασθενούς, η οποία ταλαιπωρήθηκε αρκετά.</p>

Ανάγκες και προβλήματα διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
			4. Απαλλαγή από κάθε περίφυση . 5. Εξασφάλιση ζεστής θερμοκρασίας. 6. Τόνωση ηθικού λέγοντας της πως δεν είναι τίποτα το ανησυχητικό παρά μόνο μια μετεγχειρητική επιπλοκή.	

Ιστορικό Ασθενούς

Όνοματεπώνυμο: Σπηλιοπούλου Βασιλική

Ηλικία: 56 ετών.

Κατά την επίσκεψή μου στη γυναικολογική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Πύργου, συνάντησα την κυρία Σπηλιοπούλου (ασθενής), η οποία υπέστη σε ριζική υστερεκτομή. Κάνοντάς της ερωτήσεις έφτιαξα το πιο κάτω ιστορικό ασθενούς.

Η ασθενής κατάγεται από ένα ορεινό χωριό της Ηλείας που ονομάζεται Μηλιές.

Αναφέρει ότι παντρεύτηκε πολύ μικρή σε ηλικία 13 ετών λόγω οικονομικών δυσχερειών της οικογένειάς της. Σεξουαλικές σχέσεις επομένως άρχισε στην ηλικία αυτή. Η περίοδός της πρωτοεμφανίστηκε σε ηλικία 12 ετών.

Είχε κανονικό κύκλο και διαρκούσε περίπου 6 ημέρες (E.P. $12\frac{28}{6}$).

Η ασθενής αναφέρει ότι στο παρελθόν είχε κάνει πέντε τεχνητές διακοπές κυήσεως και τέσσερεις φυσιολογικούς τοκετούς (ζώντα παιδιά τέσσερα).

Η ασθενής αναφέρει πως η τελευταία περίοδος ήταν στην ηλικία των 47 ετών.

Τους δύο πρώτους τοκετούς τους είχε κάνει στο σπίτι από πρακτική μαία, όπως επίσης και τις τεχνητές διακοπές κυήσεως. Ως εκ τούτου δεν είχε επισκεφθεί ποτέ γυναικολόγο παρά μόνο για τους δύο επόμενους τοκετούς.

Στη διάρκεια της ζωής της δεν είχε κάνει κανένα προληπτικό έλεγχο. Ανησυχητικό γι' αυτήν ήταν η μεγάλη αιμορραγία που εμφανίστηκε στην ηλικία των 54 ετών, ενώ είχε προηγηθεί κλιμακτήριος και η συνεχής απώλεια βάρους.

Στην επίσκεψή της, ο γιατρός της έκανε τέστ ΠΑΠ όπου έδειξε έντονη κακοήθη δυσπλασία του τραχήλου και επίσης διήθηση του πάνω τριτημορίου του κόλπου.

Από την ιστολογική εξέταση και από την κολποσκόπηση που ακολουθήθηκαν επιβεβαιώθηκε η απάντηση του τέστ ΠΑΠ. Συνεστήθη, λοιπόν, από το γιατρό η ριζική υστερεκτομή, η οποία θα συνοδεύονταν για καλύτερα αποτελέσματα με χημειοθεραπευτικά φάρμακα.

Ετσι η ασθενής χειρουργήθηκε στις 20 Αυγούστου του 1991 στο Γενικό Νοσοκομείο του Πύργου.

Νοσηλευτική Διεργασία

Προβλήματα που διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτική Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>1) Επίσχεση Ούρων</p>	<p>1. Σκοπός των ενεργειών που θα γίνουν είναι να απαλλαχθεί η ασθενής από το αίσθημα βάρους που της προκαλεί η γεμάτη ούρα κύστη</p>	<p>1. Προγραμματίζω μια σειρά απλών ενεργειών προκειμένου να προκαλέσω ούρηση και συμβουλευόμαι πάντα το γιατρό.</p>	<p>1. Ανοίγω τη βρύση και σηκώνω την ασθενή όρθια. 2. Προσπαθώ να την ησυχάσω και να της διώξω το άγχος. Οι ενέργειες αυτές, ενώ επαναλήφθηκαν αρκετά δεν έφεραν αποτέλεσμα. Ενημέρωσα τον γιατρό της, όπου μου σύστησε να της γίνει καθετηριασμός κύστεως σαν τελευταία</p>	<p>1. Μετά την τοποθέτηση του καθετήρα ανακουφίστηκε η ασθενής, εφόσον άρχισε να αδειάζει η γεμάτη ούρα κύστη, που της προκαλούσε δυσφορία. Παράβαλλοι της ασθενή και άλλαξαν τον ουροσυλλέκτη όταν γέμιζε. Συγχρόνως έκανα και</p>

<p>Προβλήματα που διαπιστώθηκαν</p>	<p>Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας</p>	<p>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</p>	<p>Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</p>	<p>Εκτίμηση αποτελεσμάτων</p>
<p>2. Διαπίωση Τραύματος Πόνος</p>	<p>2. Σκοπός των ενεργειών που θα γίνουν είναι να αποκατασταθεί το τραύμα προκειμένου να αποφευχθούν οι δυσάρεστες συνέπειες της ερχόμενης μόλυνσης. Συγχρόνως σκοπός των νοσηλευτικών ενεργειών είναι να ανακουφισθεί η ασθενής και από τον πόνο που της προκαλούσε η όλη αυτή πορεία του τραύματος.</p>	<p>2. Προγραμματίζεται από το Ιατρικό προσωπικό της κλινικής διάνοιξη και παροχέτευση του τραύματος.</p>	<p>ενέργεια. Μαζί με άλλη αδελφή του τμήματος, εκτέλεσαμε την οδηγία του γιατρού. Κατ' αρχάς απομάκρυναν τους επισκέπτες προκειμένου να εξασφαλιστεί άνεση στην ασθενή. Αφού έγινε πλύση της περιοχής και αντισηψία, ακολούθησε ο καθημερινός της ουροδόχου κύστεως. Αμέσως ο ουροσυλλέκτης έδειξε ούρα και έτσι ησάχασε η ασθενής.</p>	<p>μέτρηση ούρων, σύμφωνα με Ιατρική εντολή.</p>

Προβλήματα που διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
			<p>2. Αφού προετοιμάστηκαν οι ιατροί ακολουθήσαμε μαζί με άλλη νοσηλεύτρια. Πήραμε κοντά μας το τροχήλατο αλλαγών του τραύματος. Αφού ξεσκεπάστηκε το τραύμα έγινε πλύση με αντισηπτική διάλυση και στη συνέχεια παροχέτευση. Κατά τη διάρκεια της όλης διαδικασίας σέρβιρα χειρουργική εργασία στον γιατρό και ότι άλλο ζητούσε. Επίσης πάρθηκε υγρό για να γίνει καλλιέργεια αυ-</p>	<p>2. Μετά από συνεχή παρακολούθηση του τραύματος και ενημέρωση του ιατρικού προσωπικού για την όλη κατάσταση του, και αφού έγινε παροχέτευση αντιμετωπίστηκε η πύλωση εκροής και ο έντονος πόνος που ανησυχούσε την άρρωστη.</p>

Προβλήματα που διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
			<p>τού και να δοθεί ειδική αντιβίωση στην ασθενή. Μετά το τέλος της παραχέτευσης, αφού όλα έγιναν επιτυχώς, κάθησα κοντά στην ασθενή. Ελέγχα ώστε να μην είναι πολύ πιεστική η επίδραση γιατί δεν επιτρεπόταν αυτό και έλεγχα το επιδραστικό υλικό για τυχόν αιμορραγία κάθε 20 λεπτά. Η ασθενής μου παραπονώδιταν για επίμονο πόνο, έτσι ώστε μετά από ιατρική εντολή της έδωσα μια TA-χ-ΒΛΕΤΑ MEDAMOL προς ανακούφιση της. Κάθησα κοντά της αρκετές ώρες, μιας και ήταν χωρίς συνοδό και την παρακολουθούσα συνε-</p>	

Προβλήματα που διαπιστώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
			χώς. Γράφηκε στην κάρτα φαρμάκων της η χορήγηση αντιβίωσης MOXACEF 1X4 (ανά δωρο) σύμφωνα με ιατρική εντολή.	

Ε π ί λ ο γ ο ς

Ασχολούμενη μ'αυτήν την εργασία βρέθηκα η έδρια, αλλά φέρνω και όλους εσάς που πιθανόν τη διαβάσετε, μπροστά σε μια από τις συνηθέστερες νόσους του ανθρώπου και τις πιο επώδυνες, τον καρκίνο και ειδικότερα τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας που είναι από του συχνότερους που πλήττουν τον γυναικείο πληθυσμό.

Ελπίζω με την περιεκτική αυτή εργασία μου να σας δώσω τη γενική εικόνα της νόσου και των καθηκόντων μας σαν νοσηλευτικό προσωπικό απέναντι στην άρρωστη.

Πιο πολύ προσπάθησα να παρουσιάσω το ρόλο του Νοσηλευτικού προσωπικού, ένα ρόλο που μας καλεί πάντα με οδηγό την αγάπη να προσφέρουμε τις υπηρεσίες μας στον συνάνθρωπό μας.

Πιστεύω πως η ολοκληρωμένη γνώση μας και τα ανθρωπιστικά μας αισθήματα θα μας κάνουν άξιους προαγωγούς της υγείας και σωστούς εργάτες στο χώρο των διαγνωστικών εξετάσεων, της θεραπείας, της σωστής νοσηλευτικής φροντίδας, όπως επίσης και της σωστής ψυχολογικής στήριξης ασθενούς και οικείων του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΡΑΒΑΝΤΙΝΟΥ ΔΙΟΝ. Ι : Φυσιολογία της Γυναίκας, Τόμος: Α', Έκδοση: 1η, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισσιανού, Αθήνα 1982.
- ΚΑΖΛΑΡΗ Θ.: Παθολογία Νεοπλασμάτων, Τόμος: Α', Έκδοση: 1η, Ιατρικά Εκδόσεις Λεοντιάδη, Αθήνα 1975.
- ΚΟΥΡΟΥΝΗΣ Γ.Σ. : Παθολογία Τραχήλου Μήτρας-Κολποσκόπηση, Τόμος: Α', Έκδοση: 1η, Αθήνα 1988.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α.-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. : Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική, Μέρος: 1ο, Τόμος Α', Έκδοση 9η, Έκδοση Ιεραποστολικής ενώσεως αδελφών νοσοκόμων: Η. Ταβιθά, Αθήνα 1986.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α.-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. : Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική, Μέρος 1ο, Τόμος: Β', Έκδοση: 9η, Έκδοση Ιεραποστολικής ενώσεως αδελφών νοσοκόμων: Η. Ταβιθά, Αθήνα 1987.
- ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν.: Γυναικολογία, Τόμος: Α', Έκδοση 1η, Θεσσαλονίκη 1978.
- ΠΟΥΓΓΟΥΡΑ Θ.: Μαιευτική-Γυναικολογία, Τόμος: Α', Έκδοση: 1η, Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων, Εκτύπωση: Καραγιαννόπουλος Ν., Αθήνα 1983.

ΣΑΒΒΑ Π.Α.: Μαθήματα ανατομικής του ανθρώπου, Τόμος Α', Έκδοση 1η, Εκδοτικός Οίκος: Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη

ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ ANNA, ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική - Νοσηλευτικές Διαδικασίες, Τόμος: 2ος, Μέρος: Β, Εκδόσεις: Βήτα, Αθήνα 1985.

