

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



Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

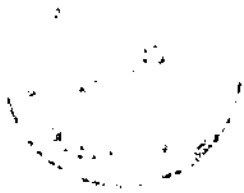
ΘΕΜΑ : " Σε Προσάτη "

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ
ΣΤΑΙΚΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 1991

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ | 755a



30,000 72 1 1 1 1

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

ΘΕΜΑ : " Ca Προστάτη "

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ
ΣΤΑΙΚΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 1991

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Πρόλογος	σελ. I
Γ ε ν ι κ ό Μ έ ρ ο ς	
Κεφάλαιο I	
Εμβρυολογία του προστάτη	σελ. 1
Ανατομία του ουροποιητικού συστήματος	σελ. 2
Κεφάλαιο II	
Φυσιολογία του ουροποιητικού συστήματος	σελ. 6
Κεφάλαιο III	
Αιτιολογία του προστατικού καρκινώματος	σελ. 9
Α. Γενετικοί παράγοντες	
Β. Ορμονικοί παράγοντες	
Γ. Δίαιτα	
Δ. Χημικά καρκινογενή	
Ε. Ιοί	
Παθογένεση και παθολογία	σελ. 11
Στάδια και ταξινόμηση του όγκου	
Κλινικά ευρήματα	
Α. Συμπτώματα	σελ. 13
1. Τοπική ανάπτυξη	
2. Μεταστατική ασθένεια	
Β. Σημάδια	σελ. 16
Γ. Εργαστηριακά ευρήματα	σελ. 16
Δ. Ευρήματα ακτινογραφίας	σελ. 17

1. Ακτινογραφία θώρακα	
2. Απεκκριτική πυελογραφία	
3. Λεμφαγγειογραφία	
4. Πνευλική λεμφαδενοτομή	
Ε. Υπερηχογράφημα και CT σπινθηρογράφημα	σελ. 20
ΣΤ. Εικόνα ραδιενεργού νουκλεΐδίου	σελ. 20
Ζ. Δείκτες όγκου	σελ. 21

Κεφάλαιο IV

Θεραπεία του καρκίνου του προστάτη	σελ. 23
1. Ριζική προστατεκτομή	σελ. 23
2. Ακτινοθεραπεία	σελ. 25
3. Εκτομή των όρχεων και ορμονοθεραπεία	σελ. 25
- Ορχεκτομή	
- Φαρμακευτική θεραπεία	
4. Διουρηθρική εξαίρεση	σελ. 28
5. Κρυοθεραπεία	σελ. 28
Εξατομηκευμένο σχέδιο θεραπείας	σελ. 28
Σύγχρονο θεραπευτικό σχήμα, όταν η διάγνωση έχει επιβεβαιωθεί	σελ. 28
Επιπλοκές θεραπείας	σελ. 31
Πρακτικά συμπεράσματα	σελ. 31

Ε ι δ ι κ ό Μ έ ρ ο ς

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με Ca προστάτη

Κεφάλαιο I

Εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο	σελ. 32
--------------------------------------	---------

Κεφάλαιο II

Ο ρόλος του νοσηλευτή στις διαγνωστικές εξετάσεις	σελ. 34
1. Δακτυλική εξέταση από το ορθό	σελ. 34
2. Βιοψία	σελ. 34
3. Κυτταρολογική εξέταση προστατικού υγρού	σελ. 34
4. Κυστεοσκόπηση	σελ. 34
5. Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως	σελ. 37
- Ανοικτή πλύση κύστης και καθετήρα	σελ. 37
- Κλειστή πλύση κύστης και καθετήρα	σελ. 38
6. Τεχνική για λήψη καθαρού δείγματος ούρων	σελ. 38
- Καλλιέργεια ούρων	σελ. 38
7. Ενδοφλέβια ουρογραφία	σελ. 39
Ο ρόλος του νοσηλευτή στις εργαστηριακές και ακτινολογικές εξετάσεις	σελ. 39

Κεφάλαιο III

Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας στην Ακτινοθεραπεία	σελ. 40
Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας στην Χημειοθεραπεία	σελ. 45

Κεφάλαιο IV

Χειρουργική θεραπεία. Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας	
Γενική προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	σελ. 47
Τοπική προεγχειρητική φροντίδα	σελ. 48
Τελική προεγχειρητική φροντίδα	σελ. 49
Η συμβολή του νοσηλευτή-τριας κατά την χειρουργική επέμβαση	σελ. 50
Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	σελ. 51
Παρακολούθηση παροχετεύσεων	σελ. 52

Μετεγχειρητικές διασχέσεις	σελ. 53
Μετεγχειρητικές επιπλοκές	σελ. 54
Επίσχεση ούρων	σελ. 54
Ουραιμία	σελ. 54
Μόλυνση τραύματος	σελ. 54
Ρήξη τραύματος	σελ. 54
Μετεγχειρητική ψύχωση	σελ. 54
Πρόληψη μολύνσεως	σελ. 54
Αιμορραγίες	σελ. 55
SHOCK ή καταπληξία	σελ. 55
Πνευμονία, ατελεκτασία	σελ. 55
Πνευμονική εμβολή	σελ. 56
Ασφυξία	σελ. 56
Θρομβόφλεβίτιδες	σελ. 56
Επιπλοκές που έχουν σχέση με το πεπτικό	σελ. 56
Επιπλοκές που έχουν σχέση με διαταραχές του μεταβολισμού.	σελ. 56
Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας στη χορήγηση φαρμάκων	σελ. 56
Εξοδος του ασθενούς από το νοσοκομείο	σελ. 58
Κεφάλαιο V	
Αποκατάσταση	σελ. 59
Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς με Ca προστάτη	σελ. 59
Ο νοσηλευτής-τρια συντελεστής στη θεραπεία του καρκίνου	σελ. 60
Κεφάλαιο VI	
Περιγραφή περιπτώσεως ασθενούς με Ca προστάτη	σελ. 61

Σχεδιάγραμμα εξατομηκευμένης νοσηλευτικής φροντίδας	σελ. 62
Περιγραφή περιπτώσεως ασθενούς με Ca προστάτη	σελ. 64
Σχεδιάγραμμα εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας	σελ. 65
Επίλογος	σελ. 67
Βιβλιογραφία	σελ. 68

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η εργασία αυτή αναφέρεται στον καρκίνο του προστάτη, μια μορφή καρκίνου που έχει προκαλέσει πολλούς θανάτους και πολύ περισσότερα προβλήματα διαβίωσης. Κατανοούμε το μέγεθος του προβλήματος, αν αναλογιστούμε ότι ο προστατικός καρκίνος είναι από τους πιο συχνότερους στον άνδρα, και η δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο.

Ο καρκίνος που μέχρι λίγα χρόνια εθεωρείτο μοιραίο και σχεδόν αθεράπευτο νόσημα, σήμερα έχει καταλήξει να μην είναι ούτε αναπόφευκτος ούτε και ακατανίκητος.

Η πρόοδος στην θεραπευτική αντιμετώπιση των κακοηθών νεοπλασιών, μας κάνει αισόδοξους για τον περιορισμό των περιπτώσεων με καρκίνωμα του προστάτη. Ομως το πρόβλημα εξακολουθεί να υφίσταται και να απειλεί τις ζωές και άλλων ανθρώπων. Επομένως πρέπει να κατανοήσουμε την σπουδαιότητα της πρόληψης και της έγκαιρης διάγνωσης της νόσου, αν θέλουμε στο μέλλον να βλέπουμε όλο και λιγότερους ανθρώπους να πεθαίνουν ή να αποκτούν διάφορα άλλα σωματικά και ψυχικά προβλήματα, κατάλοιπα του καρκίνου.

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Η διάπλαση του προστάτη αρχίζει από την 11η και τελειώνει την 16η εμβρυϊκή εβδομάδα. Ταυτόχρονα με την έναρξη της διάπλασης 14-20 επιθηλιακοί και σωληνωτοί συμπαγείς βλάστες, αρχίζουν να αναπτύσσονται από το ενδόδερμα πάνω και κάτω από την είσοδο των μεσονεφρικών πόρων στον ουρογεννητικό κόλπο. Οι βλάστες αυτοί διατάσσονται σε 5 ομάδες. Διακλαδίζονται συνεχώς και τελειώνουν σ'ένα σύμπλεγμα πόρων που διαπλέκονται με τα μεσεγγυματικά κύτταρα της περιοχής, σχηματίζοντας τους αδένες του προστάτου.

Τα μεσεγγυματικά κύτταρα αρχίζουν να αναπτύσσονται μετά την 16η εβδομάδα, και καθιστάμενα πυκνότερα στην περιφέρεια σχηματίζουν την κάψα.

Ήδη μετά την 22η εβδομάδα το μυϊκό στρώμα είναι σημαντικά ανεπτυγμένο και συνεχίζει να αυξάνεται προοδευτικά μέχρι την γέννηση. Οι βλάστες κάτω από το λοφίδιο του MÜLLER θα σχηματίσουν τους πλάγιους λοβούς, και οι πάνω το μέσο λοβό. Ο πρόσθιος λοβός αρχίζει να αναπτύσσεται ταυτόχρονα με τους άλλους. Στα πρώτα στάδια, τα σωληνάκια του λοβού αυτού είναι μεγάλα, βαθμιαία όμως συρρικνώνονται. Η συρρίκνωση αυτή συνεχίζεται, με αποτέλεσμα τα σωληνάκια στην γέννηση, να φαίνονται σαν μικρά συμπαγή, εμβρυϊκά υπολείμματα χωρίς αυλό.

Αντίθετα, τα σωληνάκια του οπίσθιου λοβού είναι λιγότερα, μεγαλύτερα και καθώς αναπτύσσονται, εκτείνονται προς τα πίσω για να σχηματίσουν το μέσο και τους πλάγιους λοβούς.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το ουροποιητικό σύστημα αποτελείται από τους δύο νεφρούς, που ορίζουν την εκκριτική μοίρα του συστήματος, και από α) τους νεφρικούς κάλυκες, (δεξιούς-αριστερούς), β) την νεφρική πύελο, γ) τον ουρητήρα, δ) την ουροδόχο κύστη, και ε) την ουρήθρα, που αποτελούν την αποχετευτική μοίρα του ουροποιητικού συστήματος.

ΝΕΦΡΟΙ : Οι νεφροί έχουν σχήμα φασολιού, Βρίσκονται στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο εκατέρωθεν της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Ο άνω πόλος του κάθε νεφρού φτάνει μέχρι το άνω χείλος της 12ης πλευράς, και ο κάτω πόλος μέχρι το 3ο οσφυϊκό σπόνδυλο. Μορφολογικά ο νεφρός εμφανίζει δύο επιφάνειες, την πρόσθια και την οπίσθια, δύο χείλη, το έσω και το έξω, καθώς και δύο πόλους, τον άνω και το κάτω. Στο έσω χείλος παρουσιάζει ένα άνοιγμα, την πύλη του νεφρού, από την οποία εισέρχονται οι κλάδοι της νεφρικής αρτηρίας και νεύρα, και εξέρχονται κλάδοι της νεφρικής φλέβας και η νεφρική πύελος. Το βάρος κάθε νεφρού κυμαίνεται στα 120-130 GR, έχει μήκος 10-20CM, και πλάτος 5-6 CM.

Επίσης από τα αγγεία, το παρέγχυμα του νεφρού αποτελείται από ένα πολύπλοκο σύστημα σωληναρίων, τους νεφρώνες και τα αθροιστικά σωληνάκια. Ο νεφρός του ενήλικου περιέχει 0,9 - 1,6 εκατομμύρια νεφρώνες. Η τυφλή αρχή του ουροφόρου σωληναρίου εμπτύσσεται προς τα μέσα σακκοειδώς, και σχηματίζει το έλυτρο του BOWMAN. Μέσα σ' αυτό σχηματίζεται το αγγειώδες σπείραμα, που αποτελεί το φίλτρο δια μέσου του οποίου σχηματίζεται στην κοιλότητα του ελύτρου του BOWMAN, το πρόουρο. Στο σωληναριακό σύστημα που αρχίζει από την τυφλή κοιλότητα του ελύτρου του BOWMAN, σχηματίζονται μετά από επαναρόφηση τα ούρα.

ΑΠΟΧΕΤΕΥΤΙΚΗ ΜΟΙΡΑ

α) Νεφρικοί κάλυκες : Οι ελάχιστονες κάλυκες (8-12) προσφύονται ο καθένας, γύρω από την κορυφή κάθε μαλπιγγιανής πυραμίδας. Όταν οι ελάχιστονες κάλυκες συνενωθούν, σχηματίζουν συνήθως 2-3 μείζονες κάλυκες, που ενώνονται με την νεφρική πύελο.

β) Νεφρική πύελος : Η νεφρική πύελος κάθε νεφρού συλλέγει τα ούρα που εκρέουν από τις κορυφές των νεφρικών θηλών, και συγκλίνει προς τον ουρητήρα που μεταφέρει τα ούρα κατά μικρές ποσότητες στην ουροδόχο κύστη.

Η νεφρική πύελος εφάπτεται χαλαρά στην νεφρική κοιλία. Μόνο στην περιοχή των νεφρικών θηλών προσφύεται στερεά στο νεφρικό παρέγχυμα. Κάθε μία (ή και δύο-τρεις) νεφρική θηλή, περιβάλλεται, καθώς προβάλλει, από ένα ελάχιστο κάλυκα,

Το σχήμα της νεφρικής πύελου εμφανίζει ανατομικές και λειτουργικές διαφορές. Συνήθως διακρίνουμε άνω και κάτω κλάδο. Μπορεί επίσης να σχηματίζει λυκήνθους (λυκηνοειδής πύελος), ή να αποτελείται από αρκετούς σωληνοειδής σχηματισμούς (σχιστός ή κλαδωτός τύπος πύελου).

Το τοίχωμα της πύελου αποτελείται από ένα ινομυώδη χιτώνα, που επενδύεται εσωτερικά από βλενογόνο χωρίς αδένες, όπως ακριβώς και των νεφρικών καλύκων. Η μέση χωρητικότητα της πύελου είναι 3-8 CM³.

γ) Ουρητήρας : Ο ουρητήρας είναι ένας ινομυώδης σωλήνας με εσωτερικό επένδυμα βλενογόνο, που στον ενήλικα έχει μήκος 28-30 CM. Αρχίζει από την κορυφή της νεφρικής πύελου στο ίδιο ύψος με τον δεύτερο οσφυϊκό σπόνδυλο, και πορεύεται, αρχικά στα πλάγια της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, και έπειτα μέσα στην ελάχιστο πύελο, ακολουθώντας μια πορεία σχήματος S. Η πορεία αυτή του ουρητήρα είναι οπισθοπεριτοναϊκή, και διακρίνεται σε τρεις μοίρες : 1) την κοιλιακή, 2) την πυελική, και 3) την κυστική μοίρα.

1) Κοιλιακή μοίρα :

Πορεύεται στα πλάγια της σπονδυλικής στήλης οπισθοπεριτοναϊκά, μέχρι το άνω στόμιο της ελάσσονος πυέλου απ' όπου αρχίζει.

2) Πυελική μοίρα :

Πορεύεται στο έξω τοίχωμα της ελάσσονος πυέλου κατά μήκος των έσω λαγονίων αγγείων, και έπειτα ανακάμπει προς τα έσω και πορεύεται πάνω στο πυελικό έδαφος, από όπου εκβάλλει τελικά στο πυθμένα της ουροδόχου κύστεως.

3) Κυστική μοίρα :

Η κυστική μοίρα του ουρητήρα εισέρχεται και πορεύεται λοξά στο τοίχωμα της κύστεως μέχρι το ουρητηρικό στόμιο, στα άκρα του τριγώνου της κύστεως.

δ) ΟΥΡΟΔΟΧΟΣ ΚΥΣΤΗ : Η ουροδόχος κύστη είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο που χρησιμεύει ως αποθήκη των ούρων. Το μέγεθος, το σχήμα, και η θέση της, ποικίλουν ανάλογα με το ποσό των υγρών που περιέχει. Όταν είναι κενή βρίσκεται μέσα στην πύελο, πίσω από την ηβική σύμφυση, εμπρός από την μήτρα. Όταν γεμίζει ανέρχεται και προβάλλει προς την κοιλιακή κοιλότητα.

Η ουροδόχος κύστη εμφανίζει κορυφή, σώμα και πυθμένα. Το σχήμα της είναι ωοειδές και εμφανίζει πρόσθια, άνω, και οπίσθια επιφάνεια, ενώ όταν είναι γεμάτη, η κορυφή και το οπίσθιο τοίχωμα της ανυψώνονται παίρνουν ωοειδές σχήμα, και μπορεί να υπερβούν το άνω χείλος της ηβικής σύμφυσης. Μόνο όταν συσπώνται οι μυς της κύστεως για να κενωθεί, τότε κατά την ούρηση παίρνει σχήμα σφαιρικό. Όταν η ουροδόχος κύστη περιέχει γύρω στα 350 CM³ ούρων τότε δημιουργείται το αίσθημα της επιθυμίας για ούρηση. Με την θέληση μας όμως, μπορούν να κατακρατηθούν περισσότερα από 700 CM³ ούρων. Όταν υπάρχει παράλυση κύστεως, τότε η περιεκτικότητα της μεγαλώνει κατα πολύ.

ε) ΟΥΡΗΘΡΑ : Η ουρήθρα όπως το πέος και το όσχεο, ανήκουν στα έξω γεννητικά όργανα του άνδρα. Τα έσω γεννητικά όργανα περιλαμβάνουν τους όρχεις, τους αδένες του COOPER, τους σπερματικούς πόρους, τις σπερματοδόχες κύστες, και το προστάτη.

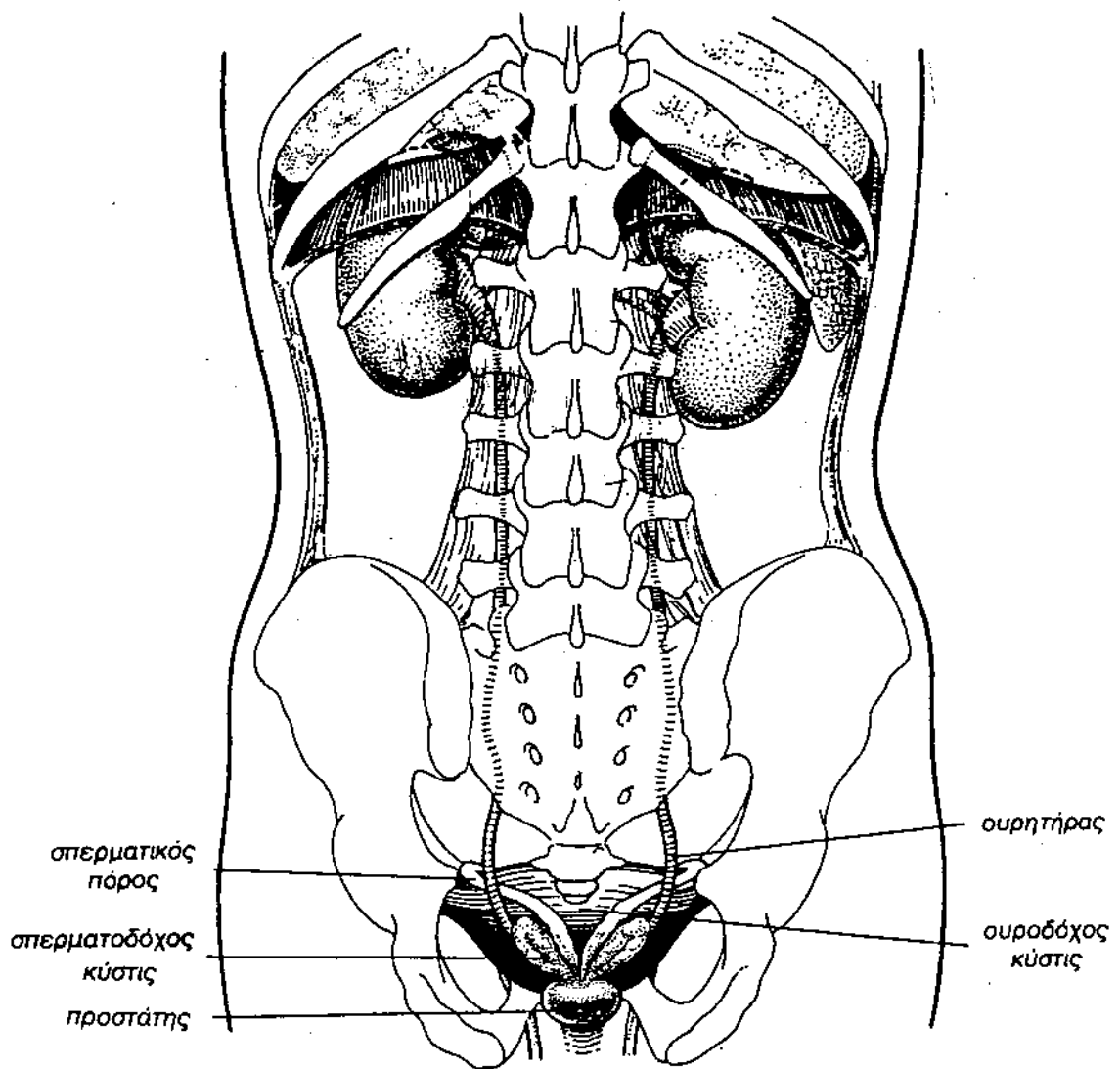
Η ανδρική ουρήθρα είναι ένας λεπτός σωλήνας που αρχίζει από τον αυχένα της κύστεως και εμφανίζει τρεις μοίρες :

1) την προστατική, 2) την υμενώδη, και 3) την πείκη ή συραγγώδη μοίρα.

Η φορά της ουρήθρας δεν είναι ευθεία, αλλά μάλλον μοιάζει με το λατινικό S, και σχηματίζει δύο καμπές: την περινεϊκή, και την ηβική. Η περινεϊκή καμπή στρέφει το κυρτό προς τα πίσω, και η ηβική προς τα μπροστά και άνω. Στις καμπές αυτές γίνονται συνήθως τα στενώματα σαν επιπλοκές της μακροχρόνιας χρήσεως καθετήρων.

Το πέος αποτελεί το ανδρικό όργανο συνουσίας, και περικλείει την ουρήθρα. Το σώμα του πέους είναι κινητό, και προβάλλει κάτω από την ηβική σύμφυση. Στο σώμα διακρίνουμε την ραχιαία επιφάνεια, την κάτω ή ουρηθράα επιφάνεια, και τις δυο πλαγιές. Το σώμα καταλήγει στη βάλανο του πέους. Στην κορυφή της βαλάνου, υπάρχει το σχισμοειδές έξω στόμιο της ουρήθρας. Το πέος περιβάλλεται από ένα λεπτό δέρμα, την πόσθη, το οποίο ολισθαίνει κατά μήκος του σώματος του πέους, αλλά προσφύεται στο αυχένα του πέους. Το τμήμα της πόσθης που περιβάλλει την βάλανο, λέγεται ακροποσθία.

Το πέος αποτελείται από δύο στατικά σώματα, τα σηραγγώδη σώματα του πέους, που χρησιμεύουν μόνο για την κύστη, και το σηραγγώδες σώμα της ουρήθρας, από το οποίο διέρχεται η ανδρική ουρήθρα και καταλήγει στην βάλανο του πέους.



Τοπογραφία των νεφρών από πίσω.

ΕΣΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Οι όρχεις είναι δύο μικροί ελλειπτικοί αδένες που κρέμονται σ' ένα μυομεμβρανώδη σάκο, το όσχεο, που αρχίζει από την πύελο κοντά στη βάση του πέους. Το εσωτερικό κάθε όρχη διαιρείται σε πολλά τριγωνικά λοβίδια. Κάθε λοβίδιο αποτελείται από ένα στενό εσπειραμένο σπερματοφόρο σωληνάριο μήκους 30-70 CM, που συνδέεται στην τριγωνική κορυφή με παρόμοια σωληνάρια από γειτονικά αρχικά λοβίδια. Αυτό το αναστοματικό δίκτυο των σπερματοφόρων σωληναρίων ενώνεται και ξαναενώνεται, για να σχηματίσουν προοδευτικά, λιγότερα αλλά μεγαλύτερα σωληνάρια, που τελικά συγκεντρώνονται σε μια δέσμη σαν σχοινί στην έξω επιφάνεια του όρχη, την επιδυδυμίδα. Τα σωληνάρια της επιδυδυμίδας γρήγορα σχηματίζουν ένα μεγάλο πόρο, το σπερματικό πόρο. Επομένως όλα τα σπερματοφόρα σωληνάρια ενός όρχη, τελικά συνεχονται και αποχετεύονται στο σπερματικό πόρο. Ο σπερματικός πόρος περνά έξω από το όσχεο δια του βουβωνικού πόρου και μέσα στην κοιλιακή κοιλότητα, όπου διαπερνά το προστατικό αδένος και ανοίγεται στην ουρήθρα.

Οι σπερματικές κύστες είναι μικρά σακκοειδή όργανα που αποχετεύονται από ένα λεπτό πόρο που συνδέεται με το σπερματικό πόρο, ακριβώς προτού αυτός διασχίσει τον προστάτη. Αυτός ο συνδυασμός του σπερματικού κυστικού πόρου και του σπερματικού πόρου, είναι ο εκσπερματικός πόρος, που ονομάζεται έτσι διότι αυτή η σωληνώδης κατασκευή διαθέτει ένα ειδικό μυϊκό εξάρτημα ικανό να προκαλέσει εκσπερμάτωση, που εξαναγκάζει τα περιεχόμενα των πόρων απ' ευθείας στην ουρήθρα. Οι αδένες του COOPER εντοπίζονται κοντά στον προστάτη και ανοίγουν προς την ουρήθρα απευθείας με λεπτούς πόρους.

Οι σπερματικές κύστες και ο προστάτης λειτουργούν μαζί για να παράγουν ένα γαλακτώδες, πηκτό, αλκαλικό έκκριμα μέσα στο οποίο αιωρούνται τα σπερματοκύτταρα, και περιέχει θρεπτικά συστατικά απαραίτητα για την σπερματική ζωτικότητα. Το περιεχόμενο αυτών των αδενικών εκκρίσεων συν τα σπερματοκύτταρα που παράγονται από τα σπερματοφόρα σωληνάρια, αποτελούν το σπερματικό υγρό.

Ο σπερματικός αδένος (προστάτης).

Βρίσκεται πάνω από την ηβική σύμφυση, κάτω από την ουροδόχο κύστη, και μπροστά από το ορθό. Ο φυσιολογικός προστάτης έχει σχήμα κάστανου και βάρος 20 GR. Επίσης περιέχει την οπίσθια (προστατική) ουρήθρα σε μήκος 2,5-4 CM. Λόγω του ότι ο προστάτης βρίσκεται στην αρχή της ουρήθρας, η διόγκωσή του προκαλεί δυσκολία στην ούρηση, μέχρι και πλήρη επίσχεση.

Περιγραφικά ο προστάτης, εμφανίζει βάση, κορυφή, και τέσσερις επιφάνειες: την πρόσθια, την οπίσθια, και τις δύο πλάγιες.

Η πρόσθια επιφάνεια, έρχεται σε σχέση με την ηβική σύμφυση, από την οποία χωρίζεται με το φλεβικό πλέγμα του SAUTORINI. Η οπίσθια επιφάνεια έρχεται σε σχέση με το απευθυσμένο από το οποίο χωρίζεται με τη ευθυπροστατική περιτονία, η οποία εκτείνεται προς τα κάτω μέχρι το ουρογεννητικό διάφραγμα. Πλάγια, ο προστάτης έρχεται σε σχέση τον ανελκτήρα του πρωκτού, από τον οποίο χωρίζεται με το προστατοκυστικό φλεβώδες πλέγμα.

Η βάση του προστάτου έρχεται σε σχέση κατά τα δύο πρόσθια τριτημόρια, με τις σπερματικές λυκήθους και τις σπερματοδόχους κύστες.

Η κορυφή του προστάτου που βλέπει προς τα κάτω, συνάπτεται το περίνεο, αντίστοιχα προς το ουρογεννητικό τρίγωνο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Ο νεφρός περιβάλλεται από λιπώδη κάψα που γεμίζει ένα σάκο από συνδετικό ιστό (ινώδη κάψα), και είναι ανοικτή προς τα μέσα. Σε μια εγκάρσια διατομή του νεφρικού παρεγχύματος διακρίνουμε δύο ζώνες : την φλοιώδη προς τα έξω, και την μυελώδη προς τα μέσα.

Η μυελώδης ζώνη αποτελείται από 10-12 κωνοειδείς περιοχές, που ονομάζονται νεφρικές πυραμίδες. Η κορυφή τους είναι στραμμένη προς την νεφρική πύελο, και αποτελεί το σημείο εκβολής των τελικών ουροφόρων σωληναρίων. Η φλοιώδης ζώνη περιλαμβάνει τα μαλπιγγιακά σωμάτια, και τα εσπειραμένα τμήματα των ουροφόρων σωληναρίων. Η φλοιώδης ζώνη περιβάλλει τη μυελώδη, και δίνει προσεκβολές που αναφέρονται ως νεφρικοί στύλοι. Η μυελώδης ζώνη περιλαμβάνει τα ευθέα τμήματα των ουροφόρων σωληναρίων, δηλαδή τις αγκύλες του HENLE.

Η νεφρική πύελος κάθε νεφρού συλλέγει τα ούρα που εκρέουν από τις κορυφές των νεφρικών θηλών, και συγκλίνει προς τον ουρητήρα που μεταφέρει τα ούρα κατά μικρές ποσότητες, στην ουροδόχο κύστη. Από την κύστη τα ούρα μεταφέρονται και αποβάλλονται στο περιβάλλον, δια της ουρήθρας.

Το τοίχωμα των οργάνων της αποχετευτικής ουροφόρου οδού, έχει μυϊκή στοιβάδα ικανή για περισταλτικές κινήσεις, και μεταβολή του τόνου. Ο βλενογόνος αποτελείται κυρίως από μεταβατικό επιθήλιο. Αδένες υπάρχουν σε πολύ λίγες θέσεις. Τα όργανα αυτά περιβάλλονται από χαλαρό συνδετικό ιστό, που επιτρέπει την προσαρμογή στο περιβάλλον, κάτω από τους διάφορους βαθμούς διάτασης των οργάνων.

Τα ούρα αθροίζονται πρώτα στον κάλυκα, ενώ συγχρόνως ο σφιγκτήρας του κάλυκα συσπάται. Ταυτόχρονα συσπώνται και οι μύες του τοιχώματος του κάλυκα, με αποτέλεσμα να εξωθούνται τα ούρα στην νεφρική πύελο.

Ο ουρητήρας καλύπτεται από βλενογόνο και έχει μεταβατικό επιθήλιο, του οποίου το χόριο επιτρέπει περιορισμένη κινητικότητα του βλενογόνου. Ο ουρητήρας έχει αισθητική νεύρωση από το νεφρικό, έσω σπερματικό, και υπογάστριο πλέγμα. Τα ούρα προωθούνται μέσα στον ουρητήρα, με περισταλτικά κύματα. Όταν υπάρχουν ενσφηνωμένοι λίθοι στον ουρητήρα, προκαλούν αυξημένη περισταλτικότητα. Όταν παρεμποδίζεται η ροή των ούρων, οι ουρητηρικοί μύες πάνω από το εμπόδιο, υπερτροφούν γρήγορα.

Το τοίχωμα της ουροδόχου κύστεως αποτελείται από το μυϊκό τοίχωμα (προς τα έξω), και το βλενογόνο (προς τα έσω). Μεταξύ των δύο αυτών χιτώνων, παρεμβάλλεται χαλαρός υποβλενογόνιος συνδετικός ιστός. Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από τρεις στοιβάδες, την έξω επιμήκη, την μέση κυκλωτερή, και την έσω επιμήκη. Ο βλενογόνος της κύστεως αποτελείται από μεταβατικό επιθήλιο.

Η ουροδόχος κύστη τροφοδοτείται με αίμα από τις άνω μεσαίες, και κάτω κυστικές αρτηρίες. Οι αρτηρίες αυτές είναι κλάδοι των υπογαστρικών ή έσω λαγονίων αρτηριών. Δέχεται επίσης μικρότερους κλάδους από τις θυροειδείς και κάτω γλουτιαίες αρτηρίες. Τα λεμγαγγεία της ουροδόχου κύστεως εκβάλλουν στους κυστικούς και στους κοινούς έξω και έσω λαγόνιους λεμφαδένες.

Το επιθήλιο της οπίσθιας ουρήθρας είναι μεταβατικό, ενώ της πρόσθιας ουρήθρας, πλακώδες ή κυλινδρικό. Κάτω από τον βλενογόνο βρίσκεται ο υποβλενογόνιος χιτώνας που αποτελείται από χαλαρό συννεκτικό και ελαστικό ιστό, καθώς και από λείες μυϊκές ίνες.

Ο μυϊκός χιτώνας της ανδρικής ουρήθρας αποτελείται από λείες μυϊκές προς τα έσω, και γραμμωτές προς τα έξω. Ο λείος μυϊκός ουρηθρικός χιτώνας, αποτελείται από δύο επιμέρους στοιβάδες :

την έσω επιμήκη, και την έξω κυκλωτερή. Η τελευταία ενώνεται με την έξω μυϊκή στοιβάδα της ουροδόχου κύστεως και σχηματίζει αγκύλη γύρω από το έσω ουρηθρικό στόμιο, που αποτελεί τον απροαίρετο σφιγκτήρα της ουρήθρας.

Το πέος κάτω από το δέρμα, αποτελείται από τα δύο σπραγγώδη σώματα, και από το σπογγώδες σώμα του πέους. Κάθε σώμα περιβάλλεται από τον δικό του χιτώνα, και όλα μαζί από την περιτονία του πέους. Έξω από την περιτονία αυτή και κάτω από το δέρμα, υπάρχει μια περιτονία που εκτείνεται από την βάση της βαλάνου, μέχρι το ουρογεννητικό διάφραγμα. Στο εσωτερικό της βαλάνου, του σπογγώδους σώματος, και των σπραγγωδών σωμάτων του πέους, υπάρχουν α) διαφραγμάτια από λείες μυϊκές ίνες, και β) στυτικός ιστός.

Το πέος και η ουρήθρα, τροφοδοτούνται από τις αιδοϊκές αρτηρίες. Κάθε αρτηρία διαιρείται, σε μια εν τω βάθει αρτηρία, η οποία αγγειώνει το σπραγγώδες σώμα, σε μια ραχιαία του πέους και στη βολβουρηθρική αρτηρία. Οι κλάδοι αυτοί αιματώνουν επίσης την βάλανο, την ουρήθρα, και το σπογγώδες σώμα.

Εξωτερικά ο όρχης περιβάλλεται από ινώδη χιτώνα, ο οποίος στο πάνω μέρος και στο οπίσθιο χείλος του παχύνεται, και σχηματίζει το μεσαύλιο ή ιγμόριο σώμα.

Οι όρχεις καλύπτονται από έξω προς τα μέσα με τους εξείς χιτώνες: 1) όσχεο, 2) δαρτός χιτώνας, ο οποίος ρυτιδώνει το δέρμα του όσχεου και εσωτερικά σχηματίζει διάφραγμα, με το οποίο χωρίζεται το όσχεο σε δύο θαλάμους, 3) κρεμαστήριος, που είναι η συνέχεια της περιτονίας του έξω κοιλιακού μυός, 4) έξω κρεμαστήρας μυς, που αντιστοιχεί στον έξω λοξό και τον εγκάρσιο κοιλιακό μυ, 5) κοινός ελυτροειδής χιτώνας, που αποτελεί συνέχεια του εγκάρσιου περιτονίου, και 6) ίδιος ελυτροειδής χιτώνας που αποτελεί συνέχεια του περιτοναίου.

Η αγγείωση του όρχεως γίνεται με την έσω σπερματική αρτηρία, κλάδο της κοιλιακής αορτής. Κατά την πορεία της στο σπερματικό τόνο αναστομώνεται με κλάδους της αρτηρίας του σπερματικού πόρου, που είναι κλάδος της υπογαστρικής αρτηρίας.

Η επιδιδυμίδα αποτελείται από ένα σύστημα σωληναρίων και πόρων, που περιβάλλονται από συνδετικό ιστό. Τα σπερματοζωάρια έρχονται δια μέσου του ορχικού δικτύου, ακολουθώντας τα 10-20 εκφορητικά σωληνάκια που απαρτίζουν το μεγαλύτερο μέρος της κεφαλής της επιδιδυμίδας. Τα σπερματοζωάρια στην επιδιδυμίδα αποκτούν πλήρη ωριμότητα, και περιβάλλονται από ένα κολλοειδές έγκριμα, που τα προφυλλάσει από το όξινο περιβάλλον. Το PH στην επιδιδυμίδα κυμαίνεται από 6,48-6,61, και είναι τέτοιο ώστε ακινητοποιεί τα σπερματοζωάρια.

Εκφορητικά σωληνάκια :

Έχουν λεπτό τοίχωμα, και το επιθήλιο τους αποτελείται από εναλασόμενες εκτάσεις πολύστοιβου κροσσωτού κυλινδρικού επιθηλίου, και απλού πλακώδους επιθηλίου. Το υψηλό κυλινδρικό κροσσωτό επιθήλιο παράγει υγρό, ενώ το χαμηλό πλακώδες επιθήλιο απορροφά υγρό.

Το αλκαλικό έγκριμα των σπερματοδόχων κύστεων, που μαζί με το προστατικό έγκριμα αποτελούν το υγρό στοιχείο του σπέρματος, περιέχει φρουκτόζη από την οποία τα σπερματοζωάρια προσπορίζονται ενέργεια. Το λεπτό τοίχωμα των σπερματοδόχων κύστεων περιέχει μερικές μυϊκές ίνες, ο δε βλενογόνος είναι πτυχωτός, έτσι ώστε ο αυλός εμφανίζεται πολύχωρος.

Κάτω από την ινώδη κάψα του προστάτου βρίσκονται ίνες από κολλαγόνο ιστό, καθώς και κυκλωτερές λείες μυϊκές ίνες, που περιβάλλουν την ουρήθρα. Οι μυϊκές αυτές ίνες προέρχονται κυρίως από την έξω επιμήκη μυϊκή στοιβάδα της ουροδόχου κύστεως, και αποτελούν τον ακούσιο σφιγκτήρα της ουρήθρας.

Βαθύτερα απο αυτό το στρώμα βρίσκεται το προστατικό στρώμα που αποτελείται απο συνεντικό και ελαστικό ιστό μαζί με λείες μυϊκές ίνες, και στο βάθος του οποίου εγκλείονται οι επιθηλιακοί αδένες. Οι αδένες αυτοί εκβάλλουν στους μείζονες εκφορητικούς πόρους, που κι αυτοί με την σειρά τους εκβάλλουν στην οπίσθια ουρήθρα, μεταξύ του κυστικού αυχένα και του σπερματικού λοφιδίου. Ακριβώς κάτω απο το μεταβατικό επιθήλιο της προστατικής ουρήθρας, βρίσκονται οι περιουρηθρικοί αδένες. Το αίμα που τροφοδοτεί τον προστάτη, προέρχεται απο τις κάτω κυστικές, έσω αιδοϊκές, και μεσοορθικές αρτηρίες. Ο προστατικός αδένας δέχεται ένα πλούσιο πλέγμα, που προέρχεται απο τα συμπαθητικά νευρικά πλέγματα. Τα λεμφαγγεία του προστάτου εκβάλλουν στους έσω λαγόνιους, ιερούς κυστικούς, και έξω λαγόνιους λεμφαδένες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η ακριβής αιτία του καρκίνου του προστάτη είναι άγνωστη, αλλά οι επιδημιολογικές σπουδές αναφέρουν ότι μία ποικιλία παραγόντων παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη του, ενώ άλλοι παράγοντες είναι συνδεδεμένοι με την κακοήθη του έκφραση.

Είναι φανερό ότι αυτοί οι παράγοντες έχουν μια σχέση χρόνου με τον καρκίνο, εμφανίζονται στην εφηβεία, και συνεχίζουν σε όλη τη διάρκεια της ζωής.

A. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ο καρκίνος του προστάτη εμφανίζεται συχνότερα σε μερικές οικογένειες υποδηλώνοντας μια κοινή γενετική προδιάθεση. Έχει επίσης αναφερθεί φυλετική προδιάθεση στην Αμερική, όπου οι μαύροι είναι περισσότερο ευπαθείς, επιρρεπείς, και έχουν διπλάσια ποσότητα θνησιμότητας απ'ότι οι λευκοί. Αλλά σ'αυτές τις περιπτώσεις είναι δύσκολο να ξεχωρίσεις αυτές τις γενετικές επιδράσεις, εξαιτίας της επίδρασης των κοινών περιβαλλοντικών παραγόντων.

B. ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ορμόνες επηρεάζουν τη γέννηση και την εξέλιξη του καρκίνου, αλλά ο ακριβής μηχανισμός λειτουργίας τους και οι ακριβείς υπεύθυνοι ενδοκρινείς παράγοντες, παραμένουν αβέβαιοι.

Ο ROTKIN (1977) έχει αναφέρει ότι οι ορμονικοί παράγοντες ίσως να ισχύουν από την εφηβεία, και έχει παρατηρηθεί ότι η εφηβεία αρχίζει αργότερα στους ασθενείς που αναπτύσσουν καρκίνο του προστάτη, απ'ότι στους μάρτυρες (σύγκρισης).

Καθ'όλη την διάρκεια της ζωής, η ορμονική επίδραση φαίνεται από την διαφορά ανάμεσα στους ασθενείς και τους μάρτυρες, στην σεξουαλική συμπεριφορά, και τη συχνότητα των σεξουαλικών εμπειριών. Οι ασθενείς με καρκίνο του προστάτη, εμφανίζονται σαν περισσότερο σεξουαλικά ενεργοί, πιο "αχαλίνωτοι" και πιο γόνιμοι.

Η εμφάνιση του καρκίνου του προστάτη μετά την ηλικία των πενήντα ετών, υποδηλώνει ότι η κλινική του έκφραση είναι συνδεδεμένη με αλλαγές στον ενδοκρινικό περιβάλλον και εμφανίζεται σαν γήρας, καθώς το επίπεδο της τεστοστερόνης του ορού φθίνει, και αυξάνεται ανάλογα η σχέση των οιστρογόνων προς την τεστοστερόνη.

Η αντίδραση του προστατικού καρκινώματος στην ανδρογενή στέρηση, υποδηλώνει μια επιπλέον άμεση σχέση ανάμεσα σ'αυτόν τον όγκο και τις ορμόνες. Οι άνδρες με καρκίνο του προστάτη, εκρίνουν μικρότερα ποσά ανδροστερόνης, και έχουν χαμηλότερα επίπεδα ορού εστρογένης, και οιστραδιόλης. Αυξημένα επίπεδα εστρογένης ίσως εμποδίσουν μια ανάπτυξη όγκου. Αυτό έχει προταθεί σαν εξήγηση στο γεγονός της μειωμένης εμφάνισης του καρκίνου του προστάτη σε ασθενείς με κίρωση, των οποίων το ήπαρ παρουσιάζει προβλήματα στην λειτουργία του, και οι οποίοι εμφανίζουν υψηλότερα συγκεντρωτικά επίπεδα εστρογένης (WINKELSTEIN και ERNSTER, 1979).

Γ. ΔΙΑΙΤΑ

Η διαφορά στην αναλογία θνησιμότητας, που έχει παρατηρηθεί γεωγραφικά ανάμεσα στους Δυτικούς και τους Ανατολικούς, φαίνεται ως αποτέλεσμα της διαφοράς όσον αφορά τις διαιτητικές συνήθειες.

Η χαμηλή αναλογία θνησιμότητας στην Ιαπωνία δεν οφείλεται αποκλειστικά και μόνο στις φυλετικές διαφορές, αφού η αναλογία αυτή αυξάνει στους Ιάπωνες που μεταναστεύουν στην Αμερική.

Η αναφορά του HIRAGAWA (1979) σε 122.261 Ιάπωνες, ηλικίας 40 ετών ή και μεγαλύτεροι, υποδηλώνει ότι ένας δυτικοποιημένος τρόπος διατροφής υψηλός σε ζωικό λίπος, συνδέεται με την υψηλή αναλογία θνησιμότητας, ενώ ο παραδοσιακός Ιαπωνικός τρόπος διατροφής πλούσιος σε κίτρινα και πράσινα λαχανικά, φαίνεται να έχει "προστατευτικό" αποτέλεσμα. Η υψηλή περιεκτικότητα σε λίπος θα μπορούσε να αλλάξει τον στεροειδή και χοληστερολικό μεταβολισμό, και ίσως να είναι συνδεδεμένη με τέτοιες καρκινογενείς ύλες, όπως οι νιτροσαμίνες, παραγόμενες από την προετοιμασία και το μαγείρεμα του κρέατος.

Τα κίτρινα και πράσινα λαχανικά είναι γνωστό ότι περιέχουν υψηλές ποσότητες βιταμινών Α και C, που ενδεχομένως να έχουν προστατευτικά αποτελέσματα.

Δ. ΧΗΜΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΗ

Περιβαλλοντικοί παράγοντες ίσως να ενεργούν σαν άμεσα καρκινογενείς ή σαν συν-καρκινογενείς, για την ανάπτυξη του όγκου (BONAR 1982). Οι άντρες που έχουν εργασία σχετική με μπαταρίες και είναι χρόνια εκτεθειμένοι στο κάδμιο έχει αποδειχθεί ότι έχουν μεγαλύτερο ποσοστό περιστατικών προστατικού καρκινώματος. Η μόλυνση του αέρα ίσως εξηγήσει το υψηλότερο ποσοστό περιπτώσεων στις αστικές, απ'ότι στις αγροτικές περιοχές. Απασχολήσεις σχετικές με κόμη, λιπάσματα, και κλωστοϋφαντουργίες, έχουν επίσης συνδεθεί με υψηλότερα ποσοστά προστατικού καρκίνου.

Ε. ΙΟΙ

Μια άμεση αιτιώδης σχέση ανάμεσα στους ιούς και το προστατικό καρκίνωμα δεν έχει εδραιωθεί, αλλά ερευνάται. Μόρια ιών έχουν παρατηρηθεί με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο σε καρκινωματικό προστατικό ιστό.

Μια χρονική σχέση έχει εδραιωθεί ανάμεσα στα περιστατικά γονόρροιας, και σε μια επακόλουθη αύξηση στα περιστατικά καρκίνου. Το συμπέρασμα είναι ότι οι ασθενείς είχαν εκτεθεί σε μόλυνση από ιό επίσης. Καθώς ερευνάται καθαρότερα ο ρόλος των ογκογενών στον καρκίνο του προστάτη, θα δίνεται περισσότερο φως στο ρόλο των ιών.

Η εταιρογένεια του καρκίνου του προστάτη υποδηλώνει ότι κανένας μοναδικός και ανεξάρτητος παράγοντας, δεν είναι υπεύθυνος για αυτό τον κακοήγη σχηματισμό. Μια περίπλοκη αλληλεξάρτηση μιας ποικιλίας συστατικών με ξεχωριστές σχέσεις χρόνου, είναι ο πιο λογικός μηχανισμός.

ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Ο κακοήθης σχηματισμός συμβαίνει στα κύτταρα του στελέχους του κυψελοειδούς προστατικού επιθηλίου. Ο βαθμός παρέκλισης μπορεί να αποδώσει μεγάλη ποικιλία εμφανίσεων στον καρκίνο του προστάτη.

Μερικοί όγκοι είναι δύσκολο να διακριθούν από τον κανονικό προστάτη, εκτός από το ότι οι αδένες είναι μικροί και γεμάτοι. Άλλη παρουσιάζουν παράξενες αλλαγές στην κυτταρική δομή και σχηματίζουν ένα συμπαγές σπινθηροσκόπιο σχέδιο, με κάποιες ίσως αδενικές παραλλαγές. Διαφορές στην αδενική δομή μπορούν να εμφανιστούν σε διαφορετικά τμήματα του ίδιου όγκου, πράγμα το οποίο προκαλεί δυσκολία και σύγχυση στην καταχώρηση των προστατικών καρκίνων.

Αν και μη φυσιολογικά κυτταρολογικά χαρακτηριστικά μπορεί να εκλείπουν σε καλά διαφοροποιημένους όγκους, τα περισσότερα κακοήθη προστατικά επιθήλια κύτταρα, έχουν ένα μεγάλο υποχρωματικό πυρήνα, με μεγάλα εξέχοντα νουκλεόνια. Ο πυρήνας στα κακοήθη κύτταρα είναι έκκεντρος, σε αντίθεση με αυτόν των φυσιολογικών επιθηλιακών κυττάρων που βρίσκεται στην βάση κοντά στην βασική μεμβράνη.

Οι κακοήθεις αδένες μπορεί να είναι μικροί και διατεταγμένοι σε ομάδες, συχνά με μια διάταξη πλάτη με πλάτη. Τα κύτταρα είναι σε μονό στρώμα, και το σκούρο χρωστικό βασικό χρώμα λείπει.

ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ

A. ΣΤΑΔΙΑ

Στο σύστημα φάσεων που προτάθηκε από τον WHITMORE (1956), οι όγκοι κατηγοριοποιούνται ως ακολούθως :

Πρώτο Στάδιο : όγκοι μικροσκοπικοί και ενδοθυλακικοί.

Δεύτερο Στάδιο : όγκοι μακροσκοπικοί και ενδοθυλακικοί.

Τρίτο Στάδιο : όγκοι μακροσκοπικοί και εξωθυλακικοί.

Τέταρτο Στάδιο : Μεταστατικοί ασθενείς .

Ανάμεσα σ' αυτές τις κατηγορίες όμως, η εμπειρία έχει δείξει ότι οι όγκοι δείχνουν μια ποικιλία βιολογικής συμπεριφοράς, πράγμα το οποίο κάνει την εκλογή για τους ασθενείς, και τη σύγκριση των αποτελεσμάτων της θεραπευτικής αγωγής, ανακριβή. Σαν αποτέλεσμα πολυάριθμες ανακαλύψεις έχουν εισάγει μια ποικιλία υποκατηγοριών σε κάθε στάδιο, όπου επίσης στηρίζονται στο μέγεθος ή την έκταση του όγκου.

Σύμφωνα με άλλους ερευνητές, κλινικά διακρίνουμε 5 στάδια του καρκίνου του προστάτη :

Το Τυχαίο εύρημα κατά την αδενωματεκτομή (όχι ψηλαφητός).

T1 Ψηλαφητό, μονήρες, μικρό οζίδιο.

T2 Ψηλαφητή καρκινωματώδης διήθηση του προστάτη.

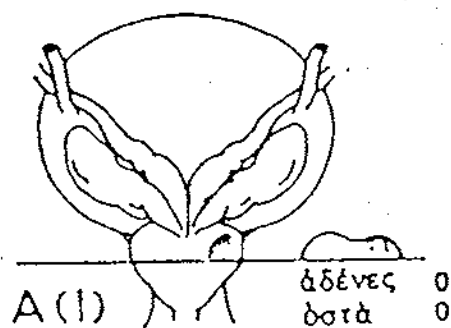
T3 Ψηλαφητή καρκινωματώδης διήθηση, που ξεπερνάει τα όρια του οργάνου.

T4 Το καρκίνωμα καθλώνει τον προστάτη στο περιβάλλον.

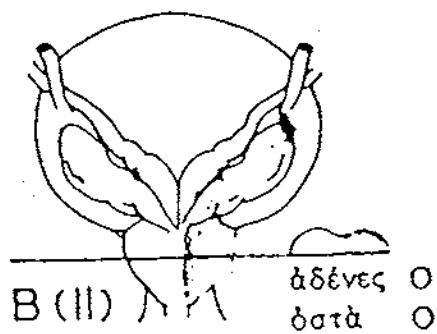
Για την καθημερινή πράξη σημασία έχουν μόνο τα στάδια T1-T4 , γιατί υπάρχουν ευρήματα που μπορούν να ψηλαφηθούν, και η υποψία της διάγνωσης μπορεί να γίνει με την απλή δακτυλική εξέταση από τον ορθό.

Μερικοί ερευνητές όπως αυτοί π.χ. στους VETERANS ADMINISTRATION COOPERATIVE UROLOGIC RESEARCH GROUP (1964), έχουν χρησιμοποιήσει τον βιοχημικό προσδιορισμό των αυξημένων επιπέδων ορού της προστατικής όξινης φωσφατάσης, σαν κριτήριο της υπαγωγής των ασθενών στην μεταστατική κατηγορία.

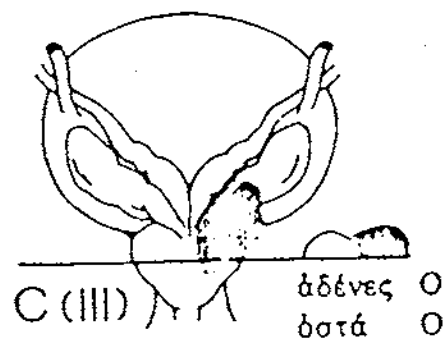
$(T_0-T_1) N_0 M_0$



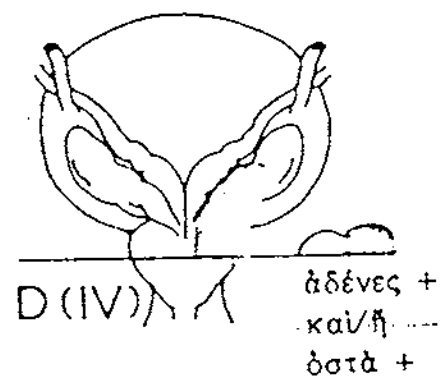
$T_2 N_0 M_0$



$T_3 N_0 M_0$



$(T_0-T_4) N_+$ και/ή M_+



Διαίρεση του καρκίνου του προστάτη σε στάδια.

Η Αμερικάνικη JOINT COMMITTEE (ενωμένο συμβούλιο) καρκίνου, έχει προτείνει ένα καταχωρισμό, που λαμβάνει υπόψη τον πρωτοπαθή όγκο, την κομβική έκταση, και την παρουσία μακρινών μεταστάσεων.

B. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ

Από του ο BRIDGER (1926) παρατήρησε ότι η συμπεριφορά των κακοηθών κυττάρων μπορεί να προβλεφθεί από την ιστολογική εμφάνιση, ποικίλες προσπάθειες έχουν γίνει για να διαμορφωθεί ένα ομοιόμορφο σύστημα ταξινόμησης για τον προστάτιο καρκίνο.

Ο MOSTOFI (1975) πρότεινε ένα σύστημα τριών κατηγοριών που λαμβάνει υπόψη και τα κυτταρολογικά χαρακτηριστικά του μεγέθους και του σχήματος του πυρήνα, και την αδενική μορφολογία.

Το σύστημα ταξινόμησης του CLEANSON MELLINGER και των VETERANS ADMINISTRATION COOPERATIVE UROLOGIC RESEARCH GROUP (1974), που στηρίχθηκε στις αναλύσεις μιας μεγάλης κατηγορίας περιπτώσεων, εδραιώνει σχέδια κυτταρικής μορφολογίας. Για να ασχοληθούμε με τα διαφορετικά σχέδια που εμφανίζονται σ' αυτούς τους όγκους, ένα αρχικό και ένα δευτερεύον σκορ έχουν προστεθεί στα δύο πιο συχνά σχέδια, και αυτά συνυπολογίζονται για να φτάσουμε σ' ένα βαθμό. Οι βαθμοί έτσι εκτείνονται από το 2 έως το 10.

Το σύστημα βαθμών του CLEANSON και των συνεργατών του είναι αυτό που χρησιμοποιείται ευρέως στο παρόν, και έχει τον πιο εκτενή κλινικό συσχετισμό. Όμως κάποια προβλήματα υπάρχουν στην δυνατότητα αναπαραγωγής και στην δυνατότητα να επιτευχθεί πρόγνωση στους βαθμούς (βαθμίδες).

Άλλα συστήματα ταξινόμησης έχουν αποτολμηθεί για να απλοποιήσουν την εφαρμογή αλλά και να διατηρήσουν τον διαχωρισμό του κακοήθους δυναμικού.

Το σύστημα που υιοθετήθηκε στον πανεπιστήμιο του TEXAS M.D. νοσοκομείου ANDERSON (MDAH SYSTEM), απλά στηρίζεται στον υπολογισμό του ποσοστού επί τοις εκατό, του αδενικού σχηματισμού στον όγκο.

Άλλα συστήματα ταξινόμησης συμπεριλαμβάνουν το σύστημα του MOSTOFI, που ταξινομεί τους όγκους σε τρεις βαθμούς (βαθμίδες), ανάλογα με την αδενική μορφολογία και το βαθμό κυτταρικής αναπλασίας. Τα κριτήρια του συστήματος GAETA, και του συστήματος MAYO CLINIC είναι παρόμοια.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

A. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Παρ' όλη τη μεγάλη έκταση του καρκίνου του προστάτου, ο όγκος συχνά ξεφεύγει την προσοχή μέχρι που η ασθένεια να προχωρήσει ή ανακαλύπτεται μόνο τυχαία κατά τη διάρκεια επέμβασης για καλοήγη ασθένεια. Η αδυναμία να ανιχνευθεί ο όγκος πρόωρα, οφείλεται μερικώς στην έλλειψη παθολογικών προειδοποιητικών σημείων, ή συμπτωμάτων.

Ο καρκίνος του προστάτη δεν προοδεύει υποχρεωτικά με σταδιακό τρόπο από το στάδιο της μικροσκοπικής αρώστειας στην τοπική, κατόπιν στην περιφερειακή ανάπτυξη, και τελικά σε μακρινές μεταστάσεις, γι' αυτό τα συμπτώματα που συνδέονται με την μετάσταση, ίσως να προηγούνται οποιασδήποτε γνώσης για κακοήγη ανάπτυξη μέσα στον ίδιο τον προστάτη.

1. Τοπική ανάπτυξη.

Η καλοήγη υπερπλασία του προστάτη συμβαίνει στο περιουρηθρικό τμήμα του αδένου, και είναι συνήθως υπεύθυνη για τα παρεμποδικτικά συμπτώματα στην ούρηση, που επέρχονται με το γήρας.

Ο καρκίνος του προστάτη εμφανίζεται στην περιφέρεια του αδένου, και συνήθως επιφέρει συμπίεση στην ουρήθρα και εξασθενημένη ούρηση, μόνο αφού ο όγκος θα έχει ένα αξιοσημείωτο μέγεθος.

Το Μη ψηλαφητός όγκος

Το α όγκος σε ≤ 3 ιστοτε-
μάχια ή θετική βιοψία
για έναν μόνο λοβό του
αδένα

Το β όγκος σε > 3 ιστοτε-
μάχια και / ή θετική
βιοψία και απο τους δύο
λοβούς.

T1 Ψηλαφητός όγκος μέσα
στον αδένα.

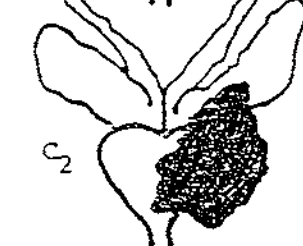
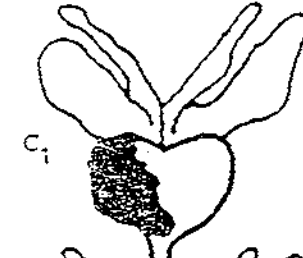
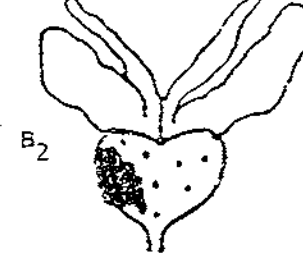
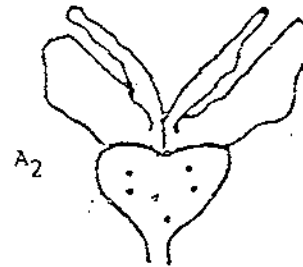
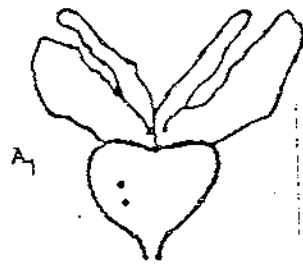
T10 Οζος ≤ 1 CM.

T1 β Οζος > 1 CM.

T1C Διήθηση και των δύο
λοβών.

T2 Διηθητικός όγκος χω-
ρίς όμως να διαπερνά την
προστατική κάψα.

T3 Εξωκαψική εντόπιση
του καρκίνου με/χωρίς
διήθηση των σπερματο-
δόχων κύστεων.



A. Μη ψηλαφητός όγκος, που ανα-
καλύφθηκε τυχαία, μετα απο
προστατεκτομή για καλοήθη
υπερτροφία του προστάτη.

A1F. Εστιακό καρκίνωμα.

A1. Μικροσκοπικές εστίες καρκίνου
που περιορίζονται σ' ένα λοβό
(όγκος σε ≤ 3 ιστοτεμάχια του
ενός λοβού).

A2. Διάχυτες μικροσκοπικές εστίες
μέσα στο προστατικό αδένα.

B. Ψηλαφητός καρκίνος μέσα στον
προστατικό αδένα.

B1 α . Ένα μόνο οζίδιο $\leq 1,5$ CM στον
ένα λοβό.

B1. Οζίδιο $< 1,5$ CM και διήθηση
 $> 25\%$ του ενός λοβού.

B2. Οζος (όζοι) $> 1,5$ CM και δια-
χυτες εντοπίσεις και στους
δύο λοβούς.

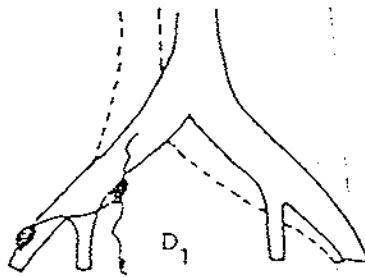
C. Εξωκαψική εντόπιση του καρκί-
νου.

C1. Μικρή εξωκαψική διήθηση.
(όζος ≤ 70 GR).

C2. Σημαντική εξωκαψική διήθηση
στους γειτονικούς ιστούς (π.χ.
κυστικό αυχένα ή/και σπερμα-
τοδόχους κύστες) και καθήλω-
ση στο πλάγιο πυελικό τοίχωμα
(όζος > 70 GR).

Τ. Ν Μ ΣΥΣΤΗΜΑ

- N. Μεταστάσεις στους λεμφαδένες.
- N1. Μετάσταση σ'έναν ετερόπλευρο, τοπικό λεμφαδένα.
- N2. Πολλαπλές και αμφοπλευρές μεταστάσεις στους τοπικούς λεμφαδένες.
- N3. Ογκώδεις καθηλωμένες μεταστάσεις στους τοπικούς λεμφαδένες.
- N4. Εκτεταμένες μεταστάσεις στους λεμφαδένες παραπλήσια των τοπικών.
- M1. (ή M+) Απομακρυσμένες λεμφαδενικές ή και οργανικές μεταστάσεις.

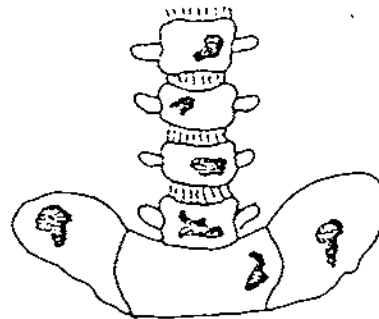


ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ AMERICAN JOINT COMMITTEE (A, B, C, D)

D. Μεταστατική Νόσος.

D1. Μεταστάσεις στους πνευμονικούς λεμφαδένες.

D2. Μεταστάσεις σε απομακρυσμένους λεμφαδένες, οστά σε άλλα όργανα κ.λ.π.



Η απόφραξη που οφείλεται στον καρκίνο , ίσως παρουσιαστεί απότομα, και αυξηθεί τάχιστα σε δριμύτητα.

Όταν ο ασθενής μπορεί με ακρίβεια να καθορίσει τηναρχή των αποφρακτικών συμπτωμάτων και η χειροτέρευση είναι γρήγορη, θα πρέπει να υποπτευόμαστε καρκίνο.

Η τοπική ανάπτυξη του όγκου ίσως να προκαλέσει πρωκτική παρεμπόδιση, που έχει σαν αποτέλεσμα το μειωμένο διαμέτρημα των κοπράνων, και πόνο στην απόδευση.

Η τοπική επέκταση του όγκου, ειδικά με την εισβολή του περίνεου, ίσως προκαλέσει πόνο του πρωκτού ή του περίνεου.

Αδυναμία σεξουαλικής συμπεριφοράς που να έρχεται σαν άμεσο αποτέλεσμα καρκίνου, δεν συμβαίνει συνήθως, αλλά ίσως περιγραφεί πόνος κατά την εκσπερμάτωση.

Αιματοσπερμία και αιματοουρία ίσως συνοδεύουν την καλοήγη υπερπλασία του προστάτη αλλά η εμφάνιση τους σε ασθενείς πάνω της ηλικίας των πενήντα ετών, θα πρέπει πάντα να προειδοποιεί για προσεκτική αντιμετώπιση ενδεχομένου κακοήθους ασθένειας.

2. ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Περίπου 15-40% των ασθενών παρουσιάζουν συμπτώματα που προκαλούνται από μετάσταση. Σε ένα ηλικιωμένο άνδρα παράπονα για επίμονους πόνους στα κόκκαλα (είτε με συγκεκριμένη εστία ή με πολλές και ειδικά στην σπονδυλική στήλη ή στην λεκάνη), θα πρέπει πάντα να δίνουν αφορμή για έρευνα καρκίνου του προστάτου. Η κόπωση, η απώλεια βάρους, και οι αδιαθεσίες, είναι ανακριβείς ενδείξεις εκτενούς ασθένειας.

B. ΣΗΜΑΔΙΑ

Αλλαγές στο μέγεθος, το σχήμα, και την σύσταση του προστάτη, σ'ένα άνδρα μεγαλύτερο των 50 ετών, θα έπρεπε να ανησυχίσει τον θεράποντα ιατρό για παρουσία κακοήθους ασθένειας.

Εξαιτίας του ότι ο επιθηλιακός καρκίνος του προστάτη προκαλεί μια έντονη αντίδραση στο στρώμα, η περιοχή του κακοήθους σχηματισμού παίρνει μια πέτρινη σκληρή αφή. Αντίθετα, ένας φυσιολογικός προστάτης ή ένας προστάτης με καλοήγη υπερπλασία, είναι πολύ μαλακότερος.

Ένα σκληρό "διακριτικό" γρομπαλάκι στον προστάτη σε άνδρα άνω των 50 ετών, έχει περίπου 50% πιθανότητα να είναι κακοήθης όγκος. Χάσιμο της συμμετρίας ή των ανατομικών πλαισίων του αδένα και εκτεταμένη σκλήρυνση, ανεβάζουν τις πιθανότητες για κακοήγη όγκο πάνω από 70%. Άλλες αιτίες σκλήρυνσης στον αδένα συμπεριλαμβάνουν προστατικούς λίθους, ή κοκκιωματώδης φλεγμονή, και η εμφάνιση οζιδίων πραγματικά συμβαίνει στην καλοήγη προστατική υπερπλασία.

Δυστυχώς η πρώιμη ανίχνευση καρκίνου του προστάτη εμποδίζεται, γιατί 10-20% των όγκων είναι επίσης πολύ μικροί για να ανευρεθούν με ψηφιακή πρωκτική εξέταση. Η μετάσταση στα κόκκαλα ίσως να αναγνωρισθεί σε εντοπισμένες περιοχές, απαλές στην αφή.

Ορισμένες φορές λεμφαδενοπάθεια στην βουβωνική περιοχή, στο πυελικό πλευρικό τοίχωμα, ή στο υποκλείδιο κόλπωμα, ίσως να ανευρεθεί με ανίχνευση.

Γ. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Οι εργαστηριακές έρευνες ρουτίνας για την εκτίμηση των ασθενών με καρκίνο του προστάτη, συμπεριλαμβάνουν πλήρη εξέταση αίματος ,και πολλαπλή εξέταση του ορού (SMA-12). Όταν η μεταστατική ασθένεια είναι εκτενής, η ανάμειξη του μυελού των οστών ίσως να είναι τόσο οξεία, έτσι ώστε να προκαλέσει αναιμία.

Αυξήσεις στα επίπεδα του αζώτου, της ουρίας του αίματος, και της κρεατινίνης, ίσως δείχνουν νεφρική ανεπάρκεια που προκαλείται, είτε από απόφραξη του στομίου της κύστης, ή από αμφίπλευρη ουρητηριακή απόφραξη που και τα δυο είναι αποτελέσματα έκτασης του όγκου.

Τα αποτελέσματα των μελετών πάνω στο ρόλο του ήπατος, είναι κάπως μη φυσιολογικά, όσον αφορά τις μεταστάσεις στο ήπαρ.

Σε περίπου 85% των ασθενών με προχωρημένη ασθένεια, τα επίπεδα του ορού της αλκαλικής φωσφατάσης είναι ανεβασμένα. Ισοενζυματικός καταχωρισμός της αλκαλικής φωσφατάσης του ορού, είναι χρήσιμος στο να καθοριστεί εάν το ένζυμο προέρχεται από οστό, από το ήπαρ, ή από τον όγκο.

Ίσως εμφανιστούν αλλαγές στα επίπεδα του ασβεστίου του ορού. Υπασβαισταιμία, σύμφωνα με ότι έχει αναφερθεί, είναι η πιο κοινή αλλαγή, και επέρχεται σαν αποτέλεσμα μεγάλης λήψης ασβεστίου από μεταστάσεις οστεοβλάστης (CLACOBS 1983).

Δ. ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑΣ

Η αρχική αξιολόγηση ενός ασθενούς με καρκίνο του προστάτη, συνήθως περιλαμβάνει πρόσθιες, οπίσθιες, και πλευρικές ακτίνες θώρακα, ένα απεικριτικό ουρογράφημα, και σπινθηρογράφημα του ραδιενεργού νουκλεϊδίου των οστών.

Αμφίπλευρη λεμφαγγειογραφία και σπινθηρογράφημα (CT), χρησιμοποιούνται για να ανιχνευθεί η παρουσία κομβικών μεταστάσεων. Σπινθηρογραφήματα ήπατος γίνονται μόνο όταν κάτι άλλο, όπως μη φυσιολογικά ένζυμα ήπατος, υποδηλώνει ότι υπάρχει μετάσταση στο ήπαρ.

1. ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΑ:

Το VETERANS ADMINISTRATION COOPERATIVE UROLOGIC RESEARCH GROUP παρατήρησε ότι στην αυτοψία, 24% των ασθενών είχαν μετάσταση στους πνεύμονες, σαν αποτέλεσμα τις περισσότερες φορές, της λεμφικής εξάπλωσης. Κλινικά όμως αυτές οι ακτινογραφίες είναι θετικές για μεταστατική ασθένεια μόνο σε 6-10% των ασθενών. Το κύριο "σχέδιο" της μετάστασης που ανιχνεύεται κλινικά, είναι οζιδιακό.

Η ακτινογραφία θώρακα ίσως επίσης δείξει σημάδια πυλαιάς κομβικής μετάστασης, ή παρουσία μετάστασης οστεοβλάστης στα πλευρά.

2. ΑΠΠΕΚΡΙΤΙΚΗ ΠΥΕΛΟΓΡΑΦΙΑ

Η απεκκριτική πυελογραφία είναι χρήσιμη στην αναζήτηση ενός αριθμού ανωμαλιών, που ίσως επέλθουν με το προστατικό καρκίνωμα.

Η ασθένεια, χαρακτηριστικά, προκαλεί οστεοβλαστικές μεταστάσεις στον σκελετό. Οι θέσεις στις οποίες αυτό εμφανίζεται πιο συχνά, είναι το λαγόνιο οστό (83%), το ηβικό οστό και το ισχίο (78%), και η οσφυίερη χώρα (71%).

Μια ανιχνευτική ακτινογραφία στις ουρογραφικές μελέτες, καταλογίζει και το οσφυϊκό οστό, το ιερό οστό, τη λεκάνη, και το μηριαίο οστό, σαν συχνοεμφανιζόμενα σε μεταστατική ασθένεια.

Αυτή η απλή ακτινογραφία και μια ακτινογραφία θώρακος, κάνουν φανερή την ανάγκη για μια εξέταση-ρουτίνα των οστών. Ακολουθώντας την έγχυση ενός αντίθετου θρεπτικού μέσου καλλιέργειας, μια αργοπορία στην νεφρική έκκριση ίσως υποδηλώνει την παρουσία παρεμποδιστικής ουροπάθειας, που οφείλεται σε τοπική ανάπτυξη του όγκου, ή ίσως να φανερώνει απόκλιση των ουρητήρων πλευρικά ή των ακραίων ουρητήρων εσωτερικά, εξαιτίας των λεμφικών κόμβων.

Η απόφραξη της εξόδου της κύστεως, και η δυσμορφία στην βάση της κύστεως, είναι αποτελέσματα τοπικής ανάπτυξης όγκου, που ενδεχομένως να παρουσιαστούν.

3. ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑ

Τα λεμφατικά τριχοειδή αγγεία εμφανίζονται στον αδενικό τελικό βοτρυχοειδή αδένα, και σχηματίζουν ένα ενδοπροστατικό δίκτυο που επικοινωνεί με το περιπροστατικό λεμφατικό δίκτυο, που αδειάζει σε συγκεντρωτικούς χώρους οι οποίοι αναγνωρίζονται σαν μίσχοι, στους εξωτερικούς λαγόνιους, υπογάστριους, και προίτερους λεμφατικούς κόμβους.

Η συχνότητα της μετάστασης των λεμφατικών κόμβων από καρκίνο του προστάτη, συνδέεται με το κλινικό στάδιο του πρωταρχικού όγκου, και την ιστολογική του διαφοροποίηση.

Η μετάσταση των λεμφατικών κόμβων έχει αναγνωριστεί σε 24% των ασθενών με A2 στάδιο προστατικών όγκων, 14% με B1 στάδιο όγκου, 40% με B2 στάδιο όγκου, και 50% με C στάδιο όγκου. Καρκίνοι του προστάτη με υψηλό βαθμό είναι συνδεδεμένοι με σχεδόν την διπλή μετάσταση λεμφατικών κόμβων, απ'ότι οι καρκίνοι χαμηλού βαθμού.

Ο MCLANGLIN (1976) ανέφερε ότι η περίπτωση της μετάστασης των λεμφατικών κόμβων με στάδιο αδenoκαρκινώματος B και C, ήταν 10% όταν οι όγκοι ήταν καλά διαφοροποιημένοι, αλλά 56% όταν οι όγκοι ήταν μη διαφοροποιημένοι.

Η αμφίπλευρη λεμφαγγειογραφία, του ποδιού είναι δυνατό να υπολογίσει την ενδοκομβική αρχιτεκτονική, και συνεπώς μπορεί να είναι ένα χρήσιμο εργαλείο στην ανίχνευση μετάστασης λεμφικών κόμβων.

Εφαρμόζοντας αυστηρά κριτήρια ερμηνείας π.χ. στην παρουσία ενδοκομβικής αδυναμίας που δεν διαπεράται από λεμφικά αγγεία στην φάση ροής, τα θετικά ευρήματα στο λεμφαγγειογράφημα μπορεί να είναι 90-95% ακριβή.

Πα'όλα αυτά, τα λεμφαγγειογραφήματα ανευρίσκουν μεταστάσεις μόνο σε 50-60% των ασθενών με κομβική ασθένεια. Αυτό οφείλεται μερικώς στο γεγονός ότι η λεμφαγγειογραφία ποδιού δεν απεικονίζει όλους τους λεμφικούς κόμβους που αρχικά αποξηραίνουν τον προστάτη.

Οι προίτεροι λεμφικοί κόμβοι δεν φαίνονται, και ο εσωτερικός λαγόνιος ή ο υπογαστρικός λεμφικός κόμβος, δηλώνονται μόνο σε περίπου 50% από τις έρευνες ασθενών.

Η υιοθέτηση κάποιων υποκατηγοριών γίνεται αναγκαία, όταν οι μικρομεταστάσεις είναι μικροσκοπικές για να δοθούν στην λεμφαγγειογραφία, ή όταν οι λεμφικοί κόμβοι έχουν τελείως υποκατασταθεί από μεταστατική ασθένεια και έτσι δεν επιδέχονται υλικό σύγκρισης.

Αν και η ευαισθησία του είναι περιορισμένη, το λεμφαγγειογράφημα είναι χρήσιμο στο να δείξει μετάσταση σε ασθενείς με μεγάλους, λίγο διαφοροποιημένους όγκους, που έχουν κομβικές πιθανόν μεταστάσεις. Αυτό ίσως μας γλυτώσει από την ανάγκη να κάνουμε πυελική λεμφαδενοτομή.

Τα λεμφαγγειογραφήματα όμως των δύο ποδιών δεν είναι πλέον μέθοδοι ρουτίνας, εξαιτίας της χαμηλής ευαισθησίας τους.

4. ΠΥΕΛΙΚΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΟΤΟΜΗ

Η χειρουργική πυελική λεμφαδενοτομή έχει δείξει ότι τα περιστατικά που έχουν ανάγκη υποκατηγοριών από λεμφαγγειογραφία, είναι 15-24%. Μια πυελική λεμφαδενοτομή είναι η πιο ακριβής μέθοδος στον υπολογισμό της μετάστασης των λεμφικών αδένων.

Παρόλα αυτά, η διαδικασία δεν έχει θεραπευτικό όφελος, και φέρει ένα βαθμό εγχειρητικής νοσηρότητας 20-34%. Οι επιπλοκές περιλαμβάνουν μόλυνση πληγής (5-15%), ατελεκτασία, ειλεό, σήψη, πνευμονικό έμβολο (5-10%), θρόμβο, φλεβίτη, λεμφοκοιλία, οίδημα πέους, και άλλες λιγότερο σημαντικές (5-10%).

Αν εξωτερική, υψηλής τάσης ακτινοβολία, δοθεί στον προστάτη και τη λεκάνη μετεγχειρητικά, αυξάνεται το ποσοστό νοσηρότητας (JOHNSON και VON ESCHEBACH 1981).

Σε μια προσπάθεια να ελατωθεί ο κίνδυνος οιδήματος μετεγχειρητικά, μερικοί έχουν προτείνει μια τροποποιημένη κομβική τομή. Διαφυλλάσουν τα λεμφαγγεία που περιβάλλουν της εξωτερική λαγόνια αρτηρία, και τελούν τομή από τα περισώμενα λαγόνια αγγεία περιφερειακά, στην κοινή πυελική αρτηρία πλησιέστερα.

Μετακινώντας τους λεμφικούς κόμβους γύρω από την υπογαστρική αρτηρία, το αμβλυτικό νεύρο (OBTURATOR), και την εξωτερική λαγόνια φλέβα, έχουμε ένα προσεκτικό δείγμα της πρωταρχικής αιτίας "ξήρασης" του προστάτη.

Μετακινώντας τα υπογαστρικά αμβλυτικά γκρούπ από κόμβους, θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε σχεδόν όλους τους ασθενείς με κομβικές μεταστάσεις. Παρόλα αυτά η έκταση της κομβικής αρρώστειας μπορεί να υπολογιστεί σε 55-80% των ασθενών, που υποβάλλονται σ' αυτή την εγχείρηση.

Οι λεμφικοί κόμβοι έχουν υπολογιστεί στην διάρκεια της εγχείρησης με STIDES, αλλά αυτή η τεχνική είχε ένα ψευδές αρνητικό ποσοστό 20-40% όταν οι κόμβοι εμφανίζονται πολύ μεγάλοι (CATATONA και STEIN 1982). Γι' αυτό πρέπει να δοθεί πολύ προσοχή από τον γιατρό όταν αντιμετωπίζει τα διαφορετικά είδη και τα διαφορετικά τμήματα του κάθε κόμβου, για να ελατωθούν οι ψευδείς αρνητικές ερμηνείες. Η μετάσταση των λεμφικών κόμβων εμφανίζεται νωρίς στον διαχωρισμό του καρκίνου του προστάτη, και είναι ενδεικτική συστηματικής ασθένειας. Ακριβής μέτρηση των κόμβων είναι απαραίτητη πριν αποφασιστεί θεραπεία, αλλά μια τέτοια μέτρηση δεν απαιτεί πάντα χειρουργική λεμφαδενοτομή.

Είναι τώρα δυνατό να εκλέξουμε κατάλληλους για αξιολόγηση των λεμφικών κόμβων, διαχωρίζοντας αν είναι σε χαμηλό, ή υψηλό γκρούπ κινδύνου. Στο τέλος αυτής της κλίμακας κινδύνου είναι αυτοί οι ασθενείς με μικρούς ενδοθηλιακούς, αλλά διαφοροποιημένους όγκους. Βρίσκονται σε τέτοιο χαμηλό κίνδυνο για κομβική ασθένεια, που οι πιθανές επιπλοκές είναι μη δικαιολογημένες.

Από την άλλη πλευρά, όταν η ασθένεια είναι εξωθηλιακή, λίγο διαφοροποιημένη, και το επίπεδο του ορού της όξινης φωσφατάσης του προστάτη (PAP) είναι ανεβασμένο, οι κομβικές μεταστάσεις μπορούν εύκολα να αναγνωριστούν με ακτινογραφίες.

Ο FREIHA, ο PISTENMA, και ο RAGSHAW (1979), ανέφεραν ότι μόνο 7% των ασθενών με ενδοθηλιακούς όγκους που είχαν κανονικό επίπεδο ορού PAP είχαν στοιχεία κομβικής μετάστασης, αλλά όταν οι πρωταρχικές κακώσεις είναι εξωθηλιακές, υψηλού βαθμού, και συνδεδεμένες με ανεβασμένα επίπεδα ορού PAP, 93% περίπου των ασθενών είχαν κομβικές μεταστάσεις. Σε μια σειρά 100 διαδοχικών ασθενών, 42% ανήκαν καθαρά σ' ένα από αυτά τα δύο γκρούπς, και μπορούσαν να ταξινομηθούν κλινικά χωρίς χειρουργική διαδικασία, μ' ένα ποσοστό ακρίβειας 93%. Για το 58% των ασθενών που υπάγονται στο μεσαίο γκρούπ, τα ολικά στοιχεία για μετάσταση των λεμφικών κόμβων είναι 36%.

Ο PAULSON (1979) ανέφερε ότι κανένας ασθενής με κλινικά εστιασμένα αρρώστεια, που είχε ένα ιστολογικό σκορ CLEANSON 2,3, ή 4, δεν είχε στοιχεία κομβικής μετάστασης, αλλά όταν το σκορ ήταν 8,9, ή 10, το 93% των ασθενών είχαν κομβική μετάσταση. Για ασθενείς στο μεσαίο γκρούπ κινδύνου, η χειρουργική λεμφαδενοτομή είναι απαραίτητη πριν την έναρξη τοπικής περιφερειακής θεραπείας.

Διαθερμική αναρρόφηση και κυτταρολογική εξέταση κομβικής περιοχής, μπορεί να διασώσει περίπου 50% των ασθενών από μια χειρουργική επέμβαση. Έτσι, από το να ακολουθείται μια πυελική λεμφαδενοτομή ρουτίνας, ο γιατρός μπορεί να διαχωρίσει τους ασθενείς σε υψηλά και χαμηλά γκρούπ κινδύνου για μετάσταση λεμφικού κόμβου, και όταν είναι αναγκαίο, μπορούν να τους προσδιορίσουν καλύτερα με αμφίπλευρη λεμφαγγειογραφία του ποδιού, σπινθηρογράφημα (CT), και διαθερμική βιοψία.

Ε. ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΚΑΙ ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ (CT).

Η τοπική έκταση του καρκίνου του προστάτη, μπορεί να υπολογιστεί με σπινθηρογράφημα (CT), ή υπερηχογράφημα λεκάνης.

Το σπινθηρογράφημα (CT) όμως είναι αδύνατο να διακρίνει το καρκίνωμα από την καλοήγη προστατική υπερπλασία, και είναι χρήσιμο μόνο για αντικειμενική αξιολόγηση μεγάλων όγκων.

Υστερα από υπερηχογράφημα σε εκατό διαδοχικούς ασθενείς, ο BRAECK, και ο DENIS (1983), ανέφεραν ψευδή αρνητική διάγνωση ανάμεσα σε 27 ασθενείς με καρκίνο του προστάτη, και μόνο 4 ψευδείς θετικές διαγνώσεις με καρκίνωμα, ανάμεσα σε ασθενείς που είχαν παθολογική διάγνωση αδενώματος.

Όσον αφορά την αντικειμενική μέτρηση του μεγέθους και του σχήματος του προστάτη, το υπερηχογράφημα λεκάνης ίσως να είναι χρήσιμο στο να αναγνωρίσουμε και να εστιάσουμε τους ενδοθηλιακούς καρκίνους του προστάτη, και να παρακολουθήσουμε την αντίδραση των όγκων στην θεραπεία.

Οι καινούργιοι καθετήρες με συχνότητα 7 MHz, παρέχουν μεγαλύτερη διάλυση, έκλυση της εσωτερικής δομής του προστάτη. Αυτό σε συνδυασμό με την παραδοχή από το LEE (1985) ότι οι κακοήθεις όγκοι ίσως να είναι υποηχητικές περιοχές, θα έπρεπε να έχει ως αποτέλεσμα την πιο συχνή ανεύρεση μικρών ενδοπροστατικών όγκων, που θα μπορούσαν αργότερα να επιβεβαιωθούν με βιοψία καθοδηγούμενη από υπερηχογράφημα.

ΣΤ. ΕΙΚΟΝΑ ΡΑΔΙΕΝΕΡΓΟΥ ΝΟΥΚΛΕΙΔΙΟΥ

Μετάσταση στα οστά συμβαίνει σε περίπου 75-85% των ασθενών με προχωρημένο καρκίνωμα του προστάτη. Από αυτούς, οστεοβλαστικές κακώσεις συμβαίνουν σε περίπου 80%, μικρές οστεοβλαστικές και οστεολυτικές κακώσεις σε 16%, και καθαρές οστεολυτικές κακώσεις σε 4%.

Οι οστεοβλαστικές μεταστάσεις είναι αποτέλεσμα εναπόθεσης αλάτων ασβεστίου του οστοειδούς, που σχηματίζεται από την οστεοβλάστη. Αυτή η αυξημένη δραστηριότητα στα οστά, ανευρίσκεται με σπινθηρογράφημα στα κόκκαλα, ραδιενεργού νουκλειδίου.

Το TECHNETIUM -99M (99M-Tc) είναι ένας έξοχος παράγοντας σπινθηρογραφήματος, και χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη φωσφατάση που βρίσκεται στο οστό.

Το σπινθηρογράφημα οστών είναι πιο ευαίσθητο από ότι οι ακτινογραφίες και ίσως ανιχνεύσουν κακώσεις 6 μήνες ή περισσότερο πριν παρουσιαστούν ανωμαλίες στις ακτινογραφίες. Για να είναι μια κάκωση εμφανής στην παραδοσιακή ακτινογραφία, 30-50% της μάζας του οστού πρέπει να υποκατασταθεί, και η κάκωση πρέπει να έχει διάμετρο 10-15 MM. Τα πιο ευαίσθητα σπινθηρογραφήματα οστών μπορούν να ανιχνεύσουν 15-30% περισσότερες μεταστατικές κακώσεις, από ότι η ακτινογραφία. Όμως τα σπινθηρογραφήματα είναι λιγότερο ακριβή, και η αυξημένη λήψη ραδιενεργού νουκλειδίου συμβαίνει με οποιαδήποτε διαδικασία αυξημένου μεταβολισμού των οστών, συμπεριλαμβανομένων του τραύματος, της αρθρίτιδας, και μεταβολικών ασθενειών, όπως η ασθένεια του RIGET, ή υπερπαραθυροειδισμός. Όταν είναι απαραίτητο, διαθερμική αναρρόφηση και βιοψία μιας κάκωσης που την υποπτευόμαστε μπορεί να γίνει, αλλά όταν οι κακώσεις είναι οστεοβλαστικές, η αυξημένη πυκνότητα του οστού κάνει την βιοψία με βελόνα, δύσκολη.

Από του το ραδιενεργό νουκλεΐδιο εκκρίνεται κυρίως απο τα νεφρά, το σπινθηρογράφημα των οστών μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη μέθοδος για να προσδιοριστεί ο ρόλος της λεκάνης, και ίσως δηλώσει την παρουσία υδρονέφρωσης που προκαλείται απο απόφραξη.

Z. ΔΕΙΚΤΕΣ ΟΓΚΟΥ

Η πιο σημαντική βιοχημική ενέργεια που πρέπει να γίνει στην αξιολόγηση του ασθενούς με καρκίνο προστάτη, είναι το επίπεδο ορού της όξινης φωσφατάσης.

Η όξινη φωσφατάση παράγεται απο μια ποικιλία ιστών στο σώμα, και δεν είναι συγκεκριμένος δείκτης προστάτη. Όμως ο προστάτης περιέχει περίπου 1.000 φορές περισσότερη όξινη φωσφατάση απότι άλλο όργανο, και υπάρχει άμεση σύνδεση ανάμεσα στα ανεβασμένα επίπεδα ορού PAP, και την έκταση του καρκίνου.

Με την αναστολή του άλατος του τρυγικού οξέως και τη χρήση συγκεκριμένων βιοχημικών ουσιών (P-NITROPHENYL PHOSPHATE, B-GLYCEROL PHOSPHATE, ή TRYNOLPHTHALEIN MONOPHOSPHATE), είναι δυνατό να απομονώσουμε ένα τμήμα απο την όξινη φωσφατάση του ορού, που προέρχεται κυρίως απο τα επιθηλιακά κύτταρα του προστάτη.

Υψηλά επίπεδα PAP ανευρίσκονται σε 70-85% των ασθενών με μεταστατική ασθένεια, αλλά μόνο σε 10-30% των ασθενών έχουμε υψηλά επίπεδα όταν ο όγκος είναι τοπικά περιορισμένος. Η χρησιμότητα της ανάλυσης PAP, είναι να αφυπνίσει τον εξεταστή για παρουσία μεταστατικής ασθένειας. Όμως η ανάλυση είναι εξαιρετικά περιορισμένη, σαν οδηγός εικόνας στην ανίχνευση όγκου, αφού ένας υψηλός αριθμός ψευδών αρνητικών αποτελεσμάτων εξάγεται για τους ασθενείς που έχουν μικρούς, τοπικά περιορισμένους όγκους.

Στην προσπάθεια να εξευρεθεί ένα πιο ευαίσθητο τεστ για αντοπισμένη ασθένεια, έχουν αναπτυχθεί ανοσιολογικές αναλύσεις. Ακτινοανοσοαναλύσεις και αντιανοσοηλεκτροφόρηση, έχουν αποδειχθεί πιο ευαίσθητες απότι οι βιοχημικές αναλύσεις, αλλά δυστυχώς η ακρίβεια τους για την παρουσία κακοήθους ασθένειας, είναι μικρότερη.

Ο FOITI (1977) ανέφερε ότι οι ακτινοανοσοαναλύσεις ανεύρισαν ανεβασμένα ποσοστά PAP σε 33% των ασθενών με όγκους Α σταδίου, ενώ οι βιοχημικές αναλύσεις ανεύρισαν ανεβασμένα επίπεδα μόνο σε 12%. Για ασθενείς που βρίσκονται στο D στάδιο, ανεβασμένα επίπεδα PAP ανευρίσκονται με ακτινοανοσοανάλυση σε 92%, και με την ενζυματική μέθοδο σε 60% των ασθενών.

Παρόλα αυτά οι ακτινοσοαναλύσεις ανίχνευσαν σαν υψηλά επίπεδα PAP σε 6% των ασθενών με καλοήγη προστατική υπερπλασία, 4% σ' αυτούς που είχαν υποστεί ολική προστατοτομή, και 5% σ' αυτούς με μη προστατικό καρκίνο, ενώ οι βιοχημικές αναλύσεις δεν βρήκαν μη φυσιολογικά επίπεδα σ' αυτούς τους ασθενείς.

Αν και οι ανοσιολογικές αναλύσεις είναι πιο ευαίσθητες, απότι οι βιοχημικές, η χαμηλότερη ακρίβεια τους έχει εμποδίσει την γενική τους αποδοχή. Διαδοχικές μετρήσεις των επιπέδων PAP είτε με ενζυματικές είτε με ευαισθητοποιημένες ανοσιολογικές μεθόδους, μπορεί να είναι μια σπουδαία τεχνική για να απεικονιστεί η πορεία της ασθένειας, και να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Ανοσιολογικές μέθοδοι για να προσδιοριστεί το PAP μέσα στο κύτταρο, είναι χρήσιμες για να γίνει μια ιστολογική διάγνωση του προστατικού καρκινώματος. Η ανοσο-υπεροξειδάση του PAP σε καλοήγη επιθηλιακά κύτταρα, που παίρνονται απο βιοψία μεταστατικής περιοχής, επιβεβαιώνει την προστατική αρχή του όγκου.

Ο KURIYAMA (1982) ανακάλυψε έναν άλλο δείκτη, το αντιγόνο που προσδιορίζεται συγκεκριμένα από τον προστάτη (PSA), το οποίο μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για να επιβεβαιώσει ανοσολογικά την παρουσία καρκινώματος του προστάτη. Προεμπειρία με το PSA δείχνει ότι το επίπεδο του ορού του εξαρτάται από την ποσότητα του όγκου, και άρα μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν παράμετρος του βάρους του όγκου.

Αυτό, μπορεί να κάνει το PSA ένα τέλειο δείκτη για την μέτρηση της αντίδρασης στη θεραπεία. Σε σύγκριση του PSA και του PAP, η ευαισθησία στην ανίχνευση του προστατικού καρκίνου ήταν 95% για το PSA και 60% για το PAP. Για 35 ασθενείς με υποτροπή της ασθένειας, η ευαισθησία στην ανίχνευση ήταν 97% για το PSA και 66% για το PAP. Η ακρίβεια ήταν 96,8% για το PSA, και 98,9% για το PAP (SEAMONDS 1986).

Ανοσολογικές μέθοδοι στην ανίχνευση PAP και PSA μέσα στο κύτταρο, είναι χρήσιμες στο να γίνει ιστολογική διάγνωση του προστατικού καρκινώματος.

Ανοσο-υπεροξειδατική ανίχνευση του PAP και του PSA σε κακοήθη επιθηλιακά κύτταρα, αποκτάται από βιοψία σε μεταστατική περιοχή, και μπορεί να επιβεβαιώσει την προέλευση του όγκου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Δεν υπάρχει ομοφωνία για τη θεραπευτική αγωγή κατά του καρκίνου του προστάτη: Υπάρχουν συγγραφείς που προτείνουν άμεση έναρξη της θεραπείας, για να δημιουργήσουν όσο το δυνατό λιγότερο ευνοϊκές συνθήκες, που να εμποδίζουν θεωρητικά την ανάπτυξη του όγκου, ενώ άλλοι συνιστούν την αναμονή χωρίς καμιά θεραπεία, μέχρις ότου εμφανιστούν κλινικά συμπτώματα.

Η θεραπευτική αγωγή έχει δύο σκέλη :

- 1) Το σκέλος που αποσκοπεί στη θεραπεία του καρκίνου, και
- 2) το σκέλος της παρηγορητικής θεραπείας, που σκοπεύει όχι τόσο στην επιμήκυνση της ζωής του ασθενούς, αλλά στην βελτίωση της ώστε ο ασθενής να έχει όσο το δυνατό λιγότερα ενοχλήματα.

Έλεγχος της πορείας του καρκίνου.

Όταν πρόκειται για καρκίνωμα του προστάτη που βρέθηκε τυχαία από τον παθολογοανατόμο κατά την εξέταση παρασκευάσματος, αδενωματοεκτομής (Το, Τχ), καθώς επίσης και όταν πρόκειται για μικρό, καλά αφοριζόμενο οζίδιο (T1, No, Mo), μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις η αναμονή με τακτικό έλεγχο της πορείας της νόσου, μέσω αναρροφητικής βιοψίας, να είναι καλή θεραπευτική μέθοδος. Στην περίπτωση όμως αυτή, πρόκειται για όγκο υψηλής διαφοροποίησης με μικρή έκταση.

Σε όλες τις άλλες μορφές καρκινώματος, καθώς επίσης και σε μεγαλύτερη έκταση του όγκου, εμφανίζεται ποικιλία θεραπευτικών σχημάτων.

1. Ριζική προστατεκτομή.

Στα πρώιμα στάδια (T1, T2, No, Mo), η ριζική προστατεκτομή μπορεί να οδηγήσει στη θεραπεία. Η εγχείρηση γίνεται είτε οπισθοβικά, είτε από το περίνεο. Τα ποσοστά επιπλοκών των δύο μεθόδων, είναι περίπου τα ίδια. Εκείνο που πρέπει να φοβόμαστε είναι η ακράτεια, η οποία μπορεί να εμφανιστεί μέχρι και στο 10% των περιπτώσεων. Το ποσοστό όμως αυτό θεωρείται κατά γενική εκτίμηση ανεκτό, δεδομένου ότι πρόκειται για καρκινική νόσο. Τα στενώματα μπορούν να παραμερισθούν με την βοήθεια ηλεκτροτομίας.

Όταν η προσπέλαση γίνεται οπισθοβικά, μπορούν πριν την ριζική εγχείρηση να ελεγχθούν οι τοπικοί λεμφαδένες με ταχεία βιοψία για μεταστάσεις, ώστε να προχωρήσουμε στην εγχείρηση μόνο όταν δεν υπάρχουν μεταστάσεις.

Σχεδόν όλοι οι ασθενείς μετά τη ριζική προστατεκτομή, όπως και κάτω από συντηρητική ορμονοθεραπεία, καθίστανται ανίκανοι, δηλαδή, δεν έχουν στύσεις, και συνεπώς είναι ανίκανοι για συνουσία. Η θνησιμότητα της εγχείρησης ανέρχεται σε 3% το πολύ. Για να τεθεί η ένδειξη της εγχείρησης, πρέπει να ληφθούν υπόψη τα ακόλουθα σημεία :

α) ο όγκος πρέπει να περιορίζεται στον προστάτη,

β) να μην υπάρχουν μεταστάσεις, και

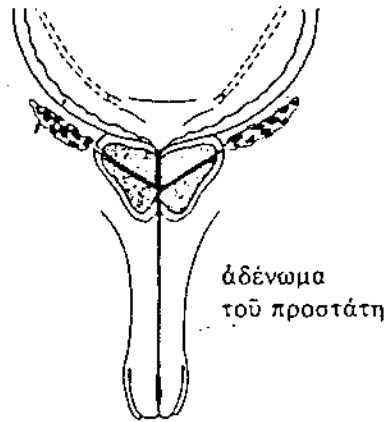
γ) ο ασθενής πρέπει να αναμένεται ότι θα ζήσει τουλάχιστον δέκα ακόμη χρόνια.

Η ένδειξη για ριζική προστατεκτομή περιορίζεται από το γεγονός, ότι το στάδιο που βρίσκεται ο όγκος πολύ συχνά υποτιμάται προεγχειρητικά, με συνέπεια η εγχείρηση να γίνεται σε προχωρημένο στάδιο (T3). Η πρόγνωση όμως και σε αυτές τις περιπτώσεις, δεν επιβαρύνεται εξαιτίας της χειρουργικής επέμβασης.

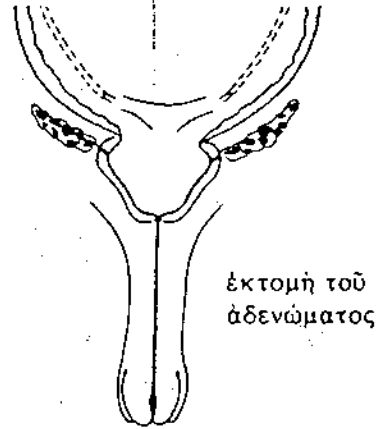
Μετά τη ριζική προστατεκτομή, αναφέρονται τα εξής όρια επιβίωσης (T1, T2) :

5 χρόνια 74-84%

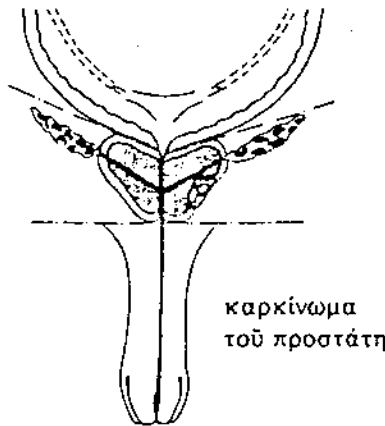
10 χρόνια 55-66%.



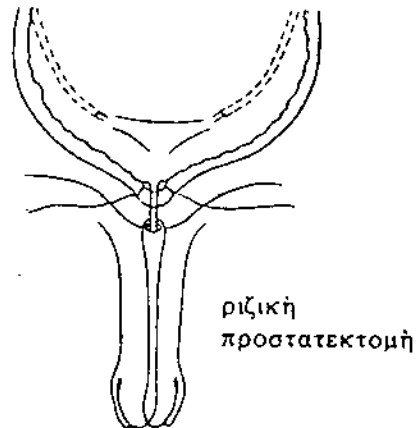
άδένωμα
του προστάτη



έκτομή του
αδενώματος



καρκίνωμα
του προστάτη



ριζική
προστατεκτομή

Ριζική προστατεκτομή σε σύγκριση με την αδενωμάτεκτομή: Κατά την άπλη αδενωμάτεκτομή αποφλοιώνεται το καλόηθες άδένωμα — ή υπερπλασία του προστάτη. Αυτός καθ' αυτόν ο προστάτης διατηρείται — ή λεγόμενη χειρουργική κάψα. Κατά τη ριζική προστατεκτομή αφαιρείται ο προστάτης μαζί με την «κάψα» και τις σπερματοδόχες κύστεις.

2. Ακτινοθεραπεία.

Ότι τα διάφορα καρκινώματα του προστάτη είναι ακτινοευαίσθητα, δεν υπάρχει καμιά αμφιβολία. Εξαιτίας του χαμηλού ποσοστού ανικανότητας, οι νεότεροι ασθενείς προτιμούν την ακτινοθεραπεία. Ακράτεια δεν έχει παρατηρηθεί, μετά από αυτού του είδους τη θεραπεία. Συνεπώς, με αυξανόμενο ποσοστό έχει υιοθετηθεί η ακτινοθεραπεία, στο θεραπευτικό σχέδιο του καρκίνου του προστάτη. Προϋπόθεση της αποτελεί η διαγνωστική εκτομή των πυελικών λεμφαδένων, για να αποκλειστεί η διήθηση τους.

Η ένδειξη για ακτινοθεραπεία με θεραπευτικό σκοπό, τίθεται όπως στην ριζική προστατεκτομή:

- α) ό όγκος περιορίζεται στον προστάτη, και
- β) δεν υπάρχουν μεταστάσεις.

Όταν η θεραπεία είναι συντηρητική-παρηγορητική, η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί ακόμη και σε προχωρημένα στάδια (T3, T4) σε ανθεκτικούς έναντι της οιστρογονοθεραπείας όγκους, σε υποτροπές μετά από εγχειρήσεις, καθώς και σε άλλες περιπτώσεις.

Το γέμισμα του προστάτη, με ραδιενεργές ουσίες (ραδιενεργός ραδιούχος χρυσός), αποτελεί στην Αμερική σποραδικά εμφανιζόμενη μέθοδο της τροποποιημένης ακτινοθεραπείας. Εξαιτίας των αυστηρών προδιαγραφών περί προστασίας των ατόμων από την ακτινοβολία, δεν εφαρμόστηκε η μέθοδος αυτή και στην γερμανία.

Σημαντική προϋπόθεση για θεραπεία με υψηλή τάση, αποτελεί η κατάστροση ενός ακριβούς σχεδίου ακτινοβολίας, μετά από ακριβή επιλογή της εστίας με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή. Κατά κανόνα χορηγούνται σε διάστημα 3-6 εβδομάδων μέχρι 7.500 R, με μόνο-ή διαξονική τηλεακτινοβολία με κοβάλτιο. Η κύστη και οι όρχεις βρίσκονται εκτός του πεδίου ακτινοβολίας. Από τις παρενέργειες αξία μείας είναι η πρωκτίτιδα, η οποία όμως μετά τη διακοπή της θεραπείας θεραπεύεται.

- Μετά την ακτινοθεραπεία, αναφέρονται τα εξής όρια επιβίωσης :
- σε 5 χρόνια 72-80%,
 - σε 10 χρόνια 48%.

3. Εκτομή των όρχεων και ορμονοθεραπεία.

Η εκτομή των όρχεων και η ορμονοθεραπεία έχουν ένα κοινό σκοπό : να εμποδίσουν τη δράση των ανδρογόνων που συντελούν στην αύξηση του καρκίνου. Πρόκειται συνεπώς για εγχειρητικό ή φαρμακευτικό ευνουχισμό.

α) Ορχεκτομή.

Βασική θεραπεία των προχωρημένων σταδίων, είναι η αμφοτερόπλευρη εκτομή των όρχεων. Γενικά εφαρμόζεται η καλούμενη πλαστική ορχεκτομία, που σημαίνει ότι οι χιτώνες του όρχη δεν αφαιρούνται. Η ελάττωση της αύξησης του καρκίνου μετά από ορχεκτομή, έχει αποδεχθεί σε εκτεταμένες στατιστικές. Ορμονικές αναλύσεις δείχνουν σαφή πτώση της παραγωγής ανδρογόνων. Με αυξανόμενο ρυθμό προτιμάται η εκτομή των όρχεων, έναντι της πρωτογενούς ορμονοθεραπείας.

Στην ορχεκτομή λείπουν οι πιθανές παρενέργειες της οιστρογονοθεραπείας, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι αποτελεί θεραπεία εκλογής σε πίεση του νωτιαίου μυελού, ή αμφοτερόπλευρης υδρονέφρωσης.

β) Φαρμακευτική αγωγή.

Στον μεταστατικό καρκίνο του προστάτη ενδείκνυται η οιστρογονοθεραπεία. Πολλοί τρόποι χορήγησης είναι δυνατοί, οι οποίοι φθάνουν από την αρχική ενδοφλέβια έγχυση στην ενδομυϊκή χορήγηση, και μέχρι την από του στόματος λήψη.

Εμφυτεύσεις οιστρογόνων εγκαταλείφθηκαν κατά μέγα μέρος, γιατί δεν επιτυγχάνεται με αυτές ομοιόμορφη απορρόφηση του φαρμάκου.

Η οιστρογονοθεραπεία πρέπει να εφαρμόζεται σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Τα θεραπευτικά αποτελέσματα ελέγχονται με τακτική ψηλάφηση από τον ορθό, προσδιορισμό της αλκαλικής και όξινης φωσφατάσης, ακτινογραφίες του σκελετού και των πνευμόνων, ενδεχομένως ακόμη και με ιστολογική εξέταση. Η εξέταση από το ορθό μπορεί να μην μας δώσει κανένα ψηλαφητό εύρημα, κάτω από την επίδραση της φαρμακοθεραπείας.

Το ερώτημα, σε ποιο στάδιο του καρκίνου πρέπει να χορηγηθούν ορμόνες, πρέπει να αντιμετωπιστεί κατά περίπτωση. Στα χαμηλής διαφοροποίησης καρκινώματα μπορεί να εφαρμοστεί η ορμονοθεραπεία στα πρώιμα στάδια, και εκτός τούτου, αποτελεί εναλλακτική λύση για τους αρρώστους οι οποίοι αρνούνται την ορχεκτομή.

Όταν υπάρχουν μεταστάσεις και αντίστοιχα πόνοι, η ένδειξη είναι απόλυτη. Η ορμονοθεραπεία στις περιπτώσεις αυτές μπορεί να οδηγήσει γρήγορα σε απαλλαγή του αρρώστου από τα ενοχλήματα, και να επιφέρει ακόμη ανστολή της ανάπτυξης του όγκου.

Η γυναικομαστία που είναι ενοχλητική για τους ασθενείς, είναι δυνατό να ελαττωθεί με ακτινοβόληση των μαστών. Σε κάθε περίπτωση επακολουθεί ανικανότητα, γι' αυτό πριν από τη θεραπεία επιβάλλεται η σχετική ενημέρωση του ασθενούς. Ανεπιθύμητη επίσης είναι η υπερπρολακτιναιμία που προκαλείται από τα οιστρογόνα, η οποία μπορεί όμως να αναχαιτιστεί με την χορήγηση αντιπρολακτίνης (PRAVIDEL, LISURID).

Η χρησιμοποίηση αντιανδρογόνων βρίσκεται ακόμη στο στάδιο της έρευνας. Όταν υπάρχουν πόνοι που προκαλούνται από μεταστάσεις, η εφαρμογή ραδιενεργών ισotόπων (φώσφορος 32, στρόντιο 89), έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Σε ορισμένους ασθενείς μπορούμε με τη μέθοδο αυτή να επιτύχουμε πλήρη απαλλαγή από τους πόνους και τα άλλα ενοχλήματα. Πέρα από αυτά, χορηγούνται ακόμη και ειδικά κυτταροστατικά π.χ. ESTRACYT.

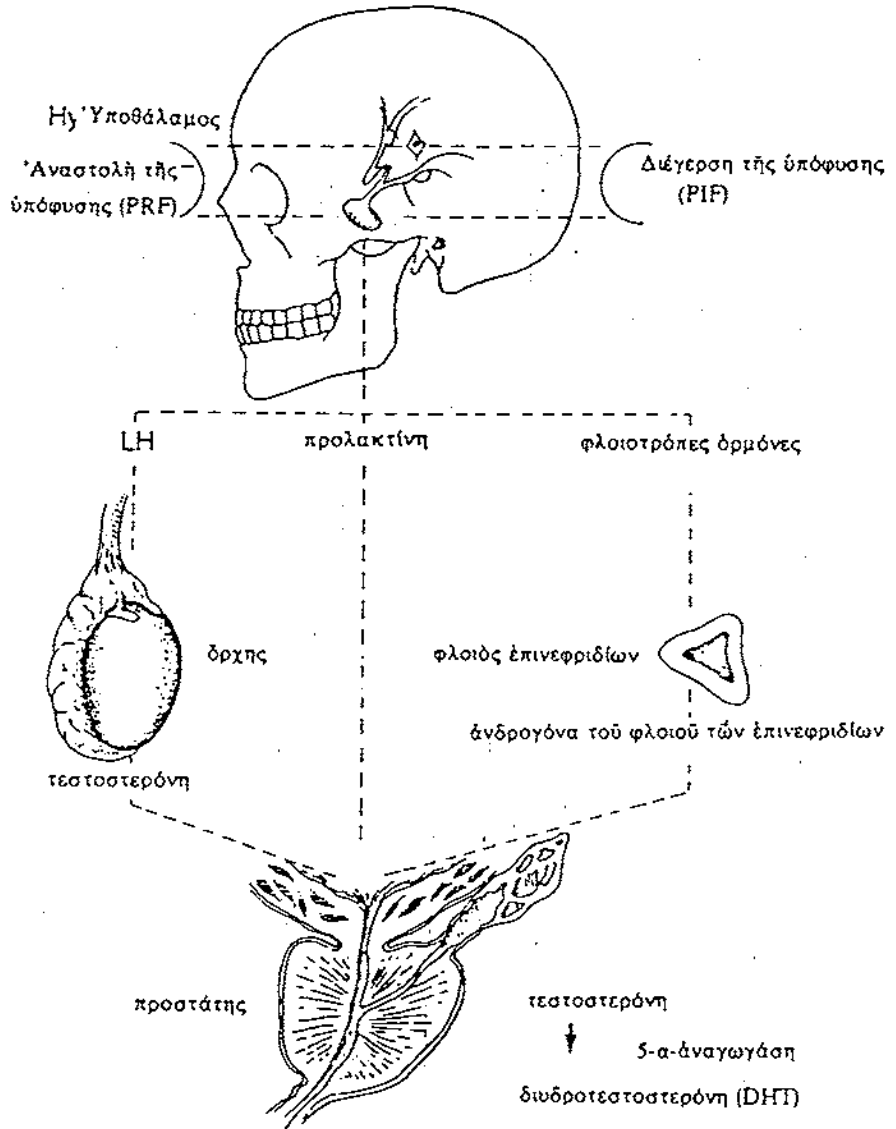
Το προσδόκιμο επιβίωσης των πέντε ετών στην ορμονοθεραπεία και ορχεκτομή, είναι 40-57%.

Αντιανδρογόνα.

Με βάση την υπόθεση, ότι η ανάπτυξη του καρκίνου του προστάτη εξαρτάται από τα ανδρογόνα, εφαρμόζονται σήμερα θεραπευτικά τα λεγόμενα αντιανδρογόνα (π.χ. ANDROCUR). Πλεονεκτήματα της θεραπείας αυτής είναι η έλλειψη επιπλοκών από το καρδιαγγειακό σύστημα, καθώς και η έλλειψη αύξησης της προλακτίνης. Σχετικά με την χρησιμοποίηση των οιστρογόνων στη θεραπεία του καρκίνου του προστάτη, υπάρχουν μέχρι στιγμής μόνο βραχείας διάρκειας μελέτες, οι οποίες δεν επιτρέπουν ακόμη κανένα τελικό συμπέρασμα.

Κυτταροστατικά.

Δοκιμασμένα κυτταροστατικά, όπως το 5-φθοριουρακίλη, η μεθοτρεξάτη, και το CISPLATINUM, εφαρμόζονται σήμερα στην θεραπεία του καρκίνου του προστάτη. Συμπερασματική κρίση για τη χρησιμοποίησή τους, δεν είναι ακόμη δυνατή. Μεγαλύτερη, περισσότερο μακρόχρονη πείρα, έχει αποκτηθεί στην περίπτωση της φωσφορικής εστραμουσκίνης (ESTRACYT). Στο 30% των προχωρημένων περιπτώσεων επιτυγχάνονται με το φάρμακο αυτό υποκειμενικές βελτιώσεις (ελάττωση των πόνων), καθώς επίσης και αντικειμενικά διαπιστωμένη υποχώρηση της νόσου, πρόσκαιρη όμως. Σε ανθεκτικά στην θεραπεία με ορμόνες προστατικά καρκινώματα, ιδίως με υψηλό βαθμό κακοήθειας, εφαρμόζεται το ESTRACYT. Πρέπει να προσέχουμε



Σκοπός τής ορμονοθεραπείας τών προστατικών ένοχλημάτων είναι ή καταστολή τών άνδρογόνων έρεθισμάτων. Για να γίνει αυτό πρέπει είτε να βλαφτεί ή ιεραρχικά διατεταγμένη ορμονική ισορροπία του άνδρα (έξω- προστατική δράση της θεραπείας) ή να μπλοκαριστεί ή ορμονική δράση στον ίδιο τον πάσχοντα προστάτη (ένδο- προστατική δράση τής θεραπείας). Το ιδανικό φάρμακο θα έπρεπε να εξαντλεί τή δράση του αποκλειστικά στον προστάτη, χωρίς ανεπιθύμητες βλάβες τής λεπτής ρύθμισης με feed-back όλου του ένδοκρινικού συστήματος (κατά Altwein).

όμως κατά τη θεραπεία με το φάρμακο αυτό την εμφάνιση λευκοπενίας, θρομβοκυτοπενίας, και γαστρεντερικών διαταραχών.

ΔΙΟΥΡΗΘΡΙΚΗ ΕΞΑΙΡΕΣΗ

Εαν στις προχωρημένες περιπτώσεις υπάρχουν διαταραχές κένωσης της κύστης οι οποίες δεν απαντούν στη ορμονοθεραπεία, η ούρηση μπορεί να υποκατασταθεί με διουρηθρική εκτομή. Πρόκειται όμως για παρηγορική επέμβαση.

ΚΡΥΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Με την ίδια ένδειξη εφαρμόζεται και η κρυοθεραπεία. Λόγω της νέκρωσης που προκαλείται, δημιουργείται αυτλός απο τον οποίο διέρχονται τα ούρα.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΟ ΣΧΕΔΙΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

1. Σε νεότερους ασθενείς κάτω των 60 ετών είναι δυνατή η θεραπεία στο πρώιμο στάδιο, με την εφαρμογή της ριζικής προστατεκτομής. Είναι ανεκτό ένα χαμηλό ποσοστό επιπλοκών, όπως η ακράτεια και η ανικανότητα, με ανάλογο τρόπο όπως σε άλλες ριζικές επεμβάσεις σε καρκίνους, μια και ο σκοπός είναι η θεραπεία του καρκίνου.

2. Σε ασθενείς για τους οποίους η σεξουαλική ζωή έχει μεγάλη σημασία μπορεί κανείς να προσφέρει ως εναλλακτική λύση την ακτινοθεραπεία που ελέγχεται απο ηλεκτρονικό υπολογιστή, έχοντας όμως υπ' όψη ότι το προσδόκιμο επιβίωσης, αναφορικά με το όριο των 10 ετών, είναι κάπως μικρότερο.

Ακριβώς το 10ετές αυτό προσδόκιμο επιβίωσης, είναι για τους νεότερους αρρώστους που υποβλήθηκαν σε θεραπεία κατά το πρώιμο στάδιο 50%, ενώ για εκείνους που δεν υποβλήθηκαν σε θεραπεία 25%.

3. Στους περισσότερο ηλικιωμένους ασθενείς πάνω απο 60 ετών. και όταν ο όγκος δεν είναι πολύ κακοήθης και έχει μικρή έκταση, μπορεί να συζητηθεί μια θεραπεία αναμονής. Δεν μπορούμε όμως να αποφύγουμε τους συνεχείς ελέγχους, και σε προχωρημένα ευρήματα το προσαρμοσμένο στην περίπτωση θεραπευτικό σχήμα.

ΚΑΝΟΝΑΣ

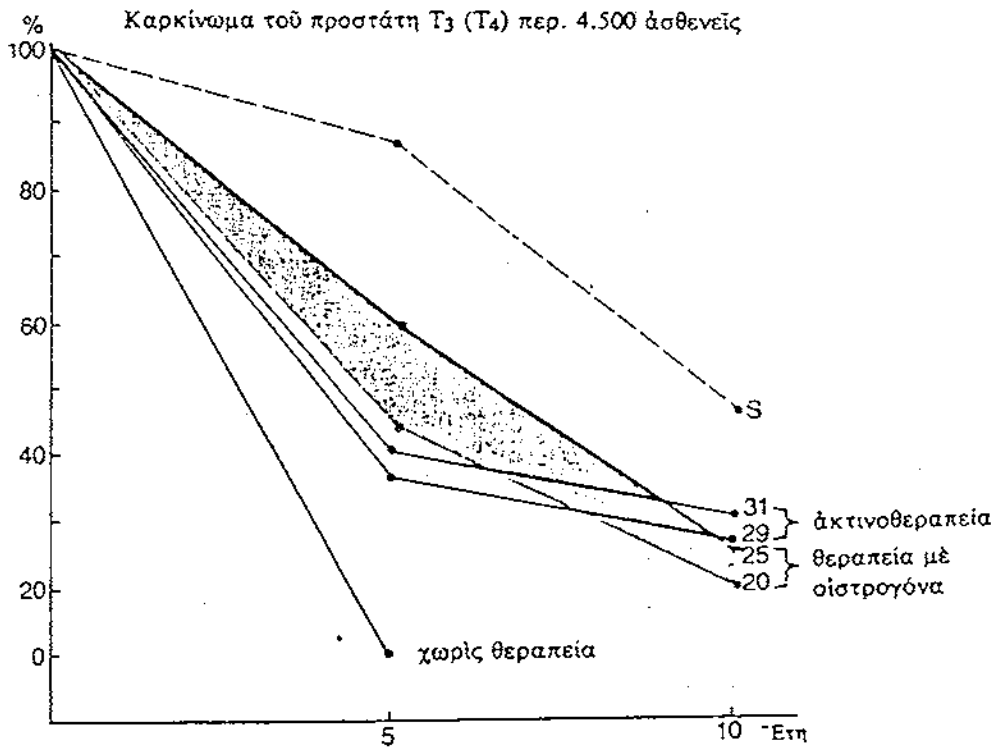
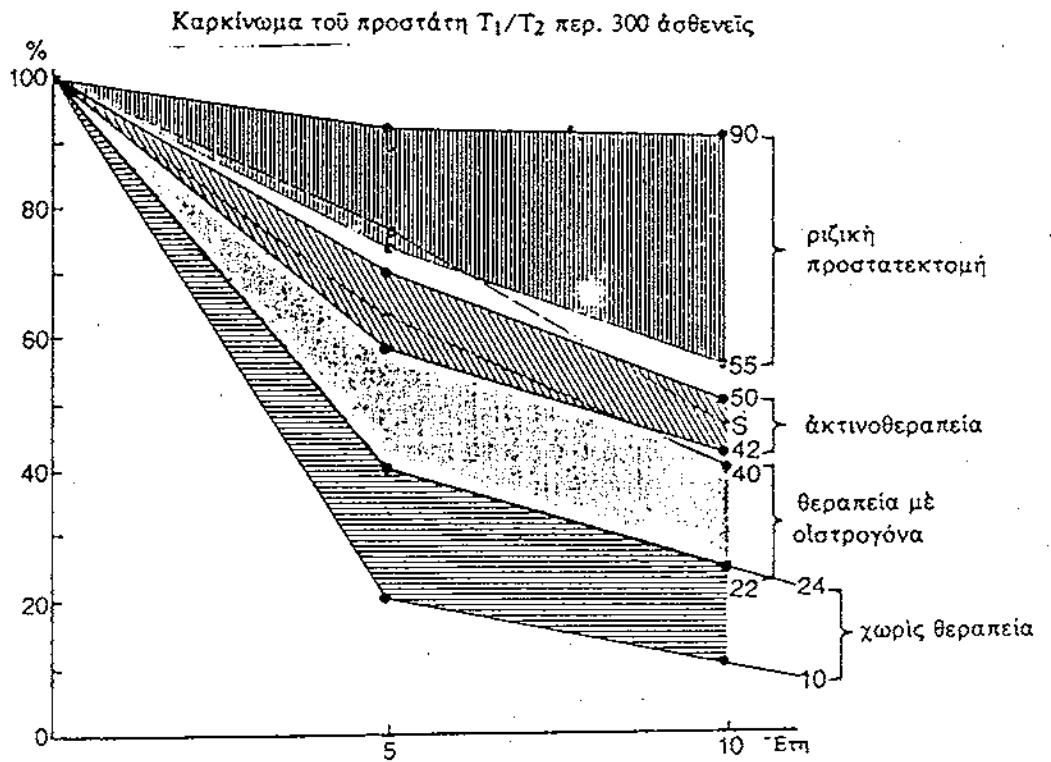
Η πιθανή διάγνωση του προστατικού καρκινώματος, η οποία τίθεται με την δακτυλική εξέταση, πρέπει να επιβεβαιωθεί ιστολογικά με την παρακέντηση και τη βιοψία. Απο το περίνεο ή το ορθό, με τοπική ή γενική αναισθησία παίρνουμε τεμάχιο ιστού απο τον ύποπτο όζο του προστάτη. Δεν προβαίνουμε σε καμιά θεραπεία, εαν δεν υπάρχει η ιστολογική επιβεβαίωση της διάγνωσης. Ακόμη και στις κλινικά σαφείς περιπτώσεις με εκτεταμένα τοπικά ευρήματα απο την ψηλάφηση, οστικές μεταστάσεις, και υψηλή τιμή όξινης φωσφατάσης στον ορό, η ιστολογική εξέταση είναι απαραίτητη, γιατί επι την βάση της παθολογοανατομικής διαφοροποίησης των κυττάρων, θα βγάλουμε συμπεράσματα για την θεραπεία και για την πρόγνωση.

ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΣΧΗΜΑ ΟΤΑΝ Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΧΕΙ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΘΕΙ

Στην παγκόσμια βιβλιογραφία για τον καρκίνο του προστάτη, επι την βάση μεροχρόνιων μελετών και ελέγχων της πορείας της νόσου, διαπιστώνεται η πολύ ποικίλη εφαρμογή θεραπευτικών σχεδίων. Τα καλύτερα αποτελέσματα έχει η εξατομικευμένη θεραπεία, εξαρτώμενη απο το στάδιο που βρίσκεται ο όγκος απο την ιστολογική εξέταση, απο το βαθμό κακοήθειας του όγκου, καθώς επίσης απο την ηλικία τους ασθενούς και τη θέση που παίρνει αυτός απέναντι στις θεραπευτικές μεθόδους.

Θεραπευτικές προτάσεις για τη θεραπεία του καρκίνου του προστάτη

	Καρκίνος ψηλής διαφοροποίησης	Άδιαφοροποίητος καρκίνος
T ₀	Τυχαίο χειρουργικό εβρημα	Έλεγχος της πορείας Άκτινοβολίες υψηλής τάσης 7500 R
T ₁		Έλεγχος της πορείας I. Ριζική προστατεκτομή II. Άκτινοβολίες υψηλής τάσης 7500 R III. Ορχεκτομή
T ₂		I. Ριζική προστατεκτομή II. Άκτινοβολίες υψηλής τάσης 7500 R III. Ορχεκτομή
T ₃		I. Βασική θεραπεία 1. Υποκαψική όρχεκτομή II. Συμπληρωματική θεραπεία σε έπιμονή 2. α) Προφυλακτική άκτινοβολία των μαστών (1200 R) β) Άντιανδρογόνα 3. Χορήγηση Honvan (10,2 gr. ε.φ. σε 9 ημέρες) 4. Progynon-Depot (100 mg ε.μ. κάθε 3 εβδομάδες) ή Estradutin
T ₄		I. Βασική θεραπεία 1. Υποκαψική όρχεκτομή II. Συμπληρωματική θεραπεία σε έπιμονή 2. α) Προφυλακτική άκτινοβολία των μαστών (1200 R) β) Άντιανδρογόνα 3. Χορήγηση Honvan (10,2 gr. ε.φ. σε 9 ημέρες) 4. Progynon-Depot (100 mg ε.μ. κάθε 3 εβδομάδες) ή Estradurin
N ₁ M ₁		I. Βασική θεραπεία 1. Υποκαψική όρχεκτομή 2. Προφυλακτική άκτινοβολία των μαστών (1200 R) 3. Χορήγηση Honvan (10,2 gr. ε.φ. σε 9 ημέρες) 4. Progynon-Depot (100 mg ε.μ. κάθε 3 εβδομάδες) II. Συμπληρωματική θεραπεία σε έπιμονή Χορήγηση Honvan (10,2 gr. ε.φ. σε 9 ημέρες), Estracyt, κυτταροστατικά, Στρόντιο 89, φωσφόρος 32, ύποφυσεκτομή.



Χρόνοι επιβίωσης στον καρκίνο του προστάτη με διάφορες μορφές θεραπείας (κατά Hauji) S= φυσιολογικό ποσοστό θανάτων

Στάδιο T1, T2 (A,B) : Πρώιμο στάδιο. Ο καρκίνος περιορίζεται στον προστάτη και δεν υπάρχουν μεταστάσεις. Ριζική προστατεκτομή ή ακτινοθεραπεία.

Στάδιο T3, T4 (C) : Εκτεταμένο καρκίνωμα με πιθανή τοπική διήθηση, χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις, και χωρίς αύξηση της όξινης φωσφατάσης. Αντιανδρογόνος ορμονοθεραπεία, χειρουργικός ευνουχισμός, ακτινοθεραπεία.

Στάδιο T1-4M+(D) : Βέβαιη τοπική διήθηση στην περιπροστατική περιοχή, ακτινολογικά διαπιστωμένες οστικές μεταστάσεις, και υψηλές τιμές όξινης φωσφατάσης στο αίμα. Χειρουργικός ευνουχισμός και έναρξη της ορμονοθεραπείας με φωσφορολιωμένα παράγωγα των C14 H12 σε υψηλές δόσεις (προηγείται ακτινοβολήση των μαστών). Σε βαριές περιπτώσεις με ενδοβλέβια συνεχή έγχυση στάγδην ένχυση: 4 φύσιγγες ημερησίως των 300 MG.μέχρι 10-12 G συνολική δόση.

Το φωσφορυλιωμένο C14 H12 είναι το μόνο παρασκεύασμα οιστραδιόλης που μπορεί να δοθεί ενδοφλέβια με τόσο μεγάλη δόση. Στον καρκινικό ιστό απελευθερώνεται η δραστική ουσία του φαρμάκου, το C14 H12. Παράλληλα με την ορμονική δράση πρέπει να εξασκεί και κυτταροστατική δράση. Τελευταία είναι δυνατή η χορήγηση και ενός κυτταροστατικού, που είναι συνδεδεμένο με το οιστρογόνο (ESTACYT).

Θεραπεία διάρκειας: Για την μακροχρόνια θεραπεία χρησιμοποιείται η ενδομυϊκή οδός, ή απο το στόμα : ενδομυϊκή χορήγηση DEPOT παρασκευασμάτων οιστρογόνων καθημερινή απο του στόματος λήψη δισκίων που περιέχουν οιστρογόνα.

Εάν η όξινη φωσφατάση ήταν αυξημένη στην αρχή της θεραπείας, πρέπει να ελέγχεται μετά την αποκατάσταση της στο φυσιολογικό κατά τακτά χρονικά διαστήματα δύο ή τριών μηνών, για την παρακολούθηση της διαδρομής της νόσου και ανάλογη προσαρμογή του θεραπευτικού σχήματος. Εάν ανέβει η τιμή της φωσφατάσης, εφαρμόζεται πάλι ο ενδοφλέβιος τρόπος χορήγησης.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.

Χειρουργική: ανικανότητα, ακράτεια ούρων

Ακτινοθεραπεία : ανικανότητα, στενώματα ουρήθρας, πρωκτίτιδα, ακράτεια ούρων ή προβλήματα απο τον μυελό των οστών.

Οιστρογονοθεραπεία : Ανικανότητα, γυναικομαστία θρομβοεμβολικά επεισόδια.

Ορχεκτομή : Ανικανότητα .

ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ψηλάφηση του προστάτη απο το ορθό πρέπει να αποτελεί εξέταση ρουτίνας για άνδρες μετά το 45ο έτος της ηλικίας τους, ακόμη και αν δεν υπάρχουν διαταραχές στη ούρηση. Κάθε ισχιαλγία ή οσφυαλγία σε αυτή την ηλικία, είναι ύποπτη για οστικές μεταστάσεις απο καρκίνο του προστάτη. Εάν κατά την ψηλάφηση διαπιστωθεί σκληρία ή όζος πρέπει ο ασθενής να συμβουλευθεί τον ουρολόγο.

Με την πρώιμη διάγνωση, σκοπός της θεραπείας πρέπει να είναι η ίαση. Η ορχεκτομή και η ορμονοθεραπεία εφαρμόζεται σε προχωρημένα στάδια. Πριν απο την εφαρμογή της θεραπείας με οιστρογόνα, πρέπει να εξηγηθούν στους ασθενείς που έχουν ακόμη ενεργή σεξουαλική ζωή, τα παρεπόμενα της θεραπείας. Η θεραπεία η οποία άρχισε δεν πρέπει να διακοπεί μέχρι την ημέρα του θανάτου του αρρώστου.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με Ca προστάτη

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η ψυχολογία του ασθενούς στο χώρο του νοσοκομείου, και ιδιαίτερα εκείνου που πάσχει απο καρκίνο, χαρακτηρίζεται απο την αγωνία για τη διατήρηση του σεβασμού και της αυτοεκτίμησης του. Φυσικό είναι να εμφανίζει ανάγκες που άλλοτε απαιτούν άμεση και άλλοτε έμμεση αντιμετώπιση και οι οποίες ανάγκες εμφανίζουν μεγάλη ποικιλία απο ασθενή σε ασθενή.

Ο MASLOW χωρίζει αυτές τις ανάγκες σε 7 κατηγορίες, σύμφωνα με τη κλίμακα που ακολουθεί :

7. Αποδοχής
6. Αισθησιακές
5. Γνωρίζει και καταλαβαίνει
4. Δημιουργικότητας
3. Στοργής και αναγνωρίσεως
2. Ασφάλειας
1. Φυσικές ή βασικές ανάγκες.

Το περιβάλλον του νοσοκομείου είναι ή θα πρέπει να είναι, τέτοιο, ώστε να ανταποκρίνεται και να εξυπερετεί τις ανάγκες αυτές. Είναι σημαντική για τον ασθενή η πρώτη του επαφή με το νοσοκομείο, αφού εαν είναι αρνητική επηρεάζει ανάλογα και την μετέπειτα πορεία του.

Ο ασθενής που για πρώτη φορά εισάγεται στο νοσοκομείο, αισθάνεται μόνος είναι στεναχωρημένος, δεν έχει διάθεση, και δοκιμάζει πολλούς φόβους. Για το περιορισμό αυτών των συναισθημάτων επιβάλλεται να καταβληθεί ιδιαίτερη προσπάθεια από το προσωπικό, και ιδιαίτερα το νοσηλευτικό. Σ' αυτό θα συντελέσει και ο τρόπος υποδοχής του, στην νοσηλευτική μονάδα. Κατά την άφιξη του ασθενούς ειδοποιείται η προϊσταμένη ή ο υπεύθυνος νοσηλεύτης-τρια του τμήματος, οι οποίοι τον υποδέχονται εγκάρδια, και τον βοηθούν να τακτοποιηθεί στο καθαρό και καλοστρωμένο κρεβάτι του. Το εισιτήριο εισαγωγής, και οι γραπτές οδηγίες του ιατρού, δίνονται στην προϊσταμένη του τμήματος.

Κατά την εισαγωγή του ασθενούς, ο νοσηλεύτης-τρια παίρνει το νοσηλευτικό ιστορικό, τα ζωτικά σημεία του ασθενούς, ετοιμάζει το ατομικό του φάκελο με το θερμομετρικό διάγραμμα, το νοσηλευτικό δελτίο, κ.λ.π. Στην συνέχεια δίνει στο άρρωστο τις παρακάτω απαραίτητες και κατατοπιστικές πληροφορίες και επεξηγήσεις :

1. Τρόπος πρόσκλησης του νοσηλευτή-τριας.
2. Ημέρες και ώρες επισκεπτηρίου
3. Διεύθυνση του ιδρύματος για τυχόν αλληλογραφία, καθώς και τον αριθμό τηλεφώνου που συνοδεύεται απο τον κωδικό σύνδεσης με την νοσηλευτική μονάδα.
4. Επεξήγηση του προγράμματος του νοσοκομείου:
 - Ωρα πρωινού ξυπνήματος και θερμομέτρησης .
 - Ωρα προγεύματος, γεύματος και δείπνου,
 - Ωρα τακτικής επισκέψεως των ιατρών κ.λ.π.
5. Εφόσον ο ασθενής είναι περνηπατητικός, του γίνεται ξενάγηση στους χώρους της νοσηλευτικής μονάδας. Ετσι ενημερώνεται για τους βοηθητικούς χώρους (λουτρά, τουαλέτα), το γραφείο προϊσταμένης και αδελφών , την αίθουσα αναμονής, και το τηλέφωνο.
6. Σε μέτρηση των ούρων του ασθενούς, πληροφορείται για την σπουδαιότητα και το τρόπο μέτρησης τους. Επίσης του παρέχονται πληροφορίες για οτιδήποτε άλλο θελήσει.

Ο νοσηλεύτης -τρια κατά τη λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού και την παραλαβή και τακτοποίηση του ασθενούς, παράλληλα με την εκτίμηση της φυσικής του κατάστασης, προσπαθεί να εκτιμήσει τυχόν δυσκολίες προσαρμογής στο νοσοκομείο, καθώς και γενικά τις αντιδράσεις του. Η εμφάνιση νευρικότητας, μελανχολίας, απογοητεύσεως δεν πρέπει να περνά απαρατήρητη απο το νοσηλευτή-τρια αλλά να αντιλαμβάνεται την διάθεση του ασθενούς, να ενημερώνει την προϊσταμένη και απο κοινού να προσπαθούν για την ανύψωση του ηθικού του.

Αφού ολοκληρωθεί η τακτοποίηση και ενημέρωση του ασθενούς, τότε μόνο καλούνται οι συνοδοί που μέχρι τώρα περίμεναν στην αίθουσα αναμονής. Πληροφορούνται για το επισκεπτήριο, την κατάσταση του ασθενούς, και αμέσως μετά προσπαθούμε με ερωτήσεις να αποκομίσουμε περισσότερες ίσως πληροφορίες, για την φυσική και ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς, όσο παρέμενε σπίτι. Έτσι με όλες αυτές τις πληροφορίες καταστρώνεται σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.

ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Η δυσουρία, συχνουρία, η νυκτουρία, η αιματοουρία, και η αιμοσπερμία, είναι τα πιο συχνά συμπτώματα του καρκίνου του προστάτη.

Η συμπτωματολογία οφείλεται στην απόφραξη και διήθηση της προστατικής ουρήθρας από τον όγκο. Πολύ σπάνια ο καρκίνος μπορεί να προκαλέσει αποφρακτική συμπτωματολογία από το ορθό. Η συχνότητα συμπτωμάτων από μεταστάσεις, και ιδιαίτερα στις οστικές, είναι 15-40% των περιπτώσεων. Επίμονοι οστικοί πόνοι απαιτούν ολοκληρωμένο έλεγχο, για τον αποκλεισμό της κακοήθειας του προστάτη. Επίσης, μπορεί να έχουμε συμπτωματολογία από διήθηση και απόφραξη των λεμφαδένων, που προκαλεί απόφραξη των ουρητήρων και οιδήματα των κάτω άκρων.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

1. Δακτυλική εξέταση από το ορθό.

Συνήθως γίνεται στα εξωτερικά ιατρεία από το γιατρό. Μπορεί όμως να πραγματοποιηθεί και στην κλινική. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι λεπτός αν και απλός.

- Ενημερώνουμε τον άρρωστο για το πως θα γίνει.
- Επικοινωνούμε με τον ασθενή, για να ξεπεράσει τις φοβίες του.
- Τον βοηθάμε να πάρει τη σωστή θέση, καθώς και να βγάλει και να βάλει τα ρούχα του.

2. Βιοψία.

Βιοψία είναι η λήψη ιστοτεμαχίου από το ανθρώπινο σώμα, και η ιστοπαθολογική του εξέταση, για την πιθανή ανεύρεση νεοπλασματικών κυττάρων, ή κυττάρων με άτυπα χαρακτηριστικά. Υπάρχουν πολλές μέθοδοι για να γίνει η λήψη προστατικού ιστοτεμαχίου. Ο γιατρός θα κρίνει το τρόπο, και ο νοσηλεύτης θα κινηθεί ανάλογα με την επιλογή του γιατρού. Απαραίτητη κρίνεται η σωστή ασηψία και αντισηψία του δέρματος. Πρώτα όμως γίνεται τοπική καθαριότητα.

- Ετοιμάζουμε τα κατάλληλα εργαλεία.
 - Προσέχουμε για επιπλοκές.
 - Προσέχουμε για αιμοραγία και αιματοουρία.
 - Το ιστοτεμάχιο τοποθετείται με φορμόλη, για να στερεοποιηθεί.
- Μερικές φορές το ιστοτεμάχιο υποβάλλεται σε ψύξη, για ταχεία εξέταση (ταχυβιοψία).

- Ενημερώνεται πάντοτε ο ασθενής, και υποστηρίζεται ψυχολογικά από τον νοσηλευτή.

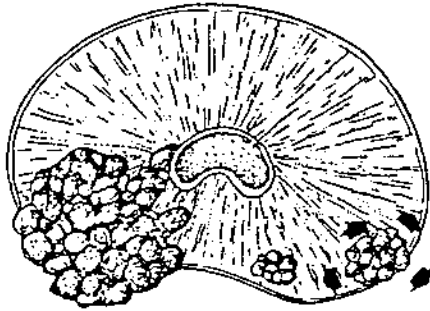
3. Κυτταρολογική εξέταση προστατικού υγρού.

Η κυτταρολογική εξέταση είναι σχετικά εύκολη διαδικασία από ιατρικής και νοσηλευτικής πλευράς, όσον αφορά τη λήψη του υγρού. Ο ρόλος του νοσηλευτή ομοιάζει με το ρόλο του στην βιοψία.

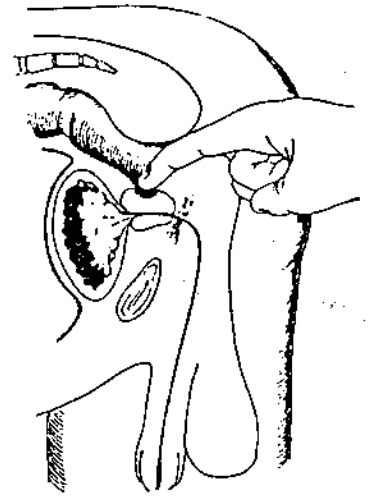
4. Κυστεοσκόπηση

Γίνεται για να απαληφθεί παθολογία των νεφρών. Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να γνωρίζει ότι η κυστεοσκόπηση ενέχει κινδύνους μόλυνσης του ουροποιητικού συστήματος, και συνεπώς πρέπει κατά την εκτέλεση της να τηρούνται σχολαστικά οι όροι ασηψίας και αντισηψίας. Χρησιμοποιείται αποστειρωμένο υλικό.

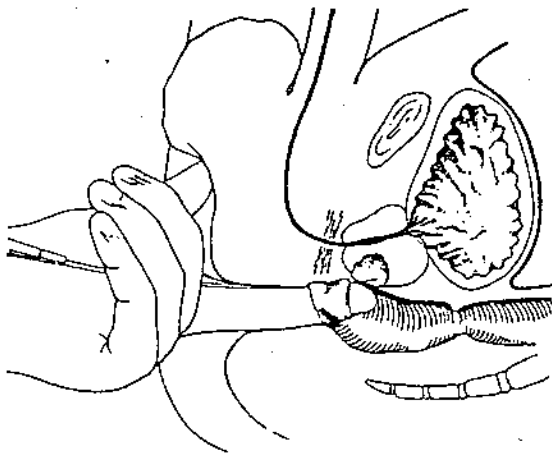
- Εξηγείται στο άρρωστο ο σκοπός και η τεχνική της εξέτασης, για να μειωθεί ο φόβος, η αγωνία και η ένταση του.
- Ενισχύεται να παίρνει πολλά υγρά προ τη εξέτασης και του χορηγούνται τουλάχιστον 2 ποτήρια νερό προ αυτής.
- Σε περίπτωση που θα γίνει τοπική αναισθησία, ο νοσηλευτής φροντίζει για την προμήθεια αναισθητικού. Εισάγονται περίπου 5ΜL ξυλοκαΐνης (ειδική για ουρολογική χρήση) μέσα στην ουρήθρα, και πιέζεται η βάλανος για λίγα λεπτά, ώστε να κλείσει το έξω στόμιο της ουρήθρας, και να μη βγει το φάρμακο προς τα έξω. Έτσι η ξυλοκαΐνη δρα σαν τοπικό αναισθητικό ενώ συγχρόνως διευκολύνεται η ολίσθηση του εργαλείου στην ουρήθρα.



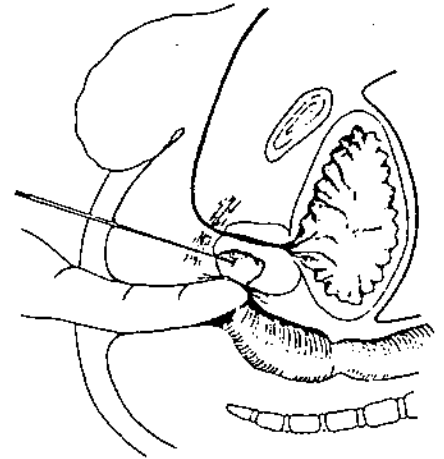
Έξελξη του καρκινώματος του προστάτη



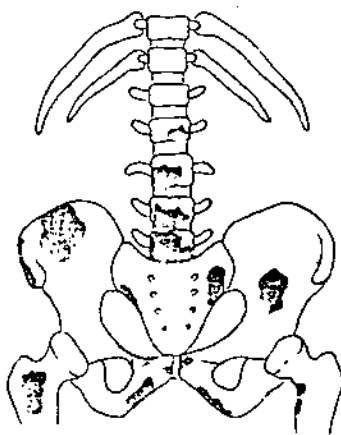
Ψηλάφηση



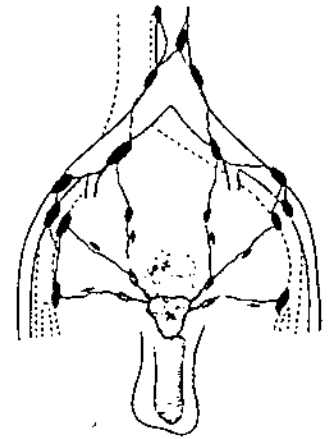
Βιοψία με λεπτή βελόνα



Άμεση βιοψία

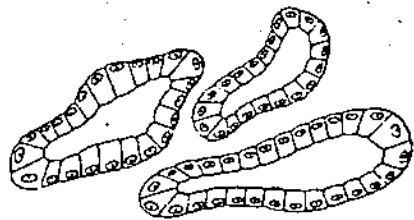


Όστικές μεταστάσεις

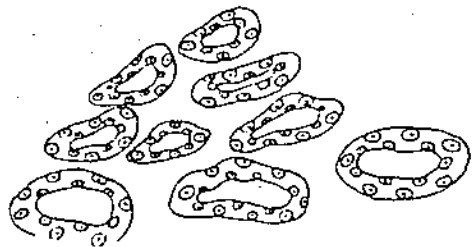


Όσοι μεταστάσεων στους λεμφαδένες

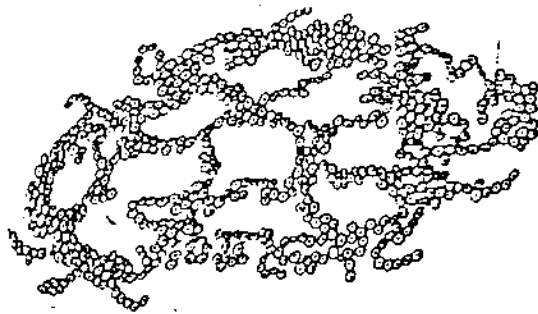
Καρκίνος του προστάτη.



άδενοκαρκίνωμα υψηλής διαφοροποίησης



λίγο διαφοροποιημένο άδενοκαρκίνωμα



ήθμοειδές καρκίνωμα



άναπλαστικό καρκίνωμα

Βασικοί ιστολογικοί τύποι του καρκίνου του προστάτη (κατά Οτομ)

- Εξασφαλίζεται η αποστείρωση του κυστεοσκοπίου.
- Λαμβάνονται μέτρα ώστε η εξέταση να γίνει σε ειδικό θάλαμο (ενδοσκοπικός θάλαμος), για να μην εκτίθεται ο άρρωστος.
- Προ της εξέτασης η κύστη γεμίζει με φυσιολογικό όρο (200-250ML) Αυτό βοηθά στην διάταση του τοιχώματος της κύστεως, και στην εξασφάλιση των πτυχών του βλενογόνου, που διαφορετικά θα κάλυπταν την οπή του κυστεοσκοπίου και θα εμπόδιζαν την εξέταση.

5. ΚΑΘΗΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

Είναι η είσοδος καθετήρα στην κύστη, διαμέσου της ουρήθρας. Σκοπός καθετηριασμού.

- α) Για την λήψη άσηπτων ούρων για καλλιέργεια.
- β) Για την κένωση της ουροδόχου κύστεως.
- γ) Για διαγνωστικές εξετάσεις.
- δ) Για πλύση της ουροδόχου κύστεως.
- ε) Για προφύλαξη τραύματος.

Καθετήρες υπάρχουν πλαστικοί, ελαστικοί, και μεταλλικοί. Πλαστικοί είναι ο TEIMAN, ο NELATON κ.λ.π. ενώ ελαστικοί είναι ο FOLLEY, ο 3WAY κ.λ.π.

Ο καθετηριασμός γίνεται από 2 νοσηλευτές. Αν κριθεί απαραίτητο, προηγείται τοπική καθαριότητα.

- Κατ' αρχήν απομακρύνονται οι επισκέπτες και ενημερώνεται ο ασθενής.
- Τοποθετούμε το παραβάν και τον άρρωστο σε ύπτια θέση με λυγισμένα γόνατα και ανοιχτούς τους μηρούς.
- Ο Α νοσηλευτής φορά αποστειρωμένα γάντια.
- Ο Β νοσηλευτής τοποθετεί το τετράγωνο αδιάβροχο, και κατόπιν φροντίζει για την αντισηψία της περιοχής.
- Ο Β νοσηλευτής ρίχνει παραφίνη στην άκρη του καθετήρα, και ο Α κρατά με το ένα χέρι το πέος σε θέση κάθετη με το σώμα και με το άλλο εισάγει τον καθετήρα στην ουρήθρα, περίπου 17-18 CM.
- Το ελεύθερο άκρο του καθετήρα, το κρατά ο Β νοσηλευτής, μέσα στο νεφροειδές μήπως δώσει ούρα.
- Φουσκώνεται το μπαλάκι του καθετήρα με 5-7 CC περίπου φυσιολογικού ορού, και κατόπιν συνδέεται ο καθετήρας με τον ουροσυλλεκτή.
- Σε περίπτωση που η κύστη είναι γεμάτη, την αδειάζουμε σιγά-σιγά, διακόπτοντας τη ροή με μια λαβίδα.

Ανοικτή πλύση κύστης και καθετήρα. Μέχρι πρόσφατα γίνονταν πολλές φορές την ημέρα προφυλακτικά για την πρόληψη συγκέντρωσης αλάτων στον καθετήρα. Σε κάθε όμως αποσύνδεση του καθετήρα από τον σωλήνα παροχέτευσης υπήρχε κίνδυνος μόλυνσης λόγω εισόδου μικροβίων. Σήμερα όμως η ανοικτή πλύση γίνεται μόνο όταν υπάρχει μερική ή τελεία απόφραξη του καθετήρα. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ανοικτή πλύση έχει ως εξής :

- Εξηγούμε στον ασθενή τη διαδικασία, και εξασφαλίζουμε τη συνεργασία του.
- Πλένουμε πάντοτε τα χέρια μας.
- Καθαρίζουμε με BETADINE το σημείο σύνδεσης του καθετήρα με το σωλήνα παροχέτευσης.
- Αποσυνδέουμε τον καθετήρα απ' το σωλήνα προσέχοντας μη μολύνουμε τα άκρα και καλύπτουμε το άκρο του σωλήνα με αποστειρωμένο πλαστικό κάλυμα.
- Γεμίζουμε τη σύριγγα πλύσης με την επιθυμητή ποσότητα διαλύματος (30-50ML για πλύση καθετήρα, 90-400ML για πλύση κύστης).
- Εφαρμόζουμε τη σύριγγα στον καθετήρα, και σιγά-σιγά εγχύουμε το διάλυμα.
- Πιέζουμε τον καθετήρα και αφαιρούμε τη σύριγγα για να παροχετευθεί το υγρό. Κρατάμε το άκρο του πάνω από το νεφροειδές και απομακρύνουμε την πίεση.
- Οι τελευταίες ενέργειες επαναλαμβάνονται μέχρι να καθαρίσει ο αυλός του καθετήρα απ' τα άλατα.
- Καθαρίζουμε το άκρο του καθετήρα και επανασυνδέουμε με το σωλήνα παροχέτευσης.
- Τακτοποιούμε ασθενή και αντικείμενα.

Κλειστή πλύση κύστης και καθετήρα . Χρησιμοποιείται για την αποφυγή μικροβιακής μόλυνσης, η οποία παρατηρείται συχνά στην ανοικτή πλύση.

Η νοσηλευτική ενέργεια περιλαμβάνει :

- Χρησιμοποιούμε καθετήρα τριπλού αυλού.
- Χρησιμοποιούμε τα διαλύματα πλύσης σε θερμοκρασία δωματίου.
- Στη διαλείπουσα πλύση κλείνουμε το πίεςτρο του σωλήνα παροχέτευσης υγρού απο την κύστη σε τακτά χρονικά διαστήματα και ανοίγουμε το πίεςτρο της συσκευής πλύσης, ώστε το διάλυμα να εγχυθεί στην ουροδόχο κύστη. Στη συνέχεια κλείνουμε το πίεςτρο της πλύσης, και ανοίγουμε το πίεςτρο του σωλήνα παροχέτευσης.
- Στη συνεχή πλύση : αν το υγρό παροχέτευσης είναι ανοιχτό κόκκινο αφήνουμε να τρέξει το διάλυμα μέχρι να ανοίξει το χρώμα του .
- Αν είναι καθαρό, ρυθμίζουμε τη ροή στις 40-60 σταγόνες.
- Ο ουροσυλλέκτης πρέπει να αδειάζει συχνά, για αποφυγή παλινδρόμησης των ούρων.
- Εμποδίζουμε την είσοδο μικροβίων στο σημείο που εισέρχεται ο καθετήρας στην ουρήθρα, καθαρίζοντας συχνά με αντισηπτικό σαπούνι και αντιμικροβιακή αλοιφή.
- Πλένουμε την περιναϊκή χώρα με σαπούνι και νερό.
- Εμποδίζουμε τη είσοδο μικροβίων μέσα απο το περιφερικό τμήμα του αποχετευτικού συστήματος.
- Διατηρούμε τον ουροσυλλέκτη κάτω απο το επίπεδο της κύστης.
- Ελέγχουμε για τυχόν αναδιπλώσεις ή για άλλα μηχανικά αίτια απόφραξης.

6. Τεχνική για λήψη δείγματος ούρων.

Είναι η καλύτερη μέθοδος για εξασφάλιση δείγματος ούρων η λήψη στη μέση της ούρησης.

Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει :

- Η εκπαίδευση του αρρώστου να εκθέσει τη βάλανο, και να καθαρίσει την περιοχή απο το στόμιο της ουρήθρας. Η περιοχή πλένεται με ήπιο αντισηπτικό σαπούνι και ξεβγάζεται καλά .
- Επιτρέπουμε στα αρχικά ούρα να διαφύγουν.
- Λαμβάνουμε το δείγμα στη μέση της ούρησης, σε αποστειρωμένο δοχείο. Δεν συλλέγουμε τις τελευταίες σταγόνες.
- Το δείγμα αποστέλλεται αμέσως στο εργαστήριο.

Αιτιολόγηση ενέργειας. Το στόμιο της ουρήθρας αποικίζεται απο βακτηρίδια. Τα ούρα μολύνονται εύκολα κατά την ούρηση. Το καλό ξέβγαλμα είναι απαραίτητο, γιατί τα αντισηπτικά μπορούν να αναχαιτίσουν την ανάπτυξη των μικροβίων στηναλλιέργεια.

Τα πρώτα ούρα δεν συλλέγονται γιατί αποπλύνουν την ουρήθρα και περιέχουν νεκρωμένα κύτταρα.

Καλλιέργεια Ούρων . Με αυτή διαπιστώνεται η παρουσία παθογόνων μικροοργανισμών και καθορίζεται η ευαισθησία τους στα διάφορα χημειοθεραπευτικά φάρμακα.

Βασική προϋπόθεση για την επιτυχία της καλλιέργειας, αποτελεί η άσηπτη λήψη των ούρων. Πρέπει να αποφεύγεται όμως ο καθετηριασμός, γιατί εγκυμονεί κινδύνους μόλυνσης. Η πιο κατάλληλη μέθοδος είναι η λήψη δείγματος στην μέση της ούρησης. Γίνεται το ίδιο πλύσιμο με αυτό της απλής εξέτασης. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται, ώστε τα ούρα να μην έλθουν σε επαφή με το δέρμα της ακροποσθίας, απ'όπου μπορεί να πάρουν μικρόβια άσχετα με την μόλυνση του οθροποιητικού σηστήματος. Αυτό κατορθώνεται αν η ούρηση γίνει με την ακροποσθία τραβηγμένα προς τα πίσω .

Το δείγμα των ούρων αποστέλλεται γρήγορα στο μικροβιολογικό.

7. Ενδοφλέβια ουρογραφία.

Πρόκειται για έγχυση σκιερής ουσίας στο ουροποιητικό σύστημα, και ακτινολογική εξέταση αυτού.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

1. Ουρία, ηλεκτρολύτες αίματος
2. Χρόνος ροής, πήξης.
3. Μικροσκοπική εξέταση ούρων (για αιματουρία).
4. Καλλιέργεια ούρων
5. Ομάδα αίματος και διασταύρωση.
6. Προσδιορισμός ηλεκτρολυτών ορού.
7. Αλκαλική φωσφατάση-ανυψωμένη σε μετάσταση στα οστά.
8. Οξινη φωσφατάση - ανυψωμένη όταν το καρκίνωμα τρυπήσει την κάψα του προστάτη.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

1. Απλή ακτινογραφία
2. ακτινογραφία θώρακος
3. Ενδοφλέβια ουρογραφία
4. Λεμφαγγειογραφία. Μπορεί να διαρκέσει ως 8 ώρες. Η χρωστική ουσία που χορηγείται είναι μπλε, και αλλάζει το χρώμα της περιοχής στην οποία ενχύεται, ώσπου να απορροφηθεί. Μετά την εξέταση ο ασθενής επιβάλλεται να αναπαυθεί.
5. Αξονική τομογραφία.
6. Υπερηχοτομογραφία
7. Σπινθηρογράφημα οστών.

ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Πρωταρχική βασική νοσηλευτική ενέργεια, είναι η συνενόηση με το γιατρό για το είδος της εξέτασης. Επίσης επικοινωνούμε με το αρμόδιο εργαστήριο.

Αναφέρουμε στο εργαστήριο την εξέταση, και δίνουμε τα στοιχεία του αρρώστου. Ενημερώνουμε τον ασθενή για τον τρόπο και τον σκοπό της εξέτασης, και προσπαθούμε να τον ενθαρρύνουμε. Συνοδεύουμε τον ασθενή στο εργαστήριο, και επιβλέπουμε την υγεία του μέχρι την επάνοδο του στο τμήμα. Ενημερώνουμε το ιατρικό προσωπικό για τα αποτελέσματα των εξετάσεων, και φροντίζουμε για την επανεγκατάσταση του αρρώστου στην κλινικά.

ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ . ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ .

Γενική αίματος , τύπος λευκών αιμοσφαιρίων , χρόνος ροής και πήξης, ομάδα και RHESUS αίματος, σάκχαρο και ουρία αίματος.

Ο ρόλος του νοσηλεύτη-τριας στην πραγματοποίηση των αιματολογικών εξετάσεων είναι απλός. Συνήθως οι αιματολογικές εξετάσεις γίνονται στην πρώτη μέρα παραμονής του αρρώστου στην κλινική. Πληροφορούμαστε για ενδεχόμενα αιματολογικά προβλήματα στο παρελθόν, και ενημερώνουμε το γιατρό.

Μεριμνούμε για τη λήψη των εξετάσεων, και τα αναφέρουμε στο γιατρό. Κατάστρώνουμε πρόγραμμα νοσηλείας όταν διαπιστώσουμε αιματολογικό πρόβλημα. Τέλος ενημερώνουμε τον άρρωστο, όσο βέβαια οι συνθήκες μας το επιτέπουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η εφαρμογή της ακτινοθεραπείας στην θεραπεία του καρκίνου όπως και η χημειοθεραπεία, είναι σχετικά νέες επιστημονικές κατακτήσεις. Από τα τέλη του 19ου αιώνα που οι ROENTGEN και CURIES ανακάλυψαν τις επιδράσεις της ακτινοβολίας στο ζωντανό οργανισμό, μέχρι σήμερα πολλά έχουν γίνει γνωστά για τις θανατηφόρες ιδιότητες της και τις θεραπευτικές της εφαρμογές.

Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στην θεραπευτική, έχει σαν βασικό της σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων, χωρίς την πρόκληση βλάβης ασυμβίβαστης με τη ζωή, στους φυσιολογικούς ιστούς που ακτινοβολούνται συγχρόνως.

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μοναδική θεραπεία του καρκίνου, ή να γίνει συνδυασμός χειρουργικής θεραπείας και ακτινοθεραπείας.

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

- Φυσικά ραδιενεργά στοιχεία (ράδιο, κ.λ.π.)
- Τεχνητά ραδιενεργά στοιχεία (ραδιοϊσότοπα);
- Μηχανήματα παραγωγής ακτίνων ROENTGEN και ηλεκτρονίων, με κατανάλωση ηλεκτρικού ρεύματος (ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία).

Η ιονίζουσα ακτινοβολία αποτελείται ή από πολύ μικρά σωματίδια που κινούνται γρήγορα (σωματίδια α και β) και ακτίνες γ που εκπέμπονται από φυσικά ή τεχνητά ραδιενεργά στοιχεία, ή από ακτίνες X (ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία). Όταν η ιονίζουσα ακτινοβολία περάσει μέσα από την ύλη, ένα μέρος ή όλη η ενέργεια της κατανέμεται τυχαία στα μόρια που συναντά στην διαδρομή της, και προκαλεί ιονισμό ή διέγερση των ατόμων από τα οποία αποτελείται. Ο ιονισμός αυτός έχει σαν αποτέλεσμα βιολογική και ατομική καταστροφή.

Στο σημείο αυτό κρίνεται αναγκαία η αναφορά στις εφαρμογές της ακτινοθεραπείας : - Χρησιμοποιείται για θεραπευτικό σκοπό, δηλαδή καταστρέφει τα κακοήγη νεοπλασμάτα μόνη ή σε συνδυασμό με χημειοθεραπευτικά φάρμακα.

- Χρησιμοποιείται για ανακούφιση του αρρώστου σε προχωρημένα στάδια κακοήθους νεοπλασίας, π.χ. ανακούφιση από τον πόνο.

- Χρησιμοποιείται για διαγνωστικό σκοπό, όπως η διάγνωση κακοήθους όγκου, μέτρηση όγκου και χρόνου κυκλοφορίας του αίματος, κ.α.

Παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας, είναι το είδος της ακτινοβολίας, η δόση και ο ρυθμός δόσης της, το είδος του ακτινοβοληθέντος ιστού, η έκταση του πεδίου, καθώς επίσης η οξυγόνωση και η θερμοκρασία του ιστού, που έχουν σχέση ανάλογη με την ακτινευαίσθησία

ΤΡΟΠΟΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί εξωτερικά, και εσωτερικά.

1) Εξωτερική εφαρμογή είναι η τηλεθεραπεία που εφαρμόζεται με α) ακτίνες X, που παράγονται από ειδικό μηχάνημα, β) με ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα μέσα σε θεραπευτικές βόμβες, π.χ. κοβάλτιο -60, καίσιο -137 (τηλεραδιοθεραπεία), και γ) με ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα σε θήκες (εκμαγεία) που εφαρμόζονται πάνω στο σημείο που πρέπει να ακτινοβοληθεί (δέρμα, βλενογόνοι, κ.α.) .

2) Εσωτερική χρήση. Αυτή εφαρμόζεται : α) ενδοκοιλιακά. Γίνεται εισαγωγή ραδιοϊσοτόπου σε κόλλα όργανα, ή σε κοιλότητες του οργανισμού π.χ. μήτρα, υπεζωκοτική κοιλότητα. β) Γίνεται χορήγηση από το στόμα ή ενδοφλέβια και γ) με εμφύτευση. Τα ραδιοϊσότοπα με στερεά μορφή βελονών, καψουλών, κόνιων, ράβδων, συρμάτων εμφυτεύονται και μένουν μόνιμα ή αφαιρούνται μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα, μέσα σε ιστούς.

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ- ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Πρώιμες ανεπιθύμητες ενέργειες-επιπλοκές :

Ακτινοδερματίτιδα . Πρόκειται για τοπικό ερεθισμό του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολείται. Ο βαθμός του ερεθισμού και της καταστροφής του δέρματος, εξαρτάται από το είδος και τη δόση της ακτινοβολίας, καθώς και από την ακτινευαίσθησία του δέρματος.

Η ερυθρηματώδης, η φυσαλιδώδης, και η εσχαροποιητική ακτινοδερματίτιδα, αποτελούν βασικές επιπλοκές της ακτινοθεραπείας. Σ' αυτές παρατηρείται οίδημα, πόνος, ερυθρότητα, ενώ χαρακτηριστικό γνώρισμα της τελευταίας είναι οι φυσαλίδες που όταν σπάζουν δημιουργούν βαθιές εξελκώσεις.

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να έχει ανσταλτική επίδραση στο μυελό των οστών, με αποτέλεσμα την ελάττωση των λεμφοκυττάρων, των πολυμορφοπύρηνων, των ερυθρών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων. Κάτι τέτοιο οδηγεί σε ακοκκιοκυτταραιμία, θρομβοπενία, αιμορραγική διάθεση, αναιμία και ευπάθεια σε μικροβιακές λοιμώξεις.

Άλλη πρώιμη επιπλοκή αποτελεί η βλάβη του βλενογόνου των οργάνων που ακτινοβολούνται, και ιδιαίτερα του επιθηλίου που καλύπτει το έντερο, με αποτέλεσμα της εμφάνιση διαρροϊκού συνδρόμου.

Οφθαλμικές ανεπιθύμητες ενέργειες-επιπλοκές :

Καρκίνοι δέρματος, πνευμόνων, και οστών, υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος της ακτινοβοληθείσας περιοχής, βλάβη γεννητικών αδένων (στερίωση).

Αλωπεκία, νέφρωση, αυτόματα κατάγματα, βλάβη του φακού του ματιού (καταράκτης), λευχαιμία, βράχυνση χρόνου ζωής.

Επίσης, γενική καταβολή δυνάμεων, ναυτία, έμμετοι, ανορεξία, απώλεια βάρους, και πυρετική δεκαητική κίνηση.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πριν αρχίσει η ακτινοθεραπεία, πρέπει να γίνει η σωστή εντόπιση του όγκου και ο προγραμματισμός της ακτινοθεραπείας.

Για να γίνει η εντόπιση του όγκου μελετάται το ιστορικό του αρρώστου, οι διάφορες εξετάσεις που του έχουν γίνει, οι ακτινογραφίες, τα αποτελέσματα των κυτταρολογικών και ιστολογικών εξετάσεων.

Η σωστή αντιμετώπιση του όγκου είναι απαραίτητη, γιατί πρέπει να ακτινοβοληθεί ολόκληρος, με όσο το δυνατό λιγότερα φυσιολογικά μέρη ή ιστούς του σώματος του ασθενούς.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από την στιγμή της πρώτης επαφής του νοσηλευτή με τον άρρωστο. Από την στιγμή αυτή ο νοσηλευτής, με το ενδιαφέρον του, την ευσυνείδητη αγάπη του, την κατανόηση της θέσης του ασθενούς, και τις γνώσεις του, θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στον άρρωστο ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης, και αισθήματα αποδοχής.

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες του νοσηλευτή συνίστανται :

1. Στην ενημέρωση του αρρώστου για την θεραπεία.
2. Στην προετοιμασία και βοήθεια του ασθενούς για την θεραπεία.
3. Στην λήψη προστατευτικών μέτρων για τον ασθενή, το περιβάλλον, αλλά και τον εαυτό του.
4. Στην ψυχολογική τόνωση του αρρώστου πριν και μετά τη θεραπεία.

Για την προετοιμασία και βοήθεια του ασθενούς που πρόκειται να δεχθεί εξωτερική ακτινοθεραπεία, γίνονται τα παρακάτω :

1. Ο νοσηλευτής ενημερώνεται από το φάκελο του αρρώστου για το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε (ακτίνες Χ-τηλεακτινοθεραπεία), τη θέση του όγκου και το σκοπό της ακτινοθεραπείας.

2. Αιτιολογεί τι και πως αντιλαμβάνεται ο άρρωστος το είδος αυτό της θεραπείας και ανάλογα τον ενημερώνει σε συνεργασία με το γιατρό.

3. Βεβαιώνεται πως ο ασθενής έχει κατανοήσει το ότι δεν πρέπει να βγάλει το δήμα που καθορίζει το σημείο που θα ακτινοβοληθεί.

4. Προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία, και παρακολουθεί τον άρρωστο για ναυτία, εμμέτους, ή άλλη αντίδραση, ώστε να την διαγνώσει έγκαιρα, και να είναι έτοιμος να τον βοηθήσει ανάλογα.

5. Χορηγεί στον ασθενή αναλγητικά πριν τη θεραπεία, αν αυτό χρειάζεται, και τον προστατεύει από ψύξη, επειδή η θερμοκρασία στα εργαστήρια είναι χαμηλή για την προστασία των μηχανημάτων.

Επίσης σημαντικό είναι να δοθούν απαντήσεις σε ερωτήματα που ίσως γεννηθούν στο ασθενή, όπως : πονάει η ακτινοθεραπεία; Θα εκπέμπω ακτινοβολία μετά τη θεραπεία ; Αν ναι, θα είμαι απομονωμένος; Η απάντηση σ' αυτά και άλλα σχετικά ερωτήματα, μειώνει την ανησυχία και το άγχος του αρρώστου, και τον βοηθά να συνεργασθεί επιτυχώς με το προσωπικό της ομάδας υγείας.

Πριν αρχίσει η εξωτερική ακτινοθεραπεία, ο άρρωστος που αυτοεξυπηρετείται, ενημερώνεται και εκπαιδεύεται στα πιο κάτω :

1. Για την περιοχή της ακτινοβολίας

- Διατηρείται στεγνή.

- Πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι. Την ώρα που σκουπίζεται

το δέρμα, αποφεύγεται η τριβή.

- Δεν βάζει αλοιφές, πούδρες, λοσιόν εκτός και υπάρχει ιατρική εντολή.

- Τόσο κατά την θεραπεία όσο και μετά απ' αυτή πρέπει να αποφεύγεται η επίδραση, έκθεση σε θερμότητα.

- Προστατεύεται από τον ήλιο ή το κρύο.

- Αποτριχώνεται μόνο με ηλεκτρική μηχανή. Αν υπάρχει τοπική ερυθρότητα, αποφεύγεται η αποτρίχωση με κάθε μέσο .

- Δεν έρχεται σε επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή ή ερεθισμό,

2. Δεν αφαιρείται το σημάδι που δηλώνει το ακριβές σημείο που θα ακτινοβοληθεί.

3. Το διαιτολόγιο που πρέπει να είναι ελαφρύ, και να περιέχει τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες.

4. Μετά από κάθε ακτινοβολία που κάνει, δεν αποτελεί πηγή ακτινοβολίας, είναι ακίνδυνος, και επιστρέφει στο θάλαμό του.

Το κτίριο ακτινοθεραπείας βρίσκεται σε υπόγειους ορόφους με ειδικές εγκαταστάσεις, όπως τοίχους από παχύ στρώμα τσιμέντου, επενδυμένους όταν χρειάζεται και με μόλυβδο, όπως και οι πόρτες.

Η προετοιμασία του ασθενούς για την εσωτερική εφαρμογή της ακτινοθεραπείας, έχει σχέση με τον τρόπο χορήγησης της. Όταν το ραδιοϊσότοπο (θωρακισμένο σε βελόνες κόκκους ή σύρμα) πρόκειται να εμφυτευθεί σε ιστό ή σε κοιλότητα οργάνου, ο άρρωστος προετοιμάζεται για χειρουργείο. Δεν χρειάζεται ειδική προετοιμασία όταν το ραδιοϊσότοπο χορηγείται από το στόμα, ή ενδοφλέβια ή τοποθετείται σε κοιλότητα. Πάντοτε όμως ο άρρωστος ενημερώνεται για το είδος και το σκοπό της θεραπείας, το χώρο της εφαρμογής, και τον τόπο της μετέπειτα νοσηλείας του.

Μετά την εφαρμογή ή χορήγηση ραδιοϊσοτόπου, ο ασθενής έχει ανάγκη από ειδική φροντίδα. Από την στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρεθεί στον ανθρώπινο οργανισμό, ο άρρωστος απομονώνεται επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή που εκπέμπει ακτινοβολία. Αυτό γίνεται να εξαντληθεί ή αφαιρεθεί το ραδιοϊσότοπο .

Σημεία που θα βοηθήσουν τον νοσηλευτή στη παροχή φροντίδας σε ασθενή με θωρακισμένο ή μη θωρακισμένο ραδιοϊσότοπο είναι τα εξής :

Ενημερώνεται από το φάκελο του αρρώστου για το είδος του ραδιοϊσοτόπου που θα χρησιμοποιηθεί, τον τύπο της πηγής, τον τρόπο χορήγησης την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία, το σημείο εφαρμογής (σε θωρακισμένη πηγή), και τον αριθμό των ημερών που πρέπει ο άρρωστος να απομονωθεί.

Επίσης γνωρίζει πώς σε περίπτωση εφαρμογής θωρακισμένου ραδιοϊσοτόπου, το ραδιοϊσότοπο δεν κυκλοφορεί στο σώμα του ασθενούς και επομένως δεν μολύνει τα ούρα, το αίμα, τους εμμέτους ή τον ιδρώτα, και έτσι δεν λαμβάνει κανένα μέτρο προστασίας στο χειρισμό τους.

Η μόλυνση από θωρακισμένη πηγή προκαλείται από άμεση επαφή με την πηγή και από την ακτινοβολία που εκπέμπει ο ιστός που ακτινοβολείται.

Ο νοσηλευτής-τρια γνωρίζει το χρόνο υποδιπλασιασμού, το είδος της ακτινοβολίας που εκπέμπει (γ ή β ακτίνες), και όταν πρόκειται για μη θωρακισμένη πηγή, το τρόπο μεταβολισμού και απεκρίσεως του ραδιοϊσοτόπου.

Γνωρίζει τα μέτρα ασφαλείας που εφαρμόζονται όταν χρησιμοποιείται ραδιενέργεια, τις οδηγίες σχετικά με το συγκεκριμένο ραδιοϊσότοπο, και με ποιόν θα έλθει σε επαφή, σε περίπτωση μόλυνσης χώρου και αντικειμένων.

Ο ασθενής νοσηλεύεται σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο με τηλέφωνο, συστήματα επικοινωνίας με την στάση των νοσηλευτών, παράθυρο παρακολουθήσεως του αρρώστου, ραδιόφωνο και τηλεόραση. Οι τοίχοι, η οροφή, η πόρτα και το δάπεδο του δωματίου, δεν επιτρέπουν τη μόλυνση του περιβάλλοντος. Ο ασθ. εψής ενημερώνεται πως το μέτρο αυτό είναι παροδικό, τους λόγους που εφαρμόζεται, και πως με το τηλέφωνο και την τηλεόραση θα μειωθεί το αίσθημα της απομόνωσης.

Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί μπλούζα και γάντια, τα οποία βάζει σε δοχεία απο μολύβι πριν φύγει απο το θάλαμο.

Ενημερώνει συγγενείς και γνωστούς του αρρώστου για τον τρόπο επικοινωνίας με αυτόν (μέσω του παραθύρου παρακολουθήσεως), εξηγεί το σκοπό του μέτρου αυτού, και τους παροτρύνει να επικοινωνούν τηλεφωνικά, για να μειωθεί το αίσθημα της μοναξιάς.

Στην πόρτα του δωματίου, στο φάκελο και στο KARDEX του αρρώστου, τοποθετείται το σήμα της ραδιενεργού ακτινοβολίας.

Κατά την προσφορά νοσηλείας, ο νοσηλευτής γνωρίζει και λαμβάνει τα προστατευτικά μέτρα, απόσταση και χρόνος, για τον εαυτό του, χωρίς όμως να εγκαταλείπεται ο άρρωστος.

Όλοι που εργάζονται σε χώρο που υπάρχει ακτινοβολία, φορούνμετρητή εκθέσεως σε ακτινοβολία, που ελέγχεται απο ειδικούς. Όταν ο μετρητής δείξει πως το άτομο που τον χρησιμοποιεί πήρε περισσότερη απο την ανεκτή ποσότητα ακτινοβολίας, τότε απομακρύνεται περιοδικά απο το χώρο της ακτινοβολίας. Σε περίπτωση μόλυνσεως του περιβάλλοντος ειδοποιείται το τμήμα ραδιοϊσοτόπων για να ενεργήσει αναλογα.

Αν η θωρακισμένη πηγή ραδιοϊσοτόπου έφυγε απο την θέση που φυτεύθηκε ή τοποθετήθηκε και βρίσκεται στο κρεβάτι ή στο δάπεδο, πιάνεται με ειδικές μακριές λαβίδες και τοποθετείται στην θέση της. Ποτέ μην πιάνετε ραδιενεργό πηγή με γυμνά χέρια.

Πριν πεταχτεί το επιδεσμικό υλικό που καλύπτει τραύμα μέσω του οποίου έγινε εμφύτευση θωρακισμένης πηγής, ελέγχεται το υλικό για εκτόπιση της πηγής.

Το ραδιενεργό υγρό που εγχέεται ενδοφλέβια ή σε κοιλότητα ή δίνεται απο το στόμα, μολύνει ανάλογα με το μεταβολισμό του και την οδό απεικρίσεως του, τα κόπρανα, τα ούρα, το αίμα, τον ιδρώτα, κ.α. Γι' αυτό λαμβάνονται ειδικά μέτρα που έχουν καθοριστεί για το χειρισμό και διάθεση των πιο πάνω ηλικιών.

Τα κυριότερα ραδιοϊσότοπα που χορηγούνται είναι: Ιώδιο-131 (^{131}I), Φωσφόρος-32 (^{32}P), χρυσός-198 (^{198}Au).

ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ακτινοθεραπεία σημαίνει ίαση με χρήση ακτινών. Κατά την διάρκεια της ακτινοθεραπείας, που κρατάει λίγα λεπτά κάθε φορά, ο ασθενής είναι ξαπλωμένος κάτω απο το μηχάνημα ακτινοθεραπείας και μένει εντελώς ακίνητος. Διαφορετικά, η θεραπεία δεν γίνεται σωστά.

Η ακτινοθεραπεία είναι εντελώς ακίνδυνη και ο ασθενής δεν αισθάνεται τίποτα. Μόνο προς το τέλος το δέρμα κόκκινίζει όπως όταν καθήσουμε το καλοκαίρι περισσότερο στον ήλιο. Μετά το τέλος της θεραπείας ο ασθενής δεν έχει καθόλου ραδιενέργεια και μπορεί να έλθει σε επαφή ακόμη και με παιδιά.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ , ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ , ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.

Οι άρρωστοι που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία, είναι σημαντικό να τρέφονται καλά να ξεκουράζονται λίγο περισσότερο και γενικά να μην υποβάλλονται σε δοκιμασίες.

Οι περιοχές του δέρματος που ακτινοβολούνται θα πρέπει να προφυλλάσσονται ιδιαίτερα απο τραυματισμούς ενώ απαγορεύεται η επίθεση ερεθιστικών ουσιών όπως οινόπνευμα, ιώδιο κ.λ.π., εκτός απο εκείνες που χορηγούνται απο τον ακτινοθεραπευτή.

Επίσης πρέπει να αποφεύγεται το πλύσιμο της περιοχής με σαπούνι καθ'όλη την διάρκεια της θεραπείας και τουλάχιστον για δύο εβδομάδες μετά το τέλος της, όπως επίσης και η έκθεση στον ισχυρό ήλιο, στο δυνατό κρύο, καθώς και τα θαλασσινά μπάνια.

Για κάθε πρόβλημα που ενδεχομένως να παρουσιαστεί και για την περιποίηση του δέρματος, ο ακτινοθεραπευτής δίνει σχετικές οδηγίες οι οποίες πρέπει να ακολουθούνται κατά γράμμα.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα αν και δεν θεραπεύουν -τα νεοπλασματικά νοσήματα, όμως επιβραδύνουν την εξέλιξη τους.

Ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο είναι κυτταροτοξικό, δηλαδή δηλητηριάζει τα κύτταρα. Η δηλητηριώδης όμως δράση του δεν περιορίζεται μόνο στην κακοήθη κύτταρα, αλλά επεκτείνεται και στα υγιή. Τα κακοήθη κύτταρα επειδή πολλαπλασιάζονται περισσότερο και είναι πιο δραστικά από τα φυσιολογικά, επηρεάζονται περισσότερο από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Τα φυσιολογικά κύτταρα ιστών όπως ο μυελός των οστών που είναι πολύ δραστικά, είναι ιδιαίτερα ευπαθή στα φάρμακα αυτά. Είναι δε πολύ δύσκολο να βρεθεί το όριο της δόσης του φαρμάκου, που θα καταστρέψει μεν τα παθολογικά κύτταρα, δεν θα επηρεάσει όμως τα φυσιολογικά.

Η τοξικότητα των φαρμάκων αυτών εκδηλώνεται στο βλενογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, στις ωθήκες και σε άλλους ιστούς και όργανα.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΧΗΜΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.

1. Ακυλιούντες παράγοντες. Αυτά επηρεάζουν των πρωτεϊνική σύνθεση και άλλες μεταβολικές εξεργασίες του κυττάρου, και κυρίως διαστρέφουν τη λειτουργία των νουκλεϊκών οξέων. Σταματούν τον κυτταρικό κύκλο, κυρίως στην προμιτωτική φάση.

2. Αντιμεταβολίτες: Αυτοί μοιάζουν δομικά με τους μεταβολίτες (ουσίες απαραίτητες για τη βιοσύνθεση των νουκλεϊκών οξέων). Υποκαθιστούν τις ουσίες αυτές, προσροφούνται από τα ένζυμα και παρεμποδίζουν τη δράση τους. Δρουν στη φάση S του κυττάρου, όπου γίνεται η σύνθεση του DNA.

3. Αναστολείς της κυτταρικής μιτώσεως. Παρεμποδίζουν τη σύνθεση DNA-RNA, και επομένως τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Τα φάρμακα που ανήκουν στην κατηγορία αυτή (ορισμένα αλκαλοειδή και αντιβιοτικά), αναστέλλουν την εξέλιξη των κυττάρων.

ΤΡΟΠΟΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ

Οι τρόποι χορήγησης είναι οι εξής :

1. Από το στόμα,
2. Ενδοαγγειακά (I.V., ενδοαρτηριακά),
3. Ενδομυϊκά,
4. Με έγχυση στο νεόπλασμα.
5. Με έγχυση σε κοιλότητα (ενδοϋπεζωκοτική, ενδοραχιαία ενδοπεριτοναϊκή).

Γενικές οδηγίες που πρέπει να εφαρμόζονται κατά το χειρισμό των φαρμάκων αυτών :

1. Προετοιμασία. α) κατά την διάλυση ή άλλο χειρισμό του φαρμάκου, χρησιμοποιούνται ελαστικά ή πλαστικά γάντια για την προστασία του δέρματος.

β) Αν διάλυμα φαρμάκου έλθει σε επαφή με το δέρμα, η περιοχή πλένεται με άφθονο νερό.

γ) Αν διάλυμα φαρμάκου μπει στο μάτι, εκτός από πλύση με άφθονο νερό, επιβάλλεται επίσκεψη στον οφθαλμίατρο.

2. Αρχίζει η έγχυση (για I.V. χορήγηση) με το υγρό χωρίς το χημειοθεραπευτικό φάρμακο.

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

4. Αποφύγεται η έγχυση του φαρμάκου, σε σημείο που είχε προηγουμένα χρησιμοποιηθεί.

5 Παρακολουθείται η περιοχή της φλεβοκεντήσεως για υποδόρια έγχυση του υγρού. Αν το υγρό πάει I.V. αρχίζει η έγχυση του φαρμάκου.

6. Παρακολουθείται συνεχώς το σημείο της φλεβοκεντήσεως για συμπτώματα υποδόριας έγχυσεως, όπως ελάτωση της ροής του υγρού, πόνος, ερυθρότητα και οίδημα.

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 η οικογένειά του, ότι πρέπει να ανφέρουν αμέσως πόνο ερυθρότητα ή οίδημα κατά ή μετά τη θεραπεία.

9. Στην περίπτωση υποδόριας εγχύσεως αντιμετωπίζεται σύμφωνα με την διαδικασία που καθορίζεται για το συγκεκριμένο φάρμακο προκειμένου να προληφθεί ή 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 η αναγραφή της νοσηλείας, σύμφωνα με την διαδικασία που ακολουθείται στο τμήμα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

1. Επιχειρείται προσέγγιση του αρρώστου, και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για την βοήθεια του σαν μια ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα φυσικά, συναισθηματικά, κοινωνικά, πνευματικά.

2. Ενημερώνεται ο ασθενής για τις τοξικές και ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου.

3. Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και εκμάθησης κατά την εκπαίδευση του αρρώστου, ώστε να αποδεχθεί να εφαρμόσει την θεραπεία, και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες της.

4. Προσφέρεται στον ασθενή ότι έντυπη πληροφορία υπάρχει για την χημειοθεραπεία για περισσότερη πληροφόρηση.

5. Γίνεται γενική αξιολόγηση του αρρώστου, για την θρέψη του, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τον βαθμό κινητικότητας, την συναισθηματική του κατάσταση, και το βαθμό ευαισθησίας στα φάρμακα. Λαμβάνεται ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, ακτινογραφιών, ή χημειοθεραπείας.

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Καταστολή του μυελού των οστών που συνοδεύεται από λευκοπενία, θρομβοπενία, αναιμία.

Γαστρεντερικές διαταραχές που εκδηλώνονται με ναυτία, εμμέτους, διάρροια, ή σύσπαση κοιλιακών μυών.

Επίσης είναι δυνατό να προκληθεί στοματίτιδα, έλκη στο βλενογόνο της στοματικής κοιλότητας, νευροτοξικότητα, ωτοτοξικότητα, ηπατοτοξικότητα, νεφροτοξικότητα, ανοσοκατασταλτική επίδραση, διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων, αλωπεκία, αλλαγές στο δέρμα.

Μερικές φορές μπορεί τα φάρμακα να αλλάξουν (την ημέρα της θεραπείας) το χρώμα των ούρων. Γι' αυτό δεν υπάρχει λόγος ανησυχίας. Όμως η μεγάλη έκθεση στον ήλιο ερεθίζει το δέρμα κι αυτό θα πρέπει να αποφεύγεται.

Ίσως υπάρξουν προσωρινά διαστήματα με μειωμένη παραγωγή σπέρματος κατά την διάρκεια της θεραπείας. Ετσι κρίνεται σκόπιμη ή μέριμνα για αντισύλληψη στο διάστημα αυτό.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Είναι πολύ θετικό σημείο το να κειστεί ο ασθενής για τη σημασία της διατροφής, και να ενημερωθεί για το είδος της. Αυτό προσπαθεί να κάνει ο νοσηλευτής συστήνοντας στον άρρωστο ελαφρά τροφή κατά την διάρκεια της θεραπείας. Επίσης σημαντική είναι η πόση αρκετών υγρών για την αποβολή των φαρμάκων από τα ούρα, αλλά και την προστασία των νεφρών. Ο γιατρός θα δώσει συμβουλές για το αν είναι αναγκαίο να μην καταναλωθούν οινοπνευματώδη τις ημέρες της θεραπείας. Στα μεσοδιαστήματα η διατροφή πρέπει να είναι πλούσια σε λευκώματα πρώτης ποιότητας (κρέας, ψάρι), γαλακτοκομικά και λαχανικά, αλλά πάντοτε ισοροπημένη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα γίνεται για να επιτευχθεί η ανύψωση του ηθικού του ασθενούς και η σωματική του τόνωση, έτσι ώστε να οδηγηθεί στο χειρουργείο με τις καλύτερες προϋποθέσεις. Η ενθάρρυνση και η διδασκαλία από το νοσηλευτή-τρια έχει ιδιαίτερη σημασία και βάρος, για την αποδοχή από τον ασθενή, της κατάστασης.

ΤΟΝΩΣΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ. Πολλοί ασθενείς έρχονται στο νοσοκομείο με φόβους και ανησυχίες που αφορούν την επιτυχία της εγχειρήσεως, την οικογένεια, τα παιδιά τους κ.λ.π, και επομένως νοιώθουν αισθήματα αγωνίας και καταθλίψεως. Είναι όμως γνωστό ότι ασθενείς που οδηγούνται στο χειρουργείο με τέτοια συναισθήματα, παρουσιάζουν σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές (π.χ. SHOCK). Για να αποφευχθεί κάτι τέτοιο ο νοσηλευτής προσπαθεί να ανακαλύψει τις προσωπικές ανάγκες του ασθενή, να τον καταλάβει και να κατανοήσει τη θέση του, έτσι ώστε να έλθει πιο κοντά του και να βελτιώσει την ψυχολογική του διάθεση.

ΤΟΝΩΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ. Αυτή επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες, και φτωχό σε λίπη. Παράλληλα, με την ενίσχυση αυτή του οργανισμού σε εξασθενημένα άτομα καθώς και σε άτομα που θα υποβληθούν σε μεγάλη εγχείρηση (εγχείρηση κατά την οποία για μεγάλο διάστημα ο ασθενής δεν θα τρέφεται από το στόμα), γίνεται τόνωση του οργανισμού και με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών (λευκωμάτων, βιταμινών κ.λ.π), ή άλλων στοιχείων του οργανισμού (αίματος, ηλεκτρολυτών).

Για την καλή θρέψη του ασθενούς η συμβολή του νοσηλευτή είναι αποφασιστική. Ενώ ο ιατρός περιορίζεται στον καθορισμό του διαιτολογίου, ο νοσηλευτής-τρια παρακολουθεί τη διατροφή του ασθενούς, μελετά τα προβλήματα που προκύπτουν καθώς και τον τρόπο αντιμετώπισης τους.

Ο νοσηλευτής-τρια βοηθά στην σωματική τόνωση του ασθενούς όταν :

1. Έχει αντίληψη της σπουδαιότητας της καλής διατροφής.
2. Γνωρίζει την επίδραση της εγχειρήσεως στις λειτουργίες του μεταβολισμού.
3. Έχει γνώσεις φυσιολογίας και διαιτητικής. Όλα αυτά βοηθούν στην κατανόηση των αναγκών του οργανισμού σε διάφορες κατάστάσεις, καθώς και στην εκλογή τροφών στις οποίες υπάρχουν τα απαραίτητα για τον πάσχοντα συστατικά.

Ο ασθενής σε κάθε εγχείρηση χάνει υγρά με την απώλεια αίματος, τον ιδρώτα, και τυχόν εμετούς. Γι αυτό και κατά την προεγχειρητική προετοιμασία δίνεται μεγάλη σημασία στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά. Έτσι ο ασθενής βοηθάται στην πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχεριών και επιπλοκών, όπως SHOCK, ναυτία δίψα.

Την προηγούμενη της εγχειρήσεως μέρα, ο ασθενής τρέφεται ελαφρά (τροφές χωρίς πολλά υπολλείματα). Έξι ώρες πριν από την εγχείρηση δεν παίρνει τίποτα από το στόμα, για τον κίνδυνο εμμέτων και μετεωρισμού κοιλίας. Αν ο ασθενής δε πρέπει να στερηθεί υγρά έστω και για έξι ώρες, τότε αυτά χορηγούνται παρεντερικώς.

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ : Γίνονται κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις. Στην γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνεται εξέταση του ασθενούς από χειρουργό και παθολόγο. Οι εργαστηριακές εξετάσεις περιλαμβάνουν μια γενική ούρων, και γενική αίματος. Το είδος της εγχειρήσεως και η κατάσταση του ασθενούς, ρυθμίζουν την ανάγκη συμπληρωματικών εξετάσεων. Μετά την οριστική απόφαση για έγχειρηση, καλείται ο αναισθησιολόγος, για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος του ασθενούς. Η εξέταση αυτή αποσκοπεί στο να καθορίσει το είδος της αναισθησίας (τοπική, γενική) και το είδος των αναισθητικών.

ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ :

Αυτή συνίσταται σε :

1. Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα. Αυτή η ενέργεια αποβλέπει :
 - στην αποφυγή της εκκενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι.
 - Στην ευχερέστερη διενέργεια της επεμβάσεως .

- Στην αποφυγή της δημιουργίας αερίων, μέσα στις εντερικές έλικες, απο την σήψη του περιεχομένου τους.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται :

- Με τη χρήση καθαρτικών φαρμάκων. Σήμερα δεν συνίσταται η λήψη καθαρτικών γιατί προκαλούν αφυδάτωση, εξασθένηση του οργανισμού και χαλάρωση του τόνου του εντέρου.

- Με καθαρτικό υποκλυσμό. Συνήθως γίνονται δύο υποκλυσμοί, ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχειρήσεως, και ο άλλος έξι ώρες προ της εγχειρήσεως. Με αυτούς επιτυγχάνεται η καθαριότητα του κατωτέρου τμήματος του παχέως εντέρου.

Ο νοσηλευτής παρακολουθεί τα αποτελέσματα των υποκλυσμών, και αν είναι αρνητικά ενημερώνει την προϊσταμένη του τμήματος, ή τον ιατρό. Η εκτέλεση των υποκλυσμών γίνεται κατόπιν ιατρικής εντολής.

2. Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς. Αυτή εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος, και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος απο τα ακάθαρτο δέρμα. Αυτό γίνεται την παραμονή της εγχειρήσεως, ενώ ταυτόχρονα προστατεύεται ο ασθενής απο το κρύο.

Το λουτρό προ της εγχειρήσεως μπορεί να μην είναι γνωστό λουτρό καθαριότητας με σαπούνι, τρίπτη, και νερό αλλά να είναι καθαριότητα και συγχρόνως απολύμανση του δέρματος. Αυτό γίνεται με βούρτσα νυχιών, και αντισηπτική σαπουνούχο ουσία, όπως PHISOHEX. Κατά τη διάρκεια του λουτρού παρακολουθείται η υγεία του δέρματος και γίνεται προσεκτική καθαριότητα ορισμένων σημείων όπως π.χ. του ομφαλού. Τέλος γίνεται περιποίηση των νυχιών.

Στην καθαριότητα του σώματος περιλαμβάνεται και η καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας καθώς και τουρινοφάρυγγα, για την πρόληψη μόλυνσεων του αναπνευστικού συστήματος, και των σιελογόνων αδένων.

ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΠΑΡΚΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΛΟΥ ΥΠΝΟΥ.

Πάντοτε η αναμονή εγχειρήσεως προκαλεί αγωνία και φόβο. Αυτά τα συναισθήματα μπορεί να είναι τόσο έντονα, ώστε να προκαλούν αϋπνία στον ασθενή. Η αϋπνία αυτή αλλά και η κόπωση που προκαλεί προδιαθέτουν στην μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία, και ακόμη στην εμφάνιση επιπλοκών.

Για να αποφύγουμε κάτι τέτοιο, χορηγείται στον ασθενή τη νύχτα της παραμονής της εγχειρήσεως ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.

Αυτή περιλαμβάνει ένα σύνολο ασκήσεων μετεγχειρητικά, που έχουν σχέση με την επαναλειτουργία άκρων ποδιών, χεριών, αναπνευστικών μυών, πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας κ.λ.π.

Επίσης γίνεται προσανατολισμός του ασθενούς, για τον νεο δωμάτιο, στο οποίο θα μεταφερθεί μετά την επέμβαση. Αυτό γίνεται για να μην προκληθεί σύγχυση στον ασθενή, όταν αυτός κατά την αφύπνιση βρεθεί σε διαφορετικό περιβάλλον, εξοπλισμένο ενδεχομένως με πολλά και περίεργα γι' αυτόν μηχανήματα.

ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Αυτή περιλαμβάνει την προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή της περιοχής του σώματος του ασθενούς στην οποία πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας εδώ είναι απλός. Συνίσταται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μόλυνσεις.

Η θέση και η έκταση του εγχειρητικού πεδίου εξαρτάται απο το είδος της εγχείρησης και περιλαμβάνει αρκετό μέρος γύρω απο το σημείο της τομής.

Συρρίζουμε τον ασθενή, στην περιοχή των γεννητικών οργάνων μέχρι και όλη την περιτοναϊκή κοιλότητα.

Το εγχειρητικό πεδίο επιβάλλεται να είναι απόλυτα καθαρό.

ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η τελική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει :

α. Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής καταστάσεως του ασθενούς. Γίνεται λήψη των ζωτικών σημείων (σφύξεις, θερμοκρασία, αρτηριακή πίεση).

β. Κατάλληλη ένδυση. Ο νοσηλευτής-τρια φοράει στον ασθενή τη ρόμπα του χειρουργείου, αφού προηγουμένως αφαιρέσει όλα τα ρούχα, τις πιτζάμες, την ξένη οδοντοστοιχεία, και τα χρυσαφικά.

γ. Παρατηρείται ο ασθενής για τυχόν εμφάνιση βήχα ή άλλων συμπτωμάτων και δίνεται αναφορά στην προϊσταμένη.

δ. Πριν ο ασθενής φορέσει τη ρόμπα του χειρουργείου (μισή ώρα πριν την επέμβαση), παροτρύνεται από το νοσηλευτή να ουρήσει, για να αδειάσει η ουροδόχος κύστη.

ε. Η ενδυμασία του χειρουργείου αποτελείται από τα ποδονάρια που σκεπάζουν τα κάτω άκρα, υποκάμισο (κοινό νυχτικό, ανοικτό στο πίσω μέρος), και σκούφο για την κάλυψη του τριχωτού της κεφαλής (δεν χρησιμοποιείται στους άνδρες).

στ. Το περιεχόμενο της προεγχειρητικής διδασκαλίας, συμπεριλαμβάνει, επιδείξεις αναπνευστικών κινήσεων με αποχρέφως ενεργητικές ασκήσεις των κάτω άκρων και την λήψη μέτρων ασηψίας και αντισηψίας, προς αποφυγή μόλυνσεως του τραύματος και των παροχετευτικών σωλήνων.

ζ. Η ηθική τόνωση των ασθενών προεγχειρητικά απαιτεί μεγάλη προσοχή από μέρος του νοσηλευτή-τριας γιατί ο ασθενής κατέχεται από το αίσθημα ότι βρίσκεται κοντά στο θάνατο. Ο νοσηλευτής πρέπει τέτοιες στιγμές να συζητά πολύ με τον άρρωστο. Να εκδηλώνει έμπρακτα την αγάπη και την στοργή του με ποικίλους τρόπους και άμεσα, καθώς και να ικανοποιεί τις ανάγκες και τις επιθυμίες του ασθενή με κάθε τρόπο. Έτσι συμβάλλει στην ανάπτυξη του αισθήματος ασφάλειας και βεβαιότητας του αρρώστου, και συνεισφέρει στην εξομάλυνση της πορείας του προς την εγχείρηση.

ΠΡΟΝΑΡΚΩΣΗ.

Αυτή γίνεται συνήθως μισή ώρα προ της εγχειρήσεως. Το είδος της προνάρκωσης καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο και αποβλέπει στην μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως του βλενογόννου του αναπνευστικού συστήματος, και την πρόκληση υπνηλίας. Λόγω της δράσεως των φαρμάκων συνιστάται στον ασθενή να μη σηκωθεί από το κρεβάτι του. Σαν παράδειγμα προνάρκωσης αναφέρεται η χορήγηση στον ασθενή ενδομυϊκά PETHIDINE και ATROPINE, σε αναλογία μισού προς μισό.

Κ. Κατά την προνάρκωση εξασφαλίζουμε στον ασθενή ένα περιβάλλον χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό. Τους επισκέπτες του ο ασθενής τους βλέπει πριν γίνει η προνάρκωση. Μετά την προνάρκωση δεν επιτρέπονται επισκέπτες στο δωμάτιο.

Μετά την προνάρκωση ο ασθενής μεταφέρεται αμέσως στο φορείο και παραμένει στο θάλαμο. Η μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο γίνεται συνοδεία του νοσηλευτή-τριας.

Εάν είναι δυνατό ο νοσηλευτής-τρια παρακολουθεί την εγχείρηση. Αυτό θα τον βοηθήσει να προσφέρει καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα στον ασθενή. Οι συγγενείς εν τω μεταξύ έχουν ενημερωθεί να περιμένουν στην αίθουσα αναμονής.

Η ενημέρωση και η καθυσύχαση τους για την πορεία της εγχειρήσεως, ελαττώνει της αγωνία τους, και χαλαρώνει την ένταση τους. Το συχνό και κατάλληλο πλησίασμα είναι δυνατό να τους ανακουφίσει. Τέλος όλες οι βασικές ενέργειες του νοσηλευτή πρέπει να αναγράφονται στο νοσηλευτικό δελτίο ή τη λογοδοσία της νοσηλευτικής μονάδας.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΑΙΝΗΣ ΚΑΙ ΘΑΛΑΜΟΥ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Με την αποχώρηση του ασθενούς από το χειρουργείο ο νοσηλευτής αερίζει το θάλαμο και ετοιμάζει το κρεβάτι, το κομοδίνο και γενικά το περιβάλλον του ασθενούς.

Το κρεβάτι που θα δεχθεί το χειρουργημένο με γενική νάρκωση ασθενή πρέπει :

1. Να είναι ζεστό για την προφύλαξη του αρρώστου από ψύξη και μετεγχειρητική πνευμονία. Αυτό αντιμετωπίζεται με την χρήση θερμοφόρων τους χειμερινούς μήνες.

2. Να είναι χωρίς μαξιλάρι για την ταχύτερη αποβολή του ναρκοτικού.

3. Να τοποθετείται προστατευτικό μαξιλάρι στο πάνω κυγκλίδωμα του κρεβατιού, για να μην χτυπήσει ο ασθενής κατά τις τυχόν διεγέρσεις στο στάδιο της αποναρκώσεως.

4. Να είναι ανοικτό από όλες τις πλευρές για την εύκολη μεταφορά του ασθενούς από το φορείο.

5. Να προστατευθεί το πάνω μέρος των κλινოსκεπασμάτων από ενδεχομένους εμέτους με την τοποθέτηση πετσέτας προσώπου και αδιαβρόχου κεφαλής.

Στο πάνω πλάγιο χείλος του στρώματος προς το μέρος του κομοδίνου τοποθετείται χάρτινη σακούλα. Στο κρεβάτι μπορούν να τοποθετηθούν και άλλα εξαρτήματα, ανάλογα με το είδος της εγχείρησης και την εξέλιξη της πορείας του ασθενούς. Στο κομοδίνο τοποθετείται πετσέτα για να αποφεύγονται οι θόρυβοι από τοποθέτηση αντικειμένων πάνω σ' αυτό. Επίσης, στο κομοδίνο υπάρχει ποτήρι με νερό, PORT COTTON, νεφροειδές, και κάψα με χαρτοβάμβακα και τολύπια βάμβακος. Τέλος το κομοδίνο απομακρύνεται λίγο από το κρεβάτι για να προφυλάξουμε τον άρρωστο από τυχόν διεγέρσεις.

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Μέσα στο χειρουργείο ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι οι μολύνσεις. Μεγάλο ρόλο εδώ παίζει η σωστή ασηψία, που διασφαλίζει την ασφαλή διεξαγωγή μεγάλων επεμβάσεων.

Ο κύριος συντονιστής της σωστής διεξαγωγής της επέμβασης είναι ο επιστήμονας νοσηλεύτης. Οντας γνώστης των νοσηλευτικών πράξεων της σωστής τήρησης ασηψίας-αντισηψίας και της διαδικασίας της επέμβασης, κρίνεται απαραίτητος για την επιτυχή έκβαση της επέμβασης.

Ο νοσηλεύτης-τρια του χειρουργείου γνωρίζοντας την ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς τον υποδέχεται σαν προσωπικότητα και όχι σαν χειρουργικό περιστατικό. Επίσης είναι υπεύθυνος για όλη την προετοιμασία και την συγκέντρωση του υλικού των αποστειρωμένων εργαλείων και για οτιδήποτε άλλο χρειαστεί στην επέμβαση.

Η παρουσία τριών νοσηλευτών-τριών στο χώρο του χειρουργείου είναι απαραίτητη. Ο καθένας έχει το δικό του ρόλο. Ο εργαλειοδότης προσφέρει στο γιατρό τα εργαλεία και βοηθά στην επέμβαση, ο νοσηλεύτης που είναι υπεύθυνος για τον οποιοδήποτε μη αποστειρωμένο χώρο του χειρουργείου, για τα διάφορα μηχανήματα και MONITOR, και ο νοσηλεύτης που βοηθά τον αναισθησιολόγο στην χορήγηση της νάρκωσης.

Απαραίτητα προσόντα για τον νοσηλευτή-τρια του χειρουργείου είναι η συνεχής προσοχή και επαγρύπνηση, η παρατηρητικότητα, η ετοιμότητα, η αντίληψη, και προπάντων γνώση του τρόπου διεξαγωγής της εγχείρησης.

Οι φροντίδες κατά την διάρκεια της επέμβασης αποτελούν σημαντικό μέρος της όλης νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται στον ασθενή στο χώρο του νοσοκομείου. Η σωστή συνεργασία χειρουργείου και τμήματος, εξασφαλίζουν όρους κατάλληλους για την γρήγορη αποθεραπεία του ασθενή.

T. E. I. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Γενικά.

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί σοβαρή απασχόληση του νοσηλευτή-τριας. Η πείρα η επιδεξιότητα και οι γνώσεις είναι το τρίπτυχο επιτυχίας στην περιποίηση και παρακολούθηση της πορείας του αρρώστου.

Ο νοσηλευτής-τρια θα συντελέσει :

1. Στην προστασία του ασθενούς κατά τις διάφορες φάσεις της ανανήψεως.
2. Στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξης της ασθένειάς του.
3. Στην ανακούφιση του από τα ενοχλήματα.
4. Στην πρόληψη επιπλοκών.
5. Στην βοήθεια του ασθενούς για να επανέλθει το ταχύτερο στην φυσιολογική του κατάσταση.

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από την στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο, και τελειώνει με την πλήρη αποκατάσταση του. Αυτή περιλαμβάνει :

1. Την προφύλαξη του ασθενούς από ρεύματα αέρα κατά την μεταφορά του από το χειρουργείο στο θάλαμο.

2. Την κατάλληλη τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Η θέση του ασθενούς εξαρτάται από το είδος της εγχειρήσεως και το είδος της ναρκώσεως. Η συνηθέστερη θέση του ασθενούς αμέσως μετά την εγχείρηση είναι υπτία με το κεφάλι σταμμένο πλαγίως. Αργότερα σε ανάρροπη θέση χωρίς να αποκλείεται κάποια άλλη από τις γνωστές. Η κατάλληλη θέση του ασθενούς στο κρεβάτι προκαλεί χαλάρωση και όχι σύσπαση των μυών και επιτρέπει τη λειτουργία παροχетеύσεων.

3. Την παρακολούθηση και τον έλεγχο της κατάστασης του τραύματος.

4. Την παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την αφύπνισή του. Εδώ η προφύλαξη του αρρώστου από τις διεγέρσεις ή από την εισρόφηση εμεσμάτων αποτελεί σοβαρό μέλημα του νοσηλευτή.

5. Την σύνδεση των παροχетеύσεων ή του καθετήρα, εάν ο ασθενής φέρει κάποιο από αυτά.

6. Την προφύλαξη και θεραπεία από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές.

7. Την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και άλλες δυσκολίες, από τις οποίες υποφέρει κυρίως κατά τις πρώτες 48 ώρες μετά την εγχείρηση.

8. Την φροντίδα του τραύματος.

Η καθαριότητα αποτελεί σπουδαίο παράγοντα της μετεγχειρητικής νοσηλείας του ασθενούς. Συνιστάται λουτρό καθαριότητας καθημερινά, καθώς και συχνή αλλαγή νυχτικού και ιματισμού. Οι πλύσεις και η καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας όχι μόνο ανακουφίζουν, αλλά προλαβαίνουν στοματίτιδες και παρωτίτιδες (συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές) .

Οι συχνές εντριβές και η αλλαγή θέσεως του αρρώστου βοηθούν στην ανακούφιση και άνεση του και στην πρόληψη επιπλοκών.

Η δίαιτα του χειρουργημένου ασθενούς αρχικά είναι υγρή, βαθμιαία προχωρεί σε ελαφρές πολτώδεις τροφές, και κατόπιν αφήνεται ελεύθερη. Όταν δεν επιτρέπεται ο ασθενής να πάρει υγρά από το στόμα, ή σε μεγάλη αφυδάτωση, ή σε περίπτωση ναυτίας και εμέτων, τότε χορηγούνται σ' αυτόν οροί ενδοφλεβίως.

Ειδικά.

Λήψη ζωτικών σημείων αμέσως μόλις ο άρρωστος επιστρέψει από το χειρουργείο στο κρεβάτι του, επειδή υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μετεγχειρητικής αιμοραγίας και κατ'επέκταση των ζωτικών του σημείων τουλάχιστον κάθε δύο ώρες το 1ο 12ωρο.

Η αφαίρεση του αδενώματος είναι "τυφλή" δηλαδή ο χειρουργός με ειδικούς χειρισμούς αφαιρεί το αδένωμα χωρίς ταυτόχρονα να μπορεί να ελέγχει πλήρως τα αιμοραγούντα αγγεία, επειδή το ίδιο το αδένωμα είναι αγγειοβριθές, και η αποδόλληση του συνεπάγεται άφθονη αιμοραγία. Συνήθως για περιορισμό της αιμοραγίας τοποθετείται μέσα στην ουροδόχο κύστη πιεστικό ταμπόν ή γάζα πρώτου μεγέθους ή επίδεσμος. Επομένως η ευθύνη του νοσηλευτή για διαπίστωση συμπτωμάτων αιμοραγίας είναι μεγάλη. Τα συμπτώματα αυτά είναι : αύξηση συχνότητας καρδιακού παλμού, πτώση Α.Π., ωχρότητα προσώπου, βαθιές και ελλειπτικές συχνότητας αναπνοές, αποβολή αιματηρού υγρού από τους παροχετευτικούς σωλήνες (ουρηθρικό καθετήρα και υπερηβικό PETZER), εμποτισμός του επιδερμικού υλικού του τραύματος με αιματηρό υγρό, και τέλος επιδρώσεις, γενική ανησυχία, πτώση θερμοκρασίας, και κρύα άκρα.

Ο νοσηλευτής-τρια οφείλει αμέσως να ειδοποιήσει γιατρό και να είναι έτοιμος για τυχόν μετάγγιση ή ενδοφλέβια χορήγηση υγρών.

ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΕΙΣ

Επιβάλλεται συχνός ακριβής και πλήρης έλεγχος της λειτουργικότητας των παροχετευτικών σωλήνων επειδή είναι εύκολη η απόφραξη τους από πήγματα αίματος ή και άλλες αιτίες. Γι αυτό εφαρμόζεται πλύση καθετήρα. Η ροή των παροχετευτικών σωλήνων πρέπει να ελέγχεται ώστε να είναι ομαλή και να αποφεύγονται συστροφές και κάμψεις.

Τηρείται σχολαστικά διάγραμμα προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών, ενώ παράλληλα ενισχύεται ο άρρωστος να παίρνει περισσότερα από 3LT/24H. Η σίτιση του αρχίζει αμέσως μόλις αποκατασταθεί η κινητικότητα του εντέρου.

Όταν απαιτείται μέτρηση ούρων ανά μια ώρα, τότε μεταξύ σύνδεσης ουροκαθετήρα και ουροσυλλέκτη τοποθετείται ειδική συσκευή με ανάλογες ενδείξεις, από τις οποίες βλέπουμε την ποσότητα των ούρων ανα ώρα.

Οι πιθανότητες μόλυνσης του τραύματος είναι αυξημένες, αφού κατά κανόνα από αυτό βγαίνουν και ούρα, επειδή εύκολα αποφράσσεται ο παροχετευτικός καθετήρας. Έτσι το τραύμα υγραίνεται, ποτίζεται με ούρα, και επιμολύνεται από παθογόνους μικροοργανισμούς. Σημεία τραυματικής καιοσμίας, τραυματικής ευαισθησίας πόνου καθώς και πυώδους εκροής, πρέπει να αναφέρονται στο γιατρό αμέσως.

Η εμφάνιση πυρετού ενδεχομένως να είναι σύμπτωμα αναπνευστικής αιτιολογίας. Γι αυτό ελέγχεται ο άρρωστος ενισχύεται να βήχει και να αποβάλλει βρογχικές εκκρίσεις. Ο χρόνος εγέρσεως του είναι θέμα ιατρικό. Σήμερα πάντως ενισχύεται η έγκαιρη έγερση του ασθενούς.

Η αφαίρεση των παροχετευτικών σωλήνων δεν σημαίνει και πλήρη αποκατάσταση της ούρησης. Στην αρχή η αφαίρεση τους συνοδεύεται από συχνουρία και μερική απώλεια ούρων. Αυτό οδηγεί των άρρωστο σε απαισιοδοξία και μελαγχολία. Η πληροφορία ότι ο έλεγχος της ούρησης είναι θέμα λίγων μόνο ημερών, συμβάλλει στην τόνωση του ηθικού του. Ενδέχεται και μετά την αποχώρηση του από το νοσοκομείο να έχει απώλεια ούρων στάγδην, όμως και αυτό προοδευτικά θα αποκατασταθεί. Γι αυτό το θέμα ενημερώνεται και κάποιο μέλος της οικογένειας του.

Η αυτοεξυπηρέτηση αρχίζει μόλις ο άρρωστος εγερθεί και ενισχύεται συνεχώς μέχρι την πλήρη ανεξαρτητοποίηση του. Πρέπει όμως να αποφεύγει εξαντλητικές δραστηριότητες καθώς και χρήση οινοπνευτωδών ποτών τουλάχιστο για μερικούς μήνες. Σε περίπτωση αιματοουρίας αυτό πρέπει να γνωστοποιείται στο γιατρό.

Επίσης χρειάζεται ιδιαίτερη νοσηλευτική μέριμνα για τα παρακάτω :

- Διατήρηση αυστηρά άσηπτης τεχνικής.
- Παρακολούθηση για σημεία αιμοραγίας. Ένας βαθμός αιμοραγίας αναμένεται

- Εξέταση ούρων για αίμα, και μέτρηση ειδικού βάρους.
- Παρακολούθηση και εκτίμηση ζωτικών σημείων ιδιαίτερα της Α.Π. και της θερμοκρασίας στόματος.
- Διατήρηση ελεύθερης απροσκοπτης ροής των ούρων. Έλεγχος καθετήρων για σημεία απόφραξης απο θρόμβους αίματος ή σπανιότερα τμήματα ιστών
- Παραγγέλλεται συνεχής πλύση.
- Χορήγηση αναλγητικών και σπασμολυτικών φαρμάκων. Διακοπή αντισπασμωδικών 24 ώρες πριν απο την αφαίρεση του καθετήρα.
- Διατήρηση προσλαμβανόμενων υγρών (απο το στόμα και I.V.) μεταξύ 2.500-3.000 ML το 24ωρο,εκτός αντέδειξης.
- Παρακολούθηση και συσχετισμός προσλαμβανόμενων- αποβαλλομένων υγρών κάθε 2 ώρες άμεσα μετά την εγχείρηση, και κάθε 8 ώρες όταν η κατάσταση σταθεροποιηθεί.
- Αποφυγή λήψης θερμοκρασίας απο το ορθό και χρησιμοποίησης σωλήνα ορθού ή υποκλ. σμών.
- Λήψη μέτρων για πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών. Γύρισμα κάθε 2 ώρες, παθητικές και ενεργητικές ασκήσεις πλήρους τροχιάς, έγκαιρη έγερση και χρήση ελαστικών καλτσών για την πρόληψη της εμβολής. Ενώ ο βήχας πρέπει να ευθαρύνεται, ο δυνατός βήχας πρέπει να αποφεύγεται.
- 3-4 ημέρες μετά την επέμβαση χορηγούνται ηπαικτικά με ιατρική εντολή.
- Παρακολούθηση γαζών για εκτίμηση παροχέτευσης.
- Αποφυγή μετατόπισης του ουρηθρικού καθετήρα γιατί χρησιμεύει για την ουρηθρική αναστόμωση.
- Ενθάρυνση του αρρώστου να εκτελεί ασκήσεις περινέου.
- Ανύψωση του ηθικού του αρρωστού.
- Διδασκαλία του ασθενούς να αποφεύγει των εντονη άσκηση και την ανύψωση βαρέων αντικειμένων για τουλάχιστον 3 βδομάδες μετά την εγχείρηση.
- Παροχή συμβουλών που αφορούν των επαγγελματική και συζυγική του ζωή.
- Βοήθεια του αρρώστου να ξανακτίσει την αυτοεκτίμηση και το θετικό σωματικό είδωλο.
- Πληροφορίες που αφορούν το διατολόγιο για αποφυγή δυσκοιλιότητας μετά την έξοδο απο το νοσοκομείο.
- Μετανοσοκομειακή παρακολούθηση και νέα αξιολόγηση .

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ

Πόνος : Μπορεί να είναι συναισθηματικός λόγω της ιδιαίτερης ψυχικής φόρτισης του ασθενούς, ή σωματικός λόγω της επέμβασης .

Δίψα : Αυτή προκαλείται απο την νάρκωση τοπική ή γενική. Η ξηρότητα του βλενογόνου του στόματος προκαλείται απο την ένεση ατροπίνης που ελλατώνει τις εκκρίσεις, αλλά και απο την μείωση των υγρών του οργανισμού, που προκαλείται κατά και μετά την εγχείρηση (αιμοραγίες, ιδρώτας έμμετοι) .

Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγρανση των χειλιών και της γλώσσας με γάλα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό, και με χορήγηση υγρών δια της πεπτικής ή παρεντερικής οδού. Η χορήγηση ή όχι υγρών καθώς και το είδος τους εξαρτώνται απο το είδος της εγχείρησης.

Έμμετοι : Συμβαίνουν συνήθως το πρώτο 24ωρο και ιδιαίτερα μετά απο γενική νάρκωση. Τοποθετούμε το κεφάλι του αρρώστου στα πλάγια και εφαρμόζουμε ένα νεφροειδές. Άμεσα μετά το απομακρύνουμε γιατί προκαλεί ναυτία και έμετο. Σε συνεχείς εμμέτους :

Τοποθετείται καθετήρας LEVIN. .

Καθαρίζουμε το στόμα του ασθενούς.

Αλλάζουμε τα κλινοσκεπάσματα.

Ενημερώνουμε το διάγραμμα και τον γιατρό.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ:

Επίσχεση ούρων. Είναι η κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής ενώ έχει ούρα στην κύστη αδυνατεί να ουρήσει.

Αίτια που προκαλούν επίσχεση είναι :

- Υποτονία κοιλιακών τοιχωμάτων λόγω επιδράσεως ναρκωτικών.
- Σύσπαση σφιγκτήρα κατά την χρήση σκοραμύδας. Αυτό συμβαίνει σε νευροφυτικά άτομα.

Για την επίλυση της επίσχεσης ο νοσηλευτής :

- Αλλάζει τη θέση του αρρώστου στο κρεβάτι .
- Χύνει χλιαρό νερό στην σκοραμύδα (δρα χαλαρωτικά στο σφιγκτήρα).
- Ανοίγει τη βρύση και αφήνει να ρέει το νερό. (ο ήχος του νερού που ρέχει διευκολύνει την ούρηση).
- Σηκώνει τον ασθενή και τον κρατά όρθιο εφόσον η κατάσταση του το επιτρέπει.

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

Εαν τα προαναφερόμενα δεν έχουν κανένα αποτέλεσμα τότε ποιοθετείται σπασμολυτικό υπόθετο ύστερα και ιατρική εντολή. Εαν και αυτό δε φέρει αποτέλεσμα τότε γίνεται καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως.

Ουραιμία. Εδώ έχουμε "δηλητηρίαση" του αίματος λόγω της μη αποβολής απο αυτό μέσω των ούρων, των άχρηστων συστατικών του.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΤΡΑΥΜΑ

Μόλυνση τραύματος. Τοπικά συμπτώματα της μόλυνσης είναι αυξημένος πόνος, θερμότητα, ερυθρότητα, οίδημα, πυώδης εκροή. Γενικά συμπτώματα της είναι : πυρετός, ρίγος, ανορεξία κεφαλαλγία.

Ρήξη τραύματος. Αυτό συμβαίνει συνήθως σε παχύσαρκα άτομα, σε υπερήλικες, και σε άτομα που έχουν βίαιους εμετούς ή έντονο βήχα, αυξάνοντας έτσι την τάση των κοιλιακών τοιχωμάτων. Μέτρα προφύλαξης είναι τα εξής :

- Υποστήριξη του τραύματος με τοποθέτηση χειρουργικής ζώνης.
- Καταστολή των εμέτων και του βήχα.
- Διδασκαλία στον ασθενή να συγκρατεί με τις δύο παλάμες του το τραύμα όταν βήχει.

Μετεγχειρητική ψύχωση. Τα αίτια που την προκαλούν δεν είναι γνωστά. Στην εμφάνιση της συμβάλλουν η προδιάθεση του ατόμου και η παρατεταμένη νάρκωση. Συνιστάται παρακολούθηση του αρρώστου απο ψυχίατρο. Η σωστή ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς πριν την εγχείρηση, προλαβαίνει πολλές φορές αυτή την επιπλοκή.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΟΛΥΝΣΕΩΣ

Η προσπάθεια για την επιτέλεση μιας άσηπτης κατά το δυνατό περιποίησης τραύματος, αποτελεί βασικό καθήκον του νοσηλευτή.

Η μόλυνση τραύματος μπορεί να προκληθεί :

1. Απο την σκόνη του αέρα των θαλάμων.
2. Απο μολυσμένα σταγονίδια που προέρχονται απο το στόμα ή τη μύτη ιατρού ή νοσηλευτή.
3. Απο τα χέρια ιατρού ή νοσηλευτή.
4. Απο την χρησιμοποίηση ακάθαρτων ή μολυσμένων αντικειμένων (π.χ. νεφροεδές).
5. Απο άλλα μολυσμένα τραύματα.
6. Απο επισκέπτες μικροβιοφορείς.

Τα μέτρα που παίρνονται για να μειωθούν οι μολύνσεις κατά την περιποίηση τραύματος ασθενούς αναφέρονται :

1. Στον αέρα του θαλάμου. Κατά τις πρωινές ώρες αυξάνεται η περιεκτικότητα του αέρα σε μικρόβια, διότι η τακτοποίηση του κρεβατιού και γενικά του θαλάμου γίνεται αυτές τις ώρες.

Προφυλακτικά μέτρα αποτελούν τα ακόλουθα :

α. Χρησιμοποίηση απορροφητικής μηχανής για την καθαριότητα του δαπέδου.

β. Υγρό ξεσκόνισμα των επίπλων.

γ. Στρώσιμο του κρεβατιού με απαλές και σταθερές κινήσεις.

δ. Περάτωση της καθαριότητας του θαλάμου μια ώρα πριν αρχίσει η αλλαγή.

ε. Στην διάρκεια των αλλαγών απαγορεύεται η παρουσία επισκεπτών στο θάλαμο, καθώς και η κυκλοφορία μη απαραίτητου προσωπικού.

στ. Όλοι πλην των ασθενών φορούν μάσκες. Απαγορεύονται οι συζητήσεις μεταξύ των ασθενών.

Προσωπικό με αναπνευστικές μολύνσεις ή σηπτικές φλεγμονές, απαγορεύεται να εργάζεται νοσηλευτική μονάδα.

2. Στα χέρια. Αν και τα χέρια δεν αποστειρώνονται το καλό πλύσιμο πριν και μετά από κάθε αλλαγή απομακρύνει τα μικρόβια, ενώ κατά τη διάρκεια των αλλαγών, τα χέρια δεν πρέπει να ερχονται σε επαφή με το τραύμα.

Για την περιποίηση τραύματος απαιτείται ένα πακέτο που θα περιέχει γάζες διαφόρων μεγεθών, τολύπια βάμβακος, υλικό παροχετεύσεως (εφόσον χρειάζεται), και εργαλεία. Το ατομικό πακέτο για την περιποίηση τραύματος τοποθετείται με άλλα αντικείμενα στο τροχήλατο αλλαγών.

Η περιποίηση τραύματος δυνατό να γίνεται :

- Από το γιατρό στο νοσοκομείο ή το ιατρείο του.

- Από τον νοσηλευτή στο σπίτι του ασθενούς.

- Από τον ίδιο τον ασθενή ή τους οικείους του ύστερα από σχετική εκπαίδευση και διδασκαλία.

Δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι :

- Όλα τα αντικείμενα που χρησιμοποιήθηκαν πρέπει μετά την αλλαγή να απολυμανθούν τουλάχιστο επί τρεις ώρες σε αντισηπτική ουσία, μετά να πλυθούν καλά και τέλος να αποστειρωθούν δύο φορές .

- Το ακάθαρτο υλικό καίγεται .

- Τα αντικείμενα χρησιμοποιούνται για μια και μόνη αλλαγή .

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ . Αποτελούν πολύ συχνές και σοβαρές επιπλοκές. Τα συμπτώματα τους είναι ευπίεστος γρήγορος και νηματοειδής σφυγμός, ωχρότητα δέρματος, πτώση της θερμοκρασίας και Α.Π., επίδρωση, βραδεία και ασθμένουσα αναπνοή, ανησυχία, και εμφάνιση αίματος σε εξωτερικές αιμορραγίες. Αντιμετωπίζονται ως εξής : ο ασθενής τίθεται σε ανινησία και καλείται ο ιατρός για την παροχή βοήθειας. Σε εξωτερική αιμορραγία τοποθετείται ελαστικός επίδεσμος ενώ σε εσωτερική δεν δίνεται τίποτε από το στόμα. Απαλλάσσεται ο ασθενής από κάθε περισφιξη και υπάρχει έτοιμος δίσκος ενέσεων με αιμοστατικά φάρμακα.

SHOCK Ή ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ. Παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση του SHOCK είναι : αιμορραγία, νάρκωση, ψυχικός κλονισμός, και ισχυρός πόνος. Εμφανίζεται με μικρό και μόλις αισθητό σφυγμό, επιπολής και ανώμαλη αναπνοή, απλανές και αδιάφορο βλέμμα, πτώση θερμοκρασίας και Α.Π., ωχρο δέρμα και βλενογόνους, ψυχρά άκρα, και μεγάλη καταβολή δυνάμεων.

Αντιμετωπίζεται με : αφαίρεση του μαξιλαριού από το κεφάλι του αρρώστου και ανύψωση του κάτω μέρους του κρεβατιού για καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου. Με θέρμανση του ασθενή με προσθήκη ελαφρών κουβερτών και θερμόφορων, με περιορισμό των κινήσεων για μείωση των καύσεων, και με χορήγηση αίματος, ορού ή πλάσματος, ύστερα από εντολή του ιατρού. Τέλος ενθαρρύνεται ο ασθενής και τονώνεται ψυχικά.

ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ, ΑΤΕΛΕΚΤΑΣΙΑ . Αυτές οφείλονται στο μηχανικό αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα του ασθενή, από τις βλενωδείς εκκρίσεις κατά την νάρκωση και απονάρκωση του.

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ. Αυτή εμφανίζεται κυρίως κατά το στάδιο της ανάρρωσης, και οφείλεται στην μετακίνηση θρόμβου και απόφραξη από αυτόν κάποιου αγγείου, το οποίο αιματώνει τμήμα του πνεύμονα.

ΑΣΦΥΞΙΑ. Είναι η δυσκολία στην αναπνοή. Αίτια της είναι η εισρόφηση εμμεσμάτων από την αναπνευστική οδό, πτώση της κάτω γνάθου κατά την οποία παρασύρεται η γλώσσα προς τα πίσω, και επίδραση του ναρκωτικού στο κέντρο της αναπνοής. Για την προφύλαξη του ασθενούς από την επιπλοκή αυτή, τοποθετείται το κεφάλι του σε πλάγια θέση κατά το στάδιο της απονάρκωσης, για την αποφυγή εισρόφησης εμμεσμάτων.

ΘΡΟΜΒΟΦΛΕΒΙΤΙΔΕΣ. Αυτές αντιμετωπίζονται ως εξής :

- Απόλυτη ακινησία του άκρου για να μην μετακινηθεί ο θρόμβος.
- Τοποθέτηση του άκρου σε ανάρροπη θέση.
- Τοποθέτηση θερμών επιθεμάτων με ιατρική εντολή.
- Εναρξη αντιπηκτικής αγωγής με εντολή γιατρού.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.

Παρωτίτιδα. Προδιαθεσικοί της παράγοντες είναι οι εξής :

- Αφυδάτωση.
- Ελλειψη καθαριότητας της στοματικής κοιλότητας.
- Μείωση μασητικών κινήσεων λόγω υγρής ή πολτώδους δίαιτας.

Διάταση στομάχου. Αίτια που την προκαλούν είναι :

- Μείωση ανάγκης της φυσιολογικής λειτουργικότητας του στομάχου.
- Υποτονία των μυών του στομάχου από την επίδραση του ναρκωτικού.
- Μείωση της κινητικότητας του ασθενούς.

Μετωρισμός ή τυμπανισμός κοιλίας. Παράγοντες που προκαλούν μετωρισμό είναι :

- Επίδραση του ναρκωτικού, από το οποίο προκαλείται υποτονία μυών και πάρεση εντέρου.
- Ερεθισμοί περιτονέου από την επέμβαση.
- Ανεπαρκής καθαριότητα του εντέρου προεγχειρητικά.
- Μείωση της κινητικότητας του ασθενή.

ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ. Τα αίτια που τον προκαλούν είναι τα ίδια με του μετωρισμού της κοιλίας, μόνο που αργότερα προστίθενται δύσοσμοι έμμετοι.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ .

- Ναυτία, έμμετοι.
- Αφυδάτωση, αίσθημα δίψας.
- Δύσπνοια, ανορεξία, και καταβολή δυνάμεων. Ακόμη, η εκπνοή του ασθενούς έχει οσμή σάπιου μήλου.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.

Για τον ουρολογικό άρρωστο και ιδιαίτερα για αυτόν με καρκίνο του προστάτη, δεν υπάρχει σταθερή θεραπεία. Αυτή πάντα εξαρτάται από το στάδιο της νόσου.

Ο ιατρός αφού κάνει τη διάγνωση και καθορίζει το σύνολο των φαρμάκων που θα χορηγηθούν στον ασθενή, ενημερώνει το νοσηλεύτη. Από κει και πέρα η παρασκευή, η χορήγηση και η φύλαξη των φαρμάκων είναι δική του δουλειά.

Μπορεί στον ασθενή να χορηγηθούν φάρμακα όπως : ανισηπτικά, διάφοροι οροί, παυσίπονα, ανδρογόνα, αντιβιοτικά, αντιμυκηροβιακά, αντιφλεγμανώδη, ή φάρμακα κατά των λοιμύξεων.

Αλλά τί αλήθεια είναι τα φάρμακα; Είναι οι ουσίες οι οποίες όταν χορηγούνται στον ανθρώπινο οργανισμό επηρεάζουν ορισμένες λειτουργίες του. Στην ιατρική χρησιμοποιούνται :

- Προληπτικά της ασθένειας : Εμβόλια .
- Διαγνωστικά της ασθένειας : Σκιαγραφικές ουσίες .
- Θεραπευτικά της ασθένειας : Αντιβιοτικά .

Τα φάρμακα μπορούν να βρίσκονται σε υγρή, στερεή ή αέρια μορφή, Υπάρχει ειδικός χώρος φαρμάκων ναρκωτικών, φαρμάκων, και αυτών που ενδείκνυται για εξωτερική χρήση. Τα ναρκωτικά, παραγγέλλονται στο φαρμακείο με ειδικό έντυπο παραγγελίας, και όχι μαζί με άλλα φάρμακα.

Για την φύλαξη και τη διατήρηση των φαρμάκων δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι σημαντικότερο ρόλο παίζει η υγρασία, η θερμοκρασία, το ηλιακό φως, και η απώλεια νερού από το φαρμακείο.

Η ενέργεια των φαρμάκων επηρεάζεται από τα εξής :

- Ατομική ευαισθησία .
- Αντοχή και ανθεκτικότητα του αρρώστου .
- Ηλικία και βάρος .
- Βαθμός φαρμακευτικής εξάρτησης .
- Ψυχική κατάσταση του αρρώστου .

Κανόνες οι οποίοι πρέπει να τηρούνται πάντα από το νοσηλευτή στην παρασκευή και χορήγηση των φαρμάκων είναι οι ακόλουθοι :

- Χορηγούμε τα φάρμακα πάντοτε βάσει γραπτής ιατρικής οδηγίας, η οποία είναι γραμμένη και υπογεγραμμένη από το γιατρό ευανάγνωστα. Μόνο σε εξαιρετικά έκτακτες περιπτώσεις, μπορούμε να εκτελέσουμε προφορική ή τηλεφωνική ιατρική οδηγία. Τότε σημειώνουμε στο δελτίο ιατρικών οδηγιών του αρρώστου την ημερομηνία, την ώρα, το φάρμακο, τη δόση του, τον τρόπο και την συχνότητα χορήγησης του φαρμάκου. Επίσης σημειώνουμε το όνομα του γιατρού, και τέλος υπογράφουμε. Στην πρώτη ευκαιρία υπογράφει και ο ίδιος ο γιατρός. Η τακτική αυτή εξασφαλίζει το γιατρό το νοσηλευτή και τον άρρωστο.

- Φροντίζουμε να ξέρουμε ποιος είναι ο ασθενής που θα πάρει το φάρμακο ώστε να κατανοήσουμε το θεραπευτικό σκοπό του φαρμάκου. Χωρίς την γνώση αυτή δεν μπορούμε να αξιολογήσουμε τις αλλαγές που προκάλεσε το φάρμακο στην κατάσταση του αρρώστου ώστε να τις αναφέρουμε στο γιατρό για προσαρμογή της θεραπείας.

- Επίσης πρέπει να γνωρίζουμε την επιθυμητή δράση του φαρμάκου, τοπική και γενική, τις τοξικές του ενέργειες και παρενέργειες, για πληρέστερη ενημέρωση και κατάρτιση.

- Για την ακριβή και ασφαλή προετοιμασία του φαρμάκου, εργαζόμαστε μπροστά στο φαρμακείο με συγκεντρωμένη την προσοχή μας έχοντας επαρκή φωτισμό και ασφαλώς πλυμένα χέρια.

- Σύμφωνα με την ιατρική οδηγία παίρνουμε το φιαλίδιο με το ανάλογο φάρμακο και ελεγχουμε την ονομασία του την περιεκτικότητα του, την ημερομηνία λήξεως τους, την ακεραιότητα της φιάλης και την σύσταση του φαρμάκου (χρώμα, παρουσία, κρυστάλλων, διαύγεια) σύμφωνα με τις φυσιολογικές ιδιότητες που γνωρίζουμε .

- Πριν χορηγήσουμε το φάρμακο, το διαβάζουμε τρεις φορές : Όταν το παίρνουμε από τη θέση του, πριν το προετοιμάσουμε εντελώς, και όταν το τοποθετούμε πάλι στο φαρμακείο.

- Αποφεύγουμε τη χορήγηση φαρμάκων όταν τα ονόματά τους δεν είναι ευανάγνωστα .

- Δεν διακόπτουμε την προετοιμασία φαρμάκου, παρά μόνο σε έκτακτες περιπτώσεις .

- Η μεταφορά των φαρμάκων στους θαλάμους γίνεται με δίσκους, που αναγράφουμε ονοματεπώνυμο, θάλαμο και κρεβάτι .

- Επικοινωνούμε πάντα με τον ασθενή όταν του δίνουμε το φάρμακο, αφού δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι πάσχει από καρκίνο και η ψυχολογία του έχει ιδιαιτερότητες .

- Ρωτάμε και διαπιστώνουμε πάλι το όνομα του, πριν χορηγήσουμε το φάρμακο.

- Σημειώνουμε τυχόν αλλαγές συμπεριφοράς χρώματος κ.λ.π. και ενημερώνουμε το γιατρό .

- Δεν χορηγούμε φάρμακα που έχει ετοιμάσει άλλος νοσηλευτής, γιατί σε περίπτωση λάθους είμαστε υπόλογοι γι' αυτό .

- Δεν απομακρυνόμαστε πριν ο ασθενής πάρει το φάρμακο του .

- Ενημερώνόμαστε συχνά για νέα σκευάσματα, νέα ουρολογικά φάρμακα, και τρόπους χρήσης .

- Δίνουμε ιδιαίτερη βαρύτητα κατά τις εγχύσεις φαρμάκων.
- Ενημερώνουμε πάντα προισταμένα και γιατρό εάν κάποιος ασθενής αρνηθεί να πάρει το φάρμακο.
- Πληροφορούμε τον ασθενή για το σκοπό λήψης του φαρμάκου.
- Δεν αναμιγνύουμε δύο ή περισσότερα φάρμακα χωρίς την εντολή γιατρού.
- Δεν χορηγούμε φάρμακα με δική μας πρωτοβουλία.
- Προσέχουμε ιδιαίτερα τα δραστικά φάρμακα παρακολουθώντας από κοντά τον ασθενή.
- Ενημερώνουμε τον άρρωστο για τον τρόπο με τον οποίο θα παίρνει τα φάρμακα του όταν φύγει από το νοσοκομείο, Επίσης για την δόση, τους κινδύνους και την φύλαξη τους.

Πρέπει νοσηλευτές-τριες να γνωρίζουμε ότι τα φάρμακα απεκκρίνονται από τους νεφρούς, τους πνεύμονες, το έντερο, το δέρμα, και τους μαστούς, και πρέπει να μπορούμε να εξηγήσουμε κάθε αλλαγή χρώματος στα ούρα ή τα άλλα εκκρίματα του οργανισμού.

Οι βασικές οδοί χορηγήσεως των φαρμάκων είναι :

1. Το δέρμα.
2. Οι βλενογόνοι : ο γαστρεντερικός σωλήνας, οι πνεύμονες κ.λ.π.
3. Η παρεντερική οδός : υποδόρια, ενδομυϊκή εωδαγγειακή ένεση, Η εκλογή της οδού χορηγήσεως των φαρμάκων επηρεάζεται από :
 1. Το χρόνο απορροφήσεως του φαρμάκου .
 2. Τη φύση και την δόση του φαρμάκου .
 3. Την κατάσταση του ασθενούς .
 4. Την δραστηριότητα του φαρμάκου .
 5. Την ποθούμενη ή αναμενόμενη ενέργεια .

ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Αφού αναπτύξαμε τη νοσηλευτική παρέμβαση και θεραπεία και αφού ο ασθενής έχει μεταβεί σ'ένα στάδιο ανάρρωσης και αποκατάστασης, έρχεται η στιγμή εξόδου από το νοσοκομείο.

Η μέρα αποχώρησης του αρρώστου από το νοσοκομείο δεν πρέπει να φθάνει χωρίς προετοιμασία και προειδοποίηση του. Κατά την έξοδο του ο ασθενής μπορεί να έχει θεραπευτεί τελείως και να επανέλθει έτσι στο προηγούμενο ρυθμό και τρόπο ζωής. Είναι όμως δυνατόν αν και εν μέρει θεραπευμένος να χρειάζεται ειδική φροντίδα, προκειμένου να επανέλθει πλήρως στην προηγούμενη κατάσταση του.

Ο χρόνος προετοιμασίας του ασθενούς για την έξοδο του ποικίλει, και αυτό γιατί ο καρκινοπαθής έχει ιδιαίτερη ψυχολογία όταν θα χρειαστεί να επιστρέψει στην κοινωνία. Δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι ο καρκίνος προστάτη πιθανόν να δημιουργεί και πρόσθετο ψυχολογικό βάρος λόγω της σχέσης του με την πράξη του σεξ, που ίσως ο ασθενής νομίζει ότι θα επηρεαστεί. Σ'αυτή τη φάση πρέπει να γίνει από το νοσηλευτή-τρια η διδασκαλία του αρρώστου σε θέματα νοσηλευτικά, και σε ψυχολογικές συμβουλές.

Δεν πρέπει να παραβλέψουμε ότι ο ασθενής ίσως έχει υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, σε ακτινοθεραπεία, ή σε χημειοθεραπεία, και ίσως είναι ανίκανος να επιστρέψει στην εργασία του ή να συνεχίσει τις συνηθισμένες του δραστηριότητες. Η κοινωνική ή υπηρεσία πληροφορείται την αναχώρηση του, τον βοηθά στην εξεύρεση άλλης εργασίας και την προσαρμογή του στην νέα κατάσταση.

Τα αισθήματα του ασθενούς κατά την έξοδο του είναι ικανοποίηση χαρά, και ευγνωμοσύνη, Παράλληλα όμως νοιώθει αγωνία για την εξέλιξη της υγείας. Για αυτό ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να του δίνει την ευκαιρία να εκφράσει τις ανυσηχίες του και τους φόβους του, και να εκδηλώνει το ενδιαφέρον του για τα προβλήματα του.

Ο ασθενής με καρκίνο προστάτη ίσως πρέπει μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο να συνεχίσει κάποια φαρμακευτική αγωγή ή να ακολουθήσει αυστηρά κάποιες νοσηλευτικές και ιατρικές οδηγίες. Επίσης ενημερώνεται για τις οδηγίες των φαρμάκων για τις παρενέργειες τους ενημερώνονται και οι συγγενείς του.

Την ημέρα της αποχώρησης του εκδίδεται το υπογραφέν από το γιατρό εξιτήριο, ενώ ο νοσηλευτής βοηθά τον άρρωστο στο να ετοιμαστεί. Τέλος ο ασθενής αναχωρεί με τα πόδια ή καρέκλα ανάλογα με το είδος της θεραπείας που υποβλήθηκε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η έννοια της λέξεως αποκατάσταση σημαίνει την επαναφορά του ατόμου στην προηγούμενη του κατάσταση, ύστερα από διαταραχή ή αλλαγή που υπέστη. Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό η αποκατάσταση αρχίζει μετά την διάγνωση και θεραπεία της αρρώστειας.

Σήμερα όταν μιλάμε για αποκατάσταση, εννοούμε την προσπάθεια που καταβάλλεται από τα μέλη της ομάδας υγείας, να χρησιμοποιήσει το άτομο όλες τις βιο-ψυχολογικές ικανότητες που έχει, για να ζήσει ζωή κάποιας ποιότητας. Δηλαδή να μην κλαίει για το χτες και να μην τρέμει για το αύριο. Για να γίνει όμως αυτό ο καρκίνος δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο οργάνικά, αλλά συγχρόνως ψυχολογικά και κοινωνικά.

Τα μέλη της ομάδας υγείας από την στιγμή της πρώτης ύποπτης διαγνώσεως του καρκίνου, πρέπει να κρατήσουν στάση κατανόησης, επικοινωνίας, και συνεργασίας με τον άρρωστο. Η υποστήριξη του στη φάση αυτή είναι πολύ ουσιαστική. Διηλαδή να αρχίσει πριν ακόμη κατασταλάξουν τα συναισθήματα του, να υιοθετεί τρόπους συμπεριφοράς, που είναι δύσκολο να επηρεάσουμε ή να ελέγξουμε αργότερα.

Επειδή όμως στην φάση αυτή η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον του αρρώστου ασκούν επίδραση σ' αυτόν, γι' αυτό κι αυτές οι ομάδες πληθυσμού συμπεριλαμβάνονται στην ομάδα υγείας.

Για να υλοποιηθεί αυτή η φιλοσοφία της αποκαταστάσεως, θα πρέπει οι πάσχοντες από καρκίνο να φροντίζονται από μέλη της ομάδας υγείας, ειδικευμένα στην καρκιнологία και την ψυχολογία ασθενούς με καρκίνο.

Εκτός από την εκπαίδευση, άλλος σημαντικός παράγοντας αποκατάστασης είναι η διαφώτιση της κοινωνίας με επιστημονικά μελετημένο τρόπο, ώστε να αλλάξει ο αποκλειστικός προσανατολισμός που σήμερα υπάρχει προς την έννοια του καρκίνου σαν πρόβλημα, και να κατευθυνθεί προς την αποκατάσταση του.

Επίσης σημαντικό παράγοντα για την υλοποίηση της σύγχρονης φιλοσοφίας της αποκατάστασης αρρώστου με καρκίνο, αποτελούν τα ειδικά προγράμματα αποκαταστάσεως. Η εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών θα αρχίζει στο νοσοκομείο και θα συνεχίζεται πολλές φορές στο σπίτι, με την βοήθεια των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας, και με κέντρα ψυχοκοινωνικής αποκαταστάσεως του οικογενειακού περιβάλλοντος του αρρώστου.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ CA ΠΡΟΣΤΑΤΗ.

Οι νοσηλευτές-τριες είναι ανάγκη να κατανοούμε πρώτα τα δικά μας συναισθήματα και αντιδράσεις προς ανθρώπους και καταστάσεις, ώστε να μπορούμε να κατανοούμε το πώς μπορεί να αισθάνεται και να αντιδρά ο καρκινοπαθής. Η απώλεια ιδιοτήτων και λειτουργιών με διάφορες μορφές και έννοιες, είναι συνηθισμένη συνέπεια της χρόνιας αρρώστειας. Οι νοσηλευτές που περιμένουν εκδήλωση λύπης και μελαγχολίας ύστερα από μια απώλεια, είναι καλύτερα προετοιμασμένοι για να βοηθήσουν τον ασθενή, ώστε να υπερνικήσει αυτά του τα συναισθήματα. Αυτό το επιτυγχάνουμε ως εξής :

- Ακούμε με θερμό ενδιαφέρον τα προβλήματα και τις ανυσηχίες του αρρώστου χωρίς να επιχειρούμε να αποδείξουμε ότι τα παράπονα του είναι αδικαιολόγητα και αβάσιμα. Ο τρόπος αυτός περιλαμβάνει και την θετική χρησιμοποίηση της σιωπής.

- Εμπνέουμε αίσθημα ασφάλειας στον μελαγχολημένο ασθενή. Απλές προσφορές όπως ένα χαρτομάντηλο όταν κλαίει ή ένα αναψυκτικό εκτιμούνται ιδιαίτερα.

- Αναγνωρίζουμε την πραγματικότητα της απώλειας και της κατάστασης του, και εκφράζουμε την αναγνώριση αυτή με απλά λόγια.

- Αποφεύγουμε να μειώσουμε τη σημασία της απώλειας.

- Επισημαίνουμε και υποστηρίζουμε τις υγιείς δυνάμεις και τις δυνατότητες του ατόμου.

- Διατηρούμε ανοικτό διάλογο με τον ασθενή ακόμη και κατά τις πλέον κρίσιμες στιγμές του.

Εξάλλου έχει παρατηρηθεί ότι οι νοσηλευτές-τριες που περιποιούνται και ανακουφίζουν το αδύναμο σώμα του αρρώστου, επιτυγχάνουν μεγαλύτερη ψυχολογική προσέγγιση και τον ενισχύουν πιο αποτελεσματικά:

1. Στην διάγνωση και σ'όλη γενικά την προεγχειρητική περίοδο.
2. Στην φάση που ο ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο και υπόκειται σε διάφορες θεραπείες.
3. Στην περίπτωση υποτροπής ή επιδείνωσης.
4. Στην περίπτωση που ο ασθενής βρίσκεται κοντά στο θάνατο.
5. Στην μετεγχειρητική φάση.

Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ-ΤΡΙΑ ΩΣ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.

Ο νοσηλεύτης-τρια με την ειδικευση τις νέες γνώσεις που διαθέτει για την ψυχολογία των καρκινοπαθών και την πολύωρη παρουσία του δίπλα στον ασθενή, συμβάλλει όλο και περισσότερο στην αποκατάσταση του καρκινοπαθούς.

Για να αποκτήσουμε επαφή και επικοινωνία με τον άρρωστο πρέπει να γνωρίζουμε :

- Την πνευματική του καλλιέργεια. Ο μορφωμένος ασθενής θα απαιτεί ισχυρότερα επιχειρήματα από ένα μη μορφωμένο.
- Την αντίληψη για τον εαυτό του. Ανάλογα με την αντίληψη αυτή, θα επιμένουμε αλλού περισσότερο και αλλού λιγότερο.
- Την ωριμότητα της προσωπικότητας του και την συναισθηματική του σταθερότητα ή αστάθεια. Την ικανότητα προσαρμογής σε προηγούμενες δυσκολίες και εαν έχει την ψυχική δύναμη να δεχθεί ολοκληρωτικά την αλήθεια.
- Το στάδιο της αρρώστειας. Στα πρώτα στάδια ο ρόλος και ο σκοπός μας είναι περισσότερο υποστηρικτικός, ενώ στα προχωρημένα στάδια ανακουφιστικός και παρηγορητικός.
- Τη διάθεση του ασθενούς για συνεργασία στηνθεραπεία του. Αν είναι αρνητικός τον προτρέπουμε στο αντίθετο.
- Τις ανάγκες του αρρώστου. Η συζήτηση και η στάση μας δεν πρέπει να τις περιθωριοποιεί, αλλά να προωθεί λύσεις.
- Το κοινωνικό επίπεδο την οικογενειακή του κατάσταση και την ηλικία τους ασθενούς.

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΛΕΧΘΕΙ ΚΑΙ ΠΟΤΕ ΣΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ.

Ο άρρωστος είναι ανάγκη να ενημερωθεί για :

- την ακριβή φύση της ασθένειας του.
 - το προσδόκιμο της επιβίωσης του.
 - κάθε λεπτομέρεια που ο ίδιος ή οι δικοί του θα ζητήσουν. Επίσης πρέπει να του τονώσουμε το αίσθημα της αισιοδοξίας για την αρρώστεια.
- Όλα αυτά θα ειπωθούν στον άρρωστο :
- όταν αυτός βρίσκεται σε συναισθηματική ισοροπία.
 - όταν το προσωπικό έχει καλή επαφή μαζί του.
 - όταν οι σχέσεις με τους δικούς του είναι καλές.
 - όταν μπορεί να δέχθει τις πληροφορίες αυτές δημιουργικά.
 - όταν υπάρχει κίνδυνος να του ανακοινώσει τη διάγνωση κάποιος αναρμόδιος

Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΤΩΡΑ .

Πριν 30 χρόνια ο χαρακτηρισμός του καρκίνου στα επιστημονικά συγγράμματα ήταν "νόσος άσκοπος, άναρχος, αγνώστου αιτιολογίας και μοιραίας απολήξεως". Η πλειοψηφία των καρκινοπαθών μετά από σύντομη και βασανιστική πορεία κατέληγε στο μοιραίο. Η διαγνωστική τεχνολογία ήταν αρχέγονη αν τη συγκρίνουμε με την σημερινή, ενώ οι γιατροί θεωρούσαν σημαντικό θεραπευτικό αποτέλεσμα την πενταετία επιβίωσης ασθενούς.

Σήμερα βρισκόμαστε στην πορεία μιας επανάστασης που έχει αλλάξει ριζικά την παραπάνω εικόνα, και που μας δίνει την ελπίδα για επίλυση του προβλήματος του καρκίνου. Η αλλαγή έχει συντελεστεί κυρίως την τελευταία δεκαετία. Η άγνοια αιτιολογία έχει αντικατασταθεί από μια σειρά γνωστά αίτια τα οποία έχουν άμεση σχέση με τον τρόπο ζωής μας. Η πρόληψη της νόσου έχει γίνει συνειδητό καθήκον της πολιτείας, αλλά και του πολίτη. Η εγκαίρη διάγνωση είναι καθοριστική για την πλήρη ίαση, και ο ρόλος της νέας διαγνωστικής τεχνολογίας κάθε μέρα σημαντικότερος. Η ανάπτυξη νέων χειρουργικών μεθόδων, η χρησιμοποίηση νέων θεραπευτικών σχημάτων, η ίδρυση θεραπευτικών μονάδων, και η εξειδίκευση του προσωπικού, μας κάνουν αισιόδοξους για περαιτέρω πρόοδο και οριστική θεραπεία του καρκίνου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΡΟΣΤΑΤΗ.

Ο Νικολάου Ιωάννης, ετών 85, εισήλθε στην ουρολογική κλινική του πανεπιστημίου στο Ρίο στις 15.8.90.

Ο ασθενής εμφάνισε από 5μέρου προβλήματα στην ούρηση που συνίσταται κυρίως στην μη αποβολή ούρων. Η κατάσταση χαρακτηρίστηκε από το γιατρό ως οξεία επίσχεση ούρων. Ο καθετηριασμός κύστεως με καθετήρα TIEMAN 12 CH στάθηκε αδύνατος. Σε δακτυλική εξέταση ετέθη διάγνωση για Ca Προστάτη.

Απο το ιστορικό του ασθενούς πληροφορούμαστε ότι :

- Ο ασθενής είναι μέτριος καπνιστής, και πίνει οινοπνευματώδη ποτά σε επίσης μέτριες ποσότητες.

- Δεν είναι αλλεργικός σε αναισθησία ή φάρμακα.

- Δεν έχει μέχρι τώρα ιδιαίτερα προβλήματα στην ούρηση.

- Προ 10ετίας αναφέρεται χολοκυστεκτομή.

Ο ασθενής κατά την εισαγωγή του είχε τα εξής ζωτικά σημεία (Ζ.Σ):
Αρτηριακή πίεση (Α.Π.) 120/80 MMHG, σφύξεις 75/MIN, θερμοκρασία 35,5° C και αναπνοές 20/MIN.

Ακτινολογικός έλεγχος : Στις 16-8-90 έγιναν: ακτινογραφία (α/α) θώρακος, και α/α NOK. Η πρώτη δεν παρουσιάζει ενεργά παθολογικά ευρήματα ενώ η δεύτερη δεν αναδεικνύει ακτινοσκοπικό λίθο.

Στις 17-8 ο ασθενής χειρουργήθηκε. Το είδος της επέμβασης ήταν TUR-P (διουρηθρική εκτομή) και αμφώ ορχεκτομή. Η επέμβαση άρχισε στις 10.05 π.μ. και περατώθηκε στις 11.35 π.μ.

Μετά την επέμβαση 18-8 έγιναν εργαστηριακές εξετάσεις που έδειξαν τα εξής αποτελέσματα :

H+	34%	K.	4,5
Λευκά αιμοσφαίρια	10.000	Na	137
Αιμοπετάλια Κ.Φ.		Σάκχαρο	122

Στον ασθενή κατά την διάρκεια της θεραπείας του, σύμφωνα με τις ιατρικές εντολές χορηγήθηκαν οροί DEXTROSE 5% και NORMAL SALINE 0,9 %. Επίσης χορηγήθηκε ING. ZINACEF 750 MG, ενώ επί πόνου PETHIDINE 0,05 MG, και επι πυρετού DEPON.

ΣΧΕΔΙΟ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
1. πόνος, αγωνία	Απαλλαγή από τον πόνο και την αγωνία.	<p>Δημιουργία κατάλληλων συνθηκών, ώστε ο ασθενής να καταφέρει να αξιοποιήσει τις ψυχικές και σωματικές του δυνάμεις κατά της νόσου του.</p> <p>Ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και αρρώστου.</p> <p>Χορήγηση ορού (DEXTROSE 5%) και ενδομυϊκή χορήγηση μια AMP.SEMID.</p> <p>Αρχισε τρίωρη θερμομέτρηση.</p>	Ο ασθενής ενημερώνει πως τα ενοχλήματα είναι ηπιότερα και εκφράζει την ικανοποίησή του για το ενδιαφέρον της νοσηλευτικής ομάδας.
2. Προετοιμασία για χειρουργείο.	Προσπάθεια για εξασφάλιση ευνοϊκών ορών εισόδου στο χειρουργείο.	<p>Η προετοιμασία του ασθενούς περιέλαβε : καθαριότητα εγχειρητικού πεδίου (ξύρισμα) καθαριότητα εντέρου (2 υποκλυσμοί) και γενική καθαριότητα (μπάνιο).</p> <p>Επίσης δόθηκε προσοχή στο φαγητό του (1 φρυγανιά) και έγινε η ένδυσή του με μπλούζα χειρουργείου.</p> <p>Εγινε ενημέρωση του ασθενούς για την επέμβαση, καθώς και προσπάθεια τόνωσης του ηθικού.</p>	Η ψυχολογική τόνωση επέφερε αισιοδοξία στον ασθενή, ενώ οι σωματικές φροντίδες αποδείχθηκαν απαραίτητες, αφού διευκόλυναν την επέμβαση.
3. Κίνδυνος μετεγχειρητικών επιπλοκών.	Παρακολούθηση για έγκαιρη διάγνωση ενδεχόμενων επιπλοκών.	<p>Τοποθέτηση του ασθενούς σε πλάγια θέση για ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού.</p> <p>Λήψη Ζ.Σ. (Α.Π. 120/80mmHg, σφύξεις 85/ min, θερμοκρασία 37,1°C).</p> <p>Ακριβής μέτρηση ούρων, ορών πλύσεως και φλέβας.</p>	Ο ασθενής ξύπνησε καλά από την νάρκωση. Δεν παρουσίασε επιπλοκές κατά την παρακολούθησή του.
4. Πόνος-πυρετός και πυρετός.	Απαλλαγή από πόνο και πυρετό.	Για την αντιμετώπιση του πόνου χορηγήθηκε AMP; PETHIDINE 0,05 mg ενώ κατά του πυρετού (38,3°C) εδόθη DEPON. Εγινε προσπάθεια για εμφύσηση ψυχραιμίας και άνεσης στον ασθενή.	Ο ασθενής έπαψε να παραπονείται ότι πονά και παράλληλα δεν νιώθει πλέον τα ενοχλήματα του πυρετού.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
5. Αλλαγή τραύματος	Αλλαγή επιδεσμικού υλικού για αποφυγή μολύνσεων.	Εγινε αλλαγή του επιδεσμικού υλικού και καθαριότητα του τραύματος της επέμβασης από τον γιατρό, με την βοήθεια νοσηλεύτη. Συγχρόως διδάσκεται ο ασθενής τον τρόπο και τις κινήσεις της αλλαγής.	Το τραύμα διατηρείται καθαρό, με αποτέλεσμα την γρήγορη epούλωση του, χωρίς προβλήματα μολύνσεων.
6. Μελαγχολία	Απαλλαγή από την μελαγχολία.	Εγινε συζήτηση με την οποία επιδιώχθηκε η ψυχική τόνωση του ασθενούς, και η αντικατάσταση την μελαγχολίας με αισιοδοξία.	Η διάθεση του ασθενούς βελτιώθηκε και έδειξε την επιτυχία της προσέγγισης.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΙΡΤΩΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟΟΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ο Φραγκιουδάκης Νικόλαος, ετών 60, εισήλθε στην ουρολογική κλινική του πανεπιστημιακού νοσοκομείου στο Ρίο, στις 16.7.90 .

Ο ασθενής πριν ενάμιση χρόνο παρουσίασε διουρικά ενοχλήματα. Σε γενικευμένη δακτυλική εξέταση ετέθη διάγνωση Ca προστάτη, η οποία επιβεβαιώθηκε με βιοψία. Ακολούθησε συντηρητική θεραπεία (ADROCUR IX5). Επίσης, έγινε σπινθηρογράφημα που ήταν αρνητικό, και IVP η οποία δεν έδειξε παθολογικά ευρήματα.

Πριν μια βδομάδα ετέθη καθετήρας ουροδόχου κύστεως, λόγω χρόνιας επίσχεσης, ο οποίος όμως αφαιρέθηκε στην συνέχεια.

Απο το ιστορικό του ασθενούς πληροφορούμαστε ότι :

- Δεν είναι καπνιστής, ούτε πίνει πολύ.
- Αναφέρεται έμφραγμα μυοκαρδίου προ 12 ετών.
- Επίσης, αναφέρονται δύο εγχειρήσεις κήλης, μια προ 12 ετών και μία προ 7 ετών.

- Κατά την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκε μαλακή και ευπίεστος κοιλία, καθώς και φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα.

Κατά την εισαγωγή του ασθενούς ελέγχθηκαν τα ζωτικά σημεία του :
Α.Π. 120/75 MMHG, σφύξεις 70/MIN, θερμοκρασία 36,5° C, αναπνοές 18/MIN.
Εγινε ακτινογραφία θώρακος, η οποία ήταν φυσιολογική.

Στις 11-7-90 ο ασθενής υποβλήθηκε σε διουρητική εκτομή (TUR-P) και άμφω ορχεκτομή, ενώ στις 20-7 χειρουργήθηκε για τελική κολοστομία αριστερά. Στην πρώτη επέμβαση δέχθηκε ραχιάια νάρκωση.

Κατα τη διάρκεια της θεραπείας, στον ασθενή χορηγήθηκε ορός RINGERS, και ακόμη BRIKLIN 500 MG, ING. ZINACEF 750 MG, ING. ZANTAC, CIPROXIN 500 MG, AMP. PRIMPERAN, και επι πόνου PETHIDINE.

ΣΧΕΔΙΟ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
1. Προετοιμασία για χειρουργείο	Σωστή καθαριότητα για διευκόλυνση της επέμβασης και χωρίς κινδύνους.	Εγινε καθαριότητα εγχειρητικού πεδίου (ξύρισμα), καθαριότητα εντέρου (2 υποκλυσμοί, απόγευμα και αργά την νύχτα) και σώματος (μπάνιο). Ο ασθενής βοηθήθηκε στην ένδυση με μπλούζα χειρουργείου ενώ η δίαιτά του ήταν πολύ ελαφρά. Παράλληλα επιχειρήθηκε ψυχολογική προετοιμασία για την επέμβαση.	Οι ενέργειες αποδείχθηκαν θετικές και απαραίτητες για την ομαλή διεξαγωγή της επέμβασης.
2. Κίνδυνος μετεγχειρητικών επιπλοκών.	Παρακολούθηση ασθενούς για αξιολόγηση τυχόν συμπτωμάτων.	Λήψη Ζ.Σ: (Α.Π. 130/90 MMHG, σφύξεις 90/ MIN., θερμοκρασία 36,2°C). Παρακολούθηση της πλύσεως και του ορού φλέβας (RINGERS), καθώς και γενική μέτρηση προσλαμβανόμενων-αποβαλλομένων υγρών.	Ο ασθενής δεν παρουσίασε δυσχέρειες ή επιπλοκές κατά την παρακολούθησή του.
3. Ισχυρός πόνος	Απαλλαγή από τον πόνο.	Εγινε χορήγηση πεθιδίνης (PETHIDINE 0,05 MG) για την ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο.	Ο ασθενής ενημέρωσε για σημαντική μείωση του πόνου.
4. Αλλαγή τραύματος	Καθαριότητα τραύματος για αποφυγή μολύνσεων.	Εγινε καθαριότητα του τραύματος, και αλλαγή του επιδεσμικού υλικού από τον γιατρό και την νοσηλεύτρια. Ο ασθενής διδάσκεται την τεχνική της αλλαγής για αυτοεξυπηρέτηση.	Το τραύμα επουλώνεται γρήγορα, λόγω καθαριότητας και αποφυγής μολύνσεων.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
5. Προετοιμασία για Χειρουργείο.	Εξασφάλιση ευνοϊκών όρων στην επέμβαση.	Η προετοιμασία είναι σχεδόν ίδια με της παραγράφου 1. Διαφορές εντοπίζονται στην χορήγηση καθαρτικού (Χ-PREP.) και στην διατροφή. Εδώ ο ασθενής δεν επιτρέπεται να φάει τίποτα.	Η προετοιμασία διευκόλυνε την επέμβαση και συντέλεσε στην αποφυγή δυσχερειών.
6. Κίνδυνος μετε-χειρητικών επιπλοκών και δυσχερειών.	Παρακολούθηση για εμφάνιση και έγκαιρη διάγνωση συμπτωμάτων.	Ο ασθενής τοποθετήθηκε με το κεφάλι σε πλάγια θέση για ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού. Λήψη Ζ.Σ. (Α.Π. 140/90 MM HG, σφύξεις 70/MIN, θερμοκρασία 35,5°C). Παρακολούθηση ορών και μέτρηση υγρών.	Ασφαλής σφύπνιση του ασθενούς και απουσία επιπλοκών.
7. Αλλαγή ... κολοστομίας	Πρόληψη μολύνσεων	Καθαριότητα τραύματος, αλλαγή επιδεσμικού υλικού και τοποθέτηση COLLOPLAST.	Αποφύγαμε επικίνδυνες για το τραύμα και του ασθενή, μολύνσεις.
8. Αντικειμενικές δυσκολίες θρέψης	Σίτιση από το LEVIN.	Τοποθετήθηκε LEVIN από το γιατρό με την βοήθεια νοσηλεύτριας. Ο ασθενής ενημερώθηκε για την χρησιμότητα της τοποθέτησης.	Αποφυγή προβλημάτων λόγω κακής θρέψης καθώς και θετική συνεργασία του αρρώστου.
9. Ηθική κατάπτωση	Δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου.	πριν και μετά από κάθε ενέργεια, γίνεται πληροφόρηση του ασθενούς γι' αυτήν, καθώς και προσπάθεια για ψυχολογική προετοιμασία και ψυχική ευεξία. Επίσης επιχειρείται εμφύσηση αισιοδοξίας και αγάπης για τη ζωή.	Θετική απόκριση του ασθενούς στη νοσηλευτική παρέμβαση καθώς ψυχική τόνωση.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Ο καρκίνος του προστάτη αποτελεί στις μέρες μας συχνότατη νόσο, η οποία έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία ή ακόμη και την ζωή του ανθρώπου που προσβάλλεται. Ο άρρηκτος δεσμός σωματικής και ψυχικής υγείας κλονίζεται σε βαθμό ανησυχητικό για την αποκατάσταση του ασθενούς.

Όμως αυτή η σοβαρή απειλή για την ζωή του ανθρώπου μπορεί αν όχι να ελαχιστοποιηθεί, τουλάχιστον να μειωθεί με την εφαρμογή προληπτικών μέτρων. Όλοι μας μπορεί να γνωρίζουμε τον καθοριστικό ρόλο του τρόπου ζωής μας στην εμφάνιση του καρκίνου, αλλά μόνο λίγοι από μας κάνουν πράξη την αλλαγή του για καλύτερες συνθήκες ζωής.

Γι' αυτό το λόγο επιβάλλεται περισσότερη και πιο έγκυρη ενημέρωση ολόκληρου του πληθυσμού, που θα έχει σαν συνέπεια την συνειδητοποίηση της ανάγκης πρόληψης.

Απο την άλλη πλευρά η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης μας δίνει ελπίδες για αποτελεσματικότερη θεραπεία, ταχύτερη αποκατάσταση, και όσο περνά ο καιρός, όσο και μεγαλύτερο προσδόκιμο χρόνο επιβίωσης.

Όμως και η νοσηλευτική φροντίδα των καρκινοπαθών εξειδικεύεται, συνιστώντας άλλον ένα μεγάλο αντίπαλο του καρκίνου. Η συνεχής επιμόρφωση και εκπαίδευση για την αντιμετώπιση των κακοηθών νεοπλασμάτων αποτελεί το όπλο μας σαν νοσηλευτές κατά του καρκίνου και συμβάλλει τα μέγιστα στην αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας του ασθενούς.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. ΓΑΓΑΝΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ : Η ανοικτή προστατεκτομή, επίτομος, εκδόσεις "UNIVERSITY STUDIO PRESS", Θεσ|νίκη 1985.
2. GANOUS WILLIAM : Ιατρική φυσιολογία, επιμέλεια : Αλιβιζάτος Σ. και Κοντόπουλος Α., μετάφραση : Σπανός Β., εκδόσεις "Παρισιάνος", Αθήνα 1985.
3. KAHLE W., LEONHARDT H., PLATZER W. : Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα, μεταφραση-επιμέλεια : Παπαδόπουλος Ν., τόμος 2ος, εκδόσεις " Λίτσας " Αθήνα 1985.
4. GUYTON A. : Φυσιολογία του ανθρώπου, μετάφραση : Κούβελας Η., έκδοση 3η, εκδόσεις " Λίτσας ", Αθήνα 1984.
5. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α., ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ : Νοσηλευτική γενική παθολογική χειρουργική, τόμος Α, Έκδοση 10η, έκδοση ιεραποστολικής ενώσεως αδελφών νοσοκόμων " Η Ταβιθά ", Αθήνα 1985.
6. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α., ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. , Νοσηλευτική παθολογική, χειρουργική, τόμος Β, μέρος 2ο, έκδοση 9η, έκδοση ιεραποστολικής ενώσεως αδελφών νοσοκόμων "Η Ταβιθά" Αθήνα 1987.
7. MOORE KEITH : Βασική εμβρυολογία και συγγενείς ανωμαλίες μετάφραση : Κοντόπουλος Α. και Καραβίτη Α. επίτομος, εκδόσεις "Λίτσας", Αθήνα 1978.
8. ΜΠΑΡΜΠΑΛΙΑΣ Γ.Δ. : Στοιχεία ουρολογίας, επίτομος, εκδόσεις " Λίτσας ", Αθήνα 1987.
9. ΣΑΧΙΝΗ--ΚΑΡΛΑΣΗ ANNA, ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ : Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, τόμος 1ος, Β' επανέκδοση, εκδόσεις

" Βήτα ", Αθήνα 1988.

10.ΧΑΛΑΖΩΝΙΤΗΣ Α : Ακτινολογία του ουροποιητικού συστήματος,
επίτομος, "ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης", Αθήνα
1980.

