

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

ΘΕΜΑ:
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ Ca ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ:

ΜΠΟΥΛΜΠΑΣΑΚΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΣ



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΓΚΡΙΣΕΩΣ:

- 1)
- 2)
- 3)

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΑΤΡΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 1992

API: 00
EISA 07 45 | 182

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

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ Ca ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ

ΜΠΟΥΑΜΠΑΣΑΚΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΠΑΤΡΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 1992

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

ΘΕΜΑ:
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ Ca ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ:

ΜΠΟΥΛΜΠΑΣΑΚΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΓΚΡΙΣΕΩΣ:

- 1)
- 2)
- 3)

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΑΤΡΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 1992

ΣΤΗΝ ΚΟΡΗ ΜΟΥ.

Δ Ι Ο Ν Η

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛΙΔΑ
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1-2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3-4
I. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	5
Α. ΝΕΦΡΟΙ	5
Β. ΚΑΛΥΚΕΣ, ΝΕΦΡΙΚΗ ΠΥΕΛΟΣ ΚΑΙ ΟΥΡΗΤΗΡΑΣ	6-7
Γ. ΟΥΡΟΔΟΧΟΣ ΚΥΣΤΗ	7-9
Γ1. Ιστολογική οφή της ουροδόχου κύστης	9
Γ2. Αγγεία της ουροδόχου κύστης	9-10
Δ. ΑΝΔΡΙΚΗ ΟΥΡΗΘΕΡΑ	10-11
Δ1. Αγγεία ανδρικής ουρήθρας	11
Ε. ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΟΥΡΗΘΕΡΑ	12
Ε1. Αγγεία της γυναικείας ουρήθρας	12-13
I. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΟΥΡΗΣΗΣ	14-17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο ΙΑΤΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΟΓΚΟΙ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ	18
Α1. Επιδημιολογικά στοιχεία	18-19
Α2. Αιτιολογία	19-20
Α3. Παθολογοανατομία Ca κύστης	21-22
Β1. Κλινική εικόνα	23
Β2. Εξέλιξη	24
Γ. Κλινική σταδιοποίηση	25
Το σύστημα TNM	26
Στάδια εξέλιξης των νεοπλασμάτων της κύστης	26-27
Δ1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ	28-29
α. Ιστορικό	29-30
β. Φυσική εξέταση	30
γ. Κλινική εξέταση	31
δ. Ειδικές εξετάσεις	32
δ1. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ	
Κυστεοσκόπηση	33-34
Ενδοφλέβια ουρογραφία	34-37
Αντιούσα κυστεογραφία κατά την ούρηση	37-38
Υπερηχοτομογραφία του ουροποιητικού συστή- ματος	38-39
δ2. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	39-40
Διαφορική διάγνωση	41
Επιπλοκές	41
Ε. ΘΕΡΑΠΕΙΑ	42-44

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	45-46
ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ-	
ΚΩΝ ΟΓΚΩΝ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ	47-56
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΩΝ ΕΓΧΥΣΕΩΝ BCG	56-58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	59
Ιστορικό Υγείας	59-61
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	62-65
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	66
1. Διουρηθρική εκτομή και καυτηρίαση	67-68
2. Τμηματική εκτομή της κύστης	68-69
3. Κυστεκτομή - ολική αφαίρεση της κύστης	69-70
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	71-72
Μεταεγχειρητικές επιπλοκές	73

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

1η Περίπτωση	74-91
2η Περίπτωση	92-101

ΕΠΙΛΟΓΟΣ	102-103
----------	---------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	104
--------------	-----

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αναμφισβήτητα ο τομέας της ογκολογικής Νοσηλευτικής είναι ένας τομέας γεμάτος προκλήσεις. Σήμερα αρχίζει να ανατέλει η πίστη πως η άσκηση της ογκολογικής Νοσηλευτικής -- εκτός από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει -- έχει και πολλές ικανοποιήσεις, επειδή η νοσηλεύτρια παίζει σπουδαίο ρόλο στην πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου.

Η νοσηλεύτρια παίζει το ρόλο του Διαφωτιστού του κοινού σε θέματα που αφορούν τα πρώιμα συμπτώματα του καρκίνου και τη σκοπιμότητα της συστηματικής περιοδικής εξέτασης. Προσφέρει ψυχολογική και φυσική τόνωση στον άρρωστο που πάσχει από αρρώστια η οποία απειλεί τη ζωή του και πιθανό να χρειάζεται να κάνει ουσιαστικές αλλαγές στον τρόπο ζωής του. Δίνει στον άρρωστο πληροφορίες που θα τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει την αρρώστια, την πρόγνωσή της και τη θεραπεία. Από μέρος της διατηρεί ενδιαφέρον, επαφή και επικοινωνία με τις νέες εξελίξεις και πληροφορίες για τον καρκίνο ενώ εφαρμόζει τη χημειοθεραπεία με ασφάλεια, προστατεύοντας τον άρρωστο, τον εαυτό της και τους άλλους κατά την ακτινοθεραπεία. Και το σπουδαιότερο: διατηρεί θετική συμπεριφορά στον άρρωστο που νοσηλεύει με προχωρημένο καρκίνο ή ετοιμοθάνατο.

Όλοι οι άρρωστοι που ξέρουν ότι πάσχουν από καρκίνο έχουν -- ψυχολογικά επηρεαστεί από την πραγματικότητα αυτή και

έχουν ανάγκη από μία νοσηλεύτρια που θα χρησιμοποιεί όλες τις γνώσεις και τις δεξιότητές της όταν τους νοσηλεύει. Τότε όμως η νοσηλεύτρια δίνει στον άρρωστο με καρκίνο αυτό που πραγματικά έχει ανάγκη όταν αναγνωρίζει τα αισθήματά της για τη ζωή και το θάνατο και τότε θερίζει τη μεγαλύτερη αμοιβή από την εργασία της, την αμοιβή της ολοκλήρωσής της προσωπικότητάς της.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η προσπάθεια μιας επιστημονικής εμβάθυνσης και ανάλυσης γύρω από το Ca κύστης, παρουσιάζει αρχικά μία ιδιομορφία και δυσκολία που συνοδεύεται από την ανεπάρκεια της σχετικής ελληνικής βιβλιογραφίας.

Πρόκειται για νόσο που προσβάλλει συχνότερα το ανδρικό φύλο, συνήθως μετά την τέταρτη δεκαετία ζωής. Αν και γενικά η ογκολογία έχει προχωρήσει σε μεγάλο βαθμό, δημιουργώντας ξεχωριστή επιστήμη για κάθε είδος Ca ξεχωριστά, εντούτοις το Ca κύστης εμφανίζει τις μεγαλύτερες ιδιαιτερότητες θεωρητικής προσπέλασης.

Όσον αφορά στη διάγνωση και τη θεραπεία, χρειάζεται να υπολογιστούν διάφοροι παράγοντες που έχουν σχέση με τον ίδιο τον ασθενή (ηλικία, φύλο, κοινωνική κατάσταση) όσο και με τα μέσα της θεραπείας (χειρουργική επέμβαση, επιπλοκές, χημειοθεραπεία).

Η εργασία που εκτίθεται παρακάτω είναι μία προσπάθεια ανάλυσης και συγκερασμού στοιχείων που περικλείονται στη διάγνωση, τα προβλήματα και τη θεραπεία της υπερτροφίας του Ca κύστης.

Για την κατανόηση της νόσου, παρατίθενται στοιχεία ανατομίας των δύο γεννητικών συστημάτων, γίνεται περιγραφή της φυσιολογίας της λειτουργίας της ουροδόχου κύστης.

Εν συνεχεία, επιχειρείται η εξέταση της ασθένειας μέσω της διάγνωσης, της συμπτωματολογίας και της κλινικής εξέτασης του ασθενή.

Επισημαίνονται όλες οι διαδικασίες από τις οποίες περνά κάθε ασθενής (π.χ. διαγνωστικές εξετάσεις) μέχρι την εγχειρητική επέμβαση και την αποκατάσταση του εγχειρισμένου.

Ιδιαίτερη μνεία έχει δοθεί στην προεγχειρητική φροντίδα και την περιποίηση του ασθενούς μετά την επέμβαση.

Θα ήταν περιττό να αναφέρουμε το σημαίνοντα ρόλο της νοσηλεύτριας σε όλες τις φάσεις της ασθένειας, ξεκινώντας από την πιο απλή διαγνωστική εξέταση ως την έξοδο του αρρώστου από το νοσοκομείο.

Ακολουθεί η αναλυτική παρουσίαση της εργασίας.

I. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΣΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

A. ΝΕΦΡΟΙ

Οι νεφροί βρίσκονται στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο παρασπονδυλικά, από το 12ο θωρακικό μέχρι τον 3ο οσφυϊκό σπόνδυλο.

Οι νεφροί βρίσκονται πάνω στον τετράγωνο οσφυϊκό μυ και στην έξω μοίρα του ψοίτη. Η θέση τους δεν είναι κάθετη και παράλληλη προς τη σπονδυλική στήλη, αλλά ο επιμήκης άξονας του φέρεται λοξά κατά τέτοιο τρόπο, ούτως ώστε, προς τα πάνω να χιάζεται τελικά με τον άξονα του άλλου νεφρού. Δηλαδή, οι επιμήκεις άξονες των νεφρών, τελικά, συγκλίνουν προς τα πάνω, ενώ αποκλίνουν προς τα κάτω. Επιπλέον ο εγκάρσιος άξονας κάθε νεφρού φέρεται λοξά, από τα έξω προς τα έσω και μπροστά, με τρόπο που τελικά και οι δύο εγκάρσιοι νεφρικοί άξονες να χιάζονται μπροστά.

Μορφολογικά, ο νεφρός εμφανίζει δύο επιφάνειες, την οπίσθια και την πρόσθια, δύο χείλη, το έξω και το έσω και δύο πόλους, τον πάνω και τον κάτω. Η πρόσθια επιφάνεια είναι μάλλον υπόκυρτη, ενώ η οπίσθια περισσότερο επίπεδη. Από τα χείλη του, το έξω είναι υπόκυρτο ενώ το έσω είναι υπόκοιλο και εμφανίζει στο μέσο του εντομή που δέχεται την πύλη του σύστοιχου νεφρού.

Κάθε πύλη οδηγεί στη νεφρική κοιλία που δέχεται τα αγγεία του νεφρού, τη νεφρική πύελο και τα νεύρα.

Β. ΚΑΛΥΚΕΣ, ΝΕΦΡΙΚΗ ΠΥΕΛΟΣ ΚΑΙ ΟΥΡΗΤΗΡΑΣ

1. Κάλυκες : Οι ελάσσονες κάλυκες (8-12 στον αριθμό) προσφύονται ο καθένας γύρω από την κορύφή κάθε μαλπιγγιανής πυραμίδας. Όταν οι ελάσσονες κάλυκες συνενωθούν, σχηματίζουν συνήθως 2-3 μείζονες κάλυκες που ενώνονται με τη νεφρική πύελο.
2. Νεφρική πύελος : Αυτή μπορεί να είναι ενδονεφρική ή εξωνεφρική. Προς τα κάτω και έσω η διάμετρός της μικραίνει βαθμιαία για να συνεχιστεί στον ουρητήρα.
3. Ουρητήρας : Στον ενήλικα, ο ουρητήρας έχει μήκος 28-30cm και ακολουθεί μία πορεία σχήματος λατινικού S. Αρχίζει από την κορυφή της νεφρικής πυέλου, στο ίδιο ύψος με το δεύτερο οσφυϊκό σπόνδυλο και πορεύεται αρχικά στα πλάγια της

οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και έπειτα μέσα στην ελάσσονα πύελο. Ο ουρητήρας χωρίζεται σε τρεις μοίρες: α) την κοιλιακή, β) την πυελική και γ) την κυστική. Επίσης, εμφανίζει τρία φυσιολογικά στενώματα: α) στένωμα κατά την πυελοουρητική συμβολή, β) στένωμα στο σημείο χιασμού του με τα λαγόνια αγγεία και γ) στο σημείο της πορείας του διαμέσου του κυστικού τοιχώματος.

Γ. ΟΥΡΟΔΟΧΟΣ ΚΥΣΤΗ

Είναι μία αποθήκη των ούρων που ποικίλλει σε μέγεθος, σχήμα, θέση και σχέσεις ανάλογα με το ποσό των υγρών που περιέχει καθώς και με την κατάσταση διάτασης των άλλων οργάνων. Όταν είναι κενή βρίσκεται στην ελάσσονα πύελο πίσω από την ηβική σύμφυση, εμπρός από το απευθυσμένο στον άντρα, εμπρός από τη μήτρα στη γυναίκα, πάνω από τον προστάτη στον άνδρα και πάνω από το περίνεο στη γυναίκα. Όταν διατείνεται εισέρχεται στην κοιλιακή κοιλότητα.

Η ουροδόχος κύστη διακρίνεται σε τρία μέρη: την κορυφή, το σώμα και τον πυθμένα. Το σχήμα της είναι ωοειδές και...

εμφανίζει πρόσθια, άνω και οπίσθια επιφάνεια, όταν όμως είναι γεμάτη έχει δύο επιφάνειες, την πρόσθια και την οπίσθια.

ΣΤΗΡΙΞΗ: Στηρίζεται κυρίως στο πυελικό έδαφος δηλαδή στο περίνεο και τον προστάτη. Επιπλέον, τη στηρίζουν: α) το περιτόναιο, το οποίο καλύπτει την οπίσθια επιφάνεια της κύστης από την κορυφή της μέχρι την εκβολή των ουρητήρων. Στο όριο μεταξύ σώματος και πυθμένα, το περιτόναιο σχηματίζει το ευθυκυστικό κόλπωμα στον άνδρα, ενώ στη γυναίκα το κυστεομητρικό και ευθυμητρικό κόλπωμα, β) ο μέσος και οι δύο πλάγιοι ομφαλοκυστικοί σύνδεσμοι, γ) οι ηβοκυστικοί ή ηβοπροστατικοί σύνδεσμοι (ανάλογα με το φύλο), δ) η προκυστική περιτονία, μπροστά από την οποία υπάρχει τρίγωνος χώρος, ο λεγόμενος προκυστικός χώρος του Retzius.

Στο εσωτερικό της κύστης υπάρχουν πτυχές του βλεννογόνου που εξαφανίζονται όταν η κύστη γεμίζει με ούρα. Στον πυθμένα της κύστης, παρατηρείται μία λεία τρίγωνη περιοχή, το κυστικό τρίγωνο, η βάση του οποίου αντιστοιχεί στο ουρητηρικό όγκωμα που δημιουργείται από την προώθηση του κυστικού τοιχώματος με την είσοδο των ουρητήρων. Ακριβώς απέναντι, η κορυφή του κυστικού τριγώνου εκβάλλει στο έσω στόμιο της ουρήθρας. Στα άκρα του κυστικού τριγώνου υπάρχουν τα στόμια της εκβολής των ουρητήρων, ενώ πίσω από το ουρητηρικό όγκωμα σχηματίζεται ο οπισθοουρητηρικός βόθρος, ο οποίος είναι βαθύτερος στους γέροντες εξαιτίας της υπερτροφίας του προστάτη. Στο βόθρο αυτό κατάκραινούνται στις

περιπτώσεις αυτές τα ούρα.

Γ1. Ιστοιολογική υφή της ουροδόχου κύστεως

Το τοίχωμα της ουροδόχου κύστεως αποτελείται από το μυϊκό τοίχωμα (προς τα έξω) και το βλεννογόνο (προς τα έσω). Μεταξύ των δύο αυτών χιτώνων παρεμβάλλεται χαλαρός υποβλεννογόνιος συνδετικός ιστός. Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από τρεις στοιβάδες, την έξω επιμήκη, τη μέση κυκλωτερή και την έσω επιμήκη ή υποβλεννογόνια στοιβάδα. Οι στοιβάδες αυτές δεν έχουν σαφή προσανατολισμό ή ακόμα και διαχωρισμό στο μεγαλύτερο μέρος της κύστης, εκτός από το στόμιο της, όπου βρίσκεται το έσω ουρηθρικό στόμιο. Οι τρεις μυϊκές στοιβάδες σχηματίζουν το λειτουργικό μυ της ουροδόχου κύστεως, που ονομάζεται εξωστήρας.

Γ2. Αγγεία της ουροδόχου κύστεως

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 θυρεοειδείς και κάτω γλουτιαίες αρτηρίες. Στις γυναίκες, η κύστη τροφοδοτείται επίσης εν μέρει από κλάδους της μητριάας και κοιλιακής αρτηρίας.

Τα λεμφαγγεία της ουροδόχου κύστης εκβάλλουν στους

κυστικούς και στους κοινούς, έσω και έξω λεμφαδένες.

Δ. ΑΝΔΡΙΚΗ ΟΥΡΗΘΡΑ

Η ανδρική ουρήθρα αρχίζει από τον αυχένα της κύστης και διαιρείται σε τρεις μοίρες: α) την προστατική, με μήκος 3.5cm. β) την υμενώδη, με μήκος 1.5cm και γ) την πεική ή σπραγγώδη, με μήκος 14cm περίπου. Για πρακτικούς όμως λόγους η ουρήθρα σήμερα διαιρείται στην οπίσθια και πρόσθια με όριο την εκβολή των εκσπερματιστικών πόρων.

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 χρήσης των καθετήρων. Το επιθήλιο της οπίσθιας ουρήθρας είναι, όπως έχει ήδη αναφερθεί, μεταβατικό ενώ της πρόσθιας ουρήθρας πλακώδες ή κυλινδρικό.

Κάτω από το βλεννογόνο βρίσκεται ο υποβλεννογόνιος χιτώνας, που αποτελείται από χαλαρό συνεκτικό ιστό, ελαστικές και λείες μυϊκές ίνες. Στον υποβλεννογόνιο χιτώνα βρίσκονται και οι αδένες του Littre, τα στόμια των οποίων εκβάλλουν στου αυλό της ουρήθρας. Η πρόσθια ουρήθρα περιβάλλεται από το σπραγγώδες σώμα του πέους και τη βάλανο.

Εκτός των αδενών του Littre, υπάρχουν και οι αδένες του

Cooper ή Κοπήρειοι ή βολβοουρηθραίοι αδένες, που βρίσκονται στο μέρος εκείνο της ουρήθρας που αντιστοιχεί στο ουρογεννητικό τρίγωνο.

Ο μυικός χιτώνας της ανδρικής ουρήθρας αποτελείται από λείες μυικές ίνες προς τα έσω και γραμμωτές προς τα έξω.

Ο λείος μυικός ουρηθρικός χιτώνας αποτελείται από δύο επιμέρους στοιβάδες, την έσω επιμυική και την έξω κυκλοτερή. Η τελευταία αντίστοιχα προς τον πυθμένα της ουροδόχου κύστης, όπου βρίσκεται το έσω στόμιο της ουρήθρας ενώνεται με την έξω μυική στοιβάδα της ουροδόχου κύστης και σχηματίζει αγκύλη γύρω από το έσω ουρηθρικό στόμιο που αποτελεί τον απροαίρετο (μη βουλητικό) σφιγκτήρα της ουρήθρας.

Δ1. Αγγεία ανδρικής ουρήθρας και πέους

Το πέος και η ουρήθρα τροφοδοτούνται από τις έσω αιδοϊκές αρτηρίες. Κάθε αρτηρία διαιρείται σε μία εν τω βάθει αρτηρία, η οποία αγγειώνει το σπραγγώδες σώμα σε μία ραχιαία του πέους και στη βολβοουρηθρική αρτηρία. Οι κλάδοι αυτοί αιματώνουν επίσης τη βάλανο, την ουρήθρα και το σπογγιώδες σώμα. Όσον αφορά στις φλέβες, η επιπολής ραχιαία του πέους βρίσκεται έξω από την περιτονία του Buck και μεταξύ των ραχιαίων αρτηριών του πέους. Οι φλέβες αυτές επικοινωνούν με το φλεβικό αιδοϊκό πλεγμα, το οποίο εκβάλλει στην έσω αιδοϊκή φλεβα.

Ε. ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΟΥΡΗΘΡΑ

Στις ενήλικες γυναίκες, η ουρήθρα έχει μήκος 3-4cm και διάμετρο 8mm και πορεύεται κάτω από την ηβική σύμφυση και μπροστά από τον κόλπο. Το επιθήλιο του βλεννογόνου στην περιφερική μοίρα της ουρήθρας είναι πλοκώδες, ενώ στην υπόλοιπη είναι μεταβατικό. Ο υποβλεννογόνιος χιτώνας, στον οποίο βρίσκονται πολλοί περιουρηθρικοί αδένες, αποτελείται από συνεκτικό και ελαστικό ιστό καθώς και από σπογγώδεις φλεβικούς χώρους. Εξωτερικά του υποβλεννογονίου χιτώνα βρίσκεται μία επιμήκης στοιβάδα από λείες μυικές ίνες που αποτελεί συνέχεια της έσω επιμυικής στοιβάδας του κυστικού τοιχώματος. Γύρω από την επιμήκη στοιβάδα αναπτύσσεται ένα πυκνό στρώμα από κυκλοτερείς μυικές ίνες που αποτελούν συνέχεια του έξω κυστικού μυικού στρώματος. Οι τελευταίες ίνες αποτελούν το μη βουληπτικό (ή απροαίρετο) σφιγκτήρα της ουρήθρας. Εξωτερικά του στρώματος αυτού βρίσκεται ο γραμμωτός ουρηθρικός σφιγκτήρας (προαιρετικός), ο οποίος περιβάλλει κυρίως το μεσαίο τριτημόριο της ουρήθρας.

Ε1. Αγγεία της γυναικείας ουρήθρας

Η αρτηριακή αγγείωση της ουρήθρας γίνεται με κλάδους της κάτω, κυστικής, της κοιλιακής και της έσω αιδοιακής

αρτηρίας. Το φλεβικό αίμα της ουρήθρας παροχετεύεται στις αιδοϊκές φλέβες.

Τα λεμφαγγεία του έξω τμήματος της ουρήθρας εκβάλλουν στους βουβωνικούς και υποβουβωνικούς λεμφαδένες, ενώ του κεντρικού τμήματος στους υπογάστριους (έσω λαγόνιους) λεμφαδένες.

I. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΟΥΡΗΣΗΣ

Το φαινόμενο της ούρησης εξαρτάται από την απρόσκοπτη και φυσιολογική λειτουργία της κυστεοουρηθρικής συμβολής. Η συμβολή αυτή αποτελείται από τρία στοιχεία: α) τον εξωστήρα μυ της κύστης, β) τον έσω σφιγκτήρα ή στόμιο της κύστης και γ) τον έξω σφιγκτήρα της ουρήθρας. Η κατάταξη αυτή βοηθά στην κατανόηση τόσο της φυσιολογίας της ούρησης όσο και στην εξήγηση των πολύπλοκων διαταραχών της ούρησης και της νευρογενούς κύστης.

Η λειτουργία της κυστεοουρηθρικής συμβολής εξαρτάται από την ανατομική της επάρκεια και την ακεραιότητα της κινητικής και αισθητηρίου νευρώσεώς της. Η νεύρωση της συμβολής είναι συμπαθητική και παρασυμπαθητική και σωματική. Οι συμπαθητικές ίνες φθάνουν στην κύστη μέσω του υπογαστρίου νεύρου (και πλέγματος) προερχόμενες από τα T10, T11 και T12 και O1, O2 νευροτόμια και διακλαδίζονται στο θόλο και στο σώμα της κύστης και ιδιαίτερα στο τρίγωνο και την περιοχή του αυχένα (στομίου) της κύστης και το κεντρικό τμήμα της προστατικής (ή γυναικείας) ουρήθρας.

Οι παρασυμπαθητικές ίνες με τα πυελικά σπλαχνικά νεύρα εκκινούν από τα I2, I3 και I4 (ιερά) νευροτόμια και εξαπλώνονται στο θόλο και το σώμα κυρίως της κύστης αλλά και στην περιοχή του αυχένα και της ουρήθρας. Τέλος οι σωματικές ίνες τροφοδοτούν με νευρικά μηνύματα από τα ίδια (ιερά) νευροτόμια (I1, I2 και I3) την περιοχή του έξω σφιγκτήρα της

ουρήθρας και τους μυς του πυελικού εδάφους. Η σωματική νεύρωση του σφιγκτήρα της ουρήθρας γίνεται από το αιδοϊκό νεύρο.

Η εξώθηση των ούρων γίνεται με τη δημιουργία της συστολής της κύστης (φάση εξώθησης) ενώ ταυτόχρονα οι δύο σφιγκτηριακοί μηχανισμοί, δηλαδή ο έσω σφιγκτήρας και ο έξω σφιγκτήρας αναστέλλουν την ενέργειά τους. Το τελευταίο έχει σαν αποτέλεσμα την πλήρη διάνοιξη της ουρήθρας και την απρόσκοπτη ροή των ούρων. Πώς είναι δυνατόν η ούρηση να είναι ένα εκούσιο φαινόμενο παρά το ότι η συσπώμενη κύστη είναι όργανο αποκλειστικά νευρούμενο από το φυσικό νευρικό σύστημα; Πραγματικά, το μόνο τμήμα της κυστεοουρηθρικής συμβολής που εξαρτάται από τη βούληση είναι ο έξω (γραμμωτός) σφιγκτήρας της ουρήθρας και είναι αυτό ακριβώς το τμήμα που κινητοποιείται πρώτο σαν πρώτο γεγονός στην αλυσιδωτή αντίδραση που χαρακτηρίζει το φαινόμενο της ούρησης.

Επιγραμματικά, οι τελευταίες αντιλήψεις σχετικά με τη διαδοχή των διαφόρων φάσεων στην ούρηση είναι οι ακόλουθες:

1. Πρώτα γίνεται ελάττωση της EMG δραστηριότητας του έξω σφιγκτήρα.
2. Μετά από λίγα δευτερόλεπτα ελαττώνεται η ενδοουρηθρική πίεση που καταγράφεται στην περιοχή του έξω σφιγκτήρα και είναι ταυτόχρονη με τη σύγχρονη μείωση της EMG σε σιγή.
3. Αρχίζει η συστολή του σφιγκτήρα.

4. Αμέσως με την έναρξη της συστολής διανοίγεται ο αυχένος της κύστης, και
5. Αρχίζει η ροή (εξώθηση) των ούρων δια μέσου του αυχένα στην ουρήθρα.

Η ροή των ούρων συνεχίζεται μέχρι κένωσης του περιεχομένου της κύστης και είναι σύγχρονη με τη διάρκεια συστολής του εξωστήρα. Μετά το τέλος της συστολής, αμέσως, επανέρχεται η EMG δραστηριότητα του έξω σφιγκτήρα και αρχίζει η σύγκλιση της ουρήθρας εκ των έξω προς τα έσω, δηλαδή από την περιοχή του έξω σφιγκτήρα προς τον κυστικό αυχένα.

Ο κυστικός αυχένος συγκλείεται στο τέλος της συγκλίσεως της ουρήθρας και αυτό γίνεται στο πλαίσιο της επαναφοράς των ανατομικών και λειτουργικών αυτών στοιχείων στην κατάσταση ηρεμίας. Χωρίς να χρειάζεται να αναφερθεί κανείς σε περισσότερες λεπτομέρειες θα πρέπει να τονιστεί η σημασία του συμπαθητικού στη διατήρηση του τόνου της ουρήθρας και στο μηχανισμό συγκλίσεως του αυχένα της κύστης (ενεργητικά).

Αντίθετα, το παρασυμπαθητικό επικρατεί στη φάση εξωθήσεως των ούρων και αυτό μόνο μετά την άρση του τόνου ή της ενέργειας του συμπαθητικού.

Δηλαδή έχουμε (I) συμπαθητικό

- α) φάση πλήρωσης
- β) σύγκλιση ουρήθρας
- γ) σύγκλιση στομίου κύστης
- δ) διατήρηση ουρηθρικού τόνου

(II) παρασυμπαθητικό

α) φάση εξώθησης

β) διάνοιξη στομίου κύστης

γ) διάνοιξη ουρήθρας

ΟΓΚΟΙ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ

Α1. Επιδημιολογικά στοιχεία

Οι όγκοι της κύστης είναι οι δεύτεροι πιο συνηθισμένοι όγκοι του ουροποιογεννητικού συστήματος, μετά από τους όγκους του προστάτη. Οι όγκοι που προέρχονται από το μεταβατικό επιθήλιο αποτελούν το 10-15% του συνόλου των πρωτοπαθών κακοηθειών σε ενήλικους. Απαντώνται συχνότερα μετά την ηλικία των 50 ετών και στα 75% των περιπτώσεων αναπτύσσονται στους άνδρες. Συνήθως ξεκινούν από το βλεννογόνο της κύστης και είναι επιθηλιακοί ενώ σπάνια προέρχονται από τα τοιχώματα της κύστης όπως τα λειώματα, λειομυοσαρκώματα, ή το συνδετικό ιστό όπως τα ινώματα, ινοσαρκώματα, κ.λ.π.

Αυτά τα ουροθηλιακά καρκινώματα είναι πολυκεντρικά και συχνά εμφανίζονται (και υποτροπιάζουν) σε πολλαπλές θέσεις στο κατώτερο ουροποιητικό σε προσβλημένο ασθενή.

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν επιβεβαιώσει σημαντικά αυξημένη συχνότητα καρκίνου της κύστης σε εργαζομένους που εκτίθενται σε διάφορες αρωματικές αμίνες, που χρησιμοποιούνται στις βιομηχανίες χρωμάτων χημικών και καουτσούκ. Έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι η έκθεση σε

συνθετικά γλυκαντικά, χρωστικές των τροφών, καπνό και καφέ μπορεί να προκαλεί μεγάλο ποσοστό Ca διαφόρων περιπτώσεων.

A2. Αιτιολογία

Αν και η αιτιολογία είναι άγνωστη, εντούτοις έχουν ενοχοποιηθεί αρκετοί παράγοντες, όπως η 2-ναφθυλαμίνη που βρίσκεται στα παράγωγα της ανυλίνης, που χρησιμοποιείται σα χρωστική, η βενζιδίνη που χρησιμοποιείται ευρέως στις βιομηχανίες χρωμάτων και πλαστικών ειδών και η 4-αμινοδιφαινύλη. Η τελευταία μαζί με τη βενζιδίνη και 2-ναφθυλαμίνη ανήκουν χημικά στις αρωματικές αμίνες. Άλλοι παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί σαν καρκινογόνοι είναι οι μεταβολίτες της τρυπτοφάνης, το αναλγητικό φαινακετίνη (στη χρόνια χρήση της), το κάπνισμα, η σοβαρής μορφής σχιστοσωμίαση και άλλοι, όπως η σακχαρίνη και το όπιο.

Άλλες παράμετροι που κάνουν ένα άτομα προδιαθετικό στην εμφάνιση καρκίνου κύστης είναι:

ΗΛΙΚΙΑ: Ο τύπος αυτός του καρκίνου προσβάλλει ως επί το πλείστον άτομα άνω των 55 ετών. Αυτό πιθανό να οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα αυτά έχουν εκτεθεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε διάφορους καρκινογόνους παράγοντες.

ΦΥΛΟ: Οι άνδρες προσβάλλονται πιο συχνά από τις γυναίκες, εμφανίζοντας μεγαλύτερη ευαισθησία σε αναλογία 16:1.

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: Οι κάτοικοι των πόλεων προσβάλλονται

περισσότερο από καρκίνο από ότι οι κάτοικοι αγροτικών περιοχών.

ΓΕΣΩΓΡΑΦΙΚΗ ΘΕΣΗ: Η ευαισθησία των ατόμων σε αυτό το είδος καρκίνου ποικίλλει μεταξύ των κρατών, π.χ. στην Αίγυπτο και τη Σουηδία συναντάται το μεγαλύτερο ποσοστό Ca κύστης και προστάτη στον κόσμο.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: Η φύση του επαγγέλματος μπορεί να εκθέτει το άτομο σε περισσότερους καρκινογόνους παράγοντες.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗ: Αν και δεν έχει αποδειχθεί ότι ο καρκίνος κληρονομείται, εντούτοις στο οικογενειακό ιστορικό πολλές φορές παρατηρείται καρκίνος στις επόμενες γενεές.

A3. Παθολογοανατομία Ca κύστης

Σύμφωνα με την παλιά πρακτική της καλοήθειας και της κακοήθειας, το Ca κύστης διακρίνεται στο θήλωμα (καλοηθές) και στον καρκίνο της κύστης.

α. Θήλωμα

Είναι όγκος της ουροδόχου κύστης, σφαιρικός, άλλοτε μικρός και άλλοτε τόσο μεγάλος που να σκεπάζει όλο το οπτικό πεδίο του κυστεοσκοπίου. Ο όγκος αυτός εκφύεται από το βλεννογόνο της κύστης με ένα λεπτό μίσχο, μαλακό που φέρει το αγγειακό πλέγμα του όγκου. Το θήλωμα και ο μίσχος καλύπτονται από επιθηλιακό ιστό, έχουν μεγάλη αγγειοβρίθεια και η επιφάνεια του όγκου είναι άλλοτε ομαλή και άλλοτε ανώμαλη σα φράουλα, ή φέρει προσεκβολές ενώ ο βλεννογόνος της κύστης γύρω από το θήλωμα είναι φυσιολογικός. Το θήλωμα μπορεί να εντοπίζεται σε οποιοδήποτε σημείο της κύστης. Τα θηλώματα μπορεί να είναι μονήρη ή πολλαπλά και είναι επίσης δυνατό να συνυπάρχουν με θηλώματα της ανώτερης αποχετευτικής μοίρας.

β. Καρκίνος

Συνήθως είναι αίσιχοι όγκοι, θυσανώτοι, εκβλασπτικοί με νεκρωτικές εστίες και ανώμαλη επιφάνεια. Άλλοτε παρουσιάζονται με τη μορφή μικρής ή μεγάλης εξελκώσεως και μερικές φορές μπορεί να είναι μισχωτοί με φαρδύ και κοντό μίσχο και διηθημένη βάση. Το χαρακτηριστικό της κακοήθειας είναι η διήθηση του τοιχώματος της κύστης, που έχει σαν

κλινική εκδήλωση διαταραχές στην ούρηση. Γενικά, όσο πιο μεγάλος είναι ο όγκος και όσο πιο πλατιά είναι η βάση του, τόσο πιο κακοήθης είναι.

Στα 95% των περιπτώσεων είναι επιθηλίωμα (από το μεταβατικό επιθήλιο της κύστης). Άλλοι τύποι νεοπλασμάτων της κύστης είναι:

- α) Το επιδερμοειδές καρκίνωμα που απαντάται σε ποσοστό συχνότητας 5%. Υψηλή συχνότητα αυτού του τύπου του καρκινώματος παρουσιάζουν οι ασθενείς με κυστική σχιστοσωμίαση.
- β) Το αδενοκαρκίνωμα που συχνά ξεκινά από εμβρυικά κατάλοιπα του ουραχού, το ραβδομυοσάρκωμα και το λειομυοσάρκωμα, τα πρωτοπαθή κακοήθη λεμφώματα, καρκινοσάρκωμα, αιμαγγειώματα κ.α. καθώς και μεταστατικά νεοπλάσματα στην κύστη από άλλα τμήματα του σώματος, όπως μελανώματα από το δέρμα και όγκοι από τον πνεύμονα, στομάχο και μαστούς.

Β1. Κλινική εικόνα

Όσον αφορά το θήλωμα η πιο συχνή και τυπική εκδήλωση είναι η αυτόματη και η ανώδυνη αιματοουρία που υποτροπιάζει και μπορεί να είναι μικροσκοπική ή μακροσκοπική. Εάν η αιματοουρία είναι πολύ έντονη, τότε μπορεί να προκαλέσει αιματοκύστη και επίσχεση των ούρων.

Ο καρκίνος εκδηλώνει κι αυτός αιματοουρία, αρχικά, σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις, ανεξάρτητα από το ακριβές επίπεδο βλάβης του ουροποιητικού. Η αιματοουρία αυτή είναι συνήθως αιφνίδια και με διαλείποντα χαρακτήρα. Σε περίπτωση συνύπαρξης ουρολοίμωξης, παρουσιάζονται τότε και διαφόρου βαθμού κυστικά ενοχλήματα, αν και αυτά μπορούν να υπάρχουν και χωρίς την παρουσία μόλυνσης, ιδίως σε περιπτώσεις διήθησης του τοιχώματος της κύστης. Σε περικυστική διήθηση μπορεί να υπάρχει πόνος υπερηβικός. Σε περίπτωση απόφραξης του κυστικού αυχένα μπορεί να έχουμε διάφορο βαθμό δυσουρίας, που φθάνει μέχρι επίσχεσης των ούρων, και σε περίπτωση διήθησης των ουρητηρικών στομίων παρουσιάζονται συμπτώματα στάσης στην ανώτερη αποχετευτική οδό, δηλαδή υδρονέφρωση. Εάν υπάρχουν μεταστάσεις, εάν η ουρολοίμωξη είναι σοβαρή, εάν υπάρχει αμφοτερόπλευρη υδρονέφρωση, ή εάν έχει παρουσιαστεί αναιμία, τότε ο άρρωστος θα παραπονείται για καταβολή δυνάμεων και απώλεια βάρους.

B2. Εξέλιξη

Αν και μερικοί ουρολόγοι και παθολογοανατόμοι θεωρούν το θηλώμα σαν καλοήγη πάθηση, εντούτοις 60% των περιπτώσεων με θηλώματα επανεμφανίζονται παρά τη θεραπεία, και επιπλέον 10% γίνονται κακοήγη και μεθίστανται. Για το λόγο αυτό τονίζεται, όχι μόνο η αξία του τακτικού και περιοδικού ελέγχου της κύστεως, αλλά και η έλλειψη σημασίας διαχωρισμού των όγκων της κύστεως σε θηλώματα και καρκινώματα και ότι όλα πρέπει να θεωρούνται σαν καρκινώματα του κυστικού μεταβατικού επιθηλίου.

Αναφορικά με τον καρκίνο της κύστης, αυτός διηθεί τα τοιχώματά της και τον περικυστικό χώρο. Έτσι προκαλεί έντονο πόνο και τέτοιες διαταραχές στην ούρηση που κάνουν τη ζωή ανυπόφορη. Επίσης η διήθηση των ουρητήρων έχει σαν αποτέλεσμα τη νεφρική ανεπάρκεια. Τέλος, οι μεταστάσεις συντομεύουν την εξέλιξη της πάθησης.

Γ. Κλινική σταδιοποίηση

Γίνεται για τρεις λόγους: αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της τυχόν προηγούμενης θεραπείας, σύγκριση μιας θεραπείας με άλλη και καθορισμός της καλύτερης τρέχουσας αγωγής. Επιπλέον, προσφέρει κάποιες ενδείξεις για την πρόγνωση, διευκολύνει τη συναλλαγή πληροφοριών μεταξύ των κέντρων θεραπείας και συμβάλλει στη συνεχιζόμενη έρευνα του ανθρώπινου καρκίνου.

Κλασσική σταδιοποίηση καρκίνου

Στάδιο	Περιγραφή
Στάδιο 0	Καρκίνος in situ (δεν υπάρχει διήθηση ή λεμφική ή φλεβική διασπορά)
Στάδιο I	Πρώτη τοπική διήθηση χωρίς μεταστάσεις
Στάδιο II	Περιορισμένη τοπική επέκταση του όγκου και λίγη ή ελάχιστη περιοχική λεμφαδενική διασπορά
Στάδιο III	Εκτεταμένος τοπικά όγκος και εκτεταμένη περιοχική λεμφαδενική διήθηση
Στάδιο IV	Τοπικά προχωρημένοι όγκοι ή σε οποιαδήποτε κατάσταση με απομακρυσμένες μεταστάσεις όσχετα με την τοπική έκταση του όγκου

Το σύστημα TNM

Καθώς ο όγκος αυξάνεται, επεκτείνεται και γίνεται προοδευτικά ανιάτος, υπάρχουν τρεις σημαντικοί παράγοντες που πρέπει να υπολογισθούν:

- Η έκταση του τοπικού όγκου
- Η παρουσία ή απουσία μεταστάσεων στους επιχώριους λεμφαδένες και ο βαθμός συμμετοχής τους
- Η παρουσία ή απουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων

Το σύστημα TNM καθορίστηκε από τη Διεθνή Ένωση κατά του Καρκίνου. Η έκταση της τοπικής νόσου (T) υποδεικνύεται με αριθμούς. Tis δείχνει καρκίνωμα *in situ*. Τα T1, T2, T3, T4 δείχνουν αυξανόμενη έκταση του όγκου. Παρομοίως το No δείχνει ότι δε συμμετέχουν λεμφαδένες, ενώ τα N1, N2, N3 αντιπροσωπεύουν αυξανόμενους βαθμούς συμμετοχής. Το Mo δείχνει ότι δεν υπάρχει καμία μετάσταση, ενώ το M1 υπογραμμίζει την παρουσία μεταστάσεων.

Στάδια εξέλιξης των νεοπλασμάτων της κύστης

Η σταδιοποίηση των κυστικών νεοπλασμάτων γίνεται σύμφωνα με τη διηθητικότητα τους. Έτσι το διεθνές σύστημα χρησιμοποιεί τα εξής στάδια:

- Tis όταν ο όγκος περιορίζεται στον κυστικό βλεννογόνο
- T1 όταν ο όγκος έχει διηθήσει τη βασική μεμβράνη

- T2 όταν ο όγκος έχει διηθήσει την επιπολής μυική στοιβάδα
- T3 όταν ο όγκος έχει διηθήσει όλη τη μυική στοιβάδα και ενδεχομένως τους περικυστικούς ιστούς, δηλαδή μπορεί να διηθήσει όλο το κυστικό τοίχωμα
- T4,1 όταν οι λεμφαδενικές μεταστάσεις περιορίζονται κάτω από το διχασμό της αορτής και σε όργανα της πυέλου, και
- T4,2 όταν οι λεμφαδενικές μεταστάσεις προχωρούν και μετά τον αορτικό διχασμό ή όταν υπάρχουν μεταστάσεις και σε άλλα απομακρυσμένα όργανα.

Δ1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση του θηλώματος βασίζεται στην ενδοφλέβια ουρογραφία και κυρίως στην κυστεοσκόπηση. Με την ενδοφλέβια ουρογραφία ελέγχεται όχι μόνο η κατάσταση των νεφρών και της αποχετευτικής μοίρας, αλλά και η πιθανότητα συνύπαρξης και άλλης εντόπισης του θηλώματος στο ουροποιητικό. Η κυστεογραφία προσφέρει πιο θετικές πληροφορίες. Το θήλωμα δίνει ελλειμματική εικόνα, που χαρακτηρίζεται από το ότι είναι σταθερή σε όλες τις ακτινογραφίες. Επιπλέον, η κύστη δεν παρουσιάζει βλάβες και εκπτύσσεται εύκολα και φυσιολογικά, χωρίς να παρουσιάζει εικόνα διήθησης ή παραμόρφωσης. Τα πολύ μικρά θηλώματα μπορεί να μη δώσουν καμιά εικόνα. Η κυστεοσκόπηση πάντως είναι πιο σπουδαία διαγνωστική μέθοδος, γιατί προσδιορίζει την ύπαρξη, τη θέση, το μέγεθος, τον αριθμό των θηλωμάτων, όπως επίσης και την κατάσταση των ουρητηρικών στομιών και του βλεννογόνου της κύστης.

Στον καρκίνο, η ενδοφλέβια ουρογραφία, εκτός του ελέγχου της κατάστασης των νεφρών και αποχετευτικών οδών, δείχνει με τη κυστεογραφία τις χαρακτηριστικές μορφολογικές αλλοιώσεις: ανώμαλη ελλειμματική εικόνα (ή ακόμα έλλειψη ενός τμήματος της κύστης), με διηθημένο το σύστοιχο τμήμα της κύστης που παρουσιάζεται χωρίς ευλυγισία και μαλακότητα. Η αξονική τομογραφία αποτελεί επίσης σημαντική εξέταση, αφού αποκαλύπτει τον όγκο στα 81% των περιπτώσεων

και επιπλέον τους διηθημένους λεμφαδένες (τους κυστικούς και έσω λαγόνιους). Η λεμφοαγγειογραφία είναι ακριβής μόνο στο 50% των περιπτώσεων, η δε υπερηχοτομογραφία έχει μικρή μόνο χρησιμότητα στη σταδιοποίηση της νόσου. Θετική κυτταρολογική μπορεί να είναι η μόνη απόδειξη για ένα *in situ* καρκίνωμα.

Ωστόσο, η κυστεοσκόπηση και η βιοψία είναι χρήσιμες για να καθορίσουν την ιστοπαθολογική διάγνωση και τη σταδιοποίηση.

Η διάγνωση του καρκίνου εξαρτάται από το εάν ο ασθενής συμβουλευτεί το γιατρό. Αυτό πάλι είναι συνάρτηση της ευαισθητοποίησης του ασθενούς απέναντι στην υγεία του.

Με την πρώτη επίσκεψη του ασθενούς, ο γιατρός πρέπει να κάνει συγκεκριμένες ενέργειες για να βγάλει τη διάγνωση. Κατά σειρά προτεραιότητας η διαγνωστική διαδικασία περιλαμβάνει:

α. Ιστορικό

Ένα προσεκτικό ιστορικό είναι απαραίτητο. Ο γιατρός θα πρέπει να συνηθίσει να ακούει την ιστορία του ασθενή και να συγκεντρώνει την προσοχή του στο τι προσπαθεί αυτός να του πει. Κατά τη λήψη του ιστορικού, θα πρέπει ο γιατρός να προσέξει στη διερεύνηση του οικογενειακού ιστορικού γιατί μερικές οικογένειες είναι πιο επιρρεπείς από άλλες να αναπτύξουν συγκεκριμένους καρκίνους. Το κοινωνικό ιστορικό είναι σημαντικό, επειδή ορισμένες κοινωνικοοικονομικές

ομάδες εμφανίζουν υψηλότερη συχνότητα καρκίνου από άλλες.

Οι συνήθειες του ατόμου βοηθούν συχνά να το κατατάξουμε σε συγκεκριμένη ομάδα υψηλού κινδύνου. Υπάρχουν ενδείξεις ότι άτομα που χρησιμοποιούν ζαχαρίνη στη διατροφή τους καλλιεργούν ένα προδιαθεσικό έδαφος για την ανάπτυξη Ca κύστης.

Η επαγγελματική απασχόληση του ασθενούς επηρεάζει τη συχνότητα εμφάνισης ορισμένων καρκίνων. Άτομα που ασχολούνται με τη χρήση ορισμένων χημικών ουσιών, όπως τα παράγωγα της ανιλίνης στη βιομηχανία χρωμάτων, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης Ca κύστης από κάποιον άλλο με διαφορετικό επάγγελμα.

Συμπερασματικά, το ιστορικό είναι ένα από τα πιο σημαντικά μέρη της εξέτασης. Γι αυτό η λήψη του θα πρέπει να γίνεται από γιατρό που θα έχει τις γνώσεις και το υπόβαθρο να ξεχωρίσει τα σημαντικά στοιχεία που πρέπει να διερευνήσει περαιτέρω από εκείνα που δεν έχουν καμία αξία.

β. Φυσική εξέταση

Η φυσική εξέταση πρέπει να γίνεται μεθοδικά και με σχολαστικότητα. Όταν ο εξεταστής δεν εξετάζει ολόκληρο τον ασθενή, συχνά συμβαίνουν λάθη και μπαίνουν λάθος διαγνώσεις. Ο ασθενής μπορεί να παραπονείται για ανεξήγητους πόνους, ενώ η πραγματική διάγνωση τίθεται μόνο με πλήρη εξέταση. Καθε αβλεψία στην εξέταση μπορεί να στοιχίσει τη ζωή του ασθενή.

γ. Κλινική εξέταση

Η κλινική εξέταση περιλαμβάνει:

1. Την παρακολούθηση του τρόπου ούρησης του ασθενή. Αυτή γίνεται για να διαπιστωθεί η ύπαρξη και ο βαθμός δυσουρίας, όπως και η ποσότητα και η ποιότητα των αποβαλλόμενων ούρων.
2. Τη ψηλάφηση και επίκρουση της υπερηβικής χώρας ύστερα από την ούρηση, για να ελεγχθεί αν υπάρχει υπόλλειμμα ούρων. Σπάνια ψηλαφάται υπερηβική μάζα.
3. Τη ψηλάφηση των νεφρών. Με τη ψηλάφηση στη νεφρική χώρα μπορούμε να ανακαλύψουμε εάν υπάρχει υδρονέφρωση, εάν οι νεφροί φλεγμαίνουν ή εάν είναι επώδυνοι (επιπλοκές Ca κύστης). Πυρετός και έντονος λαγόνιος πόνος δείχνει νεφρική μόλυνση.
4. Την αμφίχειρη ψηλάφηση. Συνήθως γίνεται με τον άρρωστο σε ύπτια θέση και τα σκέλη ελαφρά διπλωμένα. Η εξέταση αυτή δίνει σημαντικές πληροφορίες όσον αφορά στην ύπαρξη του όγκου, την κινητικότητα της κύστης και την κυστική και περικυστική διήθηση. Η αμφίχειρη ψηλάφηση γίνεται καλύτερα με γενική αναισθησία. Μερικές φορές υπάρχει οίδημα τους ενός (ή και των δύο άκρων) λόγω διηθήσεως και απόφραξης των λαγόνιων αγγείων και λεμφαδένων.
5. Άρκετές φορές υπάρχει οίδημα στα κάτω άκρα. Αυτό δείχνει στάση του φλεβικού αίματος στα κάτω άκρα εξ αιτίας απόφραξης από εισβάλλοντα όγκο.

δ. Ειδικές εξετάσεις

Μετά τη λεπτομερή περιγραφή των συμπτωμάτων, το ιστορικό και τη φυσική εξέταση, η διαγνωστική διαδικασία συνεχίζεται με τις ειδικές εξετάσεις που εντοπίζουν το πρόβλημα. Αυτές είναι:

εξετάσεις απεικόνισης : 1. Κυστεοσκόπηση
 2. Ενδοφλέβια ουρογραφία
 3. Απεκκριτική κυστεογραφία
 4. Σπινθηρογραφήματα για διαπί-
 στωσ τυχόν μεταστάσεων
 5. Απλή ΝΟΚ (ακτινογραφία)

εργαστηριακές εξετάσεις : 1. Κυτταρολογική εξέταση ούρων
 2. Μελέτες νεφρικής λειτουργίας
 -- συνήθως είναι φυσιολογικές
 εκτός αν η απόφραξη στη ροή των
 ούρων κατέστρεψε το νεφρικό
 παρέγχυμα
 3. Αιματοκρίτης και αιμοσφαιρίνη
 για αξιολόγηση της απώλειας
 αίματος
 4. Χρόνος ροής και πήξης
 5. Ομάδα αίματος και διασταύρωση

51. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ

Κυστεοσκόπηση

Η εξέταση αυτή γίνεται με το κυστεοσκόπιο του οποίου τα βασικά μέρη είναι δύο: η οπτική μοίρα και η θήκη που απλώς υποδέχεται την οπτική. Η οπτική μοίρα φέρει πολλούς φακούς και με τη βοήθεια της λυχνίας ψυχρού φωτισμού μπορεί κανείς να δει την ουρήθρα ή την κύστη σε διάφορες μοίρες. Η κυστεοσκόπηση γίνεται υπό συνθήκες πλήρους ασηψίας, τόσο των εργαλείων όσο και της περιοχής.

24 ώρες πριν την εκτέλεσή της καλό είναι να παίρνει ο άρρωστος προφυλακτικά κάποιο αντισηπτικό των ούρων. Μετά την ασηψία της περιοχής και πριν την είσοδο του κυστεοσκοπίου, εγχέεται υδροδιαλυτό διάλυμα ξυλοκαϊνής 2% στην ουρήθρα και η βάλανος πιέζεται για μερικά λεπτά, ώστε να κλείσει το στόμιο της ουρήθρας και να μη βγει το φάρμακο προς τα έξω. Έτσι δίνεται ο χρόνος στην ξυλοκαϊνη να δράσει σαν τοπικό αναισθητικό ενώ συγχρόνως διευκολύνεται η ολίσθηση του εργαλείου μέσα στην ουρήθρα. Η εισαγωγή του εργαλείου γίνεται με τον άρρωστο σε θέση "γυναικολογικής εξέτασης" και με ήπιες κινήσεις για να αποφεύγεται η πρόκληση πόνου στον άρρωστο, που μπορεί να δυσχεράνει την εξέταση. Με την είσοδο του εργαλείου στο έξω στόμιο της ουρήθρας και με τη

βοήθεια συνεχούς ροής υγρού που διατηρεί τον αυλό της ουρήθρας ανοικτό, αρχίζει η ουρηθροσκόπηση. Έτσι εξετάζεται ο βλεννογόνος της ουρήθρας, η περιοχή του έξω σφιγκτήρα, το σπερματικό λοφίδιο, η οπίσθια ουρήθρα, οι λοβοί του προστάτη και τέλος ο αυχέννας της κύστης. Αμέσως μετά γίνεται η κυστεοσκόπηση με την οποία επισκοπείται ο βλεννογόνος της κύστης, το κυστικό τρίγωνο και τα ουρητηρικά στόμια.

ΒΑΣΙΚΗ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΗ: Η ύπαρξη οξείας φλεγμονής στην ουρήθρα, προστάτη και κύστη γιατί υπάρχει ο κίνδυνος επέκτασης της φλεγμονής και ακομη της σηψαιμίας.

Η κυστεοσκόπηση γίνεται α) σε κάθε περίπτωση που με τα συνηθισμένα μέσα δεν μπορεί να γίνει διάγνωση, β) σε περιπτώσεις αιματουρίας που ακτινολογικός έλεγχος δε δείχνει βλάβη στο ανώτερο ουροποιητικό σύστημα, γ) σε διάφορες ακτινολογικές εξετάσεις (π.χ. ανιούσα πυελογραφία), δ) σε διάφορες ενδοσκοπικές επεμβάσεις, όπως η διουρηθρική εκτομή ενός θηλώματος, βιοψία ενός όγκου κ.λ.π., και ε) σε καθετηριασμό ουρητήρα.

Ένδοφλέβια ουρογραφία

Άλλοτε ονομαζόταν ενδοφλέβια πυελογραφία και συνίσταται στη σκιαγράφηση του αποχετευτικού συστήματος του νεφρού (του πυελοκαλυκτικού συστήματος, των ουρητήρων, της ουροδόχου κύστης και της ουρήθρας) με την ενδοφλέβια

χορήγηση σκιαγραφικής ουσίας. Η ενδοφλέβια ουρογραφία γίνεται πάντοτε μετά την απλή ΝΟΚ (απλή ακτινογραφία νεφρών, ουρητήρων και κύστης). Η τελευταία χρησιμοποιείται σα μέτρο σύγκρισης γιατί είναι δυνατό μία σκία από λίθο νεφρού να καλυφθεί από τη σκιαγραφική ουσία και να μη φαίνεται στην ενδοφλέβια ουρογραφία, ιδιαίτερα εάν δεν προκαλεί διατάση ή έλλειψη σκιαγράφησης. Στην ενδοφλέβια ένεση της σκιερής ουσίας, χορηγείται στην αρχή πολύ μικρή ποσότητα της ουσίας, για να ελεγχθεί αν ο άρρωστος είναι ευαίσθητος στο ιώδιο. Ακολουθεί αναμονή τουλάχιστον 4 λεπτών και αν ο άρρωστος δεν παρουσιάσει αλλεργική αντίδραση, συνεχίζεται η ένεση και του υπολοίπου σκευάσματος.

Η καθαρή απεικόνιση του αποχετευτικού συστήματος απαιτεί φυσιολογική ουρία του αίματος (40mg%) ή ουρία κάτω των 0.80mg% γιατί σε περίπτωση ουραιμίας (νεφρικής ανεπάρκειας) θα υπάρξει καθυστέρηση της σκιαγράφησης ή αυτή θα είναι πολύ ελαττωμένη ή αν η νεφρική ανεπάρκεια είναι προχωρημένη τότε το αποχετευτικό σύστημα δε θα σκιαγραφηθεί καθόλου.

Αντενδείξεις της ενδοφλέβιας ουρογραφίας είναι, εκτός της αλλεργίας στο ιώδιο, η αύξηση της ουρίας όχι επειδή είναι επικίνδυνη αλλά γιατί δεν επιτρέπει την καλή σκιαγράφηση, όπως αναφέρθηκε.

Επίσης, επιφύλαξη χρειάζεται στην υψηλή σακχαραιμία (σακχαρώδης διαβήτης) και στους αρρώστους με αμυλοείδωση ή πολλαπλό μυέλωμα. Στην τελευταία παθολογική κατάσταση

υπάρχει η πιθανότητα αν γίνει η ένεση της σκιαγραφικής ουσίας, να καθιζήσει το παθολογικό λεύκωμα στα ουροφόρα σωληνάκια και να προκαλέσει ανουρία.

Οι ενδείξεις της ενδοφλέβιας ουρογραφίας είναι απεριόριστες, και χρησιμοποιείται σχεδόν σε όλες τις ουρολογικές παθήσεις.

Η λήψη των ακτινογραφιών γίνεται συνήθως κάθε 5 λεπτά μετά την ένεση της σκιερής ουσίας, και ιδιαίτερη σημασία έχει η πρώτη λήψη που πρέπει να γίνεται στα πρώτα πέντε λεπτά γιατί όχι μόνο η καλή αλλά και η έγκαιρη σκιαγράφιση έχουν διαγνωστική αξία.

Σε περίπτωση που η ενδοφλέβια ουρογραφία δώσει ασαφή σκιαγράφιση του αποχετευτικού συστήματος ή ακτινογραφική σιγή, τότε μπορούν να γίνουν τα εξής:

- α. Επανάληψη της ένεσης ενώ ο άρρωστος βρίσκεται ακόμη στο ακτινολογικό τραπέζι (έτσι αυξάνεται η πυκνότητα της σκιαγραφικής ουσίας στα ούρα).
- β. Λήψη ακτινογραφιών σε παρατεταμένους χρόνους (μετά από 3, 6, 12, 24 ώρες), όπως σε περιπτώσεις απόφραξης του αποχετευτικού συστήματος.
- γ. Ενδοφλέβια ουρογραφία με πίεση, μετά δηλαδή από τοποθέτηση ενός αεροθαλάμου πάνω στην υπομφάλιο χώρα. Με τον τρόπο αυτό αυξάνεται η πίεση πάνω στους ουρητήρες με άμεσο αποτέλεσμα την τεχνητή διάταση και συνεπώς την καλύτερη πλήρωση της ανώτερης αποχετευτικής μοίρας (αυτή η τεχνική έχει σχεδόν εγκαταληφθεί σήμερα).

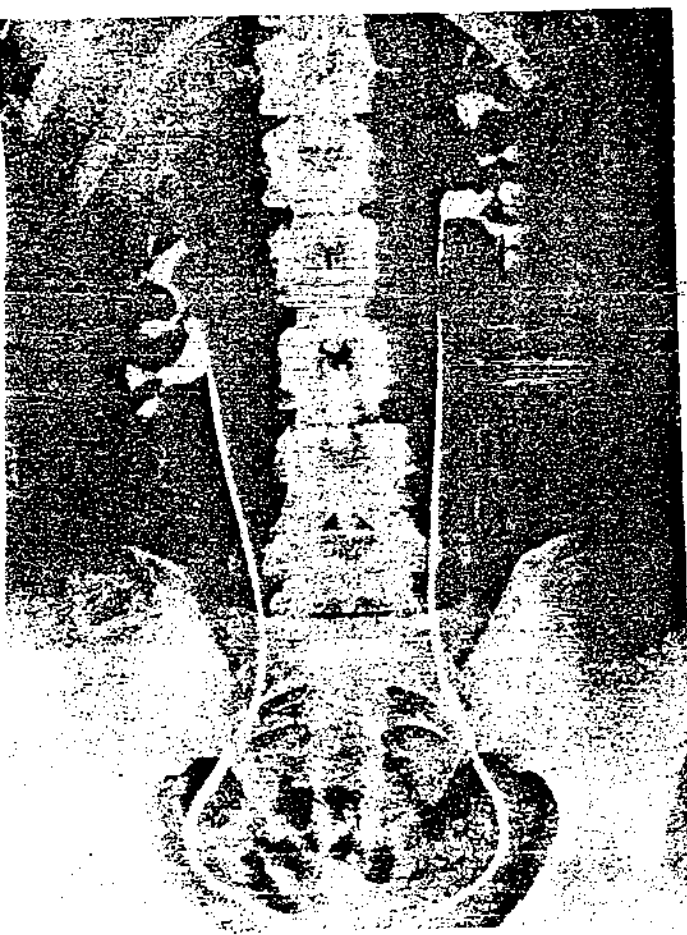
δ. Στάγδην ενδοφλέβια ουρογραφία με χρησιμοποίηση μεγάλης δόσης σκιερής ουσίας αραιωμένης σε διάλυμα γλυκόζης.

Η σκιαγραφική ουσία, η γλυκόζη και η μεγάλη ποσότητα του διαλύματος, που χορηγείται σε χρονικό διάστημα κάτω των 10 λεπτών, αυξάνουν τη διούρηση (ωσμωτική διούρηση) και συγχρόνως την πυκνότητα της ουσίας στα ούρα, με αποτέλεσμα την καλύτερη πλήρωση και σκιαγράφιση του αποχετευτικού συστήματος.

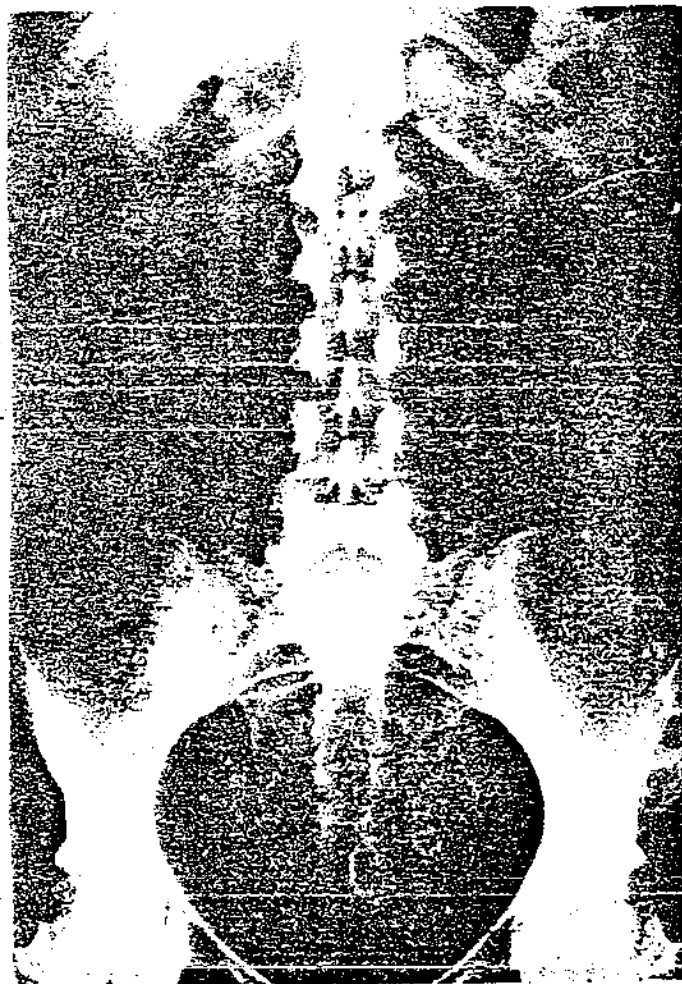
Ανιούσα κυστεογραφία κατά την ούρηση

Η κυστεογραφία γίνεται συνήθως σαν τμήμα μιας ενδοφλέβιας ουρογραφίας, αλλά η απ' ευθείας εκτέλεση της κυστεογραφίας επιτυγχάνεται με την εισαγωγή αραιωμένης σκιαγραφικής ουσίας στην κύστη μέσω του καθετήρα. Πριν την εισαγωγή της ουσίας, πρέπει η κύστη να αδειάσει από ούρο. Η ανιούσα κυστεογραφία χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις που χρειάζεται μια καλύτερη εξέταση της μορφολογικής και της λειτουργικής κατάστασης της ουροδόχου κύστης.

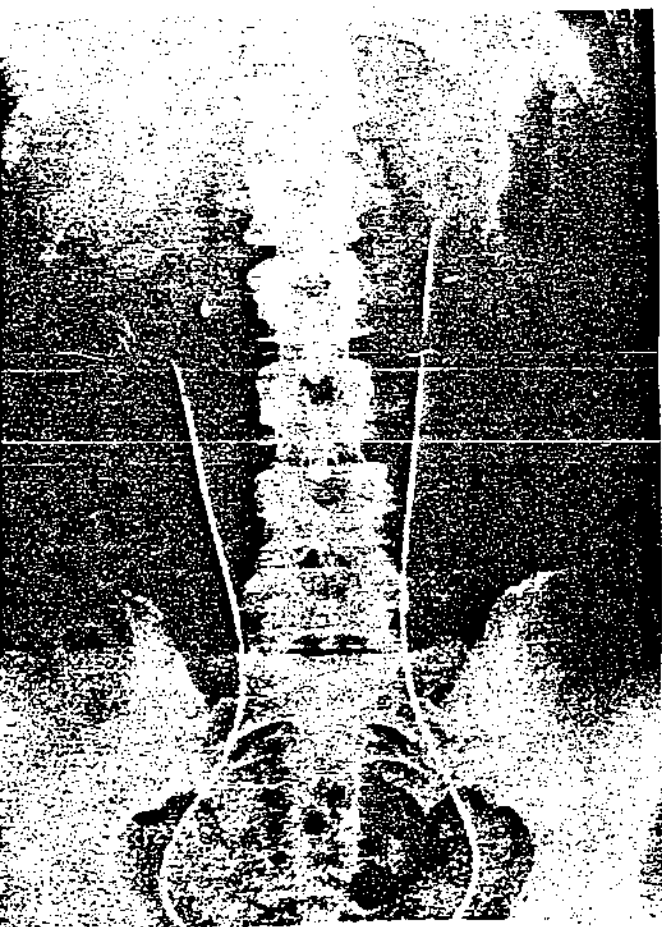
Αν κατά τη διάρκεια της ούρησης (αμέσως μετά την εκτέλεση της ανιούσας κυστεογραφίας) ληφθούν ακτινογραφίες, τότε έχουμε την κυστεοουρηθρογραφία κατά την ούρηση. Με την εξέταση αυτή εξετάζεται ο τρόπος με τον οποίο ανοίγει ο αυχένος της κύστης στη διάρκεια της ούρησης και συγχρόνως αν υπάρχουν, βαλβίδες της οπίσθιας ουρήθρας ή κυστεονεφρική



ανιούσα πιελογραφία. Φυσιολογική απεικόνιση των αποχετευτικών οργάνων.



Φυσιολογική απλή ακτινογραφία Νεφρών-Ουρητήρων-Κύστεως (απλή Ν.Ο.Κ.).



ανιούσας πιελογραφίας. Η απλή Ν.Ο.Κ. δείχνει τους ακτινοσκιερούς ουρητηρικούς καθετήρες.

παλινδρόμηση των ούρων, κ.λ.π..

Υπερηχοτομογραφία του ουροποιητικού συστήματος

Ο ήχος προκαλείται από τη διάδοση μιας κυκλικής δονητικής κίνησης διαμέσου ενός μέσου που παραμορφώνεται. Η συχνότητα κύματος ενός κύκλου ανά δευτερόλεπτο καλείται Hertz (Hz). Οι συχνότητες κυμάτων μεγαλύτερες των 20kHz δεν είναι ακούσιες από το ανθρώπινο αφτί, και καλούνται υπέρηχοι. Η ιατρική υπερηχοτομογραφία χρησιμοποιεί συσκευές που παράγουν κύματα των οποίων οι συχνότητες κυμαίνονται από 2.25 ως 5MHz.

Η υπερηχοτομογραφία αποτελεί εξέταση που στηρίζεται στο γνωστό φαινόμενο της αντανάκλασης των ηχητικών κυμάτων, που συμβαίνει όταν ο ήχος που εκπέμπεται σε μια ορισμένη κατεύθυνση συναντήσει στη διαδρομή του κάποιο αντικείμενο. Ένα μέρος των υπερήχων, από την αντανάκλαση πάνω στην επιφάνεια του οργάνου (όπως π.χ. της κύστης) θα επιστρέψει προς τη συσκευή παραγωγής υπερήχων, που παίζει και ρόλο ανιχνευτή και η οποία έχει τη δυνατότητα μετατροπής των κυμάτων σε ηλεκτρική ενέργεια. Η ένταση της τελευταίας θα είναι ανάλογη προς την ποσότητα των υπερήχων, που γυρίζουν προς τα πίσω, που πάλι εξαρτάται από το είδος της μάζας πάνω στην οποία γίνεται η πρόσκρουση.

Τελικά... η ηλεκτρική ενέργεια με τη βοήθεια...

ηλεκτρονικών μετατροπών, σχηματίζει πάνω στην οθόνη το είδωλο της κύστης καθώς και την 'ήχητική εικόνα' των γειτονικών οργάνων.

Η υπερηχοτομογραφία έχει γίνει σήμερα μία από τις πρωταρχικές διαγνωστικές μεθόδους των διαφόρων παθήσεων του ουροποιητικού συστήματος και ιδιαίτερα όταν οι ακτινογραφίες δεν είναι επιθυμητές ή υπάρχει αντένδειξη στην εκτέλεση της ενδοφλέβιας ουρογραφίας.

Στον καρκίνο της κύστης, η περιφέρεια της εικόνας στο σημείο του νεοπλάσματος είναι ανώμαλη και το εσωτερικό της ανομοιογενές, γιατί η αντανάκλαση των υπερήχων γίνεται πάνω στη συμπαγή νεοπλασματική μάζα.

Η υπερηχοτομογραφία αποτελεί διαγνωστική μέθοδο απλή και τελείως ακίνδυνη. Δεν απαιτεί καμιά προετοιμασία του αρρώστου και μπορεί να γίνει ακόμα και στο κρεβάτι του.

62. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Μακροσκοπική εξέταση ούρων για ερυθρά αιμοσφαίρια:

Βοηθά στον εντοπισμό του μεγέθους της αιματοουρίας που τυχόν παρουσιάζει ο ασθενής.

Κυτταρολογική εξέταση ούρων: Έχει αξία όχι μόνο για τη

Διάγνωση του καρκίνου, αλλά και για την παρακολούθηση της νόσου.

Μελέτες νεφρικής λειτουργίας: Η εξέταση αίματος συνήθως

είναι φυσιολογική, εκτός αν η νεφρική λειτουργία έχει επηρεαστεί, οπότε παρατηρείται ουραιμία και αύξηση της κρεατινίνης του αίματος. Σε περίπτωση οξείας επίσχεσης μπορεί να παρατηρηθεί και λευκοκυττάρωση.

Γενική ούρων: Μπορεί να γίνει φυσιολογική, μπορεί όμως

να διαπιστωθούν πυροσφαίρια, εφόσον υπάρχει λοίμωξη, μικρόβια και ερυθρά αιμοσφαίρια.

Αιματοκρίτης και αιμοσφαιρίνη: Με αυτές γίνεται η

αξιολόγηση της απώλειας αίματος.

Χρόνος ροής και πήξης: Ο έλεγχος συντελεί στη

διερεύνηση των αιμορραγικών διαθέσεων.

Ομάδα αίματος και διασταύρωση: Απαραίτητες για τη

διενέργεια χειρουργικής επέμβασης.

Ε. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ανατομική θέση, το στάδιο, ο βαθμός κακοήθειας και η γενική κατάσταση (ηλικία, άλλες παθήσεις) είναι οι παράγοντες που καθορίζουν το είδος της θεραπείας.

Ταξινόμηση TNM για τους όγκους ουροδόχου κύστης

Tis: Καρκίνωμα in situ

Ta : Θηλωματώδες μη διηθητικό καρκίνωμα

T1 : Καρκίνωμα χωρίς διήθηση πέρα της βασικής μεμβράνης.
Μετά από διουρηθρική εξαίρεση δεν ψηλαφάται μάζα με την
αμφίχειρο εξέταση

T2 : Όπως T1 αλλά διηθείται ο μύς της κύστης

T3 : Καρκίνωμα με διήθηση του μύος σε βάθος (T3a) ή το περι-
κυστικό λίπος (T3b)

T4 : Συμπαγής άκαμπτος όγκος που επεκτείνεται σε γειτονικά
όργανα

N : Λεμφαδενική συμμετοχή

M : Απομακρυσμένη μετάσταση

Η διουρηθρική ηλεκτροπηξία είναι η συνήθης θεραπεία για το Tis στάδιο. Πρόσθετες ενδοκυστικές εγχύσεις χημειοθεραπευτικών (adriamycine, mitomycin, thio-tera), γενικώς χρησιμοποιούνται για θεραπεία και πρόληψη υποτροπών. Τα και T1 όγκοι θεωρούνται πρώιμοι και χαμηλού βαθμού κακοήθειας. Παρά το ότι το ποσοστό υποτροπών είναι μεγάλο,

αρχικά αντιμετωπίζονται με TUR και ενδοκυστικές εγχύσεις. Αν υποτροπιάσουν, χρησιμοποιείται συνήθως ριζική κυστεκτομή.

Σε T2 και T3 όγκους απαιτούνται πιο επιθετικές μορφές θεραπείας λόγω μεγαλύτερου μεγέθους του όγκου και πιο υψηλού ιστολογικού grading. Προεγχειρητική ακτινοβολία που ακολουθείται από ριζική κυστεκτομή (ολική εξαίρεση κύστης, λεμφαδενεκτομή, προστατεκτομή στον άνδρα, υστερεκτομή στη γυναίκα) μαζί με εκτροπή των ούρων είναι η θεραπεία εκλογής.

Εξωτερική ακτινοθεραπεία (60-70cGy) χρειάζεται επίσης σε μερικές περιπτώσεις.

Η θεραπεία ασθενή με T4 με ή χωρίς λεμφαδένες ή μεταστάσεις είναι απογοητευτική και γίνεται μόνο για παρηγορητικούς λόγους στις πλείστες περιπτώσεις. Τοπικά χειρουργικά μέτρα, όπως απλή κυστεκτομή, εκτροπή των ούρων ή ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθούν για μεγάλο τοπικό όγκο, μεγάλες αιμορραγίες ή συμπτωματικές μεταστατικές βλάβες (π.χ. οστά).

Συμπλήρωση με χημειοθεραπεία (cis platinum-methotrexate adriamycine, vinblastine) μπορεί να προκαλέσει πρόσκαιρη υποχώρηση στο 40-50% των όγκων. Η αξία της συστηματικής χημειοθεραπείας σε πρωιμότερα στάδια δεν έχει αποδειχθεί.

Ειδικότερα, για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του θηλώματος πρέπει να αποφεύγεται η χειρουργική διάνοιξη της κύστης και πρέπει πάντοτε να καταβάλλεται προσπάθεια ενδοσκοπικής αντιμετώπισης, με την έννοια όχι μόνο της απλής

ηλεκτροπληξίας, αλλά της εκτομής του θηλώματος μαζί με τη βάση του, με τον ηλεκτροτόμο. Μετά τη διουρηθρική εκτομή των θηλωμάτων, γίνεται ενδοκυστική πλύση με διάφορα χημειοθεραπευτικά σκευάσματα (Thio-Tera, Adriamycine, Erodyl).

Αντίθετα με το θήλωμα, η θεραπεία του Ca είναι δύσκολη, προβληματική και με διχασμένες απόψεις. Οι επιπολής επιθηλιακοί όγκοι, και με μικρού βαθμού διηθητικότητα, αντιμετωπίζονται με διουρηθρική ηλεκτροαφαίρεση, ενώ οι κακοηθέστεροι και διηθητικοί με ραδιοθεραπεία ή ριζική κυστεκτομή ή και συνδυασμό των δύο. Η μερική κυστεκτομή περιορίζεται για τους καλύτερα διαφοροποιημένους όγκους, ενώ η ολική κυστεκτομή για τους αναπλαστικούς και για τη θεραπεία της πολλαπλής θηλωματώσεως. Την ολική κυστεκτομή συνοδεύει και υπερκυστική παροχέτευση των ούρων, με ουρητηροστομία στο έντερο. Η χημειοθεραπεία κρίνεται επιφυλακτικά και περιορίζεται για παρηγορητικό σκοπό. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η θεραπεία αποβλέπει όχι μόνο στην παράταση της ζωής, αλλά και στη βελίωση των συνθηκών διαβίωσης. Τελευταία γίνεται χρήση του BCG με σκοπό την αύξηση της ανοσοβιολογικής ικανότητας του οργανισμού.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Διουρηθρική εκτομή και καυτηρίαση: Οι διουρηθρικές

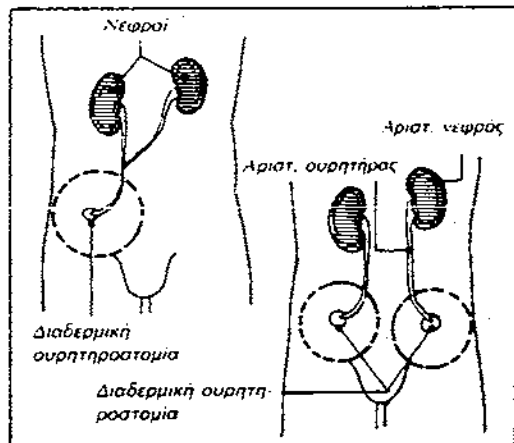
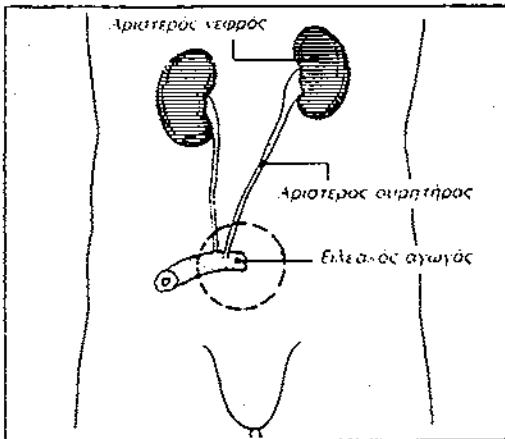
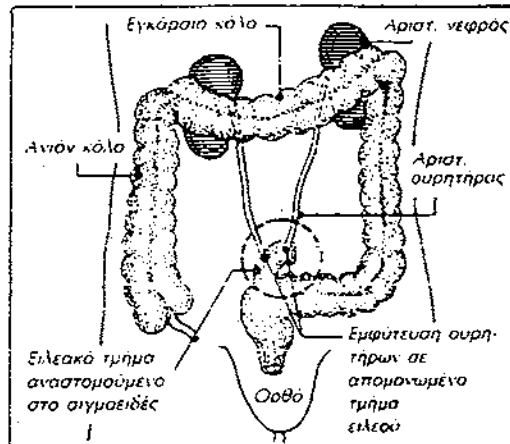
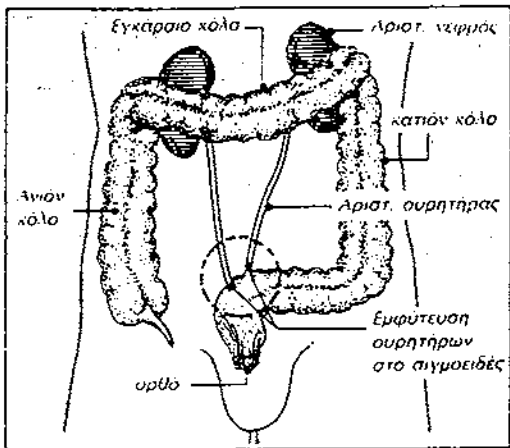
αφαιρέσεις των νεοπλαστών της κύστης, γίνονται με ειδικό εργαλείο, τον ηλεκτροτόμο. Η λειτουργία του είναι η ίδια με του κυστεοσκοπίου αλλά με την πρόσθετη διαφορά ότι μέσα από τον αυλό του περνά μια ηλεκτρική αγκύλη, η οποία με ειδικό μηχανισμό σκανδάλης έχει την ικανότητα, με τη βοήθεια ηλεκτρικού ρεύματος, να κόβει μικρά κομμάτια από τον όγκο της κύστης. Με αυτόν τον τρόπο, αφαιρείται προοδευτικά το σύνολο του όγκου της κύστης χωρίς να απαιτείται εγχείρηση.

Κυστεκτομή - ολική αφαίρεση κύστης: Αυτός ο τύπος

επέμβασης συνήθως γίνεται μετά από αξιολόγηση του μεγέθους του όγκου, του βάθους συμμετοχής των ιστών και της γενικής κατάστασης υγείας του αρρώστου. Στη χειρουργική αυτή επέμβαση γίνεται μόνιμη εκτροπή της ροής των ούρων. Υπάρχουν διάφορες τεχνικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν

Τύποι εκτροπής ούρων

1. Ορθική κύστη - σχηματισμός ορθικής κύστης με εμφύτευση των ουρητήρων σε απομονωμένο τμήμα ειλεού, αναστομωμένο με το σιγμοειδές κόλο (Εικ. 6.8B)
2. Ουρητηροσιγμοειδοστομία - εμφύτευση των ουρητήρων στο



Εικόνα 6.8. Εκτροπή ούρων. Α. Ουρητηροαιγμοειδοστομία, Β. Ορθική κύστη, Γ. Ειλεακός αγωγός (νεοκύστη), Δ. Ουρητηροστομίες.

ακέραιο κόλο (Εικ. 6.8Α)

3. Ουρητηροειλεοστομία (νεοκύστη) - μεταφύτευση των ουρητήρων μέσα σε απομονωμένο τμήμα ειλεού που το ένα του άκρο ράβεται και κλείνεται, ενώ το ανοικτό άκρο εκστομώνεται στο δέρμα του κοιλιακού τοιχώματος (Εικ. 6.8Γ)
4. Δερματική ουρητηροστομία και εκστόμωση των ουρητήρων αμέσως στο κοιλιακό τοίχωμα (Εικ. 6.8Δ)

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΚΩΝ ΟΓΚΩΝ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΥΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ

Τα θηλωματώδη, από μεταβατικά κύτταρα, νεοπλάσματα της κύστεως συνήθως αντιμετωπίζονται με τη διουρηθρική ηλεκτροαφαίρεση τους (TUR). Ωστόσο, η βιολογική ροπή των ασθενών προς ανάπτυξη νέων όγκων στην κύστη (υποτροπές ή νέες παρουσιάσεις νεοπλασμάτων) δεν αντιμετωπίζεται μόνο χειρουργικά. Στην πραγματικότητα, περίπου 50% των όγκων σταδίου T_a και 70% των T₁ υποτροπιάζουν μέσα στα τρία επόμενα χρόνια όταν η TUR αποτελεί τη μοναδική θεραπεία.

Η αυξημένη αυτή συχνότητα των υποτροπών των επιφανειακών νεοπλασμάτων αποτελεί και το μεγαλύτερο πρόβλημα των ουρολόγων, αφού 50 με 80% των όγκων αυτών, γενικά, υποτροπιάζει, ενώ η αύξηση του βαθμού της διήθησης, δηλαδή της προσβολής της μυικής στοιβάδας, που ανέρχεται στο 20 με 25% των όγκων που υποτροπιάζουν, αποτελεί ένα επιπρόσθετο πρόβλημα. Η υψηλή αυτή συχνότητα των υποτροπών αποδίδεται πρωταρχικά στην πολυεστιακή προέλευση της νόσου, μολονότι η εμφύτευση καρκινικών κυττάρων που απελευθερώνονται κατά τη διάρκεια της τοπικής ηλεκτροαφαίρεσης μπορεί να θεωρηθεί σαν ένας επιπρόσθετος προδιαθεσικός παράγοντας.

Αρκετές εμπειριστατωμένες μελέτες έχουν δείξει σοβαρότατες σχέσεις μεταξύ της αυξανόμενης συχνότητας των υποτροπών, αλλά και της νεοπλασματικής διηθητικότητας, και

διαφόρων νεοπλασματικών παραμέτρων, η προγνωστική σημασία των οποίων έχει κατά επανάληψη αποδειχθεί. Μεταξύ των προγνωστικών αυτών παραμέτρων ή παραγόντων περιλαμβάνονται: το στάδιο εξέλιξης των νεοπλασμάτων, ο βαθμός κακοήθειάς τους, ο αριθμός των όγκων που εμφανίζονται κατά την αρχική διαγνωστική κυστεοσκόπηση (η πολλαπλότητα δηλαδή των νεοπλασμάτων), καθώς και το θετικό ή αρνητικό για προηγούμενους όγκους ιστορικό των ασθενών που παρουσιάζονται για θεραπευτική αντιμετώπιση.

Αλλά και η συχνότητα της πρώτης εμφάνισης των νεοπλασμάτων είναι διαφορετική σε σχέση με τους προαναφερθέντες παράγοντες.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των επιφανειακών νεοπλασμάτων της κύστης, σε γενικές γραμμές, έχει ως εξής:

Αν πρόκειται για όγκο πρωτοεμφανιζόμενο, μονήρη, χαμηλού grade (π.χ. I), που δε διήθει τη βασική μεμβράνη (δηλαδή σταδίου Ta) και οι βιοψίες από την περιφέρεια του όγκου αλλά και από άλλα σημεία καθώς και οι κυτταρολογικές ούρων είναι αρνητικές, τότε αρκεί η διουρηθρική εκτομή (TUR) του όγκου και η παρακολούθηση του αρρώστου.

Σε κάθε άλλη περίπτωση (υποτροπή, πολλαπλοί όγκοι, υψηλότερο grade, διήθηση βασικής μεμβράνης, θετικές κυτταρολογικές ή βιοψίες), σε συνέχεια της TUR εφαρμόζεται σήμερα η ενδοκυστική χημειοθεραπεία η οποία αποσκοπεί:

α) στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων που εμφυτεύθηκαν στο υγιές ουροθήλιο κατά τη διάρκεια της TUR, β) στην

ελάττωση των υποτροπών, λόγω της πολυεστιακής εντόπισης της νόσου, γ) στην εξάλειψη του υπολειπόμενου (μετά την TUR) όγκου, δ) στην καταπολέμηση της ενδεχόμενης διάχυτης κυτταρικής ατυπίας ή του καρκινώματος *in situ*, αν συνυπάρχει.

Οι αντινεοπλασματικές ουσίες που χρησιμοποιούνται στις ενδοκυστικές εγχύσεις, είναι:

ΘΙΟΤΕΡΑ (Τριαιθυλενοφωσφοραμίδη)

Χρησιμοποιείται από το 1960 με αρκετά καλά αποτελέσματα. Έτσι, ενώ το ποσοστό υποτροπής του όγκου, αν γίνει μόνο TUR, σε ένα χρόνο είναι 66%, αν ακολουθήσει θεραπεία με Θιοτέρα το ποσοστό αυτό ελαττώνεται στο 40%.

Το πρωτόκολλο χορήγησης της Θιοτέρα είναι το εξής: Άμεση μετεγχειρητική χορήγηση 30mg Θιοτέρα σε 30ml ύδατος και στη συνέχεια 8 εβδομαδιαίες εγχύσεις, που ακολουθούνται από μηνιαίες εγχύσεις για δύο χρόνια και διμηνιαίες για ένα χρόνο, πάντοτε υπό στενή κλινικοεργαστηριακή παρακολούθηση.

Οι μείζονες παρενέργειες του φαρμάκου οφείλονται στη συστηματική του απορρόφηση και είναι η λευκοπενία και η θρομβοκυττοπενία αναιμία.

MITOCYMIN C

Παράγεται από το *Streptomyces caespiritosus* και προκαλεί αναστολή της σύνθεσης του DNA. Τα αποτελέσματά της Mitomycin-C είναι καλύτερα από εκείνα του Θιοτέρα. Το

πρωτόκολλο χορήγησης είναι 40mg Mitomycin-c διαλυμένα σε 60ml ύδατος στα ίδια χρονικά διαστήματα με τη Thiotepra.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι ο κυστικός ερεθισμός, ενώ σπάνια μπορεί να παρατηρηθεί ρίκνωση της ουροδόχου κύστης.

Συστηματικές παρενέργειες δεν εμφανίζονται γιατί το μεγάλο μοριακό βάρος της ουσίας δεν επιτρέπει την απορρόφηση της στην κυκλοφορία.

EPODYL (Τριεθυλενο-γλυκο-διγλυκερολαιθέρας)

Τα αποτελέσματά του ήταν παρόμοια των άλλων ουσιών, αλλά δε χρησιμοποιείται πια λόγω της σοβαρής χημικής κυστίτιδας που προκαλεί.

DOXORUBICIN (Adriamycin)

Πρόκειται για αντιβιοτικό, της ομάδας των ανθρακυκλινών που παράγεται από το *Streptomyces pencentins* ή με χημική σύνθεση από την Daunomycin. Τα αποτελέσματά της είναι σχεδόν παρόμοια με εκείνα της Thiotepra και της Mitomycin-C.

Η θεραπεία αρχίζει μια εβδομάδα μετά την εγχείρηση (60mg Adriamycin σε 50 ml ύδατος) και επαναλαμβάνεται οκτώ φορές ανά τρεις εβδομάδες ή ανά εβδομάδα.

Έχει ελάχιστη συστηματική απορρόφηση.

EPIRUBICIN (4-epi- Adriamycin)

Η αντινεοπλασματική αυτή ουσία άρχισε να

χρησιμοποιείται πρόσφατα. Πρόκειται για παράγωγο της Adriamycin με τουλάχιστον την ίδια αντικαρκινική αποτελεσματικότητα αλλά με λιγότερες τοπικές παρενέργειες και τοξικότητα σε διάφορα όργανα και ιδίως στη καρδιά.

INTERFERON

Βρίσκεται τελευταία υπο εξέταση σε διάφορες κλινικές μελέτες με ασαφή όμως αποτελέσματα.

I. ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ BCG (βάκιλλους των Calmette-Guerin)

Η συστηματική ανοσοθεραπεία αναλαμβάνει όλο και μεγαλύτερο ρόλο στη θεραπεία ορισμένων συμπαγών νεοπλασιών (μελάνωμα του δέρματος, μεταστατικό καρκίνο του νεφρού, σάρκωμα του Καρσί) καθώς και νεοπλασιών του αιμοποιητικού συστήματος (λευχαιμία "τοιχωτών" κυττάρων, πολλαπλό μυέλωμα, χρόνια μυελογενής λευχαιμία και μη-Hodgkin λεμφώματα), ενώ παράλληλα η τοπική χορήγηση της βρίσκει τώρα εφαρμογή στη θεραπεία και προφύλαξη από τις υποτροπές των ενδοεπιθηλιακών (καρκίνωμα *in situ*) και επιφανειακών όγκων (T και T₁) της ουροδόχου κύστης.

Ο μηχανισμός της δράσης του BCG παραμένει ακόμα αδιευκρίνιστος παρόλο ότι έχουν διευκρινιστεί ορισμένες από τις δράσεις του, όπως: η μη ειδική ανοσοδιεγερτική δράση, που συνίσταται στην ενεργοποίηση της ειδικής δράσης των φυσικών φονευτικών κυττάρων (NK), στην αύξηση της φαγοκυτταρικής δράσης του συστήματος μονοκυττάρων-μακροφάγων

και στην παραγωγή ενδογενούς ιντερφερόνης και ιντερλευκινών. Οι δύο τελευταίες ουσίες έχουν την ικανότητα να ενισχύουν την ανοσολογική απάντηση τόσο μέσω του χημικού όσο και μέσω του κυτταρικού σκέλους της ανοσίας, ενώ εμφανίζουν δε επιπλέον, μία κυτταροτοξική δράση πάνω στα νεοπλασματικά κύτταρα.

Έχει λεχθεί ότι η ενδοκυστική χορήγηση του BCG παρουσιάζει δύο ανταποκρίσεις: Η πρώτη εμφανίζεται με μία μονοκυτταρική διήθηση και με επακόλουθη απόπτωση του βλεννογόνου, φαινόμενα που μπορεί να θεωρηθούν υπεύθυνα για την απομάκρυνση της κακοήθειας του επιθηλίου. Στη δεύτερη έχουν μετρηθεί αντι-BCG αντισώματα που έχουν συσχετισθεί με την κλινική ανταπόκριση. Στα ανωτέρω θα πρέπει να προστεθούν και τα εξής: Ο καρκίνος από μεταβατικό επιθήλιο της ουροδόχου κύστης έχει δείχθει να είναι όγκος με αντιγονικές ιδιότητες, ενώ το BCG έχει δείχθει να προκαλεί ανοσοδιέγερση. Οι ενδοκυστικές εγχύσεις διαλύματος BCG είναι κατάλληλες για τους επιφανειακούς όγκους του οργάνου, αφού οι ασθενείς με τη νόσο είναι λίγο-πολύ ανοσοβιολογικά επαρκείς, έχουν περιορισμένο νεοπλασματικό όγκο, ενώ οι κύστες τους επιτρέπουν τη στενή επαφή του BCG με τα καρκινικά κύτταρα.

Η παρατήρηση εμφάνισης νεοπλασιών στην προστατική ουρήθρα (η οποία "βρέχεται" από το BCG ανεπαρκώς) και στην τελική μοίρα των ουρητήρων (που υπο φυσιολογικές συνθήκες δε "βρέχεται" καθόλου από το BCG) ενώ η κύστη παραμένει

ελεύθερη νεοπλασματικών υποτροπών μετά την ενδοκυστική χορήγηση του διαλύματος, καθώς και αναφορές που ισχυρίζονται ότι οι ενδοκυστικές εγχύσεις του BCG είναι εξίσου αποτελεσματικές στην ελάττωση της συχνότητας των νεοπλασματικών υποτροπών της ουροδόχου κύστης, με το συνδυασμό ενδοκυστικών και ενδοδερμικών χορηγήσεων του φαρμάκου, ενισχύει την άποψη ότι η άμεση επαφή και η τοπική αντίδραση είναι ουσιαστικές για την επιτυχή θεραπευτική αντιμετώπιση.

Τη χρήση του BCG, στη θεραπευτική των επιφανειακών όγκων της ουροδόχου κύστης, εισήγαγε πρώτος ο A. Morales και συν. το 1976. Το θεραπευτικό σχήμα του Morales ήταν έξι εβδομαδιαίες συνεδρίες κατά τις οποίες χορηγούντο στον άρρωστο ταυτόχρονα 5mg ενδοδερμικών ενέσεων και 120mg ενδοκυστικών εγχύσεων BCG διαλυμένων σε 50ml φυσιολογικού ορού. Ο άρρωστος όφειλε να κρατήσει το διάλυμα στην κύστη του τουλάχιστον για δύο ώρες.

Το 1982 οι Lamm και συν. εφαρμόζοντας το σχήμα του Morales, ανακοίνωσαν ελάττωση του ποσοστού των υποτροπών (για χρονικό διάστημα παρακολούθησης 3-30 μήνες) από 50% για τους μάρτυρες στο 21% για τους αρρώστους που υπεβλήθησαν σε θεραπεία με BCG, η mantoux μετατράπηκε από αρνητική σε θετική, το ποσοστό υποτροπής ήταν 6%, σε αντίθεση με εκείνους στους οποίους η mantoux είτε παρέμεινε αρνητική, είτε παρέμεινε από την αρχή θετική και οι οποίοι εμφάνισαν ένα ποσοστό υποτροπής 38%.

Το 1982 ο Brosman βασιζόμενος στις εργασίες των Martinez-Pineiro, σταμάτησε την ενδοδερμική χορήγηση του BCG και χρησιμοποίησε μόνο τις ενδοκυστικές εγχύσεις για προφυλακτικούς λόγους και με το ακόλουθο σχήμα: μία έγχυση εβδομαδιαίως για έξι εβδομάδες, μία έγχυση κάθε 15 μέρες για τρεις μήνες και μία έγχυση κάθε μήνα μέχρι να συμπληρωθούν δύο χρόνια. Τα αποτελέσματα ήταν πολύ καλύτερα αλλά και οι ανεπιθύμητες ενέργειες περισσότερες και βαρύτερες. Ο ίδιος συγγραφέας επεξέτεινε τη χρήση του BCG και στη θεραπεία των υπολειμματικών όγκων μετά τη TUR και του καρκινώματος *in situ*, με ενθαρρυντικά αποτελέσματα.

Οι Catalona και συν. σε αλληπάλληλες εργασίες τους το 1985, 1986, 1987, προσπαθούν να εντοπίσουν το θεραπευτικό σχήμα με τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και τις μικρότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες και καταλήγουν στο εξής: Καταρχήν υποβάλλουν τους ασθενείς σε έξι εβδομαδιαίες ενδοκυστικές εγχύσεις BCG και μετά έξι εβδομάδες τους ελέγχουν με κυτταρολογική ούρων, κυστεοσκόπηση και βιοψίες. Αν ο έλεγχος αποβεί αρνητικός, οι άρρωστοι απλώς παρακολουθούνται κάθε τρεις μήνες και αυτό γιατί είδαν ότι στους αρρώστους αυτούς η παρατεταμένη θεραπεία ενώ δε μικραίνει το ποσοστό των υποτροπών ούτε επιμηκύνει το χρόνο μεταξύ αυτών, αυξάνει τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Αν όμως ο έλεγχος αποβεί θετικός, οι άρρωστοι υποβάλλονται σε άλλες έξι εβδομαδιαίες ενδοκυστικές εγχύσεις και επανελέγχονται. Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς που δεν απάντησαν στην πρώτη θεραπεία, απαντούν στη

δεύτερη οπότε οι εγχύσεις σταματούν και οι άρρωστοι απλώς παρακολουθούνται. Ο συγγραφέας, προς το παρόν, δεν έχουν τα στατιστικά δεδομένα που θα τους επέτρεπαν να έχουν αποσαφηνισμένη άποψη για το τι πρέπει να γίνει με τους αρρώστους που δεν απάντησαν ούτε στη δεύτερη θεραπεία. Διαφαίνεται όμως η πρόθεσή τους να μην εγκαταλείπουν τις ενδοκυστικές εγχύσεις BCG πριν πετύχουν μετατροπή της μαντοχ από αρνητική σε θετική. Τα αποτελέσματα με το προαναφερθέν σχήμα ήταν τα εξής: α) Καρκίνωμα in situ: Μετά τη θεραπεία έξι εβδομάδων το 42% είχε αρνητικές κυτταρολογικές εξετάσεις των ούρων και βιοψίας και παρέμεινε έτσι για ένα διάστημα παρακολούθησης 14-17 μηνών. Στους υπολοίπους, η θεραπεία επανελήφθη και στο 56% η νεοπλασία εξαφανίστηκε. Δηλαδή, η εξαφάνιση της νεοπλασίας με μία ή δύο θεραπείες επιτεύχθηκε στο 68% των ασθενών. β) Ασθενείς με υπολλειμματικό όγκο μετά τη TUR: Στο 46% ο όγκος εξαφανίστηκε μετά την πρώτη θεραπεία, ενώ από τους υπολοίπους ο όγκος εξαφανίστηκε μετά τη δεύτερη θεραπεία στο 43%. Συνεπώς, η συνολική επιτυχία ήταν 70%. γ) Ασθενείς χωρίς υπολλειμματικό όγκο μετά τη TUR (δηλαδή το BCG χορηγήθηκε για προφυλακτικούς σκοπούς): Στο 69% δε σημειώθηκε υποτροπή μετά την πρώτη θεραπεία, ενώ μετά και το δεύτερο κύκλο θεραπείας, η συνολική επιτυχία έφθασε το 90%. Συνολικά και με τους δύο κύκλους θεραπείας και για όλες τις ομάδες η επιτυχία έφθασε το 78%.

Στη συνέχεια αρκετοί συγγραφείς ακολούθησαν το

θεραπευτικό σχήμα των Catalonia και συν. και επιβεβαίωσαν την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου. Μεταξύ αυτών ο Herr και συν. ανακοίνωσαν επιτυχία στο 68% των ασθενών με καρκίνωμα *in situ* μετά από έξι εβδομαδιαίες ενδοκυστικές εγχυσεις BCG για ένα διάστημα παρακολούθησης τεσσάρων χρόνων, ενώ οι Schellhammer και συν. ανακοίνωσαν εξαφάνιση της νεοπλασίας στο 71% των ασθενών οι οποίοι μετά τη TUR είχαν είτε υπολλειμματικό όγκο, είτε θετικές βιοψίες και θετικές κυτταρολογικές ούρων.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΩΝ ΕΓΧΥΣΕΩΝ BCG

Το 1986 οι D.L. Lamm και συν. ανακοίνωσαν τις επιπλοκές της θεραπείας σε ένα σύνολο 1278 ασθενών. Περισσότεροι από το 90% των αρρώστων παρουσίασαν συχνουρία και δυσουρία. Τα συμπτώματα συνήθως άρχιζαν μετά τη δεύτερη ή τρίτη ενδοκυστική έγχυση και παρέμειναν για δύο περίπου ημέρες μετά από κάθε έγχυση. Ιστολογικά υπήρχε η εικόνα οξείας και χρόνιας φλεγμονής με σχηματισμό κοκκιωμάτων στον υποβλεννογόνιο χιτώνα. Τα συμπτώματα αυτά σταματούσαν αυτόματα και δεν απαιτούσαν καμία ιδιαίτερη θεραπευτική αγωγή, παρά σε λίγες μόνο περιπτώσεις, όπου χρησιμοποιήθηκαν σπασμολυτικά και αντιφλεγμονώδη σκευάσματα. Ήπια μακροσκοπική αιματουρία παρατηρήθηκε στο 43% των ασθενών. Πυρετός υψηλότερος των 39.3 C. παρουσιάστηκε στο 4% των

ασθενών. Ο πυρετός αυτός διαρκούσε μία ή δύο μέρες μετά την έγχυση και αντιμετωπιζόταν συνήθως με υγρά και αντιπυρετικά. Ασυμπτωματική κοκκιωματώδης προστατίτιδα, διαπιστώθηκε στο 1.8% των ασθενών και αντιμετωπίσθηκε χωρίς θεραπεία. Αρθρίτιδα ή μεταναστευτική αρθραλγία που αποδίδεται σε αντίδραση υπερευαισθησίας στο BCG παρατηρήθηκε στο 0.5% των περιπτώσεων. Η θεραπεία δε διακόπηκε αλλά χορηγήθηκε ισονιαζίδη 300mg την ημέρα μέχρι υποχώρησης των συμπτωμάτων. Παροδική ατελής ουρητηρική απόφραξη παρατηρήθηκε στο 0.3%. Ρίκνωση της κύστης παρατηρήθηκε στο 0.2%. Ορχίτιδα ή επιδιδυμίτιδα παρουσιάστηκε στο 0.2% και η επιπλοκή αυτή αντιμετωπίσθηκε με χορήγηση ισονιαζίδης. Ένας άρρωστος (ποσοστό 0.1%) με κυστεοουρητική παλινδρόμηση εμφάνισε αμφοτερόπλευρες νεφρικές χωροκατακτητικές εξεργασίες οι οποίες θεωρήθηκαν καρκινώματα του νεφρού. Στην εγχείριση διαπιστώθηκε ότι επρόκειτο για τυροειδοποιημένα νεφρικά αποστήματα. Συστηματικές εκδηλώσεις εμφανίστηκαν στο 0.9% των περιπτώσεων. Αρχικά οι άρρωστοι παρουσίασαν παρατεινόμενο πυρετό και κακουχία και στη συνέχεια ανέπτυξαν φυματιώδη πνευμονίτιδα ή φυματιώδη ηπατίτιδα, ενώ ένας άρρωστος εμφάνισε κυτταροπενία. Στους περισσότερους από τους άρρωστους αυτούς είχε προηγηθεί τραυματικός καθετηριασμός ή η θεραπεία με το BCG είχε αρχίσει πολύ γρήγορα (μέσα στις πρώτες 15 ημέρες) μετά τη TUR. Οι περισσότεροι από τους άρρωστους αυτούς δεν είχαν βαρεία κλινική εικόνα και αντιμετωπίσθηκαν με ισονιαζίδη και ριφαμπικίνη. Στους βαρεία

πάσχοντες χορηγήθηκε τριπλό αντιφυματικό σχήμα καθώς και κυκλοσερίνη (500mg δύο φορές την ημέρα και τις πρώτες τρεις μέρες.). Η κυκλοσερίνη είναι το αντιφυματικό φάρμακο με την ταχύτερη δράση και η χορήγησή της μπορεί να αποδειχθεί σωτηρία για τη ζωή του πάσχοντα. Οι συγγραφείς στο σημείο αυτό, εφιστούν ιδιαίτερα την προσοχή, σε σημείο που να συμβουλεύουν ότι πρέπει να είναι κανείς επιφυλακτικός στο να αρχίσει θεραπεία με BCG σε έναν άρρωστο εάν δε βεβαιωθεί πρώτα ότι υπάρχει διαθέσιμη κυκλοσερίνη για άμεση χρήση. Θάνατος από ενδοκυστική χορήγηση BCG έχει αναφερθεί σε 7 περιπτώσεις.

Οι Lamm και συν. φαίνεται να κλείνουν υπέρ της άποψης ότι η προληπτική συστηματική χορήγηση ισονιαζίδης σε όλους τους αρρώστους που κάνουν θεραπεία με ενδοκυστικές εγχύσεις BCG θα μπορούσε να ελαχιστοποιήσει όλες τις προαναφερθείσες επιπλοκές. Στο σημείο αυτό άλλοι συγγραφείς, όπως ο Catalana, εκφράζουν το σκεπτικισμό τους γιατί, κατά αυτούς, αφ' ενός μεν οι σοβαρές επιπλοκές είναι πολύ σπάνιες, αφ' ετέρου δε, δεν είναι εξακριβωμένο κατά πόσο η προφυλακτική χορήγηση ισονιαζίδης θα μπορούσε να μειώσει το θεραπευτικό αποτέλεσμα του BCG.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3ο
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Για την καλύτερη επίτευξη ενός ολοκληρωμένου σχεδίου ατομικής νοσηλευτικής φροντίδας, η νοσηλεύτρια οφείλει να συγκεντρώσει ορισμένες πληροφορίες που αφορούν τον άρρωστο και τη νόσο από την οποία πάσχει.

Οι πηγές των πληροφοριών της νοσηλεύτριας είναι:

- α. Ο ασθενής
- β. Μέλη της οικογένειάς του
- γ. Ιατρικά δελτία

Ιστορικό Υγείας

Πέρα από τις πληροφορίες που παίρνει η νοσηλεύτρια από τον ασθενή και από τα ιατρικά δελτία, οφείλει να συντάξει το νοσηλευτικό ιστορικό που θα βασίζεται σε αποτελέσματα ιατρικής και εργαστηριακής εκτίμησης και σε αποτελέσματα της παρατηρητικότητάς της και της φυσικής εκτίμησης του αρρώστου.

Το ιστορικό υγείας περιλαμβάνει βασικά στοιχεία, όπως το όνομα του ασθενή, την ηλικία, το φύλο, την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση, το οικογενειακό και το επαγγελματικό του περιβάλλον. Η εκτίμηση της κατάστασης

θρέψης περιλαμβάνει τη μέτρηση του ύψους, του βάρους και την τυχόν ύπαρξη οιδημάτων.

Η προηγούμενη κατάσταση υγείας είναι σημαντική για τον προσδιορισμό της πορείας της θεραπείας. Γι αυτό οι προηγούμενες φυσικές εξετάσεις, εισαγωγές σε νοσοκομείο και χειρουργικές επεμβάσεις είναι απαραίτητο να αναφέρονται συνεχώς.

Ο ασθενής πρέπει να ερωτάται εάν έχει εμφανίσει στο παρελθόν ιστορικό αλλεργίας (ειδικά στο ιώδιο) γιατί σε περίπτωση εξέτασης πυελογραφίας, ο γιατρός θα πρέπει να είναι ενήμερος και έτοιμος για ανεπιθύμητες αντιδράσεις. Φαρμακευτική θεραπεία (ιδιαίτερα των νεφροτοξικών και των αντιπηκτικών φαρμάκων) που ακολουθήθηκε με ιατρική εντολή στο παρελθόν, καθώς και μέθοδος, συχνότητα λήψης και απόκρισης στις φαρμακευτικές ουσίες πρέπει να αναγράφεται στη νοσηλευτική και ιατρική λογοδοσία.

Η νοσηλεύτρια κάνει τις κατάλληλες ερωτήσεις με σκοπό την εξερεύνηση μη ουρολογικών παραπόνων που μπορεί να δείχνουν μετάσταση σε γειτονικά ή απομακρυσμένα όργανα.

Η παρουσία πόνου, η εντόπισή του, η ένταση, η ποιότητα και παράγοντες που τον προκαλούν ή τον επιδεινώνουν όπως και τα μέσα που τον μειώνουν είναι από τα βασικά ερωτήματα που θέτει η νοσηλεύτρια στον ασθενή.

Άλλο ένα στοιχείο που προκύπτει από την επισκόπηση που εφαρμόζει η νοσηλεύτρια είναι το όχημα ούρησης και τα χαρακτηριστικά των ούρων του ασθενή. Ειδικά η διαλειπούσα ή

συνεχής αιματουρία, μακροσκοπική ή μικροσκοπική είναι ενδεικτική της κατάστασης του αρρώστου με Ca κύστη.

Γενικά, η αδελφή συμμετέχει στον εργαστηριακό έλεγχο της νεφρικής λειτουργικότητας και τον έλεγχο της σωματικής κατάστασης του ασθενή. Δε σταματά όμως εκεί. Η νοσηλεύτρια συντελεί στην προσαρμογή του ασθενή στο περιβάλλον της κλινικής με διάφορες συζητήσεις και παρατηρήσεις. Αποκτά γνώση της ιδιοσυγκρασίας, των φυσικών ικανοτήτων και της νοσηρότητας του. Προσαρμόζει τον ασθενή στην ιδέα της εγχείρησης και των συνεπειών της καθώς τον ενθαρρύνει στο κάθε βήμα των διαγνωστικών εξετάσεων.

Η ψυχολογική τόνωση του ασθενή προεγχειρητικά πρέπει να γίνεται με προσοχή γιατί, όπως είναι γνωστό, οι ασθενείς με Ca παρουσιάζουν αυξημένη ευαισθησία απέναντι στο θέμα του θανάτου.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η φροντίδα του αρρώστου με Ca κύστης προεγχειρητικά είναι η ίδια σε όλους τους τύπους επέμβασης. Προτεραιότητα δίνουμε στην ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης αρρώστου - νοσηλεύτη. Στηρίζουμε τη σχέση αυτή σε διαχρονικές αξίες όπως είναι ο σεβασμός στην αξιοπρέπεια και την ατομικότητα του αρρώστου, το δικαίωμα στην αυτοέκφραση των συναισθημάτων του και την εκτόνωση των ανησυχιών και της αγωνίας του που αφορούν τη διάγνωση.

Την παραμονή των διαγνωστικών εξετάσεων ενημερώνεται κατάλληλα για τη διαδικασία που θα επακολουθήσει και προετοιμάζεται κατάλληλα από το προηγούμενο βράδυ. Πριν από την κυστεοσκόπηση, του χορηγούνται ένα ή δύο ποτήρια νερό πριν από την εξέταση. Ενώ η χορήγηση κατευναστικού και η ενστάλλαξη τοπικού αναισθητικού μπορεί να είναι αρκετή, συχνά είναι αναγκαία η γενική ή οσφυονωτιαία αναισθησία. Για τον πόνο, του χορηγούνται καταπραυντικά με ιατρική εντολή. Στην ανακούφιση του πόνου βοηθά και η εφαρμογή θερμοφόρας στο υπογάστριο και η χορήγηση μυοχαλαρωτικών μετά από ιατρική οδηγία. Παροτρύνουμε τον άρρωστο να παίρνει άφθονα υγρά.

Η προετοιμασία του ασθενή για ενδοφλέβια ουρογραφία (παλαιότερη πυελογραφία) διαφέρει από αυτήν της κυστεοσκόπησης. Την παραμονή της εξέτασης, η διαίτα του ασθενή είναι υδαρής μορφής (σούπες, άφθονα υγρά εκτός από

γάλα). Το απόγευμα της παραμονής, του χορηγείται το υπακτικό (γάλα μαγνησίας ή καστορέλαιο) και χάπια για την πρόληψη μετεωρισμού (pangreoflat). Μετά το δείπνο και μέχρι την ώρα της εξέτασης, ο άρρωστος δεν παίρνει τίποτα από το στόμα και μένει στο κρεβάτι. Επειδή πολλοί άρρωστοι παρουσιάζουν αλλεργική αντίδραση στο φάρμακο, χορηγείται με πολλή προσοχή και αφού προηγουμένως γίνει test ευαισθησίας (ενδοδερμικά). Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να είναι ενήμερο σε τέτοιες περιπτώσεις ασθενών και να έχουν σε ετοιμότητα μέσα για τραχειοτομή, οξυγόνο και έτοιμα φάρμακα επείγουσας ανάγκης.

Πέρα από τις διαγνωστικές εξετάσεις, η νοσηλεύτρια τηρεί με σχολαστικότητα δελτίο ισοζυγίου υγρών (προσλαμβανομένων, αποβαλλομένων) κάθε 8 ώρες. Όταν είναι δυνατό, γίνεται διδασκαλία του αρρώστου πώς να μετρά και να αναγράφει τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. Συμβάλλει στην εξέταση ούρων όσον αφορά στο ειδικό βάρος και την παρουσία αίματος σε αυτά, και ενημερώνει το γιατρό για κάθε εκτροπή από το φυσιολογικό.

Συμμετέχει ή εκτελεί η ίδια η νοσηλεύτρια την εισαγωγή μόνιμου καθετήρα με συνεχή πλύση (μετά από ιατρική εντολή). Παίρνει μέτρα για διατήρηση αποστειρωμένου κλειστού συστήματος. Η φροντίδα του καθετήρα πρέπει να περιλαμβάνει:

- α. Εισαγωγή καθετήρα με αυστηρή άσηπτη τεχνική
- β. Ασφαλή στερέωση του καθετήρα στο μηρό
- γ. Θέση του συλλεκτικού σάκου κάτω από το επίπεδο της κύστης

- δ. Θέση καθετήρα και ελαστικού σωλήνα τέτοια ώστε να βοηθά την παροχέτευση με τη βαρύτητα και να εμποδίζει την παλινδρόμηση των ούρων μέσα στην κύστη
- ε. Αποφυγή τοποθέτησης του ελαστικού σωλήνα κατω από το σημείο εισόδου του μέσα στο σάκο
- στ. Έλεγχος δέρματος γύρω από τον καθετήρα και παρακολούθηση παροχέτευσης ούρων.
- ζ. Άκριβής μέτρηση και αναγραφή πρόσληψης και αποβολής όλων των υγρών

Όσον αφορά την ολική κυστεκτομή, η προετοιμασία του αρρώστου γίνεται με χορήγηση υπακτικού, υποκλυσμό και χορήγηση νεομυκίνης.

Επίσης χορηγούνται για 3 μέρες, προεγχειρητικά, μόνο υγρά και βιταμίνες Β και Κ εάν υπάρχει υποψία έλδειςας.

Η νοσηλεύτρια επίσης δίνει διαιτητικές συμβουλές στον αρρώστο και την οικογένειά του. Αυτές περιλαμβάνουν:

- α. Έξι μικρά γεύματά, για αποφυγή πλήρωσης του στομάχου, βελτίωση πέψης και πρόληψη εμετού
- β. Εξασφάλιση αισθητικού περιβάλλοντος ειδικά την ώρα του φαγητού για ενίσχυση της όρεξης του αρρώστου για φαγητό

Λαμβάνεται πρόνοια για τη μείωση του πόνου. Το νοσηλευτικό προσωπικό χρησιμοποιεί τις πληροφορίες από τη φυσική και εργαστηριακή εκτίμηση και προβαίνει σε νέα παρέμβαση αν είναι απαραίτητη ως εξής:

- α. Χορήγηση αναλγητικών βάσει ιατρικής συνταγής
- β. Φροντίδα σωματικής στάσης στο κρεβάτι
- γ. Εξασφάλιση ερεθισμάτων που αποσπούν την προσοχή του αρρώστου και επιλεγμένες δραστηριότητες όταν θεωρείται σκόπιμο
- δ. Χορήγηση φαρμάκων μετά από το γεύμα ή με γάλα

Η εξασφάλιση σωστής ατμόσφαιρας υιοθετεί την αυτοφροντίδα και τη μέγιστη δυνατή ανεξαρτησία. Γι αυτό εμείς οι νοσηλευτές πρέπει να ενθαρρύνουμε την ελαφρά δραστηριότητα στον άρρωστο, όπως είναι ο βηματισμός και τις συχνές περιόδους ανάπαυσης για αποφυγή δύσπνοιας.

Γενικά, το σχέδιο της προεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας στηρίζεται στη μείωση του φόβου και της αγωνίας, στη διδασκαλία που αφορά στις ασκήσεις των κάτω άκρων, τις βαθιές αναπνοές, τις μακροπρόθεσμες προσδοκίες και δραστηριότητες του αρρώστου και τους σκοπούς της αποκατάστασης του μετεγχειρητικά.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Αμέσως μετά την επιστροφή του ασθενή από το χειρουργείο γίνεται η τακτοποίησή του στο έτοιμο χειρουργικό κρεβάτι του από τη νοσηλεύτρια. Το πρώτο μέλημα της αδελφής μετά την επιστροφή του ασθενή από το χειρουργείο είναι η επισκόπηση του τραύματος και η τακτοποίηση των παροχетеύσεως του αρρώστου (ουροσυλλέκτης, δοχείο παροχетеυσης τραύματος, ορός). Γίνεται μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, θερμοκρασίας και σφύξεων του χειρουργημένου ασθενή. Ένας βαθμός αιματοουρίας αναμένεται, αλλά ο κίνδυνος μετεγχειρητικής αιμορραγίας υφίσταται πάντα.

Η αδελφή ευθύνεται για τη διαπίστωση των συμπτωμάτων αιμορραγίας:

1. Ταχυκαρδία
2. Αύξηση αρτηριακής πίεσης
3. Εφίδρωση, γενική ανησυχία και ελαττωμένη η θερμοκρασία των άκρων
4. Αποβολή αιματηρού υγρού από τους παροχетеυτικούς σωλήνες
5. Εμποτισμός επιδεσμικού υλικού του τραύματος με αίμα

Η αδελφή οφείλει να ειδοποιήσει το γιατρό, να του αναφέρει τα συμπτώματα που είδε και να είναι σε ετοιμότητα για μετάγγιση ή ενδοφλέβια χορήγηση υγρών.

Επίσης, γίνεται συχνός, ακριβής και πλήρης έλεγχος της λειτουργικότητας των παροχетеυτικών σωλήνων. Γι αυτό η

νοσηλεύτρια κάνει επισκόπηση και εκτίμηση του υγρού παροχέτευσης από το τραύμα και τον καθετήρα. Για να γίνει ομαλά η ροή των παροχетеυτικών σωλήνων, αποφεύγονται συστροφές και κάμψεις αυτών.

Έκτός από τα γενικά αυτά καθήκοντα, η κυρίως μετεγχειρητική φροντίδα ποικίλλει ανάλογα με τον τύπο της επέμβασης.

1. Διουρηθρική εκτομή και καυτηρίαση

Μετά από μία τέτοια επέμβαση, γίνεται μέτρηση και συσχέτιση προσλαμβανομένων-αποβαλλομένων υγρών κάθε 4 ώρες για ένα εικοσιτετράωρο και μετά κάθε 8 ώρες.

Ελέγχονται τα ούρα για αίμα σε κάθε ούρηση, εάν δεν υπάρχει μόνιμος καθετήρας. Αν υπάρχει καθετήρας, η δοκιμασία ούρων γίνεται κάθε 2 ώρες. Η εξέταση αιμοσφαιρίνης και αιματοκρίτη είναι εξετάσεις ρουτίνας για να εκτιμάται η απώλεια αίματος. Παρακολουθούνται τα ούρα για θρόμβους και γίνονται πλύσεις για τη διατήρηση της ελεύθερης ροής των ούρων. Γίνεται χορήγηση αίματος και υγρών ενδοφλεβίως ανάλογα με την ιατρική εντολή. Χορηγούνται παυσίπονα και αντισπασμωδικά για τον πόνο και τους σπασμούς. Η πρόληψη της μόλυνσης γίνεται με προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών και συχνή λήψη θερμοκρασίας.

Στη μετεγχειρητική φροντίδα, επίσης περιλαμβάνεται η

διδασκαλία που αφορά στον τρόπο χορήγησης των φαρμάκων, την ανεπιθύμητη δράση και τα σημεία τοξικότητας. Παρέχονται επίσης διαιτητικές συμβουλές (συνέχιση λήψης 3000ml υγρών/24ωρο). Συμβουλεύουμε τον άρρωστο για επανάληψη κυστεοσκοπικής εξέτασης και μετανοσοκομειακής παρακολούθησης κάθε τρεις μήνες για ένα χρόνο και μετά κάθε έξι μήνες.

2. Τμηματική εκτομή της κύστης

Γίνεται συνεχής παρακολούθηση και αξιολόγηση του υγρού παροχέτευσης από το σωλήνα κυστεοστομίας και το μόνιμο καθετήρα. Η παροχέτευση της κυστεοστομίας περιλαμβάνεται στα αποβαλλόμενα.

Διαβεβαιώνουμε τον άρρωστο ότι η χωρητικότητα της κύστης βαθμιαία θα αυξηθεί. Η άμεση χωρητικότητα της κύστης, μετεγχειρητικά, είναι μέχρι 60ml. Αργότερα μπορεί να φθάσει στα 200 ως 400ml.

Συμβουλεύουμε τον άρρωστο να παίρνει με τέτοιο τρόπο τα υγρά ώστε να αποφεύγει τη συχνή ούρηση

- α. Κάθε φορά που παίρνει υγρά να είναι μικρή η ποσότητα
- β. Περιορισμός των υγρών δύο ώρες πριν βγει
- γ. Αποφυγή λήψης υγρών μετά τις 6μμ
- δ. Βοήθεια του αρρώστου για παραδοχή της αλλαγής στο σωματικό είδωλο και αυτοεκτίμηση
- ε. Παρακολούθηση και αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της

παρέμβασης ανάλογα με την πορεία του αρρώστου.

3. Κυστεκτομή - ολική αφαίρεση της κύστης

Παίρνονται μέτρα για τη διατήρηση της βατότητας των καθετήρων με πλύσεις κάθε δύο ώρες. Τηρείται ισοζύγιο αποβαλλόμενων και προσλαμβανόμενων υγρών. Η ροή των ούρων πρέπει να γίνεται απρόσκοπτα. Παρακολουθείται η περιοχή γύρω από το σημείο του καθετήρα για οίδημα. Αν υπάρχει ουροσυλλέκτης, τον αδειάζουμε συχνά για αποφυγή παλινδρόμησης. Παρακολουθούμε τυχόν σημεία μόλυνσης. Μέτρηση θερμοκρασίας κάθε δύο ώρες. Περιτονίτιδα μπορεί να συμβεί από διαφυγή κοπράνων μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Παρακολουθήση για διάταση της κατώτερης κοιλίας -- ειδικά για αρρώστους με νεοκύστη -- επειδή η διάταση μπορεί να προκαλέσει τάση στα ράμματα και ρήξη. Συχνά χρησιμοποιείται ρινογαστρικός σωλήνας μετά το χειρουργείο για μείωση της διατάσης του εντέρου.

Ηλεκτρολυτικές διαταραχές δυνατόν να εμφανιστούν μετά από ουρητηροσιγμοειδοστομία εξ αιτίας της επανααρρόφησης ηλεκτρολυτών των ούρων από τον ορθό. Φροντίζουμε το δέρμα γύρω από το στόμιο με προστατευτικά σκευάσματα. Κάνουμε προσεκτική μέτρηση του στομίου για ακριβές μέγεθος του ανοίγματος. Η εφαρμογή του σάκου γίνεται με ακρίβεια και σταθερότητα για αποφυγή εξάσκησης πίεσης στο στόμιο. Ανάλογα

με τον τύπο εκτροπής της ροής των ούρων εφαρμόζουμε έγκαιρη διδασκαλία που αφορά τη φροντίδα. Αφιερώνουμε χρόνο στον άρρωστο για να προσαρμοστεί στην εκτροπή της ροής των ούρων και να προχωρήσει προς την πλήρη ανεξαρτησία.

Μερικές φορές ο κατάλληλος επαγγελματικός προσανατολισμός είναι απαραίτητος ενώ η αναφορά στις ανάλογες υπηρεσίες για μετανοσοκομειακή παρακολούθηση είναι από τα 'έκ των ουκ άνευ'.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Όταν μιλούμε για αποκατάσταση για έναν ασθενή με Ca κύστης, ανεξάρτητα από το είδος της επέμβασης στην οποία έχει υποβληθεί, δεν πρέπει να ξεχνούμε την πιθανότητα υποτροπής.

Το γεγονός αυτό επηρεάζει αρνητικά τον ασθενή, ο οποίος αισθάνεται μελαγχολικός και απαισιόδοξος.

Ο ρόλος της αδελφής στην αποκατάσταση είναι σημαντικός. Η νοσηλεύτρια με τις κατάλληλες πληροφορίες συμβάλλει στην ανόρθωση του ηθικού του ασθενή. Καλείται να κάνει μία ανακεφαλαίωση του σχεδίου μετεγχειρητικής διδασκαλίας.

Μετά από επέμβαση διουρηθρικής εκτομής, η διδασκαλία που αφορά τη φαρμακευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει τον τρόπο χορήγησης, τη δοσολογία και την αναμενόμενη δράση των παυσίπονων και των αντιβιοτικών. Εξηγεί στον άρρωστο τα σημεία μόλυνσης που πρέπει να παρατηρεί και το συχνό έλεγχο της θερμοκρασίας.

Οι διαιτητικές συμβουλές συνίστανται στη λήψη έξι μικρών γευμάτων για αποφυγή πλήρωσης του στομάχου και τη βελτίωση της πέψης.

Στην τμηματική εκτομή της κύστης, η διδασκαλία αφορά τη λήψη υγρών με τέτοιο τρόπο ώστε να αποφεύγει τη συχνή ούρηση. Βασικό σημείο της διδασκαλίας όμως αποτελεί και η βοήθεια του αρρώστου για παραδοχή της αλλαγής στο σωματικό είδωλο και η αυτοεκτίμησή του.

Στην ολική αφαίρεση της κύστης, η έγκαιρη διδασκαλία γίνεται ανάλογα με τον τύπο εκτροπής των ούρων. Η παροχή βοήθειας στον άρρωστο για την παραδοχή του σωματικού του ειδώλου ίσως χρειαστεί να ενισχυθεί από ειδικό ιατρικό προσωπικό (ψυχολόγος).

Μετεγχειρητικές επιπλοκές

Οι επιπλοκές της διουρηθρικής εκτομής και καυτηρίασης είναι ομοιες με εκείνες της τμηματικής εκτομής της κύστης:

1. Αιμορραγία που αν δεν μπορεί να τεθεί κάτω από έλεγχο είναι απαραίτητη η χειρουργική επέμβαση
2. Απόφραξη των κατωτέρων ουροφόρων οδών. Απαραίτητη γι αυτό, η ολική κυστεκτομή, αφαίρεση πυελικών λεμφαδένων και εκτροπή της ροής των ούρων. Για τους άνδρες αρρώστους αυτό περιλαμβάνει ριζική προστατεκτομή και εκτομή της σπερματοδόχου κύστης.

Στην ολική κυστεκτομή, οι επιπλοκές οι μετεγχειρητικές είναι οι εξής:

1. Περιτονίτιδα
2. Χρόνιες και υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις
3. Ανάπτυξη κακοήθειας στο σημείο εμφύτευσης των ουρητηρίων
4. Απόφραξη ροής ούρων
5. Νεφρική ανεπάρκεια
6. Υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 4ο

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

1η Περίπτωση

ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ : Κ.Μ. (Θήλυ)
 ΗΛΙΚΙΑ : 77 ετών
 ΟΝΟΜΑ ΣΥΖΥΓΟΥ : Κ.
 ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ : ΔΗΜΟΤΙΚΟ
 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : 4/4/1992
 ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

- Εξαγωγή ινομώματος μήτρας (1982)
- Ολική υστεροεκτομή (1984)
- Ρευματισμοί
- Θρομβοεμβολικό επεισόδιο στην αριστερή μηριαία αρτηρία (1990)
- Δεν πίνει, δεν καπνίζει

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

Στην ασθενή, το 1984, έγινε ολική υστεροεκτομή λόγω γυναικολογικών προβλημάτων. Μετά την αφαίρεση, αισθανόταν

"πονάκια" στο κάτω τμήμα της κοιλιάς χαμηλά, χωρίς όμως περαιτέρω συμπτώματα. Παράλληλα με το θρομβοεμβολικό επεισόδιο και τη νοσηλεία της σε νοσοκομείο άρχισε να παρατηρεί λίγο αίμα προς το τέλος της ούρησης, χωρίς όμως να δώσει σημασία γιατί νόμιζε πως ήταν παρενέργειες από τα αντιπηκτικά φάρμακα που έπαιρνε. Επίσης άρχισε να χάνει βάρος χωρίς να κάνει ιδιαίτερη δίαιτα αισθανόμενη κόπωση και αδυναμία. Προ Διμήνου, η αιματοουρία έγινε ξαφνικά μεγαλύτερη. Πήγε στο γιατρό, έκανε εργαστηριακές εξετάσεις, διεγνώσθη σοβαρού βαθμού αναιμία και εισήχθη στην Κρατική Ουρολογική για περαιτέρω έλεγχο και θεραπεία. Προγραμματίστηκε για κυστεοσκόπηση και υπερήχους, ενώ η επέμβαση στην οποία υποβλήθηκε είναι μερική κυστεοκτομή.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

1. Ουροποιηγεννητικό

- Αναφέρει αιματοουρία σε συνοδεία μικρών ενοχλημάτων κατά την ούρηση

2. Κοιλία

- Εντερικοί ήχοι φυσιολογικοί
- Ευπίεστη-ανώδυνη
- Ήπαρ, Σπλην αψηλάφητοι

3. Θώρακας

- Καλώς εκπτυσσόμενος κατά την εισπνοή
- Φωνητικές θονήσεις αμφοτερόπλευρα κατά φύση
- Ήχος σαφής πνευμονικός
- Αναπνευστικά ψιθύρισμα κατά φύση

4. Λοιπά συστήματα

- Περιφερειακές σφύξεις συμμετρικές, ρυθμικές, ψηλαφητες χωρίς παθολογικές αλλοιώσεις

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ 1ης

4/4/92

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣ/ΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
1. Έλεγχος προβλημάτων σε κυκλοφορισμό, αναπνευστικό σύστημα ή λοιμώξεις	Εγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση των σχετικών προβλημάτων	Μέτρηση αρτηριακής πίεσης, σφύξεων, αναπνοών και θερμοκρασίας	ΑΠ: 110/60mmHg ΣΦ: 80/min Θερμ.: 36,2 Αναπν: 18/min	Ζωτικά σημεία φυσιολογικά
2. Υποψία αναιμίας και αυξημένης πήκτικότητας του αίματος	Αναγνώριση προβλημάτων που έχουν σχέση με αιματολογικά στοιχεία	Γενική αίματος Βιοχημική PT / χρόνος PTT / ροής και πήξης	Εξηγούμε στην ασθενή ότι θα της πάρουμε αίμα για γίνουν οι κατάλληλες εξετάσεις Διαφωτίζουμε τυχόν απορίες της	Ετέθει το αίμα στα κατάλληλα φιαλίδια και εστάλει για εργαστηριακή εκτίμηση
3. Αιματοουρία	Αφαίρεση θρόμβων αίματος και κατεστραμένων ιστών από την κύστη	Εφαρμογή μόνιμου καθετήρα (three way) με κλειστή πλύση ορού	Ενημερώνουμε την ασθενή και την τοποθετούμε σε άνετη θέση. Χειριζόμαστε τα υλικά με άσηπτη τεχνική: - προβαίνουμε σε καθαρισμό των εξωτερικών οργάνων - καθετηριάζουμε και βεβαιωνόμαστε ότι είμαστε μέσα στην κύστη. Στερεώνουμε τον καθετήρα - έχουμε έτοιμο διάλυμα ορού το οποίο συνδέουμε με τον αυλό του καθετήρα μόλις γίνει η σύνδεση με τον ουροσυλλέκτη	Ο ουροκαθετήρας με τη συνεχή πλύση τοποθετήθηκε με επιτυχία

4. Υδατοηλεκτρικές Διαταραχές	Άρση του προβλήματος	Εφαρμογή ορού Normal 0.9% και Glucose 5% με ιατρική εντολή	Ενημερώνουμε την άρρωστη για την ενδοφλέβια τοποθέτηση ορού τηρώντας όλους τους κανόνες ασψίας	Ο ορός τοποθετήθηκε κανονικά με μέτρια ροή σύμφωνα με ιατρική εντολή
5. φυσική αδυναμία και απώλεια βάρους	Ενδυνάμωση του οργανισμού	Χορήγηση δίαιτας υπερλευκωματούχου και περρισεία βιταμινών	Προσαρμόζουμε τη δίαιτα ανάλογα με τις ανάγκες και τις απαιτήσεις της ασθενούς. Τις βιταμίνες τις δίνουμε σε μορφή ροφήματος	Η ασθενής αισθανόταν λιγότερη κόπωση κατά τη διάρκεια της μέρας
6. Ψυχολογική ανασφάλεια stress	Δημιουργία περιβάλλοντος κατάλληλου για την αυτοέκφραση της ασθενούς και τη συζήτηση των προβλημάτων της	Γνωριμία με το νοσηλευτικό προσωπικό. την πληροφορούμε για τη διαδικασία των διαγνωστικών εξετάσεων που θα ακολουθήσει	Η γνωριμία της ασθενούς με τους νοσηλευτές του τμήματος έγινε σε ένα κλίμα εγκάρδιότητας και ενθάρρυνσης	Αν και ο φόβος της επικείμενης επέμβασης δεν έχει εξαλειφθεί εντελώς, φέρεται και κινείται με μεγάλη άνεση

5/4/92

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
1. Εκτέλεση α/α θώρακος	Προετοιμασία της ασθενούς για την εξέ- ταση	Κατάλληλη ενημέρωση για την ώρα και το μέρος διε- ξαγωγής της ακτι- νογραφίας	Εκλήθη νοσοκόμος με καρτοσάκι και μετέφερε την ασθενή στο ακτι- νολογικό	Η πλάκα της ακτινογραφίας μπήκε μέσα στο φάκελο της ασθενούς
2. Ηλεκτρο- καρδιογρά- φημα	Προετοιμασία της ασθενούς	Δίνουμε πληροφορί- ες σχετικά με τη σκο- πιμότητα του ηλε- κτροκαρ- διογραφή- ματος	Βάζουμε τα κατάλ- ηλα ηλεκτρόδια στο σώμα της α- σθενούς, της λέ- με να παραμείνει ακίνητη και να μην αγγίζει τα μεταλλικά τμήματα του κρεβατιού κα- τά τη διάρκεια του ηλεκτροκαρ- διογραφήματος	Το ηλεκτροκαρ- διογράφημα βγή- κε χωρίς τεχνι- κές δυσκολίες
3. Μετεγχει- ρητική αναιμία	Πρόληψη μετε- γχειρητικής αναιμίας	Ετοιμασία φιάλων αί- ματος κα- τάλληλου προς μετά- γγιση Ενημέρωση των συγγε- νών για προσφορά αίματος	Λήψη αίματος για διασταύρωση ομά- δας. Αποστολή φιαλιδίου στην αιμοδοσία με τα στοιχεία της ασθενούς και προ- σκόμιση χαρτιού στην αιμοδοσία με την ημερομηνία της επέμβασης. Πληροφορίες στους συγγενείς για τη διαδικασία της αιμοδοσίας	Η αιμοδοσία ενημέρωσε το τμήμα ότι το αίμα θα είναι έτοιμο την ημέ- ρα του χειρουρ- γείου
4. Προετοι- μασία εγχειρητι- κού πεδίου	Απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια χω- ρίς πρόκληση ερεθισμού ή	Μια μεγάλη περιοχή γύρω από το εγχει- ρητικό πε-	Ετοιμάστηκε ο δι- σκος του εγχειρη- τικού πεδίου. Ενημερώθηκε η ασθενής για τη	Εγχειρητικό πεδίο έτοιμο για την επέμβα- ση

	λύσης	δίο ετοιμάζεται με καθαρισμό και ξύρισμα	νοσηλεία και βγήκαν έξω από το θάλαμο όλοι οι επισκέπτες	
5. Πόνος στην περιοχή του καθετήρα	Ανακούφιση πόνου	Έλεγχος της περιοχής και ανάλογα με την αιτία που προκαλεί τον πόνο, ενεργούμε κατάλληλα	Ελέγξαμε τη βατότητα του καθετήρα, την καθαριότητα στο σημείο εισαγωγής. Δεν υπήρχε τεχνικό πρόβλημα	Ο πόνος εξακολουθεί
6. Πόνος στην περιοχή του καθετήρα	Ανακούφιση πόνου	Ειδοποιούμε το γιατρό για το σύμπτωμα και ρωτούμε για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση	Χορήγηση σπασμολυτικού (tablette Lonarid)	Ο πόνος εξαλείφθηκε

5/4/92 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
1. Κυστεο- σκόπηση	Άμεση επισκό- πηση ουροδό- χου κύστης	Ενημέρωση ασθενούς Χορήγηση 1-2 ποτη- ριών νε- ρού πριν την εξέ- ταση Χορήγηση κατευνα- στικού σε περίπτωση ανησυχίας Αφαίρεση ρούχων και τοπο- θέτηση χειρουργι- κής ρό- μπας	Πληροφορήσαμε την ασθενή με κατανο- ητούς όρους για τη σκοπιμότητα της εξέτασης και της δώσαμε να πιει ένα ποτήρι νερό. Κατευναστι- κό δε δόθηκε για- τί η ασθενής ήταν ήρεμη. Ντύθηκε μόνη της χωρίς δυσκολία με τη φόρμα του χειρ- ουργείου	Η διαδικασία της κυστεοσκό- πησης δεν εμφά- νισε κανένα πρόβλημα
2. Υπερήχο- γράφημα	Ζωστή απεικό- νιση του ου- ροποιητικού συστήματος και έλεγχος τυχόν ανωμα- λιών πέρα από το καθεαυτό πρόβλημα	Ενημέρωση ασθενούς Κλείνουμε με μία λαβίδα το σωλήνα παροχέ- τευσης των ού- ρων. Μό- λις η κύ- στη γεμι- σει από τον ορό της πλύ- σης ειδο- ποιούμε τη νοσο- κόμο να πάει την ασθενή στο τμήμα υπερήχων.	Ελέγχουμε την πλήρωση της κύ- στης με τη ψηλά- φιση αλλά και με την αντίδραση της ασθενούς, η οποία αισθάνεται έντονο το αίσθημα για ούρηση	Η εξέταση των υπερήχων έγινε χωρίς δυσκολία ή λάθος

	Ταυτόχρο- να σταμα- τάμε τη ροή του ορού	
--	--	--

5/4/92

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
1. Κίνδυνος μετεγχειρητικής θρόμβωσης	Εξάλειψη του κινδύνου αυτού	Χορήγηση μικρής ποσότητας ηπαρίνης (10000μον) με ιατρική εντολή	Ενίουμε την ηπαρίνη υποδορίως	Καταγράφουμε στην κάρτα νοσηλείας τη χορήγηση ηπαρίνης
2. Προεγχειρητική κένωση του εντέρου από κάθε υπόλοιπο τροφής	Διευκόλυνση των χειρουργικών χειρισμών και αποφυγή κένωσης του εντέρου στο χειρουργικό κρεβάτι	Χορήγηση καθαρτικού στις 5μμ Χορήγηση σούπας αντί για κανονικού βραδινού γεύματος	Δώσαμε το καθαρτικό μαζί με ένα ποτήρι νερό για την επίσπευση της ενέργειάς του	Το καστορέλαιο απέδωσε
3. Απνία, ανπνοχία	Καταπολέμηση της απνίας	Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος Ενθάρρυνση της ασθενούς να μιλήσει για τους φόβους της Χορήγηση πρεμιστικού με ιατρική εντολή	Ζητήσαμε από το επισκεπτήριο να εξέλθει του δωματίου. Ελέγξαμε τον ορό και τον καθετήρα της ασθενούς για την καλή λειτουργία τους. Της μιλήσαμε καθουχαστικά σε φιλικό τόνο και της δώσαμε να πιει το πρεμιστικό στο κρεβάτι	Μετά από λίγη ώρα η ασθενής κοιμόταν

6/4/92 ΗΜΕΡΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤ/ΣΜΑΤΩΝ
1. Ανάγκη επίγνωσης της σωματικής κατάστασης της ασθενούς προεγχειρητικά	Πρόληψη τυχόν δυσάρεστων συμπτωμάτων που θέτουν σε κίνδυνο την πορεία της χειρουργικής επέμβασης	Λήψη ζωτικών σημείων προεγχειρητικά	ΑΠ : 120/70 mmHg Σφ : 92/min Θερμ: 36 C	Ζωτικά σημεία φυσιολογικά. Συμπληρώθηκε το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του αρρώστου
2. Άγχος	Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος	Εξηγούμε στην ασθενή ότι δεν πρόκειται να καταλάβει τίποτα στη διάρκεια της επέμβασης Βγάζουμε το επισκεπτήριο έξω Ενημέρωση μετεγχειρητικών ασκήσεων και αναπνοών	Για τη διδασκαλία των ασκήσεων μετεγχειρητικά δείχνουμε στην ασθενή πώς πρέπει να κινεί τα πόδια της και πώς να παίρνει βαθιές αναπνοές για την ταχύτερη ανάνησή της	Η ασθενής εκτέλεσε με ακρίβεια τις ασκήσεις και μειώθηκε το άγχος της
3. Άμεση προεγχειρητική ετοιμασία	Με τις κατάλληλες νοσηλευτικές ενέργειες συντελούμε στην ετοιμασία αυτή	Ντύσιμο με τα ειδικά για το χειρουργείο ρούχα Αφαίρεση ξένων οδοντοστοιχιών, τεχνητών μελών Αφαίρεση χρυσαφικών και παράδοσή τους στην προϊσταμένη για φύλαξη Αφαίρεση καθετήρα και πλύσης	Βοηθήσαμε την ασθενή να ντυθεί. Ξένες οδοντοστοιχίες ή τεχνητά μέλη δεν είχε. Τα χρυσαφικά της τα είχε εμπιστευτεί στους συγγενείς της. Η αφαίρεση του καθετήρα της προκάλεσε ένα στιγμιαίο πόνο, που όμως της πέρασε αμέσως	Η ασθενής έτοιμη για το χειρουργείο

<p>4. Προετοιμασία δωματίου και χειρουργικού κρεβατιού για υποδοχή της ασθενούς</p>	<p>Ταχύτερη και ευκολότερη ανάνηψη</p>	<p>Καθαριότητα και τακτοποίηση δωματίου Ενημέρωση των άλλων ασθενών για ανάγκη ησυχίας Στρώσιμο χειρουργικού κρεβατιού Τακτοποίηση κομοδίνου με χαρτοβάμβακα πορτ κοτόν και ποτήρι με νερό και νεφροειδές Εχουμε σε ετοιμότητα ορό, νεφροειδές και σύριγγα 45ml για πλύσεις και οξυγόνο σε περίπτωση που χρειαστεί Φύλλο μετεγχειρητικής πορείας αναρτημένο σε ειδική θέση στο κρεβάτι</p>	<p>Ιδιαίτερη προσοχή δίνουμε στο καλό στρώσιμο του κρεβατιού (χωρίς πτυχές, καλά τεντωμένο σεντόνι) και στην άρτια παρουσία του κομοδίνου με τα απαραίτητα αντικείμενα</p>	<p>Το δωμάτιο και το κρεβάτι είναι έτοιμα να δεχτούν την ασθενή</p>
<p>5. Τακτοποίηση της ασθενούς στην κατάλληλη θέση και κάλυψη με τα κλινοσκεπάσματα</p>	<p>Πρόληψη επιπλοκών</p>	<p>Υπτια θέση</p>	<p>Αφαιρούμε το ένα μαξιλάρι και τοποθετούμε το κεφάλι της στο πλάι</p>	<p>Η ασθενής θα παραμείνει στη θέση αυτή ώσπου να ανανήψει τελείως</p>
<p>6. Τοποθέτηση των παροχευών</p>	<p>Διατήρηση καλής λειτουργικότητας</p>	<p>Τακτοποίηση των συλλεκτών από τις παρο-</p>	<p>Δίνουμε ιδιαίτερη προσοχή στην κάμψη των σωλήνων και</p>	<p>Τα δοχεία και οι συλλέκτες των</p>

σεων και των ορών στα κατάλληλα πλαστικά κρέμαστρα στο κρεβάτι	και βατότητας των παροχετεύσεων Αισθητικοί λόγοι	χετεύσεις στις κατάλληλες θέσεις.	αποφεύγουμε να μεφέρουμε τους συλλέκτες σε ύψος μεγαλύτερο από αυτό του τραύματος	παροχετεύσεων μπήκαν στη σωστή θέση
7. Έλεγχος ζωτικών σημείων σε τακτά χρονικά διαστήματα	Πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών	Μετράμε την αρτηριακή πίεση, τους σφυγμούς και τη θερμοκρασία	ΑΠ : 100/70 ΣΓ : 68/min Θερμ: 35,8 C Τα καταγράφουμε στο φύλλο μετεγχειρητικής πορείας. Στο θερμομετρικό διάγραμμα σχηματίζουμε το σήμα του χειρουργείου με κόκκινο στυλό	Ζωτικά σημεία φυσιολογικά
8. Ταχεία ανάνηψη της ασθενούς	Εξαφάνιση άμεσων μετεγχειρητικών κινδύνων από την αναισθησία και την επέμβαση	Συνεχής παρακολούθηση Διατήρηση της ασθενούς σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στο πλάι Παρακολούθηση της διανοητικής και ψυχικής της κατάστασης Υπενθύμιση στην ασθενή των αναπνευστικών ασκήσεων Αναβολή επίσκεψης της οικογένειας και των φίλων ώπου να βελτιωθεί η κατάσταση της ασθενούς	Η ασθενής επικοινωνούσε με το περιβάλλον και έτσι δε δυσκολευτήκαμε καθόλου να την κάνουμε να αρχίσει τις βαθιές εισπνοές για την αποβολή του αναισθητικού και τις ασκήσεις των κάτω άκρων για την πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας	Η πορεία της ανάνηψης της ασθενούς κρίθηκε ικανοποιητική
9. Τήρηση	Ταχεία επού-	Παρακολούθηση	Συμβουλευσαμε την	Δεν παρατη-

τραύματος σε καλή κατάσταση	λωση τραύματος	των γαζών για διαπίστωση αιμορραγίας Τοποθέτηση ασθενή στη σωστή θέση (ύπτια) Αποφυγή επιπλέον τάσης στα ράμματα	ασθενή να κρατά με το χέρι της την περιοχή του τραύματος, τη στιγμή που βήχει παίρνει βαθιά εισπνοή κλπ.	Θηκε αιμορραγία ή ρήξη ραμμάτων στο τραύμα
10. Δίψα	Καταπολέμηση του αισθήματος της δίψας	Εφύγραση των χειλέων και της γλώσσας με τολύπιο εμποτισμένο σε νερό Μάσηση σκληρής μαστίχας ή κεριού για διατήρηση υγρού του στόματος Χορήγηση υγρών από το στόμα μετά την παύση της ναυτίας	Ενημερώνουμε τη συγγενή που καθόταν πλάι της να της υγραίνει τα χείλη με το πορτοκυτόν εμποτισμένο στο νερό	Το αίσθημα της δίψας μειώθηκε
11. Ναυτία	Εξάλειψη της ναυτίας	Λήψη βαθιών εισπνοών για την αποβολή του αναισθητικού Φαρμακευτική αγωγή	Χορήγηση αντιεμετικού amp Primperan στον ορό με ιατρική εντολή	Η ασθενής δε νοιώθει τάση για εμετό
12. Πόνος στην περιοχή της επέμβασης	Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο	Διαπίστωση χαρακτηριστικών του πόνου Καταγραφή διαπιστώσεων και γνωστοποίησή τους στο χειρουργό Χορήγηση αναλγητικών	Ρωτάμε την ασθενή αν ο πόνος είναι αμβλύς ή οξύς, συνεχής ή διαλείπων. Επίσης διερευνούμε αν ακτινοβολεί και προς τα πού και αν έχει σχέση με την αναπνοή της. Έγινε μία amp Pethidine ενδομυϊκά	Μετά μισή ώρα από την ένεση, ο πόνος ελαχιστοποιήθηκε

	σύμφωνα με ιατρική εντολή	
--	---------------------------------	--

7/4/92

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤ/ΣΜΑΤΩΝ
1. Ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών	Πρόληψη μετεγχειρητικών προβλημάτων ισορροπίας νερού, ηλεκτρολυτών και οξεοβάσιμης ισορροπίας	Τήρηση δελτίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών Μέτρηση βάρους σώματος Διαπίστωση αλλαγών στη συμπεριφορά Λήψη ζωτικών σημείων για πρόληψη αύξησης της αρτηριακής πίεσης	Το δελτίο ισοζυγίου υγρών ενημερώνεται σχολαστικά στο τέλος κάθε βάρδιας. Αλλαγές στη συμπεριφορά, όπως σύγχυση, ψευδαισθήσεις ή παραλήρημα (συμπτώματα τοξίκωσης με νερό) δεν αναφέρθηκαν ΑΠ: 120/70mmHg	Ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών ικανοποιητικό
2. Φλεβίτιδα (θρόμβωση μηριαίας)	Συμβολή στην πρόληψη της φλεβίτιδας και θεραπεία	Ασκήσεις των άκρων Χορήγηση ηπαρίνης Συχνός έλεγχος πήξης Ελαφρά πίεση από τα δάκτυλα ως τις βουβώνες	Χορηγούμε υγρά ενδοφλεβίως για τη μείωση της γλοιότητας του αίματος. Ενθαρρύνουμε την ασθενή να κινεί τα κάτω άκρα και προβαίνουμε σε έγκαιρη έγερσή της	Οι προληπτικές ενέργειες που συστήσαμε στην ασθενή μείωσαν τον κίνδυνο παρουσίας φλεβίτιδας
3. Δυσκοιλιότητα	Άρση του προβλήματος	Συντηρητική και θεραπευτική αγωγή	Λήψη αρκετών υγρών από το στόμα Έγκαιρη έγερση Χορήγηση γάλακτος μαγνησίας με ιατρική εντολή	Η ασθενής είχε κένωση
4. Αλλαγή τραύματος	Προσφορά βοήθειας προς το γιάτρο κατά την αλλαγή και τήρηση των κανόνων	Ενημέρωση της ασθενούς Ετοιμασία υλικού (γάζες, λαβίδες αποστει-	Η αλλαγή του τραύματος γίνεται κατά τη διάρκεια της πρωινής ιατρικής επίσκεψης	Η ασθενής αισθάνεται πιο άνετα μετά την αντισηψία της περιο-

	<p>ασηψίας και αντισηψίας για να επιταχυνθεί η επούλωση</p>	<p>ρωμένα) Κόψιμο του σωλήνα παροχέυτησης και αφαίρεσής του Αντισηψία δέρματος και περιοχής τραύματος Τοποθέτηση αποστειρωμένων γαζών και επίδεση της περιοχής της τομής</p>		<p>χής της τομής και την αλλαγή των παλιών γαζών</p>
5. Εγκαιρη έγερση	<p>Πρόληψη πνευμονικών, αγγειακών, πεπτικών επιπλοκών Επιτάχυνση επούλωσης τραύματος Μείωση μετεγχειρητικού πόνου Μείωση του χρόνου παραμονής της ασθενούς στο νοσοκομείο</p>	<p>Τοποθέτηση σε ανάρροπη θέση Κατόπιν σε καθιστή θέση</p>	<p>Ο χρόνος που μένει η ασθενής μακριά από το κρεβάτι εξαρτάται από τη γενική της κατάσταση και την ηλικία της</p>	<p>Σταδιακά, η κινητοποίηση της ασθενούς αυξάνεται</p>
6. Σίτιση	<p>Ενθάρρυνση της ασθενούς για τη λήψη των κατάλληλων σιτιών που θα αναπληρώσουν τις ένδειές της</p>	<p>Τις τρεις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες διαλύματα γλυκόζης και ηλεκτρολυτών. Αργότερα: έναρξη διατροφής με ελαφρά διαίτα (σούπα, βραστό). Βαθμιαία τα γεύματα αυξάνονται σε kcal μέχρι το ποσό</p>	<p>Παροτρύναμε την ασθενή στη λήψη του φαγητού της και πάντα λαβαίναμε υπόψην διάφορες προτιμήσεις της όποτε αυτό ήταν δυνατό</p>	<p>Η ασθενής έγινε λιγότερο αρνητική απέναντι στο φαγητό του νοσοκομείου</p>

2500/24ωρο

7. Αποκατά-
σταση

Διδασκαλία της ασθενούς σχετικά με τις αλλαγές που της επιφυλάσσονται μετά την επέμβαση. Αποφυγή συχνής ούρησης

Λήψη μεγάλης ποσότητας υγρών κάθε φορά
Περιορισμός των υγρών δύο ώρες πριν βγει έξω
Αποφυγή λήψης υγρών μετά τις 6μμ
Βοήθεια στην ασθενή για παραδοχή της αλλαγής στο σωματικό είδωλο
Ανάγκη για κυστεοσκόπηση και μετανοσοκομειακή παρακολούθηση κάθε 3 μήνο για ένα χρόνο

Η διδασκαλία της ασθενούς δεν ήταν εύκολη γιατί υπεισέρχονταν και ψυχολογικοί παράγοντες. Ζητήθηκε η συμβουλή ψυχολόγου και κοινωνικού λειτουργού

Αν και η σωματική κατάσταση της ασθενούς δεν έδειχνε τίποτα το άσχημο, το ηθικό της ήταν πεσμένο. Η παροχή συμβουλών από την κοινωνική λειτουργό δεν απέδωσε άμεσα

2η Περίπτωση

ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ : Γ.Α. (άρρεν)
 ΗΛΙΚΙΑ : 72 ετών
 ΟΝΟΜΑ ΣΥΖΥΓΟΥ : Π.
 ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ : 3η ΤΑΞΗ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ
 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : 5/4/92
 ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : Ca ΚΥΣΤΗΣ

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

Πριν τρία χρόνια εμφάνισε μακροσκοπική αιματουρία για την οποία έκανε διουρηθρική αφαίρεση του όγκου που διεπιστώθη μετά από κυστεοσκόπηση και πυελογραφία στο αριστερό πλάγιο της ουροδόχου κύστης. Εκ της πυελογραφίας δε διεπιστώθη συμμετοχή των ουρητηρικών στομιών στον όγκο, με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν διατάσεις των ουρητήρων και των νεφρών. Από την αξονική τομογραφία δε διεπιστώθη επέκταση της νόσου εκτός από το αριστερό τοίχωμα στους επιχωρίους λεμφαδένες και τους παρασποντικούς.

Ένα χρόνο αργότερα επανεμφανίστηκε αιματουρία και έγινε ατυχής προσπάθεια ολικής κυστεκτομής λόγω της κακής γενικής κατάστασης του ασθενούς. Έγινε λεμφαδενεκτομή επιχωρίων και παρασποντικών λεμφαδένων και ταχεία βιοψία η οποία βγήκε αρνητική. Συγχρόνως αφού η κύστη δεν αφαιρέθηκε, έγινε αμφουρητηροστομίες. Κατόπιν επακολούθησε ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία I.V.

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

Το τελευταίο δίμηνο ο άρρωστος παρουσίασε αιμορραγία από την κύστη. Ετέθη ορός πλύσης και προγραμματίστηκε για διουρηθρική αφαίρεση του όγκου.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

1. Ουροποιογεννητικό

- Δεξιά και αριστερή ουρητηροστομία. Αιματοουρία

2. Κοιλία

- Εντερικοί ήχοι φυσιολογικοί

- Ευπίεστη

- Σπλήνας ψηλαφητός

3. Θώρακας

- Καλά εκπτυσσόμενες

- Φωνητικές δονήσεις κατά φύση

- Ήχος σαφής πνευμονικοί

- Ταχύπνοια

4. Λοιπά συστήματα

- Ζωτικά σημεία φυσιολογικά, ηλεκτροκαρδιογράφημα φυσιολογικό

5/4/92 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤ/ΣΜΑΤΩΝ
1. Ζωτικά σημεία	Έλεγχος τυχόν ανωμαλιών από το κυκλοφοριακό σύστημα	Μετρούμε την αρτηριακή πίεση, τις σφύξεις και τη θερμοκρασία	ΑΠ : 120/70mmHg ΣΦ : 68/min Θερμ : 36.4 C	Ζωτικά σημεία φυσιολογικά
2. Αιμοληψία για εργαστηριακές εξετάσεις και διασταύρωση ομάδας	Τήρηση κανόνων ασηψίας και προσοχή στην ακεραιότητα των φλεβών κατά τη νοσηλεία	Το αίμα για τα εργαστηριακά το παίρνει η νοσηλεύτρια του τμήματος. Η διασταύρωση αναλαμβάνεται από γιατρό	Κλήθηκε γιατρός για την αιμοληψία της διασταύρωσης	Αίμα στάλθηκε στην αιμοδοσία και το μικροβιολογικό
3. Ηλεκτροκαρδιογράφημα	Λήψη του ηλεκτροκαρδιογραφήματος με κατά τη δυνατό αρτιότερη τεχνική	Ενημέρωση ασθενή Εξοδος επισκεπτηρίου Σύνδεση του ασθενή με τα καλώδια Κλήση γιατρού Αποστολή του ηλεκτροκαρδιογραφήματος με παραπεμπτικό στην καρδιολογική για γνωμάτευση	Αφού ετοιμάσαμε τον άρρωστο καλέσαμε το γιατρό για το ηλεκτροκαρδιογράφημα	Ο γιατρός δεν ήρθε. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα το έβγαλε η νοσηλεύτρια
4. Εγχειρητικό πεδίο	Δέρμα ελεύθερο μολύνσεων	Καθαριότητα περιοχής Αποτρίχωση Αντισηψία	Κλήθηκε νοσοκόμος για την τέλεση του εγχειρητικού	Ελέγχθηκε η τοπική περιοχή από την υπεύθυνη νοσηλεύτρια
5. α/α θώρακος και α/α Ν.Ο.Κ. (νεφροί,	Προετοιμασία του ασθενή για την άρτια απεικόνιση	Ενημέρωση ασθενή Κένωση του εντέρου για	Ενημερώσαμε τον ασθενή και του δώσαμε να πιει γάλα μαγνησίας	Δεν έγινε η α/α θώρακος και η Ν.Ο.Κ. για-

ουρητήρες, κύστη)	των συστημάτων του ασθενή στις ακτινογραφίες	τη Ν.Ο.Κ. Χορήγηση γαλακτος μαγνησίας		τί ο ασθενής δήλωσε ότι έπαθε διάρροια. Προγραμματίστηκε για την επόμενη μέρα
6. Καθαρισμός εντερικού σωλήνα	Αποφυγή εκκένωσης πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι. Αποφυγή δημιουργίας αερίων από τη σήψη του περιεχομένου του. Διευκόλυνση της επέμβασης από το χειρουργό	Χορήγηση καθαρτικού (castor-oil)	Δε δόθηκε το καθαρτικό που είχε προγραμματιστεί γιατί ο ασθενής είχε διάρροια	Καμία περαιτέρω νοσηλευτική ενέργεια
7. Σωματική καθαριότητα	Καλύτερη λειτουργία του δέρματος. Αποφυγή μολύψεων	Ενημέρωση ασθενή Τήρηση όλων των κανόνων υγιεινής	Αφού ενημερώσαμε τον ασθενή, τον βοηθήσαμε να πάρει το λουτρό του στο μπάνιο του τμήματος	Ο ασθενής αισθανόταν ευεξία μετά το λουτρό
8. Αϋπνία	Ήρεμος και ξεκούραστος ύπνος	Φαρμακευτική αγωγή	Χορηγήθηκε tavor του 1mg	Ο άρρωστος κοιμήθηκε

6/4/92

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤ/ΣΜΑΤΩΝ
1. Ελλείψη α/α θώρακος και α/α ΝΟΚ από το φά- κελο του α- σθενή	Διεκπεραίωση της εκκρεμό- τητας	Κλήση τραυμα- τιοφορέα Ενημέρωση α- σθενή	Κλήθηκε ο τραυμα- τιοφορέας και κα- τέβασε στο ακτινο- λογικό τον ασθενή	Οι εξετά- σεις έγιναν και μπήκαν στο φάκελο του ασθενή
2. Τελική προεγχειρη- τική προε- τοιμασία	Ετοιμασία του ασθενή για την εισαγωγή του στο χει- ρουργείο	Ενημέρωση του ασθενή Εξοδος επι- σκεπτών από το δωμάτιο Ντύσιμο με την ειδική ρόμπα Αφαίρεση ξέ- νων οδοντο- στοιχείων Αφαίρεση χρυ- σαφικών και φύλαξη Βοήθεια προς τον ασθενή κατά την το- ποθέτησή του στο φορείο	Η ετοιμασία του ασθενή έγινε χωρίς προβλήματα	Ο ασθενής κατέβηκε στο χει- ρουργείο σωστά προ- ετοιμασμέ- νος

6/4/92 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤ/ΣΜΑΤΩΝ
1. Τακτοποίηση κρεβατιού και δωματίου	Κατάλληλη προετοιμασία για τη σωστή υποδοχή του χειρουργημένου	Στρώσιμο χειρουργικού κρεβατιού Ετοιμασία κομοδίνου Εξοδος επισκεπτών από το δωμάτιο Φύλλο μετεγχειρητικής πορείας	Το χειρουργικό κρεβάτι στρώθηκε με τα κλινოსκεπάσματα ανοιχτά για τη διευκόλυνση της τοποθέτησης του αρρώστου. Στο κομοδίνο βάλαμε χαρτοβάμβακα, πορτοκόν, ποτήρι με νερό και νεφροειδές	Τα πάντα στο δωμάτιο ήταν στη θέση τους
2. Επίστροφή του αρρώστου από το χειρουργείο	Έλεγχος του ασθενή Αποτροπή επιπλοκών Ανάπαυση του ασθενή Ταχεία ανάνηψη	Τακτοποίηση των παροχετεύσεων και κάλυψη του ασθενή με τα κλινოსκεπάσματα Επισκόπηση της περιοχής του καθετήρα Λήψη ζωτικών σημείων	Ο ασθενής είχε ορό RINGERS και καθετήρα με συνεχή πλύση. Στη φύση του έφερε έλξη για πρόληψη αιμορραγίας ΑΠ : 110/60mmHg ΣΦ : 60/min Θερμ : 35.8 C	Η κατάσταση του ασθενή δεν εμπνέει φόβο
3. Αφαίρεση έλξης	Επισκόπηση των ούρων. Σε περίπτωση που βγαίνουν καθαρά ειδοποιείται ο γιατρός για την αφαίρεσή της	Έλεγχος των ούρων σε τακτά χρονικά διαστήματα Κλήση του γιατρού μόλις κριθεί απαραίτητο	Ο γιατρός ειδοποιήθηκε και σύστησε να αφαιρεθεί η γάζα της έλξης από το νοσηλευτικό προσωπικό	Μετά την αφαίρεση δε διαπιστώθηκε επιδείνωση αιμορραγίας
4. Πόνος	Ανακούφιση από τον πόνο	Φαρμακευτική αγωγή	1 amp Pethidine IM με ιατρική εντολή	Ο άρρωστος δεν πονούσε μετά την ένεση
5. Εμετός	Αποφυγή εισρόφησης του	Γύρισμα του κεφαλιού του	Ειδοποιήσαμε το γιατρό και σύστησε	Το σίσθημα της ναυτίας

περιεχομένου του εμετού από τον α- σθενή Τήρηση καθα- ρής της στο- ματικής κοι- λότητας Θεραπεία του αισθήματος της ναυτίας	ασθενή στο πλάι Καθαρισμός στόματος με πορτ κοτόν Φαρμακευτική αγωγή	1 amp Primperan στον ορό	κατεστάλλει
---	--	-----------------------------	-------------

7/4/92

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤ/ΣΜΑΤΩΝ
1. Χαμηλός αιματοκρίτης	Ενέργειες που συντελούν στην αύξησή του	Χορήγηση δύο φιάλων αίματος με ιατρική εντολή	Ειδοποιήθηκε η αιμοδοσία να έχει έτοιμο αίμα	Η αιμοδοσία ειδοποίησε ότι το αίμα ήταν έτοιμο
2. Μετάγγιση	Χορήγηση του αίματος προλαμβάνοντας κάθε δυσάρεστη επιπλοκή	Λήψη ζωτικών σημείων Έλεγχος ομάδας αίματος και όνομα ασθενούς Κλήση γιατρού για την εφαρμογή του	ΑΠ : 100/60mmHg Ο έλεγχος των στοιχείων της ομάδας έγινε. Κλήθηκε γιατρός	Παραμένουμε στον άρρωστο για 10 λεπτά από την εφαρμογή του αίματος για διαπίστωση τυχόν επιπλοκών
3. Αντίδραση λόγω της μετάγγισης Δύσπνοια	Διόρθωση της δύσπνοιας	Αναστολή της ροής του αίματος Τοποθέτηση του αρρώστου σε θέση Fowler (70°) Κλήση γιατρού Ετοιμασία κορτιζόνης και οξυγόνου	Ο γιατρός σύστησε να μην πάρει το υπόλοιπο αίμα και να του γίνει Solu-Cortef 500mg ενδομυϊκά	Η δύσπνοια υποχώρησε. Δε χρειάστηκε οξυγόνο. Το αίμα κατέβηκε στην αιμοδοσία για έλεγχο
4. Πυρετός	Ελάττωση του πυρετού	Χορήγηση υγρών από το στόμα Επίθεση ψυχρών κομπρεσών στο μέτωπο και τα άκρα Φαρμακευτική αγωγή	Παρά τη συντηρητική αγωγή, ο πυρετός (38.3 C) δεν έπεσε γι αυτό του έγινε 1 amp Apotel με ιατρική εντολή	Ο πυρετός υποχώρησε στο 37.4
5. Πόνος από σπασμούς	Ελάττωση των σπασμών	Πλύσεις για βελτίωση της	Δε χρειάστηκε φαρμακευτική κάλυψη	Ο καθετήρας απέδωσε πύ

σμούς στην
ουρήθρα

βατότητας
του καθετήρα
Χορήγηση σπα-
σμολυτικού

γιατί ο πόνος πέ-
ρασε με τις πλύ-
σεις

γματα αίμα-
τος. Προ-
γραμμάτι-
στηκε να
γίνονται
συχνότερα
οι πλύσεις
της κύστης

Υ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΙΒΑΙΟΥΠΗΚΗ

10/4/92

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΠΟΤ/ΣΜΑΤΩΝ
1. Διδασκαλία ασθενή	Ενημέρωση του ασθενή σε ό,τι αφορά την αποκατάστασή του και τις μετανοσοκομειακές του δραστηριότητες	Ανιχνεύουμε τις ανάγκες και τα πιθανά προβλήματα που θα παρουσιάσει ο ασθενής Ψυχολογούμε το χαρακτήρα του για να προσαρμόσουμε ανάλογα το συμβουλευτικό μας ρόλο Καλούμε σε βοήθεια, αν χρειαστεί, ψυχολόγο ή και το γιατρό του ακόμα Ενημερώνουμε κατάλληλα και την οικογένειά του	Η διδασκαλία μας περιλαμβάνει τον τρόπο διατροφής, σωματικής άσκησης, στη λήψη φαρμάκων. Αναφέρουμε τα σημεία μόλυνσης που θα πρέπει να προσέχει μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο. Τον πληροφορούμε για το όνομα, τη δοσολογία και τον τρόπο λήψης των φαρμάκων, όπως επίσης και για τις παρενέργειές τους. Τέλος, του αναφέρουμε ότι πρέπει να παρακολουθείται κυστεοσκοπικά κάθε τρεις μήνες για ένα χρόνο, μετά την έξοδό του.	Ο ασθενής κατάλαβε τις οδηγίες που του δώσαμε. Για περισσότερη σιγουριά του δώσαμε ένα φυλλάδιο με τις βασικές αρχές που πρέπει να τηρήσει μετά την έξοδό του.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Δεν μπορούν να γραφτούν κανόνες για τη συμπεριφορά που πρέπει να έχουμε απέναντι σε έναν καρκινοπαθή.

Παίζουμε ένα ρόλο σε ένα δράμα στο οποίο άλλοι είναι οι πρωταγωνιστές. Είναι φυσικό οι άρρωστοι να αισθάνονται μόνοι με το πρόβλημά τους και να υψώνουν έναν τοίχο απομόνωσης από τους υπολοίπους συνανθρώπους τους.

Ο υπεύθυνος χειρουργός αποφασίζει από την πείρα του και σε συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό για το ποια είναι η σωστή προσέγγιση.

Όλες οι νοσηλεύτριες πρέπει να πληροφορηθούν την ειδική θέση του χειρουργού στα προβλήματα όταν γίνουν μέλη της χειρουργικής ομάδας.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ο καρκίνος προδιαγράφει σοβαρές συνέπειες, τόσο στο ψυχοσυναισθηματικό επίπεδο του αρρώστου και της οικογένειάς του όσο και στο ψυχοκοινωνικό.

Οι συνέπειες της νόσου δεν επηρεάζουν μόνο το άρρωστο και την οικογένειά του αλλά και το κοινωνικό περιβάλλον του, ιδιαίτερα το περιβάλλον του νοσοκομείου.

Έργο μας είναι να προλαβαίνουμε και να θεραπεύουμε την αρρώστια. Απορρίπτουμε το θάνατο σαν κάτι το αναπόφευκτο, ενώ παλεύουμε να κερδίσουμε τη ζωή.

Η νοσηλεύτρια που καλείται να ασχοληθεί με τον άρρωστο είναι η πρώτη μαζί με το γιατρό που θα έρθει σε επαφή μαζί του και με την οικογένειά του. Γι' αυτό ο ρόλος της

νοσηλεύτριας είναι καθοριστικός.

Καλείται λοιπόν η νοσηλεύτρια κατά τη διάγνωση, την περίοδο της θεραπείας και της αποκατάστασης να αντιμετωπίσει τα ειδικά προβλήματα που σχετίζονται με τη νόσο και τις ανάγκες κάθε ατόμου.

Για κάθε καρκινοπαθή που θεραπεύεται, νιώθουμε το αίσθημα της νίκης. Η δικαίωση του αγώνα είναι δική μας. Μια εμπειρία δυνατή και ευχάριστη που πυροδοτεί την πίστη στην εργασία μας, την αισιοδοξία για το αύριο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΓΑΡΔΙΚΑΣ, Κ.Δ.: "Επίτομος Ειδική Νοσολογία", 4η έκδοση, Εκδόσεις Παρισσιανός, Αθήνα 1981
- CALMAN, K.C. - ECKARDT, S: "Εγχειρίδιο Κλινικής Ογκολογίας, 5η έκδοση, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1990
- ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ, Μ.Α.: "Μαθήματα Ουρολογίας", 1η έκδοση, Εκδόσεις Παλμός, Αθήνα 1981
- ΚΟΣΜΙΔΗΣ, ΠΑΡΙΣ Α: "Επείγουσα Θεραπευτική Ογκολογία", Τόμος Α, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1980
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ, Μ.Α - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, Σ.Φ.: "Γενική Παθολογική Χειρουργική", Τόμος Α, Έκδοση Ιεραποστολικής Ένωσης αδελφών νοσοκόμων "Η ΤΑΡΙΘΑ", Αθήνα 1985
- ΜΠΑΡΜΠΑΛΙΑΣ, Γ.: "Στοιχεία Ουρολογίας", 1η έκδοση, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1987
- PAPPER SOLOMON: "Κλινική Νεφρολογία", 2η έκδοση, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1981
- ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ, Α. - ΠΑΝΟΥ, Μ.: "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική", Τόμος Α, 2η έκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ-MEDICAL ARTS, Αθήνα 1985
- SMITH AND SKINNER; "Complications of Urologic Surgery", 1η έκδοση, Εκδόσεις ROBERT B., SMITH, M.D., F.A.C.S, ΗΠΑ 1976
- ΧΑΛΑΖΩΝΙΤΗΣ, Ν.Α.: "Ακτινολογία ουροποιητικού συστήματος", 2η έκδοση, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1980
- ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΑΚΗΣ, ΜΙΧΑΗΛ Ι.: "Θεραπεία των Νεοπλασμάτων", 1η έκδοση, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1979