

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

"Νοσηλευτική διεργασία σε ασθενή
με καρκίνο τραχήλου μήτρας"

ΤΗΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ:

ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ



ΠΑΤΡΑ, ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 1993

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	946 Α'
----------------------	--------



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΕΛ.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ 2

α) Συχνότητα 2

β) Αιτιολογία - Προδιαθεσικοί παράγοντες 4

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ 9

α) Ανατομία της μήτρας 9

β) Αναλυτική ανατομία του τραχήλου 10

γ) Στηρίγματα της μήτρας 11

δ) Αγγείωση της μήτρας 12

ε) Νεύρωση της μήτρας 13

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ 15

α) Μηνιαίος κύκλος 15

β) Γονιμοποίηση - Εγκυμοσύνη 16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV.

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ 18

α) Δυσπλασία 18

β) Καρκίνωμα in situ 19

γ) Μικροδιηθητικό καρκίνωμα 19

δ) Διηθητικό καρκίνωμα 20

ε)	Αδενοκαρκίνωμα	22
	ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	22
	ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ - ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	23
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ V.		
	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	26
	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	27
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI.		
	ΘΕΡΑΠΕΙΑ	35
α)	Σε βαρεία δυσπλασία ή καρκίνωμα in situ	35
β)	Στο στάδιο Ια	36
γ)	Στο στάδιο Ιβ	37
δ)	Στα στάδια ΙΙα και ΙΙβ	37
ε)	Στο στάδιο ΙΙΙ	41
στ)	Στο στάδιο ΙV	41
	ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	42
	ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΠΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΕΤΑΙ	43
	ΥΠΟΤΡΟΦΗ	43
	ΠΡΟΓΝΩΣΗ	44
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII.		
	ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ ΚΟΛΩΒΩΜΑΤΟΣ	45
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII.		
	ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	46
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ IX.		
	ΝΕΕΣ ΕΛΠΙΔΕΣ - ΕΜΒΟΛΙΟ	49

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΠΑΣΧΟΥΣΑ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I.	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΙΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ . . .	51
α) Γενικές εξετάσεις	51
β) Ειδικές εξετάσεις	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II.	
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III.	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗΣ .	70
α) Στο χειρουργείο	70
β) Στην κλινική	71
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	73
α) Μέχρι την ανάνηψη	73
β) Μετά την ανάνηψη	74
γ) Στις μετεγχειρητικές δυσχέρειες	78
δ) Στις μετεγχειρητικές επιπλοκές	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	93
α) Κατά τον χειρισμό χημειοθεραπευτικών	93
β) Κατά την εμφάνιση τοξικών και ανεπιθύμητων ενεργειών των χημειοθεραπευτικών	94

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI.

	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΩ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	105
α)	Κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας	105
	Εξωτερική ακτινοθεραπεία	105
	Εσωτερική ακτινοθεραπεία	106
β)	Κατά την εμφάνιση παρενεργειών και επιπλοκών από την ακτινοθεραπεία	109
	Πρώιμες επιπλοκές	109
	Οψίμες επιπλοκές	112
γ)	Μετά την αφαίρεση του ραδιοϊσοτόπου	114

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII.

	ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	116
--	---	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII.

	ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	118
α)	Test-Pap	118
β)	Εξέταση ιστορικών	119
γ)	Ελεγχος εκκρίσεων	120
δ)	Η βασική αυτοεξέταση	121

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IX.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΔΥΟ

	ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	124
	Ιστορικό πρώτης ασθενούς	124
	Νοσηλευτική διεργασία	127
	Ιστορικό δεύτερης ασθενούς	133
	Νοσηλευτική διεργασία	136

	ΕΠΙΛΟΓΟΣ	147
--	--------------------	-----

	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	148
--	------------------------	-----

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

"Επί δε των τιτθών είδομεν πολλάκις όγκον όμοιον καρκίνω ζώω. Καθάπερ γαρ επ' εκείνον πόδες εκατέρωθεν εισί του σώματος ούτω και επί τούδε του πάθους αι φλέβες αποτεταμέναι του παρά φύσιν όγκου το σχήμα καρκίνω παραπλήσιον εργάζονται" Αυτή τη διαπίστωση έκανε πολλές φορές, όπως ο ίδιος μας πληροφορεί από τα χειρόγραφα του ο περίφημος Έλληνας γιατρός της αρχαιότητας Γαληνός Κλαύδιος ήδη από τον 3ον μ.Χ. αιώνα. Η εικόνα του νεοπλάσματος όπως την περιγράφει ο ίδιος αλλά και ο Ιπποκράτης παρουσιάζει διόγκωση και διήθηση της περιοχής, τα δε αγγεία έχουν διαταχθεί με τέτοιο τρόπο γύρω από τον όγκο, ώστε η όλη εικόνα να μοιάζει με τον καρκίνο, τον κάβουρα της θάλασσας. Η ονομασία παρουσιάζει και τον πόνο από τον καρκίνο, όμοιο με αυτόν που δοκιμάζει κάποιος όταν τον δαγκώσει ο κάβουρας.

Ο Johannes Muller το 1838 είναι ο πρώτος που έκανε την περιγραφή της κυτταρικής φύσεως του καρκίνου. Η λέξη καρκίνος είναι συνώνυμος με τον όρο κακοήθες νεόπλασμα. Πρόκειται δε για ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων, πάντοτε επιβλαβή στον οργανισμό που διασκορπίζονται ή μεταναστεύουν σε άλλους ιστούς μακριά από την αρχική τους εμφάνιση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος τραχήλου μήτρας είναι ένα όχι σπάνιο είδος καρκίνου αφού εμφανίζεται σε ένα μεγάλο μέρος του γυναικείου πληθυσμού. Παρουσιάζει μεγάλες διαφορές μεταξύ των ατόμων στην εμφάνιση και στην ταχύτητα ανάπτυξης, μπορεί να ακολουθεί διαφορετική πορεία αναπτύξεως στο άτομο που εκδηλώνεται και συχνά παρουσιάζει διαφορετική ευαισθησία στα διάφορα είδη θεραπείας που εφαρμόζονται.

Η προσφορά υπηρεσιών στη γυναίκα που πάσχει από καρκίνο τραχήλου είναι ένα από τα μεγαλύτερα αλλά και σπουδαιότερα καθήκοντα, που δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

A. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Ο καρκίνος του τραχήλου είναι με τα σημερινά δεδομένα η τρίτη πιο κοινή κακοήθεια στις γυναίκες μετά τον καρκίνο του μαστού και του ενδομητρίου, ενώ τα προηγούμενα χρόνια κατείχε τη δεύτερη θέση. Εκτιμάται ότι στο ετήσιο σύνολο των νέων περιπτώσεων καρκίνου σε ολόκληρο τον πλανήτη, που ανέρχεται σε έξι εκατομμύρια, οι 460.000 αφορούν τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Έχει υπολογιστεί ότι περίπου το 2% από όλες τις γυναίκες πάνω από τα 40 χρόνια έχουν πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο τραχήλου. Η μέση ηλικία των γυναικών που προσβάλλονται από διηθητικό καρκίνο είναι τα 45 χρόνια, ενώ η μέση ηλικία προσβολής από προδιηθητικό καρκίνο είναι σημαντικά μικρότερη. Η νόσος μπορεί να εμφανισθεί ακόμη και στη δεύτερη δεκαετία της ζωής και καμιά φορά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Πάνω από 95% των ασθενών με αρχόμενο καρκίνο του τραχήλου μπορούν να θεραπευτούν. Με τις σύγχρονες μεθόδους αντιμετώπισης, περίπου 8000 γυναίκες στην Αμερική πεθαίνουν από την ασθένεια κάθε χρόνο. Αυτό μπορεί θεαματικά να ελαττωθεί, αν ο τραχηλικός καρκίνος αναγνωρισθεί ενωρίς και θεραπευτεί κατάλληλα.

Στην τελευταία δεκαετία φαίνεται ότι υπάρχει δραματική μεταβολή στη φυσική ιστορία του καρκίνου του τραχήλου και των προκαρ-

κινικών σταδίων του. Αυτό αφορά την αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου, την όλο και σε μικρότερη ηλικία εμφάνισή της (για μερικούς 10πλάσια εμφάνιση σε ηλικία μικρότερη από τα 35), και την αύξηση των χαμηλής διαφοροποίησης και επομένως μεγαλύτερης κακοήθειας μορφών με υψηλό βαθμό λεμφαδενικών μεταστάσεων.

Η συχνότητα θανάτου από καρκίνο τραχήλου ποικίλλει από χώρα σε χώρα. Με φθίνουσα σειρά η θνησιμότητα στις διάφορες χώρες ανά 100.000 γυναίκες είναι η εξής:

ΠΕΡΙΟΧΗ	ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΝΑ 100.000
Μαορί Νέας Ζηλανδίας	84
Λατινική Αμερική	32
Κίνα	29
Νότια Αφρική	27
Απω Ανατολή	26
Κεντρική - Νότια Ασία	24
Ανατολική Ευρώπη	24
Δυτική Ευρώπη	23
ΕΣΣΔ (πρώην)	23
Κεντρική Αφρική	21
Νοτιανατολική Ασία	21
Βόρεια Αφρική	19
Ιαπωνία	17
Βόρεια Ευρώπη	17
Νότια Ευρώπη	13
Βόρεια Αμερική	13
Αυστραλία - Νέα Ζηλανδία	13
Νοτιοδυτική Ασία	4,5
Ισραήλ	2,1

Πρόσφατα οι έρευνες απέδειξαν ένα αυξανόμενο αριθμό ασθενών, ηλικίας 20 ετών και κάτω. Μελέτες που διεξήχθησαν στο Κεντάκυ των ΗΠΑ απέδειξαν την ύπαρξη ενός ποσοστού δυσπλασίας 0,9 σε 1000 γυναίκες αυτής ηλικίας, ενώ δεν βρέθηκε καθόλου καρκίνος *in situ* ή διηθητικός ανάμεσα σε αυτές τις γυναίκες.

B. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η αιτιολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας δεν είναι γνωστή. Σειρά όμως επιδημιολογικών παραγόντων παρουσιάζουν ιδιαίτερη συγγένεια με το καρκίνωμα αυτό. Προδιαθεσικοί παράγοντες μπορούν να θεωρηθούν οι εξής:

1) Η πρώιμη σεξουαλική δραστηριότητα της γυναίκας καθώς και η αλλαγή πολλών συντρόφων γιατί ο καρκίνος βρέθηκε συχνότερος σε όσες παντρεύτηκαν μικρές ή άρχισαν νωρίς τις σεξουαλικές τους σχέσεις ή γνώρισαν πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους ή εργάστηκαν σε οίκους ανοχής. Συγκεκριμένα ο καρκίνος του τραχήλου είναι τέσσερις φορές πιο συχνός σε γυναίκες ελευθερίων ηθών σε σύγκριση με τις υπόλοιπες γυναίκες, ενώ είναι σπανιώτατος σε μοναχές και σε παρθένες. Πιστεύεται πως το DNA των σπερματοζωαρίων έχει κάποια σχέση με τα παραπάνω.

2) Η φυλή στην οποία ανήκει η γυναίκα γιατί βρέθηκε ότι η συχνότητα της νόσου είναι πολύ χαμηλότερη στις Εβραίες, πιθανόν λόγω κληρονομικής ανοσίας ή λόγω της περιτομής των ανδρών, που δεν επιτρέπει την ανάπτυξη σμήγματος στην βαλανοποσθική αύλακα.

Η εμπλοκή πάντως της περιτομής των Εβραίων σαν προστατευτικού παράγοντα οδήγησε στην εξέταση και άλλων εθνικών ομάδων που κάνουν περιτομή. Τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών συνηγορούν στο ότι η

περιτομή δεν είναι ο μόνος αιτιολογικός παράγοντας αλλά συνυπάρχουν κι άλλοι συνοδοί παράγοντες όπως καλές συνθήκες υγιεινής, σωστές συνήθειες, μόρφωση και άλλες. Κι ενώ οι προσβεβλημένες γυναίκες του Πόρτο Ρίκο φτάνουν τις 97,6/100.000, οι Εβραίες έχουν να επιδείξουν το εκπληκτικό ποσοστό των 3,6/100.000. Επίσης ανάμεσα στους Πάρσους (θρησκευτική κοινότητα προερχόμενη από την Περσία) που είναι σχολαστικά καθαροί, ο καρκίνος του τραχήλου είναι σπάνιος, παρ' ότι οι άνδρες είναι απερίτμητοι.

Επίσης, έχει διαπιστωθεί πως ο καρκίνος τραχήλου είναι συχνότερος στη μαύρη φυλή από ό,τι στη λευκή. Έτσι στις μαύρες γυναίκες αναφέρεται μια αναλογία 47,8/100.000, ενώ στις λευκές 13,5/100.000. Ο τραχηλικός καρκίνος συμβαίνει πιο συχνά στις γυναίκες της Βορείου Αφρικής από ό,τι οι τελευταίες έχουν καλύτερες συνθήκες υγιεινής. Τα ποσοστά καρκίνου τραχήλου είναι υψηλότερα στις πόλεις παρά στις αγροτικές περιοχές. Έτσι οι Ιάπωνες μετανάστες στην Καλιφόρνια και Χαβάη εμφανίζουν ποσοστά όμοια με αυτά των Αμερικανών παρά των Γιαπωνέζων. Υψηλά ποσοστά παρατηρούνται ανάμεσα στους Μεξικάνους μετανάστες και χαμηλά ανάμεσα στους Ρώσους μετανάστες.

3) Η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση της γυναίκας γιατί βρεθηκε συχνότερος στις φτωχότερες τάξεις στις οποίες οι συνθήκες διατροφής και καθαριότητας δεν είναι καλές.

4) Ο ιός του έρπητα II, που προκαλεί φλεγμονές του τραχήλου και το σχηματισμό μεγάλων κυττάρων με πολλαπλούς πυρήνες. Έτσι η σχέση μεταξύ του ιού του έρπητα II και του καρκίνου του τραχήλου δημιουργεί την ιογενή αιτιολογία.

5) Οι ιοί των κονδυλωμάτων 16 και 18. Συνύπαρξη ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας και κονδυλωμάτων παρατηρείται περίπου στο 30% των περιπτώσεων των CIN I και II, 20% των περιπτώσεων του CIN III

και 15% των περιπτώσεων μικροδιηθητικού καρκίνου. Όσον αφορά το διηθητικό καρκίνο, πολυκεντρική έρευνα που διεξήχθη στη Λατινική Αμερική κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει πολύ έντονος συσχετισμός ανάμεσα στην τραχηλική φλεγμονή από κονδυλώματα τύπου 16 και 18 και τον καρκίνο του τραχήλου. Όσον αφορά το μικροδιηθητικό παρατηρείται σε μεγάλη αναλογία η συνύπαρξη των συγκεκριμένων κονδυλωμάτων. Τα πράγματα είναι διαφορετικά στο αδеноκαρκίνωμα, όπου έχει βρεθεί ότι σε μια πολύ μικρή αναλογία διαπιστώνεται παράλληλα φλεγμονή από τα κονδυλώματα.

6) Το προσωπικό και παθητικό κάπνισμα φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο του τραχήλου. Ο δε κίνδυνος για τις παθητικές καπνίστριες φαίνεται μεγαλύτερος σε εκείνες που δεν είναι ενεργές, συγκριτικά με εκείνες που ταυτόχρονα είναι και ενεργές καπνίστριες. Η σχέση μεταξύ καπνίσματος και τραχηλικής δυσπλασίας θα μπορούσε να εξηγηθεί από το ότι κάποια ουσία, που περιέχεται στον καπνό του τσιγάρου, καταστέλλει τον ανοσοποιητικό μηχανισμό και έτσι επιτρέπει σε μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ουσία να προκαλέσει ανώμαλη κυτταρική ανάπτυξη, που καταλήγει σε τραχηλική δυσπλασία.

7) Αυξημένος κίνδυνος δυσπλασίας παρατηρείται σε γυναίκες με πεσμένα επίπεδα βιταμίνης Α ή βιταμίνης C. Αναφέρονται σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα προδρόμου της βιταμίνης Α και βιταμίνης C σε ασθενείς με διηθητικό καρκίνο του τραχήλου.

Τα επίπεδα του φολικού οξέος είναι επίσης χαμηλά σε ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου και η χορήγηση του φολικού οξέος έχει αναφερθεί ότι αναστρεφει τις προκακοήθειες τραχηλικές αλλαγές.

Μεγάλη έρευνα που έγινε όσον αφορά τις διαιτολογικές συνήθειες σε σχέση με τον τραχηλικό καρκίνο, έδειξε ότι οι γυναίκες που κατανάωναν πράσινα και κίτρινα λαχανικά και χυμούς φρού-

των είχαν μικρότερο κίνδυνο για καρκίνο τραχήλου. Υπήρξε δε μια αντίστροφη σχέση μεταξύ της κατανάλωσης βιταμίνης C και του τραχηλικού καρκίνου. Η υψηλή κατανάλωση επίσης βιταμίνης E συνδυαζόταν με ελαττωμένο κίνδυνο.

8) Η λήψη οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση προκειμένου να αντιμετωπισθεί η οστεοπόρωση. Έχει παρατηρηθεί ότι οι γυναίκες αυτές βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνο τραχήλου μέσα σε 10-12 χρόνια.

9) Άλλες αναφορές κατατάσσουν τις γυναίκες με σαλπγγικής αιτιολογίας στειρότητα σε ομάδα υψηλού κινδύνου, όσον αφορά τις προκαρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου.

10) Η λήψη ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων για την πρόληψη απόρριψης μοσχεύματος.

11) Η χορήγηση διαιθυλοστιλοβοιστρόλης σε εγκύους γυναίκες, που είναι δυνατόν να προκαλέσει καρκίνο στα κορίτσια που θα γεννηθούν, όταν αυτά βρίσκονται στην εφηβεία ή είναι μεγαλύτερα, σε συχνότητα 4:1000. Αυτή η ουσία χορηγούνταν ως το 1971 στις γυναίκες που είχαν ήδη μια αποβολή. Όμως οι γιατροί στις ΗΠΑ βρήκαν πως 9 στις 10 κοπέλλες που γεννήθηκαν αφού η μητέρα τους πήρε την ουσία αυτή (DES) είχαν ανώμαλη ανάπτυξη του αδενικού ιστού στον τράχηλο. Πιο πρόσφατα ακόμα ανακαλύφθηκε πως σχεδόν το 75% των γυναικών εκτεθειμένων στο DES από τη μητέρα τους, είχαν μητρικές ανωμαλίες σε μεγαλύτερη συχνότητα.

Συνοπτικά, θα μπορούσαμε να χωρίσουμε τις γυναίκες σε δύο κατηγορίες: χαμηλού και υψηλού κινδύνου.

Ομάδα χαμηλού κινδύνου

- Γυναίκες που ποτέ δεν είχαν ενεργό σεξουαλική ζωή
- Όσες έχουν κάνει ολική υστερεκτομή με παράλληλη αφαίρεση του τραχήλου
- Γυναίκες άνω των 60 και ως τώρα έχουν συστηματική γυναικολογική παρακολούθηση και έκαναν συστηματικά το τεστ Παπανικολάου.

Ομάδα υψηλού κινδύνου

- Όσες ξεκίνησαν από πολύ νωρίς σεξουαλική δραστηριότητα με πολλούς συντρόφους
- Όσες έχουν νωρίς την πρώτη κύηση
- Γυναίκες του αστικού πληθυσμού
- Οι ανοσοκατασταλμένες (ο κίνδυνος είναι 10 φορές μεγαλύτερος)
- Καπνίστριες (αν και δεν έγινε πάντα παράλληλος έλεγχος για τη σεξουαλική δραστηριότητα, ο κίνδυνος φαίνεται να είναι πραγματικός)
- Γυναίκες με προηγούμενο ανώμαλο τεστ Παπανικολάου
- Όσες έχουν διαιτολογικές ελλείψεις
- Οι στείρες από καταστροφή των σαλπίγγων
- Όσες κάνουν χρήση του αντίσυλληπτικού χαπιού
- Γυναίκες με συντρόφους υψηλού κινδύνου (δηλαδή με πολλές σεξουαλικές συντρόφους).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

A. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Η μήτρα είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο που κατέχει κεντρική θέση στη μικρή κύβηλο. Βρίσκεται ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και στο απευθυσμένο. Μοιάζει με ανεστραμμένο αχλάδι, μήκους περίπου 8 εκατοστών, πλάτους περίπου 5 εκατοστών και πάχους περίπου 2 εκατοστών.

Ανατομικά διαιρείται στον πυθμένα, στο σώμα και στον τράχηλο. Ο πυθμένας είναι το μέρος της μήτρας που βρίσκεται πάνω από το σημείο εισόδου των αγωγών στην μήτρα. Το σώμα είναι το μέρος εκείνο της μήτρας που βρίσκεται κάτω από την είσοδο των αγωγών. Προς τα κάτω στενεύει και συνεχίζεται με τον τράχηλο.

Φυσιολογικά, η μήτρα κάμπτεται μεταξύ σώματος και τραχήλου. Στη θέση αυτή το σώμα φέρεται προς τα εμπρός και ελαφρώς προς τα άνω, ενώ ο τράχηλος προβάλλει προς τα κάτω και πίσω. Ο επιμήκης άξονας της μήτρας είναι σχεδόν κάθετος με τον επιμήκη άξονα του κόλπου.

Το τοίχωμα της μήτρας αποτελείται από τρεις χιτώνες:

- α) Εξωτερικά το μεγαλύτερο μέρος της καλύπτεται από περιτόναιο, τον ορογόνο χιτώνα
- β) Κατόπιν υπάρχει ο μυϊκός χιτώνας, το λεγόμενο μυομήτριο. Αυτός αποτελείται από τρεις στοιβάδες: την έξω, τη μέση και

την έσω. Ο μυϊκός χιτώνας έχει άφθονα αγγεία τα οποία εμφανίζουν μια εντονότατη οφιοειδή πορεία, κάτι που έχει μεγάλη σημασία γιατί με τη διεύρυνση της μήτρας κατά την εγκυμοσύνη δεν συμβαίνει παρεμπόδιση της κυκλοφορίας του αίματος. Τα αγγεία λόγω της οφιοειδούς πορείας τους μπορούν να διαταθούν και να επιμηκυνθούν.

- γ) Εσωτερικά η μήτρα επαλείφεται από βλεννογόνο χιτώννα, που λέγεται ενδομήτριο. Αποτελείται από δύο στοιβάδες. Η εν τω βάθει στοιβάδα λέγεται βασική και η επιπολής λέγεται λειτουργική.

B. ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Ο τράχηλος είναι το κατώτερο στενό μέρος της μήτρας. Χωρίζεται από το σώμα με μια περιοχή που λέγεται ισθμός. Διακρίνουμε δύο μοίρες στον τράχηλο: την υπερκολπική και την ενδοκολπική.

Η υπερκολπική μοίρα εμφανίζει την πρόσθια και την οπίσθια επιφάνεια. Επίσης εμφανίζει και δύο πλάγια χείλη. Η πρόσθια τραχηλική επιφάνεια έρχεται σε επαφή με τον πυθμένα της ουροδόχου κύστεως με χαλαρό συνδετικό ιστό. Το διάστημα μεταξύ κύστεως και τραχήλου ονομάζεται κυστεοτραχηλικό διάστημα. Η οπίσθια επιφάνεια επικοινωνεί με το ορθό.

Η ενδοκολπική μοίρα του τραχήλου είναι το τμήμα του που αντιστοιχεί στο εισερχόμενο μέσα στον κόλπο. Στην κορυφή της υπάρχει μια σχισμή που ονομάζεται έξω στόμιο. Αυτό εμφανίζει δύο χείλη, το πρόσθιο και το οπίσθιο, τα οποία είναι ομαλά και ροδόχρα στις παρθένες και ανώμαλα και ιδόχρα στις πολύτοκες.

Η μοίρα που προβάλλει ενδοκολπικώς μαζί με το άνω άκρο του

κόλπου δημιουργεί μια αύλακα, τον θόλο του κόλπου, ο οποίος έχει τέσσερα τμήματα: τον πρόσθιο, οπίσθιο, και δύο πλάγιους κοιλιακούς θόλους.

Ο βλεννογόνος της κοιλότητας του τραχήλου της μήτρας παρουσιάζει πτυχές όμοιες με τους κλάδους ενός φοίνικα, και γι' αυτό ονομάζονται φοινικοειδείς πτυχές.

Ο τράχηλος εμφανίζει αδένες μεγαλύτερους από αυτούς του σώματος, αλλά λιγότερους. Το έκκριμά τους είναι βλεννώδες και δημιουργεί ένα είδος βλεννώδους πύματος, με τον οποίον αποφράσσεται ο αυλός του τραχήλου. Εάν δημιουργηθεί απόφραξη των αδένων, τότε από την παραμένουσα βλέννα έχουμε σχηματισμό κυστιδίων, τα οποία ονομάζουμε ωάρια του Naboth.

Αξίζει να αναφερθεί ότι το μήκος του τραχήλου της μήτρας πριν από την ήβη αποτελεί τα $\frac{2}{3}$ ολόκληρου του μήκους της μήτρας, το δε σώμα το $\frac{1}{3}$ αυτού. Μετά την ήβη όμως έχουμε αντιστροφή της σχέσης αυτής.

Γ. ΣΤΗΡΙΓΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Στη στήριξη της μήτρας συμβάλλουν οι εξής σύνδεσμοι:

α) Πλατείς σύνδεσμοι: Είναι δύο πλατιές περιτοναϊκές πτυχές που αρχίζουν από τα πλάγια χείλη και φέρονται προς το πλάγιο τοίχωμα της πυέλου, σχηματίζοντας δύο χώρους: τον πρόσθιο (ή πρόσθιο Δουγλάσιο) και τον οπίσθιο (ή οπισθιο Δουγλάσιο) χώρο. Το περιτόναιο καλύπτει τον πυθμένα και το σώμα της μήτρας, ενώ από τον τράχηλο καλύπτει μόνον την οπίσθια επιφάνεια του υπερκοιλιακού μέρους του. Έτσι η προσθία επιφάνεια του τραχήλου και τα χείλη της μήτρας πα-

ραμένουν ακάλυπτα από περιτόναιο.

β) **Ιερομητρικοί σύνδεσμοι:** Αποτελούνται από συνδετικό ιστό, ελαστικές και λείες μυϊκές ίνες. Εκφύονται από τον 3ο και 4ο ιερό σπόνδυλο και καταφύονται στην οπίσθια επιφάνεια της μήτρας. Εκεί ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το μητριαίο όγκωμα. Αυτοί οι σύνδεσμοι αναστηλώνουν το περιτόναιο και φτιάχνοντας την ιερομητρική πτυχή χωρίζουν τον οπίσθιο δουγλασιο σε άνω και κάτω μοίρα.

γ) **Στρογγυλοί σύνδεσμοι:** Είναι δύο και έχουν ταινιοειδή μορφή. Εκφύονται από τον πυθμένα της μήτρας και καταλήγουν στα μεγάλα χείλη του αιδοίου μέσω του βουβωνικού χώρου. Αποτελούνται από συνδετικό ιστό, λείες μυϊκές ίνες και γραμμωτές μυϊκές ίνες.

δ) **Ωθηκικός σύνδεσμος:** Εκτείνεται μεταξύ του πλαγίου τοιχώματος της μήτρας και της ωθήκης. Ο σύνδεσμος αυτός επηρεάζει τη θέση της ωθήκης, όταν η μήτρα δεν βρίσκεται σε κανονική θέση.

Δ. ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Αρτηρίες

Η μήτρα αγγειώνεται από την μητριαία αρτηρία, η οποία διασταυρώνεται με τον ουρητήρα και ακολουθούσα οφιοειδή πορεία δίνει διάφορους τελικούς κλάδους προς όλη την επιφάνεια της μήτρας.

Εμφανίζει πολλές αναστομώσεις δίνοντας κλάδους προς την ωθήκη και την σάλπιγγα. Ο τραχηλοκολπικός είναι κατιόν κλάδος της

μητριάας αρτηρίας και πορεύεται προς το πλάγιο χείλος του τραχήλου.

Φλέβες

Αυτές σχηματίζουν πυκνό δίκτυο γύρω από τη μητριάα αρτηρία, το οποίο εκβάλλει κυρίως στην έσω λαγόνιο φλέβα, και στην έσω σπερματική φλέβα.

Λεμφαγγεία

Τα λεμφαγγεία της περιοχής του τραχήλου οδεύουν προς τα έξω και έσω λαγόνια λεμφογάγγλια ως επίσης και στα λεμφογάγγλια τα οποία βρίσκονται στο σημείο του διχασμού των δύο κοινών λαγόνιων αρτηριών.

Τα λεμφαγγεία του σώματος της μήτρας, συνενώνονται με τα λεμφαγγεία της ωοθήκης και εκβάλλουν στα προαορτικά λεμφογάγγλια.

Ε. ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Τα νεύρα εκπορεύονται κατά ένα μεγάλο μέρος από το γαγγλιοφόρο μητροκολεϊκό πλέγμα. Αυτό σχηματίζεται, μεταξύ του τραχήλου και του κοιλιακού θόλου από κλάδους οι οποίοι εκφυονται από το υπογάστριο συμπαθητικό πλέγμα και από το 3ο και 4ο ιερό νεύρο. Το μεγαλύτερο από τα νευρικά γάγγλια του μητροπολεϊκού πλέγματος ονομάζεται γάγγλιο του Frankenhauser.

Δια των νευρικών αυτών διακλαδώσεων εξηγείται η επικοινωνία των νευροφυτικών στοιχείων των γεννητικών οργάνων της γυναίκας με

το δέρμα, τους μυς, το συνδετικό ιστό, τα αγγεία, τα οποία έχουν την ίδια νεύρωση με τα σπλάγχνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Ο βλεννογόνος του τραχήλου της μήτρας εκκρίνει βλεννώδη ουσία, αλκαλικής αντίδρασης με βακτηριοκτόνες ιδιότητες. Έτσι εμποδίζεται η εξάπλωση της μόλυνσης από τον κόλπο στη μήτρα. Η αλκαλική αντίδραση παίζει ορισμένο ρόλο στη γονιμοποίηση, γιατί ενεργοποιεί τις κινήσεις των σπερματοζωαρίων.

Η μήτρα είναι ένα ευκίνητο όργανο και μεταβάλλει τη θέση της στην πύελο κατά την εγκυμοσύνη, κατά την πλήρωση της ουροδόχου κύστεως, του απευθυσμένου, και υπό την επίδραση άλλων φυσιολογικών συνθηκών.

Μηνιαίος κύκλος

Το κέντρο ελέγχου της εμμήνου ρύσεως βρίσκεται στον υποθάλαμο, ο οποίος στέλνει πληροφορίες στην υπόφυση, δίνοντας έτσι εντολή απελευθέρωσης ορμονών όπως είναι η θυλακιοτρόπος (FSH) και η ωχρινοτρόπος (LH).

Ειδικότερα, στο πρώτο μισό του μηνιαίου κύκλου η FSH εμφανίζει τη μεγαλύτερη δραση, οπότε συμβάλλει στην ωρίμανση του ωαρίου. Η ωρίμανση του ωοθηλακίου παράγει οιστρογόνα. Όταν τα επίπεδα οιστρογόνων φτάσουν στο αποκορύφωμά τους προκαλείται παραγωγή ακόμα περισσότερης FSH και LH. Αυτό κάνει το θυλάκιο να σπάσει και να απελευθερώσει το ωάριο. Αυτό είναι ωορηξία. Το ω-

ριμο wάριο απελευθερώνεται πλέον από την ωοθήκη, διέρχεται μέσα από τις σάλπιγγες και κάτω από την επίδραση οιστρογόνων και προγεστερόνης, που προετοιμαζουν τη λειτουργική στοιβάδα του ενδομητρίου, κατεβαίνει κι εγκαθίσταται στη μήτρα οριστικά πια. Εάν το wάριο δε γονιμοποιηθεί, η γυναίκα δεν συλλαμβάνει, οπότε η επίδραση των οιστρογόνων και η προγεστερόνη πέφτουν σε χαμηλά επίπεδα με αποτέλεσμα να γίνει καταστροφή και απόπτωση της λειτουργικής στοιβάδας της μήτρας και να αρχίσει η έμμηνη ρύση. Όταν το επίπεδο των οιστρογόνων πέσει χαμηλά, τότε η υπόφυση ελευθερώνει FSH και ο νέος κύκλος αρχίζει πάλι.

Έτσι ο βλεννογόνος της μήτρας μεταβάλλεται ρυθμικά και διέρχεται από τέσσερις διαδοχικές φάσεις: την αιμορροϊκή, την παραγωγική (όπου δρα η ωοθηλακίνη), την εκκριτική (όπου δρα η ωχρίνη) και η ισχαιμική.

Ο ρυθμός των κυκλικών μεταβολών ρυθμίζεται από την αλληλεπίδραση του κεντρικού νευρικού συστήματος, των ορμονών που εκκρίνονται από τις ωοθήκες και του προσθίου λοβού της υπόφυσης.

Γονιμοποίηση - Εγκυμοσύνη

Όταν σπάει το θυλάκιο και απελευθερώνει το wάριο κατά την ωορρηξία πιάνεται στο άκρο της σάλπιγγας και προωθείται προς τη μήτρα με μυϊκές συστολές. Αν γίνει συνουσία, το γρηγορότερο, δυνατότερο και υγιέστερο σπερματοζwάριο κολυμπάει ως τη σάλπιγγα. Το wάριο μπορεί να ζήσει έως 36 ώρες και το σπερματοζwάριο 24 ώρες περίπου. Αυτό σημαίνει ότι η γόνιμη περίοδος μπορεί να είναι τρεις ημέρες περίπου. Αμέσως μετά τη γονιμοποίηση, το γονιμοποιημένο wάριο αρχίζει να διαιρείται ώσπου να σχηματίσει μια σφαίρα κυττά-

ρων, το βλαστίδιο ή βλαστική κύστη. Το βλαστίδιο εξακολουθεί να ταξιδεύει κάτω στη σάλπιγγα ως τη μήτρα. Επτά ημέρες μετά τη γονιμοποίηση, το βλαστίδιο φτάνει στη μήτρα, όπου εμφυτεύεται στη ρίζα του άνω τρίτου μέρους του τοιχώματος της μήτρας. Έγινε σύλληψη.

Όταν συμβεί κύηση το ωχρό σωματίο των ωοθηκών δεν εκφυλίζεται μετά από 14 ημέρες αλλά συνεχίζει την έκκριση ορμονών σαν ωχρό σωματίο της κύησης μέχριςότου αναλάβει την εργασία αυτή ο πλακούντας. Από την εγκατάσταση του ωαρίου αρχίζει η έκκριση μιας ορμόνης που λέγεται χοριακή γοναδοτροπίνη (H.C.G.). Μετά τη λειτουργία του πλακούντα η ποσότητα της HCG μειώνεται.

Μετά τη σύλληψη σχηματίζεται στο τοίχωμα της μήτρας ή τροφοβλάστη, το χόριο, οι λάχνες του και μετά τον 3ο μήνα ο πλακούντας. Κατά τη διάπλαση του εμβρύου σχηματίζονται οι υμένες που περικλείουν την αμνιακή κοιλότητα και των οποίων η προέλευση είναι εμβρυογενής και μητρογενής.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης το μέγεθος και το σχήμα της μήτρας μεταβάλλονται. Η αύξηση αυτή οφείλεται στην ποσοτική αύξηση των μυικών ινών καθώς και στην αύξηση του μεγέθους της. Χαρακτηριστικό του μυικού χιτώνα είναι ότι εμφανίζει πολύ μεγάλη ελαστικότητα και αντοχή. Κατά τον τοκετό κάνει ισχυρότατες συσπάσεις και σε αυτόν κυρίως οφείλεται το έργο του τοκετού.

Μετά τον τοκετό η μήτρα γίνεται βαθμιαία μικρότερη, φτάνοντας σχεδόν το προηγούμενο μέγεθός της. Σε μεγάλη ηλικία, κυρίως μετά την κλιμακτήριο, το μέγεθός της μικραίνει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV.

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ

Λέγεται και τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία. Πρόκειται για την ανάπτυξη μη φυσιολογικών ατύπων κυττάρων και διακρίνεται ιστολογικά σε ελαφρά, μέτρια και σοβαρή δυσπλασία. Στη φάση αυτή λαμβάνεται υπόψη το πάχος του πλακώδους επιθηλίου που καταλαμβάνεται από τα άτυπα κύτταρα. Όταν όλο το πάχος καταλαμβάνεται από αυτά χρησιμοποιείται ο όρος καρκίνωμα *in situ* ή προδιηθητικός καρκίνος. Πρόσφατα για να δοθεί έμφαση στο ότι αυτές οι δυσπλαστικές μεταβολές αποτελούν το φάσμα της ίδιας βασικής αλλοίωσης, χρησιμοποιήθηκε ο όρος τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία.

Υπάρχουν τρεις βαθμοί ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας:

- α) ελαφρά, όταν καταλαμβάνεται λιγότερο από το 1/3 του πάχους του επιθηλίου,
- β) μέτρια, όταν καταλαμβάνεται από το 1/3 ως τα 2/3, και
- γ) βαρεία όταν καταλαμβάνεται όλο το πάχος.

Στην τελευταία κατηγορία συμπεριλαμβάνεται και το καρκίνωμα *in situ*. Η πλακώδης μεταπλασία του κυλινδρικού επιθηλίου του τραχήλου θεωρείται από μερικούς ιστολόγους σαν μορφή ελαφράς δυσπλασίας.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η προδιηθητική μορφή της πάθησης παραμένει στατική για 7-10 χρόνια. Χαρακτηριστικό είναι, ότι η μέση ηλικία των γυναικών με προδιηθητικό καρκίνο είναι περίπου

το 35ο έτος, ενώ η μέση ηλικία της διηθητικής μορφής είναι το 45ο έτος.

Καρκίνωμα in situ

Λέγεται και προδιηθητικό. Αυτό είναι ασυμπτωματικό και ανευρίσκεται σε ιστοτεμάχιο που πάρθηκε από βιοψία μετά από ένα θετικό τραχηλοκολπικό επίχρισμα. Χαρακτηρίζεται από υπερπλασία των κυττάρων του επιθηλίου, ανώμαλες μιτώσεις, ατυπίες των πυρήνων των κυττάρων και αποδιοργάνωση της δομής των κυτταρικών στοιβάδων. Η βασική μεμβράνη παραμένει ανέπαφη. Μακροσκοπικά, ο τράχηλος μπορεί να παρουσιάζεται φυσιολογικός ή να εμφανίζει ερυθρότητα, διάβρωση ή εστίες λευκοπλακίας.

Μικροδιηθητικό καρκίνωμα

Είναι ένας όρος που αναφέρεται σε καρκίνωμα in situ, αλλά έχει επίσης εστίες διήθησης της βασικής μεμβράνης σε μικρή έκταση. Εμφανίζει επίσης με μικροδιηθήσεις με τη μορφή βελονών ή σταγόνων στο υποκείμενο χόριο. Συμβαίνει σε 5-10% των καρκινωμάτων in situ. Δεν προκαλεί συμπτώματα, αλλά καθώς προχωρεί η βλάβη εμφανίζονται τα κλινικά σημεία της νόσου.



Λανθάνον καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας λόγω ενδοτραχηλικής εντόπισης. Ο εξωπράχηνος παραμένει αναλλοίωτος (Breiten-ecker)

Διηθητικό καρκίνωμα

Λέγεται και επιδερμοειδές. Αναπτύσσεται όταν διηθηθεί το τραχηλικό στρώμα μετά από διάσπαση της βασικής μεμβράνης. Από το σημείο αυτό το καρκίνωμα του τραχήλου επεκτείνεται με άμεση διήθηση των ιστών και με λεμφογενείς και με αιματογενείς μεταστάσεις. Μακροσκοπικά το διηθητικό καρκίνωμα εμφανίζεται με δύο μορφές την εξωφυτική μορφή ή ανθοκραμβοειδή που μοιάζει με κουνουπίδι και την ελκώδη μορφή, με μορφή συνήθως ανώμαλου έλκους που μοιάζει σαν κρατήρας που χαίνει.

Σε πρώιμα στάδια, η αλλοίωση συχνά είναι ενδοεπιθηλιακή, έτσι ώστε να μοιάζει με τραχηλική εκτοπία ή χρόνια τραχηλίτιδα. Καθώς η νόσος χειροτερεύει, το έλκος γίνεται βαθύτερο και νεκρωτικό με ασαφή όρια και εύθρυπτη αιμορραγική επιφάνεια. Οι κολπικοί θόλοι μπορεί να προσβληθούν στη συνέχεια από την επέκταση της διήθησης.

Εκτεταμένη παραμητρική διήθηση από το διηθητικό νεόπλασμα μπορεί να σχηματίσει μια οζώδη πάχυνση των ιερομητρικών και βασικών συνδέσμων της μήτρας, που συνοδεύεται με απώλεια της ευκινησίας και καθήλωση του τραχήλου της μήτρας.

Ιστοπαθολογικά τα καρκινώματα από τα πλακώδη επιθήλια έχουν ταξινομηθεί σύμφωνα με τον τύπο κυττάρων που κυριαρχεί, σε καρκινώματα: με μεγάλα μη κερατινοποιημένα κύτταρα και με μικρά κύτταρα μη κερατινοποιημένα. Αυτά που έχουν μεγάλα κύτταρα μη κερατινοποιημένα θεωρούνται, ότι έχουν μεγαλύτερη 5ετή επιβίωση (68,3%), ενώ τα καρκινώματα με μικρά μη κερατινοποιημένα κύτταρα έχουν τη μικρότερη επιβίωση (20%).

Περισσότερο έχει επικρατήσει η ταξινόμηση που βασίζεται στο βαθμό διαφοροποίησης των κυττάρων:

- **Καλά διαφοροποιημένα (βαθμός I):** Σ' αυτόν τον τύπο νεοπλάσματος τα κύτταρα δεν παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλομορφία, έχουν μεσοκυττάρια γέφυρες, υπάρχουν σφαίρες κερατίνης μεταξύ των κυττάρων και οι μιτώσεις είναι λιγότερες από 2.

- **Μέτρια διαφοροποιημένα (βαθμός II):** Αυτός ο τύπος αποτελεί ενδιάμεση βαθμίδα. Υπάρχει μέτρια ποικιλομορφία των κυττάρων με λίγες μεσοκυττάρια γέφυρες, λίγες σφαίρες κερατίνης και 2-4 μιτώσεις.

- **Χαμηλής διαφοροποίησης (βαθμός III):** Εδώ τα κύτταρα είναι βαθυχρωματικά και μικρά, που μοιάζουν πιο λίγο με το ώριμο πλακώδες επιθήλιο, χωρίς μεσοκυττάρια γέφυρες και σφαίρες κερατίνης και οι μιτώσεις είναι περισσότερες από 4. Τα αδιαφοροποίητα νεοπλάσματα μεθίστανται πιο νωρίς αλλά απαντούν καλύτερα στη θεραπεία

με ακτινοβολία.

Αδενοκαρκίνωμα

Δεν διαφέρει στην εντόπιση, στη μακροσκοπική εμφάνιση, στη διασπορά και στην ευαισθησία στην ακτινοβολία, από το καρκίνωμα με πλακώδη επιθήλια. Εξορμάται από το κυλινδρικό επιθήλιο του τραχήλου και αποτελείται από υψηλά κυλινδρικά κύτταρα, εκκριτικά, συγκεντρωμένα σε αδενωματώδεις σχηματισμούς με λίγο στρώμα. Ταξινομείται σε καλής διαφοροποίησης, μέτριας και χαμηλής. Διηθεί τους κάτω από τη βλάβη ιστούς και επεκτείνεται στη μήτρα, στον κόλπο και στα παραμήτρια. Αποτελεί περίπου το 5% των καρκίνων του τραχήλου. Το μεγαλύτερο πρόβλημα για τον παθολογοανατόμο είναι η διάκριση του πρωτοπαθούς τραχηλικού αδενοκαρκινώματος, από την επέκταση καρκινώματος του ενδομήτριου προς τον τράχηλο.

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Τα κλινικά ευρήματα είναι ανάλογα με το στάδιο που βρίσκεται η πάθηση. Τα στάδια σύμφωνα με τη Διεθνή Ομοσπονδία Μαιευτήρων - Γυναικολόγων F.I.G.O. (International Federation of Gynecology and Obstetrics) είναι τα παρακάτω:

ΣΤΑΔΙΑ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
0	Προδιηθητικός ή προκλινικός ή ενδοεπιθηλιακός καρκίνος (in situ)
Iα	Μικρή διήθηση του στρώματος (μικροκαρκίνωμα)
Iβ	Εντόπιση στον τράχηλο σε οποιαδήποτε έκταση
IIα	Διήθηση άνω τριτημορίου κόλπου

IIB	Διήθηση παραμητρίου, αλλά όχι μέχρι τα οστά της πυέλου
III	Διήθηση μέχρι το τοίχωμα τη πυέλου. Το κατώτερο τμήμα του κόλπου διηθημένο
IV	Κατάληψη ουροδόχου κύστεως και ορθού και επέκταση έξω από την πυέλο

Πιο πρόσφατη είναι η σταδιοποίηση του καρκίνου με το σύστημα T.N.M. Το σύστημα αυτό βαθμολογεί ξεχωριστά τον πρωτοπαθή όγκο (T = Tumor), τις λεμφαδενικές μεταστάσεις (N = Nodes) και τις απομακρυσμένες μεταστάσεις (M = Metastases).

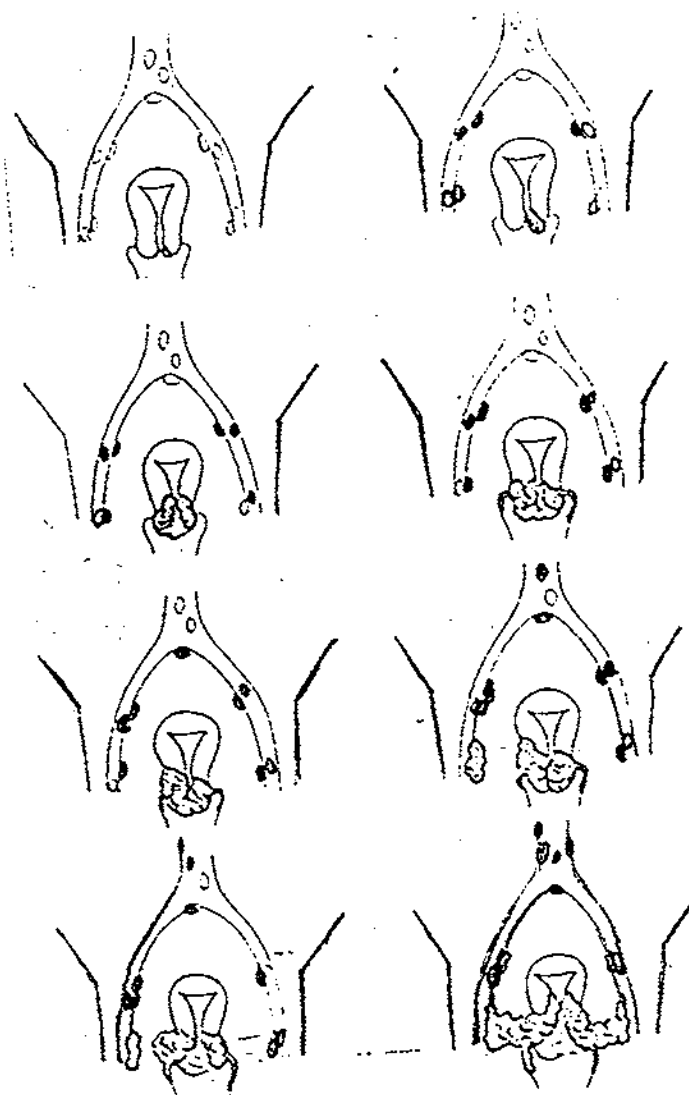
Έτσι ο όγκος ανάλογα με το μέγεθος του κατατάσσεται σε T₁, T₂, T₃, T₄. Η παρουσία μετάστασης στους λεμφαδένες συμβολίζεται με το N₀ όταν δεν υπάρχει και με το N₁, N₂ κλπ. όταν υπάρχει. Η παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων συμβολίζεται με το M₀ όταν δεν υπάρχουν και με το M₁, M₂, M₃ κλπ. όταν υπάρχουν. Το σύστημα αυτό προτείνεται από την U.I.C.C. (Union International Centre Cancer).

ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ - ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Η επέκταση του καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας κατα συνέχεια ιστού οδηγεί στην προσβολή του κόλπου, των ανώτερων τμημάτων της μήτρας, των παραμητρίων και τελικά των γύρω οργάνων (ουροδόχου κύστης-ορθού).

Λόγω της πυκνής διάταξης λέμφαγγείων στην περιοχή, μπορούν να προσβληθούν λεμφαδένες και σε περιπτώσεις μικρού σε μέγεθος καρκινώματος. Τα πυελικά λεμφογάγγλια που προσβάλλονται διακρίνονται σε πέντε ομάδες:

- α) παραορτικά,
- β) της κοινής λαγονίου



Επέκταση του καρκινώματος του τραχήλου της μήτρας. Ήδη, σε περιπτώσεις μικρών-σίγουρα περιορισμένων στον τράχηλο πρωτοπαθών όγκων - μπορούν να παρατηρηθούν μεταστάσεις στους λεμφαδένες. Οι λεμφογενείς μεταστάσεις επεκτείνονται με την αύξηση του πρωτοπαθούς όγκου. Τελικά υπερβαίνει ο όγκος του τραχήλου τα όρια του οργάνου αυτού κατ' επέκτασιν ιστού και μαζί με τις ομάδες των διηθημένων λεμφαδένων δημιουργεί καρκινική μάζα, η οποία επεκτείνεται μέχρι το πυελικό τοίχωμα (Kern)

- γ) του θυροειδούς νεύρου
- δ) της έσω λαγονίου
- ε) της έξω λαγονίου που υποδιαιρούνται σε τρεις αλυσίδες γαγγλίων, την έξω, τη μέση και την έσω

Μετα από μαζική διήθηση των παραμητρίων προσβάλλεται η ουροδόχος κύστη. Κατόπιν επέρχεται στένωση ή απόφραξη των ουρητήρων, με συνέπεια την υδρονέφρωση και την νεφρική ανεπάρκεια και κατάληξη του ουραιμικό κώμα, εξελίξεις οι οποίες συνεπαγονται και το τέλος της ασθενούς.

Αιματογενείς μεταστασεις μπορούν να συμβούν στους πνεύμονες, εγκέφαλο, οστά, επινεφρίδια, σπλήνα, πάγκρεας. Ωστόσο, είναι σπάνιες και παρατηρούνται στα τελικά στάδια της νόσου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Τα συμπτώματα εξαρτώνται από τη μορφή και τα στάδια εξέλιξης του καρκίνου. Στις δυσπλασίες, στον προδιηθητικό και στο μικροδιηθητικό καρκίνωμα δεν υπάρχουν συμπτώματα.

Στο διηθητικό καρκίνωμα στην αρχή, υπάρχει κολπική υπερέκριση, καφεοειδής χωρίς ιδιαίτερα δυσάρεστη οσμή και χωρίς κνησμό. Αν ο όγκος είναι μεγάλος ή νεκρωμένος υπάρχει δυσσομία λόγω δράσης μικροβίων.

Εμφανίζεται αιμορραγία μεταξύ των εμμήνων ρύσεων. Στην αρχή υπάρχει σταγονοειδής αιμόρροια μετά από συνουσία ή κολπική πλύση. Συνεχείς αιμορραγίες επιφέρουν αναιμία στην άρρωστη.

Σε προχωρημένες καταστάσεις εμφανίζεται πυελικός πόνος συχνά μονόπλευρος που αντανακλά στο σύστοιχο ισχίο ή μηρό. Ο πόνος οφείλεται σε απόφραξη λεμφαγγείων, φλεγμονώδη αντίδραση ιστών, στη διήθηση γαγγλίων και νευρικών πλεγμάτων της πυέλου. Σε προσβολή ισχυακού νεύρου επέρχεται ισχυαλγία, ενώ σε προσβολή θυροειδούς νεύρου επέρχεται άλγος στην έσω επιφάνεια του μηρού.

Εάν προσβληθεί η κύστη και το έντερο εμφανίζεται πόνος στην ούρηση και στην αφόδευση και ανάπτυξη κυστεοκολπικών και ορθοκολπικών συριγγίων. Πρώτη μορφή προσβολής της ουροδόχου κύστεως είναι το φουσαλιδώδες οίδημα, που γίνεται αντιληπτό στην κυστεοσκόπηση, ενώ αργότερα μπορεί να παρουσιασθεί και αιματουρία.

Η διήθηση των πυελικών λεμφογαγγλίων συνοδεύεται με πιεστικά φαινόμενα στο φλεβικό πλέγμα, με αποτέλεσμα οίδημα στα σκέλη και

συμπτώματα απόφραξης ουρητήρων που εμφανίζονται κλινικά ως υδρο- νέφρωση ή πυελονεφρίτιδα.

Ο θάνατος επέρχεται από ουραιμία, αιμορραγία, σπανιότερα από λοίμωξη ή γενικευμένη καρκινωματώδη καχεξία.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ψηλάφηση

Στα αρχικά στάδια της νόσου ο τράχηλος ψηλαφάται ιδιαίτερα σκληρός και ταυτόχρονα συχνά αιμορραγεί κατά την επαφή με τα δάκτυλα που τον εξετάζουν. Αργότερα εξελκώνεται ο τράχηλος και γίνεται εύθρυπτος ούτως ώστε πιέζοντας με τη μύλη διαπιστώνεται ότι αυτή βυθίζεται εύκολα μέσα στους ιστούς (δοκιμασία της μύλης). Σε προχωρημένες καταστάσεις, όταν πλέον και οι κολπικοί θόλοι έχουν εξελκωθεί, τα δάκτυλα που εξετάζουν μπορούν να αποσπάσουν τμήματα καρκινικών μαζών, μεκίνδυνο να προκληθεί μεγάλη και ακατάσχετη αιμορραγία.

Επισκόπηση

Αν πρόκειται για δυσπλασία του τραχήλου δεν θα βρούμε τίποτα γιατί η βλάβη δεν γίνεται φανερή. Αν πρόκειται για καρκίνωμα *in situ*, ο τράχηλος είτε θα φαίνεται φυσιολογικός, είτε θα εμφανίζει ερυθρότητα, είτε ελαφρά διάβρωση, είτε λευκοπλακική εστία.

Σε προχωρημένα στάδια η βλάβη κάνει την εμφάνισή της με τη μορφή της ανώμαλης εξέλκωσης που μοιάζει με κρατήρα ή μάζας που

μοιάζει με ανθοκράμβη (κουνουπίδι) αν πρόκειται για εξωφυτική μορφή. Αν όμως πρόκειται για ενδοφυτική, ο τράχηλος εμφανίζεται παχύς και μοιάζει με βαρέλι.

Κολποσκόπηση

Συνίσταται στην παρατήρηση, μέσω ειδικού οργάνου με μεγενθυτικούς φακούς, της επιφάνειας του τραχήλου σε 10πλάσια μεγέθυνση, υπό κατάλληλο φωτισμό. Η κολποσκόπηση επιτρέπει την ακριβή διάκριση μεταξύ των διαφόρων αλλοιώσεων του τραχήλου.

ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ (Διεθνής Κολποσκοπική Ορολογία, 1978)

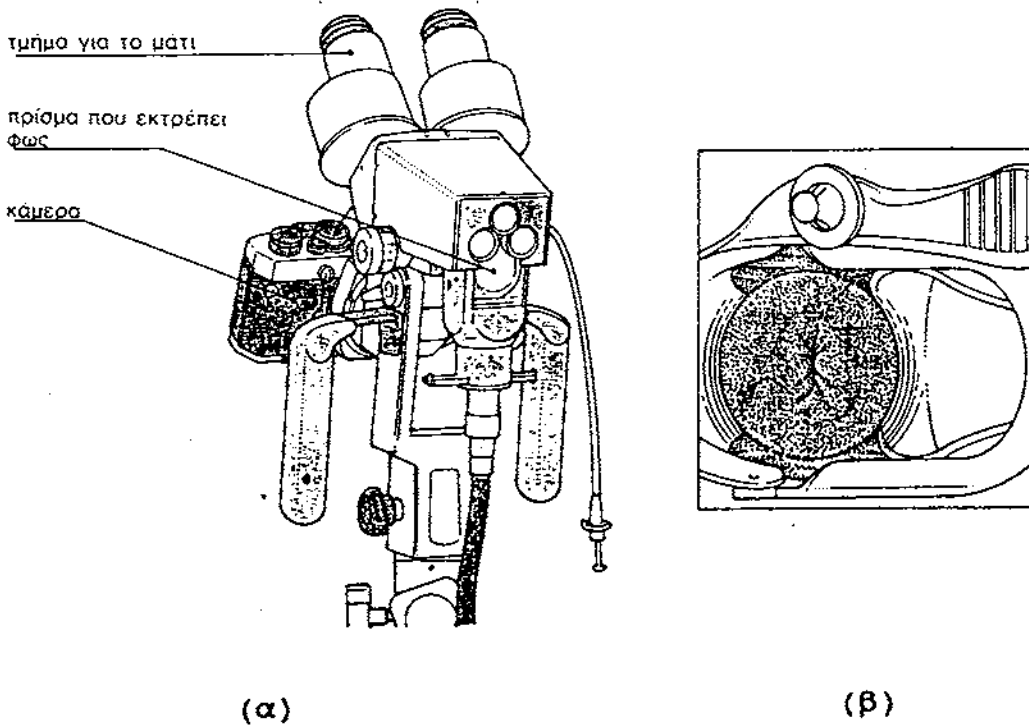
A. Φυσιολογικά

Τυπικό πλακώδες επιθήλιο
Κυλινδρικό επιθήλιο
Ζώνη μετατροπής

B. Μη φυσιολογικά

Άτυπη ζώνη μετατροπής
Εικόνα μωσαϊκού
Στικτή εικόνα
Λευκοπλακία
"Λευκό επιθήλιο" μετά επίδραση οξεικού οξέος
Άτυπη πορεία αγγείων
Υποψία διηθητικού καρκινώματος

Εκτός από αυτά τα ευρήματα, αναφέρονται και άλλα όπως φλεγμονή, διάβρωση, πολύποδες κλπ.



(α) Οι κάμερες μπορεί να τοποθετηθούν στο κολποσκόπιο για να καταγράψουν κάθε αλλαγή ιστού.

(β) Κατά τη διάρκεια της κολποσκοπικής εξέτασης ένα κάτοπτρο χρησιμοποιείται για να κρατήσει τα κολπικά τοιχώματα σε απόσταση και να δώσει μια καθαρή άποψη του τραχήλου

Κολπομικροσκόπηση

Με τη βοήθεια ενός ειδικού μικροσκοπίου, τμήμα του οποίου εισάγεται στον κόλπο, μπορεί να εξετασθεί ύστερα από χρώση η επιφάνεια του τραχήλου σε μεγέθυνση από 80 έως 400 φορές. Με αυτή την μέθοδο γίνονται ορατές οι κυτταρικές αλλοιώσεις των διαφόρου βαθμού δυσπλασιών, του πρώιμου σταδίου διηθητικής εξεργασίας.

Δοκιμασία Schiller

Πρόκειται για επάλειψη του τραχήλου με διάλυμα Lugol (1% ιώδιο και 2% ιωδιούχο κάλιο). Η επιφάνεια του φυσιολογικού τραχήλου εμφανίζεται καφεκίτρινη γιατί το φυσιολογικό τραχηλικό επιθήλιο περιέχει γλυκογόνο, ενώ περιοχές με παθολογικές βλάβες στο επιθήλιο του τραχήλου, που δεν περιέχουν γλυκογόνο, παραμένουν αχρωμάτιστες. Τέτοιες περιοχές είναι τα νεοπλάσματα, διαβρώσεις, κυστικά διογκωμένοι αδένες και περιοχές λευκοπλακίας.

Κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου

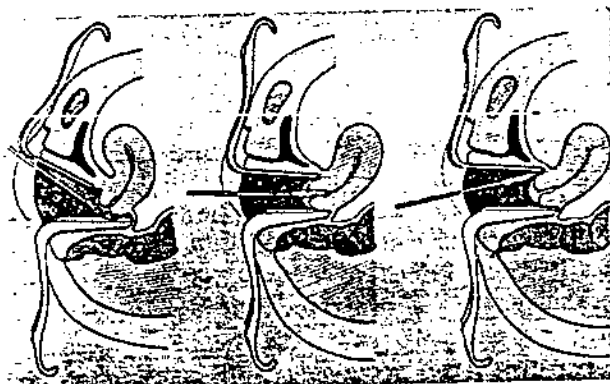
Το 1943 ο Γ. Παπανικολάου περιέγραψε μια μέθοδο εξέτασης των αποφολιδωμένων κυττάρων του επιθηλίου του τραχήλου, με σκοπό την έγκαιρη αναγνώριση προκαρκινωματώδων αλλοιώσεων στον τράχηλο.

Για τη συλλογή του κυτταρικού υλικού γίνεται χρήση βαμβακοφόρων σπειλεών ή ειδικής ψύκτρας, της ειδικής σπάτουλας του Ayer, της σπάτουλας του Milex ή και της σπάτουλας του Szalay που επιτρέπουν λόγω του ειδικού ρύγχους τους, την ταυτόχρονη λήψη κυτταρικού υλικού τόσο από τον ενδο-όσο και από τον εξωτράχηλο.

Το πρώτο επίχρισμα λαμβάνεται από όλη την επιφάνεια του εξωτραχήλου, με κυκλικές κινήσεις. Το δεύτερο επίχρισμα λαμβάνεται επίσης με κυκλικές κινήσεις από τον ενδοτράχηλο. Πολλές φορές λαμβάνεται και τρίτο επίχρισμα από τον οπίσθιο κολπικό θόλο.

Η ταξινόμηση των αποτελεσμάτων κατατάσσει τα ευρήματα σε πέντε ομάδες, οι οποίες παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα.

ΔΙΕΥΡΥΣΜΕΝΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑ Γ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ		
ΚΛΑΣΕΙΣ	ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΜΕΤΡΑ
I	Φυσιολογική κυτταρολογική εικόνα	Επανάληψη της εξέτασης σε 1 χρόν
II	Φλεγμονώδεις, μεταπλαστικές ή εκφυλιστικές αλλοιώσεις υπέρ και παρακερατωτικά κύτταρα	Επανάληψη της εξέτασης σε 3 - 6 μήνες
I	Εντονες φλεγμονώδεις ή εκφυλιστικές αλλοιώσεις και/ή κακοδιατηρημένο κυτταρικό υλικό	Άμεση επανάληψη της εξέτασης
IIID	Κύτταρα με ελαφράς ή μέσης βαρύτητας δυσπλασίες	Άμεση επανάληψη της εξέτασης - Βιοψία
IVα	Κύτταρα με βαρείες δυσπλασίες ή κύτταρα καρκινώματος in situ	Βιοψία
IVβ	Κύτταρα με βαρείες δυσπλασίες ή κύτταρα καρκινώματος in situ χωρίς να μπορεί να αποκλεισθεί διηθητικό καρκίνωμα	
V	Κύτταρα διηθητικού καρκινώματος του τραχήλου ή άλλου κακοήθους όγκου	Βιοψία

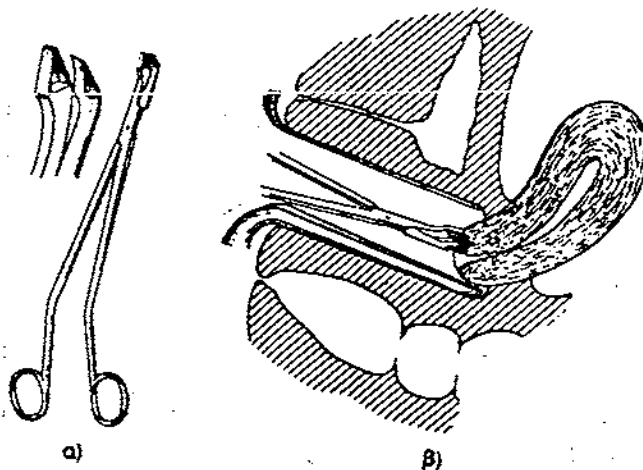


Λήψη κυτταρικών επιχρισμάτων: (1) από την επιφάνεια του τραχήλου, (2) από τον ενδοτράχηλο, και (3) από τους κολπικούς θόλους και το κλάγιο κολπικό τοίχωμα (Kern)

Το test-Pap πρέπει να γίνεται τουλάχιστον κάθε χρόνο σε όλες τις γυναίκες ανεξαρτήτως ηλικίας. Η σωστή λήψη του επιχρίσματος είναι προϋπόθεση για το σωστό αποτέλεσμα. Πρέπει να γίνεται όταν τουλάχιστον την προηγούμενη μέρα δεν έχουν προηγηθεί επεμβάσεις στον κόλπο, τον τράχηλο, ή το κοίλο της μήτρας, δεν έχει γίνει χρήση ενδοκολπικών φαρμακευτικών παρασκευασμάτων, δεν υπάρχει αιμορραγία από τη μήτρα και συνήθως πρέπει να προηγείται της ψηλαφητικής αμφίχειρης εξέτασης των γεννητικών οργάνων.

Βιοψία - Ιστολογική εξέταση

Βιοψία πρέπει να γίνεται σε κάθε θετική περιοχή κατά Schiller, καθώς και σε κάθε εξέλκωση, κοκκίωση, θηλώδη ή οζώδη αλλοίωση, για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση του διηθητικού καρκίνου συνήθως. Βιοψία από τα 4 τεταρτημόρια του τραχήλου ή κωνοειδής εκτομή πρέπει να γίνεται, όταν έχουμε επαναλαμβανόμενα αποτελέσματα για κακοήθεια.



(α) Ειδική λαβίδα βιοψίας, (β) Λήψη τεμαχιδίου για ιστολογική εξέταση

Η βιοψία μικρών και πολλές φορές πολλαπλών τμημάτων από τον τράχηλο πρέπει να τελείται πάντα υπό κολποσκοπικό έλεγχο και μάλιστα αφού έχουν προηγηθεί οι δοκιμασίες οξεικού οξέος και Schiller.

Η μέχρι πρό τινος, ιδιαίτερα συχνά, εφαρμοζόμενη μέθοδος της κωνοειδούς εκτομής του τραχήλου, ως πληρέστερης, και ασφαλέστερης μεθόδου ιστοληψίας στον τράχηλο τείνει τα τελευταία χρόνια να εφαρμόζεται όλο και λιγότερο, θεωρούμενη ως σχετικά μεγάλη χειρουργική επέμβαση με άμεσες και απώτερες πιθανές επιπτώσεις.

Ανίχνευση αντιγόνων

Το καρκινωεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) βρέθηκε ότι αυξάνεται στον ορό ασθενών με καρκίνωμα του τραχήλου αλλά δεν παρατηρήθηκε άμεση συσχέτιση με το στάδιο της νόσου. Τα επίπεδα του αντιγόνου γίνονται φυσιολογικά μετά από θεραπευτική ακτινοβολία, ενώ επανεμφάνισή του σημαίνει υποτροπή.

Άλλοι ερευνητές απομόνωσαν ένα νεοπλασματικό αντιγόνο (TA₄) του καρκίνου από τα πλακώδη επιθήλια. Μετρήσεις έδειξαν ότι ο προσδιορισμός του TA₄ στην κυκλοφορία μπορεί να αποκαλύψει την ύπαρξη καρκινώματος από πλακώδη επιθήλια. Παρουσιάζεται ψευδώς θετικό σε λιγότερο από 1% των περιπτώσεων. Διαπιστώθηκε επίσης, ότι υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στις μεταβολές της ποσότητας του αντιγόνου και της πορείας της νόσου.

Λεμφαγγειο-λεμφαδενογραφία

Είναι διαγνωστική μέθοδος με την οποία ελέγχουμε ακτινολογικά τα λεμφαγγεία και τους λεμφαδένες της πύελου, εισάγοντας ιωδιούχες σκιαγραφικές ουσίες από τα λεμφαγγεία της ράχης των άκρων ποδών. Με αυτή την εξέταση αποκαλύπτουμε τυχόν μεταστασεις στους λεμφαδένες.

Ηλεκτρονική Υπολογιστική Τομογραφία

Με αυτή τη μέθοδο λαμβάνονται πολλές εγκάρσιες και διαφόρου πάχους τομές του εξεταζόμενου τμήματος, οι εικόνες των οποίων επεξεργάζονται από ηλεκτρονικό υπολογιστή. Με την αξονική τομογραφία επιτυγχάνεται ο έλεγχος έκτασης της κακοήθους νεοπλασίας του εσωτερικού γεννητικού συστήματος καθώς επίσης και σταδιοποίηση της νεοπλασίας για τον καθορισμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Αυτή θα γίνει από την οξεία και τη χρόνια τραχηλίτιδα, το τραχηλικό εκτρόπιο, την τραχηλική φυματίωση, τα κονδυλώματα, το συφιλιδικό έλκος, την αδένωση, την αδενομύωση και το νεκρωμένο έμμισχο υποβλεννογόνο ινομύωμα που προβάλλει στο εξωτερικό τραχηλικό στόμιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI.

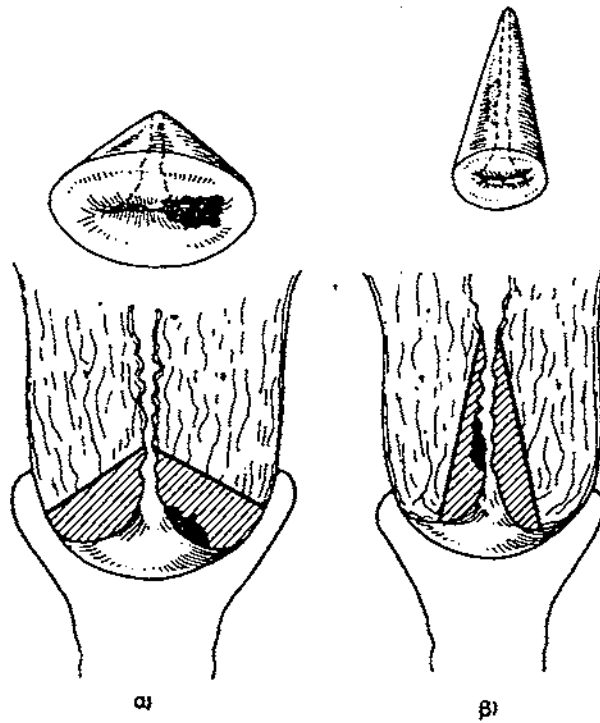
ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου εξαρτάται από το στάδιο εξελίξεως της νόσου και μπορεί να είναι εγχειρητική, δι' ακτινοβολίας ή και συνδυασμός των δύο αυτών μεθόδων. Εκτός από το στάδιο της νόσου πρέπει να ληφθεί υπόψη και η ηλικία της ασθενούς, η δυνατότητα να υποστεί αυτή εγχείρηση, καθώς και άλλοι παράγοντες, οι οποίοι είναι δυνατόν να προκύψουν στις διάφορες μεμονωμένες περιπτώσεις.

Σε βαρεία δυσπλασία ή καρκίνωμα in situ

Η θεραπεία εκλογής στις περιπτώσεις προκαρκινωματώδων δυσπλαστικών αλλοιώσεων και καρκινώματος in situ είναι η κωνοειδής εκτομή. Αυτή γίνεται σε συνδυασμό με απόξεση του ενδομητρίου. Το καρκίνωμα in situ θεραπεύεται με την πλήρη εξαίρεση όλου του προσβεβλημένου επιθηλίου μαζί με ευρεία όρια υγιούς ιστού. Σε νέες γυναίκες ο κώνος έχει ευρεία βάση και μικρό σχετικά ύψος, ενώ το αντίθετο συμβαίνει σε ηλικιωμένες γυναίκες. Συνήθως, αυτή η μέθοδος εφαρμόζεται σε γυναίκες που θέλουν να διατηρήσουν την αναπαραγωγική τους λειτουργία. Όμως σε γυναίκες άνω των 35 με ολοκληρωμένα οικογένεια ή νεότερες με κατ' εξακολούθηση ύποπτα κυτταρολογικά επιχρίσματα, μετά την κωνοειδή εκτομή, επιβάλλεται ολική

υστερεκτομή.



Η κωνοειδής εκτομή εξαρτάται από τη θέση της ζώνης μετάπτωσης του πλακώδους επιθηλίου σε κυλινδρικό. (α) Σε νέα γυναίκα συνήθως η βάση είναι ευρύτερη και το βάθος μικρότερο. (β) Σε πιο ηλικιωμένη γυναίκα το εύρος είναι μικρότερο και το βάθος μεγαλύτερο.

Μπορεί να εφαρμοσθεί κρυοχειρουργική και ακτίνες laser για τη θεραπεία καρκινώματος in situ που είναι στον εξωτράχηλο όταν δεν υπάρχει διήθηση της βασικής μεμβράνης. Μετά την κωνοειδή εκτομή πρέπει να εκτελείται Pap-test κάθε 3-4 μήνες τουλάχιστον για τα επόμενα δύο χρόνια.

Στο στάδιο Ια

Εδώ έχουν προσβληθεί οι λεμφαδένες όχι πάνω από 2%. Εφαρμόζε-

ται απλή ολική υστερεκτομή για να αποφευχθεί η μετεγχειρητική θνησιμότητα και νοσηρότητα που συνοδεύουν τη ριζική θεραπεία ή τις μετεγχειρητικές επιπλοκές της ακτινοβολίας.

Στο στάδιο Ιβ

α) Χειρουργική θεραπεία:

Εδώ έχουν προσβληθεί πυελικά λεμφογάγγλια σε ποσοστό 15-20%. Η θεραπεία συνίσταται σε ριζική υστερεκτομή με λεμφαδενικό καθαρισμό. Εξαιρείται η μήτρα, οι σάλπιγγες, οι ωθήκες μαζί με τον περισσότερο παραμητρικό ιστό και το άνω τριτημόριο του κόλπου. Σε νέες γυναίκες μπορούν να παραμείνουν οι ωθήκες για τη συνέχιση της ορμονικής λειτουργίας.

β) Ακτινοθεραπεία:

Εάν οι επιχώριοι λεμφαδένες είναι διηθημένοι τότε ακολουθεί εξωτερική ακτινοβολία με CO^{50} , βήτατρον κλπ. Μπορεί η ακτινοθεραπεία να γίνει προεγχειρητικώς με τοποθέτηση ραδίου στον τράχηλο.

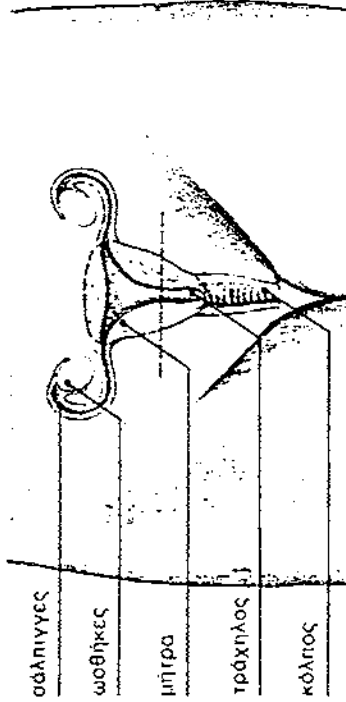
Στα στάδια ΙΙα και ΙΙβ

α) Χειρουργική θεραπεία:

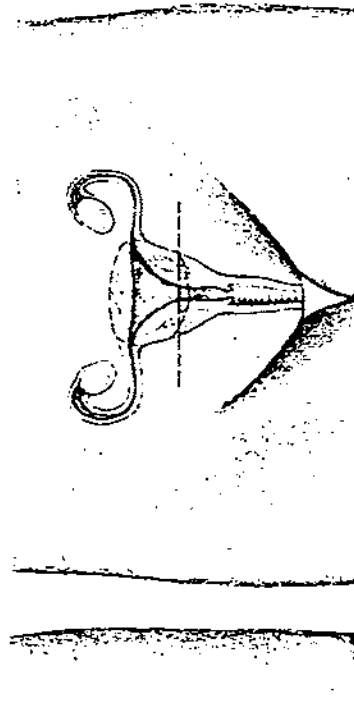
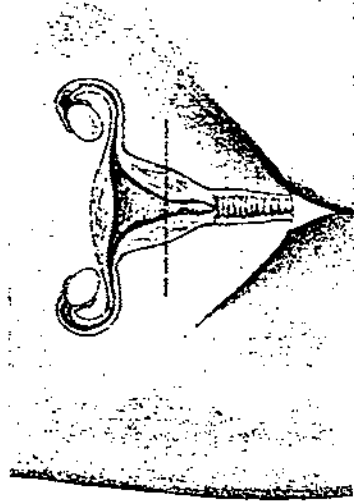
Σε αυτή την περίπτωση εκτελείται ριζική κοιλιακή υστερεκτομή και λεμφαδενικός καθαρισμός. Εξαιρούνται η μήτρα, τα εξαρτήματα, οι πλατείς σύνδεσμοι, οι λεμφαδένες, τα λεμφαγγεία, το λίπος των παραμητρίων και τουλάχιστον το 1/3 του κόλπου. Παλαιότερα λεγόταν εγχείρηση Wertheim. Την εξαίρεση όλων των ανωτέρω από τον κόλπο περιλαμβάνει η εγχείρηση Schauta.

Η θνησιμότητα της έχει ελαττωθεί κάτω από 1%. Σε αυτό συνετέ-

Η ολική κοιλιακή υστερεκτομή περιλαμβάνει αφαίρεση της μήτρας και του τραχήλου με οριζόντια τομή χαμηλά στην κοιλιά. Οι σάλπιγγες κι οι ωθήκες παραμένουν στη θέση τους, έτσι η ορμονική θεραπεία δεν είναι αναγκαία.



Μπορούν να γίνουν επεμβάσεις λιγότερο ή περισσότερο εκτεταμένες. Στην υφολική υστερεκτομή (όκηρ δεξιά) αφαιρείται μόνο η μήτρα. Στην ολική κοιλιακή υστερεκτομή και στην αμφοτερόπλευρη σάλπιγγεκτομή (δεξιά) η μήτρα, ο τράχηλος, οι σάλπιγγες κι οι ωθήκες αφαιρούνται όλα.



λεσαν οι βελτιώσεις στη χειρουργική τεχνική, που προφυλάσσουν την αιμάτωση των ουρητήρων και της ουροδόχου κύστης και η τοποθέτηση μονίμου καθετήρα στην κύστη.

Άλλες επιπλοκές είναι μετεγχειρητικές λοιμώξεις, φλεγμονές του ουροποιητικού, σχηματισμός λεμφοκύστεων στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, αιμορραγία και εντερική απόφραξη.

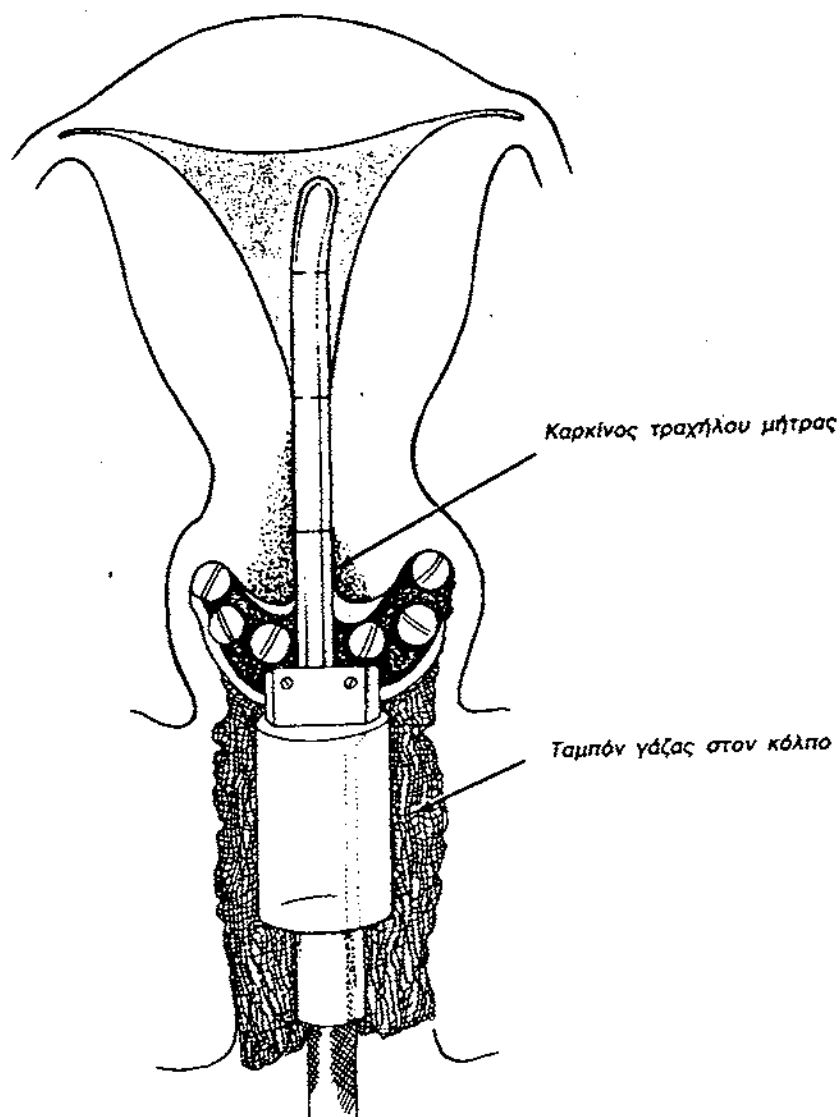
β) Ακτινοθεραπεία:

Η ακτινοθεραπεία στο διηθητικό καρκίνωμα καταστρέφει όχι μόνον τα νεοπλασματικά κύτταρα στον τράχηλο, αλλά και αυτά που βρίσκονται στους παραμήτριους ιστούς και τους πνευλικούς λεμφαδένες. Η δόση ακτινοβολίας είναι περίπου 8.000 rads, που χορηγούνται σε μια περίοδο 4-5 εβδομάδων. Ο τράχηλος και ο κόλπος μπορούν να δεχθούν δόση 24.000 rads αλλά η κύστη και οι ουρητήρες μπορεί να καταστραφούν με δόσεις υψηλότερες από 10.000 rads και το έντερο και τα μεγάλα αγγεία με 7.000 - 9.000 rads.

Εφαρμόζεται συνδυασμός δύο μεθόδων: α) της ενδοκοιλοτικής ακτινοβολίας με ραβδία ραδίου για καταστροφή του καρκίνου στον τράχηλο, και β) της εξωτερικής ακτινοβολίας (CO^{60} , βήτατρον) για καταστροφή του καρκίνου που έχει προχωρήσει πέραν από την πρωτοπαθή εστία.

Η τοποθέτηση του ραδίου γίνεται με ειδικούς κολποστατες, ελέγχεται με ακτινογραφίες η σωστή τοποθέτησή τους και η ασθενής επιστρέφει με τον κολποστάτη στο δωμάτιό της. Τελευταία χρησιμοποιείται αντί του ραδίου, το ασφαλέστερο Cs_{137} (Cesium) και το πιο αποτελεσματικό Cf_{125} (Californium).

Η ακτινοθεραπεία έχει άμεσες και απώτερες επιπλοκές. Οι άμεσες είναι: Σε 2-3 εβδομάδες εμφανίζεται στείρωση με σημεία εμμηνόπαυσης καθώς και η διάρροια που είναι κύριο σύμπτωμα της μετα-



Ράβδος με ραδιενεργό ισότοπο

κτινικής κολίτιδας όπως και συχνουρία που οφείλεται στην υπεραιμία της ουροδόχου κύστεως. Οι δε απώτερες είναι: στένωση του κόλπου, και η παρεμπόδιση της συνουσίας, αιμορραγίες από το ορθό και απόφραξη του εντέρου, μετακτινική κυστίτιδα καθώς και ανάπτυξη συριγγίων. Αυτές εμφανίζονται από ένα μήνα μέχρι 5 χρόνια.

γ) Μικτή θεραπεία

Μερικοί χρησιμοποιούν προεγχειρητική ακτινοβολία για ελάττωση του όγκου και παρεμπόδιση της διασποράς των καρκινικών κυττάρων με τοποθέτηση ραδίου. Επίσης μετεγχειρητική ακτινοβολία γίνεται ύστερα από ριζική χειρουργική θεραπεία, όταν στους λεμφαδένες βρεθούν μεταστάσεις.

Η χειρουργική θεραπεία παρουσιάζει ορισμένα πλεονεκτήματα έναντι στην ακτινοθεραπεία. Συγκεκριμένα δεν επηρεάζεται η λειτουργία του κόλπου και διατηρείται η ορμονοεκκριτική δραστηριότητα των ωοθηκών στις νέες γυναίκες. Επίσης αποφεύγονται οι απώτερες μετακτινικές επιπλοκές.

Στο στάδιο III

Η ακτινοθεραπεία είναι η μοναδική θεραπεία.

Στο στάδιο IV

Η ακτινοθεραπεία όπως και οι ριζικές εγχειρήσεις πυελικής εξεντέρωσης - εγχείρηση Dignschwid- όπου εκτός από την υστερεκτομή και τον λεμφαδενικό καθαρισμό εξαιρούνται και η ουροδόχος κύστη και το ορθό και ο κόλπος με δημιουργία νέας κύστης από έλικα λεπτού εντέρου και κολοστομίας δεν είναι αποτελεσματικές, αφού η νόσος έχει ξεπεράσει πια τα όρια της πυέλου.

Οι εγχειρήσεις αυτές από τεχνικής πλευράς διακρίνονται σε πρόθσια και οπίσθια εξεντέρωση. Η μετεγχειρητική θνησιμότητα αυτών των επεμβάσεων έχει ελαττωθεί θεαματικά από 25% που ήταν παλαιότερα, σε 2,5%.

Χημειοθεραπευτική αντιμετώπιση

Αυτή εφαρμόζεται σε προχωρημένους καρκίνους και σε καρκίνους που υποτροπίασαν μετά από ακτινοβολία ή χειρουργική θεραπεία. Ο συνδυασμός από bleomycin και mitomycin έδωσε κάποια υπόσχεση, ενώ μια ανταπόκριση σε 40-50% των περιπτώσεων έδωσε το cisplatinum. Επίσης, ο συνδυασμός doxorubicin με methotrexate έδωσε παρόμοια αποτελέσματα.

Η εφαρμογή της χημειοθεραπείας έχει κάποιες αρχές οι οποίες είναι οι εξής:

- α) Η θεραπεία δεν πρέπει να εφαρμόζεται, όταν τα λευκά αιμοσφαίρια είναι κάτω από 3.000, τα ουδετερόφyla κάτω από 1200 και τα αιμοπετάλια κάτω από 100-120.000 Κ.Κ.Χ.
- β) Σε ελαφρά τοξικότητα του φαρμάκου η δόση στον επόμενο θεραπευτικό κύκλο πρέπει να ελαττώνεται κατά 25% και σε σοβαρή τοξικότητα κατά 50%.
- γ) Μεγάλη τοξικότητα του φαρμάκου εμφανίζεται σε 1-3 εβδομάδες μετά τη θεραπεία. Πρώιμη εμφάνισή της θεωρείται σοβαρή και η χορήγηση του φαρμάκου πρέπει να διακόπτεται.
- δ) Οι ασθενείς πρέπει να διδαχθούν να ειδοποιούν το γιατρό τους σε κάθε περίπτωση εμφάνισης ανεπιθύμητης ενέργειας.
- ε) Ανάπτυξη του όγκου ή συλλογή υγρού σημαίνει ανεπαρκεία του φαρμάκου και πρέπει να αλλαχθεί με άλλο.
- στ) Να μην υπάρχει λοίμωξη σε ενέργεια και ούτε να συνυπάρχει άλλη πάθηση
- ζ) Να αποκλεισθεί η ύπαρξη εγκυμοσύνης

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΠΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΕΤΑΙ

Η παρακολούθηση της άρρωστης που θεραπεύεται από καρκίνο τραχήλου πρέπει τα δύο πρώτα χρόνια να είναι συνεχής. Αργότερα τα χρονικά διαστήματα αρραιώνουν και μετά από πενταετία γίνονται ακόμη περισσότερο αραιά.

Η παρακολούθησή της περιλαμβάνει τις γενικές εξετάσεις, τον έλεγχο του βάρους, την ψηλάφηση των λεμφαδένων της κοιλιάς, την ψηλάφηση του συκωτιού και των νεφρών και την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση. Επίσης περιλαμβάνει τον κυτταρολογικό έλεγχο των κολπικών επιχρισμάτων κάθε 6 μήνες για 2 χρόνια, την πνευλογρφία και την ακτινογραφία του θώρακα και τα ειδικά καρκινικά αντιγόνα του ορού του αίματος.

ΥΠΟΤΡΟΠΗ

Θεωρείται η επανεμφάνιση της νόσου σε χρονικό διάστημα μετά από 6 μήνες μέχρι 5 χρόνια από τη θεραπεία της. Μετά από 5 χρόνια η άρρωστη θεωρείται απαλλαγμένη από την πάθηση. Συνήθως υποτροπή παρουσιάζεται τον πρώτο ή το δεύτερο χρόνο από τη θεραπεία.

Συμπτώματα και σημεία υποτροπής είναι η θετική κυτταρολογική εξέταση, ψηλαφητός όγκος στην πύελο ή την κοιλιά, εξέλκωση στον τράχηλο ή τον κόλπο, ο πόνος στην πύελο, την οσφύ και το υπογάστρο, το μονόπλευρο χαμηλό οίδημα των άκρων, η αιμορραγία από τον κόλπο ή η δύσοσμη απέκκριση, η υπερκλείδια λεμφαδενοπάθεια και ο ασκίτης.

Υποτροπή μετά από 5 χρόνια θεωρείται αργοπορημένη υποτροπή, ενώ αν εμφανισθεί πριν τους 6 πρώτους μήνες, σημαίνει ατελή θε-

ραπεία.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση δεν εξαρτάται τόσο από το βαθμό διαφοροποίησης, από τη μορφή του νεοπλασματος και από την ηλικία της άρρωστης, όσο από το στάδιο στο οποίο βρισκόταν ο καρκίνος όταν άρχισε η θεραπεία του.

Ύστερα από σωστή θεραπεία χειρουργική, ακτινική, ή συνδυασμένη σε οργανωμένα θεραπευτικά κέντρα η πενταετής επιβίωση των καρκινοπαθών του τραχήλου της μήτρας είναι :

- στο in situ καρκίνωμα είναι 100%
- στο Ια στάδιο είναι 95%
- στο Ιβ στάδιο είναι 75-85%
- στο ΙΙ στάδιο είναι 55-70%
- στο ΙΙΙ στάδιο είναι 30%
- στο ΙV στάδιο είναι 0,8%

Ο θάνατος επέρχεται τις περισσότερες φορές από ουραιμία, ύστερα από έμφραξη των ουρητήρων ή αιμορραγία ή φλεγμονή ή πνευμονική εμβολή ή έμφραξη του εντέρου ή κυκλοφορική ανεπάρκεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ ΚΟΛΟΒΩΜΑΤΟΣ

Αν ο καρκίνος του τραχηλικού κολοβώματος εμφανισθεί λίγα χρόνια μετά την υφολική υστερεκτομή, η χειρουργική αντιμετώπιση του είναι δύσκολη λόγω ένωσης της περιοχής και συμφύσεων του κολοβώματος με την κύστη και το ορθό. Με την καθιέρωση της ολικής εξαίρεσης της μήτρας αντί της υφολικής υστερεκτομής που γινόταν παλαιότερα, η πιθανότητα για ανάπτυξη καρκίνου στο κολόβωμα του τραχήλου ελαττώνεται.

Η συχνότητα εμφάνισής του είναι υψηλή και κυμαίνεται από 4-8%. Τα στάδια του είναι ίδια με εκείνα του καρκίνου του τραχήλου. Η ραδιοθεραπεία είναι αρκετά δύσκολη σε αυτή την περίπτωση και συχνά η θεραπεία περιορίζεται σε εξωτερική μόνο ακτινοβολήση ή όταν αυτό είναι δυνατόν, σε ριζική εγχείρηση. Η πρόγνωσή του είναι ίδια όπως και στον καρκίνο του τραχήλου. Πρέπει να καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια να εξαιρεθεί ο τράχηλος στις υστερεκτομές.

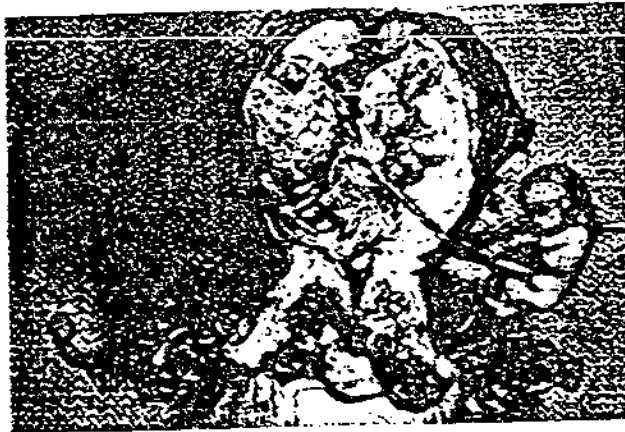
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Το 1% περίπου των περιπτώσεων του καρκίνου του τραχήλου συμβαίνει στην εγκυμοσύνη. Μέση ηλικία εμφάνισης της συνύπαρξής του είναι τα 32-34 χρόνια της γυναίκας, ενώ στον υπόλοιπο πληθυσμό (δηλαδή στις μη εγκυμονούσες γυναίκες) η μέση ηλικία ανέρχεται στα 40-45 χρόνια. Συχνότερα εμφανίζεται σε γυναίκες που γέννησαν περισσότερα από τέσσερα παιδιά.

Παλαιότερα ο καρκίνος του τραχήλου συνδυαζόταν με εγκυμοσύνη σε συχνότητα 1:6000. Στις ημέρες μας όμως με τη βοήθεια του κυτταρολογικού ελέγχου η συχνότητα αυτή κατέβηκε στο 1:2000 ως 1:3000.

Ο ιστολογικός τύπος του καρκίνου του τραχήλου που συνοδεύει την εγκυμοσύνη, σε συχνότητα 96% είναι επιθηλιακός, σε συχνότητα 3,5% αδενοκαρκίνωμα και σε συχνότητα 0,5% αφορά άλλους τύπους.



Διηθητικό καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας σε κύηση (Breen & Jaffurs)

Στην περίπτωση που πρόκειται με βιαιότητα για καρκίνωμα *in situ*, η κύηση αφήνεται να φθάσει στο τέρμα χωρίς να υπάρχει αντένδειξη για κολπικό τοκετό. Μετά τη λοχεία αντιμετωπίζεται η βλάβη, όπως και στις υπόλοιπες περιπτώσεις. Άλλωστε, η κύηση φαίνεται να ασκεί ένα προστατευτικό ρόλο, όσον αφορά την εξάπλωση του καρκινώματος *in situ*.

Το διηθητικό καρκίνωμα εκδηλώνεται με κύριο σύμπτωμα την αιμορραγία, αλλά η διάγνωση συνήθως διαφεύγει, με τη σκέψη ότι πρόκειται για αιμορραγία από την κύηση, και εκλαμβάνεται ως απειλούμενη έκτρωση. Γι' αυτό ο έλεγχος του τραχήλου σε όλες τις επισκέψεις της εγκύου κρίνεται απαραίτητος.

Εκτός από τον κυτταρολογικό έλεγχο, για τη διάγνωσή του εκτελούμε ιστοληψία του τραχήλου, ύστερα από δοκιμασία Schiller, και ακολουθεί ακτινοβολία με κοβάλτιο αναμένοντας να ακολουθήσει η αυτόματη έκτρωση. Αυτό γίνεται στο πρώτο τρίμηνο. Στο δεύτερο τρίμηνο η πάθηση διαγιγνώσκεται μόνο με ιστολογικό έλεγχο και όχι με κυτταρολογικό γιατί οι ορμονικές επιδράσεις της εγκυμοσύνης αλλάζουν τα κύτταρα του επιχρίσματος αρκετά. Σε αυτό το στάδιο γίνεται αρχικά μικρή καισαρική τομή για διακοπή της κύησης και ακολουθεί ακτινοβολία. Τέλος, στο τρίτο τρίμηνο πρέπει να αποφασισθεί αν θα διακοπεί η κύηση ή θα αφεθεί το έμβρυο να γίνει βιώσιμο και μετά να εκτελεστεί καισαρική. Μετά μερικές μέρες μπορεί να ακολουθήσει ακτινοθεραπεία. Ριζική χειρουργική θεραπεία μπορεί να γίνει σε όλα τα τρίμηνα της εγκυμοσύνης για τα στάδια I και IIa.

Πιστεύεται πως η εγκυμοσύνη επιδεινώνει τον καρκίνο του τραχήλου, λόγω της υπεραιμίας και της αύξησης των οιστρογόνων ορμονών. Την άποψη δικαιολογεί η γρήγορη εξέλιξή του μετά την περίοδο της λοχείας. Από άλλους πιστεύεται πως δεν είναι η εγκυμοσύνη, που επιδεινώνει τον καρκίνο, αλλά το νεαρό της ηλικίας της άρ-

ρωστης εγκύου. Και από τρίτους πιστεύεται πως η εγκυμοσύνη ευνοεί την εξέλιξη του καρκίνου στο πρώτο τρίμηνο, ενώ στα δύο επόμενα όχι.

Αν συμβεί αυτόματη έκτρωση και ακολουθήσει απόξεση της μήτρας ή ακόμα και σε φυσιολογικό τοκετό, η κατάσταση της άρρωστης επιδεινώνεται, γιατί ευνοείται η επέκταση της πάθησης. Στην απόξεση είναι δυνατόν να συμβεί αιμορραγία από ρήξη του τραχήλου με επέκταση στον ισθμό και στο σώμα της μήτρας. Ποτέ δεν επιτρέπεται φυσιολογικός τοκετός σε έγκυο, με καρκίνο τραχήλου.

Όσον αφορά τη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου στην εγκυμοσύνη, αυτή θα εξαρτηθεί από τη μορφή του καρκίνου, την ηλικία της γυναίκας και της εγκυμοσύνης, από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις της, και από την επιθυμία της να αποκτήσει παιδιά.

Όταν η γυναίκα επιθυμεί τέκνο και δεν θέλει να κάνει αυτόματη έκτρωση, ούτε υστερεκτομή, προβαίνουμε σε κρυοπηξία, ηλεκτροκαυτηρίαση, κωνοειδή εκτομή, καταστροφή του ιστού που πάσχει με ακτίνες laser.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΧ.

ΝΕΕΣ ΕΛΠΙΔΕΣ - ΕΜΒΟΛΙΟ

Οι επιστήμονες πιστεύουν ότι η ανακάλυψη εμβολίου εναντίον του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, της πιο διαδεδομένης μορφής κακοήθους όγκου που πλήττει τις γυναίκες, δεν πρόκειται να βραδύνει πολύ, αναφέρει ανταπόκριση από την Γλασκώβη στο φύλο της 12ης Αυγούστου 1993 των "Times".

Σε διεθνές συνέδριο ιολογίας που διεξάγεται στην πρωτεύουσα της Σκωτίας ο Γερμανός καθηγητής Δρ. Τσούρ Χάουζεν, του Αντικαρκινικού Κέντρου της Χαϊδελβέργης, δήλωσε: "Είμαι σχετικά αισιόδοξος ότι ένα εμβόλιο θα ανακαλυφθεί, αλλά δεν θα ήθελα να προσδιορίσω χρονικό διάστημα".

Ένα τέτοιο εμβόλιο θα έσωζε τις εκατοντάδες χιλιάδες ζωές γυναικών σε όλο τον κόσμο, που πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΑΣΧΟΥΣΑ ΑΠΟ
ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΙΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Πριν υποβληθεί σε επέμβαση η ασθενής, και εφόσον εισαχθεί στο νοσοκομείο θα υποβληθεί σε παρακλινικές εργαστηριακές εξετάσεις, οι οποίες θα επιβεβαιώσουν τη διάγνωση. Οι εξετάσεις αυτές είναι οι εξής:

A. ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Εξέταση αίματος:

Περιλαμβάνει τη γενική αίματος, χρόνο πήξεως και καθορισμό ομάδας για μελλοντική χρεία μετάγγισης αίματος. Ενημερώνεται η ασθενής για τις εξετάσεις, συμπληρώνονται τα στοιχεία της και παραδίδεται το αίμα στο εργαστήριο. Επειδή εξαιτίας του μετεγχειρητικού stress ελαττώνεται ο χρόνος πήξης ίσως να χρειασθεί χορήγηση μικρής δόσης ηπαρίνης υποδορίως μετά από εντολή χειρουργού προκειμένου να επιτευχθεί μείωση του κινδύνου μετεγχειρητικής θρόμβωσης.

Εξέταση ούρων:

Περιλαμβάνει την εξέταση των γενικών χαρακτηριστικών τους δηλαδή όψης, χροιάς και οσμής, τον προσδιορισμό του pH, του ειδικού βάρους τους καθώς και τον προσδιορισμό διαφόρων ουσιών όπως

λεύκωμα, γλυκόζη, ουρία κ.ά. Ενημερώνεται η ασθενής για τη συλλογή των πρώτων πρωϊνών ούρων, αφού προηγηθεί καθαριότητα της περιοχής και απορριφθεί η αρχική τους ποσότητα. Μετά τη συμπλήρωση των στοιχείων της ασθενούς, το δείγμα, το οποίο δεν πρέπει να είναι λιγότερο από 100 κυβικά εκατοστά ώστε να είναι δυνατή η μέτρηση του ειδικού βάρους, αποστέλλεται στο εργαστήριο.

Ακτινογραφία θώρακος

Ενημερώνεται η ασθενής για την εξέταση, η οποία τελείται σε κάθε εισαγόμενο στο νοσοκομείο κι όχι μόνο επί υπόνοιας νοσήματος του αναπνευστικού συστήματος γιατί πολλές φορές ανευρίσκονται ακτινολογικές αλλοιώσεις σε άτομα που δεν παρουσιάζουν ειδική εκδήλωση ή φανερό σύμπτωμα από το θώρακα. Η ασθενής οδηγείται στο ακτινολογικό εργαστήριο και μετά το πέρας της εξέτασεως και αφού η νοσηλεύτρια παραλάβει τις ακτινογραφίες, συνοδεύεται στο δωμάτιό της.

Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Η ασθενής ενημερώνεται για την εξέταση, τίθεται σε ύπτια θέση και ελευθερώνεται ο θώρακας από τον ιματισμό. Κατά τη διάρκεια της εξέτασης η νοσηλεύτρια παραμένει κοντά στην ασθενή χωρίς να αγγίζει το κρεβάτι. Μετά τη λήψη του ηλεκτροκαρδιογραφήματος τακτοποιείται η ασθενής.

B. ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Επισκόπηση κόλπου - τραχήλου

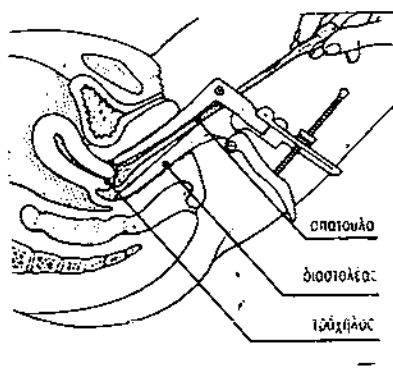
Η ασθενής ενημερώνεται για την εξέταση, στην οποία θα υποβληθεί και ενθαρρύνεται ψυχολογικά. Δεν πρέπει να βρίσκεται σε περίοδο εμμηνορυσίας καθώς επίσης δεν πρέπει να έχουν προηγηθεί κολπικές πλύσεις ή συνουσία σε διάστημα 24 ωρών πριν από την εξέταση, είναι δυνατόν τα αποτελέσματά της να είναι αβάσιμα εάν ληφθεί κολπικό έκκριμα, εξαιτίας παρουσίας αίματος ή σπέρματος. Προηγείται κένωση της ουροδόχου κύστεως ή του εντέρου για αποφυγή διάτασης της πυέλου.

Η ασθενής τοποθετείται στη θέση Sims ή θέση λιθοτομής ή θέση γόνατα-θώρακας φροντίζοντας να μην εκτίθεται υπερβολικά. Επιλέγεται το κατάλληλο μέγεθος κολποδιαστολέα, ανάλογα με την ηλικία, το μέγεθος και τις αναλογίες της, ο οποίος πριν από την χρήση του θερμαίνεται και γλυσχραίνεται. Δεν γλυσχραίνεται εάν ληφθεί έκκριμα για κυτταρολογική εξέταση, αλλά απλώς υγραίνεται για διευκόλυνση της εισόδου του.

Μετά την εισαγωγή του ανοίγονται οι λεπίδες του και αποκαλύπτεται ο τράχηλος, ο οποίος εντοπίζεται από το έντονο ερυθρό του χρώμα ξεχωρίζοντας από το ελαφρό ρόδινο χρώμα του κόλπου. Κατά την επισκόπηση του παρατηρείται το χρώμα του, η ύπαρξη αλλοίωσης, εξέλκωσης ή αιμορραγίας. Επίσης επίσκοπείται το κολπικό τοίχωμα για εξέλκωση ή άλλες αλλοιώσεις, ελέγχεται το χρώμα του και η υφή του.

Κατόπιν αφαιρείται ο κολποδιαστολέας και γίνεται αμφίχειρη πυελική εξέταση, με το δείκτη και τον μέσο δάκτυλο του ενός χεριού εντός του κόλπου, ενώ το άλλο χέρι τοποθετείται στα κοιλιακά τοιχώματα. Κατ' αυτόν τον τρόπο εξετάζονται τα εσωτερικά όργανα για

παρουσία μαζών.



Ένας διαστολέας τοποθετείται μέσα στον κόλπο και μετά ανοίγεται για να παραχθεί καθαρή όψη του τραχήλου. Χρησιμοποιώντας μια σπάτουλα, τραχηλικά κύτταρα αφαιρούνται και επιχρίζονται πάνω σε γυάλινη διαφάνεια. Αυτά θα σταλούν και θα εξετασθούν σε ειδικό εργαστήριο

Κατά τη διάρκεια της εξέτασης ενθαρρύνεται η ασθενής να μένει χαλαρωμένη και να αναπνέει βαθιά. Μετά το πέρας της εξέτασης καθαρίζεται η περινεϊκή χώρα από τυχόν εκκρίσεις και τοποθετείται η ασθενής σε άνετη θέση για λίγο διάστημα της ώρας προκειμένου να συνέλθει.

Υστεροσκοπηση

Πρόκειται για μια σχετικά πρόσφατη διάγνωση με την οποία επισκοπείται η εσωτερική κοιλότητα της μήτρας με το υστεροσκόπιο. Προηγείται ενημέρωση της ασθενούς και χορήγηση ηρεμιστικού κατόπιν ιατρικής εντολής. Η εξεταζόμενη τοποθετείται σε θέση λιθοτομής και αφού εκτελεσθεί καθαριότητα περινέου και κόλπου, καλύπτεται η περιοχή με αποστειρωμένο ιματισμό. Εκτελείται κατόπιν αμφίχειρη ψηλάφηση της μήτρας και στη συνέχεια τοπική αναισθησία στον τράχηλο, ο οποίος παραμένει στη θέση του με μητρολαβίδα. Πριν την εισαγωγή του ενδοσκοπίου εισάγεται αέρας εντός της τραχηλικής κοιλότητας για να επέλθει διαταση. Μετά την εισαγωγή του ενδοσκοπίου γίνεται έγχυση συμπυκνωμένου διαλύματος δεξτράνης εντός της ενδομητρικής κοιλότητας. Μετά το πέρας της εξέτασης η ασθενής συνοδεύεται στο δωμάτιό της.

Λήψη τραχηλικού επιχρίσματος

Η ασθενής ενημερώνεται για τη φύση της εξέτασης, με ιδιαίτερη έμφαση στο γεγονός ότι είναι ανώδυνη. Δεν πρέπει να βρίσκεται σε περίοδο εμμηνορυσίας καθώς επίσης δεν πρέπει να έχουν προηγηθεί κολπικές πλύσεις ή συνουσία σε διάστημα 24 ωρών πριν από την εξέταση, προκειμένου να αποφευχθεί αλλοίωση των κυττάρων των επιχρί-

σμάτων.

Κατά τη διάρκεια της εξέτασης η ασθενής ενισχύεται ψυχολογικά. Ένας ζεσταμένος διαστολέας εισέρχεται στον κόλπο για να διαχωρήσει τα τοιχώματα και μια ξύλινη σπάτουλα ή αποξεντήρας με βαμβάκι σκουπίζει κατά μήκος του κόλπου και το επίχρισμα μεταφέρεται σε αντικειμενοφόρο πλάκα όπου αναγράφεται η προέλευση του εκκρίματος. Στο παραπεμπτικό αναγράφεται η ημερομηνία της τελευταίας εμμηνορυσίας και η λήψη ή όχι οιστρογόνων ή αντισυλληπτικών από την ασθενή. Το έκκριμα τοποθετείται στις αντικειμενοφόρες πλάκες εντός γυάλινου δοχείου με αιθέρα και αιθυλική αλκοόλη και αποστέλλεται στο κυτταρολογικό εργαστήριο. Τα αποτελέσματα θα γνωστοποιηθούν σε διάστημα 6 εβδομάδων.

Βιοψία τραχήλου

Ενημερώνεται η ασθενής για τη διαδικασία της εξέτασης, με ιδιαίτερη έμφαση στο γεγονός ότι είναι ανώδυνη. Είναι προτιμότερο να εκτελεσθεί μια εβδομάδα μετά το τέλος της έμμηνης ρύσης οπότε ο τράχηλος έχει τη λιγότερη αιμάτωση.

Η ασθενής τοποθετείται σε θέση λιθοτομής, και καλύπτεται για να αποφευχθεί άσκοπη έκθεση. Δεν εκτελείται αναισθησία διότι ο τράχηλος στερείται υποδοχέων του πόνου. Μετά την τοποθέτηση κολποδιαστολέα χρησιμοποιούνται ειδικές λαβίδες βιοψίας για να παρθεί τεμάχιο τραχήλου, το οποίο τοποθετείται σε διάλυμα φορμόλης 10% και αποστέλλεται στο εργαστήριο αφού συμπληρωθούν τα στοιχεία της ασθενούς. Επί αιμορραγίας εκτελείται ραφή και πωματισμός για αιμόσταση.

Μετά την ολοκλήρωση της εξέτασης η ασθενής τοποθετείται σε

άνετη θέση για λίγο διάστημα της ώρας προκειμένου να συνέλθει και στη συνέχεια της δίδονται οι εξής οδηγίες:

- α) Να μην σηκώσει βαριά αντικείμενα για 24 ώρες
- β) Εάν παρατηρήσει αιμορραγία περισσότερη από ό,τι στις συνήθεις έμμηνες ρύσεις να το αναφέρει στο γιατρό,
- γ) Να αποφύγει κολπικές πλύσεις και σεξουαλική επαφή για αρκετές εβδομάδες μετά ζητώντας περισσότερες πληροφορίες από το γιατρό. Ο πωματισμός θα παραμείνει για 12-24 ώρες.

Δοκιμασία Schiller

Παροτρύνεται η ασθενής να προσέλθει για εξέταση, απομακρύνοντας τους φόβους της, και ενημερώνεται για το είδος και τη διαδικασία της εξέτασης. Δεν πρέπει να βρίσκεται σε περίοδο εμμηνορυσίας καθώς επίσης δεν πρέπει να έχουν προηγηθεί κολπικές πλύσεις ή συνουσία σε διάστημα 24 ωρών πριν από την εξέταση γιατί υπάρχει κίνδυνος ψευδούς αποτελέσματος.

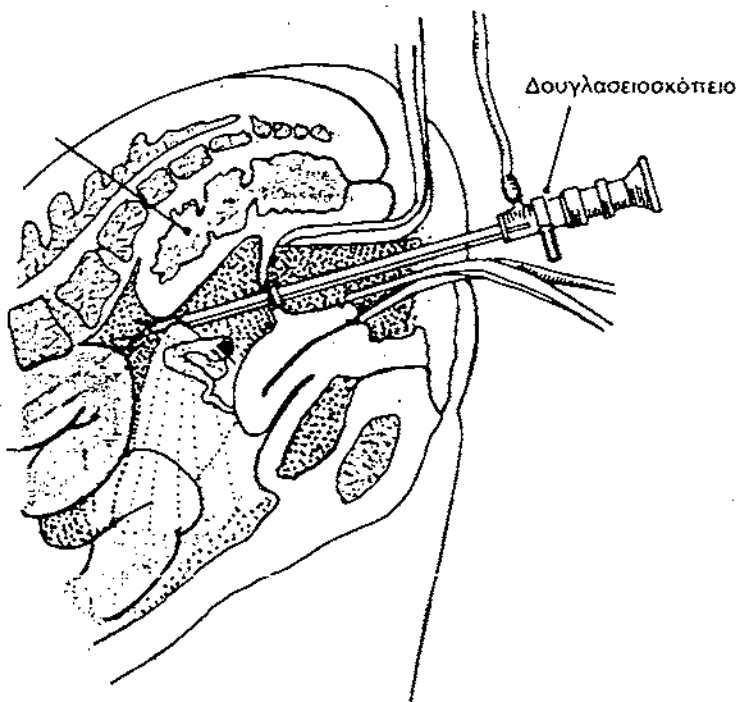
Η ασθενής τοποθετείται σε θέση λιθοτομής και καλύπτεται προκειμένου να μην εκτίθεται άσκοπα. Αφού εξασφαλισθεί ο κατάλληλος φωτισμός και εξασφαλισθούν όλα τα απαραίτητα για την εξέταση εργαλεία, αλείφεται η ύποπτη περιοχή του τραχήλου με διάλυμα ιωδίου 2%. Επί αρνητικού αποτελέσματος όλη η περιοχή αποκτά βαθύ καφέ χρώμα, ενδεικτικό αντίδρασης μεταξύ ιωδίου και γλυκογόνου. Επί θετικού αποτελέσματος η περιοχή δεν βάφεται καφέ, δηλωτικό παρουσίας άωρων κυττάρων.

Αφού καθαρισθεί η περινεϊκή χώρα από εκκρίσεις, η νοσηλεύτρια συμβουλεύει την ασθενή να παραμείνει λίγο για να συνέλθει. Τέλος της συστήνεται χρήση σερβιέτας για μερικές ώρες για να αποφευχθεί χρώση των εσωρούχων.

Δουγλασειοσκόπηση

Πρόκειται για μια ασυνήθιστη χειρουργική διαγνωστική εξέταση. Η ασθενής αφού ενημερωθεί, ενθαρρύνεται και υποστηρίζεται ψυχολογικά προκειμένου να ξεπεράσει την αγωνία και το φόβο της.

Η νοσηλεύτρια εκτελεί καθετηριασμό κύστεως εάν έχει δοθεί τέτοια ιατρική εντολή. Εάν όχι φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστεως. Κατόπιν εφαρμόζεται τοπική ή γενική αναισθησία αφού τοποθετηθεί η ασθενής στη θέση γονάτων-θώρακα και καλυφθεί για να μην εκτίθεται άσκοπα. Κατά την εξέταση είναι πολύ σημαντικό να εφαρμόζεται η σωστή τεχνική ασηψίας και αντισηψίας.



Δουγλασειοσκόπηση

Μετά την αφαίρεση του δουγλασειοσκοπίου και τη ραφή της τομής η ασθενής συνοδεύεται στο δωμάτιό της και τοποθετείται σε πρηνή θέση, με ένα μαξιλάρι κάτω από την κοιλιά, ώστε να αποβλη-

θεί ο αέρας που εισήλθε στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Λαμβάνονται συνεχώς ζωτικά σημεία και καταγράφονται. Η νοσηλεύτρια συμβουλεύει την ασθενή να ελέγχει τυχόν εμφάνιση κολπικής αιμορραγίας και σε περίπτωση που συμβεί να την ενημερώσει αμέσως. Χορηγούνται αναλγητικά φάρμακα μετά από ιατρική εντολή, ενώ εντριβές ράχης στην ασθενή θα ήταν ιδιαίτερα βοηθητικές. Επίσης συστήνεται στην ασθενή η αποφυγή συνουσίας και κολπικής πλύσης έως ότου της επιτραπεί από το γιατρό, πρέπει πρώτα να επουλωθεί το σημείο της τομής.

Υστεροσαλπιογραφία

Η εξέταση προγραμματίζεται προ της ωρηξίας, δηλαδή από την 8η έως την 13η ημέρα του κύκλου εξαιτίας του φόβου να προσβληθεί τυχόν υπάρχον κύημα. Η ασθενής ενημερώνεται για τη διαδικασία της εξέτασης και τοποθετείται σε θέση λιθοτομής πάνω στο εξεταστικό τραπέζι, αφού καλυφθεί για να μην εκτίθεται άσκοπα. Μετά την τοποθέτηση κολποδιαστολέα εγχύεται εντός της κοιλότητας της μήτρας ακτινοσκοιερή ουσία με τη βοήθεια ειδικού οργάνου, του υστεροσαλπιογράφου και κάτω από έλεγχο της πίεσης έγχυσης. Κατόπιν λαμβάνονται ακτινογραφίες για να φανεί το περίγραμμα της πυελικής χώρας. Μετά το τέλος της εξέτασης συμβουλεύεται η ασθενής να ξεκουραστεί. Είναι πιθανόν να το ζητήσει η ίδια γιατί θα αισθάνεται κουρασμένη.

Υπερηχογράφημα

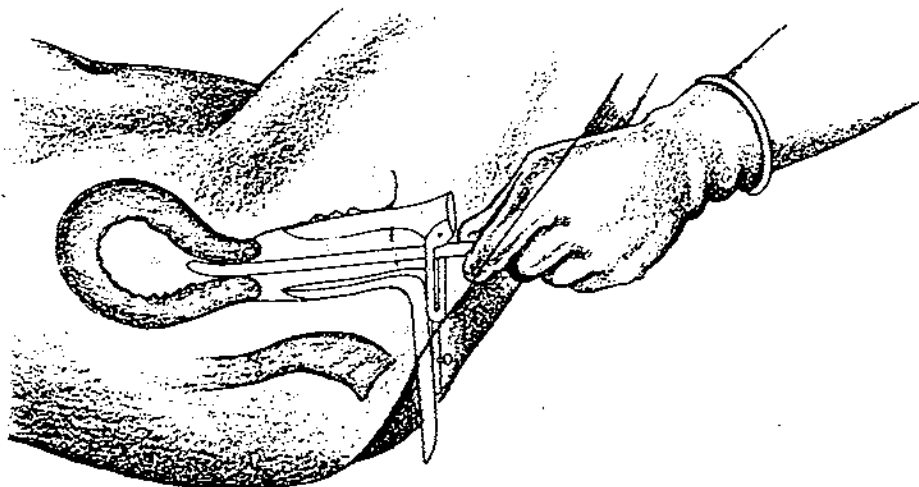
Στην εξέταση αυτή καταφεύγει ο γιατρός όταν από την κλινική εξέταση υπάρχουν αμφιβολίες για την παρουσία, την εντόπιση και το μέγεθος του όγκου. Μετά την κατάλληλη ενημέρωση η ασθενής οδηγεί-

ται στο εξεταστήριο υπερήχων. Εκεί τοποθετείται σε θέση ανάρροπη και συμβουλευεται να χαλαρώσει και να ηρεμήσει. Μετά το πέρας της εξέτασης καθαρίζεται η ασθενής από το gel και συνοδεύεται στο δωμάτιό της.

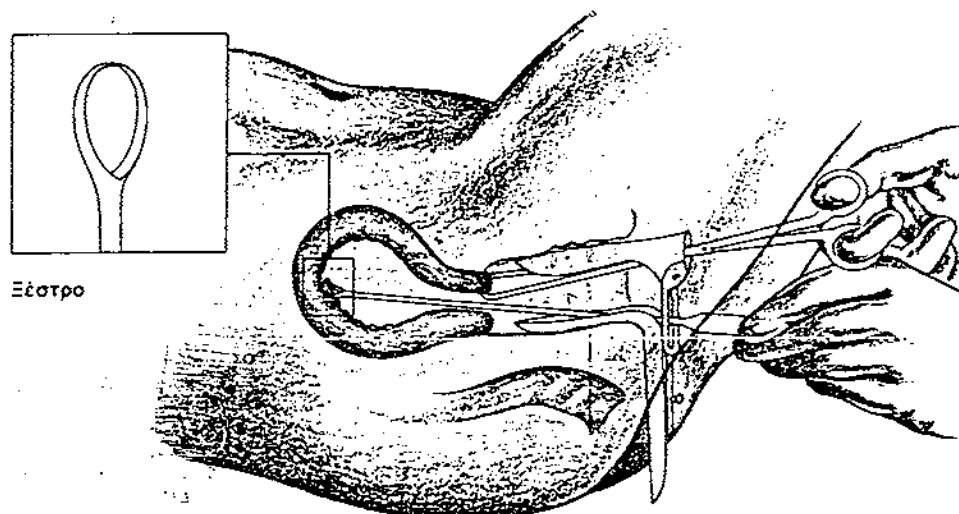
Διαστολή και Απόξεση

Η ασθενής ενημερώνεται πλήρως για την απόξεση τόσο από το γυναικολόγο όσο και από την νοσηλεύτρια, και της δίνεται η ευκαιρία να διατυπώσει τις απορίες που την διακατέχουν. Πριν την απόξεση εκτελείται αποτρίχωση περινεϊκής χώρας, αν χρειάζεται, και στη συνέχεια επακολουθεί κένωση της ουροδόχου κύστης καθώς και κένωση του εντέρου με υποκλισμό. Πριν την εκτέλεση της απόξεσης εξασφαλίζεται η γραπτή συγκατάθεση της ασθενούς.

Μετά την επέμβαση ελέγχονται οι γάζες και ο επίδεσμος προκειμένου να επιβεβαιωθεί ότι βρίσκονται στη θέση τους, και αντικαθίστανται όταν χρειάζεται με αποστειρωμένες γάζες. Η νοσηλεύτρια συμβουλεύει την ασθενή να ελέγχει την ύπαρξη τυχόν υπερβολικής αιμορραγίας και επί εμφανίσεώς της να την ειδοποιήσει. Επίσης της συστήνει να παραμείνει στο κρεβάτι την υπόλοιπη ημέρα για αποφυγή δυσάρεστων επιπλοκών. Χορηγούνται ήπια αναλγητικά, κατόπιν ιατρικής εντολής, για χαμηλό πόνο στη ράχη και πυελική δυσφορία. Τέλος, γνωστοποιείται στην ασθενή ότι πρέπει να αποφύγει σεξουαλική επαφή, θαλάσσιο μπάνιο, άρση βάρους για 40 ημέρες.



Ένας διαστολέας εισέρχεται και ανοίγεται για να πλατύνει τα κολπικά τοιχώματα. Μια σειρά ράβδων χρησιμοποιούνται για να διαστείνουν ή να τεντώσουν τον τράχηλο.



Ένα αιχμηρό εργαλείο σχήματος κουταλιού, το ξέστρο χρησιμοποιείται κατόπιν προσεκτικά για να αποξέσει τα μητριαία τοιχώματα αφαιρώντας πλήρως όλα τα αχρείαστα υλικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η ασθενής είτε πρόκειται να χειρουργηθεί είτε όχι εμφανίζει κάποια συμπτώματα. Στην αρχή τα συμπτώματα είναι πιο ήπια, όσο όμως εξελίσσεται η νόσος, τόσο αυτά σοβαρεύουν και καθίστανται επικίνδυνα ακόμα και για τη ζωή της.

Τα συμπτώματα της νόσου με την νοσηλευτική φροντίδα που χρειάζονται είναι τα εξής:

1) **Κολπική υπερέκκριση πυώδης ή αιματηρή:** Το έκκριμα είναι κίτρινο ή καφεοειδές χωρίς ιδιαίτερα δυσάρεστη οσμή στην αρχή. Αν όμως ο όγκος είναι μεγάλος ή νεκρωμένος η δυσοσμία είναι έντονη λόγω δράσης μικροβίων.

Σε αυτή την περίπτωση πρέπει η ασθενής να διατηρείται καθαρή εκτελώντας συχνές πλύσεις, και συχνή αλλαγή εσωρούχων. Επίσης παρατηρείται η ποσότητα της έκκρισης, η χροιά και η οσμή και καταγράφονται.

2) **Αιμορραγία, σταγονοειδής αρχικά, μετά από κολπική πλύση ή συνουσία:** Εξακριβώνεται αν η αιμορραγία εμφανίστηκε ανάμεσα στις έμμηνες ρύσεις, αν υπάρχει κάποια περιοδικότητα ως προς την εμφάνιση της καθώς επίσης και αν η ασθενής βρίσκεται σε στάδιο μετά την εμμηνόπαυση.

Ελέγχεται η ποσότητα της αιμορραγίας, παρακολουθώντας μήπως η ασθενής εμφανίσει υπερβολική απώλεια αίματος. Προκειμένου να αποφευχθεί κάθε δυσάρεστη επιπλοκή η ασθενής παρακολουθείται για εμφάνιση συμπτωμάτων shock. Έτσι λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία

προσέχοντας ιδιαίτερα την πτώση της αρτηριακής πίεσης και την ταχυσφυγμία. Επίσης ελέγχονται τα άκρα της μήπως παγώνουν καθώς επίσης και το χρώμα της αν είναι ωχρο ή κυανωτικό. Επί μεγάλης αιμορραγίας παρακολουθείται για εμφάνιση διανοητικής σύγχυσης. Η νοσηλεύτρια φυσικά δεν αφήνει τα συμπτώματα να εξελιχθούν, αλλά αμέσως μετά την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων εξασφαλίζει αίμα από την τράπεζα αίματος και ειδοποιεί το γιατρό προκειμένου να δώσει εντολή για τη χορήγηση του.

Παρακολουθείται η αιμοσφαιρίνη (φυσιολογική τιμή 14-16 gr/100 ml αίματος) και ο αιματοκρίτης (φυσιολογική τιμή 37-47%) από τις εξετάσεις αίματος της ασθενούς.

Συστήνεται στην ασθενή να παραμείνει σε θέση κατάκλισης αποφεύγοντας τις πολλές δραστηριότητες και την κόπωση και παρακολουθείται για εμφάνιση ωχρότητας.

Σε περίπτωση χορήγησης αίματος, μετά από ιατρική εντολή η νοσηλεύτρια ελέγχει επανειλημμένα το ονοματεπώνυμο της ασθενούς, το πατρώνυμο, την ομάδα αίματος και την ημερομηνία λήξεως του αίματος. Κατόπιν φλεβοκεντά και αρχίζει αργά τη χορήγηση του αίματος, παρακολουθώντας την ασθενή για άμεσες αντιδράσεις από το αίμα δηλαδή μυρμηγκίαση κάτω άκρων, οσφυαλγία, ρίγος, ταχύπνοια, κρυάδες, ναυτία, εμέτους, κνησμό, δύσπνοια, οίδημα, ορθόπνοια, βήχα. Αν εμφανίσει κάτι από τα ανωτέρω διακόπτει αμέσως τη χορήγηση αίματος, το ελέγχει και το στέλνει στην τράπεζα αίματος με τις ανάλογες παρατηρήσεις. Επί διαταραχής του αναπνευστικού, δηλαδή ταχύπνοια, δύσπνοια και ορθόπνοια την τοποθετεί σε ανάρροπη θέση, και της χορηγεί οξυγόνο. Σε κρυάδες και ρίγος την θερμαίνει με σκεπάσματα, θερμοφόρα και ζεστά υγρά. Επί εμέτου την τοποθετεί σε υπτια θέση, της συνιστά να παίρνει βαθιές αναπνοές και καθαρίζει την στοματική της κοιλότητα μετά τον έμετο. Επί οίδημα-

τος ετοιμάζει χορήγηση οξυγόνου και δίσκο τραχειοτομής. Εάν εμφανίσει αλλεργική αντίδραση χορηγεί τα κατάλληλα φάρμακα μετά από ιατρική εντολή. Σε πολύ συχνά χρονικά διαστήματα λαμβάνει τα ζωτικά σημεία και τα καταγράφει. Εάν η πίεσή της μειώνεται, ετοιμάζει υγρά για ενδοφλέβια χορήγηση και ενημερώνει το γιατρό προκειμένου να δώσει εντολή για τη χορήγησή τους.

Επίσης ιδιαίτερη σημασία δίδεται στη δίαιτα της ασθενούς σε περίπτωση εμφάνισης αναιμίας. Το διαιτολόγιο πρέπει να περιέχει αρκετό λεύκωμα ιδίως ανωτέρας βιολογικής αξίας και αρκετό σίδηρο. Το ασβέστιο είναι απαραίτητο, όπως και ο χαλκός που συμβάλλει στο σχηματισμό των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Επίσης το διαιτολόγιο πρέπει να περιέχει όλες ανεξαιρέτως τις βιταμίνες ιδιαίτερα δε την Κ, η οποία σχηματίζει την προθρομβίνη και την C που βοηθά στο σχηματισμό ερυθρών αιμοσφαιρίων.

3) Εφόσον έχει αποφασισθεί εγχείρηση για την ασθενή, η νοσηλεύτρια ενημερώνεται για το είδος της εγχείρησης καθώς επίσης και για το ιστορικό της, δηλαδή την οικογενειακή της κατάσταση, το επάγγελμά της, τη μόρφωσή της προκειμένου να γνωρίζει τί είδους άτομο θα αντιμετωπίσει. Την ενημερώνει για το είδος της εγχείρησης στο οποίο θα υποβληθεί, όσο πιο κατανοητά γίνεται. Εάν πρόκειται να υποβληθεί σε υστερεκτομή τη διαφωτίζει σχετικά με την στέρωση που θα επακολουθήσει, ώστε να μην το μάθει ξαφνικά εκ των υστέρων κάτι που σίγουρα θα στοιχίσει σε μια νέα που θέλει να τεκνοποιήσει. Επίσης, της γνωστοποιεί πως μετά από την υστερεκτομή θα επέλθει αυτόματα εμμηνόπαυση που σημαίνει ότι δεν πρέπει να περιμένει περίοδο πάλι, αλλά τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης.

4) Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που τίθενται σε μια νοσηλεύτρια εφόσον έχει αποφασισθεί χειρουργική επέμβαση για ασθενή στην οποία διαγνώστηκε καρκίνος, είναι το αν θα πρέπει να γνω-

ρίζει ή όχι την ασθένειά της. Γι' αυτό το λόγο επεξεργάζεται πρώτα τα στοιχεία που αφορούν την ασθενή, τα οποία είναι: η μόρφωσή της, η ωριμότητά της, η θρησκευτικότητά τη, το στάδιο της ασθένειας, η επιθυμία της να μάθει την αλήθεια, οι προηγούμενες εμπειρίες της με το θάνατο συγγενών της, η ιδιοσυγκρασία της, η ψυχολογική της κατάσταση, ο ρόλος της στην οικογένεια και η προσαρμογή της στην ασθένεια.

Προκειμένου να λάβει αυτές τις πληροφορίες έρχεται σε επαφή με την οικογένεια της ασθενούς, η οποία συνήθως γνωρίζει την ύπαρξη του καρκίνου. Συζητά μαζί τους για τη στάση τους απέναντι στην ασθένεια, το κατά πόσο δέχονται την ανάγκη για συνεργασία καθώς επίσης παίρνει στοιχεία για την οικονομική τους κατάσταση και για τη σχέση των μελών της οικογενείας με την ασθενή.

Η νοσηλεύτρια αφού μελετήσει όλα τα ανωτέρω μπορεί να διαπιστώσει αν η ασθενής έχει συναισθηματική ισορροπία, αν μπορεί να δεχτεί αυτές τις πληροφορίες και αν υπάρχει κίνδυνος κάποιος αναρμόδιος να της ανακοινώσει τη διάγνωση με σκληρό, αδιάφορο ή ψυχρό τρόπο. Ζυγίζει λοιπόν τα υπέρ και τα κατά και είναι πολύ πιθανό να αποφασίσει ότι η ασθενής δεν είναι σε θέση να γνωρίσει τη σοβαρότητα της κατάστασής της. Αν όμως τελικά κρίνει πως η ασθενής θα μπορέσει να αντιμετωπίσει τον καρκίνο, τότε της ανακοινώνει αυτή την πληροφορία με τον καλύτερο και καταλληλότερο τρόπο, αφού πρώτα έχει σκεφθεί ποιος είναι ο συμφερότερος τρόπος αποκάλυψης της αλήθειας. Της το αποκαλύπτει σταδιακά και με άνεση χρόνου. Είναι επικίνδυνο να της τα γνωστοποιήσει όλα σε μια συνάντηση.

Αφού η νοσηλεύτρια αποκαλύψει στην ασθενή τα πραγματικά γεγονότα, δεν την αφήνει έρμαιο στις απαισιόδοξες σκέψεις της, που είναι πολύ φυσικό να την διακατέχουν. Αντίθετα, παρακολουθεί την αντίδρασή της και προσπαθεί να την υποστηρίξει και να την υποβα-

στάξει ανάλογα. Δίδει δε ιδιαίτερο βάρος στην ψυχολογική της υποστήριξη, αφότου η ασθενής γνωρίσει τη σοβαρότητα της ασθένειάς της. Η νοσηλεύτρια φέρεται σε όλες τις εκδηλώσεις της απέναντι της με συμπόνοια, στοργή και ανθρωπισμό δείχνοντας περισσότερη προσοχή και κατανόηση στα προβλήματά της. Τέλος, η νοσηλεύτρια έρχεται σε επαφή με την οικογένειά της, συμβουλεύοντάς τους να ενισχύουν ψυχολογικά την ασθενή και να την συμπεριλαμβάνουν στα προβλήματα και τα σχέδια της οικογενείας, τονίζοντάς τους την ατμόσφαιρα θάρρους και ψυχραιμίας που πρέπει να δημιουργήσουν.

5) Ιδιαίτερα σημαντική είναι η κατάσταση της θρέψης της ασθενούς εφόσον πρόκειται να χειρουργηθεί. Πρέπει η ασθενής να ακολουθήσει σωστή διατροφή ως την ημέρα της επέμβασης γιατί είναι δυνατόν εξαιτίας της αποβολής υγρών από τον οργανισμό και της πλημμελούς σίτισης των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών, να περιέλθει μετεγχειρητικά σε άσχημη κατάσταση.

Έτσι, όσον αφορά μια καχεκτική ασθενή δίδεται σημασία στη σωματική της τόνωση, γιατί αυτή υπόκειται πιο εύκολα σε αιμορραγία και shock εξαιτίας της υποπρωτεϊναιμίας η οποία έχει σαν αποτέλεσμα την καθυστέρηση επούλωσης του χειρουργικού τραύματος. Επίσης, η καχεκτική ασθενής είναι πιο ευαίσθητη στις λοιμώξεις εξαιτίας μειωμένων αντισωμάτων και επιφανειακής ατροφίας του βλεννογόνου των αεροφόρων οδών και του γαστρεντερικού σωλήνα. Έτσι το διαιτολόγιο της εμπλουτίζεται με υδατάνθρακες, βιταμίνες και πρωτεΐνες.

Ιδιαίτερη προσοχή δίδεται και στην περίπτωση παχυσάρκου ασθενούς γιατί η παχυσαρκία προδιαθέτει σε πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως εκσπλάχνωση και θρομβοφλεβίτιδα. Το διαιτολόγιο της περιλαμβάνει τα αναγκαία θρεπτικά συστατικά, αλλά χαμηλής θερμιδικής αξίας. Θα ήταν δε προτιμότερο η ασθενής να χάσει κάποια περιτ-

τά κιλά αρκετές ημέρες πριν την επέμβαση.

Μια ημέρα πριν την επέμβαση η ασθενής τρέφεται ελαφρά για να μην παραμείνουν πολλά υπολείμματα στο έντερο. Έξι ώρες πριν δεν λαμβάνει τίποτα από το στόμα, για αποφυγή εμέτων και μετωρισμού κοιλίας. Εάν υπάρχει ανάγκη υγρών, αυτά χορηγούνται παρεντερικά.

6) Προκειμένου να προληφθούν μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές όπως η δίψα ή το shock, εξασφαλίζεται επάρκεια του οργανισμού σε υγρά. Η επαρκής χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών, μετά από ιατρική εντολή φροντίζεται εκ των προτέρων, επειδή η ασθενής θα χάσει υγρά με την απώλεια αίματος, εμέτου και ιδρώτα μετά την εγχείρηση.

7) Διδάσκονται στην ασθενή οι ασκήσεις που πρέπει να κάνει μετεγχειρητικά προκειμένου να αποφευχθούν σοβαρότατες μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως είναι η πνευμονική εμβολή ή η θρομβοφλεβίτιδα. Πρόκειται για ασκήσεις αναπνευστικές και ασκήσεις των κάτω άκρων που βοηθούν σημαντικά την σωστή κυκλοφορία του αίματος. Τονίζεται στην ασθενή η αξία των ασκήσεων για την καλή έκβαση της μετεγχειρητικής πορείας.

8) Εξασφαλίζεται η καθαριότητα του σώματος της ασθενούς με λουτρό, και συγχρόνως απολυμαίνεται με αντισηπτική σαπουνούχο ουσία. Έτσι επέρχεται η καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος, αλλά και απομακρύνεται ο κίνδυνος μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος μετεγχειρητικά, αποφεύγοντας δυσάρεστες επιπλοκές. Επίσης εκτελείται αντισηψία στοματικής κοιλότητας και ρινοφάρυγγα προκειμένου να προληφθεί μόλυνση του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων.

9) Εκκενώνεται ο εντερικός σωλήνας της ασθενούς με καθαρτικούς υποκλισμούς, ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχείρησης και ένας 6 ώρες πριν από αυτήν. Με την νοσηλεία αυτή επιτυγχάνεται

η καλύτερη διεξαγωγή της εγχείρησης λόγω μη διάτασης του εντέρου και αποφεύγεται η κένωση του περιεχομένου του εντέρου πάνω στο χειρουργικό τραπέζι λόγω χάλασης των σφιγκτήρων, όπως επίσης αποφεύγεται η σήψη του περιεχομένου του. Αφού διενεργηθούν οι καθαριστικοί υποκλισμοί, παρακολουθούνται τα αποτελέσματά τους. Σε περίπτωση που είναι αρνητικά γίνεται ενημέρωση του αρμοδίου γιατρού.

10) Είναι δυνατόν η ασθενής να διακατέχεται από αγωνία για την επερχόμενη επέμβαση, για την εξέλιξή της και την περαιτέρω πορεία της, και έτσι το προηγούμενο βράδυ να ταλαιπωρηθεί από την κόπωση και την αύπνία. Για αυτό το λόγο της χορηγείται ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο μετά από ιατρική εντολή.

11) Μερικές ώρες πριν την επέμβαση ετοιμάζεται το εγχειρητικό πεδίο. Αυτό περιλαμβάνει καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου έτσι ώστε αυτό να μην διατρέχει κίνδυνο μόλυνσης. Αν, από λάθος, δημιουργηθεί λυση συνεχείας δέρματος αναφέρεται στον αρμόδιο χειρουργό πριν την επέμβαση. Έτσι ολοκληρώνεται η τοπική προεγχειρητική ετοιμασία.

12) Στη συνέχεια εκτελείται η τελική ή άμεση προεγχειρητική ετοιμασία, η οποία έχει αρκετά στάδια. Μισή ώρα πριν την εγχείρηση κενώνεται η ουροδόχος κύστη προκειμένου να αποφευχθεί η κένωσή της πάνω στο χειρουργικό τραπέζι, λόγω χάλασης των σφιγκτήρων καθώς επίσης και ο τραυματισμός της από χειρουργικό νυστέρι. Κατόπιν αφαιρούνται πρόσθετες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη. Αφαιρούνται όλα τα κοσμήματα της, καταγράφονται παρουσία της ασθενούς και παραδίδονται στην προϊσταμένη για φύλαξη. Σε περίπτωση που η ασθενής φέρει βαμμένα νύχια, ξεβάφονται δύο σε κάθε χέρι έτσι ώστε να είναι δυνατός ο έλεγχος για εμφάνιση κυάνωσης.

Μετά από ειδοποίηση του αναισθησιολόγου χορηγείται προνάρκωση, στη σωστή δόση. Η προνάρκωση αποβλέπει στη μερική χαλάρωση του

μυϊκού συστήματος, στην ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και στην πρόκληση ύπνου. Αφού χορηγηθεί η προνάρκωση συστήνεται στην ασθενή να παραμείνει σε θέση κατάκλισης. Αν για οποιοδήποτε λόγο η προνάρκωση δε γίνει στην κανονική ώρα ενημερώνεται ο αναισθησιολόγος.

Ελέγχονται συνεχώς τα ζωτικά σημεία, ιδιαίτερα πριν και μετά την προνάρκωση. Τυχόν ανύψωση θερμοκρασίας όπως επίσης σφυγμού και αναπνοών αναφέρεται. Με αυτόν τον τρόπο εκτιμάται η γενικότερη κατάσταση της ασθενούς. Ελέγχεται τυχόν εμφάνιση βήχα, ο οποίος φανερώνει την ύπαρξη κρυολογήματος. Ο,τιδήποτε παρατηρηθεί στην ασθενή, καταγράφεται και αναφέρεται. Τέλος, συμπληρώνεται το φύλο προεγχειρητικής ετοιμασίας της ασθενούς, τοποθετείται στο φάκελλό της και παραδίδεται στο νοσοκόμο που την μεταφέρει στο χειρουργείο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

Μετά την προνάρκωση η ασθενής μεταφέρεται αμέσως στο φορείο και παραμένει στο δωμάτιό της. Την κατάλληλη στιγμή μεταφέρεται στο χειρουργείο από το νοσοκόμο. Εφόσον υπάρχει τέτοια ευχέρεια συνοδεύεται στο χειρουργείο από τη νοσηλεύτρια που τη νοσηλεύει στην κλινική. Κάτι τέτοιο θα ήταν ιδιαίτερα ενθαρρυντικό για την ασθενή γιατί δεν θα νοιώθει μόνη και ξένη σε ένα άγνωστο περιβάλλον, αλλά θα έχει κοντά της κάποιο γνωστό της πρόσωπο που ενδιαφέρεται γι' αυτήν και την φροντίζει. Έτσι μειώνεται κάπως η αγωνία της και η ανησυχία της για το περιβάλλον του χειρουργείου και ταυτόχρονα χαλαρώνει και ηρεμεί, κάτι που είναι σημαντικό για την καλή έκβαση της εγχείρησης. Εφόσον η γυναίκα είναι σε ήρεμη ψυχική κατάσταση συνεργάζεται ευκολότερα με το προσωπικό του χειρουργείου, κάτι που θα συντελέσει στη σωστότερη και χωρίς χρονοτριβές διεξαγωγή της ετοιμασίας για την επέμβαση.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να ασχοληθεί και με τους συγγενείς της ασθενούς οι οποίοι, όπως είναι φυσικό, αγωνιούν για τα αποτελέσματα της εγχείρησης. Εάν δε η επέμβαση διαρκέσει ώρες, οι συγγενείς δεν μπορούν να συγκρατήσουν την ανυπομονησία τους. Υπάρχει μάλιστα η περίπτωση κάποιος από αυτούς να αντιμετωπίζει σοβαρό πρόβλημα

υγείας, το οποίο να επιδεινωθεί αυτές τις δύσκολες ώρες. Γι' αυτό το λόγο η νοσηλεύτρια τους ενημερώνει κάθε τόσο για την εξέλιξη της επέμβασης και τους καθησυχάζει για την ομαλή έκβαση της επέμβασης, προκειμένου να χαλαρώσει η έντασή τους.

Μετά το τέλος της επέμβασης η νοσηλεύτρια βοηθά στην ανάνηψη της χειρουργημένης λέγοντάς της να παίρνει βαθειές ανάσες και χορηγώντας της οξυγόνο. Δεν παραλείπει να λαμβάνει ζωτικά σημεία κάθε δέκα λεπτά. Είναι δε ιδιαίτερα βοηθητικό για την χειρουργημένη να ακούει μια γνώριμη φωνή κατά το στάδιο της ανάνηψης. Αφού συνέλθει εντελώς συνοδεύεται στο δωμάτιό της.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ

Εάν δεν υπάρχει επάρκεια προσωπικού υποχρεωτικά, η νοσηλεύτρια παραμένει στην κλινική και ετοιμάζει το δωμάτιο που θα δεχθεί τη χειρουργημένη. Αφού στρώσει το κρεβάτι με τον κατάλληλο τρόπο, φροντίζει να παραμείνει ζεστό για να προφυλαχθεί η ασθενής από μεταχειρητική πνευμονία. Έτσι τους χειμερινούς μήνες προσθέτει θερμοφόρα, την οποία όμως αφαιρεί όταν έλθει η ασθενής. Αφαιρεί το μαξιλάρι για γρηγορότερη αποβολή του ναρκωτικού, βάζοντας ένα προστατευτικό μαξιλάρι στο πάνω κιγκλίδωμα του κρεβατιού για αποφυγή τραυματισμού της ασθενούς σε περίπτωση που είναι διεγερτική κατά την απονάρκωση. Φροντίζει ώστε το κρεβάτι να είναι ανοιχτό από όλες τις πλευρές έτσι ώστε να είναι εύκολη η μεταφορά της χειρουργημένης από το φορείο στο κρεβάτι. Επίσης τοποθετεί αδιάβροχο κεφαλής και πετσέτα στο πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων για να προστατεύσει τον ιματισμό από τους εμέτους της ασθενούς κατά το στάδιο της απονάρκωσης.

Επίσης, τοποθετεί μια χάρτινη σακούλα στο πάνω πλάγιο μέρος του κομοδίνου. Πάνω στο κομοδίνο απλώνει ένα τετράγωνο αλλαγών έτσι ώστε να μην είναι έντονοι οι θόρυβοι από την τοποθέτηση διαφόρων αντικειμένων πάνω σε αυτό. Ακόμα πάνω στο κομοδίνο τοποθετεί ένα ποτήρι με δροσερό νερό, μια κάψα με τεμάχια χαρτοβάμβακος και τολύπια βάμβακος, Port Cotton και νεφροειδές. Αυτά θα χρησιμεύσουν για την αποβολή του εμέτου και την πλύση του στόματος. Τέλος, απομακρύνει λίγο το κομοδίνο από το κρεβάτι προκειμένου να προφυλαχθεί η ασθενής κατά τις διεγέρσεις της.

Αφού τελειώσει η όλη διαδικασία η νοσηλεύτρια φροντίζει για το καθάρισμα του θαλάμου και το υγρό ξεσκόνισμα των επίπλων. Κλείνει τα ρολλά για να μην ενοχλείται η χειρουργημένη από τον έντονο φωτισμό, αφήνοντας ένα παράθυρο ανοιχτό για τον καλό αερισμό του θαλάμου. Αφού κάνει ένα τελευταίο έλεγχο για επιβεβαίωση της όλης ετοιμασίας απομακρύνεται από τον θάλαμο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ ΑΝΑΝΗΨΗ

Η μετεγχειρητική εξέλιξη της ασθενούς χρειάζεται πάντοτε υπεύθυνη και σοβαρή αντιμετώπιση γιατί πρόκειται για μια πολύ δύσκολη και επικίνδυνη φάση. Σε αυτή την περίπτωση η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι έμπειρη και να έχει αρκετές γνώσεις προκειμένου να παρακολουθεί την ασθενή, να αντιμετωπίσει τα προβλήματά της και να εξυπηρετήσει τις ανάγκες της.

Το πρώτο που πρέπει να φροντίσει κατά τη μεταφορά της ασθενούς από το χειρουργείο στο δωμάτιο, είναι να μην εκτεθεί η ασθενής στο κρυο ούτε σε ρεύματα αέρος καθώς και να μην προστίθεται επιπλέον τάση στα ράμματα. Η ασθενής τοποθετείται στο κρεβάτι σε ύπτια θέση με το κεφάλι στο πλαι για να αποβάλλει τον έμετο και να αποφύγει την εισρόφηση. Ελέγχεται η γενική κατάστασή της και λαμβάνονται αμέσως ζωτικά σημεία, τα οποία καταγράφονται. Αυτή η διαδικασία επαναλαμβάνεται σε συχνά χρονικά διαστήματα.

Κατόπιν συνδέονται οι παροχетеύσεις με τις φιάλες τους και ο καθετήρας με τον ουροσυλλέκτη και ελέγχονται για την σωστή τους λειτουργία. Ελέγχεται τυχόν αιμορραγία από το τραύμα και παρακολουθείται συνεχώς η διανοητική κατάσταση της ασθενούς μέχρι την πλήρη ανάνηψή της, και προστατεύεται κατά τις διεγέρσεις προκειμένου να αποφευχθεί τραυματισμός και εισρόφηση εμεσμάτων. Η ασθενή

νης συμβουλευεται κατά την απονάρκωση να αναπνέει βαθειά, για να αποβληθεί η νάρκωση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΤΝΙΔΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΝΑΝΗΨΗ

Η νοσηλεύτρια ελέγχει αν η χειρουργημένη έχει συνέλθει και μόνον όταν βεβαιωθεί εντελώς απομακρυνεται από κοντά της. Τηρείται δελτίο προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών. Η νοσηλεύτρια γνωρίζει ότι τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες τα αποβαλλόμενα υγρά είναι μειωμένα, περίπου γύρω στα 600 - 700 ml και με υψηλό ειδικό βάρος λόγω του χειρουργικού stress και ανεξάρτητα από τα υγρά που έλαβε πριν την επέμβαση.

Τοποθετείται μόνιμος καθετήρας, εφόσον έχει δοθεί τέτοια εντολή, γιατί το οίδημα και ο τραυματισμός των νεύρων μπορεί να επιφέρει προσωρινή ατονία της κύστης. Ας μην ξεχνάμε την γειννίαση της κύστης με την χειρουργική περιοχή. Εάν δεν τοποθετηθεί καθετήρας ελέγχεται η ούρηση τις 8 πρώτες μετεγχειρητικές ώρες καθώς επίσης και η ύπαρξη αισθήματος δυσφορίας. Σε περίπτωση που δεν υπήρξε ούρηση ενημερώνεται ο γιατρός και καθετηριάζεται η ασθενής όταν δοθεί η εντολή. Μετά την έλευση 5 ημερών αφαιρείται ο καθετήρας.

Συστήνεται στην ασθενή να αποφεύγει τη θέση Fowler καθώς και την πίεση κάτω από τα γόνατα για να προληφθεί η στάση του αίματος. Η ασθενής βοηθούμενη από το νοσηλευτικό προσωπικό αλλάζει θέση κάθε 2 ώρες και αναπνέει βαθειά προκειμένου να προληφθούν αναπνευστικές διαταραχές. Η ασθενής έχει ενημερωθεί για τις αναπνευστικές ασκήσεις εκ των προτέρων, δηλαδή πριν την εγχείρηση.

Γίνεται επισκόπηση των κατω άκρων της, για εμφάνιση κίρσων.

Τονίζεται η μεγάλη αξία των ασκήσεων των κάτω άκρων για την πρόληψη της θρομβοφλεβίτιδας και ενθαρρύνεται να τις επαναλαμβάνει συχνά. Εκτός αυτού απαραίτητη έμφαση δίδεται στην ένδυση της ασθενούς με ελαστικές κάλτσες, οι οποίες βοηθούν την κυκλοφορία του αίματος. Έτσι προλαμβάνονται οι κυκλοφορικές διαταραχές.

Γίνεται συχνά παρακολούθηση της ασθενούς για εμφάνιση τυχόν αιμορραγίας γιατί είναι δυνατόν να χρειασθεί επανεισαχθεί στο χειρουργείο για αιμόσταση σε περίπτωση υπερβολικής αιμορραγίας. Επίσης, υπολογίζεται το αίμα που χάνεται ζυγίζοντας τις γάζες μετά την αφαίρεση τους. Κατόπιν ζυγίζονται οι στεγνές, η διαφορά μεταξύ βρεγμένων και στεγνών γαζων είναι το αίμα που χάνεται, η ποσότητα του οποίου καταγράφεται.

Γίνεται τοποθέτηση ρινογαστρικού σωληνα στη χειρουργημένη εφόσον έχει δοθεί τέτοια εντολή. Χορηγούνται περιορισμένα υγρά και τροφές λόγω της κοιλιακής διάτασης που υπάρχει αρχικώς. Όταν επανέλθει ο περισταλτισμός του εντέρου χορηγούνται υγρά και μαλακή δίαιτα.

Όσον αφορά τις αλλαγές τραυματων, οι πρώτες εκτελούνται από το γιατρό και οι επόμενες από τη νοσηλεύτρια. Κατά την εκτέλεση των αλλαγών, αφού πρώτα ενημερώνεται η ασθενής, τοποθετείται στην κατάλληλη θέση προσέχοντας ώστε να εκτίθεται κατά το δυνατόν λιγότερο. Αφού αφαιρεθούν οι ταινίες λευκοπλάστ παράλληλα, κι όχι κάθετα προς το δέρμα, απομακρύνονται οι παλιές γάζες με λαβίδα ή με γάντια και πετιούνται αμέσως στη σακούλα. Τα εργαλεία τοποθετούνται πάντα μέσα σε δοχείο. Η αλλαγή πραγματοποιείται τηρώντας όλους τους όρους ασηψίας και αντισηψίας. Αν υπάρχει η παραμικρή αμφιβολία για την ασηψία ενός εργαλείου ή επιδεσμικού υλικού, θεωρείται μολυσμένο και δεν χρησιμοποιείται. Επίσης το μολυσμένο υλικό δεν αγγίζεται με γυμνό χέρι.

Εάν το τραύμα έχει σωλήνα παροχέτευσης οι γάζες βρεχονται και είναι δυνατόν η δυσσομία να επιφέρει ναυτία στην ασθενή. Γι' αυτό το λόγο γίνονται συχνές αλλαγές γαζων στο μεσοδιάστημα των κανονικών αλλαγών. Αν οι γάζες είναι προσκολλημένες στους ιστούς, εφυγραίνονται με υπεροξείδιο του υδρογόνου. Όταν ο χειρουργός κόψει το σωλήνα παροχέτευσης, υπάρχει έτοιμη αποστειρωμένη καρφίτσα ασφαλείας που εφαρμόζεται στο νέο άκρο του σωλήνα. Όταν ο σωλήνας παροχέτευσης συνδέεται με φιάλη συλλογής εκκρίσεων, δίδεται προσοχή ώστε ο σωλήνας να μην αναδιπλώνεται ούτε να συμπιέζεται.

Συχνά το δέρμα γύρω από το τραύμα ερεθίζεται από τα υγρά παροχέτευσης. Σε αυτές τις περιπτώσεις χρησιμοποιούνται προστατευτικά, όπως βαζελινούχες γάζες, αλοιφές νιτροφουραζίνης μετά από ιατρική εντολή. Επίσης στο εμπόριο διατίθεται εναιώρημα σιλικόνης, το οποίο μπορεί να ραντιστεί πάνω από την συγκολλητική ταινία και έτσι κλείνεται η επίδεση υδατοστεγώς και μπορεί η ασθενής να κάνει λουτρό καθαριότητας, ενώ συγχρόνως προστατεύεται η περιοχή από μόλυνση. Το εναιώρημα είναι άοσμο, άχρωμο, άφλεκτο, δεν αφήνει κηλίδες, είναι σταθερό στη θερμότητα και δεν είναι αλλεργιογόνο. Χρησιμοποιείται κατόπιν ιατρικής εντολής. Τέλος, στο δελτίο παρακολούθησης της ασθενούς καταγράφεται η κατάσταση του τραύματος και του επιδεσμικού υλικού.

Πολύ σπουδαίο ρόλο παίζει η έγκαιρη έγερση της χειρουργημένης. Πρέπει εντός των 24-48 πρώτων μετεγχειρητικών ωρών να εγερθεί. Τονίζεται στην ασθενή η σπουδαιότητα της έγκαιρης έγερσης εφόσον συμβάλλει στην πρόληψη πνευμονικών και κυκλοφορικών επιπλοκών, στη μείωση του μετεγχειρητικού πόνου, στην επιτάχυνση της επούλωσης του τραύματος, στην συντόμευση του χρόνου επιστροφής, στην πλήρη δίαιτα και τελικά στη μείωση του χρόνου παραμονής της στο νοσοκομείο.

Εάν πρόκειται για υπερήλικα ασθενή η νοσηλεύτρια την τοποθετεί πρώτα στην ανάρροπη θέση και αφού βεβαιωθεί ότι δεν ζαλίζεται τοποθετείται σε καθιστή θέση με τα άκρα κρεμασμένα και τέλος σηκώνεται .

Αν όμως δεν είναι δυνατή η έγκαιρη έγερση τότε της υποδεικνύεται μια σειρά ασκήσεων που αρχίζουν εντός του πρώτου 24ωρου και αντικαθιστούν στην έγερση. Αυτές είναι αναπνευστικές ασκήσεις για πλήρη έκπτυξη των πνευμόνων, ασκήσεις άκρων χεριών, και άκρων ποδιών, ασκήσεις βραχιόνων πλήρους τροχιάς στην κατ' ώμον άρθρωση, ασκήσεις σύσπασης γλουτιαίων και κοιλιακών μυών και τέλος ασκήσεις προετοιμασίας της ασθενούς για έγερση από το κρεβάτι .

Σημαντικό μέλημα της νοσηλεύτριας είναι να φροντίσει για την καλή θρέψη της χειρουργημένης. Το πρώτο 24ωρο η ασθενής δεν λαμβάνει τίποτα από το στόμα. Έτσι χορηγούνται ενδοφλεβίως οροί γλυκόζης και ηλεκτρολύτες, σύμφωνα με την οδηγία του γιατρού, δίνοντας ιδιαίτερο βάρος στο κάλιο αν μάλιστα η ασθενής έχασε πολλά υγρά. Όταν αρχίζει η διατροφή από το στόμα η ασθενής πρέπει να λαμβάνει πρωτεΐνες που συμβάλλουν στην επούλωση του τραύματος, όλες τις βιταμίνες και ιδιαίτερα την Κ, που συμβάλλει στο σχηματισμό προθρομβίνης. Η ασθενής πρέπει να πάρει πλήρη δίαιτα όσο το δυνατόν γρηγορότερα, γιατί η καλή διατροφή θα μειώσει τη διάρκεια της ανάρρωσης, όπως και τις επιπλοκές της.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΙΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ

α) Πόνος

Πρόκειται για μια πρώιμη μετεγχειρητική δυσχέρεια. Ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται στο τραύμα. Ο ισχυρότερος όμως πόνος εμφανίζεται τις πρώτες 12 έως 36 ώρες και υποχωρεί μετά τις 48. Όταν η ασθενής πονά της ζητείται να εντοπίσει τον πόνο και να τον περιγράψει δηλαδή, αν είναι οξύς ή αμβλύς, συνεχής, ή διαλείπων. Επίσης, ερωτάται αν ακτινοβολεί και προς τα πού, αν έχει σχέση με την αναπνοή και αν τη νύχτα επιδεινώνεται. Όλες αυτές οι πληροφορίες καταγράφονται και γνωστοποιούνται στο χειρουργό.

Το αίσθημα του πόνου γίνεται ισχυρότερο με το βήχα, τον εμετο και τις αναπνευστικές κινήσεις. Εάν η ασθενής είναι ηλικιωμένη ο πόνος είναι λιγότερο οξύς από ό,τι σε μια νέα ή μεσήλικα. Τοποθετείται η ασθενής σε θέση χαλάρωσης των μυών για μερική ανακούφιση του πόνου. Αναλγητικά δεν χορηγούνται προτού δηλώσει η ίδια η ασθενής ότι πονάει. Χορηγείται το είδος του αναλγητικού και η δόση που έχει ορισθεί από το γιατρό.

Εξ αλλου δεν παραλείπεται η επισταμένη εξέταση του τραύματος για διαπίστωση ύπαρξης κάποιων άλλων παραγόντων που επιδεινώνουν τον πόνο της ασθενούς. Έτσι εξετάζονται οι σφικτές επιδέσεις, οι σωλήνες παροχέτευσης όπως και οι καρφίτσες ασφαλείας. Επίσης, ελέγχεται συχνά η πίεση της χειρουργημένης γιατί χαμηλή και ασταθής αρτηριακή πίεση μπορεί να αποτελεί προειδοποίηση για χορήγηση μορφίνης.

β. Έμετος

Ο έμετος και η ναυτία είναι από τις συνηθισμένες μετεγχειρητικές δυσχέρειες, αν και τελευταία έχει ελαττωθεί κατά πολύ η εμφάνισή τους λόγω των νέων αναισθητικών και αντιεμετικών φαρμάκων. Όταν η ασθενής έχει εμέτους τοποθετείται το κεφάλι της προς τα πλάγια και δίπλα της τοποθετείται το νεφροειδές για αποφυγή εισρόφησης.

Το νεφροειδές απομακρυνεται αμέσως μετά τον έμετο και καθαρίζεται γιατί η παρουσία του εκεί θα προκαλέσει επιπρόσθετη ναυτία και έμετο στη χειρουργημένη. Στο τέλος, κάθε έμετου καθαρίζεται το στομα της ασθενούς.

Επίσης, λαμβάνεται φροντίδα για τη διατήρηση του ιματισμού καθαρού. Ο έμετος που εμφανίζουν συνήθως οι χειρουργημένοι οφείλεται στην αποδρομή της δράσης του αναισθητικού και συνήθως διαρκεί 2 έως 8 ώρες χωρίς να χρειάζεται κάποια ιδιαίτερη αντιμετώπιση παρά μόνον την πλύση στόματος. Ένας έμετος όμως που διαρκεί όλη την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα και νύχτα μπορεί να οφείλεται σε παρενέργειες από την αναισθησία, σε ευαισθησία σε φάρμακα και εμφανίζεται μετά τη χορήγησή τους ή τέλος μπορεί να οφείλεται σε παράλυση της εντερικής λειτουργίας για μεγάλη περίοδο εξαιτίας σοβαρής βλάβης των κοιλιακών οργάνων κατά την εγχείρηση. Στην τελευταία περίπτωση εφαρμόζεται ρινογαστρική αναρρόφηση με εντολή γιατρού.

Κάθε φορά που η ασθενής έχει εμέτους εξετάζεται το ποσό, η συχνότητα, η χροιά και η οσμή των εμεσμάτων και καταγράφονται στο νοσηλευτικό δελτίο.

γ) Δίψα

Η δίψα που παρατηρείται μετά από μια χειρουργική επέμβαση οφείλεται στην αναστολή εκκρίσεων από τη χορήγηση της ατροπίνης και στην απώλεια μεγάλης ποσότητας υγρών κατά την επέμβαση.

Τις πρώτες ώρες αντιμετωπίζεται η δίψα της ασθενούς πλένοντας συχνά την στοματική της κοιλότητα και υγραίνοντας τα χείλη και τη γλώσσα της με γάζα ή βαμβάκι εμποτισμένα σε δροσερό νερό. Αμέσως μετά την παύση της ναυτίας και αφού επανέρχεται η περισταλτικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα χορηγούνται υγρά δια της πεπτικής οδού, εφόσον υπάρχει η αντίστοιχη οδηγία από το γιατρό.

δ) Ανησυχία - Δυσφορία

Η χειρουργημένη εμφανίζει αυτές τις δυσχέρειες όταν το επιδερμικό υλικό του τραύματος είναι βρεγμένο, όταν έχει επίσχεση ούρων, μετεωρισμό και λόξυγγα ή τέλος αϋπνία. Η νοσηλεύτρια σε αυτές τις περιπτώσεις ενθαρρύνει την ασθενή, την τονώνει ψυχολογικά και της υποδεικνύει κάποια απασχόληση κατά τη διάρκεια της ημέρας. Λίγο πριν τον ύπνο ιδιαίτερα βοηθητική είναι μια ελαφρά εντριβή στη ράχη και τον αυχένα. Χαμηλώνονται τα φώτα και γίνεται προσπάθεια να μειωθούν οι θόρυβοι στο ελάχιστο. Της δίδεται επίσης ένα ζεστό ρόφημα, κάτι που είναι βοηθητικό για τον ύπνο, εάν φυσικά επιτρέπεται.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΟΡΝΤΙΔΑ ΣΤΙΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

1) Επιπλοκές από το αναπνευστικό σύστημα

Πρόκειται για τις συχνότερες και τις σοβαρότερες που έχει να αντιμετωπίσει η νοσηλεύτρια. Γι' αυτό όταν ο άρρωστος πάσχει από μια οξεία νόσο του αναπνευστικού συστήματος, η επέμβαση αναβάλλεται εκτός βέβαια από επείγουσες περιπτώσεις. Οι επιπλοκές που συνήθως εμφανίζονται είναι οι εξής:

α) Ατελεκτασία - Πνευμονία:

Ατελεκτασία είναι η πλήρης απόφραξη του βρόγχου από τις βλενώδεις εκκρίσεις. Έτσι εμποδίζεται ο αερισμός του πνευμονικού παρεγχύματος και δεν εκπτύσσεται ο πνευμονικός ιστός. Αυτή η κατάσταση μπορεί να οφείλεται σε χρόνιες ή οξείες πνευμονικές νόσους, σε φαρυγγικές λοιμώξεις, σε πολύ βαθιά αναισθησία, σε ξήρανση εκκρίσεων από υπερβολική χρήση ατροπίνης σε χρησιμοποίηση μυοχαλαρωτικών που δεν εξουδετερώνονται επαρκώς, σε αναπνευστική καταστολή από απρόσεκτη χρήση μορφίνης, σε εισρόφηση εμεσμάτων κλπ. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα εδώ είναι η δύσπνοια.

Σε βρογχοπνευμονία η ασθενής παρουσιάζει βήχα παραγωγικό, θερμοκρασία αυξανόμενη και συχνό σφυγμό. Στη λοβώδη πνευμονία, που είναι πιο σπάνια, η ασθενής εμφανίζει αυξημένη θερμοκρασία, ρίγη, αύξηση συχνότητας σφυγμού και ανάπνοών. Συνυπάρχει βήχας.

Σε αυτές τις περιπτώσεις η νοσηλεύτρια δρα ως εξής: παρακολουθεί στενά και αδιάκοπα την ασθενή μέχρι την τελευταία και ολοκληρωτική απονάρκωσή της. Όταν έρχεται από το χειρουργείο τοποθετείται αμέσως σε ζεστό κρεβάτι και προστατεύεται από ρεύματα αέρα. Πρέπει να τοποθετηθεί έγκαιρα στην ανάρροπη θέση και να αλ-

λάζει συχνά θέση για να αποφύγει την πνευμονική στάση του αίματος.

Επίσης η νοσηλεύτρια συμβουλεύει την ασθενή να παίρνει τουλάχιστον 10 βαθιές αναπνοές κάθε ώρα, να βήχει έτσι ώστε να απομακρύνονται οι βλεννώδεις εκκρίσεις από το βρογχικό δέντρο και να επιτυγχάνεται ο αερισμός του, όπως επίσης και να κάνει κινήσεις των άκρων. Απαραίτητη είναι η περιποίηση στόματος και αντισηψία ρινοφάρυγγα. Ακόμα προτρέπει την ασθενή να παίρνει υγρά και χορηγεί αποχρεμπτικά και δυναμωτικά φάρμακα κατόπιν ιατρικής εντολής. Γίνεται μέτρηση και καταγραφή, σε συχνά χρονικά διαστήματα, των ζωτικών σημείων της ασθενούς.

β) Πνευμονική εμβολή:

Εδώ, ένας θρόμβος αίματος αποσπάστηκε από το σημείο που πρωτοδημιουργήθηκε, προωθήθηκε μέσα στην πνευμονική αρτηρία και έφραξε κάποιον κλάδο μικρό ή μεγάλο. Η ασθενής εμφανίζει εντονότατο πόνο στο θώρακα, αδυναμία να αναπνεύσει, κυάνωση, αγωνία. Διαστέλλονται οι κόρες των ματιών της και την περιλούει κρύος ιδρώτας. Ο σφυγμός της είναι συχνός και άρρυθμος και όσο περνά η ώρα γίνεται αφηλάφητος. Είναι δυνατόν δε η ασθενής να οδηγηθεί στο θάνατο.

Προκειμένου να προληφθεί η επιπλοκή αυτή εξασφαλίζεται καθιστή θέση της ασθενούς στο κρεβάτι. Της συστήνεται να παίρνει βαθιές αναπνοές και να εκτελεί ελεύθερες και συχνές ασκήσεις των κάτω άκρων μετά το πρώτο 24ωρο. Είναι πολύ σημαντικό να εγείρεται όσο πιο συχνά γίνεται, εφόσον το επιτρέπει η κατάστασή της. Ακόμα της υποδεικνύεται να μην χρησιμοποιεί στενές επιδέσεις του στήθους ή της κοιλιάς για να μην περιορίζονται οι κινήσεις των θωρακικών μυών και του διαφράγματος.

Η ασθενής παρακολουθείται για εμφάνιση συμπτωμάτων πνευμονικής εμβολής. Αν συμβεί αυτό ακινητοποιείται πλήρως και χορηγείται

οξυγόνο, ειδοποιείται δε έγκαιρα ο γιατρός. Αν η ασθενής δεν αποβιώσει μέσα σε 30 λεπτα υπάρχει ελπίδα να αναρρώσει.

γ) Ασφυξία:

Το κύριο σύμπτωμα εδώ είναι η δυσκολία στην αναπνοή, η κυάνωση και οι ακανόνιστες αναπνοές. Η ασφυξία μπορεί να προκληθεί από εισρόφηση εμεσμάτων, από επίδραση της νάρκωσης στο κέντρο της αναπνοής, ή από πτώση της κάτω γνάθου κατά την οποία παρασύρεται η γλώσσα προς τα πίσω και αποφράζει με την επιγλωττίδα τον λάρυγγα.

Προκειμένου να προφυλαχθεί η ασθενής από ασφυξία τοποθετείται το κεφάλι της στο πλάι κατά την απονάρκωση για αποφυγή εισρόφησης εμεσμάτων. Επίσης, δεν παραλείπεται ο καθαρισμός του στόματος με βαμβάκι ή port cotton για να απαλλαγεί από τις εκκρίσεις. Συστήνεται συνεχώς στην ασθενή να παίρνει βαθιες αναπνοές για να αποβάλει την νάρκωση.

Σε περίπτωση που εμφανισθεί ασφυξία πρέπει να πιεσθούν γωνίες της κάτω σιαγόνας προς τα άνω με τα τέσσερα δάκτυλα των δύο χεριών, ενώ με τους αντίχειρες ανοίγεται το στόμα και γίνεται προσπάθεια να τραβηχτεί η γλώσσα προς τα εμπρός. Εάν εμφανίσει δύσπνοια χωρίς ταυτόχρονη απόφραξη αναπνευστικής οδού χορηγείται οξυγόνο (O_2).

δ) Βρογχίτιδα:

Αυτή εμφανίζεται συνήως τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες. Εμφανίζεται βήχας με απόχρεμψη χωρίς διαφοροποίηση των ζωτικών σημείων. Χορηγούνται αντιβιοτικά σύμφωνα με ιατρική οδηγία. Επίσης ιδιαίτερα βοηθητική μέθοδος θεραπείας είναι η εισπνοή ομίχλης ή ατμών.

2) Επιπλοκές από το κυκλοφορικό σύστημα

α) Αιμορραγία:

Η αιμορραγία μπορεί να είναι εσωτερική ή εξωτερική και μπορεί να οφείλεται, στην μη ικανοποιητική απολίπωση των αγγείων ιδιαίτερα των τριχοειδών, στις βίαιες και απότομες κινήσεις της ασθενούς και στη μη καλή πήκτικότητα του αίματος.

Παρακολουθείται η χειρουργημένη για συμπτώματα αιμορραγίας, τα οποία είναι: πτώση της θερμοκρασίας και της αρτηριακής πίεσης, εφίδρωση, σφυγμός γρήγορος και νηματοειδής, ψυχρό πρόσωπο και άκρα, αναπνοή βραδεία και ασθμαίνουσα, ωχρότητα δέρματος, ανησυχία και εμφάνιση εξωτερικής αιμορραγίας. Με την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων αιμορραγίας τίθεται η ασθενής σε ακινησία, λαμβάνονται συνεχώς ζωτικά σημεία τα οποία και καταγράφονται και ειδοποιείται ο γιατρός.

Επί εξωτερικής αιμορραγίας τοποθετείται πιεστικός επίδεσμος στο σημείο της αιμορραγίας. Επί εσωτερικής αιμορραγίας δεν χορηγείται δεν χορηγείται στην ασθενή τίποτα από το στόμα. Ειδοποιείται η τράπεζα αίματος προκειμένου να ετοιμάσει το κατάλληλο αίμα και ετοιμάζεται δίσκος ενέσεων με αιμοστατικά φάρμακα τα οποία θα χορηγηθούν μετά από εντολή γιατρού. Δεν παραλείπεται η τόνωση του ηθικού της ασθενούς και η ενθάρρυνση αυτής. Σε περίπτωση υπερβολικής αιμορραγίας ίσως χρειασθεί να επιστρέψει στο χειρουργείο για αιμόσταση. Ελέγχεται η ροή των υγρών γιατί η ταχεία χορήγησή τους μπορεί να αυξήσει πολύ την πίεση και ξαναρχίσει η αιμορραγία.

β) Ολιγαιμικό shock:

Πρόκειται για μια από τις πιο σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές και ορίζεται ως η δυσαναλογία μεταξύ χωρητικότητας του κυκλο-

φορικού συστήματος και όγκου του κυκλοφορούμενου αίματος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την κυκλοφορική κατάπτωση. Μπορεί να προκληθεί από μεγάλη απώλεια αίματος, πλάσματος ή νερού. Η νάρκωση, ο ψυχικός κλονισμός (νευρογενές shock), και ο ισχυρός πόνος συντελούν στην επιδείνωση του.

Παρακολουθείται στενά η χειρουργημένη για εμφάνιση συμπτωμάτων shock τα οποία είναι τα εξής: πτώση θερμοκρασίας και αρτηριακής πίεσης, επιπόλαιη και ανώμαλη αναπνοή, σφυγμός μικρός, συχνός και μόλις αισθητός, ωχρό δέρμα και βλεννογόνος, ψυχρά άκρα, ψυχρή εφίδρωση, απλανές και αδιάφορο βλέμμα, μεγάλη καταβολή δυνάμεων, μείωση αισθητικότητας και κινητικότητας.

Τα μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση του shock είναι: αφαίρεση μαξιλαριού από το κεφάλι της ασθενούς και ανύψωση του κάτω μέρους του κρεβατιού με κύβους για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου. Θέρμανση της ασθενούς με προσθήκη ελαφρών κουβερτών και θερμοφόρων που τοποθετούνται πάνω από την πρώτη κουβέρτα για αποφυγή εγκαυμάτων. Περιορισμός των κινήσεων της ασθενούς στο ελάχιστο, για μείωση των καύσεων του οργανισμού. Καρδιοτόνωση και χορήγηση πλήρους αίματος ή πλυμένων ερυθρών μετά από εντολή γιατρού. Χορήγηση θερμών υγρών από το στόμα αν η κατάσταση της ασθενούς το επιτρέπει. Συνεχής λήψη ζωτικών σημείων, και καταγραφή τους. Τοποθέτηση καθετήρα Foley κατόπιν ιατρικής οδηγίας για μέτρηση του όγκου των ούρων, του ειδικού βάρους, και της παρουσίας αιμοσφαιρίνης. Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως με ελεγχόμενη ροή γιατί η ταχεία χορήγηση τους μπορεί να επιφέρει αύξηση της πίεσης και συνεπώς αύξησης της αιμορραγίας. Συχνός προσδιορισμός ηλεκτρολυτών, αερίων αίματος, ανάλυσης ούρων, ουρίας, κρεατινίνης, σακχάρου αίματος, πήξης, ροής, αιμοσφαιρίνης, αιματοκρίτη.

γ) Θρομβοφλεβίτιδα:

Κατά την θρομβοφλεβίτιδα το τοίχωμα της φλέβας φλεγμαίνει και σχηματίζεται εντός της θρόμβος αίματος. Μπορεί να είναι μια ήπια ή βαρειά κατάσταση. Συνήθως προσβάλλεται το αριστερό πόδι. Τα αίτια, τα οποία και πρέπει να αποφευχθούν, κατά το δυνατόν, είναι τα ακόλουθα: επιβράδυνση της κυκλοφορίας στα κάτω άκρα εξαιτίας του μειωμένου μεταβολισμού και της κυκλοφορίας, ή βλάβη της φλέβας από υπερβολική πίεση εξαιτίας πρόσδεσης ή υποστηριγμάτων.

Τα συμπτώματα, για τα οποία παρακολουθείται η ασθενής είναι ο πόνος και η σύσπαση της κνήμης. Μετά από 2 ημέρες εμφανίζεται οίδημα επώδυνο σε όλο το κάτω άκρο και μικρή αύξηση θερμοκρασίας και σπανιότερα ρίγος και εφίδρωση. Πολλές φορές η φλέβα ψηλαφείται και δίνει την εντύπωση σκληρής μάζας. Ο μεγάλος κίνδυνος της θρομβοφλεβίτιδας είναι η πιθανή αποκόλληση του θρόμβου από το τοίχωμα της φλέβας με αποτέλεσμα την πρόκληση πνευμονικής εμβολής.

Συστήνεται στην ασθενή να θέσει το κάτω άκρο σε απόλυτη ακινησία για να μην μετακινηθεί ο θρόμβος. Τοποθετείται στεφάνη για να σηκώνει το βάρος των κλινοσκεπασμάτων. Χορηγείται αντιπηκτική αγωγή, ιδιαίτερα δε ηπαρίνη, κατόπιν εντολής γιατρού. Ελέγχεται συχνά ο χρόνος πήξης του αίματος. Τοποθετείται ελαφρά πιεστική περίδεση από τα δάκτυλα ως τις βουβώνες, με ελαστικό συγκολλητικό επίδεσμο ή ελαστικές κάλτσες. Αυτή η περίδεση εμποδίζει τη λίμναση του αίματος στα κατω άκρα και μειώνει τον πόνο. Ελέγχονται συχνά τα ζωτικά σημεία της ασθενούς. Η έγερσή της θα καθορισθεί από το γιατρό.

Πολύ σημαντικό ρόλο παίζει η πρόληψη της θρομβοφλεβίτιδας η οποία συνίσταται στα εξής: Εκτέλεση ασκήσεων κάτω άκρων, οι οποίες γίνονται γνωστές εκ των προτέρων. Ενθάρρυνση της χειρουργημένης να εγείρεται από το κρεβάτι όσο πιο συχνά και έγκαιρα είναι

δυνατόν. Δεν πρέπει να υπάρχει υποστήριγμα κάτω από τα γονατά, ούτε να κάθεται στο χείλος του κρεβατιού με κρεμασμένα τα κάτω άκρα.

3) Επιπλοκές από το πεπτικό σύστημα

α) Παρωτίτιδα

Πρόκειται για φλεγμονή των παρώτιων αδένων και συνήθως εμφανίζεται 3-4 ημέρες μετά την εγχείρηση. Οφείλεται σε αφυδάτωση, έλλειψη καθαριότητας στοματικής κοιλότητας ή στην μείωση μασητικών κινήσεων λόγω υγρής ή πολτώδους δίαιτας. Εμφανίζονται τα κλασσικά συμπτώματα μιας φλεγμονής δηλαδή πόνος, οίδημα, πυρετός. Λαμβάνεται φροντίδα για την επαρκή ενυδάτωση της ασθενούς εφόσον επιτρέπεται η λήψη υγρών από το στόμα, καθώς και συχνή εφύγραση και καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας. Επίσης η ασθενής πρέπει να λάβει όσο πιο γρήγορα γίνεται τροφή από το στόμα εφόσον επιτρέπεται, προκειμένου να εκτελούνται οι μασητικές κινήσεις.

β) Διαταση στομάχου:

Αυτή η κατάσταση οφείλεται στην υποτονία των μυών του στομάχου λόγω της δράσης της νάρκωσης, και στη μείωση της λειτουργικότητάς του λόγω της υγρής διατροφής της ασθενούς, ή ακόμα και στην ελλιπή προεγχειρητική καθαριότητα του εντερικού σωλήνα. Παρακολουθείται η ασθενής για εμφάνιση συμπτωμάτων τα οποία είναι: μετεωρισμός κοιλιάς, δυσφορία και βάρος στο επιγάστριο, λόξυγκας και δύσπνοια επειδή πιέζεται το διάφραγμα από το διατεταμένο στομάχι. Επίσης εμφανίζονται αραιοί έμετοι χρώματος σκοτεινού πρασινόφαιου ή μαύρου με δυσάρεστη οσμή. Εάν όμως υπάρχει τριχοειδής αιμορραγία του στομάχου από τη διάταση, τα εμέσματα είναι σκούρα καφέ. Η άρρωστη οδηγείται σε διαταραχή του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών

επειδή με τους εμέτους χάνει αρκετά υγρά.

Παρακολουθείται η ασθενής για εμφάνιση συμπτωμάτων από τη διάταση. Επί εμέτων τοποθετείται στο πλάι το κεφάλι της για αποφυγή εισρόφησης και λαμβάνεται φροντίδα για την καθαριότητα του στόματος και των κλινოსκεπασμάτων. Παρατηρείται και καταγράφεται η ποσότητα, η οσμή και η χροιά των εμεσμάτων. Επί συνεχών εμέτων ετοιμάζονται τα απαραίτητα αντικείμενα για την τοποθέτηση του Levin στο στομάχι. Επίσης, τηρείται ισοζυγιο υγρών και ηλεκτρολυτών, προκειμένου να υπολογίζονται τα υγρά που χάνει η χειρουργημένη. Ακόμα λαμβάνεται φροντίδα για την όσο πιο γρήγορη χορήγηση κανονικής τροφής στην ασθενή, εφόσον επιτρέπεται.

γ) Διάταση εντέρου - Δυσκοιλιότητα:

Είναι μια πολύ συνηθισμένη μετεγχειρητική επιπλοκή. Οφείλεται σε τραυματισμό του εντέρου κατά τη διάρκεια της επέμβασης, σε τοπική φλεγμονή, σε περιτονίτιδα, σε επίδραση της νάρκωσης που επιφέρει υποτονία των μυών του εντέρου, σε ανεπαρκή καθαριότητα του εντερικού σωλήνα προεγχειρητικά καθώς και στη μείωση της κινητικότητας της άρρωστης μετά την επέμβαση.

Τα συμπτώματα που εμφανίζει η ασθενής είναι μετεωρισμός κοιλιάς και κωλικοί πόνοι από τη συσσώρευση αερίων στο έντερο, τα οποία δεν μπορεί να αποβάλλει. Τα μέτρα που λαμβάνονται είναι τα εξής: Πριν την εγχείρηση λαμβάνεται φροντίδα για την σωστή καθαριότητα του εντέρου. Μετά την εγχείρηση βοηθάται η ασθενής να αποβάλλει, όσο πιο γρήγορα γίνεται, τη νάρκωση. Τονίζεται η μεγάλη σημασία της έγκαιρης έγερσης, για την αποφυγή της δυσκοιλιότητας ή ακόμα και της συχνής αλλαγής θέσης πάνω στο κρεβάτι. Επίσης χορηγούνται άφθονα υγρά και εφαρμόζεται χαμηλός υποκλισημός και σωλήνας αερίων μετά από ιατρική εντολή, και σημειώνονται τα θετικά

ή αρνητικά αποτελέσματά τους. Σε περίπτωση που η ασθενής είχε χρόνια δυσκοιλιότητα και λάμβανε υπακτικά τότε χορηγούνται αυτά τα βοηθητικά μέτρα μετά από οδηγία του γιατρού.

δ) Λόξυγας:

Πρόκειται για διαλείποντα σπασμό του διαφράγματος που οφείλεται σε ερεθισμό του φρενικού νεύρου. Είναι δυνατόν ο ερεθισμός να είναι άμεσος εξαιτίας περιτονίτιδας, διάτασης κοιλίας ή πλευρίτιδας, έμμεσος, εξαιτίας τοξιναιμίας ή αντανακλαστικός εξαιτίας εκθέσεως σε ψύχος ή λήψης πολύ κρύων ή πολύ ζεστών υγρών. Μπορεί δε ο λόξυγας να επιφέρει εξαιρετικά σοβαρές διαταραχές όπως έμετοι, κακή θρέψη, εξάντληση, διαταραχή οξεοβασικής ισορροπίας και ρήξη τραύματος.

Προκειμένου να προληφθεί η εμφάνιση λόξυγας εκτελούνται αναρροφήσεις από το στομάχι και το έντερο, αφαιρούνται σωλήνες παροχέτευσης όπως και η πιεστική επίδεση σε πλευρίτιδα. Επί εμφάνισης του δίδεται στην ασθενή μισό ποτήρι νερό στο οποίο έχει διαλυθεί ένα κουταλάκι σόδας, κομματια πάγου, ξύδι, αλάτι ή ζάχαρη. Της συστήνεται να κατακρατήσει την αναπνοή λαμβάνοντας ταυτόχρονα κρύο νερό. Επίσης της προτείνεται να πιέσει τους οφθαλμικούς βολβούς με κλειστά βλέφαρα για λίγα λεπτά. Μπορεί επίσης να προκληθεί έμετος ή να εκτελεσθεί πλύση στομάχου σαν μέτρα κατά του λόξυγας.

4) Επιπλοκές από το ουροποιητικό σύστημα

α) Επίσχεση ούρων - Διάταση κύστης:

Η κατακράτηση των ούρων στην κύστη οφείλεται είτε σε υποτονία των κοιλιακών τοιχωμάτων λόγω δράσης της νάρκωσης είτε σε σύσπαση

του σφιγκτήρα. Τα μέσα που χρησιμοποιούνται για τη λύση της επί-
σχεσης είναι τα εξής: συχνή αλλαγή της θέσης της ασθενούς, έγχυση
χλιαρού νερού στο αιδοίο ή στο δοχείο προκειμένου να δράσει χαλα-
ρωτικά στον σφιγκτήρα της ουροδόχου κύστεως, άνοιγμα της βρύσης
προκειμένου η ελεύθερη ροή του νερού να διευκολύνει την ούρηση,
χορήγηση σπασμολυτικού υποθέτου μετά από ιατρική εντολή. Εφόσον
δεν επέρχεται κανένα αποτέλεσμα από αυτά τα μέσα, τότε στην έσχατη
πλέον ανάγκη εκτελείται καθετηριασμός κύστης μετά από εντολή για-
τρού.

β) Ουραιμία:

Πρόκειται για μια τοξική κατάσταση που οφείλεται στην κατα-
κράτηση των άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού των λευκωμάτων, εξ
αιτίας βλάβης του ουροποιητικού συστήματος ή μόλυνσης του νεφρικού
ιστού, ή συμπύκνωσης του αίματος εξαιτίας μεγάλης αφυδάτωσης με
αποτέλεσμα την αύξηση της ουρίας στο αίμα. Μια άλλη αιτία μπορεί
να είναι η μείωση του αίματος που φτάνει στους νεφρούς, εξαιτίας
κυκλοφοριακού shock ή θρόμβωσης των νεφρικών αγγείων.

Η ασθενής εμφανίζει καταβολή δυνάμεων, κεφαλαλγία, ναυτία και
εμέτους, ξηρότητα δέρματος, δίψα και αφυδάτωση, ολιγουρία ή ανου-
ρία, δύσπνοια, θόλωση διανοίας, διεγέρσεις και τέλος κώμα. Βασικό
μέλημα της νοσηλεύτριας εδώ είναι να διορθώσει το αίτιο, και να
ανακουφίσει την ασθενή από τα συμπτώματα. Συγκεκριμένα, συστήνει
στην ασθενή να παραμείνει σε θέση κατάκλισης επειδή εμφανίζει κα-
ταβολή δυνάμεων. Χορηγεί αναλγητικά κατόπιν εντολής γιατρού. Κατά
τους εμέτους παραμένει κοντά της και την βοηθά. Μετρά τα προσλαμ-
βανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. Παρακολουθεί το επίπεδο συνείδησης
της και λαμβάνει προφυλακτικά μέτρα επί εμφανίσεως θόλωσης διανοί-
ας και διεγέρσεων.

5) Επιπλοκές από διαταραχές του μεταβολισμού

α) Περίσσεια νερού:

Συνήθως εμφανίζεται την 1η με 2η μετεγχειρητική ημέρα εξαιτίας της κατακράτησης νερού, ιδιαίτερα όταν χορηγούνται μεγάλες ποσότητες διαλυματος γλυκόζης 5%. Τα συμπτώματα που εμφανίζει η ασθενής είναι: σύγχυση, ψευδαισθήσεις, αδυναμία προσοχής, παράληρημα, νυσταγμός, αύξηση βάρους του σώματος, σπασμοί, ημιπληγία.

Παρακολουθείται η ασθενής για εμφάνιση συμπτωμάτων ιδιαίτερα αν είναι υπερήλικας, γιατί είναι πιο επιρρεπής. Εκτιμάται καθημερινά το βάρος της, και επί αυξήσεώς του μειώνονται τα χορηγούμενα υγρά. Επίσης τηρείται δελτίο προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

β) Οξέωση ή κέτωση:

Πρόκειται για επιπλοκή συνήθως σε άτομα πασχοντα από σακχαρώδη διαβήτη ή έχουν ακατάσχετους εμέτους ή δεν τρέφονται για αρκετές ημέρες. Αυξάνεται η παραγωγή κετονικών σωμάτων εξαιτίας της αύξησης του μεταβολισμού του λίπους και της ελάττωσης της αλκαλικής παρακαταθήκης. Προκειμένου να εξουδετερωθούν τα κετονικά σώματα καταναλώνουν βάσεις και έτσι επέρχεται διαταραχή της οξεοβασικής ισορροπίας, και της ισορροπίας υγρών.

Τα συμπτώματα που εμφανίζει η γυναίκα είναι ναυτία και έμετοι, αφυδάτωση και δίψα, ανορεξία, δύσπνοια, αδυναμία καταβολή δυνάμεων, εκπνοή σάπιου μήλου. Συστήνεται στην ασθενή να παραμείνει σε θέση κατάκλισης. Η νοσηλεύτρια παραμένει κοντά της και την βοηθά κατά τη διάρκεια των εμέτων. Χορηγούνται σακχαρούχοι οροί σε ποσότητα που ρυθμίζεται από το γιατρό.

6) Επιπλοκές από το τραύμα

α) Μολυνση τραύματος:

Τα μικρόβια που ενοχοποιούνται συνήθως είναι ο σταφυλόκοκκος, το κολοβακτηρίδιο και ο στρεπτόκοκκος. Τα συμπτώματα είναι πόνος, ερυθρότητα, θερμότητα, οίδημα, πυώδης εκροή, πυρετός, ρίγος, κεφαλαλγία και ανορεξία. Λαμβάνεται φροντίδα κατά τις αλλαγές του τραύματος να τηρούνται όλοι οι όροι ασηψίας και αντισηψίας. Λαμβάνονται συνέχεια ζωτικά σημεία από την ασθενή. Ετοιμάζονται τα απαραίτητα αντικείμενα για τη διάνοιξη και παροχέτευση του τραύματος με ελαστικό σωλήνα ή γάζα ή επαλείφεται το τραύμα με ζεστή αντισηπτική διάλυση ή άσηπτη λήψη καλλιέργειας υγρού του τραύματος. Χορηγείται αντιβίωση με εντολή γιατρού. Τοποθετούνται θερμά επιθέματα πάνω στο τραύμα κατόπιν οδηγίας του γιατρού.

β) Ρήξη τραύματος - Εκσπλάχνωση:

Συνήθως συμβαίνει σε παχύσαρκα άτομα, σε υπερήλικες που εμφανίζουν βίαιους εμέτους και έντονο βήχα. Διδάσκει την ασθενή να συγκρατεί με τις δύο παλάμες το τραύμα όταν βήχει ή κάνει έμετο. Μπορεί ακόμα να τοποθετηθεί χειρουργική ζώνη για να υποστηρίζεται το τραύμα. Σε περίπτωση που γίνει ρήξη τραύματος και εξέλθουν εντερικές έλικες καλύπτονται με αποστειρωμένο τετράγωνο εμβαπτισμένο σε φυσιολογικό ορό. Συστήνεται στην ασθενή να παραμείνει κλινήρης χωρίς να κινείται. Καθησυχάζεται και ταυτόχρονα ειδοποιείται ο γιατρός προκειμένου να τακτοποιηθεί το τραύμα στο χειρουργείο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα συνήθως συμπληρώνουν τη χειρουργική θεραπεία ή την ακτινοθεραπεία. Σκοπός τους είναι η καταστροφή των κακοήθων κυτταρων κατά τη διάρκεια μιάς ή περισσότερων φάσεων του αναπαραγωγικού τους κύκλου. Στην χημειοθεραπεία χρησιμοποιούνται σχήματα με ειδικούς συνδυασμούς έτσι ώστε να καταστρέφουν το μεγαλύτερο δυνατό αριθμό κακοήθων κυτταρων χωρίς να προκαλούν σοβαρά τοξικά φαινόμενα στον ξενιστή.

Επαναλαμβάνονται σε συνεδρίες και σπάνια φέρνουν ίαση ενώ η καταστολή της ανάπτυξης των κακοήθων κυτταρων συμβάλλει στην μείωση του πόνου.

A. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΟ ΧΕΙΡΙΣΜΟ ΤΩΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ

Κάθε φορά που χρησιμοποιείται χημειοθεραπευτικό φάρμακο χρησιμοποιούνται γάντια για να προστατεύεται το δέρμα. Εάν κατά λάθος το χημειοθεραπευτικό έρθει σε επαφή με δέρμα ή βλεννογόνο ξεπλένεται πολύ καλά η περιοχή με άφθονο νερό. Εάν όμως το χημειοθεραπευτικό φάρμακο εισέλθει στο μάτι, τότε το άτομο που προσβλήθηκε πρέπει οπωσδήποτε να επισκεφθεί οφθαλμίατρο το συντομότερο δυνατόν.

Τα αγγεία που συνήθως προτιμούνται για έγχυση του χημειοθεραπευτικού είναι στη ράχη της άκρας χειρός ή στον καρπό ή στον ωλε-

κρανικό βόθρο. Δεν βλεβοκεντείται αγγείο που χρησιμοποιήθηκε κατά την προηγούμενη χρησιμοποίηση του φαρμάκου. Αρχίζει η έγχυση με το υγρό και όχι με το χημειοθεραπευτικό και παρακολουθείται η περιοχή της φλεβοκέντησης για τυχόν υποδόρια έγχυση του υγρού. Παρακολουθείται δηλαδή η περιοχή για εμφάνιση οιδήματος, πόνου και ερυθρότητας. Αν συμβεί κάτι τέτοι διακόπτεται η έγχυση και γίνεται η φλεβοκέντηση ξανά. Αν όμως βεβαιωθεί ότι το υγρό ρέει ενδοφλέβια τότε ξεκινά η έγχυση του φαρμάκου. Δεν σταματά να ελέγχεται η περιοχή για συμπτώματα υποδόριας έγχυσης. Εάν τυχόν αυτά εμφανισθούν διαιωνίζεται η έγχυση του φαρμάκου, διατηρώντας την φλέβα ανοιχτή με έγχυση φυσιολογικού ορού και ενημερώνεται ο γιατρός.

Εφιστάται η προσοχή της ασθενούς και της οικογένειάς της κατά τη διάρκεια της έγχυσης του φαρμάκου προκειμένου να δηλώσουν αμέσως τυχόν εμφάνιση πόνου, ερυθρότητας ή οιδήματος. Αφού τελειώσει η έγχυση του χημειοθεραπευτικού φαρμάκου ξεπλένεται η βελόνα με φυσιολογικό ορό και μετά αφαιρείται. Κατόπιν καταγράφεται στο δελτίο νοσηλείας όλη η διαδικασία της έγχυσης καθώς και τυχόν επιπλοκές.

B. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΟΞΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΤΩΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ

Καταστολή του μυελού των οστών

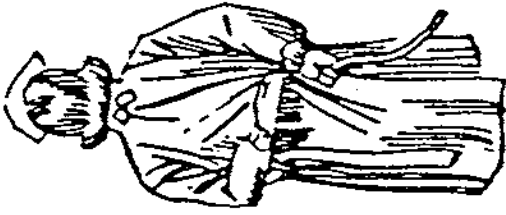
α) Λευκοπενία:

Το πρώτο βασικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει η ασθενής από τη δράση των χημειοθεραπευτικών είναι η λευκοπενία. Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος από τις εξετάσεις

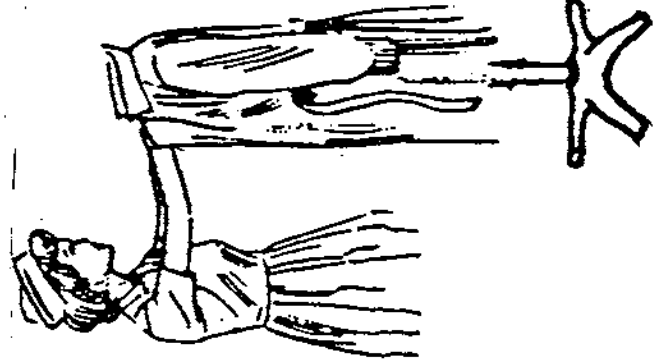
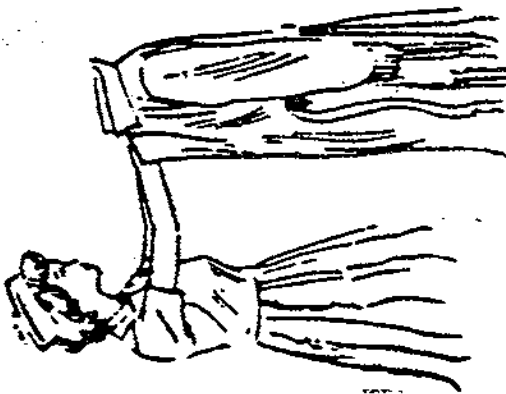
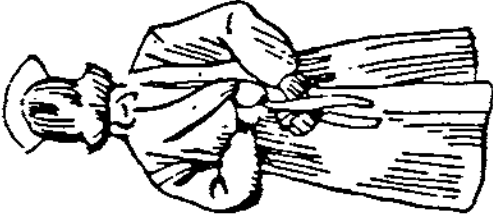
αίματος της ασθενούς. Σε απότομη πτώση των λευκών διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός. Παρακολουθείται συνεχώς η θερμοκρασία της ασθενούς γιατί αύξηση της θερμοκρασίας ίσως δηλώνει ύπαρξη φλεγμονής. Επίσης ελέγχονται το δέρμα και οι κοιλότητες για λοίμωξη, γιατί η γρήγορη διάγνωση της και θεραπεία θα προλάβει σηψαιμικές εκδηλώσεις.

Οι λοιμώξεις προλαμβάνονται με τα εξής μέτρα: Φροντίζεται σχολαστικά η προσωπική καθαριότητα της ασθενούς και αν τυχόν εμφανίσει μια διακοπή συνεχείας του δέρματος δεν παραλείπεται η συχνή απολύμανσή του. Γίνεται περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας κάθε 4-6 ώρες. Η ασθενής πλένει και στεγνώνει καλά την περιοχή του πρωκτού μετά από κάθε χρήση τουαλέτας. Εάν η ασθενής έχει ενδοφλέβια έγχυση αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 ώρες και η θέση της βελόνας κάθε 48 ώρες.

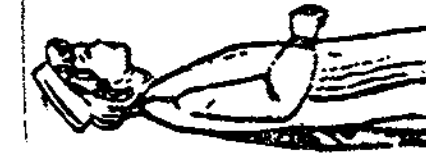
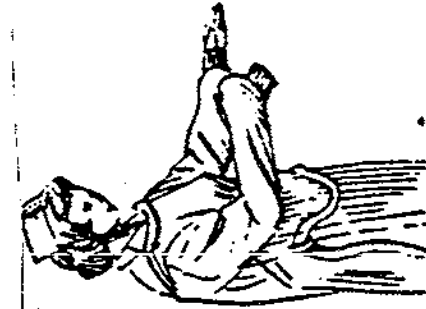
Μεγάλο κίνδυνο διατρέχει η ασθενής όταν τα λευκά αιμοσφαίρια κατέλθουν στα 1500-2000/ μm^3 . Σε αυτή την περίπτωση εφαρμόζεται τεχνική απομονώσεως. Συγκεκριμένα, ορίζεται να έχει η ασθενής δικό της δωμάτιο με ιδιαίτερο λουτρό. Αν δεν υπάρχει κενό δωμάτιο γίνονται οι ανάλογες τροποποιήσεις και μετά την επιμελημένη καθαριότητα του παραχωρείται στην ασθενή. η ασθενής δεν πρέπει να εξέρχεται του θαλάμου γιατί θα διατρέξει άμεσο κίνδυνο. Έξω από το θάλαμο τοποθετείται ένδειξη που απαγορεύει την είσοδο χωρίς μπλούζα και μάσκα. Υποδεικνύεται στους άμεσους συγγενείς της ασθενούς η τεχνική ενδύσεως δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στο ότι τα χέρια πρέπει να έρχονται σε επαφή μόνο με το εσωτερικό μέρος της προφυλακτικής μπλούζας. Η ρόμπα καλύπτει τελείως τα ρούχα. Επίσης τους εξηγείται ότι θα ήταν καλό για την ασθενή να μην έχει πολλούς επισκέπτες. Μάλιστα δε οι πάσχοντες από μεταδοτικό νόσημα να μην εισέρχονται καθόλου στο θάλαμο. Τονίζεται δε ότι πρέπει να κρατείται



(α)



(β)



- (α) Τεχνική ένδυσης προστατευτικής μπλούζας
- (β) Τεχνική αφαίρεσης προστατευτικής μπλούζας

η πόρτα του δωματίου πάντοτε κλειστή, να πλένουν τα χέρια τους πριν μπουν στο δωμάτιο και να φορούν γάντια αν έρχονται σε συνεχή άμεση επαφή με την ασθενή.

Τα προσωπικά αντικείμενα της ασθενούς δηλαδή σκωραμίδα, ουροδοχείο και θερμόμετρο διατηρούνται μέσα στο θάλαμο και δεν χρησιμοποιούνται για άλλον ασθενή. Πλένονται τα χέρια πριν από κάθε νοσηλεία και απαραίτητως φοριούνται γάντια. Μεγάλη προσοχή δίνεται ιδιαίτερα στην αυστηρή τήρηση των όρων ασηψίας και αντισηψίας των εργαλείων και του υπολοίπου υλικού κατά την εφαρμογή οποιασδήποτε νοσηλείας στην ασθενή. Η μάσκα αλλάζεται όσο πιο συχνά γίνεται γιατί υγραίνεται με την αναπνοή και βοηθάει την ανάπτυξη μικροβίων καθώς επίσης αυξάνεται η διαπερατότητά της σε μικρόβια. Ακόμα ενημερώνονται οι συγγενείς της ασθενούς, φροντίζοντας να μην τοποθετούνται στο δωμάτιό της λουλούδια, φυτά, μπουκάλια αναψυκτικών ή άλλα περιττά αντικείμενα γιατί εκτίθεται άσκοπα η ασθενής σε πολλά μικρόβια. Όσον αφορά την καθαριότητα του δωματίου αυτή επιτυγχάνεται με υγρό καθαρισμό, αφού πρώτα εξακριβωθούν ότι τα υλικά του καθαρισμού δεν ξαναχρησιμοποιήθηκαν. Απαγορεύεται το τίναγμα των σεντονιών και το άνοιγμα των παραθύρων. Ο εξαερισμός του δωματίου εξασφαλίζεται με το κλειστό σύστημα ανανέωσης του αέρα (air condition).

β) Θρομβοπενία:

Μια άλλη σοβαρή συνέπεια της χημειοθεραπείας είναι η θρομβοπενία. Παρακολουθούνται συνεχώς οι τιμές των αιμοπεταλίων από τις εξετάσεις αίματος της ασθενούς. Ελέγχονται για τυχόν εμφάνιση αιμορραγίας. Πιο συγκεκριμένα, η ασθενής ελέγχει τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα και ακόμα εξετάζεται το δέρμα για πετέχειες ή αιματώματα και οι διάφορες κοιλότητες, δηλαδή μύτη, στόμα για ρινορραγίες ή ουλορραγίες.

Ενημερώνεται για τα προφυλακτικά μέτρα που πρέπει να πάρει και τα οποία είναι: να προσέχει ώστε να μην τραυματισθεί, ούτε να ασκήσει πίεση σε οποιοδήποτε σημείο του σώματός της, να μην χρησιμοποιεί ξυράφι ούτε σκληρή οδοντόβουρτσα και γενικώς να αποφεύγει οποιοδήποτε αιχμηρό αντικείμενο. Επίσης, να μην καθαρίζει βίαια τη μύτη.

Φροντίζεται όσο γίνεται περισσότερο να περιορισθούν οι υποδόριες και οι ενδομυϊκές ενέσεις. Αν όμως είναι ανάγκη να γίνουν ασκείται πίεση στο σημείο της ένεσης περίπου για τρία λεπτά. Ακόμη μεγάλη προσοχή δίδεται έτσι ώστε η πίεση του ασκού του πιεσσόμετρου να είναι μικρης διάρκειας κατά τη λήψη της αρτηριακής πίεσης.

Σε περίπτωση αιμορραγίας που δεν ελαττώνεται ειδοποιείται η Τράπεζα αίματος να ετοιμάσει το κατάλληλο αίμα για την ασθενή. Ειδοποιείται ο γιατρός και μετά από δική του εντολή χορηγείται το αίμα αφού πρώτα ελεγχθούν επισταμένως τα στοιχεία του ασκού. Κατά την μετάγγιση η ασθενής παρακολουθείται για τυχόν εμφάνιση επιπλοκών από την χορήγηση του αίματος.

γ) Αναιμία:

Η αναιμία είναι μια άλλη ανεπιθύμητη ενέργεια των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Παρακολουθείται η αιμοσφαιρίνη, ο αιματοκρίτης, ο αριθμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων από τις εξετάσεις αίματος της ασθενούς. Παρατηρείται για εμφάνιση συμπτωμάτων όπως ωχρότητα και εύκολη κόπωση. Συστήνεται στην ασθενή να μην κουράζεται έχοντας πολλές δραστηριότητες αλλά να έχει διαστήματα ανάπαυσης κατά τα οποία να παραμένει κλινήρης.

Επί εμφανίσεως πολύ χαμηλού αιματοκρίτη, ειδοποιείται η τράπεζα αίματος να ετοιμάσει το κατάλληλο αίμα και κατόπιν εντολής γιατρού χορηγείται αφού ελεγχθούν επισταμένως τα στοιχεία του α-

σκου. Κατά την χορήγηση του αίματος παραμένει η νοσηλεύτρια κοντά στην ασθενή και παρακολουθεί τυχόν εμφάνιση αντιδράσεων από το αίμα.

Ιδιαίτερο βάρος δίνεται στον προγραμματισμό του διαιτολογίου της αναιμικής. Φροντίζεται έτσι ώστε να εμπλουτίζεται με αρκετό λεύκωμα ανωτέρας βιολογικής αξίας, σίδηρο και ασβέστιο, απαραίτητο για την απορρόφηση του σιδήρου. Επίσης απαραίτητες είναι και οι βιταμίνες B₁₂ και C που βοηθούν στον σχηματισμό των ερυθρών αιμοσφαιρίων καθώς και η K που σχηματίζει την προθρομβίνη. Χορηγούνται φαρμακευτικά παρασκευάσματα σιδήρου μετά από εντολή γιατρού.

Γαστρεντερικές διαταραχές

α) Ναυτία - έμετοι:

Η γυναίκα μπορεί να εμφανίσει ναυτία και εμέτους κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας. Σε αυτή την περίπτωση εξετάζεται η ποσότητα και η συχνότητα των εμέτων και καταγράφονται στο δελτίο νοσηλείας. Χορηγούνται αντιεμετικά φάρμακα μετά από ιατρική εντολή. Εφαρμόζονται μέτρα για την πρόληψη του εμέτου τα οποία είναι: Χορηγείται το χημειοθεραπευτικό φάρμακο με άδειο στομάχι ή όταν η ασθενής θα κοιμηθεί. Δίδονται μικρά κομμάτια πάγου μόλις εμφανιστεί η ναυτία ή συστήνεται στην ασθενή να φάει λίγη φρυγανιά. Σερβίρεται η τροφή μετά τη ναυτία ή δε ασθενής τρώει μικρά και συχνά γεύματα αφού εκ των προτέρων έχει προγραμματιστεί σε συνεννόηση με την ασθενή το περιεχόμενο και η ώρα λήψης. Χορηγούνται τροφές πολύ παγωμένες, αλλά αποφεύγονται αυτές με την έντονη οσμή. Ενισχύεται η ασθενής να μασάει πολύ καλά την τροφή. Αφού τελειώσει το γεύμα εφαρμόζεται καθαριότητα στοματικής κοιλότητας.

Μετά από κάθε έμετο διατηρείται η ασθενής καθαρή, απομακρύνεται ο έμετος και της δίδεται νερό για την καθαριότητα του στόματος. Εμπλουτίζεται ο ορός, που της δίδεται με ηλεκτρολύτες σύμφωνα με ιατρική εντολή. Κατά τη διάρκεια των εμέτων ενθαρρύνεται η ασθενής δίδοντας έμφαση στο γεγονός ότι ο έμετος είναι ενδεικτικό στοιχείο της δράσης του φαρμάκου στα προβληματικά κύτταρα.

Άλλη επιπλοκή της χημειοθεραπείας είναι η στοματίτιδα και τα έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας. Παρακολουθείται ο βλεννογόνος του στόματος μετά από κάθε χορήγηση του φαρμάκου για εμφάνιση ξηρότητας, ερυθρότητας, ή λευκών κηλίδων που είναι σημάδια στοματίτιδας. Κάθε 4-6 ώρες εκτελείται περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας. Επίσης επαλείφονται τα χείλη με γλυκερίνη τρεις φορές την ημέρα. Η τροφή που προσφέρεται στην ασθενή πρέπει να είναι χλιαρή και λευκή χωρίς δηλαδή καρυκεύματα και σάλτσες.

β) Διάρροιες - Σύσπαση κοιλιακών μυών:

Είναι δυνατόν να εμφανισθεί διάρροια και σύσπαση των κοιλιακών μυών. Παρακολουθείται η ποσότητα, το χρώμα και η ποιότητα της διαρροϊκής κένωσης καθώς επίσης και η συχνότητα και η ένταση σύσπασης των κοιλιακών μυών. Χορηγούνται πολλά υγρά και εμπλουτίζεται ο ορός με ηλεκτρολύτες μετά από εντολή γιατρού, γιατί μπορεί να επέλθει διαταραχή του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. Χορηγούνται φάρμακα που αναστέλλουν τη διάρροια μετά από ιατρική οδηγία. Επίσης περιορίζεται η κυτταρίνη στο διαιτολόγιο της ασθενούς και της χορηγούνται τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα.

Ηπατοτοξικότητα

Παρακολουθείται η λειτουργικότητα του ήπατος από τις ηπατικές εξετάσεις της ασθενούς. Επίσης παρακολουθείται η εμφάνιση συμπτωμάτων από τη βλάβη του ήπατος, τα οποία είναι κοιλιακός πόνος, υψηλός πυρετός, διάρροια, ίκτερος. Όταν η ασθενής παρουσιάσει πόνο λαμβάνεται φροτνίδα για την άμεση κατάκλισή της. Επίσης πρέπει να τρώει αργά και να μασάει καλά την τροφή. Παρακολουθούνται και καταγράφονται τα χαρακτηριστικά του πόνου. Χορηγούνται αντισπασμωδικά και ελαφρά κατευναστικά σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.

Γίνεται συχνή μέτρηση της θερμοκρασίας της ασθενούς και καταγράφεται. Σε υψηλό πυρετό εφαρμόζονται ψυχρά επιθέματα και ψυχρά περιτυλίγματα. Ενισχύεται να παίρνει υγρά και χορηγείται αντιπυρετικό σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού.

Αν εμφανίσει διάρροια παρακολουθείται το ποσό, η χροιά και το ποιόν της κένωσης. Χορηγούνται αρκετά υγρά και ηλεκτρολύτες μετά από εντολή γιατρού. Δίδονται τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα και περιορίζουν την κυτταρίνη. Επίσης χορηγούνται φάρμακα που καταστέλλουν τη διάρροια μετά από ιατρικές οδηγίες.

Επί εμφανίσεως ικτέρου, καταγράφεται καθημερινά ο βαθμός του ικτέρου. Παρακολουθείται το χρώμα των κενώσεων και των ούρων σε καθημερινή βάση.

Η ασθενής εκτελεί συχνά λουτρό καθαριότητας για να απάλλαγει από τον έντονο κνησμό.

Νεφροτοξικότητα

Παρακολουθείται η λειτουργικότητα των νεφρών από τις εργαστηριακές δοκιμασίες της νεφρικής λειτουργίας. Ελέγχεται συνεχώς η ασθενής για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας τα οποία είναι οιδήματα και μείωση του ποσού των ούρων.

Ζυγίζεται καθημερινά η ασθενής και τηρείται ισοζύγιο προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

Νευροτοξικότητα

Παρακολουθείται η ασθενής για συμπτώματα ήπιας ή σοβαρής νευροπάθειας. Η ήπια εκδηλώνεται με ελαφρό πόνο στα χέρια και στα πόδια και απώλεια των εν τω βάθει αντανακλαστικών των τενόντων. Η σοβαρή εκδηλώνεται με μείωση της δύναμης των χεριών, αταξία, απώλεια συντονισμού, πτώση του πέλματος ή του καρπού και παραλυτικό ειλεό.

Με την πρώτη εμφάνιση αυτών των συμπτωμάτων ενημερώνεται ο γιατρός, ο οποίος προφανώς θα αλλάζει σχήμα χημειοθεραπείας. Επίσης χρησιμοποιούνται μέτρα ασφαλείας για την προστασία της ασθενούς. Χορηγούνται καθαρτικά, μετά από ιατρική εντολή για αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας.

Ωτοτοξικότητα

Εκτιμάται η ακοή της ασθενούς πριν αρχίσει η θεραπεία. Επί εμφανίσεως βόμβου στα αυτιά ή μειώσεως της ακοής ενημερώνεται ο

γιατρός.

Ανοσοκατασταλτική επίδραση

Παρακολουθείται η ασθενής για εμφάνιση πυρετού, ρίγους, πονόλαιμου ή πτώση των λευκων αιμοσφαιρίων. Επί πυρετού λαμβάνονται όλα τα μέτρα για να επιτευχθεί η μείωσή του. Εάν ελαττωθούν τα λευκά αιμοσφαίρια εφαρμόζεται η τεχνική που εφαρμόζεται στην λευκοπενία. Εάν τυχόν είχε προγραμματισθεί ενεργητική ανοσοποίηση της ασθενούς αναβάλλεται έως ότου ολοκληρωθεί η θεραπεία.

Αλωπεκία

Ενημερώνεται η ασθενής εκ των προτέρων για την αλωπεκία που θα της παρουσιασθεί για να μην βρεθεί αργότερα προ εκπλήξεως. Δίδεται έμφαση στο γεγονός ότι θα ξαναβγούν τα μαλλιά της οκτώ περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.

Κατά την θεραπεία και 10-15 λεπτά μετά από την χημειοθεραπεία εφαρμόζεται πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι για να μειωθεί η αλωπεκία. Όταν εμφανίζεται η αλωπεκία συστήνεται στην ασθενή να χρησιμοποιήσει μαντήλι, περούκα ή μικρό καπέλο. Παράλληλα, συστήνεται στην οικογένειά της να την τονώνει και να την ενισχύει ψυχολογικά σε αυτό το δύσκολο στάδιο της ασθένειας.

Διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων

Παρακολουθείται για συμπτώματα όπως αμηνόρροια και διαφοροποίηση των χαρακτηριστικών του φύλου. Τονίζεται στην ασθενή ότι τα συμπτώματα αυτά είναι παρωδικά. Επίσης, ενημερώνεται η ασθενής ότι κατά τη διάρκεια της θεραπείας και για μερικούς μήνες μετά δεν θα πρέπει να μείνει έγκυος για την πρόληψη τερατογένεσης.

Αλλαγές στο δέρμα

Παρακολουθείται το δέρμα για αλλαγή του χρώματος, διακοπή της συνέχειάς του. Διατηρείται το δέρμα καθαρό και προστατεύεται από την ξηρότητα και την μεγάλη έκθεση στον ήλιο. Ενημερώνεται εκ των προτέρων η ασθενής για την αλλαγή χρώματος - γίνεται πιο σκούρο - ώστε να μην ξαφνιαστεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

A. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Εξωτερική Ακτινοβολία

Η εξωτερική ακτινοβολία συνιστάται στην ακτινοβολία ακτίνων Rontgen ή τηλεθεραπεία με κοβάλτιο ^{60}Co . Αυτή εφαρμόζεται στην πύελο σε μια προσπάθεια αναχαίτισης και καταστροφής των παραμητρικών γαγγλιακών και άλλων διηθήσεων της μικρής πυέλου.

Αρχικά η νοσηλεύτρια ενημερώνεται από τον φάκελλο της ασθενούς για το είδος της εξωτερικής ακτινοβολίας που καθορίστηκε από το γιατρό για το σκοπό της θεραπείας αν είναι δηλαδή θεραπευτικός ή ανακουφιστικός και για τον αριθμό των ακτινοβολιών που θα κάνει ή και που έχει κάνει στο παρελθόν.

Η ασθενής είναι πιθανόν να θέτει πολλά ερωτήματα σχετικά με τη θεραπεία. Στα ερωτήματα αυτά η νοσηλεύτρια απαντά πολύ προσεκτικά και την ενημερώνει σε συνεργασία με το γιατρό. Πριν την έναρξη της θεραπείας χορηγείται στην ασθενή αναλγητικό, μετά από εντολή γιατρού επειδή θα είναι αναγκασμένη να μείνει ακίνητη στην ίδια θέση για λίγα λεπτά. Επίσης προστατεύεται από ψύξη γιατί η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι συνήθως χαμηλή για την προστασία των μηχανημάτων. Διευκρινίζεται στην ασθενή

ότι κατά τη διάρκεια της θεραπείας δεν θα αποτελεί πηγή ακτινοβολίας και έτσι θα επιστρέψει κανονικά στο δωμάτιό της χωρίς να παίρνει καμία προφύλαξη. Δεν πρέπει όμως να αφαιρέσει το σημάδι, γιατί αυτό οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή να εφαρμοσει τη θεραπεία στο σωστό σημείο.

Φροντίζεται ιδιαίτερα η περιοχή της ακτινοβολίας η οποία διατηρείται στεγνή και πλένεται με σκέτο νερό και χωρίς σαπούνι. Σκουπίζεται το δέρμα αποφεύγοντας την τριβή. Δεν χρησιμοποιούνται στην περιοχή αυτή αλοιφές, λοσιόν ή πούδρες χωρίς ιατρική εντολή. Τονίζεται στην ασθενή ότι η περιοχή της ακτινοβολίας δεν πρέπει να θερμαίνεται πολύ καθώς επίσης και να μην εκτίθεται στον ήλιο ή στο κρύο. Επίσης, της γίνεται γνωστό ότι το σημείο της ακτινοβολίας μπορεί να αποτριχώνεται μόνο με ξυριστική μηχανή. Αν όμως υπάρχει ερυθρότητα καλό είναι να αποφύγει την αποτρίχωση. Ακόμα οφείλει να προσέχει ώστε να μην έρχεται σε επαφή το μέρος αυτό με υφάσματα που προκαλούν τριβή ή ερεθισμό.

Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στο διαιτολόγιο της ασθενούς κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας. Φροντίζεται να είναι ελαφρό και να περιέχει λεύκωμα και βιταμίνες σε μεγάλες ποσότητες. Παρακολουθείται για εμφάνιση ναυτίας και εμέτων χωρίς να έχει ενημερωθεί εκ των προτέρων για αυτά τα συμπτώματα, γιατί πολλές φορές η υποβολή μπορεί να τα προκαλέσει.

Εσωτερική Ακτινοθεραπεία

Η πιο συνηθισμένη εσωτερική ακτινοθεραπεία είναι η εμφύτευση βελονών ραδίου στην κοιλότητα της μήτρας. Συνήθως χρησιμοποιείται σαν μεσοδιάστημα ανάμεσα σε δύο εξωτερικές ακτινοθεραπείες. Η θε-

ραπεία αυτή διαρκεί 5-6 εβδομάδες.

Ετοιμάζεται η ασθενής για το χειρουργείο, όπου θα τεθεί το ράδιο, αφού πρώτα ενημερωθεί η νοσηλεύτρια από τον φάκελλο της ασθενούς για τον τύπο της πηγής, τον τρόπο χορήγησης, την ημερομηνία που αρχίζει η θεραπεία, το σημείο εφαρμογής και τον αριθμό των ημερών που πρέπει η ασθενής να απομονωθεί.

Πριν μπει η ασθενής στο χειρουργείο εκτελούνται κάποιες εξετάσεις προκαταρκτικές οι οποίες είναι: αίματος, βιοψία, ακτινογραφία θώρακα, ηλεκτροκαρδιογράφημα και κυτταρολογική. Εκτός από αυτές τις εξετάσεις εκτελούνται υποκλισμοί εντέρου και καταγράφονται τα αποτελέσματά τους.

Επιπλέον γίνονται και κολπικές πλύσεις κάτω από άσηπτη τεχνική. Συγκεκριμένα, αφού ενημερωθεί η ασθενής και κενωθεί η ουροδόχος κύστη, τίθεται σε γυναικολογική θέση. Αφού πρώτα πλυθεί και απολυμανθεί το αιδοίο, εφαρμόζεται το ρύγχος στο σωλήνα του ιριγκατέρ, αφήνεται λίγο να τρέξει για να γλισχρανθεί και ελέγχεται η θερμοκρασία του διαλύματος στην έσω επιφάνεια του μηρού της ασθενούς. Εισάγεται το ρύγχος στον κόλπο και περιστρέφεται κατά τη διάρκεια της πλύσης. Τέλος, αφαιρείται το ρύγχος και αφού η ασθενής καθήσει πάνω στο δοχείο, προτρέπεται να σκύψει προς τα εμπρός και να βήξει για να αποβληθεί το υγρό από τον κόλπο. Μετά στεγνώνεται η πρωκτική περιοχή με χαρτοβάμβακα. Αφού τοποθετηθεί το ράδιο στο χειρουργείο εκτελείται ακτινογραφία λεκάνης για την διαπίστωση τυχόν μετακίνησης του από τη θέση του.

Ενημερώνεται η ασθενής ότι ακτινοβολεί γι' αυτό και θα πρέπει να πάρει ορισμένα μέτρα προφυλάξεως. Έτσι νοσηλεύεται σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο, όπου οι τοίχοι, η οροφή και η πόρτα δεν επιτρέπουν την μόλυνση του περιβάλλοντος. Μέσα στο δωμάτιο υπάρχει τηλέφωνο, σύστημα επικοινωνίας με την στάση των

αδελφών, παράθυρο παρακολούθησης της ασθενούς, ραδιόφωνο και τηλεόραση.

Φυσικά ενημερώνεται η ασθενής ότι όλα αυτά τα μέτρα είναι παρωδικά και πως δεν πρέπει να θλίβεται και να νοιώθει μοναξιά γιατί με την τηλεόραση και το ράδιο θα μειωθεί το αίσθημα της απομονώσεως. Επίσης εξηγούνται και στους συγγενείς οι λόγοι για τους οποίους απαγορεύεται να έρθουν σε στενή επαφή μαζί της, αλλά δίνεται έμφαση στο ότι πρέπει να επικοινωνούν συχνά με την ασθενή μέσω του παραθύρου παρακολουθήσεως, ιδιαίτερα δε τηλεφωνικά.

Στην πόρτα του δωματίου και στον φάκελλο της ασθενούς τοποθετείται το σύμβολο της ραδιενεργού ακτινοβολίας. Έχει γίνει γνωστό ότι το ραδιοϊσότοπο που ετέθη στην ασθενή είναι θωρακισμένο κι έτσι δεν μολύνονται το αίμα, οι έμετοι ή ο ιδρώτας της. Είναι δυνατόν όμως τα ούρα και τα κόπρανα να έχουν μολυνθεί λόγω της γεινιάσής τους με την ακτινοβολούμενη περιοχή. Γι' αυτό η ασθενής χρησιμοποιεί αποκλειστικά και μόνον την δική της τουαλέτα, την οποία δεν πρέπει να χρησιμοποιεί κανείς άλλος. Χρησιμοποιούνται δε γάντια κατά το χειρισμό του δοχείου της ασθενούς και φροντίζεται να απομακρύνεται όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Η ασθενής χρησιμοποιεί ατομικό δοχείο συλλογής ούρων και κοπράνων το οποίο δεν εξέρχεται του θαλάμου.

Χορηγείται δίαιτα με μικρό υπόλειμμα έτσι ώστε να μειώνεται ο περισταλτισμός του εντέρου και να απομακρύνεται ο κίνδυνος παρεκτόπισης των υποδοχέων ραδίου. Επίσης χορηγείται στην ασθενή χυμοί με βιταμίνη C κατάλληλης για επιδιόρθωση ιστών. Ενθαρρύνεται ακόμα να λαμβάνει αρκετά υγρά. Η τροφή λαμβάνεται με μικρά και συχνά γεύματα υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσιων σε λεύκωμα. Εξασφαλίζεται το ελκυστικό τους σερβίρισμα για διέγερση της όρεξης.

Παρακολουθείται συχνά ο καθετήρας και ελέγχεται η παροχέτευ-

ση των ούρων. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό γιατί μια διατεταμένη κύστη παρουσιάζει την περιοχή της ραδιενέργειας και μπορεί να επιφέρει ακτινικό έγκαυμα βαρείας μορφής.

Φροντίζεται ώστε η ασθενής να είναι τοποθετημένη σε ύπτια θέση με το άνω μέρος του κρεβατιού λίγο ανυψωμένο. Γίνεται προσπάθεια έτσι ώστε η ασθενής να νοιώθει άνετα και εκμεταλλεύεται η νοσηλεύτρια το χρόνο παραμονής της στο δωμάτιό της απασχολώντας την με μια ωφέλιμη συζήτηση. Τέλος, κάθε φορά που εκτελείται νοσηλεία στην ασθενή προσέχεται να μην παρεκτοπισθούν οι βελόνες ραδίου.

B. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πρώιμες επιπλοκές

α) Ακτινοδερματίτιδα:

Η πρώτη επιπλοκή που μπορεί να εμφανισθεί στην ασθενή είναι η ακτινοδερματίτιδα. Φυσικά ο βαθμός εμφάνισης της εξαρτάται από το είδος, τη δόση της ακτινοβολίας που εφαρμόζεται και την ακτινοευαισθησία του δέρματος. Διακρίνουμε τρεις μορφές ακτινοδερματίτιδας: την ερυθματώδη, την φουσαλιδώδη και την εσχαροποιητική.

Καθημερινά ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται. Δεν χρησιμοποιούνται στην περιοχή αυτή ερεθιστικές ουσίες αλλά καθαρίζεται χρησιμοποιώντας μόνον χλιαρό νερό. Μετά από ιατρική εντολή τοποθετούνται στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές.

Ενημερώνεται η ασθενής να μην ξαπλώνει στην περιοχή που εμ-

φανίστηκε η ακτινοδερματίτιδα. Επίσης συμβουλεύεται να μην φοράει στενά ρούχα γιατί αυξάνουν τον ερεθισμό. Σε περίπτωση εκτεταμένης ακτινοδερματίτιδας ενημερώνεται το φύλο νοσηλείας ασθενούς όπως και ο γιατρός προκειμένου να διακοπεί για ένα διάστημα η ακτινοθεραπεία.

β) Ανασταλτική επίδραση στο μυελό των οστών:

Μια άλλη πρώιμη επιπλοκή που μπορεί να παρουσιασθεί είναι η καταστολή του μυελού των οστών. Αυτό επιφέρει πολλαπλά αποτελέσματα. Κατ' αρχάς επέρχεται λευκοπενία. Έτσι, παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος από τις εξετάσεις αίματος. Σε αυτή την περίπτωση προσέχεται ιδιαίτερα η πρόληψή της.

Φροντίζεται σχολαστικά η προσωπική καθαριότητα της ασθενούς καθώς επίσης γίνεται περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας κάθε 4-6 ώρες. Εάν δε έχει ενδοφλέβια έγχυση αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 ώρες.

Εάν τυχόν τα λευκά αιμοσφαίρια μειωθούν κάτω των 1500-2000/ μm^3 εφαρμόζεται η τεχνική της απομονώσεως όπως ακριβώς και στην χημειοθεραπεία.

Άλλη σοβαρή συνέπεια είναι η θρομβοπενία. Εδώ παρακολουθούνται συνεχώς οι τιμές των αιμοπεταλίων από τις εξετάσεις αίματος και ελέγχονται συνεχώς για εμφάνιση αιμορραγίας. Συστήνεται στην ασθενή να ελέγχει τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα και ακόμα εξετάζεται το δέρμα της για πετέχειες ή αιματώματα και οι διάφορες κοιλότητες δηλαδή μύτη, στομα για ρινορραγίες ή ουλορραγίες.

Αποφεύγονται όσο το δυνατόν οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις και σε περίπτωση που είναι αναγκαίες ασκείται πίεση στο σημείο της ένεσης για τρία περίπου λεπτά. Ακόμα προσέχεται έτσι ώστε η πίεση του ασκού του πιεσόμετρου να είναι μικρής διάρκειας κατά

τη λήψη της αρτηριακής πίεσης.

Επίσης, της συστήνεται να λαμβάνει προφυλακτικά μέτρα για αποφυγή τραυματισμού, να μην ασκεί πίεση σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος της, να μην χρησιμοποιεί ξυράφι ούτε σκληρή οδοντόβουρτσα και γενικά να αποφεύγει τη χρήση αιχμηρών αντικειμένων.

Εάν εμφανίσει αιμορραγία που δεν ελαττώνεται ειδοποιείται η τράπεζα αίματος να ετοιμάσει το κατάλληλο αίμα για την ασθενή. Ειδοποιείται κατόπιν ο γιατρός και μετά από εντολή του χορηγείται το αίμα αφού ελεγχθούν επισταμένως τα στοιχεία του ασκού. Η νοσηλεύτρια παραμένει κοντά στην άρρωστη παρακολουθώντας την για εμφάνιση τυχόν επιπλοκών από το αίμα.

Σε περίπτωση που εμφανισθεί αναιμία παρακολουθείται η αιμοσφαιρίνη, ο αιματοκρίτης και ο αριθμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων από τις εξετάσεις αίματος. Της συστήνεται να μην κουράζεται πολύ, ούτε να έχει πολλές δραστηριότητες, αλλά να μένει κατά διαστήματα στο κρεβάτι. Παρακολουθείται για εμφάνιση ωχρότητας και εύκολης κόπωσης.

Επί εμφανίσεως πολύ χαμηλού αιματοκρίτη, όπου η ασθενής χρειάζεται μετάγγιση αίματος, οι ενέργειες είναι ίδιες όπως και στην θρομβοπενία.

Επίσης, δίδεται ιδιαίτερο βάρος στον προγραμματισμό του διαιτολογίου. Συγκεκριμένα, φροντίζεται η δίαιτά της να περιλαμβάνει λεύκωμα ανωτέρας βιολογικής αξίας, σίδηρο και ασβέστιο, απαραίτητο για την απορρόφηση του σιδήρου. Απαραίτητες είναι και οι βιταμίνες B₁₂ και C γιατί βοηθούν στον σχηματισμό των ερυθρών αιμοσφαιρίων καθώς και η K που σχηματίζει την προθρομβίνη. Χορηγούνται φαρμακευτικά παρασκευάσματα σιδήρου μετά από εντολή γιατρού.

γ) Βλάβη του βλεννογόνου των οργάνων:

Μια άλλη σοβαρή επιπλοκή της ακτινοθεραπείας είναι η βλάβη του βλεννογόνου των οργάνων που ακτινοβολούνται και ιδιαίτερα του επιθηλίου που καλύπτει το έντερο με αποτέλεσμα την εμφάνιση διαρροϊκού συνδρόμου. Σε αυτή την περίπτωση αποφεύγεται η χορήγηση τροφών που επιδεινώνουν την διάρροια και χορηγούνται τροφές χωρίς υπολείμματα για να μειωθεί ο περισταλτισμός του εντέρου. Καταγράφεται η ποσότητα και η χροιά των διαρροϊκών κενώσεων. Τέλος χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα μετά από εντολή του ιατρού.

Όψιμες επιπλοκές

α) Υπέρχρωση - αποχρωματισμός:

Μία από τις όψιμες επιπλοκές είναι η υπέρχρωση ή ο αποχρωματισμός του δέρματος που ακτινοβολήθηκε. Εδώ πρέπει να προετοιμαστεί ψυχολογικά η ασθενής για το καινούργιο σωματικό της είδωλο και να τονωθεί ψυχολογικά έτσι ώστε να μην δίνει τόσο μεγάλη σημασία στην εξωτερική της εμφάνιση.

β) Αλωπεκία:

Στη συνέχεια θα εμφανισθεί αλωπεκία αφού η ακτινοβολία επηρεάζει τα επιθηλιακά κύτταρα και τους θυλάκους των τριχών. Έχει ενημερωθεί εκ των προτέρων η ασθενής για αυτή την επιπλοκή αλλά ενθαρρύνεται εφόσον πρόκειται για κάτι παρωδικό, αφού τα μαλλιά της θα ξαναβγούν μετά το τέλος της θεραπείας. Της συστήνεται να φοράει ένα μικρό καπέλο ή μια περούκα ή ένα μαντήλι κατά την διάρκεια του προβλήματος.

γ) Βλάβη γεννητικών αδένων:

Βλάβη των γεννητικών αδένων και συγκεκριμένα στείρωση απειλεί την γυναίκα, κάτι το οποίο εξ αιτίας της σοβαρότητας του της έχει γνωστοποιηθεί. Εάν η γυναίκα είναι ηλικιωμένη της εξηγείται πως δεν έχει πρόβλημα εφόσον έχει τεκνοποιήσει. Εάν όμως πρόκειται για νέα γυναίκα τότε της επιστάται η προσοχή να αποφύγει εγκυμοσύνη κατά και μετά την ακτινοθεραπεία γιατί υπάρχει ο κίνδυνος μετάλλαξης των γονιδίων που απειλεί τους απογόνους.

Υπάρχουν αρκετές άλλες όψιμες επιπλοκές, όπως καρκίνος δέρματος, πνευμόνων και οστών, νέφρωση, λευχαιμία, αυτόματα κατάγματα, καταρράκτης, οι οποίες όμως εμφανίζονται πολύ αργότερα και αφού η ασθενής έχει τελειώσει την ακτινοθεραπεία. Πρόκειται δηλαδή για μακροπρόθεσμες επιπλοκές.

Επιπλοκές γενικής αντίδρασης

Η άρρωστη θα εμφανίσει γενική καταβολή δυνάμεων γι' αυτό συμβουλεύεται να αναπαύεται συχνά και να μην ασχολείται με άσκοπες δραστηριότητες. Ακόμα μπορεί να παρουσιάσει ναυτία και εμέτους μαζί με ανορεξία με αποτέλεσμα την απώλεια βάρους. Σε αυτή την περίπτωση καταγράφεται η ποσότητα και η χροιά των εμέτων και βοηθάται η ασθενής κατά τον έμετο φροντίζοντας την καθαριότητα του στόματος και των λευχειμάτων. Χορηγούνται αντιεμετικά μετά από εντολή γιατρού. Ο δίσκος φαγητού προσφέρεται περιποιημένος και ελκυστικά σερβιρισμένος. Εάν εμφανίσει πυρετική δεκατική κίνηση καταγράφεται ο πυρετός, ο οποίος λαμβάνεται σε τακτικά χρονικά διαστήματα, και χορηγούνται αντιπυρετικά μετά από εντολή γιατρού. Δεν παραλείπεται να τονίσει στην ασθενή ότι τα ενοχλήματα αυτά είναι παρωδικά και δεν θα διαρκέσουν περισσότερο από λίγες ημέρες ή και εβδομαδες.

Γ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΟΥ ΡΑΔΙΟ-ΙΣΟΤΟΠΟΥ

Η νοσηλεύτρια γνωρίζει πότε πρόκειται να αφαιρεθεί το ραδιοϊσότοπο και ενημερώνει τον χειρουργό όταν λήξει ο χρόνος εφαρμογής. ελέγχεται το διάγραμμα για τον αριθμό των βελονών που εφαρμόστηκαν και συνεπώς πρέπει να αφαιρεθούν. Αφού εξασφαλισθούν αποστειρωμένα γάντια ένα μεγάλο νεφροειδές και ειδικές λαβίδες με μακρὰ σκέλη, ο χειρουργός αφαιρεί το ραδιοϊσότοπο. Αν θωρακισμένη πηγή ραδιοϊσοτόπου φύγει από τη θέση που εμφυτεύθηκε ή τοποθετήθηκε και βρίσκεται στο κρεβάτι της ασθενούς ή στο δάπεδο λαμβάνεται με ειδικές μακρυσές λαβίδες και τοποθετείται στη θέση της. Ποτέ δεν αγγίζεται με γυμνά χέρια. Πριν πεταχθεί το επιδεσμικό υλικό που καλύπτει το τραύμα ελέγχεται για εκτόπιση πηγής.

Εφαρμόζονται όλα τα προφυλακτικά μέτρα χειρισμού και μεταφοράς του ραδιοϊσοτόπου στο τμήμα ραδιοϊσοτόπων. Χορηγείται καθαριστικός υποκλισμός στην ασθενή μετά την αφαίρεση του ραδιοϊσοτόπου και πριν από την έγερσή της από το κρεβάτι.

Εφιστάται η προσοχή της ασθενούς για εμφάνιση συμπτωμάτων που δηλώνουν ακτινική βλάβη του εντέρου, δηλαδή διάρροια ή τεινεσμός. Μόλις εμφανισθούν πρέπει αμέσως να τα αναφέρει. Επίσης της τονίζεται η σπουδαιότητα της ιατρικής παρακολούθησης κάθε μήνα για 6 μήνες, για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της ακτινοβολίας στον όγκο. Η ασθενής στη συνέχεια πρέπει να εκτελέσει Pap-test. Εάν είναι θετικό σημαίνει ότι η θεραπεία ήταν ανεπιτυχής και ίσως χρειαστεί να γίνει χειρουργική επέμβαση. Εάν είναι αρνητικό και ο ιστός φαίνεται ικανοποιητικός, οι επισκέψεις στον γιατρό μετά το εξάμηνο μπορούν να γίνονται σε αραιότερα χρονικά διαστήματα δηλαδή σε εξαμηνιαία βάση.

Επειδή το 5-8% των γυναικών που παρακολουθούνται για την

θεραπεία του ειδικού καρκίνου, μπορεί να αναπτύξουν άλλους πρωτοπαθείς καρκίνους, τονίζεται στην ασθενή η βασική σημασία της μετέπειτα ιατρικής παρακολούθησης ακόμα και αν είναι ασυμπτωματική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII.

ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Είναι πολύ σημαντικό όταν σχεδιάζεται η έξοδος της ασθενούς από το Νοσοκομείο να της παρέχεται ταυτόχρονα η κατάλληλη ενημέρωση και καθοδήγηση για την μετέπειτα ζωή της.

Η ασθενής εάν έχει υποβληθεί σε ολική υστερεκτομή πρέπει να γνωρίζει ότι έχει επέλθει αυτόματα εμμηνόπαυση και στειρότητα. Έτσι δεν πρέπει να περιμένει πάλι έμμηνο ρύση, αλλά τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης. Επίσης της τονίζεται η σπουδαιότητα της ορμονικής αντικατάστασης, εάν έχει υποστεί οξική υστερεκτομή με ωθηκεκτομή και σαλπινγεκτομή.

Παρέχονται συμβουλές στην ασθενή έτσι ώστε να αποφεύγει κατά την περίοδο της ανάρρωσης, δηλαδή για ένα μήνα έως 6 εβδομάδες να σηκώνει βαρεία αντικείμενα ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες, όπως οδήγηση, ή ανέβασμα σκάλας, για πρόληψη ρήξης ραμμάτων. Όσον αφορά την οδήγηση του αυτοκινήτου είναι δυνατόν η απλή πίεση του πεντάλ του φρένου να προκαλέσει ελαφρά ενόχληση στην κάτω κοιλία.

Της συστήνεται να ασκείται απαραίτητως και να αποφεύγει να μένει καθιστή πολλή ώρα εξαιτίας της πιθανότητας λίμνασης του αίματος στην πύελο και δημιουργίας θρομβοεμβολών. Επίσης τονίζεται στην ασθενή να αποφεύγει την συνουσία για 6-8 εβδομάδες μετά την υστερεκτομή.

Επεξηγείται στην ασθενή ότι η κολπική έκκριση που παρατηρείται μετά την υστερεκτομή και έχει ένα καφεοειδές χρώμα, είναι φυ-

σιολογική και ότι η ποσότητα θα μειωθεί σιγά-σιγά και τελικά θα σταματήσει.

Ακόμα η ασθενής ενημερώνεται για την πιθανή εμφάνιση αισθήματος κόπωσης κατά τις πρώτες ημέρες μετά την επιστροφή της στο σπίτι, γι' αυτό το λόγο δεν πρέπει να προγραμματίσει πολλές δραστηριότητες την πρώτη εβδομάδα.

Βοηθάται η ασθενής στο σχεδιασμό ενός προγράμματος οικιακών δραστηριοτήτων, που θα είναι σε θέση να πραγματοποιήσει μέσα σε ένα μήνα. Μετά από 2 μήνες θα αισθάνεται τον εαυτό της φυσιολογικό. Δίδεται έμφαση πως η ανάληψη των επαγγελματικών δραστηριοτήτων θα γίνει μόνο με εντολή του γιατρού. Φυσικά αυτό θα εξαρτηθεί από το είδος της εργασίας και από την ανάγκη για εργασία.

Ενημερώνεται η ασθενής να μην αποθαρρύνεται αν κατά διαστήματα, κατά την περίοδο της ανάρρωσης, αισθάνεται κατάθλιψη, εκδηλώνει διάθεση να φωνάζει και φαίνεται ασυνήθιστα νευρική. Οι εκδηλώσεις αυτές εμφανίζονται συχνά αλλά δεν διαρκούν για πολύ.

Τέλος, της τονίζεται η σπουδαιότητα του υπερσιτισμού, της παρακολούθησης του βάρους του σώματος και του ανά τρίμηνο εξεταστικού ελέγχου για πέντε χρόνια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII.

ΠΡΟΔΗΠΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Test-Pap

Η συμβολή του Γ. Παπανικολάου στην ανίχνευση του καρκίνου υπήρξε αναμφίβολα μεγάλη γι' αυτό και πρέπει να δοθεί ιδιαίτερο βάρος στην ενημέρωση των γυναικών για το πόσο αισθητά κατέβασε ο έλεγχος των επιχρισμάτων του τραχήλου τη συχνότητα εκτέλεσης μεγάλων εγχειρήσεων και πόσο πολύ ανέβασε το ποσοστό επιβίωσης. Πρέπει να γίνει γνωστό ότι η κυτταρολογική εξέταση επιχρισμάτων κατά Παπανικολάου μπορεί να αποκαλύψει καρκίνο τραχήλου πολύ πριν παρουσιαστούν συμπτώματα ή σημεία της πάθησης, τα οποία δίκαια χαρακτηρίζονται "σημεία θανάτου", επειδή όταν πλέον γίνονται γνωστά υπάρχει πιθανότητα το νόσημα να έχει προχωρήσει πάρα πολύ.

Η εξέταση αυτή είναι ασφαλής στο 95% των περιπτώσεων, η μείωση του ποσοστού των εσφαλμένων αποτελεσμάτων είναι ζήτημα πείρας. Η υποχρεωτική ανά εξάμηνο κυτταρολογική εξέταση από ηλικία άνω των 25 ετών, και ιδίως όσων παντρεύτηκαν μικρές ή είχαν προωρη σεξουαλική δραστηριότητα, καθιστά δυνατή την έγκαιρη διάγνωση καρκίνου τραχήλου και διευκολύνουν τη θεραπεία.

Εξέταση ιστορικών

Εδώ καλείται να διαδραματίσει ιδιαίτερο ρόλο η κοινοτική νοσηλεύτρια, η οποία σε όλες τις γυναίκες άνω των 30 ετών λαμβάνει τα ιστορικά τους, έτσι ώστε να ξεχωρίσει κάποιες περιπτώσεις που έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο τραχήλου. Τα ιστορικά που λαμβάνει είναι τριών ειδών:

α) Το οικογενειακό ιστορικό, διότι αν και γνωρίζουμε ότι ο καρκίνος δεν είναι κληρονομική νόσος, μερικές οικογένειες είναι πιο επιρρεπείς από άλλες να αναπτύξουν συγκεκριμένους καρκίνους. Η νοσηλεύτρια ερευνα αν οι μητέρες των νεαρών γυναικών είχαν χρησιμοποιήσει διαιθυλοστυλβοϊστρόλη (DES) για να αποφύγουν την αποβολή στις αρχές της εγκυμοσύνης. Οι γιατροί στις ΗΠΑ βρήκαν πως 9 στις 10 κοπέλλες που γεννήθηκαν αφού η μητέρα τους πήρε DES είχαν ανώμαλη ανάπτυξη του αδενικού ιστού στον τράχηλο.

β) Το κοινωνικό ιστορικό είναι απαραίτητο επειδή είναι αποδεδειγμένο ότι οι κατώτερες κοινωνικο-οικονομικές ομάδες εμφανίζουν υψηλότερη συχνότητα καρκίνου του τραχήλου.

γ) Το γυναικολογικό και σεξουαλικό ιστορικό είναι επίσης σημαντικό γιατί η πρώιμη σεξουαλική ζωή φαίνεται να επηρεάζει τη συχνότητα του καρκίνου, καθώς επίσης και η αλλαγή πολλών σεξουαλικών συντρόφων.

Η νοσηλεύτρια ελέγχει αν κάποιες γυναίκες εμφάνισαν σε κάποια χρονική περίοδο της ζωής τους έρπη των γεννητικών οργάνων γιατί υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος καρκίνου τραχήλου στις γυναίκες αυτές. Επίσης, η νοσηλεύτρια εξετάζει αν κάποια γυναίκα έχει εμφανίσει ινώματα μήτρας, καθώς υπάρχει μεγάλη σύμπτωση μητριάου καρκίνου στις γυναίκες που έχουν ινώματα.

Ακόμα η νοσηλεύτρια ρωτάει τις γυναίκες αν έχουν εμφανίσει

οξυτενή κονδυλώματα, αφού πρόσφατα έχει καθιερωθεί ένας οσμός μεταξύ κονδυλωμάτων γεννητικών οργάνων και της ανάπτυξης καρκίνου τραχήλου.

Η κοινοτική νοσηλεύτρια αφού μελετήσει όλα τα ιστορικά των γυναικών θα επιστήσει ιδιαίτερα την προσοχή αυτών που συγκεντρώνουν πολλές πιθανότητες ανάπτυξης του καρκίνου και θα τις συμβουλεύσει να κάνουν τις διαγνωστικές εξετάσεις συχνά, προσέχοντας βέβαια να μην τις τρομοκρατήσει άσκοπα, αφού γνωρίζει ότι τίποτα δεν είναι απόλυτο στον καρκίνο.

Κάτι άλλο που πρέπει να προσέξει η κοινοτική νοσηλεύτρια είναι αν υπάρχουν γυναίκες οι οποίες βρίσκονται μετά την εμμηνόπαυση και παίρνουν οιστρογόνα προκειμένου να αντιμετωπίσουν την οστεοπόρωση. Έχει παρατηρηθεί ότι αυτές οι γυναίκες βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνο τραχήλου μέσα σε 10-12 χρόνια.

Έλεγχος εκκρίσεων

Εδώ πάλι είναι σημαντικός ο ρόλος της κοινοτικής νοσηλεύτριας, η οποία θα κάνει γνωστά σε όλες τις γυναίκες, τα συμπτώματα του καρκίνου στα πρώιμα στάδια, έτσι ώστε να ελέγχονται μόνες τους. Στα πρώιμα στάδια υπάρχει μικρή λευκωπή κολπική έκκριση. Για αρκετό χρονικό διάστημα η λευκόρροια μπορεί να είναι το μόνο παθολογικό σύμπτωμα. Στη συνέχεια εμφανίζεται και μικροαιμορραγία σε σταγόνες. Εμφανίζονται επίσης ανωμαλίες στην έμμηνο ρύση ή αιμορραγία μετά τη συνουσία. Η νοσηλεύτρια θα τονίσει ότι δεν πρέπει να περιμένουν από την αρχή αιμορραγία.

Η βασική αυτοεξέταση

Η κοινοτική νοσηλεύτρια γνωστοποιεί στις γυναίκες ανάλογα φυσικά με το μορφωτικό τους επίπεδο πως υπάρχει μια μέθοδος βασικής αυτοεξέτασης της μήτρας και πως μπορούν να την εφαρμόζουν μόνες τους. Φυσικά αν η νοσηλεύτρια κρίνει πως καμιά από τις γυναίκες δεν είναι σε θέση, για διάφορους λόγους, να κάνει την αυτοεξέταση, τότε δεν θα το αναφέρει διόλου.

Η βασική αυτοεξέταση μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τις γυναίκες επειδή ο γιατρός δεν βλέπει την κάθε γυναίκα αρκετά συχνά ώστε να ξέρει τί είναι φυσιολογικό γι' αυτήν προσωπικά και δεν μπορεί να αισθανθεί τις λεπτές οργανικές μεταβολές που θα τον ενθαρρύνουν να εφαρμόσει προληπτική ιατρική.

Τα εργαλεία που χρειάζονται είναι: μια λάμπα, ένας καθρέπτης, ένα μητροσκόπιο και νερό ή υδροδιαλυτική κολπική κρέμα. Το μητροσκόπιο διατηρείται καθαρό, πλένεται με ζεστό νερό και σαπούνι και τοποθετείται πάντα σε καθαρό μέρος.

Πριν αρχίσει η αυτοεξέταση, κενώνεται η ουροδόχος κύστη και μετά η γυναίκα βρίσκει ένα χώρο αναπαυτικό ζεστό και ήσυχο. Αρχίζει κοιτάζοντας πρώτα τα εξωτερικά όργανα με τη βοήθεια του καθρέπτη, και τα ελέγχει για αλλαγές στο χρωμα, ερεθισμούς, εξογκώματα και πρηξίματα.

Μετα προχωρεί στην εξέταση των εσωτερικών γεννητικών οργάνων. Χρησιμοποιεί το μητροσκόπιο για να προκαλέσει διαστολή των κολπικών τοιχωμάτων και έτσι να φανεί καλύτερα ο τράχηλος. Βρίσκει μια αναπαυτική θέση πριν βάλει το μητροσκόπιο και χρησιμοποιεί αν θέλει κάποια κρέμα για να διευκολύνει την είσοδο του μητροσκοπίου. Κατόπιν παίρνει βαθιά αναπνοή, χαλαρώνει και εισάγει το μητροσκόπιο έχοντας το κλειστό για να μην τσιμπήσει το τοίχωμα του κόλπου.

Το σπρώχνει αργά κι αυτό γλιστράει απαλά έως ένα σημείο. Τότε η γυναίκα το γυρίζει ώστε η λαβή να έρθει προς τα επάνω το ανοίγει, και το στερεώνει.

Παρατηρεί τον κόλπο, του οποίου τα τοιχώματα έχουν ροζ χρώμα και είναι ρυτιδωμένα. Το χρώμα και η υφή του ποικίλλουν από γυναίκα σε γυναίκα και κατά τη διάρκεια του κύκλου της περιόδου. Στο βάθος του κόλπου θα δει η γυναίκα τον τράχηλο, μια λεία, λαμπερή, ρόζ, ημικύκλια προεξοχή. Στο κέντρο του τραχήλου βρίσκεται το στόμιο ή το άνοιγμα προς τη μήτρα. Κι αυτό ποικίλει σε μέγεθος και σχήμα. Φτάνοντας εκεί η γυναίκα παρατηρεί τις εκκρίσεις του κόλπου. Με την αύξηση των οιστρογόνων πριν την ωορρηξία η βλέννα γίνεται διαφανής και κολλώδης ενώ μετά την ωορρηξία, η βλέννα γίνεται πυκνότερη και ξηρότερη.

Όταν η γυναίκα τελειώσει την εξέταση, απομακρύνει το μητροσκόπιο, αφήνοντας τα σκέλη του ανοιχτά και το μυρίζει τη βλέννα που έχει επάνω. Έτσι θα μπορεί να ξεχωρίσει τις μυρωδιές σε περίπτωση μόλυνσης. Κατόπιν πλένει το μητροσκόπιο και το διατηρεί καθαρό. Τέλος, κρατάει σημειώσεις για ό,τι βλέπει κάθε φορά που αυτοεξετάζεται έτσι ώστε να ελέγχει ποιές αλλαγές είναι επαναλαμβανόμενες και ποιές ασυνήθιστες.

Από το Κέντρο Υγείας Γυναικών του Σάν Φραντσίσκο παραθέτεται ένας πίνακας υποδείξεων που θα πρέπει να έχει η γυναίκα υπόψη της όταν αυτοεξετάζεται :

- **Αιδοίον:** Χρώμα εξωτερικών χειλιών. Χρώμα εσωτερικών χειλιών. Κλειτορίδα. Βαρθολίνειοι αδένες (δεν φαίνονται φυσιολογικοί, ούτε τους αισθάνεστε εκτός αν έχουν μολυνθεί).
- **Κολπικά τοιχώματα:** Παρθενικός υμένας (πολλές φορές τον βλέπετε σε βάθος 2,5 εκ.). Χρώμα τοιχωμάτων. Βλεννογόνο (συσταλτικός - λείος). Επιφάνεια (καθαρή - απαλή - ύπαρξη υγρών).

- **Εκκρίσεις:** Χρώμα (διαφανές - γαλακτώδες - λευκό - κίτρινο - πρασινωπό). Οσμή (όξινη - ψαριού - μαγιάς). Σύσταση υγρών (παχύρρευση - υδαρής - αφρώδης). Ποσότητα (άφθονη - μέτρια - ολίγη).
- **Τράχηλος:** Χρώμα (ρόζ - κόκκινο - ιώδες). Αποχρωματισμοί (τοπικές κοκκινίλες - πρηξίματα). Θέση τραχήλου
- **Στόμιο τραχήλου:** Σχήμα (πτυχωτό - σχισμώδες). Μέγεθος ανοιχτό - κλειστό - φυσιολογικό - Μήκος σπάγκου ενδομητρικού σπινάλ - IUD)
- **Βλεννώδεις εκκρίσεις από το στόμιο:** Χρώμα. Σύσταση υγρών (παχύρρευστα - υδαρή - κολλώδη). Οσμή. Ποσότητα.
- **Αίμα περιόδου:** Χρώμα. Ποσότητα
- **Γενική πληροφόρηση για την υγεία των γεννητικών οργάνων:** Ευκολία με την οποία μπαίνει το μητροσκόπιο. Αν παίρνετε ή όχι το αντισυλληπτικό χάπι. Αν έχετε ή όχι τοποθετημένο ενδομητρικό σπινάλ (IUD). Πόνος κατά τη σεξουαλική επαφή. Ημέρα κύκλου της περιόδου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΧ.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΔΥΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΚΑΙ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΔΥΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΝΟΣΗΛΕΥΘΗΣΑΝ ΣΤΟ ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟ- ΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ "Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ", ΠΡΩΗΝ "409 ΓΕΝΙΚΟ ΣΤΡΑΤΙΩ- ΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ"

Ιστορικό πρώτης ασθενούς

Η κυρία Φ.Β. 63 ετών, από την Κέρτελη Καλαβρύτων εισήχθη στις 22 Ιουλίου 1993 στο νοσοκομείο "Ο Άγιος Ανδρέας" με τη διάγνωση "Ca τραχήλου". Νοσηλεύτηκε στην Πανεπιστημιακή Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική του Νοσοκομείου. Το επάγγελμα της είναι οικιακά, το δε κληρονομικό και αναμνηστικό ιστορικό της είναι ελεύθερο από καρκινωματώδεις καταστάσεις.

Η περίοδος της ξεκίνησε στα 12 της χρόνια, διαρκούσε 4-5 ημέρες και εμφανιζόταν κάθε 28-30 ημέρες. Δεν είχε ανωμαλίες στην έμμηνο ρύση και η τελευταία φορά που της εμφανίσθηκε ήταν πριν 23 χρόνια. Δεν χρησιμοποίησε ποτέ αντισυλληπτικά, δεν είχε ποτέ άλγος κατά την επαφή και ούτε ποτέ είχε ακράτεια ούρων. Τέστ Παπανικολάου δεν είχε κάνει ποτέ, όπως ποτέ δεν είχε κάνει άλλη γυναικολογική επέμβαση. Οι φυσιολογικοί τοκετοί της ήταν 7.

Παπανικολάου Νίκος: Γυναικολογική Ογκολογία, Επίτομος, Εκδόσεις
Φωτοτυπωτική. Θεσσαλονίκη 1987

Πλέσσας Τ. Σταύρος: Διαιτητική του ανθρώπου. Επίτομος, Εκδόσεις
Φάρμακον - Τύπος. Αθήνα 1988.

Σαχίνη - Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία: Παθολογική και χειρουργική
νοσηλευτική. Τόμος πρώτος και δεύτερος. Επανεκδοση δεύτερη.
Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 1988.

Stoppard Miriam Dr.: Ιατρικός Οδηγός της Γυναίκας, Τόμος πρώτος
και δεύτερος, Εκδόσεις Η. Ηλιάδη, Αθήνα 1990.



Το πρόβλημα με το οποίο εισήχθη στο νοσοκομείο ήταν το εξής: Σταγονοειδής αιμόρροια εκ του κόλπου από 2 μηνών.

Κατά την κλινική εξέταση βρέθηκαν τα εξής: Η αρτηριακή πίεση εμφανίζεται στα 100/50 mmHg. Οι υπερκλειδίοι και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες είναι αφηλάφητοι. Εμφανίζει ένα φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα και φυσιολογικό καρδιακό ρυθμό. Τα αγγεία των άκρων είναι κατά φύσιν. Οι βουβωνικοί αδένες είναι αφηλάφητοι. Η ουρήθρα είναι φυσιολογική. Ο κόλπος όπως και το σώμα της μήτρας εμφανίζουν ατροφία. Τα εξαρτήματα είναι αφηλάφητα και τα παραμήτρια ελεύθερα διήθησης.

Διεξήχθη βιοψία τραχήλου και διαγνωστική απόξεση οπότε επιβεβαιώθηκε το Ca τραχήλου, και αποφασίσθηκε η κοιλιακή υστερεκτομή Wertheim.

Κατόπιν έγιναν εργαστηριακές εξετάσεις οι οποίες έδωσαν τα εξής αποτελέσματα:

- Αιματοκρίτης	:	34,4%
- Αιμοσφαιρίνη	:	10,6%
- Λευκά αιμοσφαίρια	:	4.600 ΚΚΧ
- Αιμοπετάλια	:	Κατά φύσιν
- ΡΤ	:	11,8"
- ΡΤΤ	:	33,1"
- Κάλιο	:	4 mEq/L
- Νάτριο	:	140 mEq/L
- Ουρία	:	35 mg%
- Κρεατινίνη	:	0,7 mg%
- Σάκχαρο	:	74 mg%
- Χολικά άλατα	:	0,54

- SGOT : 18 U/L
- SGPT : 17 U/L

Επίσης ελήφθη αίμα για προσδιορισμο ομάδας και βρέθηκε ομάδα O, Rh θετικό. Κατόπιν ελήφθη καρδιογράφημα, και ακτινογραφία θώρακος.

Την επομένη ημέρα, 23 Ιουλίου, έγινε η εγχείρηση. Η ασθενής εισήχθη στο χειρουργείο στις 8:30 π.μ. και εξήχθη στις 12:00 μμ. Χρησιμοποιήθηκε γενική νάρκωση. Το είδος της επέμβασης ήταν κοιλιακή υστερεκτομή Wertheim. Κατόπιν νοσηλεύτηκε στην κλινική χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα και επιπλοκές.

Στις 24 Ιουλίου τα αποτελέσματα των εξετάσεων ήταν τα εξής:

- Αιματοκρίτης : 30%
- Κάλιο : 4,3 mEq/L
- Νάτριο : 136 mEq/L
- Ουρία : 38 mg%

Εξήλθε από το νοσοκομείο στις 29/7/1993

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Ή ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΤΥΠΩΘΗΚΑΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>α) Ψυχολογικά προβλήματα - Ανησυχία, φόβος ασθενείας και εγχείρησης</p> <p>β) Μεταβολή του σωματικού ειδώλου εξαιτίας της επέμβασης</p>	<p>α) Μείωση της ανησυχίας και του φόβου της εγχείρησης</p> <p>β) Βοήθεια στη δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου</p>	<p>α) Συζήτηση με την ασθενή</p> <p>β) Επεξήγηση της τεχνικής της επέμβασης και της μετέπειτα κατάστασης της</p>	<p>Διαβάζω το ιστορικό της ασθενούς προκειμένου να ενημερωθώ για την οικογενειακή και κοινωνική της κατάσταση, όπως και για την κατάσταση της υγείας της. Κατόπιν πηγαίνω στο δωμάτιό της ασθενούς και αφού της συστηθώ, συζητώ μαζί της για την εγχείρηση, στην οποία θα υποβληθεί Διαπιστώνω ότι η ασθενής δεν γνωρίζει ότι πάσχει από καρκίνο τραχήλου, γνωρίζει όμως ότι θα της αφαιρεθεί η μήτρα. Μου εκμυστηρεύεται δε ότι φοβάται πολύ για την επέμβαση, παρ' ότι οι δικοί της προσπαθούν να την πείσουν για το αντίθετο. Την ενθαρρύνω</p>	<p>α) Η ασθενής ικανοποιήθηκε με την ενημέρωσή της σχετικά με την επέμβαση και την μετέπειτα εξέλιξή της</p> <p>β) Η ασθενής πρόμεινε και αντιμετωπίζει πλέον χωρίς φόβο το χειρουργείο</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Ή ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΤΥΠΩΘΗΚΑΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
			<p>φέρνοντός της ως παραδείγματα άλλες ασθενείς που υπεβλήθησαν στην ίδια επέμβαση κι εξελίχθησαν ομαλά, και της τονίζω το γεγονός ότι μετά την εγχείρηση θα πάψει να ταλαιπωρείται από τα συμπτώματά του προβλήματος της. Επίσης της εξηγώ ότι δεν πρόκειται να αντιμετωπίσει πρόβλημα με τη νέα της σωματική κατάσταση, εφόσον έχει κλείσει ο αναπαραγωγικός της κύκλος. Ακόμα, δεν παραλείπω να συμβουλευτώ την ασθενή να έχει πίστη στο θεό και να ζητήσει τη βοήθειά του. Αφού της πω και τα τελευταία ενθαρρυντικά λό-</p>	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Ή ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΤΥΠΩΘΗΚΑΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Πόνος και ένταση της ασθενούς</p>	<p>α) Εντόπιση του πόνου β) Διαπίστωση χαρακτηριστικών πόνου γ) Μείωση του πόνου και κατά συνέπεια εξάλειψη της έντασης</p>	<p>α) Τοποθέτηση ασθενούς σε θέση σιτιστικής άνεσης των μυών β) Έλεγχος παραγόντων που επιδεινώνουν τον πόνο γ) Χορήγηση αναλγητικού δ) Έλεγχος δράσης του αναλγητικού</p>	<p>για απομακρύνονται από κοντά της. Την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα η ασθενής διαμαρτύρεται γιατί πονάει πολύ στην εγχειρηθείσα περιοχή. Σε σχετική μου ερώτηση, απαντά ότι ο πόνος άρχισε από ενωρίτερα, αλλά με μικρότερη ένταση, τώρα είναι ανυπόφορος. Αφού την τοποθέτω σε θέση χαλάρωσης των μυών, γνωστοποιώ στο γιατρό το γεγονός και εκείνος δίδει γραπτή εντολή χορήγησης Pethidine. Αφού αναρροφήσω 1/2 amp Pethidine σύμφωνα με την εντολή, ενημερώνω την ασθενή για τη νοσηλεία και εκτελώ την ενδομυϊκή ένεση. Τονώνω την ασθενή</p>	<p>α) Μετά την πάροδο λίγης ώρας ο πόνος μειώθηκε κατά πολύ β) Η ασθενής χαλάρωσε και ελευθερώθηκε από την ένταση</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Ή ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΤΥΠΩΘΗΚΑΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>α) Δυσκολιότητα της ασθενούς τρεις ημέρες μετά τη χειρουργική επέμβαση.</p> <p>β) Δυσφορία της ασθενούς</p>	<p>α) Κένωση του περιεχομένου του εντέρου</p> <p>β) Επαναφορά του εντέρου στη φυσική του λειτουργία</p>	<p>α) Αύξηση της συχνότητας έγερσης και των δραστηριοτήτων της ασθενούς</p> <p>β) Χορήγηση άφθονων υγρών</p> <p>γ) Αποφυγή τροφών που προκαλούν δυσκοιλιότητα</p> <p>δ) Χορήγηση υποθέτου γλυκερίνης</p> <p>ε) Έλεγχος των θετικών ή αρνητικών αποτελεσμάτων</p>	<p>λέγοντάς της ότι σε λίγο θα ανακουφισθεί από τον πόνο, όπως και έγινε λίγο αργότερα. Καταγράψω την ακριβή δόση Pethidine και την ακριβή ώρα χορήγησης της στο δελτίο νοσηλείας της ασθενούς</p> <p>Κατ' αρχάς συστήνω στην ασθενή να μην ευρίσκειται σε θέση κατάκλισης όλη την ημέρα, αλλά να εγείρεται όσο πιο συχνά δύναται, εφόσον αυτό επιτρέπεται. Επίσης της συστήνω να λαμβάνει άφθονα υγρά, γιατί είναι ιδιαίτερα βοηθητικά</p> <p>Συννενοούμαι με τη διαιτολόγο έτσι ώστε η δίαιτά της να μην περιλαμβάνει τροφές που</p>	<p>α) Τακτοποιήθηκε κένωση του εντέρου</p> <p>β) Η ασθενής ανακουφίσθηκε από τη δυσφορία</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Ή ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΤΥΠΩΘΗΚΑΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
			<p>ευνοούν τη δυσκοιλιότητα. Τα ανωτέρω μέτρα όμως δεν επέφεραν αποτέλεσμα έως σβγά το απόγευμα. Έτσι ενημερώνω τον γιατρό και αυτός δίνει εντολή για χορήγηση sup γλυκερίνης. Αφού ετοιμάσω τα υλικά που χρειάζομαι ενημερώνω την ασθενή και εκτελώ τη νοσηλεία. Μετά την πάροδο λίγης ώρας επανέρχομαι και ρωτώ την ασθενή για τα αποτελέσματα τα οποία αποδείχθησαν θετικά.</p>	

Ιστορικό δεύτερης ασθενούς

Η κυρία Α.Κ. 48 ετών, από την Πάτρα, η οποία επαγγέλεται οικιακά εισήχθη στις 8 Ιουλίου 1993 στο Νοσοκομείο "Ο Άγιος Ανδρέας" με την διάγνωση καρκίνος τραχήλου μήτρας στο στάδιο Ι. Στις 21 Ιουνίου 1993 είχε υποβληθεί σε test Pap το οποίο εμφάνισε τη μορφή ΙΙΙ. Στις 5 Ιουλίου εξάλλου υποβλήθηκε σε βιοψία τραχήλου που επιβεβαίωσε τη διάγνωση. Το κληρονομικό και το αναμνηστικό ιστορικό της είναι ελεύθερα καρκινωματοδών καταστάσεων. Η περίοδος της εμφανίστηκε στην ηλικία των 12 ετών, διαρκεί 3 έως 5 ημέρες και επανέρχεται κάθε 28 ημέρες. Η τελευταία έμμηνος ρύση παρουσιάστηκε στις 6 Ιουνίου. Δεν είχε ποτέ ανωμαλία στην έμμηνο ρύση, ούτε χρησιμοποίησε αντισυλληπτικά, ούτε είχε ποτέ άλγος κατά την επαφή. Έχει κάνει δύο φυσιολογικούς τοκετούς.

Κατά την κλινική εξέταση της άρρωσης βρέθηκαν τα εξής: Αρτηριακή πίεση 100/50 mmHg, οι υπερκλείδιοι και μασχαλιαίοι λεμφαδένες είναι αψηλάφητοι. Εμφανίζει φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα και φυσιολογικό καρδιακό ρυθμό. Οι βουβωνικοί αδένες είναι αψηλάφητοι όπως και οι βαρθολίνειοι. Η ασθενής εμφανίζει τραχηλίτιδα και το σώμα της μήτρας παρουσιάζει μια πρόσθια κάμψη. Τα παραμήτρια είναι διηθημένα. Εμφανίζει κυστεοκήλη και ορθοκήλη.

Την ημέρα της εισαγωγής της υπεβλήθη σε εργαστηριακές εξετάσεις, οι οποίες εμφάνισαν τα εξής αποτελέσματα:

- Κάλιο	:	4,3 mEq/L
- Νάτριο	:	140 mEq/L
- Ουρία	:	35 mg%
- Κρεατινίνη	:	0,7 mg%
- Σάκχαρο	:	71 mg%
- Χολερυθρίνη	:	0.55 mg%

-	SGOT	:	8 U/L
-	SGPT	:	14 U/L
-	Αιματοκρίτης	:	27%
-	Αιμοσφαιρίνη	:	7,4 gr%
-	Λευκά αιμοσφαίρια	:	7.700 ΚΚΧ
-	Πολυμορφοπύρηνα	:	58,7%
-	Λεμφοκύτταρα	:	28,5%
-	Ηωσινόφυλα	:	4%
-	Βλάστες	:	1%
-	Μονοπύρηνα	:	7%
-	Αιμοπετάλια	:	526.000 ΚΚΧ
-	PT	:	12
-	PTT	:	23
-	Ινωδογόνο	:	275 mg/d

Επίσης ελήφθη αίμα για προσδιορισμό ομάδος και βρέθηκε Α, Rh θετικό. Κατόπιν ελήφθη ηλεκτροκαρδιογράφημα και ακτινογραφία θώρακα.

Η εγχείρηση που είχε προγραμματισθεί για τις 9/7/1993 αναβλήθηκε λόγω πυρετικής κίνησης, αφού έλαβε 3 μονάδες αίμα. Οι εξετάσεις επαναλήφθησαν στις 9 Ιουλίου κι έδωσαν τα εξής αποτελέσματα:

-	Αιματοκρίτης	:	34,7%
-	Αιμοσφαιρίνη	:	10,1 gr%
-	Λευκά αιμοσφαίρια	:	9.800 ΚΚΧ
-	Πολυμορφοπύρηνα	:	89%
-	Λεμφοκύτταρα	:	7%
-	Αιμοπετάλια	:	434.000 ΚΚΧ

Η εγχείρηση προγραμματίσθηκε για τις 12 Ιουλίου και πραγματοποιήθηκε κανονικά. Υπέστη κοιλιακή υστερεκτομή Wertheim και λεμφα-

γενικό καθαρισμό. Εισήλθε στο χειρουργείο στις 8:45 π.μ. και εξήλθε στις 12:10 μμ.

Στις 13 Ιουλίου επανέλαβε τις αιματολογικές εξετάσεις, οι οποίες είχαν ως εξής:

- Λευκά αιμοσφαίρια : 11.300 ΚΚχ
- Ερυθρά αιμοσφαίρια : 4.095 ΚΚΧ
- Αιμοσφαιρίνη : 10.7 gr%
- Αιματοκρίτης : 34%
- Μέσος όγκος ερυθρών : 68,8 μ^3
- Μέση περιεκτικότητα αιμοσφαιρίνης : 21,6 μmg
- Μέση συγκέντρωση αιμοσφαιρίνης : 31,4 gr/100 ml
- Εύρος κατανομής ερυθρών : 33,4%
- Αιμοπετάλια : 12 μ^3

Η χειρουργημένη νοσηλεύτηκε στην Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική και εξήλθε από το νοσοκομείο στις 19.7.1993

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Ή ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΤΥΠΩΘΗΚΑΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Χαμηλή τιμή αιματοκρίτης 27%	<p>α) Αύξηση του κυκλοφορούμενου όγκου αίματος</p> <p>β) Εξάλειψη της αναιμίας</p>	<p>α) Μετάγγιση αίματος</p> <p>β) Χρησιμοποίηση άσηπτης τεχνικής</p> <p>γ) Παρακολούθηση ασθενούς για εμφάνιση αντιδράσεων</p> <p>δ) Καταγραφή της νοσηλείας</p> <p>ε) Χορήγηση της κατάλληλης διαίτας</p>	<p>Αφού παραλάβω το αίμα από την τράπεζα αίματος το ελέγχω για φουσαλλίδες, αλλαγή της χροιάς και θολερότητα. Κατόπιν ελέγχω τις ετικέτες του δότη και του δέκτη για ομάδα και Rh, και εξακριβώνω την ταυτότητα του ασθενούς. Ελέγχω επίσης την ημερομηνία λήξεως του αίματος και αν έχει υπογραφεί από τον γιατρό της αιμοδοσίας. Δίδω τον ασκό στο γιατρό για να τον ελέγξει και να υπογράψει την ετικέτα. Λαμβάνω τα ζωτικά σημεία της ασθενούς, τα οποία είναι σε φυσιολογικά πλαίσια.</p> <p>Αφού πλύνω τα χέρια μου εκτελώ τη φλεβοκέντηση</p>	<p>α) 0 αιματοκρίτης της ασθενούς αυξήθηκε στο 34,7%</p> <p>β) Η αναιμία βελτιώθηκε</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Ή ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΤΥΠΩΘΗΚΑΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
			<p>και συνδέω με τον ασκό με άσηπτη τεχνική. Ρυθμίζω αργά τη ροή του αίματος και λαμβάνω τα ζωτικά σημεία κάθε 10-15 λεπτά. Παρακολουθώ την ασθενή για εμφάνιση αντιδράσεων από το αίμα όπως μυρμηγκίαση στα άκρα, οσφυαλγία, προκαρδιο βάρος, ρίγος, πτώση πίεσης, πυρετό, ταχυκαρδία, κυάνωση, ερυθρότητα προσώπου, αύξηση αναπνοών, ναυτία, εμέτους, ψυχρό ιδρώτα. Η ασθενής δεν εμφανίζει κανένα σύμπτωμα και η μετάγγιση εξελίσσεται ομαλά. Λίγο πριν την κένωση του σκού, διακόπτω τη ροή για να μην εισέλθει αέρας στην κυ-</p>	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Ή ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΤΥΠΩΘΗΚΑΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
			<p>κλοφορία του αίματος. Καταγράψω τη μετάνγνωση αίματος και όλες τις παρατηρήσεις μου για αυτήν στο δελτίο νοσηλείας της ασθενούς. Εκτός από την μετάνγνωση φροντίζω ιδιαίτερα τη διαίτα της ασθενούς η οποία πρέπει να περιέχει αρκετό λεύκωμα ανωτέρας βιολογικής αξίας, και αρκετό σίδηρο. Επίσης το ασβέστιο είναι απαραίτητο όπως και ο χαλκός που συμβάλλει στο σχηματισμό των ερευθρών αιμοσφαιρίων. Ακόμα φροντίζω ώστε το διαιτολόγιο να περιέχει όλες ανεξαιρέτως τις βιταμίνες, ιδιαίτερα δε την Κ, η οποία</p>	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Ή ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΤΥΠΩΘΗΚΑΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Εμφάνιση πυρετού προεγχειρητικά	<p>α) Ρύθμιση θερμοκρασίας</p> <p>β) Ανακούφιση ασθενούς από τις επιπτώσεις της υψηλής θερμοκρασίας</p>	<p>α) Χορήγηση αντιπυρετικού φαρμάκου</p> <p>β) Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων</p> <p>γ) Χορήγηση δροσερών και άφρονων υγρών</p> <p>δ) Συστηματική περιποίηση στόματος και χειλέων</p> <p>ε) Επαλείψεις του δέρματος με οινόπνευμα</p> <p>στ) Συχνή καθαριότητα δέρματος από ιδρώτα</p> <p>ζ) Αλλαγή ιματισμού επί μεγάλης εφίδρωσης</p> <p>η) Διατήρηση ελαφρών κλινοσκεπασμάτων και δροσερού περιβάλλοντος</p>	<p>σχηματίζει την προθρομβίνη και την C, που βοηθά στο σχηματισμό των ερυθρών αιμοσφαιρίων.</p> <p>Η ασθενής στις 3:45 π.μ. εμφάνισε πυρετό 38,5°C</p> <p>Στον πρώτο μέσο αντιμετώπισης του πυρετού τοποθετώ ψυχρά επιθέματα και την συμβουλεύω να λαμβάνει δροσερά και άφρονα υγρά για να διαλύονται επαρκώς οι τοξίνες και να αποβάλλονται από τον οργανισμό.</p> <p>Αφαιρώ ένα μέρος του ιματισμού της ασθενούς και φροντίζω να διατηρείται το περιβάλλον του θαλάμου δροσερό.</p> <p>Επίσης, κάνω επαλείψεις του δέρματος με οινόπνευμα, ώστε η εξάτμιση του να προκαλέσει απο-</p>	<p>α) Η ασθενής ανακουφίσθηκε από τις επιπτώσεις της υψηλής θερμοκρασίας</p> <p>β) Η θερμοκρασία επανήλθε στα φυσιολογικά όρια</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Ή ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΤΥΠΩΘΗΚΑΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
			<p>βολή θερμότητας. Θερμομετρώ πάλι στις 4:15 πμ και διαπιστώνω ότι ο πυρετός αυξήθηκε στους 39,2°C. Ενημερώνω το γιατρό, ο οποίος δίνει εντολή χορήγησης αντιπυρετικού φαρμάκου Aprotel. Χορηγώ 1 amp Aprotel στην ασθενή και κατόπιν φροντίζω για την εφύγρυνση του στόματος και των χειλέων προκειμένου να αντιμετώπισω την ξηρότητα του εξαιτίας του πυρετού και να προλάβω τη δημιουργία ραγάδων στα χείλη. Επειδή η ασθενής είναι ιδρωμένη τη βοηθώ στην αλλαγή των ρούχων της. Η επόμενη θερμομέτρηση στις 4:40 δείχνει πτώση ελαφρά του</p>	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Ή ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΤΥΠΩΘΗΚΑΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Παρατεινόμενος μετεγχειρητικός έμετος	<p>α) Απαλλαγή της ασθενούς από τον εμετό</p> <p>β) Διατήρηση καθαριότητας της ασθενούς</p> <p>γ) Αποφυγή εισρόφησης του εμέτου</p>	<p>α) Βοήθεια της ασθενούς κατά τον έμετο</p> <p>β) Απομάκρυνση εμέτου</p> <p>γ) Πλύση στόματος ασθενούς</p> <p>δ) Παρατήρηση χροιάς συχνότητας και ποσότητας εμέτου και καταγραφή αυτών</p> <p>ε) Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα</p>	<p>πυρετούς τους 39°C. Κατόπιν ο πυρετός ακολούθησε πτωτική πορεία. Τέλος, καταγράψω τη νοσηλεία και όλες τις διακυμάνσεις της θερμοκρασίας στο δελτίο νοσηλείας της ασθενούς.</p>	<p>α) Η ασθενής διατηρήθηκε καθαρή κατά τη διάρκεια των εμέτων</p> <p>β) Η ασθενής ανακουφίστηκε από τους εμέτους μετά την τοποθέτηση Τενίη</p>
			<p>κατά τη διάρκεια του εμέτου, τον οποίο αποσύρω αμέσως, γιατί η παραμονή του κοντά της επιφέρει πρόσθετη ναυτία και έμετο. Παρατηρώ την ποσότητα, την χροιά και τη συχνότητα του εμέτου και τον καταγράψω στο δελτίο νοσηλείας της ασθενούς.</p>	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Ή ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΤΥΠΩΘΗΚΑΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
			<p>Βοηθώ την ασθενή να πλένει το στόμα της με λίγο νερό μετά από κάθε έμετο. Επειδή οι έμετοι συνεχίζονται με αμείωτη ένταση ενημερώνω τον γιατρό, ο οποίος δίνει εντολή τοποθέτησης ρινοσπαστρικού σωλήνα Levin. Αφού διαλέω τον κατάλληλο υπολογίζω το μήκος μετρώντας από το ακρόρινιο μέχρι το λοβίο του αυτιού και από εκεί μέχρι το άκρο της ξιφοειδούς απόφυσης. Έχοντας πάρει μαζί μου όλα τα απαραίτητα αντικείμενα, ενημερώνω την ασθενή, την τοποθετώ σε ημικαθιστή θέση και εισάγω τον Levin λέγοντας στην ασθενή να εκτελεί κινήσεις κατάποσης. Καθ</p>	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Ή ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΤΥΠΩΘΗΚΑΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
			<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p> <p>όλη τη διάρκεια της εισαγωγής, την παρακολούθηση για βήχα, δυσφορία, δύσπνοια, κυάνωση. Βεβαιώνομαι για την εισαγωγή του στο στομάχι αναρροφώντας το περιεχόμενό του. Στερεώνω τον λενίν με λευκοπλάστ</p> <p>Στη συνέχεια αναρροφώ με μεγάλη σύριγγα, τα υγρά του στομάχου, με αργό ρυθμό και ήπιες κινήσεις. Αδειάζω το περιεχόμενο της σύριγγας στο νεφροειδές και επαναλαμβάνω. Αφού τελειώσω, κλείνω το στόμιο του λενίν και απομακρύνομαι από το θάλαμο. Καταγράφω την τοποθέτηση του λενίν στο δελτίο νοσηλείας της ασθενούς καθώς και την</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Η ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΤΥΠΩΘΗΚΑΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Εμφάνιση θρομβοφλεβίτιδας	<p>α) Ανακούφιση της ασθενούς από τα συμπτώματα της θρομβοφλεβίτιδας</p> <p>β) Πρόληψη μετακίνησης του θρόμβου</p> <p>γ) Βελτίωση της κυκλοφορίας</p> <p>δ) Διάλυση του θρόμβου</p>	<p>α) Απόλυτη ακινησία του άκρου</p> <p>β) Αποφυγή πίεσης στις κνήμες</p> <p>γ) Τοποθέτηση άκρου σε ανάρρωση</p> <p>δ) Τοποθέτηση θερμών υγρών επιθεμάτων</p> <p>ε) Ένταξη αντιπηκτικής αγωγής</p>	<p>ποσότητα των υγρών που ανηράφησα.</p> <p>Τονίζω στην ασθενή την ανάγκη για απόλυτη ακινησία του άκρου της ώστε να μην μετακινηθεί ο θρόμβος, και προκληθεί πνευμονική εμβολή.</p> <p>Τοποθετώ στεφάνη για να σηκώνει το βάρος των κλινοσκεπασμάτων και να μην πιέζεται το άκρο. Επίσης τοποθετώ το άκρο σε ανάρρωση θέση για να διευκολύνεται η κυκλοφορία. Στο σημείο του οιδήματος εφαρμόζω θερμά υγρά επιθέματα για να ανακουφισθεί η ασθενής. Χορηγώ αντιπηκτική αγωγή σύμφωνα με την εντολή του γιατρού. Έτσι ενίω υποδορίως 1 amp Fraxi-</p>	<p>α) Η ασθενής ανακουφίσθηκε από τις επιπτώσεις της θρομβοφλεβίτιδας</p> <p>β) Ο θρόμβος διαλύθηκε</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Ή ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΤΥΠΩΘΗΚΑΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
			parine. Η ασθενής εμφανίζει μια μικρή πυρετική κίνηση την οποία ελέγχω και καταγράφω, μαζί με τις άλλες νοσηλείες στο δελτίο νοσηλείας της ασθενούς.	

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τελικά τα μέσα για την εφαρμογή ενός σωστού προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης του καρκίνου είναι: η καλή εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού και των γιατρών, η διαφώτιση για διαγνωστικές δυνατότητες, πρόωρα συμπτώματα και θεραπευτικά αποτελέσματα των διαφόρων μεθόδων και η ύπαρξη διαγνωστικών και θεραπευτικών κέντρων στις πόλεις. Θα πρέπει όμως ο προσανατολισμός της κοινωνικής πρόνοιας και υγιεινής να στραφεί προς τα εκεί ώστε η υπόθεση καρκίνος, να γίνει υπόθεση ευθύνης του κράτους και όχι να αποτελεί ευθύνη μόνον των νοσηλευτών, των γιατρών και των ασθενών.

Όσον αφορά τη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς με καρκίνο, αυτή έχει γίνει ειδικότητα της νοσηλευτικής διεθνώς, χωρίς αυτό να σημαίνει πως όλες οι χώρες έχουν αναπτύξει επίσημα προγράμματα ειδικεύσεως. Η ανάγκη της καλύτερης ενημέρωσης του νοσηλευτικού προσωπικού στην ογκολογική Νοσηλευτική οδήγησε στην ίδρυση Κοινωνίας Ογκολογικής Νοσηλευτικής (Oncology Nursing Society), με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων και αλληλοβοήθειας. Παράλληλα συνέχεια γίνονται νοσηλευτικές έρευνες για μια πιο ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα στον ασθενή με καρκίνο. Όσοι συμμετέχουν σε αυτές τις έρευνες καθώς και στη νοσηλεία του καρκίνου δεν θα πρέπει να ξεχνούν τα λόγια του Fegel: "Κάθε καρκίνος που αφήνεται να επεκταθεί και να σκοτώσει τον ασθενή πρέπει να θεωρείται σαν αποτυχία των υπευθύνων και μομφή για το επίπεδο του πολιτισμού".

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αθανάτου Κ. Ελευθερία: Κλινική Νοσηλευτική. Επίτομος. Εκδόσεις γραφικές τέχνες - Γεωργίου Παπανικολάου και Σία Ο.Ε., Αθήνα 1991
- Ακαδημία Ιατρικών Επιστημών της ΕΣΣΔ: Σοβιετική Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια. Τόμος δεύτερος. Εκδόσεις Κ. Καπόπουλος. Αθήνα 1981.
- Barber R.K. Hugh: Gynecologic Oncology. Second Edition. J.B. Lippincott Company. Philadelphia 1989.
- Γουλιά Γ. Ειρήνη: Εφαρμοσμένη Νοσηλευτική. Επίτομος. Εκδόσεις "Η Ταβιθά", Αθήνα 1991
- Δετοράκης Γιάννης: Οικογενειακός Προγραμματισμός. Επίτομος. Έκδοση Δεύτερη, Αθήνα 1991.
- Κουρούνης Σ. Γεώργιος: Παθολογία τραχήλου μήτρας - Κολποσκόπηση. Επίτομος, Έκδοση Δεύτερη, Αθήνα 1991
- Κωνσταντάκου Π. Παναγιώτης: Μαιευτική. Επίτομος, Αθήνα 1987
- Mackeith Nancy: Πρακτικός γυναικολογικός οδηγός. Επίτομος, Εκδόσεις Γαλλαίος, Αθήνα 1981
- Μαλγαρινού Μ.Α., Κωνσταντινίδου Σ.Φ.: Νοσηλευτική Γενική Παθολογική χειρουργική. Τόμος πρώτος. Έκδοση Δωδεκάτη, Έκδοση "Η Ταβιθά", Αθήνα 1989.
- Μαλγαρινού Μ.Α., Κωνσταντινίδου Σ.Φ.: Νοσηλευτική Γενική Παθολογική χειρουργική. Τόμος δεύτερος, Μέρος δεύτερο, Έκδοση δεκάτη τρίτη, Εκδόσεις "Η Ταβιθά", Αθήνα 1990.
- Μανταλενάκης Σέργιος: Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας. Επίτομος. Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγορίου Κ. Παρισιάνου, Αθήνα 1985.
- Ντόζη-Βασιλειάδου Ι: Φαρμακολογία. Επίτομος Εκδόσεις Αφών Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 1988