

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Θ Ε Μ Α

ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΟΥ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Μπατζολάκη Μαρία

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ

Κάβουρας Κωνσταντίνος



ΠΑΤΡΑ, 1994

ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ 965

## Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Σελ.

### Π ρ ό λ ο γ ο ς

#### Μ Ε Ρ Ο Σ Π Ρ Ω Τ Ο

Εισαγωγή . . . . .	2
Ανατομία . . . . .	3
Παθολογική ανατομία . . . . .	4
Παθογένεια και αιτιολογία . . . . .	5
Κλινική εικόνα . . . . .	7
Διάγνωση . . . . .	10
Διαφορική διάγνωση . . . . .	12
Θεραπεία . . . . .	13
Επιπλοκές χειρουργικής θεραπείας . . . . .	20
Κατά την έξοδο . . . . .	22

#### Μ Ε Ρ Ο Σ Δ Ε Υ Τ Ε Ρ Ο

Ο νοσηλευτής στη διάγνωση . . . . .	24
Προεγχειρητική φροντίδα . . . . .	29
Μετεγχειρητική φροντίδα . . . . .	30
Μετεγχειρητικές επιπλοκές . . . . .	33

#### Μ Ε Ρ Ο Σ Τ Ρ Ι Τ Ο

Νοσηλευτική διεργασία ασθενή με διακυστική προστατεκτομή . . . . .	36
Νοσηλευτική διεργασία ασθενή με διουρηθρική προστατεκτομή . . . . .	40
Ε π ί λ ο γ ο ς . . . . .	54
Π ί ν α κ α ς . . . . .	55
Β ι β λ ι ο γ ρ α φ ί α . . . . .	56

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η αύξηση του όγκου του προστάτη στο σημείο να προξενεί αποφρακτικά συμπτώματα, είναι συνηθισμένο φαινόμενο σε άρρενες άνω των 50 ετών.

Η μεγάλη συχνότητα με την οποία εμφανίζεται τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας έχει εντείνει την ανάγκη για μελέτη και ανάλυση της πάθησης αυτής.

Η εργασία αυτή επικεντρώνεται στα προβλήματα και τις ανάγκες που αντιμετωπίζει ένας ασθενής με προστατική υπερπλασία. Χωρίζεται σε τρία μέρη, όπου στο πρώτο μέρος γίνεται μια παρουσίαση της πάθησης, στο δεύτερο μέρος γίνεται παρουσίαση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει κάποιος ασθενής και τη νοσηλευτική τους αντιμετώπιση και στο τρίτο μέρος γίνεται παρουσίαση εφαρμοσμένης νοσηλευτικής διεργασίας σε ασθενή με προστατική υπερπλασία.

## ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει τα εξής κεφάλαια:

1. Εισαγωγή
2. Ανατομία - Παθολογική ανατομία
3. Παθογένεια και αιτιολογία
4. Κλινική εικόνα
5. Διάγνωση - Διαφορική διάγνωση
6. Θεραπεία
7. Επιπλοκές χειρουργικής θεραπείας
8. Κατά την έξοδο.

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η καλοήθης προστατική υπερπλασία είναι μια αδενωματώδης και όχι μόνο αύξηση του όγκου του προστατικού αδένου. Περισσότερο από το ήμισυ του ανδρικού πληθυσμού άνω των 50 ετών και πάνω από το 75% των ανδρών άνω των 70 ετών έχουν συμπτώματα κλινικά οφειλόμενα στην αύξηση του όγκου του προστάτη.

Η υψηλή συχνότητα με την οποία εμφανίζεται στους άρρενες της γεροντικής και προγεροντικής ηλικίας, καθώς και οι επιπτώσεις από την παρουσία της, έχει αυξήσει την ανάγκη για την κλινική έρευνα του θέματος.

Θα πρέπει να τονιστεί εκ των προτέρων, ότι η ακριβής φύση της παθολογίας της προστατικής υπερπλασίας όσον αφορά την αιτιολογία της, πρόληψή της και μη χειρουργική της θεραπεία είναι θέματα που οι ερευνητές ακόμα τα συζητούν.

Η ενημέρωση επί των βασικών νοσηλευτικών αναγκών που αντιμετωπίζει ένας ασθενής με καλοήθη προστατική υπερπλασία και η παρουσίαση των μέσων προς αντιμετώπισή τους αποτελούν το αντικείμενο της παρούσας εργασίας.

## 2. ΑΝΑΤΟΜΙΑ - ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Ο προστάτης είναι ένα αδενοϊνομυωματώδες όργανο του άνδρα και ανήκει στα έσω γεννητικά του όργανα. Βρίσκεται πίσω από την ηβική σύμφυση, κάτω από την ουροδόχο κύστη και μπροστά από το ορθό. Ο φυσιολογικός προστάτης έχει σχήμα κάστανου και βάρος 20 gr, περιέχει δε την προστατική ουρήθρα μήκους 2,5-4 εκ.

Ο Iowlsley χωρίζει τον προστάτη σε πέντε λοβούς: πρόσθιο, μέσο, οπίσθιο και δυο πλάγιους· αντίθετα η νεώτερη άποψη περί της ανατομικής του προστάτη είναι αυτή του McNeal (1972), που χωρίζει τον προστάτη σε ζώνες: περιφερική, κεντρική, μεταβατική, προπροστατική και του προσθίου τμήματος ζώνη.

Ο προστάτης περιβάλλεται από την κάψα, η οποία σχηματίζεται από την ενδοπυελική και ευθυπροστατική περιτονία.

Περιγραφικά εμφανίζει βάση, κορυφή και τέσσερις επιφάνειες: πρόσθια, οπίσθια και δυο πλάγιες.

Αιματώνεται από τις κάτω κυστικές, έσω αιδοϊκές και αιμορροϊδικές αρτηρίες· δέχεται ένα πλούσιο νευρικό πλέγμα, που προέρχεται από τα συμπαθητικά και παρασυμπαθητικά νευρικά πλέγματα.

Κύρια λειτουργία του προστάτη είναι η δημιουργία εκκρίματος με pH τέτοιο που να εξουδετερώνει την οξύτητα του κόλπου· προστίθεται στις εκκρίσεις των σπερματοδόχων κύστεων κατά τη διάρκεια της εκσπερμάτισης. Το έκκριμα των προστατικών αδένων περιέχει το ένζυμο όξινη φωσφατάση, το ποσό του οποίου είναι ένας καλός δείκτης για την εκτίμηση της προστατικής λειτουργίας.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Στα νεαρά άτομα ο προστάτης μοιάζει με μήλο του οποίου η φλούδα αντιστοιχεί στην αληθινή κάψα του προστάτη. Αντίθετα, η υπερπλασία του προστάτη μοιάζει με πορτοκάλι, η χοντρή φλούδα του οποίου αντιστοιχεί στη χειρουργική κάψα του προστάτη, που δεν είναι τίποτε άλλ ο παρά ο πραγματικός αδένας που πιέζεται προς την περιφέρεια από την υπερπλασία. Γι' αυτό η χειρουργική αποκόλληση του αδένου είναι σχεδόν αδύνατη στα νεαρά άτομα, ενώ στην υπερπλασία η αποκόλληση του αδένου είναι σχεδόν πάντοτε εύκολη.\*

Μεγαλώνοντας ο όγκος απωθεί τον αδένου προς τα κάτω και πλάγια· από την πίεση αυτή ο πραγματικός αδένου ατροφεί και έτσι η υπερπλασμένη μάζα του χωρίζεται από τον αδένου με μια λεπτή κάψα, που επιτρέπει την εύκολη εκπυρήνωσή του.

Ο υπερπλαστικός προστάτης αποτελείται συνήθως από τρεις λοβούς, τους δυο πλάγιους που είναι μεγαλύτεροι και προβαίνουν προς το ορθό και ένα μικρότερο, που προβάλλει προς την κύστη, χωρίς να αποκλείεται η πιθανότητα να αποτελείται από δυο μόνο λοβούς ή να είναι μονόλοβος.

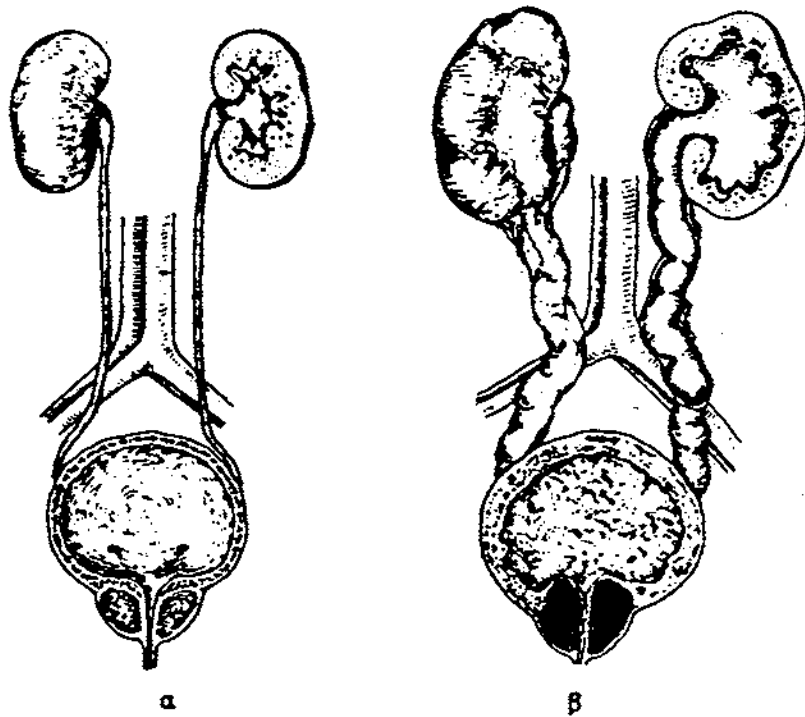
Το βάρος του κυμαίνεται από λίγα γραμμάρια ως τα 300 gr, με μέσο όρο τα 30-60 gr. Ιστολογικά είναι αδενο-ινομύωμα με προεξάρχοντα ιστό τον αδενικό.

Στην υπερπλασία συνήθως μεγαλώνει ο μέσος ή οι πλάγιοι λοβοί.

---

\* Οι παλιοί ουρολόγοι έλεγαν: "Αφήστε τον προστάτη να ωριμάσει".





α. Φυσιολογική κατάσταση των ουροφόρων οδών

β. Βλάβες λόγω υπερπλασίας προστάτου (πάχυνση τοιχώματος κύστης, διεύρυνση ουρητήρων, υδρονέφρωση).

### 3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Από πολύ παλιά έχουν δημιουργηθεί οι υποψίες ότι η παθογένεια της υπερτροφίας έχει σχέση με τις ορμόνες των γονάδων. Πρώτος ο Hunter το 18ο αιώνα παρατήρησε ευνουχισμένα ζώα και διαπίστωσε ότι παρουσιάζουν ατροφία του προστάτη. Στον άνθρωπο το ίδιο φαινόμενο παρατηρήθηκε λεπτομερώς μετά από παρατηρήσεις που έγιναν στη Ρωσία το 19ο αιώνα, όπου ομάδα αιρετικών, οι Skortzys, υφίσταντο ευνουχισμό σε ηλικία 35 ετών για λόγους θρησκευτικούς· αυτοί δεν ανέπτυσαν σχεδόν ποτέ συμπτώματα "προστάτη".

Η πρώτη καθαρά επιστημονική μελέτη εξεδόθη το 1944 από τον αμερικανό Moore, μετά από λεπτομερή ιστολογική μελέτη του προστάτη ανδρών που έχασαν τους όρχεις προ της ηλικίας των 40 ετών· σ' αυτούς δεν βρήκε ιστολογική ένδειξη ούτε υπερπλασίας ούτε καρκίνου του προστάτη (Στέλλος, 1993).

Η σύγχρονη άποψη περί της αιτιολογίας της προστατικής υπερπλασίας έχει ως εξής: ο όρχις εκκρίνει ανδρικές ορμόνες (τεστοστερόνη) και γυναικείες (οιστρογόνα). Η τεστοστερόνη κυκλοφορεί στο αίμα αλλά για να δράσει στα κύτταρα του προστάτη πρέπει να μετατραπεί στην 5α-διυδροτεστοστερόνη. Η χημική αυτή μετατροπή γίνεται με το ένζυμο 5α-αναγωγάση. [Ελλειψη της ουσίας αυτής υπάρχει εκ γενετής σε περιπτώσεις ερμαφροδιτισμού (όπου δεν υπάρχει προστάτης)]· ακόμα έχει διαπιστωθεί ότι η διυδροτεστοστερόνη (DHT) βρίσκεται σε μεγαλύτερη ποσότητα στον υπερτροφικό, παρά στο φυσιολογικό προστάτη.

Παρόλα αυτά, οι ερευνητές δεν συμφωνούν μεταξύ τους για την ενοχοποίηση των ανδρογόνων, πόσο μάλλον όταν αναλογιστεί κανείς ότι η πάθηση παρατηρείται σε εποχή που τα ανδρογόνα είναι σε χαμηλότερες τιμές από ό,τι στη νεαρή ηλικία. Δεν είναι επίσης κατανοητό γιατί σε μερικούς άνδρες εμφανίζεται υπερπλασία του προστάτη και σε άλλους όχι. Τρία πράγματα πάντως είναι σίγουρα:

- α) Η υπερπλασία του προστάτη δεν παρουσιάζεται σε όσους έχουν ευνουχιστεί.
- β) Υποχώρηση υπάρχουσας υπερπλασίας εμφανίζεται ως ακόλουθη ευνουχισμού.
- γ) Η χορήγηση ανδρογόνων ορμονών, όπως πειραματικά αποδείχθηκε σε σκύλους, δημιουργεί προστατική υπερπλασία.

#### 4. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Οι διαταραχές ούρησης είναι οι πρώτες κλινικές εκδηλώσεις της πάθησης, χωρίς όμως η βαρύτητα αυτών των διαταραχών να είναι συνάρτηση του μεγέθους του υπερπλαστικού προστάτη· μια μικρή υπερπλασία που αναπτύσσεται προς την ουρήθρα προκαλεί μεγάλα ενοχλήματα, ενώ αντίθετα μεγάλα αδενώματα χωρίς στοιχεία ενδοουρηθρικής επέκτασης είναι "αθόρυβα".

Αν και η κλινική εικόνα της πάθησης είναι έντονη, η εξέλιξη (από τη στιγμή που αρχίζει να υπερπλάθεται ο αδένας μέχρι τη στιγμή που εμφανίζεται ο ασθενής στον ουρολόγο) είναι βραδεία· αυτό οφείλεται στο ότι ο ασθενής δεν αντιλαμβάνεται γρήγορα το φαινόμενο κατ' αρχήν της δυσουρίας και το θεωρεί ως φυσιολογικό, λόγω ηλικίας.

Στην αρχή λοιπόν έχει χαμηλής εντάσεως συμπτώματα, γιατί υπάρχει ικανοποιητική ούρηση παρά την απόφραξη. Με την αύξηση όμως της απόφραξης, ο ασθενής αναπτύσσει ένα σύνολο συμπτωμάτων που ονομάζεται "προστατισμός": μείωση της ικανότητας και πίεση της ούρησης, αδυναμία εκκίνησης της διαδικασίας της ούρησης, αδυναμία διακοπής της ούρησης, μετακενωτική σταγονοειδής συνέχισή της, αίσθημα αδυναμίας κένωσης της κύστης και συνήθως αίσθηση κατακράτησης ούρων. Αυτά είναι τα αποφρακτικά συμπτώματα του προστάτη, που θα πρέπει να διαχωρίζονται από τα γενικής ουρολογικής αιτιολογίας ενοχλητικά συμπτώματα της κατώτερης ουροφόρου οδού, όπως δυσουρία, συχνότητα και επείγουσα ανάγκη.

Όσο αυξάνει το ποσό των υπολειπόμενων ούρων παρατηρείται νυκτουρία, αύξηση συχνότητας της διάθεσης για ούρηση, ύπαρξη

μάζας στην κατώτερη κοιλιακή χώρα και ακράτεια ούρων. Σε περιπτώσεις με αργά αναπτυσσόμενη απόφραξη ο ασθενής μπορεί να προσαρμοστεί βαθμιαία με την υπαρξη των συμπτωμάτων και να παρουσιαστεί στον ουρολόγο με σιωπηλό προστατισμό.

Η εξέταση του ασθενή δείχνει επίσης δευτερογενή αναιμία με αιτιολογία τη νεφρική ανεπάρκεια, υδρονέφρωση, μάζα στην κατώτερη κοιλιακή χώρα που αντιπροσωπεύει μια διογκωμένη κύστη και άλλα ευρήματα σχετιζόμενα με τη νεφρική ανεπάρκεια.

Υποφέροντας οι ασθενείς από τους πόνους, προσπαθούν μάταια, πιέζοντας τα κοιλιακά τοιχώματα, να κενώσουν την κύστη. Αντίθετα με την υποκειμενικά επώδυνη κλινική εικόνα, αντικειμενικά η κατάσταση δείχνει λιγότερο επικίνδυνη, επειδή η νεφρική λειτουργία δεν έχει διαταραχθεί ακόμα.

Ο καθετηριασμός αποτελεί συγχρόνως διαγνωστικό και θεραπευτικό μέσο. Η στάση των ούρων ευνοεί γενικά την ανάπτυξη φλεγμονής και ανιούσας μόλυνσεως των νεφρών, που επιδεινώνεται και από την πιθανή κυστεονεφρική παλινδρόμηση, λόγω της χρόνιας κυστικής διατάσεως και έτσι μπορεί να αναπτυχθεί περιτονίτιδα. Η παρουσία μικροοργανισμών που διασπούν την ουρία, όπως *Proteus*, μέσα στα ούρα μπορεί να συμβάλλει στο σχηματισμό λίθων. Με τον καθετηριασμό μειώνεται σταδιακά η υδρονέφρωση και η ουραιμία.

Συμπερασματικά λοιπόν η κλινική εικόνα της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη είναι:

1. Δυσκολία στην ούρηση και συχνουρία.
2. Επιτακτική ούρηση.
3. Υπόλειμμα ούρων στην κύστη.
4. Πόνος.

5. Αιματουρία.
6. Πυρετός λόγω οξείας ή χρόνιας ουρολοίμωξης.
7. Νυχτουρία.
8. Αίσθημα ατελούς κένωσης.
9. Απώλεια σταγόνων.
10. Εξασθενημένη ακτίνα ούρησης (σημείο Busch), γνωστή ως νόσος των ηλικιωμένων.
11. Ουραιμία.
12. Φαιοκίτρινη όψη, ανορεξία, αίσθημα δίψας, ξηρή γλώσσα.

## 5. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της παθήσεως θα στηριχθεί σε μια σειρά εξετάσεων, εκτός από τη λήψη του ιστορικού του ασθενούς, και αυτές θα είναι οι εξής:

α. Αντικειμενική εξέταση: ψηλάφηση και επίκρουση της υπερηβικής χώρας για τον έλεγχο υπολείμματος ούρων, ψηλάφηση νεφρών, δακτυλική εξέταση προστάτου όπου μπορεί να είναι μεγάλος, διογκωμένος, ομαλός, ανώδυνος, με σαφή όρια, έλλειψη σκληρίας και εξαφάνιση της μέσης αύλακος. Σε μερικές περιπτώσεις το αδένωμα είναι πολύ μικρό. Είναι ενδεχόμενο να υπάρχει ενδοκυστική ή ενδοουρηθρική ανάπτυξη.

β. Ακτινολογικός έλεγχος: ενδοφλέβια ουρογραφία, όπου ελέγχεται η λειτουργική κατάσταση των νεφρών, η ύπαρξη του αδενώματος και η μορφή του κυστικού περιγράμματος, με ή χωρίς υπόλειμμα ούρων.

γ. Υπερηχοτομογραφία: Εξετάζονται οι διαστάσεις του προστάτη και υπολογίζεται το βάρος του.

δ. Uroflow tests: Μελέτη της λειτουργικής ικανότητας του ουροποιητικού συστήματος σε φυσιολογικές και μη καταστάσεις. Είναι μια απλή μέθοδος, όπου δεν γίνεται καμία επέμβαση. Μια απλή ούρηση σε ένα ειδικό δοχείο καταγράφει στοιχεία πολύτιμα στη μελέτη της παρουσίας ή μη, καθώς και το βαθμό της υποκυστικής απόφραξης. Η φυσιολογική ταχύτητα ροής έχει καθιερωθεί για τον άνδρα ως εξής:

- κάτω των 45 ετών: 18 cc/min
- μέχρι 55 ετών: 15 cc/min
- πάνω από 65 ετών: 13 cc/min

Ο ασθενής πρέπει να έχει μια κύστη πλήρη (πάνω από 150 cc ούρων), αλλιώς τα αποτελέσματα είναι αμφίβολα. Όλες οι ουροδυναμικές μελέτες είναι απαραίτητο να γίνονται σε κλειστό χώρο και με πλήρη απομόνωση. (Η παραμικρή ενόχληση, ακόμα και η υποψία παρουσίας άλλου ατόμου, μπορεί να προκαλέσει ψυχολογικές αναστολές που να αλλοιώσουν το αποτέλεσμα). Η uroflow μέθοδος δίνει ικανοποιητικά διαγνωστικά αποτελέσματα σε ένα 95% ασθενών με αποφρακτικά φαινόμενα.

ε. Κυστεοσκόπηση: Σκοπός της είναι ο ενδοσκοπικός έλεγχος της κύστης μέσω ενός εύκαμπτου συστήματος οπτικών ινών, καθώς και της ουρήθρας.

στ. Γενική ανάλυση ούρων, για έλεγχο επιπέδου της ουρίας και αποκλεισμό της μόλυνσης, ύπαρξης ουραιμίας, προσδιορισμό της κρεατινίνης, για έλεγχο της νεφρικής λειτουργίας, καθώς και έλεγχο της όξινης φωσφατάσης (που σχετικά προηγείται ως εξεταζόμενη ουσία σε εξέταση προστάτη).

ζ. Γενική αίματος για έλεγχο αιματοκρίτη, ταχύτητας καθίζησης, χρόνου ροής και πήξης, ειδικού προστατικού αντιγόνου PAS και ομάδας αίματος.

#### ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στηριζόμενοι στα ευρήματα των εργαστηριακών εξετάσεων, θα πρέπει να αποκλείσει ο θεράπων μια σειρά άλλων παθήσεων που παρουσιάζουν μια ομοιομορφία στα συμπτώματα με την υπερπλασία του προστάτη. Έτσι, θα πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση από:



α. Νευρογενή κύστη. Η διάγνωση επικυρώνεται με τον ουροδυναμικό έλεγχο και το ιατρικό ιστορικό (σακχαρώδης διαβήτης, λήψη σπασμοανάλγητικών και ηρεμιστικών κ.ά.).

β. Προστατίτιδα. Με τη δακτυλική εξέταση αναμένεται η ύπαρξη οζώδους ή ινώδους προστάτη, η έκκριση του οποίου μπορεί να περιέχει και πύο. Στην παραμικρή αμφιβολία πρέπει να γίνεται βιοψία.

γ. Οξεία προστατίτιδα. Τα οξεία συμπτώματα οδηγούν στη διαφορική διάγνωση.

δ. Ca προστάτου. Ψηλαφείται σκληρία (σε αντίθεση με τη μαλακή υφή στην υπερπλασία), που μεταβάλλει τον προστάτη σε σκληρή μάζα, χωρίς σαφή όρια. Επιβεβαιώνεται με βιοψία.

ε. Σάρκωμα προστάτου. Εξαιρετικά σπάνιο, αλλά πάντα ύποπτο λόγω της ομοιότητας της υφής και του μεγέθους του προστάτη.

στ. Σκλήρυνση του αυχένα της κύστεως. Η κυστεοσκόπηση λύνει το διαγνωστικό πρόβλημα.

ζ. Στενώματα ουρήθρας. Το ιστορικό (ουρηθρίτιδες) και κυρίως η ουρηθρογραφία και η κυστεοσκόπηση επιβεβαιώνουν τη διάγνωση.

η. Λίθος κύστεως. Σε απότομη διακοπή της ούρησης η αλλαγή της στάσης του αρρώστου οδηγεί στη συνέχισή της. Ο ακτινολογικός και κυστεοσκοπικός έλεγχος επιβεβαιώνουν την πάθηση.

## 6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί ο θόρυβος γύρω από τη θεραπεία της προστατικής υπερπλασίας και σ' αυτό έχει συντελέσει η αύξηση του αριθμού των μεθόδων για την αντιμετώπιση της πάθησης. Το τελικό όμως αποτέλεσμα είναι να επικρατεί σύγχυση και αβεβαιότητα σχετικά με το ποια μέθοδος είναι η πλέον συμφέρουσα για τον ασθενή που έχει "προστάτη".

Στη σημερινή εποχή, όπου η πληροφόρηση του κοινού γίνεται σε μεγάλο βαθμό, διαμορφώνεται μια νέα κατάσταση όπου όχι μόνο ο γιατρός ως εκ της ειδικότητάς του είναι καλά ενημερωμένος για τις τελευταίες εξελίξεις στο θέμα κυρίως της θεραπευτικής αγωγής μιας παθήσεως (αφού και αυτό είναι συνήθως το ζητούμενο), αλλά και ο ασθενής πιο ενημερωμένος από άλλοτε, ειδικά για θέματα που τον ενδιαφέρουν, ώστε μπορεί να συμμετάσχει ενεργέστερα και να αποφασίσει αν τελικά θα υποστεί την εγχείρηση ή όχι.

Αν και η χειρουργική θεραπεία παραμένει η πλέον αποτελεσματική μέθοδος, αναζητούνται και άλλοι μέθοδοι θεραπείας, λόγω:

- (α) Του κόστους μιας χειρουργικής επέμβασης.
- (β) Της πιθανότητας επανεγχείρησης (σε ποσοστό 8-10% των ασθενών που χειρουργούνται).
- (γ) Του κινδύνου θανάτου.

Στην παρούσα εργασία θα ασχοληθούμε με τις εξής μεθόδους θεραπείας:

- α. Φαρμακευτική
- β. Χειρουργική

γ. Υπερθερμία

δ. Laser

#### α. Φαρμακευτική θεραπεία

Η φαρμακευτική θεραπεία στηρίζεται στη θεωρία ότι η πάθηση είναι αποτέλεσμα της δράσης των ανδρογόνων πάνω στους ανδρογονικούς υποδοχείς του προστάτη. Έτσι θα πρέπει να "αφαιρεθούν" τα ανδρογόνα. Αυτή η διαδικασία της φαρμακευτικής θεραπείας μπορεί να ονομαστεί και ιατρικός ευνουχισμός και επιτυγχάνεται με τη χρήση των παρακάτω ουσιών:

I. Ανταγωνιστές LHRH. Χρησιμοποιήθηκαν κυρίως εναντίον του καρκίνου του προστάτη. Έχουν την ιδιότητα να μηδενίζουν την ανδρική ορμόνη. Προκαλούν βελτίωση του μεγέθους του προστάτη κατά 30% και βελτιώνουν την ούρησ. Η διακοπή λήψης του σκευάσματος οδηγεί στην κατάσταση που είχε ο ασθενής προ της θεραπείας εντός ολίγων μηνών.

II. A-blockers. Οι ουσίες αυτές έχουν δράση στο μυικό μέρος και έτσι προσφέρουν προσωρινή ανακούφιση. Συνιστώνται σε ασθενείς με ήπια ή μέτρια συμπτώματα. Υπάρχουν παρενέργειες, γι' αυτό και η θεραπεία πρέπει να εξατομικεύεται και μόνο με την αυστηρή παρακολούθηση του ιατρού.

III. Φιναστερίδη. Αναστέλλει τη δράση του ενζύμου 5α-αναγωγή κι έτσι η τεστοστερόνη δεν μπορεί να μετατραπεί σε υδροτεστοστερόνη (DHT) και να δράσει στον προστάτη. Ταυτόχρονα δεν επηρεάζεται η libido. Μετά από θεραπεία 6 μηνών υπάρχει βελτίωση στο 15-20% των περιπτώσεων ως προς τον όγκο του προστάτη· οριστική βελτίωση παρουσιάζεται σε ποσοστό ασθενών 31% καθώς και σε ποσοστό 17% επί των ασθενών που πήραν placebo.

Επίσης μόνο στο 2-3% των ασθενών επιδρά στα ανδρικά χαρακτηριστικά. Η χορήγηση του σκευάσματος είναι ισόβια.

## β. Χειρουργική θεραπεία

### I. Υπερηβική προστατεκτομή Haggis

Ως προστατεκτομή Haggis ορίζεται η εκπυρήνωση του προστάτη δια μέσου μιας υπερηβικής τομής, η μερική επίστρωση με βλεννογόνο της νεοσχηματισμένης προστατικής ουρήθρας, η εξάλειψη της προστατικής κοιλότητας, αποτελεσματική αιμόσταση με ράμμα και κλείσιμο της κύστης.

Η εγχείρηση του Haggis δίνει, σωστά εκτελούμενη, καλά αποτελέσματα άμεσα και, απώτερα, κάτι που δεν πρέπει να παραλειφθεί, γίνεται σε θέση ύπτια με τα πόδια ανοικτά και υπό γενική αναισθησία.

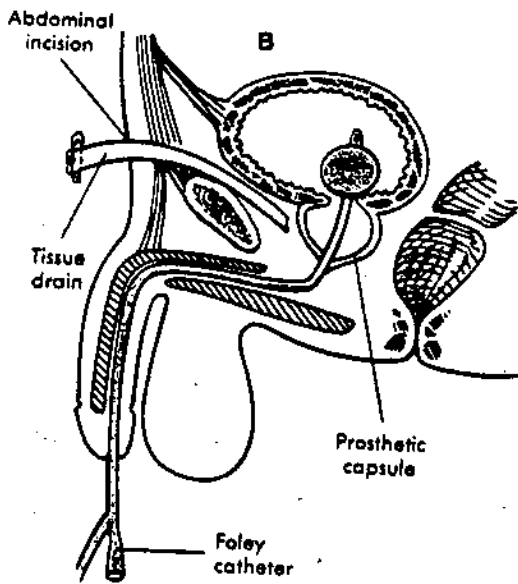
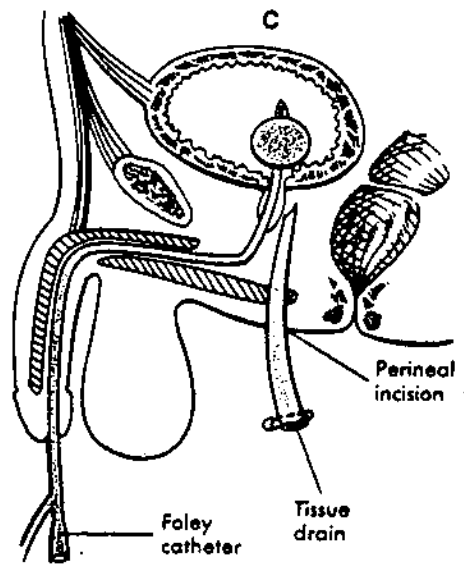
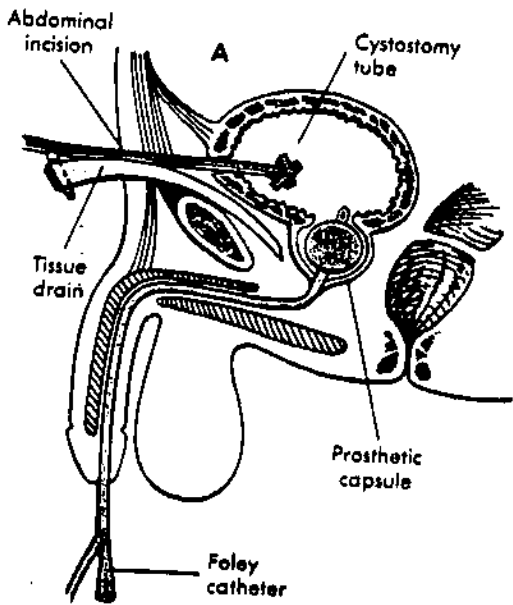
Η μέθοδος αυτή ενδείκνυται στις εξής περιπτώσεις:

1. Με μέσο ή μεγάλο σε όγκο αδένα.
2. Σε μη πολύ παχύσαρκα άτομα.
3. Σε ασθενείς που το καρδιοαναπνευστικό τους σύστημα είναι σε θέση να ανεχθεί αναισθησία 30-40 min.

Η μετεγχειρητική πορεία έχει ως εξής: Οι παροχτεύσεις βγαίνουν 3-4 ημέρες μετά την εγχείρηση. οι καθετήρες κύστεως μένουν μέχρι να κλείσει πλήρως η τομή. Μετά την αφαίρεση του καθετήρα η νοσηλευτική διεργασία είναι η ίδια με αυτή του ασθενή με διουρηθρική προστατεκτομή. Σε περίπτωση που θα πρέπει να επανοιχθεί η τομή και να παροχτευθεί επανεισάγεται ουροκαθετήρας.

### II. Προστατεκτομή Wilson Hey

Από τους οπαδούς του κλεισίματος της ουροδόχου κύστεως, μετά



Τρεις τύποι προστατεκτομής:

A. Υπερηβική προστατεκτομή

B. Οπισθοηβική προστατεκτομή

C. Περινεϊκή προστατεκτομή

προστατεκτομή, ο Wilson Hey, επέμενε παντα ώστε η εγχείρηση να γίνεται σε όσο το δυνατό άσηπτο πεδίο. Ετσι, προτιμούσε την άμεση εγχείρηση από τον προκαταρκτικό καθετηριασμό σε περιπτώσεις επισχέσεως. Συνιστούσε το επίπεδο της αναισθησίας να τηρείται μεταξύ ηβικής συμφυσης και του ομφαλού και θεωρούσε ικανοποιητικό γεγονός τη μη σοβαρή πτώση της πίεσης του αίματος (ραχιαία αναισθησία).

### III. Οπισθοηβική προστατεκτομή T. Millin

Η πιο νέα από τις κλασικές χειρουργικές μεθόδους, με κοιλιακή εξωκυστική προσπέλαση, είναι αυτή του T. Millin.

Σπανίως τραυματίζονται οι σφιγκτήρες της κύστεως και δεν υπάρχει δίοδος για τα ούρα. Ενας μεγάλος Folley εισάγεται μετεγχειρητικώς αλλά δεν είναι μεγάλο πρόβλημα οι σπασμοί της κύστης. Και όταν αφαιρείται σπάνια υπάρχει δυσκολία κένωσης.

Οι παροχετεύσεις θεωρούνται μάλλον αχρείαστες. Αν υπάρχει παροχέτευση στο τραύμα, έξοδος πύου, πυρετός ή αυξανόμενος πόνος, θα πρέπει να ειδοποιείται ο θεράπων ιατρός, διότι αυτά τα συμπτώματα μπορεί να φανερώσουν μόλυνση της τομής ή παρουσία αποστήματος.

### IV. Περινεϊκή προστατεκτομή Donovan

Είναι μια προσπέλαση που έχει εγκαταληφθεί λόγω των επιπλοκών, που είναι οι εξής:

1. Δημιουργία συριγγίου μεταξύ ουρήθρας - ορθού.
2. Ακράτεια.
3. Σχηματισμός στενώματος στην προστατική κοίτη.
4. Καθυστερημένη επούλωση του περινεϊκού τραύματος.

Οι επιπλοκές αυτές οφείλονται σε:

1. Κάκωση του έξω σφιγκτήρα.
2. Κάκωση νεύρωσης του έξω σφιγκτήρα.
3. Συνδυασμό των ανωτέρω.

Αντιμετωπίζονται με πεϊκό συμπτωστή ή ουροσυλλέκτη μηρού.

Η αξία της προσπέλασης αυτής είναι μεγάλη σε ασθενείς με μεγάλη παχυσαρκία ή συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.

#### V. Διουρηθρική προστατεκτομή

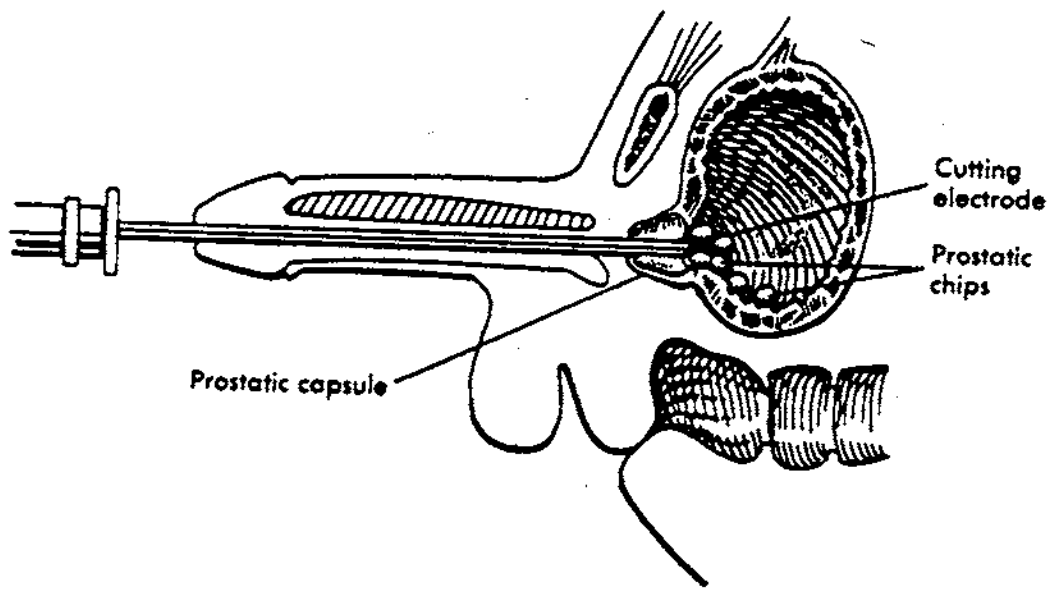
Διουρηθρική προστατεκτομή γίνεται όταν το μεγαλύτερο ποσό της υπερπλαστικής μάζας βρίσκεται στο μέσο λοβό, ο οποίος περιβάλλει άμεσα την ουρήθρα. Η εγχείρηση γίνεται σε μικρό σχετικά προστάτη 60-70 γραμμαρίων, δεν εμφανίζεται ακατάσχετη αιμορραγία και δεν παρατείνεται ο χρόνος της επέμβασης.

Εισάγεται ρεζεκτοσκόπιο (όργανο παρόμοιο με το κυστεοσκόπιο αλλά εξοπλισμένο με κόφτη και "θηλιά" καυτηριασμού) διαμέσου της ουρήθρας. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης η κύστη είναι υπό συνεχείς πλύσεις. Μικρά κομμάτια του προστάτη αφαιρούνται, ενώ με τη διαθερμία (τη "θηλιά") προκαλείται αιμόσταση.

Η επέμβαση γίνεται με τον ασθενή υπό γενική ή ραχιαία αναισθησία.

Μετά την επέμβαση εισάγεται ένας μεγάλος 3-way Folley, όπου, αφού φουσκωθεί ενδοκυστικώς το μπαλόνι, τοποθετείται κατόπιν στον προστάτη, όπου προκαλείται αιμόσταση. Η κύστη πλένεται συνέχεια έτσι ώστε να είναι ελεύθερη από πήγματα.

Συχνά οι ασθενείς δηλητηριάζονται από το νερό της πλύσης που μπαίνει στην κυκλοφορία ενώ η επέμβαση είναι σε εξέλιξη. Η σύγχυση και η ταραχή του ασθενή είναι κάτι που πρέπει να κινήσει τις υποψίες του νοσηλευτή.



Διουρηθρική προστατεκτομή



Οι πλύσεις διακόπτονται μετά από είκοσιτέσσερις ώρες, εφόσον δεν υπάρχει έξοδος πηγμάτων. Ο καθετήρας μπορεί να μείνει ακόμα 3-5 ημέρες, ενώ οι πλύσεις θα γίνονται κάθε τέσσερις ώρες.

Δυο εβδομάδες αργότερα μπορεί να υπάρξει μια δεύτερη αιμορραγία· ο ασθενής που πιθανότατα θα είναι εκτός νοσοκομείου θα πρέπει να επικοινωνήσει αμέσως μετά τον θεράποντά του ιατρό.

Οι εναλλακτικές λύσεις στην επιλογή του χειρουργικού τύπου θεραπείας είναι απαραίτητες και επιβεβλημένες εφόσον αξιολογηθούν βάσει κριτηρίων, που είναι τα εξής:

- I. Η ακριβής ένδειξη που, επιστημονικά τεκμηριωμένη, επιβάλλει τη διενέργεια κάποιας συγκεκριμένης προσπέλασης.
- II. Ο βαθμός εμπειρίας του χειρουργού και του νοσηλευτικού προσωπικού. Συναφές προς αυτό είναι ο τεχνολογικός εξοπλισμός και οι νοσοκομειακές συνθήκες για υλοποίηση κάποιας τεχνικής άσχετα από χειρουργική γνώση.
- III. Ο τρόπος διεξαγωγής της οποιασδήποτε μεθόδου προστατεκτομής, ο οποίος θα βοηθήσει κατά τον καλύτερο τρόπο τον πάσχοντα, διότι, ως μην ξεχνιέται ότι στην επέμβαση αυτή υποβάλλονται άτομα με μειωμένη φυσική και βιολογική κατάσταση και εξίσου χαμηλό σθένος, που θα πρέπει πρωταρχικά να ανταπεξέλθουν τη δύσκολη φάση της εγχειρητικής και μετεγχειρητικής περιόδου όσο γίνεται πιο ανώδυνα και με λιγότερη ταλαιπωρία. Θα πρέπει τέλος να ληφθεί σοβαρά υπόψη η ποιότητα ζωής μετά την εγχείρηση, έτσι ώστε να μην επιβαρυνθούν οι πάσχοντες με περισσότερα δεινά από εκείνα που ήδη συσσωρεύει το γήρας.

### γ. Υπερθερμία

Είναι μια διαδικασία λίγων λεπτών, όπου δεν χρειάζεται εισαγωγή σε ουρολογική κλινική ούτε να ταλαιπωρηθεί ο ασθενής με αναισθητικά κ.λπ. Με ειδικά μηχανήματα "τσουρουφλίζεται" ο προστάτης στους 45-48°C και συρρικνώνεται. Είναι αμφίβολης αξίας, γιατί σύντομα όχι μόνο επανέρχεται αλλά υποστηρίζεται και ότι αυξάνει σε σχέση με τον προ της υπερθερμίας όγκο. Τέλος, πρόκειται για πολύ ακριβή θεραπεία (κοστολογείται γύρω στις 200-300.000 η συνεδρία).

### δ. Laser

Η διαδικασία είναι απλούστερη της διουρηθρικής και αναίμακτη. Ένα μπαλόνι προκαλεί ισχαιμία στον προστάτη κι έτσι μπορεί ελεύθερα και σε μεγαλύτερο βάθος να δράσει το YAG Laser, ενώ μαζί με το Laser εισάγεται ειδική συσκευή, πολύ μικρού διαμετρήματος, υπερήχων, με την οποία καταγράφεται συνεχώς το μέγεθος και το σχήμα του προστάτη.

Ενώ με τις κλασικές μεθόδους η οπτική εσωτερική εικόνα είναι δισδιάστατη, ο υπέρηχος μας προσφέρει την τρισδιάστατη όραση. Έτσι το Laser "σαρώνει" με ασφάλεια τους λοβούς του υπερπλαστικού προστάτη.

Η εγχείρηση διαρκεί 15-20 λεπτά, ενώ δεν υπάρχει μετά συνεχής πλύση. Ο ασθενής μένει στο νοσοκομείο ένα βράδυ και μετά από 2-3 μέρες είναι ικανός για εργασία. Υπάρχει μια περίοδος κατά την οποία αποβάλλει το νεκρωθέντα ιστό σε μικροσκοπικά τεμάχια.

Ένα ακόμη όμως σημαντικό στοιχείο είναι ότι παραμένει άθικτη η σεξουαλική ικανότητα του άντρα. Το 85% και πάνω των ασθενών που χειρουργήθηκαν με Laser διατηρούν τη φυσιολογική εκσπερμάτωση προς τα έξω.

## 7. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

### α. Αιμορραγία

Συνήθως παρουσιάζεται στην υπερηβική προστατεκτομή αιματουρία που επιμένει μέχρι την 5-7η μετεγχειρητική ημέρα. Αν τα ούρα συνεχίσουν να έχουν τη χροιά κρασιού, τότε υποδηλώνεται ο σχηματισμός ενδοκυστικών πηγμάτων.

Δευτερογενής αιματουρία μπορεί να παρατηρηθεί μέσα σε 48 ώρες από την αφαίρεση του καθετήρα. Τότε σχηματίζονται πήγματα και εμφανίζεται επίσχεση.

Πριν από την εφαρμογή των αντιβιοτικών η αιμορραγία ήταν κάτι το σπάνιο, αλλά από τη χρήση ρουτίνας των αντιβιοτικών πριν και μετά την εγχείρηση έχει γίνει κάτι κοινό. Η εμπειρία μας έχει διδάξει να αναστέλλουμε τη χρήση αντιβιοτικών κάθε μορφής (εκτός περιπτώσεων) μέχρι την αφαίρεση του καθετήρα. Θα πρέπει λοιπόν να αποθαρρύνεται και να μην είναι απαραίτητη η χορήγησή τους.

### β. Επίσχεση από πήγμα

Στα πρώτα στάδια το πήγμα μπορεί να διαλυθεί με την ενστάλλαξη δια μέσου του καθετήρα διαλύματος γλυκερίνης για μισή ώρα και κατόπιν κενώνεται η κύστη και φεύγει και το πήγμα.

Επί αποτυχίας οδηγείται στο χειρουργείο, όπου με ελαφρά αναισθησία περνιέται ένα Sheath 28ch στην κύστη, που ξεπλένεται με σύριγγα Toomey. Αν αποτύχει τότε στο Sheath τοποθετείται εκκενωτής, όπου έχουμε οπωσδήποτε επίτυχία. Στη συνέχεια τίθεται καθετήρας 18 ch για δώδεκα ώρες.

Δημιουργείται μικρού βαθμού ανησυχία από τη διαδικασία αυτή και η επάνοδος δεν καθυστερείται.

#### γ. Επιδιδυμίτις

Όλοι οι τύποι ανοικτής χειρουργικής οδηγούν σε μεγαλύτερη συχνότητα διασποράς της φλεγμονής στο σπερματικό πόρο. Για να περιοριστεί γίνεται απολίνωση του πόρου (βασκετομή). Τα αντιβιοτικά διαπιστώθηκε ότι βοηθούν στην αντιμετώπιση της φλεγμονής, αλλά λίγο βοηθούν στην πρόληψη.

#### δ. Θάνατος

Το ποσοστό θανάτου είναι χαμηλό και σχεδόν πάντα οφείλεται σε αίτια εκτός της επέμβασης του προστάτη, που έχουν σχέση με την ηλικία του ασθενούς και την κατάσταση του κυκλοφοριακού του συστήματος.

## 8. ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ

Είναι γνωστό ότι σε όλους τους ασθενείς μετά από εγχείρηση του προστάτη υπάρχουν ανησυχίες γύρω από τη σεξουαλική ικανότητα και την ικανότητα ελέγχου των ούρων. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να συζητήσει τις σκέψεις και ανησυχίες του. Θα πρέπει να του εξηγήσει και να του λύσει το πρόβλημά του, εξηγώντας του απλά και επιστημονικά την καινούργια κατάσταση.

Κυρίως όμως, θα πρέπει να τον συμβουλευσει για την έξοδό του από την κλινική. Έτσι ο ασθενής θα πρέπει να αποφεύγει τις βαριές ασκήσεις και τη σεξουαλική επαφή για τρεις εβδομάδες. Η οδήγηση δεν συνιστάται.

Χορηγούνται ελαφρά υπακτικά για την αοφυγή της εντάσεως κατά την αφόδευση. Ενθαρρύνεται η λήψη υγρών, για να αποφεύγεται η στάση των ούρων και για να είναι "μαλακές" οι κενώσεις. Επίσης δεν θα πρέπει να ξεχάσει ο ασθενής ότι για οποιαδήποτε ανωμαλία πρέπει να συμβουλευθεί το γιατρό του.

## ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει τα εξής κεφάλαια:

1. Ο νοσηλευτής στη διάγνωση
2. Προεγχειρητική φροντίδα
3. Μετεγχειρητική φροντίδα
4. Μετεγχειρητικές επιπλοκές

## 1. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

### α. Ο ρόλος του νοσηλευτή

Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τη διαδικασία διάγνωσης της πάθησης είναι να προετοιμάσει ψυχικά και σωματικά τον ασθενή έτσι ώστε να υποβληθεί με επιτυχία στις εξετάσεις που πρόκειται να κάνει και να είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει τις τυχόν επιπλοκές που μπορεί να παρουσιαστούν.

Έτσι ο νοσηλευτής πρέπει:

- I. Να έχει όλα τα απαραίτητα εργαλεία, αντικείμενα και φάρμακα έτοιμα προς χρήση.
- II. Να τοποθετήσει τον ασθενή στην κατάλληλη θέση χωρίς να τον εκθέσει φυσικά ή ηθικά.
- III. Να ενθαρρύνει τον ασθενή να συνεργαστεί κατά την εξέταση, εξηγώντας του πώς μπορεί να βοηθήσει.
- IV. Να χαλαρώσει τη συναισθηματική ένταση και ακαμψία ορισμένων μυών που μπορεί να δυσχεράνουν την εξέταση.

Ο νοσηλευτής, με την επιστημονική του κατάρτιση και εμπειρία μπορεί, συνεργαζόμενος, να βοηθήσει στη συντόμευση του χρόνου και στην άνετη διεξαγωγή της εξέτασης.

### β. Στόχος διαγνωστικών εξετάσεων

Στόχος των διαγνωστικών εξετάσεων είναι η μελέτη της μορφολογίας και της λειτουργικής ικανότητας του ουροποιητικού συστήματος.

### γ. Μέθοδοι διαγνωστικών εξετάσεων

#### I. Αντικειμενική εξέταση

Ψηλάφηση και επίκρουση της υπερηβικής χώρας ύστερα από ούρηση, για τον έλεγχο υπολείμματος ούρων και ψηλάφηση των νεφρών για την ύπαρξη υδρονεφρώσεως.

Η δακτυλική εξέταση παραμένει πάντα ως η βασική διάγνωση. Είναι ανώδυνη, αν και όλοι σχεδόν οι ασθενείς τη θεωρούν ταπεινωτική.

#### II. Ακτινολογικός έλεγχος

Εκτελείται ενδοφλέβια ουρογραφία πριν και μετά την ούρηση. Ελέγχεται η λειτουργική κατάσταση των νεφρών, η ύπαρξη ή όχι ουρητηροπυελοκαλυκτικής διάταξης, η ύπαρξη αγκιστροειδούς παραμόρφωσης της τελικής μοίρας των ουρητήρων, η ύπαρξη του αδενώματος που παρουσιάζεται σαν έλλειμμα σκιαγραφήσεως με ομαλή παρυφή (προστατικό εντύπωμα).

Προσαρμόζουμε τη δίαιτα του ασθενή έτσι ώστε για δυο μέρες πριν την εξέταση να είναι απαλλαγμένη από όσπρια, ωμά χορταρικά, φρούτα και γαλακτερά. Ειδικά από το απόγευμα της προηγούμενης ημέρας θα πρέπει να περιορίσουμε τη λήψη τροφής και υγρών. Στις 6 μ.μ. περίπου θα πρέπει να πιεί ένα Flacon Castor Oil.

Την ημέρα της εξέτασης θα πρέπει να προσέλθει στο ακτινολογικό εργαστήριο νήστις.

Διδάσκουμε τον ασθενή πως η εξέταση είναι ανώδυνη και μικρής χρονικής διάρκειας.

Στο ακτινολογικό εργαστήριο γίνεται ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικής ουσίας (διάλυμα ιωδίου), εφαρμόζοντας άσηπτη τεχνική. Η λήψη της πρώτης ακτινογραφίας γίνεται 2-5 λεπτά μετά



από την έγχυση του σκιαγραφικού· οι άλλες λήψεις γίνονται ανάλογα με την ταχύτητα που απεικρίνεται η σκιαγραφική ουσία.

### III. Uroflow test

Με τη μέθοδο αυτή γίνεται μελέτη της λειτουργικής ικανότητας του ουροποιητικού συστήματος, καθώς και αξιολόγηση της υποκυστικής απόφραξης.

Εξηγούμε στον ασθενή ότι μέσω μιας απλής ούρησης σε ένα ειδικό δοχείο θα μπορέσει ο γιατρός να εκτιμήσει τη βαρύτητα της πάθησης. Τον ενημερώνουμε πως θα πρέπει να έχει την κύστη γεμάτη με ούρα· έτσι θα πρέπει να έχει πιεί άφθονα υγρά 1-2 ώρες προ της εξέτασης.

Στο ουροδυναμικό εργαστήριο του εξασφαλίζουμε μοναξιά και ησυχία, που θα χρειαστούν για να εξαλειφθούν οι ψυχολογικές αναστολές που τυχόν δημιουργηθούν από την υποψία παρουσίας άλλου προσώπου.

### IV. Κυστεοσκόπηση

Με την κυστεοσκόπηση γίνεται εξέταση του βλεννογόνου της ουροδόχου κύστης.

Η είσοδος του κυστεοσκοπίου προκαλεί συνήθως δυσανεξία στον ασθενή. Έτσι επαλείφεται ασήπτως το κυστεοσκόπιο με ένα τοπικό αναισθητικό, για να μειώσουμε τον πόνο.

Ενισχύουμε ψυχολογικά τον ασθενή, λέγοντάς του να πάρει βαθιές αναπνοές και να ηρεμήσει, ενώ τον βοηθάμε να καθήσει σε θέση λιθοτομής.

Έχουμε έτοιμο το στατό με τον ασκό πλύσεως ουροδόχου κύστης και έχουμε αφαιρέσει τον αέρα από τη συσκευή.

Μπορεί να χρειαστεί να χορηγήσουμε μυοχαλαρωτικά σε περίπτωση ανησυχίας του ασθενή.

Όταν ο ασθενής έχει πλήρεις τις αισθήσεις του έχει ένα αίσθημα πληρότητας της κύστης. Αυτό οφείλεται στην παρουσία του κυστεοσκοπίου. Μέσω του κυστεοσκοπίου εισάγεται φυσιολογικός ορός, που κάνει την επισκόπηση της κύστης πιο καθαρή. Αυτό αυξάνει την επιθυμία του ασθενή για ούρηση. Του εξηγούμε να μην έχει άγχος και πως το υγρό που έχει μέσα στην κύστη φεύγει μέσω του κυστεοσκοπίου.

Μετά από την εξέταση δεν τον αφήνουμε να μείνει όρθιος· το αίμα που έφυγε από τα πόδια λόγω της θέσης του επιστρέφει πίσω στα αγγεία των κάτω άκρων. Αυτό το γεγονός μπορεί να δημιουργήσει σ' έναν όρθιο ασθενή αίσθημα ναυτίας και ζάλης.

Μετά από την εξέταση επίσης εισάγεται καθετήρας Folley συνδεδεμένος με ουροσυλλέκτη. Παρατηρούμε τυχόν αιμορραγία στα ούρα.

Ενισχύουμε με κουβέρτες τον ασθενή αν παραπονεθεί ότι κρυώνει. Παρακολουθούμε τακτικά τα ζωτικά του σημεία, μέχρι να επανέλθουν στα φυσιολογικά για τον ασθενή επίπεδα.

#### V. Γενική ούρων

Γίνεται για έλεγχο επιπέδου της ουρίας, αποκλεισμό της μόλυνσης, ύπαρξης ουραιμίας και προσδιορισμό της κρεατινίνης για τον έλεγχο της νεφρικής λειτουργίας.

Λόγω του ότι ο ασθενής έχει καθετήρα, διακόπτουμε τη ροή των ούρων για 5-10 λεπτά τοποθετώντας μια λαβίδα κάτω από το σημείο σύνδεσης του καθετήρα με τον ουροσυλλέκτη.

Ετοιμάζουμε αποστειρωμένη σύριγγα με βελόνα και υγοβοx. Καθαρίζουμε με αντισηπτική διάλυση το σημείο που θα τρυπήσουμε με τη βελόνα και αναρροφούμε το απαραίτητο ποσό των ούρων. Αφαιρούμε τη λαβίδα. Ανοίγουμε το υγοβοx με άσηπτη τεχνική και αφού αδειάσουμε μέσα σ' αυτό το περιεχόμενο της σύριγγας, το κλείνουμε με ασφάλεια. Σημειώνουμε στο υγοβοx τα στοιχεία του αρρώστου και το στέλνουμε με το πραπεμπτικό στο εργαστήριο.

#### VI. Ανεπιθύμητες παρενέργειες κατά τη χορήγηση σκιαγραφικού υλικού - αντιμετώπιση

Η αντιμετώπιση των περισσότερων επιπλοκών είναι εύκολη και αποτελεσματική όταν παρέχεται αμέσως.

Παρακολουθούμε τον ασθενή για συμπτώματα δυσανεξίας και με τα πρώτα συμπτώματα γίνεται διακοπή της έγχυσης του σκιαγραφικού υλικού.

Χορηγούμε οξυγόνο.

Εφαρμόζουμε στάγδην έγχυση ισότονου διαλύματος NaCl και ταχεία έγχυση 100-4500 mg υδροκορτιζόνης.

Σε περίπτωση βρογχόσπασμου ή αναπνευστικής δυσχέρειας χορηγούμε 0,5 - 1 mg αδρεναλίνης υποδορίως ή ενδομυϊκώς. Αν δεν σημειωθεί υποχώρηση ακολουθεί βραδεία έγχυση 200-250 mg αμινοφυλλίνης.

Σε περίπτωση πνευμονικού οιδήματος χορηγούμε διγλιτοξίνη και φουροσεμίδη ενδοφλεβίως και μορφίνη υποδορίως.

Προς αντιμετώπιση των σπασμών επιβάλλεται βραδεία χορήγηση διαζεπαμίνης 5-10 mg ενδοφλεβίως.

## 2. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ο ασθενής με προστατική υπερπλασία, επειδή συνήθως είναι άτομο μεγάλης ηλικίας, έχει ανάγκη προσανατολισμού με το περιβάλλον του νοσοκομείου και εξοικείωσης με τη διαδικασία που πρόκειται να ακολουθήσει. Οι συζητήσεις με αυτόν, οι προσωπικές παρατηρήσεις, η συλλογή πληροφοριών από κάθε πηγή, μπορούν να βοηθήσουν στην εκτίμηση της διανοητικής και ψυχολογικής του κατάστασης.

Εάν η απόφραξη είναι πλήρης, η ουροδόχος κύστη διατείνεται πλήρως για πολύ χρόνο και η απότομη κένωσή της εγκυμονεί κινδύνους, μέχρι και αιμορραγία. Η προοδευτική παροχέτευση των ούρων με καθετήρα είναι η ασαφής μέθοδος εκκένωσης της κύστης.

Επιτακτική επίσης είναι η προεγχειρητική ατομική καθαριότητα, γενική και τοπικά στο σημείο της τομής.

Προεγχειρητικά εμπλουτίζουμε το διαιτολόγιο του ασθενούς με τροφές υψηλής βιολογικής αξίας, ενώ ταυτόχρονα του διδάσκουμε να αναπνέει βαθειά, να βήχει και να κινεί τα κάτω άκρα.

Η συχνή επαφή και συζήτηση, η ικανοποίηση των φυσικών αναγκών του και η ακρόαση των προβλημάτων του, βοηθά στην ομαλή μετεγχειρητική πορεία και στην ανάπτυξη του αισθήματος ασφαλείας που έχει ανάγκη ο ασθενής.

### 3. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

#### A. Παραλαβή του ασθενή από το χειρουργείο

Όταν επιστρέφει ο ασθενής από το χειρουργείο, το πρώτο πράγμα που θα κάνουμε είναι να μετρήσουμε τα ζωτικά του σημεία. Αυτό αποτελεί το πρώτο μέτρο αξιολόγησης της φυσικής κατάστασης του ασθενή. Τα ευρήματα των μετρήσεων τα σημειώνουμε στο διάγραμμα του ασθενή.

Επίσης προσέχουμε η συσκευή πλύσεως να είναι συνδεδεμένη με τον ουροκαθετήρα και η συσκευή ορού με το φλεβοκαθετήρα. Σε περίπτωση αντίστροφης σύνδεσης θα έχουμε πλημμυρή πλύση της κύστης, αλλά τα κυριότερα προβλήματα προέρχονται από υπερφόρτωση της κυκλοφορίας (αύξηση αρτηριακής πίεσης, αύξηση κεντρικής φλεβικής πίεσης, δύσπνοια, ταχύπνοια, πνευμονικό οίδημα).

Στο φύλλο λογοδοσίας του ασθενή σημειώνουμε την ώρα που επέστρεψε στο τμήμα και τη φυσική του κατάσταση.

#### B. Πλύσεις κύστεως

Τοποθετούμε τον ασκό στο στατό και, αφού αφαιρέσουμε τον αέρα, εφαρμόζουμε το ακροφύσιο στο three-way Folley και ρυθμίζουμε τη ροή. Εφαρμόζουμε άσηπτη τεχνική.

Εχουμε πάντα έτοιμο ασκό και τον αλλάζουμε πριν τελειώσει ο προηγούμενος, για την πρόληψη εισαγωγής αέρα στην κύστη.

Αδειάζουμε τον ουροσυλλέκτη εγκαίρως.

Μετράμε τα υγρά της πλύσεως και υπολογίζουμε τη διαφορά ποσότητας των ούρων. Επίσης παρακολουθούμε το χρώμα των υγρών που αποβάλλονται και ρυθμίζουμε ανάλογα τη ροή.

Ελέγχουμε τα ζωτικά σημεία.

Ενημερώνουμε το φύλλο νοσηλείας κάθε φορά που αλλάζουμε ασκό πλύσης.

### Γ. Γενική μετεγχειρητική φροντίδα

Χορηγούμε υγρά ενδοφλεβίως, σύμφωνα με τις ατομικές ανάγκες κάθε ασθενή. Κατά μέσο όρο πρέπει ο ασθενής να λαμβάνει 3 lt υγρών το πρώτο 24ωρο. Ενθαρρύνουμε τη λήψη υγρών από το στόμα, ενώ από την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα τίθεται σε ελαφρά δίαιτα.

Του συνιστούμε να βήχει, να αναπνέει και να κινεί τα πόδια του. Με τον τρόπο αυτό προσπαθούμε να μειώσουμε τον κίνδυνο μιας πνευμονίας, φλεβοθρόμβωσης και πνευμοντικής εμβολής. Εν ανάγκη τον θέτουμε σε ημι-Fowler θέση και φοράμε στα πόδια του ελαστικές κάλτσες.

Ελέγχουμε την περιοχή της τομής: διαρροή μέσα από το τραύμα σημαίνει πως θα πρέπει να στείλουμε τον ασθενή πίσω στο χειρουργικό τραπέζι για ενίσχυση των ραμμάτων.

Προσέχουμε να υπάρχει συνεχής ροή για την πλύση της κύστης. Παρατηρούμε τα ούρα και ως προς το χρώμα τους, έτσι ώστε να παρατηρήσουμε όσο το δυνατό πιο νωρίς μία τυχόν απόφραξη.

Αφήνουμε την κύστη να πλυθεί κατά το πρώτο μετεγχειρητικό εικοσιτετράωρο, ενώ φροντίζουμε τα σκεπάσματα να μη συμπιέζουν τον ουροκαθετήρα. Όταν αφαιρεθεί παρατηρούμε τυχόν συμπτώματα απόφραξης.

Μετά από την αφαίρεση του καθετήρα θα πρέπει να συστήσουμε στον ασθενή να μετρά το ποσό και το χρόνο κάθε ούρησης. Αυτό θα βοηθήσει το νοσηλευτή να εκτιμήσει κατά πόσο αποκαταστάθηκε η φυσιολογική ούρηση.

Αμέσως μετά την αφαίρεση του καθετήρα ίσως να μη μπορεί να ουρήσει. Αυτό οφείλεται σε οίδημα της ουρήθρας. Αν υπάρξει τέτοια περίπτωση θα πρέπει να εισαχθεί νέος καθετήρας.

Επίσης θα πρέπει να εκτιμηθεί η κένωση της κύστης, αφού ο έσω και έξω σφιγκτήρας της κύστης είναι πολύ κοντά στο εγχειρητικό πεδίο και μπορεί να έχουν τραυματιστεί κατά τη διάρκεια της εγχείρησης.

Συνιστούμε στον ασθενή που πρόκειται πια να επιστρέψει σπίτι του πως θα πρέπει να αποφύγει τις βαριές δραστηριότητες για 3-4 εβδομάδες (εκτός ίσως από κάποιον περίπατο).

Θα πρέπει ο ασθενής να χρησιμοποιήσει καθαρτικά ή υπακτικά για 4-6 εβδομάδες, για να αποφύγει την ένταση κατά την αφόδευση. Η προσπάθεια που μπορεί να καταβάλει πιθανό να δημιουργήσει αιμορραγία στο παιδί της εγχείρησης.

Θα πρέπει να συνεχίσει να παίρνει άφθονα υγρά, 2-3 lt ημερησίως.

Θα ενθαρρύνουμε τον ασθενή να συζητήσει μαζί μας για την επίδραση της προστατεκτομής στη σεξουαλική του ικανότητα. Θα τον ενημερώσουμε πως η επέμβαση τις περισσότερες φορές δεν επηρεάζει καθόλου και πως είναι πιθανή μια "επιστροφή" στα προ της προστατεκτομής επίπεδα αν και θα υπάρχουν διαταραχές στην εκσπερμάτιση. Θα πρέπει να αποφύγει τη σεξουαλική επαφή για 3-4 εβδομάδες.

Κατά την έξοδο του ο ασθενής θα είναι έτοιμος να επαναλάβει τον προηγούμενο συνηθισμένο τρόπο διαβίωσής του.

#### 4. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

##### α. Αναιμία, πτώση αρτηριακής πίεσης

Φροντίζουμε και έχουμε έγκαιρα στο τμήμα μας μια μονάδα αίματος για τον ασθενή μας.

Εχουμε ενημερώσει έγκαιρα το γιατρό που θα επιμεληθεί της μετάγγισης.

Ελέγχουμε, σε συνεργασία με το γιατρό, τα στοιχεία στις δυο ετικέττες του ασκού με τα στοιχεία του ασθενή. Το ονοματεπώνυμο του ασθενή να είναι σωστό. Ο αριθμός του ασκού να είναι ίδιος με τον αριθμό της ετικέττας διασταύρωσης. Η ομάδα, το rhesus και το γονότυπο να συμφωνούν με την απάντηση του εργαστηρίου. Ημερομηνία λήξης του αίματος όχι πέρα από τα καθορισμένα όρια. Η υπογραφή του γιατρού της αιμοδοσίας που εκτέλεσε τη συμβατότητα να είναι ευανάγνωστη. Να είναι γραμμένη η κλινική που νοσηλεύεται ο άρρωστος.

Μετά από τον έλεγχο των ανωτέρω, υπογράφει στην ετικέττα του ασκού ο ιατρός της κλινικής και μπορεί να γίνει η μετάγγιση.

Βεβαιωνόμαστε ότι επήγαμε στο συγκεκριμένο άρρωστο που πρόκειται να πάρει το αίμα.

Με άσηπτη τεχνική και φορώντας γάντια, εφαρμόζουμε τη συσκευή στον ασκό μετάγγισης και βγάζουμε προσεκτικά τον αέρα από τη συσκευή. Με άσηπτη επίσης τεχνική εφαρμόζουμε το ακροφύσιο στο φλεβοκαθετήρα που ήδη έχει ο ασθενής στο χέρι του. Ρυθμίζουμε τη ροή και προσέχουμε για αντιδράσεις.

Σε περίπτωση που ο ασθενής παραπονεθεί για ρίγος, πόνο στην οσφύ, προκάρδιο πόνο, έμετο, κνησμό, διακόπτουμε τη ροή και ειδοποιούμε το γιατρό. Ενημερώνουμε τέλος το φύλλο Λογοδοσίας.



### β. Δηλητηρίαση από το νερό της πλύσης

Παρακολουθούμε τον ασθενή για συμπτώματα δηλητηρίασης από το νερό της πλύσης τις πρώτες 24 ώρες: σύγχυση, ευερεθιστότητα, ανορεξία, ναυτία, ζεστή και υγρή επιδερμίδα είναι συμπτώματα ύποπτα.

### γ. Παρουσία πήγματος αίματος στην κύστη - πόνος

Σε περίπτωση που έχουμε σταματήσει πια τις πλύσεις μέσω του Folley εκτελούμε πλύσεις εκ νέου.

Αν ο πόνος δεν υποχωρεί, αυτό σημαίνει ότι το πήγμα είναι ακόμη μέσα στην κύστη. Εισάγουμε τότε μέσω του Folley διάλυμα γλυκερίνης και κλείνουμε το Folley για μισή ώρα.

Επί αποτυχίας οδηγείται στο χειρουργείο, όπου με ελαφρά αναισθησία εισάγεται ένα Sheath 28ch στην κύστη, η οποία ξεπλένεται με σύριγγα Toomey.

Αν αποτύχει το Sheath τότε εφαρμόζεται εκκιενωτής, όπου έχουμε οπωσδήποτε επιτυχία.

Στη συνέχεια εισάγεται καθετήρας 18ch για 12 ώρες.

### δ. Πόνος λόγω σπασμών της κύστης

Διδάσκουμε τον ασθενή να μην προσπαθεί να ουρήσει γύρω από τον καθετήρα.

Παρακολουθούμε τον ασθενή τις πρώτες 48 ώρες για να παρατηρήσουμε τα πρώτα συμπτώματα σπασμών.

Ενημερώνουμε τον ασθενή ότι οι σπασμοί θα μειωθούν σε ένταση και συχνότητα μέσα σε 24-48 ώρες.

Χορηγούμε σπασμολυτικά και αναλγητικά για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.

## **ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ**

Το τρίτο μέρος περιλαμβάνει τα εξής κεφάλαια:

1. Νοσηλευτική διεργασία ασθενή με διακυστική προστατεκτομή.
2. Νοσηλευτική διεργασία ασθενή με διουρηθρική προστατεκτομή.

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΙΑΚΥΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗ

I. Ασθενής Γ.Ν. του Α. Ετών 68.

Εισήχθη στην Ουρολογική Κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών στις 21.1.93 με αιτιολογία την προστατική υπερπλασία. Ο ασθενής εμφάνισε προ τριετίας συχνουρία, νυκτουρία (2-3 φορές πήγαινε στην τουαλέτα τη νύχτα) και η ούρηση ήταν διακοπτόμενη με μικρή ακτίνα.

Στο ατομικό του αναμνηστικό αναφέρει εγχείρηση προ πενταετίας για πολύποδα παχέως εντέρου, ενώ ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε αυξημένο ουρικό οξύ, το οποίο όμως είναι υπό θεραπεία (ο πατέρας του είχε επίσης υπερπλασία του προστάτη).

Κατά την επίκρουση της κοιλιακής χώρας έδειξε μια ευαισθησία στην υπερηβική χώρα, ενώ στο θώρακα ακούγονται φυσιολογικοί αναπνευστικοί ψίθυροι.

Από τους υπέρηχους φάνηκαν φυσιολογικοί οι νεφροί με ομοιογενή ηχοδομή. Δεν υπάρχει διάταση πυελοκαλυκτικών συστημάτων, ενώ ο φλοιός έχει καλό πάχος. Λίθοι δεν διακρίνονται. Οι διαστάσεις του προστάτη είναι 58 x 5,2 x 4,8 cm, με σημαντική προβολή στην ουροδόχο κύστη. Υπάρχει λίθος 3,6x2,4 cm στην κύστη και πάχυνση της κάψας του προστάτη. Η ουροδόχος κύστη είναι φυσιολογική, με υπόλειμμα ούρων μετά την ούρηση περίπου 40 cc.

Στο χειρουργείο πήχε την επομένη της ημερομηνίας εισόδου και μετεγχειρητικά έλαβε μια μονάδα αίμα Α(+).

Νοσηλευτική Διάγνωση	Στόχος	Προγραμματισμός	Εκτέλεση	Αποτελέσματα
Ανάνηψη	Εγρήγορα του ασθενή.	Δοκιμασίες που θα μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης πνευμονίας ή φλεβοθρόμβωσης.	Λέμε στον ασθενή να πάρει βαθιές αναπνοές, να βήξει ελαφρά και να κινήσει τα δάχτυλα των ποδιών του.	Ο ασθενής συνέρχεται γρήγορα από τη νόσηση.
Ζωτικά σημεία	Παρακολούθηση μετεγχειρητικής πορείας του ασθενή.	Λήψη ζωτικών σημείων.	Επειδή η εγχείρηση είναι μεγάλη, παρακολουθείται τακτικά η μετεγχειρητική εξέλιξη.	Τα ζωτικά σημεία είναι φυσιολογικά.

Νόσηλευτική Διάγνωση	Στόχος	Προγραμματισμός	Εκτέλεση	Αποτελέσματα
Αιμορραγία	Παύση αιμορρα- γίας.	Αντιμετώπιση.	Διαρροή μέσα από το τραύμα σημαίνει πως θα πρέπει πι- θανότατα να στείλουμε τον ασθενή πίσω στο χειρουργ- είο για ενίσχυση των ραμ- μάτων. Οι γάζες που καλύ- πτουν το τραύμα θα είναι πλήρεις αίματος. Επίσης έ- ντονο ερυθρό χρώμα στα υ- γρά των παροχετεύσεων θα πρέπει να κινήσει τις υπο- ψίες μας και να καλέσουμε επειγόντως το χειρουργό.	Τα υγρά των πα- ροχετεύσεων, κα- θώς και η περιο- χή της τομής ε- λέγονται όταν υπάρχει αιμορρα- γία.

Νοσηλευτική διάγνωση	Στόχος	Προγραμματισμός	Εκτέλεση	Αποτελέσματα
Παρουσία πληγμένου αλματος στην κύστη. Πόνος.	Διάλυση πήγματος, βελτίωση μετεγχειρητικής πορείας	Πλύσεις κύστεως.	Μεσω του three-way Foley εισάγουμε στην ουροδόχο κύστη διάλυμα φυσιολογικού ορού και με συνεχή εισροή-εκροή διατηρείται η κύστη ελεύθερη από πήγματα. Εάν υπάρξει πήγμα διακόπτουμε την πλύση και εισάγουμε στην κύστη διάλυμα γλυκερίνης και το κρατάμε μέσα στην κύστη για μισή ώρα.	Υπάρχει συνεχής ροή και κανένας λόγος ανησυχίας για δημιουργία πηγμάτων ενδοκυστικώς.
Επιδυμιμίτις.	Πρόληψη	Χειρουργική - φαρμακευτική	Η πιθανότητα επιδιδυμίτιδας μειώνεται όταν κατά τη διάρκεια της επέμβασης και πριν διανοιχθεί η ουροδόχος κύστη γίνει απολύτωση του σπερματικού πόρου.	Ο ασθενής δεν εμφανίζει σημάδια μόλυνσης.

## 2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΙΟΥΡΗΘΡΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗ

Ασθενής Τ.Δ. του Κ., ετών 84.

Εισήχθη στην Ουρολογική Κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών στις 21/1/93 με αιτιολογία την προστατική υπερπλασία.

Ο ασθενής αναφέρει δυσουρικά ενοχλήματα και συχνουρία, που εμφανίστηκαν προ εξαμήνου, κατόπιν αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Είτοτε ο ασθενής φέρει μόνιμο ουροκαθετήρα.

Στο ατομικό του αναμνηστικό αναφέρεται αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο προ εξαμήνου.

Οι υπέρηχοι έδειξαν προστάτη διαστάσεων 4,7x4,6x4,7 cm, με μικρή ενδοκυστική προβολή του προστάτη.

Στο χειρουργείο μπήκε την επομένη της ημερομηνίας εισαγωγής. Μετεγχειρητικά δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα.

## ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Νοσηλευτική Διάγνωση	Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αποτελέσματα
Ενδοφλέβια ουρογραφή.	Ακτινολογική επισκόπηση νεφρών, κύστεως πρόστατη.	Ενημέρωση για τη διαδικασία. Ο ασθενής θα πρέπει να πάει ψυχικά και σωματικά έτοιμος για την ουρογραφή.	Προσαρμόζεται η δόση του ασθενούς έτσι ώστε για 2 μέρες πριν την εξέταση να είναι η τροφή του απαλλαγμένη από όσπρια, ωμά χορταρικά, φρούτα και γαλακτερά. Από το απόγευμα της προηγούμενης πρέπει να περιοριστεί η λήψη τροφής και υγρών. Στις 6 μ.μ. περίπου πρέπει να πιει ένα Flacon Castor Oil. Την ημέρα της εξέτασης πρέπει να προσέλθει στο ακτινολογικό νησιόσ. Διδάσκεται τα σχετικά περί της ουρογραφίας.	Η συζήτηση της διαδικασίας της ουρογραφίας εφοδίζει τον ασθενή με γνώση. Είναι αισθάνεται ασφάλεια για το ανώδυνο της επέμβασης, ενώ ξέρει τι θα συμβεί κατά τη διάρκεια της ακτινογραφίας ενημερωθεί. Ταυτόχρονα είναι έτοιμος να δεχθεί και σωματικά τη διαδικασία, ώστε να μην αναγκαστεί να γυρίσει ξανά στο ακτινολογικό, γιατί δεν ήταν πλήρως έτοιμος και η ακτινογραφία δεν βγήκε καθαρή.



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Ανεπιθύμητες ενέργειες κατά τη χορήγηση σκιαγραφικού υλικού.	Εγκαιρη και πλήρης αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.	Χορήγηση φαρμάκων.	<p>Η αντιμετώπιση των περισσότερων επιπλοκών είναι εύκολη και αποτελεσματική όταν παρέχεται αμέσως. Παρακολουθείται ο ασθενής για συμπτώματα δυσανεξίας και με τα πρώτα συμπτώματα γίνεται διακοπή της έγχυσης του σκιαγραφικού. Χορηγούμε οξυγόνο, εφαρμόζουμε στάγδην έγχυση ισοτονου διαλύματος NaCl και ταχεία έγχυση 100-500 mg υδροκορτιζόνης. Σε βρογχόσπασμο, αναπνευστική δυσχέρεια χορηγούμε 0,5-1 mg adrenaline ενδομυϊκώς. Αν δεν σημειωθεί υποχώρηση αμνοφυλλίνης. Σε πνευμονικό οίδημα χορηγούμε φουροσεμίδη και διγλιτονική ενδοφλεβίως και μορφίνη υποδορίως. Προς αντιμετώπιση των σπασμών επιβάλλεται βραδεία χορήγηση 5-10 mg διαζεπάμης ενδοφλεβίως.</p>	<p>Η τακτική και επισταμένη παρακολούθηση που ασθενοίς μας οδήγησε στην αποφυγή ανεπιθύμητων συμπτωμάτων εξαιτίας του σκιαγραφικού υλικού.</p>

Νοσηλευτική Διάγνωση	Νοσηλευτικός Στόχος	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αποτελέσματα
Uroflow test	Πλήρης σωμα- τική και ψυ- χολογική ε- τοιμασία του ασθενή. Αξιο- λόγηση των υδροδυναμι- κών χαρακτη- ριστικών και της νευροφυ- σιολογίας του κατώτε- ρου ουροποι- ητικού.	Ενημέρωση για το uroflow test	Εξηγούμε στον ασθενή ότι μέσω μιας απλής ούρησης σε ένα ειδικό δοχείο, θα μπορούσαμε να αξιολογήσουμε την παρουσία ή μη, καθώς και το βαθμό της απόφραξης. Θα τον ενημερώσουμε ότι πρέπει να έχει την κύστη γεμάτη με ούρα. Ετσι θα πάρει άφθονα υγρά 1-2 ώρες πριν τη μετάβασή του στο γιατρό. Επίσης θα πρέπει να ξέρει ότι η ουροδυναμική μελέτη γίνεται σε κλειστό χώρο κι ότι θα είναι μό- νος του. Ετσι μειώνουμε τις ψυχολο- γικές αναστολές που τυχόν δημιουργούνται από την υποψία παρουσίας άλλου ατόμου.	Ο ασθενής με την κύστη γεμάτη και ψυχολογικά ασφαλής οδηγείται στο ουροδυναμικό εργαστήριο . Καταγράφει υπόλειμμα ούρων 40 cc.

Νοσηλευτική διάγνωση	Νοσηλευτικός στόχος	Προγραμματισμός	Εφαρμογή προγραμματισμού	Αποτελέσματα
Κυστεοσκόπηση.	Εξέταση του βλεννογόνου της ουροδόχου κύστεως.	Δημιουργία κατάλληλου σωματικού και ψυχολογικού περιβάλλοντος για την κυστεοσκόπηση. Ψυχολογική και φαρμακευτική υποστήριξη.	Εξηγούμε τη διαδικασία της κυστεοσκόπησης και το στόχο της. Λέμε στον ασθενή να έχει πάρει άφθονα υγρά, ώστε να μειωθεί η πιθανότητα πολλ/σμού των βακτηριδίων που ίσως εισαχθούν κατά τη διαδικασία λόγω αύξησης των ούρων. Η είσοδος του κυστεοσκοπίου ίσως προκαλέσει δυσανεξία. Προετοιμάζουμε την ουρήθρα με τοπικό αναισθητικό για μείωση του πόνου λόγω της εισαγωγής του κυστεοσκοπίου. Ενισχύουμε ψυχολογικά τον ασθενή λέγοντάς του να πάρνει βαθιές ανάσες και να ηρεμήσει. Χορηγούνται μυοχαλαρωτικά τύπου διαζεπάμης σε ανήσυχα άτομα. Χορηγείται γενική αναισθησία σε εξαιρετικές περιπτώσεις, όπου η αναισθησία βοηθά να μειώσουμε πιθανότητες τραυματισμού της ουρήθρας. Αν ο ασθενής έχει τις αισθήσεις του έχει αίσθημα πληρότητας της κύστης. Με το κυστεοσκόπιο εισάγουμε φυσιολογικό ορό, που	Ο ασθενής υποκείται με επιτυχία στην κυστεοσκόπηση και αισθάνεται ασφάλεια, καθώς ξέρει ό,τι όλα είναι υπό συνεχή έλεγχο.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Νοσηλευτικός στόχος	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αποτελέσματα
			<p>κάνει την επισκόπηση της κύστης πιο καθαρή. Αυτό αυξάνει την επιθυμία για ούρηση. Του εξηγούμε να μη φοβόμαστε γιατί το υγρό που έχει μέσα στην κύστη φεύγει μέσω του κυστεοσκοπίου. Μετά την κυστεοσκόπηση λέμε στον ασθενή να αποφύγει να περπατήσει ή να σταθεί μόνος του όρθιος. Το αίμα που έφυγε από τα πόδια με τη θέση λιθοτομής επιστρέφει πίσω στα αγγεία των κάτω άκρων· αυτό μπορεί να δημιουργήσει αύσθημα ναυτίας και ζάλης. Παρατηρούμε τυχόν αιμορραγία στα ούρα. Ελαφρά αναλγητικά χορηγούνται για μείωση της δυσανεξίας, ενώ ενισχύουμε με κουβέρτες τον ασθενή αν κρυώνει. Παρακολουθούμε τακτικά τα ζωτικά του σημεία μέχρι να επανέλθουν στα φυσιολογικά για τον ασθενή επίπεδα.</p>	

Νοσηλευτική διάγνωση	Νοσηλευτικός στόχος	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Αποτελέσματα
Υπερηχογράφημα νεφρών κύστης και προστάτη.	Αξιολόγηση των διαστάσεων του προστάτη.	Προετοιμάζουμε τον ασθενή και τον ενημερώνουμε για τη διαδικασία.	Είναι ακίνδυνη διαγνωστική μέθοδος με πολλές εφαρμογές. Γίνεται χωρίς ακτινοβολία αλλά με καταγραφή ενός ανακλώμενου κύματος. Αναζητούνται οι διαστάσεις του προστάτη.	Οι διαστάσεις του είναι 5,8x5,2x4,8 cm.
Προεγχειρητική υποστήριξη.	Ψυχολογική προετοιμασία του ασθενή για την επέμβαση.	Συζήτηση με τον ασθενή.	Καθώς οι ασθενείς είναι συνήθως μεγάλης ηλικίας έχουν αυξημένο το φόβο του θανάτου. Η συχνή επαφή και συζήτηση, η ικανοποίηση των φυσικών αναγκών τους και η ακρόαση των προβλημάτων τους βοηθούν.Εμπλουτίζεται η τροφή με τροφές υψηλής βιολογικής αξίας.Διδάσκεται να αναπνέει βαθιά, να βήχει και να κινεί τα κάτω άκρα.	Ο ασθενής αναπτύσσει αισθήματα ασφάλειας και βεβαιότητας.

## ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΛΙΕΡΓΑΣΙΑ

Νοσηλευτική διάγνωση	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Αποτελέσματα
Προσοχή στη σύνδεση των παροχетеύσεων.	Πρόληψη πνευμονικού οιδήματος και καιής πλύσης της κύστεως.	Παρακολούθηση σύνδεσης.	Προσέχουμε η συσκευή πλύσης της κύστης να είναι συνδεδεμένη με τον ουροκαθετήρα και όχι με το φλεβοκαθετήρα, ενώ η συσκευή του ορού να είναι συνδεδεμένη με το φλεβοκαθετήρα και όχι με τον ουροκαθετήρα. Σε αντίθετη περίπτωση έχουμε απότομη αύξηση του όγκου του αίματος, επειδή η πλύση γίνεται με ταχύτατο ρυθμό και έτσι είναι πιθανό να προκαλέσουμε πνευμονικό οίδημα, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, δύσπνοια και ταχύπνοια, ενώ αντίθετα δεν θα γίνεται σωστά η πλύση της κύστης, με αποτέλεσμα να αποφραχθεί ο καθετήρας λόγω πήγματος αίματος.	Οι συσκευές είναι συνδεδεμένες σωστά και δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα.

Νοσηλευτική διεργασία	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Αποτελέσματα
Αναιμία, πτώση Α.Π., ταχυσφυγμία.	Αύξηση του ολικού όγκου του αίματος.	Μετάγγιση αίματος.	Φροντίζουμε και έχουμε έγκαιρα από την αιμοδοσία μια ομάδα αίματος Α+. Βεβαιωνόμαστε για το ότι είναι ο συγκεκριμένος άρρωστος που πρόκειται να πάρει το αίμα. Κάνουμε έλεγχο των στοιχείων στις δυο ετικέτες της μονάδας συγκρίνοντας με τα στοιχεία του ασθενή. Ο αριθμός της φιάλης αίματος να είναι ίδιος με εκείνον της ετικέτας διασταύρωσης. Το ονοματεπώνυμο του ασθενή να είναι σωστό. Η ομάδα, το rhesus και το γονότυπο να συμφωνούν με την απάντηση του εργαστηρίου. Η υπογραφή του γιατρού του τμήματος αιμοδοσίας να είναι ευανάγνωστη. Ημερομηνία λήξης αίματος όχι πέρα από τα καθορισμένα όρια.	Ενημέρωση του δελτίου νοσηλείας του ασθενή. Η μετάγγιση έγινε με επιτυχία και χωρίς επιπλοκές.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή προγραμματισμού	Αποτελέσματα
Πιθανότητα αιμορραγίας ή μόλυνσης.	Απουσία μόλυνσης και ελαχιστοποίηση της αιμορραγίας.	Παρατήρηση και συζήτηση με τον ασθενή.	Τακτική παρακολούθηση ζωτικών σημείων - αναφορά σημείων shock ή πυρετού. Παρατήρηση των ούρων αν είναι έντονου ερυθρού χρώματος αντί σκούρου ερυθρού τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες ή ροδόχρωων αντί κίτρινων τις 2-3 πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες. Διδασκαλία του ασθενή αποφυγής χειρισμού Valsalva. Αποφυγή χρήσης υποκλυσμών, θερμομέτρων ορθού το πρώτο 24ωρο. Ενθάρρυνση στη λήψη άφθονων υγρών. Αυστηρή ασηψία ουροκαθετήρα. Χορήγηση αντιβιοτικών.	Με την εφαρμογή του προγράμματος μειώθηκε στο ελάχιστο η παράταση της αιμορραγίας, καθώς και η πιθανότητα εγκατάστασης μόλυνσης.
Δηλητηρίαση από το νερό της πλύσης.	Αναγνώριση συμπτωμάτων τοξίκωσης.	Παρακολούθηση του ασθενή.	Παρακολούθηση ασθενή για συμπτώματα δηλητηρίασης από το νερό της πλύσης το πρώτο 24ωρο: σύγχυση, ευερεθιστότητα, ναυτία, ζεστή και υγρή επιδερμίδα.	Εγκαιρη αναγνώριση συμπτωμάτων οδηγεί σε έγκαιρη θεραπεία.



Νοσηλευτική διάγνωση	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή προγραμματισμού	Αποτελέσματα
Πόνος λόγω σπασμών της κύστης.	Ο ασθενής θα πρέπει να αισθανθεί πιο άνετα.	Αντιμετώπιση του πόνου.	Διδάσκουμε τον ασθενή να μην προ- σπαθεί να ουρήσει γύρω από τον κα- θετήρα, ώστε να αποφευχθεί πιθανό- τητα σπασμών. Παρακολούθησή του τις πρώτες 48 ώρες για παρατήρηση πρώ- των συμπτωμάτων σπασμών, έτσι ώστε να χορηγηθούν έγκαιρα τα ενδεικνυό- μενα φάρμακα. Χορήγηση σπασμολυτικών και αναλγητικών για αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. Ενημέρωση του ασθε- νή ότι οι σπασμοί θα μειωθούν σε έ- νταση και συχνότητα μέσα σε 24-48 ώρες.	Ο ασθενής α- ντιμετωπίζει με κουράγιο τα συμπτώμα- τα καθώς και με την υπο- στήριξη ή- πιων σπασμο- λυτικών εξα- φανίζεται ο πόνος.

Νοσηλευτική δράγωση	Νοσηλευτικός στόχος	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Αποτελέσματα
Κατακράτηση ούρων μετά από την TURP	Αποκατάσταση ούρησης και μη επανεμφά- νιση επίσχε- σης.	Παρακολούθηση της ουρορροής και του ουρο- συλλέκτη.	Παρατηρούμε τα ούρα, το χρώμα τους και τη ροή τους, έτσι ώστε να πα- ρατηρήσουμε όσο το δυνατό πιο νω- ρίς μια τυχόν απόφραξη. Αφήνουμε την κύστη να πλυθεί κατά το πρώτο μετεγχειρητικό 24ωρο, ενώ φροντιέ- ζουμε τα συσπάσματα να μη συμπιέ- ζουν τον ουροκαθετήρα. Ενθαρρύνου- με τον ασθενή να παίρνει και από μόνος του άφθονα υγρά, για να προ- άγουμε τη ροή των ούρων. Όταν βγει ο ουροκαθετήρας παρατηρούμε τυχόν συμπτώματα απόφραξης.	Η ροή είναι συνεχής και σταθερή.

Νοσηλευτική διάγνωση	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Αποτελέσματα
Αφαίρεση καθετήρα.	Μέτρηση ούρων.	Οδηγίες προς τον ασθενή.	Μέτρηση ποσού και χρόνου της ούρησης, ώστε να εκτιμηθεί κατά πόσο αποκαταστάθηκε η φυσιολογική ούρηση. Αμέσως μετά την αφαίρεση του καθετήρα (ως υπάρξει αδυναμία ούρησης, οφειλόμενη σε οίδημα της ουρήθρας. Σε τέτοια περίπτωση πρέπει να εισαχθεί νέος καθετήρας. Επίσης πρέπει να εκτιμηθεί η κένωση της κύστης αφού οι σφιγκτήρες της κύστης είναι πολύ κοντά στο εγχειρητικό πεδίο και μπορεί να έχουν τραυματιστεί κατά τη διάρκεια της εγχείρησης.	Ο ασθενής προδευτικά αποκτά ικανοποιητική ούρηση.
Ακράτεια και όγκος λόγω αφαίρεσης του καθετήρα.	Ο ασθενής αποκτά έλεγχο της ούρησής του.	Ενθάρρυνση του ασθενή.	Εκτίμηση κατά πόσο ο ασθενής ουρεί υπό τύπο σταγόνων και προσοχή τυχόν ακράτειας. Σε ύπαρξη σταγονοειδούς ούρησης σύσταση στον ασθενή να μην ανησυχέι γιατί είναι συνηθισμένο. Διδασκαλία περινεϊκών ασκήσεων.	Ο ασθενής σιγουρεύεται ότι η σταγονοειδής ούρηση είναι φυσιολογική και ότι οι περινεϊκές ασκήσεις βοηθούν την κύστη να αδειάσει.

Νοσηλευτική διάγνωση	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή προγραμματισμού	Αποτελέσματα
Τελικές οδηγίες εξόδου.	Να ξέρει ο ασθενής τι θα πρέπει να αποφύγει.	Συζήτηση με τον ασθενή.	Σύσταση στον ασθενή που πρόκειται να επιστρέψει σπίτι του πως θα πρέπει να αποφύγει τις βαριές δραστηριότητες για 3-4 εβδομάδες (εκτός ίσως από κάποιο περπάτο). Θα πρέπει να χρησιμοποιεί καθαρικά ως υακτικό για 4-6 εβδομάδες για την αποφυγή έντασης κατά την αφόδευση. Η προσπάθεια που ίσως καταβάλει πιθανόν να δημιουργήσει αιμορραγία στο πεδίο της εγχείρησης. Λήψη άφθονων υγρών, 2-3 lt ημερησίως. Προληπτικές επισκέψεις στον ουρολόγο.	Με τις οδηγίες που δώσαμε αποφεύγονται οι επιπλοκές και βοηθάται ο ασθενής να επανέλθει σταδιακά στην προ της εγχείρησης κοινωνική του ζωή.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Σύμφωνα με τα βιβλιογραφικά ευρήματα, η πλέον αποτελεσματική και ευρέως εφαρμοζόμενη θεραπεία για την προστατική υπερπλασία είναι η χειρουργική· η φαρμακευτική θεραπεία είναι ακόμη υπό μελέτη, αλλά ίσως να γίνει η θεραπεία του μέλλοντος (στις ήπιες τουλάχιστον περιπτώσεις).

Ανεξάρτητα όμως από την επιλογή της θεραπείας, ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι ενήμερος των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ένας ασθενής και τις μεθόδους επίλυσής των.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ

Φαρμακευτικές δραστικές ουσίες που έχουν ως αντένδειξη τους την υπερπλασία του προστάτη (ή απόφραξη ουροφόρων οδών)

## - Αντιχολινεργικά

Ατροπίνη θειϊκή            Ορφenaδρίνη υδροχλωρική

Βενζεξόλη υδροχλωρική

Βιπεριδίνη

## - Σπασμολυτικά

Οκταμυλαμίνη υδροχλωρική

## - Αιθανολαμίνες

Διφαινυδραμίνη υδροχλωρική

## - Αντικαταθλιπτικά

Αμιτριπτυζίνη υδροχλ/κή    Μιανσερίνη υδροχλωρική

Δοξεπίνη υδροχλωρική      Νορτοπτηζίνη υδροχλωρική

Ιμιπραμίνη υδροχλωρική    Τραζοδόνη υδροχλωρική

Μαπροτριζίνη                    Χλωριμιπραμίνη                    Χλωροπρομαζίνη

## - Αντιμυασθενικά (με αντένδειξη απόφραξης ουροφόρων οδών)

Αμβενόνιο χλωριούχο

Εδροφώνιο χλωριούχο

Νεοστιγμίνη

Πυριδοστιγμίνη βρωμιούχος

## - Μυολαρωτικά σκελετικών μυών

## - Μεθοκαρβαμάλη

Ορφenaδρίνη κιτριική

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

## Α. Β ι β λ ι α

Αθανάτου Ελ. Κλινική Νοσηλευτική - Βασικές και ειδικές νοσηλείες.

Εκδόσεις Γραφικές Τέχνες, Γ. Παπανικολάου, Αθήνα 1991.

Alken C., Εγχειρίδιον Ουρολογίας. Μετάφραση - επιμέλεια Δ.Ν.

Νηφόρου. Β' Έκδοση, Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1975.

Γαγγανάκης Γ., Η ανοικτή προστατεκτομή. Εκδόσεις University Press, 1990.

Campell and Harrisson, Urology, 3rd edition, W.B. Saunders Co, 1970.

Δημόπουλου Α., Μαθήματα Ουρολογίας, Εκδόσεις Παλμός, Αθήνα 1977.

Εθνικό Συνταγολόγιο, Έκδοση του Ε.Ο.Φ., Αθήνα 1987.

Kyprianou and Davies, Association statges of andrologen receptors in nuclei of human benign hypertrophic prostate. Allan R. Liss, New ok 1986.

Le Maitre-Finnegan, The patient in surgery a guide for nurses. 3rd edition, W.B. Saunders Co, 1975.

Long and Phipps, Medical-Surgical Nursing, 2nd edition, The C.V. Mosby Co., 1989.

Μαλγαρινού-Κωνσταντινίδου, Νοσηλευτική Παθολογική - Χειρουργική, τόμος Β', μέρος 1ο, Έκδοση 13η, Έκδοση Ταβιθά, Αθήνα 1990.

Μπαρμπαλιά Γ., Στοιχεία ουρολογίας, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1987.

Williams, Textbook of endocrinology, 7th edition, Saunders Co, 1981.

Wynngarden and Smith Cecil, Textbook of Medicine, W.B. Saunders Co., 1988.

**Β. Α ρ θ ρ α**

Βούρος Α., Η προστατεκτομή· σχόλια και απόψεις για τη βελτίωση της εγχειρητικής τεχνικής. Περιοδικό Ελληνική Ουρολογία, τόμος 2ος, τεύχος 2ο, Ιατρικές Εκδόσεις "Ζήτα", Απρίλιος - Ιούνιος 1990.

Πετρίτση Α.Ο., Νέες τεχνικές στον προστάτη. Συνέντευξη στους Κεχαγιά Π. και Δημόπουλο Κ., Εφημερίδα "Η Καθημερινή", Απριλιος 1993.

Στέλλου Απ., Διουρηθρική προστατεκτομή, Εφημερίδα "Το Βήμα", Μάρτιος 1993.

Στέλλου Απ., Η προστατεκτομή με Laser σήμερα, Εφημερίδα "Το Βημα", Ιούνιος 1993.

Στέλλου Απ., Ουρορροή και προστάτης, Εφημερίδα "Το Βημα", Νοέμβριος 1992.

Στέλλου Απ., Τώρα με Laser η προσταεκτομή, Εφημερίδα "Το Βήμα", Φεβρουάριος 1993.

Στέλλου Απ., Υπερτροφία προστάτη, Εφημερίδα "Το Βήμα", Απρίλιος 1993.

Στέλλου Απ., Υπερτροφία του Προστάτη, Εφημερίδα "Το Βήμα", Δεκέμβριος 1992.

**Γ. Σ η μ ε ι ώ σ ε ι ς**

Μαλαταρά Γ., Σημειώσεις ραδιολογίας - ακτινολογίας, Τ.Ε.Ι. Πάτρας, 1990.

Πέτρου Μ., Σημειώσεις Συστηματικής Ανατομικής, Τ.Ε.Ι. Πάτρας, 1983.

