

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

# ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ:

ΛΩΡΙΔΑ ΠΑΝΑΓΙΩΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΑΝΤΩΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου Νοσηλευτικής.

ΠΑΤΡΑ, 1994



ΑΦΥΣΗΘΕ  
ΕΙΣΑΓΟΓΗΣ

1250

## Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Περιεχόμενα.....	-
Πρόλογος.....	1
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ.....	2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'	
Αιτιολογία - Προδιάθεση.....	4
Συχνότητα - Ηλικία εμφάνισης.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'	
Στοιχεία Ανατομίας.....	7
Στοιχεία Φυσιολογίας.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'	
Παθολογική Ανατομία.....	14
- Μορφές.....	14
- Συμπτωματολογία.....	18
- Διάγνωση.....	20
- Κλινική κατάταξη - Σταδιοποίηση.....	28
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'	
Θεραπεία.....	29
- Προληπτική.....	30
- Χειρουργική.....	32
- Ακτινοβολία.....	37
- Χημειοθεραπεία.....	40
- Παρηγορητική.....	40
Μεταστάσεις.....	42
Παρακολούθηση ασθενούς που θεραπεύτηκε.....	43
Πρόγνωση.....	43
Καρκίνος τραχηλικού κολοβώματος.....	44
Υποτροπή.....	44
Καρκίνος τραχήλου μήτρας και εγκυμοσύνη.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'	
Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο τραχήλου μήτρας....	47
Εισαγωγή.....	47

Διαγνωστικός έλεγχος και Νοσηλευτική παρέμβαση.....	49
- Κυτταρολογικός έλεγχος - Test Παπανικολάου.....	50
- Δοκιμασία Ιωδίου κατά Shiller.....	51
- Κολποσκόπηση.....	52
- Ιστοληψία του τραχήλου.....	53

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ'

Θεραπεία και Νοσηλευτική παρέμβαση.....	55
- Νοσηλευτική φροντίδα στην ακτινοθεραπεία.....	55
- Νοσηλευτική φροντίδα στη χημειοθεραπεία.....	58
- Χειρουργική θεραπεία και νοσηλευτική παρέμβαση.....	63
Προεγχειρητική νοσηλευτική παρέμβαση.....	64
*Γενική προεγχειρητική ετοιμασία.....	64
*Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία.....	66
*Τελική προεγχειρητική ετοιμασία.....	67
Διεγχειρητική νοσηλευτική παρέμβαση.....	68
Μετεγχειρητική νοσηλευτική παρέμβαση.....	69

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ'

Νοσηλευτική παρέμβαση και προετοιμασία της ασθενούς για την αποχώρησή της από το νοσοκομείο μετά τη θεραπεία της ( με χειρουργική επέμβαση). Διδασκαλία της ασθενούς.....	73
---	----

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Η'

Παρουσίαση περιστατικών - Σχεδιαγράμματα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας με τη μέθοδο της ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	75
- Πρώτο περιστατικό.....	75
- Πρώτο σχεδιάγραμμα.....	76
- Δεύτερο περιστατικό.....	83
- Δεύτερο σχεδιάγραμμα.....	84
Επίλογος.....	90
Βιβλιογραφία.....	91

## Π ρ ό λ ο γ ο ς

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς-με καρκίνο είναι ένα από τα σπουδαιότερα καθήκοντα των ατόμων που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα. Ένα καθήκον που δημιουργεί άπειρες ευθύνες και άπειρες υποχρεώσεις και αναμφίβολα επιστρατεύει όλες τις ψυχικές αρετές, όλη την ανθρωπιά και την υπομονή των νοσηλευτών-νοσηλευτριών, ώστε να ανταποκριθούν με συνέπεια σε ένα τόσο δύσκολο έργο. Στην εργασία αυτή γίνεται μια προσπάθεια να προσεγγίσουμε από την πλευρά της νοσηλευτικής το τεράστιο θέμα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, όσο γίνεται πιο ρεαλιστικά.

Στο πρώτο μέρος παρουσιάζονται κάποια γενικά στοιχεία για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Επίσης στοιχεία ανατομίας και φυσιολογίας του γεννητικού συστήματος της γυναίκας, στοιχεία παθολογοανατομίας του καρκίνου του τραχήλου (μορφές, στάδια του καρκίνου) και τρόποι θεραπείας αυτού. Αναφέρονται ακόμη παράγοντες προδιάθεσης και αιτιολογίας, συχνότητα και ηλικία εμφάνισης της ασθένειας, πρόγνωση, πρόληψη, υποτροπή αυτής κ.λ.π..

Στο δεύτερο μέρος δίνεται έμφαση στον ουσιαώδη ρόλο της νοσηλευτικής παρέμβασης κατά τη διάρκεια αναζήτησης της ασθένειας (διαγνωστικός έλεγχος), κατά τη διάρκεια της θεραπείας της ασθένειας αλλά και μετά από αυτή. Επιπλέον τονίζεται ο τρόπος με τον οποίο πρέπει να σχεδιάζεται, να διαμορφώνεται και να εφαρμόζεται η νοσηλευτική φροντίδα, ώστε να είναι αυτή όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη.

## ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ

Ο Γεώργιος Παπανικολάου γεννήθηκε το 1883 στην Κύμη της Ευβοίας. Ήταν το τρίτο παιδί του γιατρού Νίκου Παπανικολάου. Σπούδασε Ιατρική στην Αθήνα, πήρε το πτυχίο του το 1904 και γύρισε στην Κύμη να εργαστεί. Όμως η άσκηση του επαγγέλματος δεν τον ικανοποιούσε, γιατί ήταν πνεύμα ανήσυχο. Αγαπούσε τη φιλοσοφία, την ποίηση, τη μουσική και του άρεσε να παίζει βιολί.

Το 1907 πήγε στο Μόναχο και ασχολήθηκε με τη Βιολογία. Πήρε τον τίτλο του διδάκτορα το 1910 και ήρθε στην Ελλάδα να παντρευτεί τη Μάχη Μαυρογένους. Το 1911 πήρε τη θέση του φυσιολόγου στο Ωκεανογραφικό Ινστιτούτο του Μονακό.

Το 1913 εγκαταστάθηκε στη Νέα Υόρκη και διορίσθηκε βοηθός στο Corneo Medical College, όπου και εξελίχθηκε επιστημονικά και κατέλαβε το 1947 του τακτικού καθηγητή της Ανατομικής.

Πριν από αυτή την εκλογή, το Πανεπιστήμιο Αθηνών τον εξέλεξε καθηγητή της Ζωολογίας, αλλά αρνήθηκε την έδρα, γιατί ήθελε να συνεχίσει τα πειράματά του πάνω στα κολπικά επιχρίσματα των γυναικών, σχετίζοντας τα εθρήματά του με το γεννητικό κύκλο των, θεμελιώνοντας έτσι τη νέα ειδικότητα της Ιατρικής, την Αποφολιδωτική κυτταρολογία.

Το 1933 δημοσίευσε στο American Journal of Anatomy την εργασία του "ογεννητικός κύκλος των γυναικών, όπως αποκαλύπτεται από τα κολπικά επιχρίσματα". Οι παρατηρήσεις του βοήθησαν τους γυναικολόγους στη διάγνωση της ωοθυλακιορρηξίας και στη διερεύνηση των διατάραχών της εμμηνορρυσίας.

Από το 1923 όμως τον ενδιέφερε και η παθολογική μορφολογία των κυττάρων των κολπικών επιχρισμάτων και ιδιαίτερα των καρκινικών. Έτσι, το 1928 ανακοίνωσε τις παρατηρήσεις του στην Ιατρική Εταιρεία της Νέας Υόρκης. Στην αρχή αμφισβητήθηκαν τα ευρήματά του, αλλά δεν αποβαρύνθηκε. Στις αρχές της

δεκαετίας του 1940 επέβαλε τις απόψεις του για τη σημασία της αποφολιδωτικής κυτταρολογίας στη διάγνωση του αρχόμενου καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Έτσι καθιερώθηκε το Pap-test, που αποτελεί μεγάλη συμβολή στην προληπτική ιατρική.

Ο Γ. Παπανικολάου πέθανε στις 19 Φεβρουαρίου του 1962, σε ηλικία 78 χρονών, από καρδιακό νόσημα, αφού πρόφτασε αφού πρόφτασε λίγους μήνες πριν να δει την πραγματοποίηση του ονείρου του, την ίδρυση από το Πανεπιστήμιο της Φλώριδας του Ινστιτούτου Παπανικολάου.

Εν κατακλείδει ο Γ. Παπανικολάου υπήρξε δότης ζωής και ανήκει στη χορεία των μεγάλων ανθρώπων αυτού του πλανήτη. Το ανεκτίμητο έργο του και οι ιατροφιλοσοφικές αξίες που διέκριναν τη ζωή του θα ορθώνονται στην αιωνιότητα σαν ορόσημα που θα κατευθύνουν τον επιστημονικό αγώνα για τον Άνθρωπο.

---

**Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο**

**Α**

---



## Αιτιολογία - Προδιάθεση.

Η αιτιολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, όπως και όλων των καρκίνων, παραμένει άγνωστη. Μπορούμε όμως να επισημάνουμε αρκετούς προδιαθεσικούς παράγοντες, όπως τους ακόλουθους:

1) Τη σεξουαλική δραστηριότητα της γυναίκας, γιατί βρέθηκε συχνότερος σε όσες παντρεύτηκαν μικρές ή άρχισαν νωρίς τις σεξουαλικές τους σχέσεις ή γνώρισαν πολλούς ερωτικούς συντρόφους ή εργάστηκαν σε οίκους ανοχής. Σε όσες στερήθηκαν τη σεξουαλική ζωή και στις άγαμες ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας δεν είναι τόσο συχνός. Πιστεύεται ότι το DNA των σπερματοζωαρίων έχει κάποια σχέση με τα παραπάνω.

2) Τη φυλή στην οποία ανήκει η γυναίκα, γιατί βρέθηκε πως στις Εβραίες δεν είναι τόσο συχνός. Αυτό αποδόθηκε σε κληρονομική ανοσολογική συμπεριφορά ή στην εκτέλεση της περιτομής των ανδρών, που δεν επιτρέπει την ανάπτυξη σμήγματος στη βαλανοποσθική αύλακα, που πιστεύεται πως μέσα σ' αυτό υπάρχει κάποιος καρκινογόνος παράγοντας. (Πειραματικά δημιουργήθηκε καρκίνος του τραχήλου σε τρωκτικά με επαναλαμβανόμενη εναπόθεση ανθρώπινου σμήγματος από τη βαλανοποσθική αύλακα. Αυτή η διαπίστωση οδηγεί στην υπόθεση μεταφοράς ενός γενεσιουργού ιού ή ενός ειδικού χημικού παράγοντα.) Ακόμη διαπιστώθηκε πως στις Αφρικάνες η συχνότητα είναι 50:100.000, στις Ισραηλινές 6:100.000, και πως είναι συχνότερος στη μαύρη φυλή από ότι στη λευκή.

3) Τον ιό του έρπητα τύπου II, που προκαλεί το σχηματισμό μεγάλων κυττάρων με πολλαπλούς πυρήνες.

4) Τη λήψη ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, για την πρόληψη α-

πόρριψης μοσχεύματος.

5) Τη χορήγηση δισαιθυλοστιλβοιστρόλης σε έγκυες γυναίκες, που είναι δυνατό να προκαλέσει καρκίνο στα κορίτσια, που θα γεννηθούν, όταν αυτά βρίσκονται στην εφηβεία ή είναι μεγαλύτερα, σε συχνότητα 4:1.000. Ο καρκίνος αυτός έχει τον τύπο του διαυγοκυτταρικού.

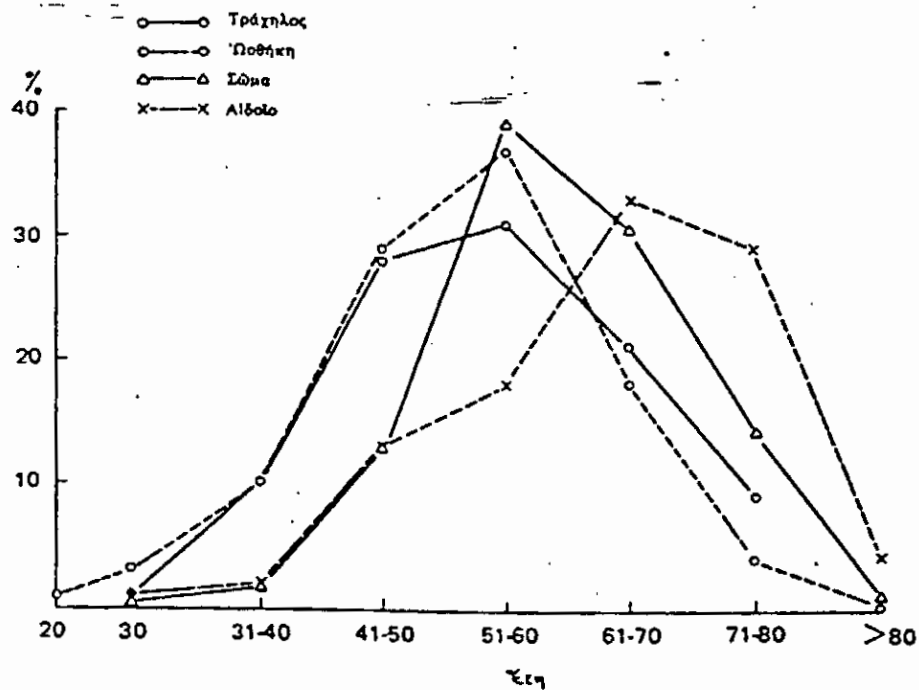
6) Την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση της γυναίκας, γιατί βρέθηκε συχνότερος στις φτωχότερες τάξεις, στις οποίες οι συνθήκες διατροφής και καθαριότητας δεν είναι καλές.

### Συχνότητα - Ηλικια εμφάνιση.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, στην εποχή μας έρχεται τρίτος στη σειρά συχνότητας μετά τον καρκίνο του μαστού και τον καρκίνο του ενδομητρίου. Έχει υπολογιστεί πως δύο στις εκατό γυναίκες πάνω από τα 40 χρόνια έχουν πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο του τραχήλου.

Η μέση ηλικία προσβολής της γυναίκας από διηθητικό καρκίνο του τραχήλου είναι η ηλικία των 45 ετών, ενώ η μέση ηλικία προσβολής από προδιηθητικό καρκίνο είναι σημαντικά μικρότερη. Υπολογίζεται ότι η διαφορά που υπάρχει μεταξύ τους είναι περίπου δέκα χρόνια. Η νόσος μπορεί να εμφανιστεί σπάνια σε νέες γυναίκες και στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μετά τη εμμηνόπαυση η συχνότητα του καρκίνου του τραχήλου ελαττώνεται, για να αυξηθεί του ενδομητρίου.

Σε συχνότητα 90% ο καρκίνος του τραχήλου προέρχεται από το πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο της έξω επιφάνειας της ενδοκολπικής μοίρας (επιθηλιώμα). Τις περισσότερες φορές ο καρκίνος αναπτύσσεται στις ενδοεπιθηλιακές στιβάδες σχεδόν πάντοτε αρχίζοντας από τη ζώνη μετατροπής (μετάπτωσης) του μονόστιβου κυλινδρικού επιθηλίου σε πλακώδες.



Κατανομή κατά ηλικίες των διαφόρων γυναικολογικών καρκίνων.

---

**Κ Ε Θ Α Λ Α Ι Ο**

**Β**

---

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται: α) από τους δύο γεννητικούς αδένες, τις ωοθήκες, που παράγουν τα ωάρια, β) από τους δύο αγωγούς ή σάλπιγγες, γ) από τη μήτρα, δ) από τον κόλπο και ε) από το αιδοίο. Οι ωοθήκες, οι αγωγοί, ο κόλπος και η μήτρα αποτελούν τα έσω γεννητικά όργανα και βρίσκονται μέσα στη μικρή πύελο, ενώ το αιδοίο (με τα μεγάλα και μικρά χείλη, την κλειτορίδα και τον πρόδρομο του κόλπου) αποτελεί το έξω γεννητικό όργανο.

### **Μήτρα**

Η μήτρα είναι κοίλο μυώδες όργανο που κατέχει κεντρική θέση στη μικρή πύελο. Έχει σχήμα αχλαδιού αποπλατυσμένου από εμπρός προς τα πίσω. Το βάρος της στην άτοκη γυναίκα είναι περίπου 40 γρ. και στη γυναίκα που γέννησε περίπου 70 γρ. Έχει μήκος περίπου 8cm, πλάτος 5cm και πάχος 2cm. Στην κύηση, κάτω από τις διάφορες ορμονικές επιδράσεις, έχει την ικανότητα να αυξάνεται πολύ, ώστε να μεγαλώνει και η χωρητικότητά της.

Ανατομικά η μήτρα χωρίζεται σε τρία μέρη:

α) Τον πυθμένα, που είναι το ανώτερο τμήμα και βρίσκεται πάνω από το σημείο εισόδου των αγωγών στη μήτρα. Το τμήμα αυτό συμβάλλει πολύ στη μεγέθυνση της ενδομήτριας κοιλότητας στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

β) Το σώμα, που είναι το μεσαίο τμήμα και είναι το μέρος εκείνο της μήτρας που βρίσκεται κάτω από την είσοδο των αγωγών. Αποτελείται από παχύ μυικό τοίχωμα, που περικλείει την ενδομήτρια κοιλότητα.

γ) Τον τράχηλο, που είναι το κατώτερο, στενό τμήμα της μήτρας, που τρυπά το πρόσθιο τοίχωμα του κόλπου και προβάλλει μέ-

σα σε αυτόν. Με τον τρόπο αυτό ο τράχηλος διαιρείται σε ένα υπερκολπικό και ένα ενδοκολπικό μέρος.

Η σχέση σώματος - τραχήλου διαφέρει ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας. Έτσι, στις ενήλικες, από τα 8εκ. του μήκους της μήτρας, τα 5,5εκ. αντιστοιχούν στο σώμα της και τα 2,5εκ. στον τράχηλό της, ενώ στις κοπέλες συμβαίνει το αντίθετο. Στις ηλικιωμένες γυναίκες που βρίσκονται μετά την εμμηνόπαυση, η μήτρα μικραίνει από ατροφία του μυϊκού της τοιχώματος και η ενδοκολπική μοίρα του τραχήλου εξαφανίζεται.

#### Θέση και τοπογραφoανατομικές σχέσεις μήτρας και τραχήλου.

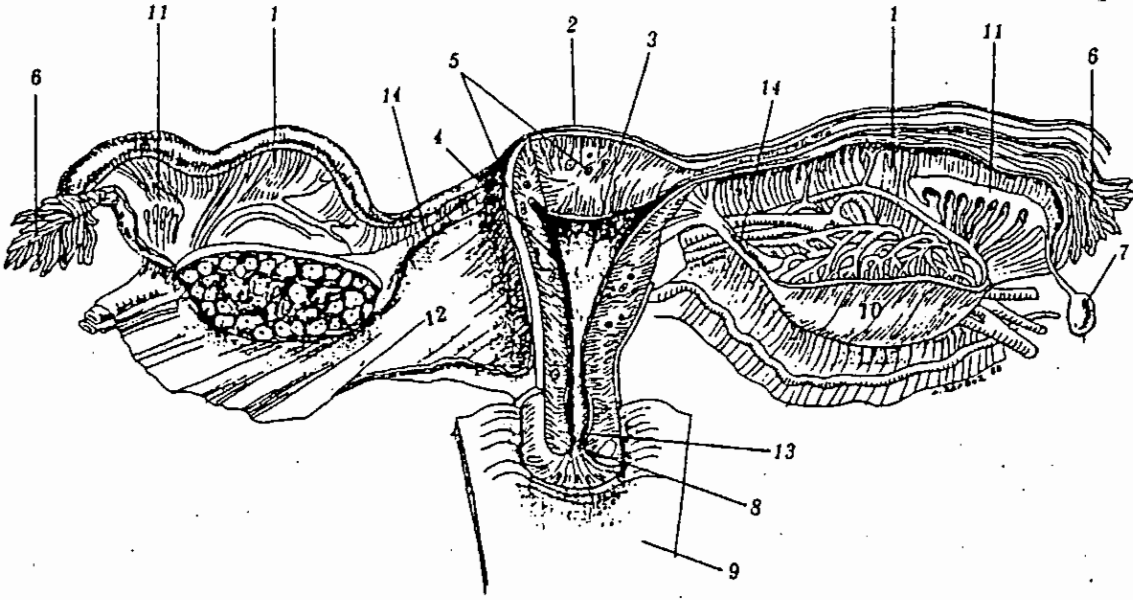
Η μήτρα βρίσκεται μέσα στην πυελική κοιλότητα, ανάμεσα στην ουροδόχο κύστη και το ορθό και σχηματίζει με τον τράχηλο μια γωνία 70-100 μοίρες που βλέπει προς τα εμπρός, δηλαδή η μήτρα βρίσκεται σε πρόσθια κάμψη. Λόγω της πιο πάνω διάταξης, ο τράχηλος βρίσκεται σε λοξή θέση, ώστε το έξω στόμιό του να βλέπει στον πίσω κολπικό θόλο. Το έξω τραχηλικό στόμιο αντιστοιχεί στο ύψος της ενδοισχιακής γραμμής, που ενώνει τις ισχιακές άκανθες. Αντίστοιχα με το εσωτερικό στόμιο του τραχήλου και 1 έως 1,5cm από τα πλάγια του βρίσκεται η διασταύρωση του ουρητήρα με τη μηριαία αρτηρία. Η πρόσθια επιφάνεια του τραχήλου χωρίζεται από την ουροδόχο κύστη με την παρεμβολή συνδετικού ιστού.

#### Στήριξη της μήτρας σε γειτονικά όργανα

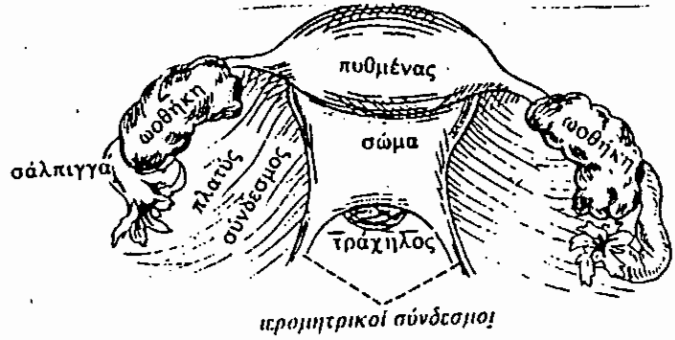
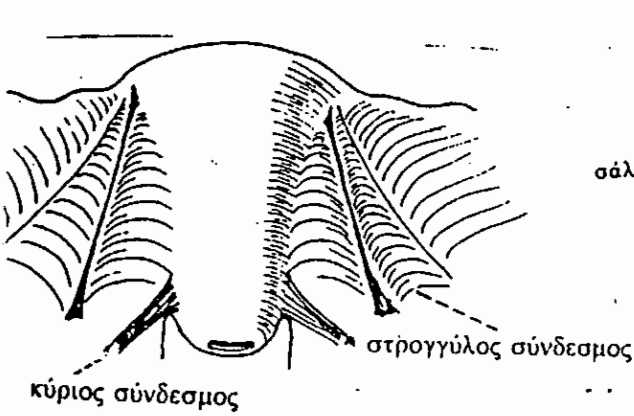
Για τη στήριξη της μήτρας συνεργάζονται ο τόνος των κοιλιακών τοιχωμάτων, το έδαφος της πυέλου, το περιτόναιο και τέσσερα ζευγάρια συνδέσμων που είναι: οι πλατείς, οι στρογγύλοι, οι ιερομητρικοί και οι κύριοι συνδεσμοί της μήτρας.

Οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι αρχίζουν από τον 3ο και 4ο ιερό σπόνδυλο και πορεύονται προς τα εμπρός, ώστε να συγκλίνουν μεταξύ τους και να σχηματίζουν στην πρόσφυσή τους την οπίσθια επεφάνεια του τραχήλου -αντίστοιχα στο έσω τραχηλικό στόμιο- μια

ΣΤΗΡΙΓΜΑΤΑ ΜΕ ΓΕΙΤΟΝΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ



Η μήτρα με τα εξαρτήματά της και τμήμα του κόλλου. Η αριστερή σάλπιγγα, η μήτρα και η δεξιά ωοθήκη έχουν διανοιχτεί στο μέσο κατά μέτωπο επίπεδο. Επίσης έχει αφαιρεθεί ένα τμήμα του αριστερού μεσοσαλπιγγίου. 1, οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί. 2, ο πυθμένας της μήτρας - ορογόνος χιτώνας. 3, η ενδομητρική κοιλότητα. 4, το ενδομήτριο. 5, το μυομήτριο. 6, οι κροσσοί των σαλπίγγων. 7, απόφυση του επωοθηκίου. 8, το έξω τραχηλικό στόμιο. 9, ο κόλλπος. 10, οι ωοθήκες. 11, το επωοθηκίο. 12, ο πλατύς σύνδεσμος της μήτρας. 13, η ενδοτ, αχλική κοιλότητα. 14, ίδιος σύνδεσμος της ωοθήκης



Σχηματική διάταξη των συνδέσμων της μήτρας όπως φαίνεται από εμπρός και πίσω αντίστοιχα (αριστερή - δεξιά εικόνα).

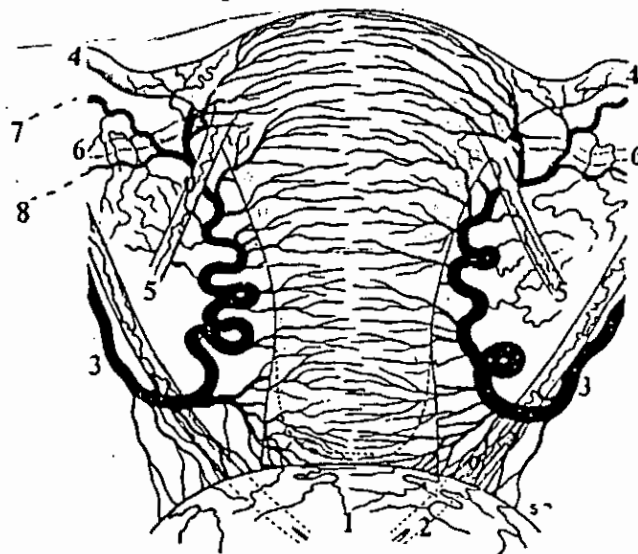
οξεία γωνία. Η πάνω επιφάνειά τους σκεπάζεται από το περιτόναιο και αποτελούνται από συνδετικό ιστό και λείες μυϊκές ίνες.

Στη βάση του πλατέως συνδέσμου της μήτρας και αμέσως στα πλάγια του τραχήλου σχηματίζονται ισχυρές δεσμίδες από συνδετικό ιστό που προέρχεται από το παραμήτριο. Ο σχηματισμός αυτός μοιάζει με ριπίδιο και ονομάζεται κύριος σύνδεσμος της μήτρας ή σύνδεσμος του Mackenrodt.

### Αγγείωση και νεύρωση της μήτρας

Η αγγείωση της μήτρας γίνεται από τη μητρίαία αρτηρία και εν μέρει από την ωθηκική. Η μητρίαία αρτηρία που εκφύεται από την έσω λαγόνια, στο ύψος του ισθμού δίνει τον τραχηλοκολπικό κλάδο προς τα κάτω και συνεχίζοντας την πορεία του προς τα πάνω (παράλληλα με το πλάγιο χείλος της μήτρας και μεταξύ των πετάλων του πλατέως συνδέσμου) δίνει 9 έως 14 κλάδους που αγγειώνουν την πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια της μήτρας. Η μητρίαία φλέβα μεταφέρει το φλεβικό αίμα στην έσω λαγόνια. Ένα μέρος μεταφέρεται από τις ωθηκικές φλέβες.

Η μήτρα νευρώνεται από το μητροκολπικό γαγγλιοφόρο πλέγμα, που σχηματίζεται από το υπογάστριο παρασυμπαθητικό πλέγμα και από το 3ο και 4ο ιερό νεύρο (παρασυμπαθητικές ίνες). Το πλέγμα αυτό βρίσκεται μεταξύ του τραχήλου και του θόλου του κόλπου στη βάση του πλατέως συνδέσμου. Το μεγαλύτερο από τα γάγγλια του είναι γνωστό σαν γάγγλιο του Frankenhauser. Στη μήτρα έρχονται και μερικές ίνες άμεσα από τα πλέγματα της ουροδόχου κύστης και του απευθυσμένου.



Εμμοχηματική απεικόνιση των μητρίαίων αρτηριών. 1, η ουροδόχος κύστη. 2, οι ουρητήρες. 3, οι μητρίαίες αρτηρίες. 4, οι σάλπιγγες. 5, οι στρογγύλοι σύνδεσμοι της μήτρας. 6, οι ίδιοι σύνδεσμοι της ωθηκικής. 7, ο αγωγικός κλάδος της μητρίαίας αρτηρίας. 8, ο ωθηκικός κλάδος της μητρίαίας αρτηρίας.



## ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

### A) Ανατομική.

Ο τράχηλος, όπως προαναφέραμε, είναι το κατώτερο στενό μέρος της μήτρας που τρυπά το πρόσθιο τοίχωμα του κόλπου και προβάλλει μέσα σε αυτόν. Μ' αυτόν τον τρόπο ο τράχηλος διαιρείται σε δύο μοίρες: την υπερκολπική και την ενδοκολπική. Ο τράχηλος περιέχει μια ατρακτεειδή κοιλότητα, την ενδοτραχηλική, που αποτελεί την προς τα κάτω συνέχεια της ενδομητρικής κοιλότητας.

Η ενδοτραχηλική κοιλότητα έχει δύο στόμια, το εσωτερικό που οδηγεί προς τα πάνω και το εξωτερικό που οδηγεί προς τα κάτω, δηλ. προς τον κόλπο.

Το εξωτερικό στόμιο του τραχήλου στις άτεκνες γυναίκες είναι στρογγυλό, ενώ σε αυτές που γέννησαν ή έκαναν επεμβάσεις στην κοιλότητα της μήτρας, εμφανίζεται σαν εγκάρσια σχισμή. Η ενδοτραχηλική κοιλότητα από την άλλη στις άτοκες γυναίκες έχει μήκος 3εκ. και διάμετρο 0,7εκ. περίπου, ενώ σε εκείνες που έχουν γεννήσει είναι μεγαλύτερη.

### B) Ιστολογική

Το τοίχωμα του τραχήλου αποτελείται από στρώμα, επιθήλιο και αδένες. Το στρώμα αποτελείται από πυκνό ινώδη ιστό, μέσα στον οποίο βρίσκονται διάσπαρτες λείες μυϊκές ίνες, που ο αριθμός τους ποικίλλει από άτομο σε άτομο και αυξάνεται στο όριο του τραχήλου με το σώμα της μήτρας. Αντίθετα η ενδοτραχηλική κοιλότητα καλύπτεται από υψηλό κυλινδρικό επιθήλιο με σπάνια κροσσωτά κύτταρα σε έναν στοιχο. Μέσα στα σώμα του τραχήλου υπάρχουν καταδύσεις που καλύπτονται με το ίδιο επιθήλιο του ενδοτραχήλου και ονομάζονται αδένες. Εδώ πρέπει να τονιστεί ότι το πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο του τραχήλου στην επιφανειακή του στιβάδα δεν κερατινοποιείται, όπως στον κόλπο, και ότι το επιθήλιο αυτό χωρίζεται από το στρώμα με μια βασική μεμβράνη.

Σ Τ Ο Ι Χ Ε Ι Α Φ Υ Σ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α Σ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας, αντιθέτως προς του άνδρα, εμφανίζει περιοδικές μεταβολές, οι οποίες από τελεολογικής άποψης είναι δυνατόν να θεωρηθούν ως περιοδικές προετοιμασίες για την γονιμοποίηση και την κύηση. Παρατηρούμε λοιπόν, τέτοιες κυκλικές μεταβολές στις ωθήκες, στον κόλπο και στη μήτρα (κατά συνέπεια και στον τραχηλό της).

Στη διάρκεια λοιπόν του γεννητικού αυτού κύκλου της γυναίκας παρατηρείται βαθμιαία διάνοιξη του έσω τραχηλικού στομίου, που σκοπό έχει όπως είναι ευνόητο, τη διευκόλυνση της γονιμοποίησης την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας. Κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων ο μυϊκός τόνος του έσω τραχηλικού στομίου μειώνεται σταδιακά. Έτσι ενώ στην αρχή της παραγωγικής φάσης του κύκλου είναι τελείως κλειστό, κατά την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας φτάνει στο διπλάσιο της αρχικής διαμέτρου του.

Κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων, παρουσιάζονται επίσης κανονικές μεταβολές και στην τραχηλική βλέννη. Οι μεταβολές αυτές είναι τόσο ποιοτικές όσο και ποσοτικές. Παρατηρούμε λοιπόν πως όσο απομακρυνόμαστε από την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας τόσο η βλέννη μειώνεται σε όγκο και αυξάνει σε ιξώδες. Ενώ όσο πλησιάζουμε προς τη στιγμή της ωοθυλακιορρηξίας γίνεται διαυγέστερη και απόκτά τελικά την χαρακτηριστική σαν φύλλα φτέρης κρυστάλλωση τη στιγμή της ρήξης του ωοθυλακίου. Αντίστοιχα επηρεάζεται και η ελαστικότητα της τραχηλικής βλέννης, καθώς και η εκτασιμότητά της. Κατά την εποχή της ωοθυλακιορρηξίας εκτιμάται η εκτασιμότητα αυτή σαν ένας από τους παράγοντες που ευνοούν τη γονιμότητα.

Το ΡΗ τραχηλικής βλέννης από καθαρά αλκαλικό (7,5) που είναι στη διάρκεια της πρώτης φάσης του κύκλου γίνεται λιγότερο αλκαλικό και μερικές φορές και όξινο μετά την ωοθυλακιορρηξία και ακόμα περισσότερο προς το τέλος της δεύτερης φάσης. Όπως φαίνεται λοιπόν οι μεταβολές που συμβαίνουν, συντελούν ώστε την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας να εξασφαλιστούν οι ιδανικότερες προϋποθέσεις για τη διείσδυση των σπερματοζωγίων μέσα από την τραχηλική βλέννη στη μητρική κοιλότητα.

Μετά τη 14η μέρα του κύκλου η βλέννη παθαίνει και πάλι ορισμένες μεταβολές, που αποδίδονται στην προγεστερονική δράση και χαρακτηρίζονται κυρίως από καταστροφή της κρυσταλλώσεως, ελάττωση της εκτασιμότητας και διήθηση από πολυμορφοπύρρηνα, σε συνδυασμό με σημαντική ελάττωση της ποσότητας της, ώστε τις παραμονές της εμμηνορυσίας να μην υπάρχει στο τραχηλικό στόμιο παρά ελάχιστη ποσότητα.

Η χημική σύσταση της βλέννης παρουσιάζει μεταβολές στη διάρκεια του κύκλου. Βασικά η τραχηλική βλέννη αποτελείται από νερό, πρωτεΐνες, ανόργανα συστατικά και ένζυμα. Η περιεκτικότητα σε νερό βρίσκεται στη μεγαλύτερη αναλογία της κατά την η μέρα της ωοθυλακιορρηξίας, ενώ είναι ελαττωμένη στην αρχή και στο τέλος του κύκλου. Έτσι ενώ κατά την αρχή της οιστρογονικής φάσεως η αναλογία σε νερό βρίσκεται κοντά στο 85%, αυτή ανέρχεται στο 90-92% κατά την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας για να ελαττωθεί και πάλι στη δεύτερη φάση του κύκλου οπότε και πλησιάζει τα 80%. Αντίστοιχες μεταβολές παρουσιάζουν και οι διάφορες οργανικές και ανόργανες ουσίες της τραχηλικής βλέννης.

Επειδή είναι γνωστό ότι η έκκριση της τραχηλικής βλέννης εξαρτάται από την ισορροπία οιστρογόνων - προγεστερόνης, εί-

ναι φανερό ότι όταν υπάρχουν ενδοκρινολογικά προβλήματα (α-νωορρηξία κ.λ.π.), ελλείπει η μεγάλη εκτασιμότητα αφενός και αφετέρου η ποσότητα της τραχηλικής βλέννης είναι μικρή.

Όλες αυτές οι μεταβολές της τραχηλικής βλέννης είναι τόσο χαρακτηριστικές, ώστε χρησιμοποιούνται σαν δείκτες ωοθυλακι-ορρηξίας.

---

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

Γ

---

## ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Για να καταλάβουμε τα παρακάτω είναι απαραίτητο να θυμηθούμε από την παθολογική ανατομική πως :

1) Υπερπλασία είναι η αύξηση του αριθμού των φυσιολογικών κυττάρων, που είναι αναστρέψιμη, όπως π.χ. το επιθήλιο του μαστικού αδένα στην εγκυμοσύνη.

2) Μεταπλασία είναι η αντικατάσταση ενός τύπου καλά διαφοροποιημένων κυττάρων από έναν άλλο τύπο, που είναι αναστρέψιμη, όπως π.χ. τα κυλινδρικά κύτταρα του τραχήλου από πλακώδη του τραχήλου.

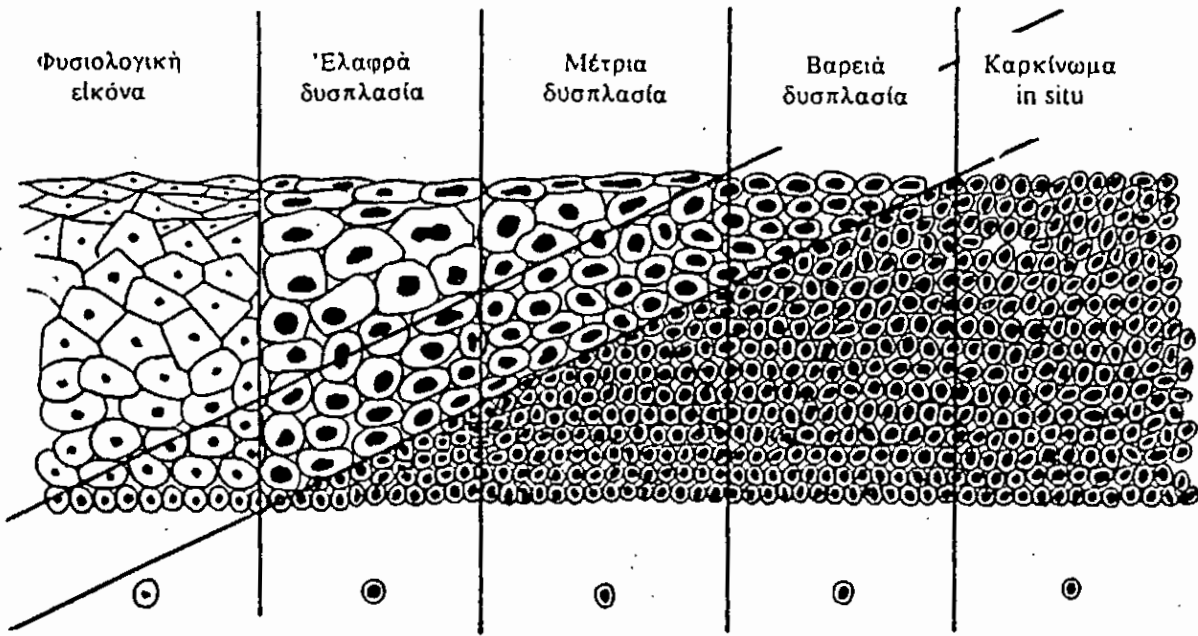
3) Δυσπλασία είναι η ποικιλία στο σχήμα και στο μέγεθος των κυττάρων, που συνοδύεται από απώλεια της φυσιολογικής δομής και αύξηση του αριθμού των κυττάρων που είναι αναστρέψιμη, όπως π.χ. η αποδιοργάνωση και πάχυνση του επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας μετά από τραχηλίτιδα.

4) Αναπλασία είναι η μεγαλύτερη αύξηση της ποικιλίας στο σχήμα και στο μέγεθος των κυττάρων από ότι στη δυσπλασία και η ύπαρξη υπερχρωματικών πυρήνων και πυρηνοκινησιών, που δεν είναι αναστρέψιμη και παρατηρείται στες κακοήθεις νεοπλασίες.

### **Μ ο ρ φ έ ς .**

Ιστολογικά ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας διακρίνεται στις παρακάτω μορφές :

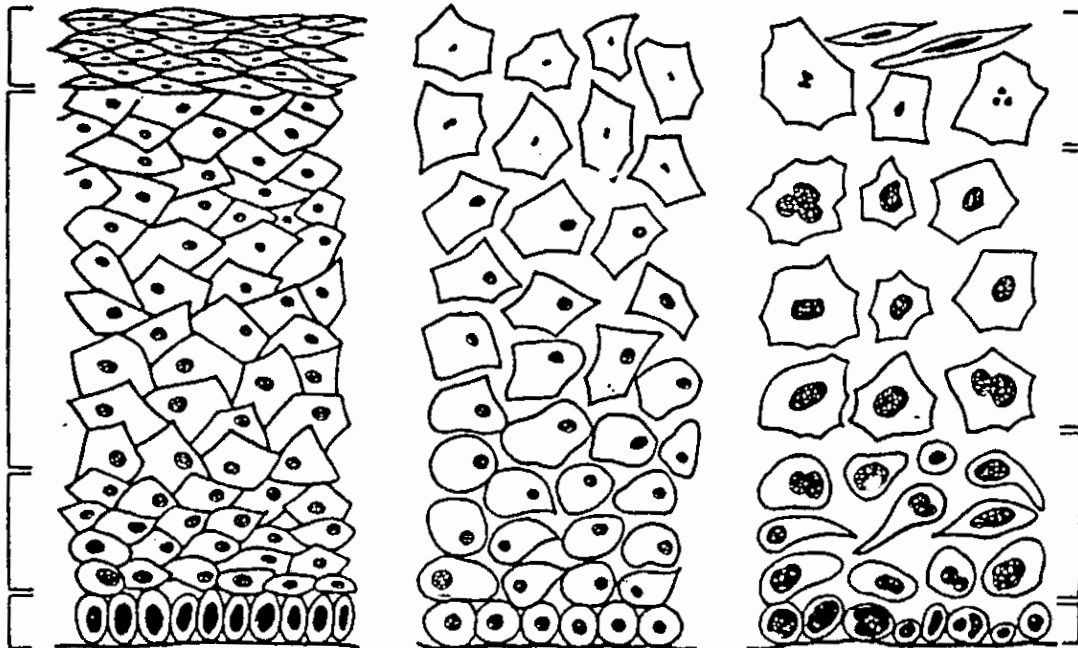
Δυσπλασία η τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία. Σ' αυτή διακρίνουμε άτυπα κύτταρα του πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου και διακρίνεται σε ελαφριά, μέτρια και βαριά δυσπλασία, ανάλογα με το πάχος του επιθηλίου που περιέχει τα άτυπα



Βαθμοί δυσπλασίας τραχηλικών επιθηλίων.

Φυσιολογική ιστολογική και κυτταρολογική εικόνα

Νεοπλασματική εικόνα



Σχηματιστική αναπαράσταση των κυτταρολογικών ευρημάτων από τον φυσιολογικό τράχηλο σε σύγκριση προς τον τράχηλο με καρκίνο.

κύτταρα. Στην ελαφριά δυσπλασία ανήκει η πλακώδης μεταπλασία του τραχήλου και στη βαριά (όταν δηλ. όλο το πάχος του πλακώδους επιθηλίου καταλαμβάνεται από ταύτα κύτταρα) ανήκει το προδιηθητικό καρκίνωμα ή καρκίνωμα *in situ*.

Υπάρχουν τρεις βαθμοί τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας:

α) Όταν καταλαμβάνεται λιγότερο από το  $1/3$  του πάχους του επιθηλίου.

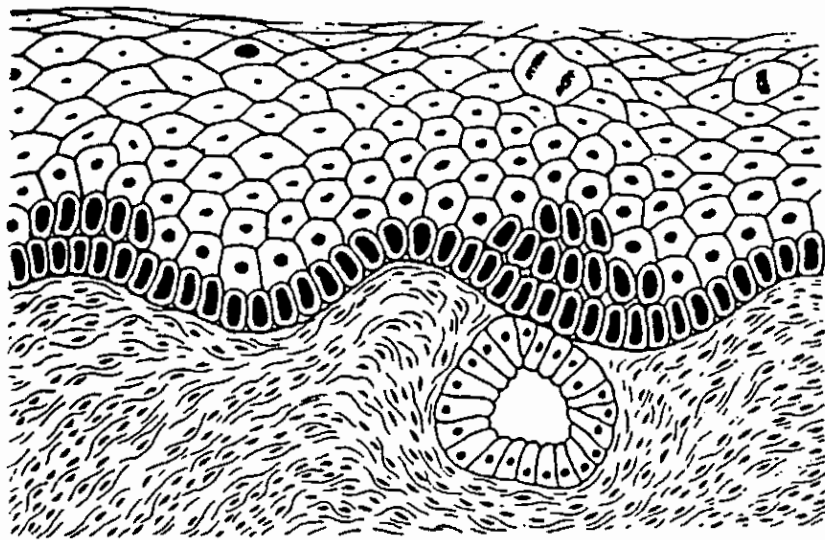
β) Όταν καταλαμβάνεται από  $1/3$  έως  $2/3$  του πάχους του επιθηλίου.

γ) Όταν καταλαμβάνεται όλο το πάχος (εδώ ανήκει και το καρκίνωμα *in situ*) του πάχους του επιθηλίου.

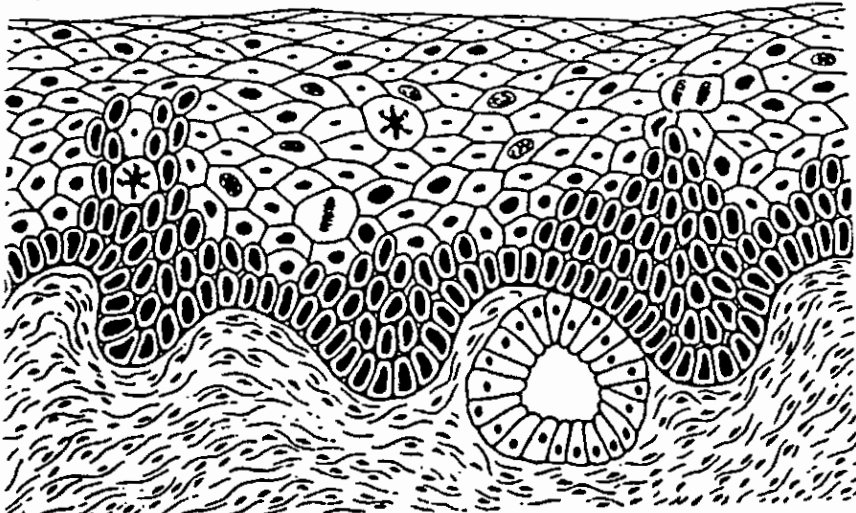
Προδιηθητικό καρκίνωμα ή καρκίνωμα *in situ*. Σ' αυτό υπάρχουν άτυπα κύτταρα σε όλο το πάχος του πλακώδους επιθηλίου. Η βασική μεμβράνη του τραχήλου, που βρίσκεται κάτω από αυτό δεν έχει προσβληθεί. Με αυτή τη μορφή ο καρκίνος μπορεί να παραμείνει, στις περισσότερες περιπτώσεις, ασυμπτωματικός για 7-10 χρόνια. Χαρακτηριστικό είναι, ότι η μέση ηλικία των γυναικών με προδιηθητικό καρκίνο είναι το 35ο έτος της ηλικίας, ενώ η μέση ηλικία των γυναικών που προσβάλλονται από διηθητικό καρκίνο είναι το 45ο έτος της ηλικίας.

Το καρκίνωμα *in situ* είναι ασυμπτωματικό και ανευρίσκεται σε ιστοτεμάχιο που πάρθηκε από βιοψία, μετά από θετικό τραχηλοκολπικό επίχρισμα. Χαρακτηρίζεται από υπερπλασία των κυττάρων του επιθηλίου, ανώμαλες μιτώσεις, ατυπίες των πυρήνων των κυττάρων και αποδιοργάνωση της δομής των κυτταρικών στιβάδων. Η βασική μεμβράνη παραμένει ανέπαφη. Μακροσκοπικά ο τράχηλος μπορεί να παρουσιάζεται φυσιολογικός ή να εμφανίζει ερυθρότητα, διάβρωση

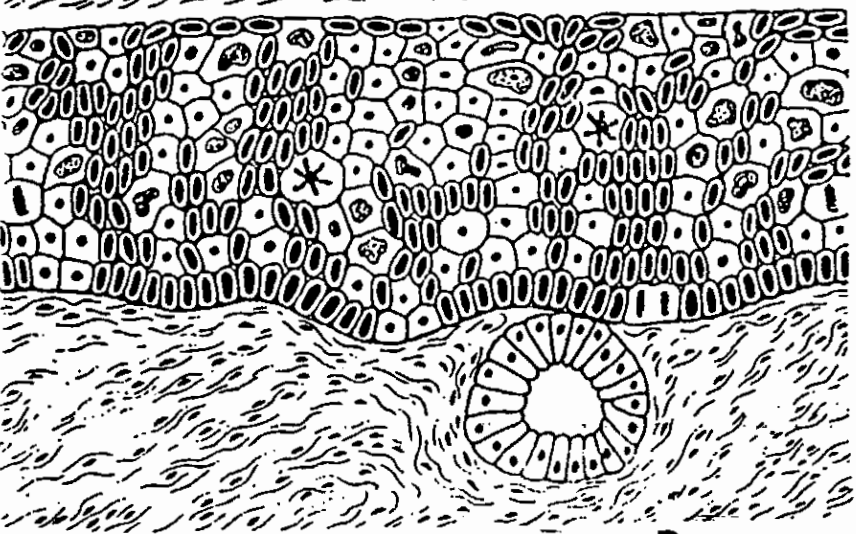




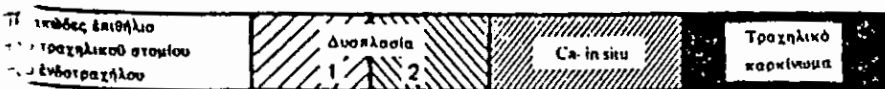
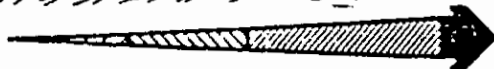
Μέτρια δυσπλασία  
Μεμονωμένες μιτώσεις και δυσκαριωτικά κύτταρα στην επιφανειακή στιβάδα.



Θαυρά δυσπλασία.  
Πάχυνση της βασικής στιβάδας και προσεκβολές της στο χορίο. Αθρόες μιτώσεις, δυσκαριωτικά κύτταρα και λεπύτωση της επιφανειακής στιβάδας.



Καρκίνωμα in situ.  
Κανονική διάκριση μεταξύ επιθηλίου και στρώματος. Η κανονική όγκος δομή του επιθηλίου δεν διατηρείται. Δυσκαρίωση, μιτώσεις άθροες και άτυπα κύτταρα καταλαμβάνουν όλο το πάχος του επιθηλίου.



Σχηματική αναπαράσταση της κακοήθους εξελίξεως από το προκαρκινικό στάδιο στη δυσπλασία, στον ενδοεπιθηλιακό καρκίνο και στο διηθητικό καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας.

ή εστίες λευκοπλακίας.

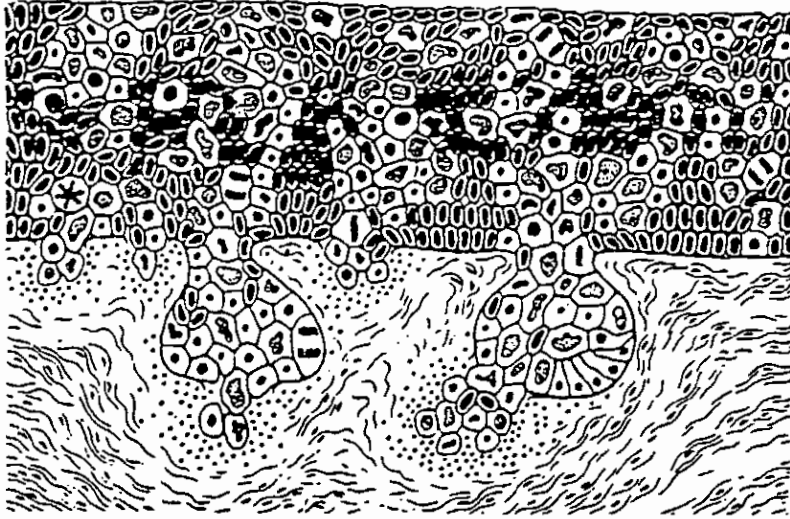
Μικροδιηθητικό καρκίνωμα. Σ' αυτό, εκτός από τις ατυπίες των κυτταρων ολόκληρου του πάχους του επιθηλίου, υπάρχουν και σε μικρή έκταση ατυπίες στην ακύτταρη βασική μεμβράνη και μικροδιηθήσεις με τη μορφή βελόνων ή σταγόνων στο υποκείμενο χόριο. Συμβαίνει σε 5 με 10% των καρκινωμάτων *in situ*. Δεν προκαλεί επίσης συμπτώματα αλλά καθώς προχωρεί η βλάβη εμφανίζονται τα κλινικά σημεία της νόσου.

Διηθητικό καρκίνωμα ή επιδερμοειδές καρκίνωμα. Σ' αυτό ο καρκίνος διήθησε τη βασική μεμβράνη και έφτασε στο μυικό στρώμα του τραχήλου και από αυτό προχώρησε με διήθηση, ή με λεμφογενή ή αιματογενή μετάσταση. Με τη λεμφική οδό τα νεοπλασματικά κύτταρα μεταφέρονται στους επιχώριους λεμφαδένες (παραμήτριους, υπογαστρικούς, έξω λαγόνιους, ιερούς) και συνήθως όσο πιο προχωρημένη είναι η τοπική αλλοίωση, τόσο περισσότερα δημιουργούνται απομακρυσμένες μεταστάσεις. Το ήπαρ είναι η πιο συνηθισμένη εντόπιση αιματογενούς διασποράς, αλλά το νεόπλασμα μπορεί επίσης να προσβάλλει τους πνεύμονες, τον εγκέφαλο, τα οστά, τα επινεφρίδια, το σπλήνα ή το πάγκρεας.

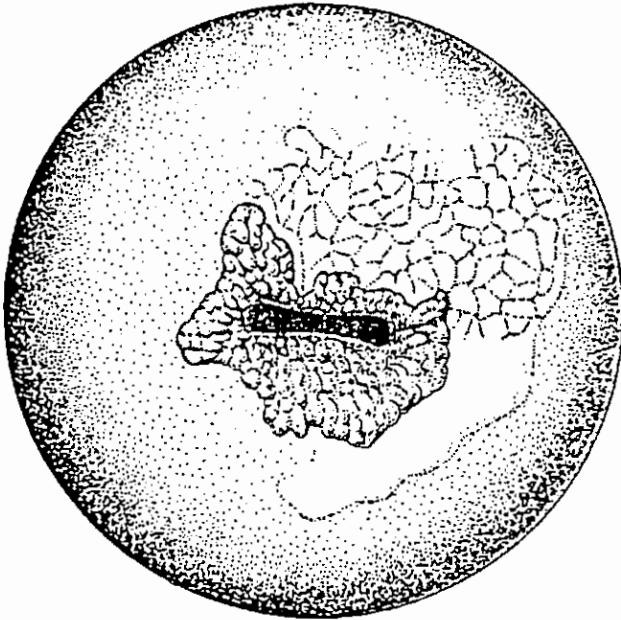
Στο διηθητικό καρκίνωμα ανάλογα με το βαθμό διαφοροποίησής του, διακρίνουμε τα κύτταρά του σε:

1) Καλά διαφοροποιημένα, δηλ. κύτταρα που ανήκουν στον πρώτο βαθμό διαφοροποίησης και που εμφανίζουν μεγάλη ποικιλομορφία, μεσοκυττάριας γέφυρες, σφαίρες κερατίνης και μιτώσεις λιγότερες από δύο.

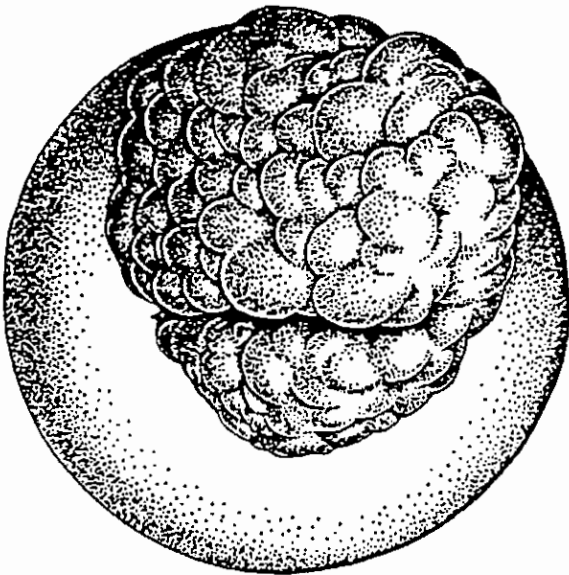
2) Μέτρια διαφοροποιημένα κύτταρα, δηλ. κύτταρα που ανήκουν



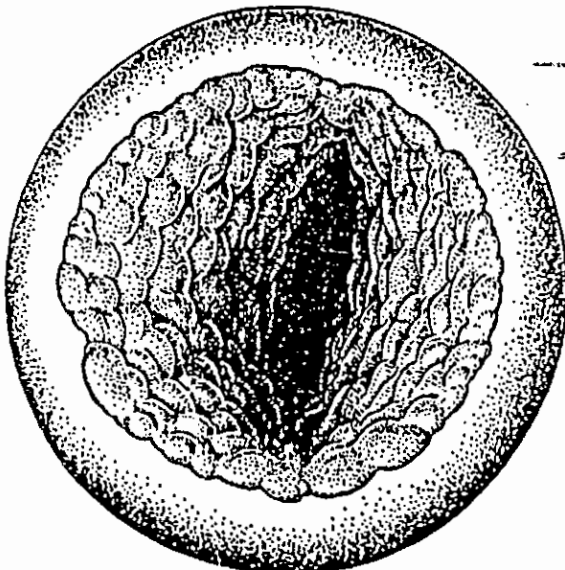
Μικροδιδυμικό καρκίνωμα. Η βασική μεμβράνη διασπάται σε διάφορα σημεία της και παρατηρείται διήθηση του στρώματος.



Κολποσκοπική ύποψη εικόνα.  
Λευκοπλακία, μωσαϊκό επίχρισμα.



Εξωφυτικό καρκίνωμα του τραχήλου της  
μήτρας.



Ενδοαφντικό καρκίνωμα του τραχήλου της  
μήτρας με σχηματισμό κρατήρα.

στο δεύτερο βαθμό διαφοροποίησης και που εμφανίζουν μέτρια ποικιλομορφία, λίγες μεσοκυττάρια γέφυρες και σφαίρες κερατίνης και 2-4 μιτώσεις.

3) Χαμηλής διαφοροποίησης, δηλ. κύτταρα, που ανήκουν στον τρίτο βαθμό διαφοροποίησης και που είναι βαθυχρωματικά, δεν έχουν μεσοκυττάρια γέφυρες και σφαίρες κερατίνης και έχουν μιτώσεις παραπάνω από 4.

Μακροσκοπικά το διηθητικό καρκίνωμα εμφανίζεται με δύο μορφές, την εξωφυτική μορφή ή ανθοκραμβοειδή, που μοιάζει με κουλουπίδι και την ελκώδη μορφή με μορφή συνήθως ανωμάλου 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 κοιλικοί θόλοι μπορεί να προσβληθούν στη συνέχεια από την επέκταση της διήθησης. Έκτεταμένη παραμπτρική διήθηση από το διηθητικό νεόπλασμα μπορεί να σχηματίσει μια πζώδη πάχυνση των ιερομπτρικών και βασικών συνδέσμων της μήτρας, που συνοδεύεται με απώλεια της ευκινησίας και καθήλωση του τραχήλου και της μήτρας.

Αδενοκαρκίνωμα. Αποτελεί περίπου το 5% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας και δεν διαφέρει σε τίποτα, στην εντόπιση, στη διασπορά και στην ευαισθησία στην ακτινοβολία, από το καρκίνωμα με πλακώδη επιθήλια. Εξορμάται από το κυλινδρικό επιθήλιο του τραχήλου και αποτελείται από υψηλά κυλιωδρικά κύτταρα, εκκριτικά, συγκεντρωμένα σε αδενωματώδεις σχηματισμούς με λίγο στρώμα. Ταξινομείται σε καλής διαφοροποίησης, μέτριας και χα-

μηλής. Το μεγαλύτερο πρόβλημα για τον παθολογοανατόμο είναι η διάκριση του πρωτοπαθούς τραχηλικού αδενωκαρκινώματος, από την επέκταση καρκινώματος του ενδομητρίου προς τον τράχηλο. Λιγότερο συχνό είναι το αδενοκαρκίνωμα από υπολλείμματα του μεσενεφρικού πόρου του Wolff μέσα στον τράχηλο.

Πολλές παθολογοανατομικές βλάβες του τραχήλου μοιάζουν με τον καρκίνο. Τέτοιες καταστάσεις είναι το ταχηλικό εκτρόπιο, η οξεία και η χρόνια τραχηλίτιδα, τα κονδυλώματα, η τραχηλική φυματίωση, η εξέλκωση από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (σύφιλη).

#### ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Τα συμπτώματα της νόσου εξαρτώνται από τη μορφή και τα στάδια εξέλιξης του καρκίνου.

- 1) Στις δυσπλασίες, στο προδιηθητικό και στο μικροδιηθητικό καρκίνωμα, δεν υπάρχουν συμπτώματα.
- 2) Στο διηθητικό καρκίνωμα στην αρχή υπάρχει κολπική υπερέκκριση, πυώδης ή αιματηρή, και σταγονοειδής αιμορραγία μετά από συνουσία ή κολπική πλύση.
- 3) Σε προχωρημένα στάδια η καρκινική διήθηση μπορεί να προκαλέσει μονόπλευρο πόνο που αντανακλάται στο σύστοιχο ισχίο ή μηρό, μητρορραγίες, αναιμία, αιματοουρία, απώλεια βάρους και αδυναμία. Και σε περισσότερο προχωρημένα στάδια, συμπτώματα πίεσης από διήθηση, δηλαδή οιδήματα των σκελών από φλεβική ή λεμφική έμφραξη, πνευμονεφρίτιδα, έμφραξη του ουρητήρα και υδρονέφρωση, στην οποία οφείλεται τις περισσότερες φορές ο θάνατος.

- Η μητρορραγία είναι το πιο συχνό κλινικό σύμπτωμα και εμφανίζεται μεταξύ των εμμήνων ρύσεων, οι οποίες δεν αλλάζουν

χαρακτήρα. Μπορεί να έχει τη μορφή της αιματηρής κολπικής έκκρισης, σταγονοειδούς αιμόρροιας ή μεγάλης αιμορραγίας η οποία μπορεί να προκαλέσει και θάνατο. Κατά τη λήψη του ιστορικού πρέπει να ερωτάται η γυναίκα για αιμορραγία μετά από συνουσία, γιατί συχνά εκδηλώνεται μετά από συνουσία, σταματά απότομα και επανεμφανίζεται μετά από αρκετές μέρες.

- Η κολπική υπερέκκριση είναι συχνό συνοδό σύμπτωμα. Συνήθως (στα 2/3 των περιπτώσεων), συνυπάρχει με την αιμόρροια. Σε σπάνιες περιπτώσεις προηγείται αυτής. Στα αρχικά στάδια είναι ελαφρού βαθμού και το έκκριμα είναι λεπτόρευστο χωρίς ιδιαίτερα δυσάρεστη οσμή. Το χρώμα του μπορεί να είναι κιτρινωπό ή καφέ, ανάλογα με την πρόσμιξη ή όχι αίμα. Δεν υπάρχει κνησμός.

Όταν ο όγκος είναι μεγάλος ή έχει υποστεί νέκρωση, η κολπική έκκριση είναι δύσοσμη εξαιτίας της δράσης των μικροβίων. Στην προχωρημένη νόσο, η κολπική υπερέκκριση είναι σταθερή, εντονότερη και πολύ δύσοσμη.

Πρέπει να τονιστεί, ότι τα παραπάνω συμπτώματα, μπορεί να παρουσιαστούν σε κάθε αιμορραγική τραχηλίτιδα.

- Η διήθηση των πυελικών λεμφογαγγλίων συνοδεύεται με πειστικά φαινόμενα στο φλεβικό πλέγμα, με αποτέλεσμα οίδημα στα σκέλη και συμπτώματα απόφραξης ουρητήρων, που εμφανίζονται κλινικά ως υδρονέφρωση ή πυελονεφρίτιδα. Τα πυελικά λεμφογάγγλια που προσβάλλονται διακρίνονται σε πέντε ομάδες:

1) παραορτικά, 2) της κοινής λαγονίου, 3) του θυροειδούς νεύρου, 4) της έσω λαγονίου, 5) της έξω λαγονίου που υποδιαιρούνται σε τρεις αλυσίδες γαγγλίων, την έξω, τη μέση και την έσω.

- Η επέκταση της νόσου στα παραμήτρια προκαλεί πόνο στην περιοχή των νεφρών, επίσης απόφραξη των ουρητήρων και υδρονέφρωση. Η προσβολή της ουροδόχου κύστης και του εντέρου προκαλεί πόνο κατά την ούρηση και την αφόδευση, καθώς και την ανάπτυξη κυστεοκολπικών και ορθοκολπικών συριγγίων. Η πρώτη έν-

δειξη για την προσβολή της ουροδόχου κύστης είναι το φουσαλιδώδες οίδημα που γίνεται αντιληπτό στην κυστεοσκόπηση, ενώ αργότερα μπορεί να παρουσιαστεί και αιματοουρία.

- Στις προχωρημένες καταστάσεις συνήθως εμφανίζεται πυελικός πόνος συχνά μονόπλευρος, που ακτινοβολεί στο σύστοιχο ισχίο ή το μηρό. Οφείλεται στην απόφραξη των λεμφαγγείων, στη φλεγμονώδη αντίδραση των ιστών και κυρίως στη διήθηση των γαγγλίων και των νευρικών πλεγμάτων της πυέλου. Εντοπίζεται συνήθως στην περιοχή του ιερού οστού η και χαμηλότερα και δεν ελαττώνεται με την ανάπαυση. Η προσβολή του ισχιακού νεύρου μπορεί να προκαλέσει ισχιαλγία ενώ εκείνη του θυροειδούς νεύρου, άλγος στην έσω επιφάνεια του μηρού.

- Απώλεια ούρων και κοπράνων είναι σημείο σχηματισμού συριγγίων. Σημαντική απώλεια βάρους και αναιμία είναι χαρακτηριστικά των τελευταίων σταδίων της πάθησης, αν οξεία απώλεια αίματος και αναιμία μπορεί να συμβεί ακόμη σε ελκώδη καρκίνο και στο στάδιο I.

Ο θάνατος προκαλείται συχνότερα από ουραιμία ή σπανιότερα από λοίμωξη, αιμορραγία ή γενικευμένη καρκινωματώδη καχεξία. Χαρακτηριστικό εύρημα στις ασθενείς που πεθαίνουν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, είναι η διαπίστωση ότι η νόσος παραμένει εντοπισμένη στην πυέλο σε ποσοστό 50-60%, γεγονός που σπάνια παρατηρείται σε άλλα είδη καρκίνου. Αυτό το χαρακτηριστικό εύρημα αποτελεί και ιδιομορφία της νόσου. Μια ιδιομορφία που ενθαρρύνει την προσπάθεια για την όσο το δυνατό δυναμικότερη αντιμετώπισή της.



## Δ ι ά γ ν ω σ η

Η τοπογραφική θέση που έχει ο τράχηλος της μήτρας, τον κάνει εύκολο στον έλεγχο του. Για τον έλεγχο του λοιπόν θα προβούμε στις ακόλουθες εξετάσεις:

- Επισκόπηση. Αν πρόκειται για δυσπλασία του τραχήλου, δεν θα βρούμε τίποτε, 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. Γενικά, σε πρώιμα στάδια ο καρκίνος μοιάζει με τραχηλίτιδα.

Σε προχωρημένα στάδια η βλάβη κάνει την εμφάνισή της με τη μορφή της ψευτοδιάβρωσης, ανώμαλης εξέσκωσης 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. Η ψευτοδιάβρωση, η εξέλκωση και η εξωφυτική του μορφή εύκολα αιμορραγούν και όσο προχωρεί η διήθηση, οι ιστοί γίνονται περισσότερο εύθρυπτοι και αιμορραγούν περισσότερο.

- Ψηλάφηση. Στην αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση από τον κόλπο ή από το ορθό, θα ψηλαφήσουμε την καρκινωματώδη μάζα, όταν αυτή είναι τόσο εξωφυτική, όσο και προχωρημένη ενδοφυτική, και την περιορισμένης κινητικότητας μήτρα, γιατί καθηλώθηκε από τη διήθηση.

- Εργαστηριακό έλεγχο. Αυτός περιλαμβάνει:

- 1) Τον κυτταρολογικό έλεγχο των επιχρισμάτων με τη μέθοδο Παπανικολάου σε ασυμπτωματικό στάδιο.
- 2) Τον έλεγχο για την ανεύρεση καρκινοεμβρυικού αντι-

γόνου, γιατί αυτό βρέθηκε στον ορό του αίματος σε περίπτωση καρκίνου, ανεξάρτητα από το στάδιό του. Τον ίδιο έλεγχο μπορούμε να κάνουμε, για να ελέγξουμε τα θεραπευτικά μας αποτελέσματα, γιατί σε περίπτωση υποτροπής της πάθησης, αυτό επανεμφανίζεται.

3) Τον έλεγχο του νεοπλασματικού αντιγόνου TA4, που βρίσκεται ραδιοανοσολογικά στα καρκινικά κύτταρα του πλακώδους επιθηλίου.

- Άλλες μέθοδοι. Αυτές είναι:

- 1) Η κολποτραχηλοσκόπηση ύστερα από δοκιμασία Shiller.
- 2) Η κυστεοσκόπηση, που σε περίπτωση προσβολής της ουροδόχου κύστης, θα βρούμε φυσαλιδώδες οίδημα.
- 3) Η πρωκτοσκόπηση, όταν υπάρχουν συμπτώματα από το ορθό.
- 4) Η λεμφαδενο-λεμφαγγειογραφία, για να εκτιμήσουμε την έκταση της πάθησης.
- 5) Ο ακτινολογικός έλεγχος του θώρακα, της σπονδυλικής στήλης και της πυέλου, για την ανεύρεση μεταστάσεων.
- 6) Η υπερηχογράφηση και η αξονική τομογραφία για την εκτίμηση της έκτασης της πάθησης.

- Επεμβάσεις. Αυτές είναι:

- 1) Η ιστοληψία του τραχήλου από σημεία που θα αντιπροσωπεύουν τα 4 τεταρτημόριά του.
- 2) Η κωνοειδής εκτομή του τραχήλου μετά από διαγνωστική απόξεση του ενδομητρίου.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθούμε περισσότερο εκτεταμένα και περισσότερο αναλυτικά σε μερικές από αυτές τις μεθόδους διάγνωσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Κυτταρολογικός έλεγχος του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Κυτταρολογικός έλεγχος του τραχήλου είναι η διαγνωστική μέθοδος που στηρίζεται στην αποφολίδωση των κυττάρων της κολπικής μοίρας του τραχήλου και του ενδοτραχήλου. Εκτελείται μετά από λήψη, χρώση, και μελέτη των επιχρισμάτων, για τη διάγνωση δυσπλασιών του ή για τη διάγνωση καρκίνου. Τη μέθοδο επινόησε ο Γ. Παπανικολάου. Για ακριβέστερο διαγνωστικό αποτέλεσμα παίρνουμε τρία επιχρίσματα: Κολπικό, εξωτραχηλικό και ενδοτραχηλικό. Εκτός από τα παραπάνω επιχρίσματα είναι δυνατόν να πάρουμε και ενδομητρίαίο.

Ο έλεγχος των επιχρισμάτων του τραχήλου δεν εκτελείται μόνο σε περιπτώσεις βλάβης του, αλλά και προληπτικά σε κάθε γυναίκα, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένες, για την έγκαιρη ανακάλυψη του καρκίνου που για χρόνια παραμένει σε ανιχνεύσιμο κυτταρολογικά στάδιο. Ο κυτταρολογικός έλεγχος των επιχρισμάτων του τραχήλου δεν αποτελεί διαγνωστική αλλά ανιχνευτική μέθοδο. Η διάγνωση θα γίνει ύστερα από ιστολογία της πάσχουσας περιοχής. Μόνο η ύπαρξη σωρών καρκινωματοδών κυττάρων μπορεί να διαγνώσει καρκίνο του τραχήλου. Αλλά και τότε, ο ιστολογικός έλεγχος είναι απαραίτητος.

Τα ευρήματα από τον κυτταρολογικό έλεγχο των επιχρισμάτων του τραχήλου της μήτρας μπορούν να εκτιμηθούν ως; Φλεγμονή, υπερκεράτωση, πλακώδη μεταπλασία, δυσκαρίωση, μη διηθητικό πλακώδες καρκίνωμα, διηθητικό πλακώδες καρκίνωμα, αδenoκαρκίνωμα.

Για την ευκολότερη ερμηνεία των τραχηλικών επιχρισμάτων ο Γ. Παπανικολάου τα ταξιόηησε σε πέντε κατηγορίες:

- 1) Σ'αυτή τα κύτταρα είναι φυσιολογικά.

- II) Σ' αυτή τα κύτταρα είναι άτυπα, αλλά χωρίς χαρακτηριστικές κακοήθειας (φλεγμονώδη).
- III) Σ' αυτή τα κύτταρα εμφανίζουν πυρηνική ατυπία ή ασαφείς χαρακτήρες κακοήθειας (όπως τα κύτταρα που έχουμε στη δυσκαρίωση).
- IV) Σ' αυτή τα κύτταρα έχουν χαρακτηριστικές αλλοιώσεις κακοήθειας και είναι σκόρπια.
- V) Σ' αυτή τα κύτταρα έχουν χαρακτηριστικές αλλοιώσεις κακοήθειας και βρίσκονται κατά σωρούς.

Επειδή, όπως προαναφέραμε, ο κυτταρολογικός έλεγχος του τραχήλου αποτελεί ανιχνευτική και όχι διαγνωστική μέθοδο, σε περίπτωση που τα επιχρίσματα καταταγούν στις κατηγορίες III, IV και V, είμαστε υποχρεωμένοι να προβούμε σε ιστολογία της πάσχουσας περιοχής, ύστερα από εντόπισή της με τη δοκιμασία Shiller.

Σε διηθητική βλάβη, σε συχνότητα 4-6%, είναι δυνατό το επίχρισμα να είναι ψεύτικα αρνητικό, γιατί υπάρχουν πολλά φλεγμονώδη κύτταρα.

#### Δοκιμασία Shiller.

Η δοκιμασία Shiller είναι η διαγνωστική μέθοδος, με την οποία εντοπίζεται σημείο παθολογικής βλάβης του τραχήλου, προκειμένου να προβούμε σε ιστολογικό του έλεγχο, και στηρίζεται στην ιδιότητα των παθολογικών κυττάρων να μην ανασυνθέτουν το γαλακτικό οξύ σε γλυκογόνο.

Η δοκιμασία βγαίνει θετική σε περιπτώσεις καρκίνου, εκτοπίας, λευκοπλακίας, παρουσίας ωαρίων του Naboth κ.λ.π.. Σε κάθε θετική περίπτωση απαιτείται ιστολογία της πάσχουσας περιοχής.

### Ιστοληψία τραχήλου μήτρας.

Ιστοληψία τραχήλου μήτρας είναι διαγνωστική επέμβαση, που μας επιτρέπει τον ιστολογικό έλεγχο παθήσεών του.

Μετά από προετοιμασία της εξεταζόμενης, όπως σε κάθε κολπική επέμβαση, και χωρίς γενική αναισθησία σε όλες τις περιπτώσεις, τοποθετείται μπροσκόπιο ή κολποδιαστολεις, συλλαμβάνεται ο τράχηλος με μονοδοντωτές λαβίδες στην 3η και 9η ώρα, ώστε να αποκαλυφθεί όλη η ενδοκολπική του μοίρα, και με ειδική λαβίδα ιστοληψίας ή νυστέρι κόβουμε τεμάχια από την ύποπτη περιοχή, που επισημάναμε με τη δοκιμασία Shiller.

Αν συμβεί αιμορραγία κατά την εκτέλεση της ιστοληψίας, προβαίνουμε σε ηλεκτροκαυτηρίαση της αιμορραγούσας επιφάνειας ή τη ράββουμε με ζωικά ράμματα. Τα τεμάχια του τραχήλου τοποθετούνται σε διάλυση φορμόλης και αποστέλλονται στο εργαστήριο για ιστολογικό έλεγχο.

Η ιστοληψία τραχήλου έχει τις ακόλουθες ενδείξεις:

- Σε κάθε περίπτωση παθολογικής αλλοίωσής του.
- Σε κάθε περίπτωση που ο κυτταρολογικός έλεγχος του τραχήλου απέδειξε την ύπαρξη ύποπτων καρκινικών κυττάρων. Παθήσεις, που δυνατόν να διαγνωστούν με την ιστοληψία του τραχήλου, είναι ο καρκίνος του και διάφορες μορφές φλεγμονής του, όπως η ελκωτική, η διαβρωτική τραχηλίτιδα κ.λ.π..

Την κολποτραχηλοσκόπηση εκτελούμε:

α) Όταν το τραχηλικό επίχρισμα είναι ύποπτο, δηλαδή εμφανίζει ατυπίες κακοήθειας, και μάλιστα στη διάρκεια της κύησης.

β) Όταν υπάρχουν δυσπλαστικές αλλοιώσεις του κόλπου και του τραχήλου.

γ) Όταν προηγήθηκε ριζική χειρουργική θεραπεία για καρκίνο και θέλουμε να ελέγξουμε το κολπικό κολόβωμα.

δ) Όταν προηγήθηκε ακτινοβολία και θέλουμε να ελέγξουμε το αποτέλεσμα της.

ε) Όταν υπάρχει κολπική αδένωση στο σύνδρομο της διαιθυλοστυλβοιστρόλης.

στ) Όταν θέλουμε να εντοπίσουμε κολπική ή τραχηλική βλάβη, για να προβούμε σε ιστολογικό έλεγχο της ύστερα από ιστοληψία

ζ) Σε κάθε περίπτωση γυναικολογικής εξέτασης μετά την επισκόπηση του κόλπου και του τραχήλου, για ακριβέστερο έλεγχο του επιθηλίου τους.

Τα ευρήματά της κολπο-τραχηλοσκόπησης έχουν σχέση με τη μορφολογία των επιθηλιακών κυττάρων και με τη διάταξη των αγγείων του χορίου και αφορούν τις ακόλουθες καταστάσεις: Φυσιολογικά ευρήματα, πλακώδης μεταπλασία, ζώνη μετάπτωσης, ωάρια Naboth, λευκοπλάκια, διάστιξη, μωσαικό, άτυπη αγγείωση, εκτοπία. Εκτός από τα παραπάνω ευρήματα, που ανάλογα με την έκτασή τους και την έντασή τους προσδιορίζουν το βαθμό της βλάβης, στην κολποτραχηλοσκόπηση είναι δυνατόν να παρατηρήσουμε και τις ακόλουθες παθολογικές καταστάσεις: Κολπίτιδες, διαβήτη, φυματίωση, σύφιλη, διφθερίτιδα, καρκίνο (Αυτός μπορεί να διαγνωστεί σε συχνότητα 90%).

Η κολποτραχηλοσκόπηση αποτελεί συμπληρωματική διαγνωστική μέθοδο και εντοπίζει τη βλάβη για ιστοληψία της, γιατί μόνο αυτή επιβεβαιώνει τη διάγνωση.

### Κολπο-τραχηλομικροσκόπηση

Η κολπο-τραχηλομικροσκόπηση είναι διαγνωστική μέθοδος παρόμοια με την κολπο-τραχηλοσκόπηση. Η μόνο διαφορά είναι ότι ο έλεγχος εδώ γίνεται κάτω από μικροσκοπική και όχι απλή μεγέθυνση. Αντί του τραχηλοσκοπίου του Hinselmann, έχουμε το τραχηλομικροσκόπιο που διαφέρει στο ότι η μεγέθυνση που προσφέρει είναι μεγαλύτερη όπως αυτή του μικροσκοπίου

Οι ενδείξεις της κολπο-τραχηλομικροσκόπησης είναι σχεδόν ίδιες με της κολποτραχηλοσκόπησης με τη διαφορά, πως δεν μπορεί να αποτελέσει συμπληρωματική μέθοδο επισκόπησης αλλά ειδικότερη, εκτελούμενη από έμπειρους διαγνώστες των τραχηλικών αλλοιώσεων.

Τα ευρήματα της κολπο-τραχηλομικροσκόπησης εκτιμούνται όπως και κολπο-τραχηλοσκόπησης και θεωρούνται περισσότερο αξιόπιστα, γιατί αυτή η πρώτη αποτελεί μέθοδο που βρίσκεται ανάμεσα στην κολπο-τραχηλοσκόπηση και τον ιστολογικό έλεγχο της βλάβης.

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ - ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Ανάλογα με το βαθμό διήθησης, που θα εκτιμήσουμε από τις εξετάσεις, που προαναφέραμε, ταξινομούμε τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας στα ακόλουθα στάδια, σύμφωνα με απόφαση της Διεθνούς Ομοσπονδίας Γυναικολόγων Μαιευτήρων (FIGO).

### - Στάδιο 0.

Σ' αυτό ανήκει ο προδιηθητικός ή ενδοεπιθηλιακός ή προκλινικός καρκίνος ή *in situ* καρκίνωμα. Ο καρκίνος στο στάδιο αυτό βρίσκεται μέσα στο επιθήλιο και δεν πέρασε τη βασική μεμβράνη του τραχήλου.

### - Στάδιο Ia

Σ' αυτό υπάρχει μικρή διήθηση του στρώματος του τραχήλου (μικροκαρκίνωμα).

### - Στάδιο Ib

Σ' αυτό ο καρκίνος εντοπίζεται μέσα στον τράχηλο.

### - Στάδιο IIa

Σ' αυτό ο καρκίνος έχει προσβάλλει και το πάνω τριτημόριο του κόλπου.

### - Στάδιο IIβ

Σ' αυτό ο καρκίνος έχει διηθήσει τα παραμήτρια, αλλά δεν έφτασε μέχρι τα πυελικά τοιχώματα.

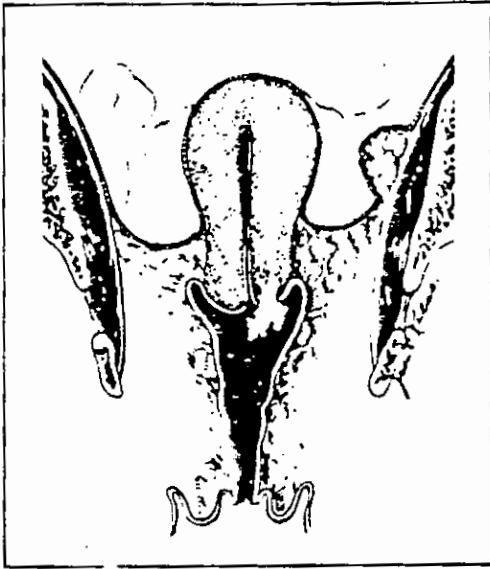
### - Στάδιο III

Σ' αυτό ο καρκίνος διηθήσει τα πυελικά τοιχώματα και το κάτω τριτημόριο του κόλπου.

### - Στάδιο IV

Σ' αυτό ο καρκίνος διηθήσει την ουροδόχο κύστη και το ορθό και επεκτάθηκε σε όργανα που βρίσκονται έξω από την πύελο.

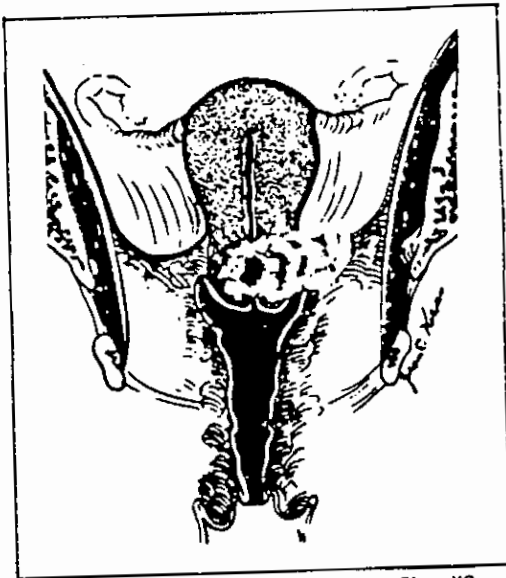




Καρκίνος τραχήλου σταδίου Ib.  
Ο καρκίνος περιαρρίζεται μόνο στον τραχήλο της μήτρας.



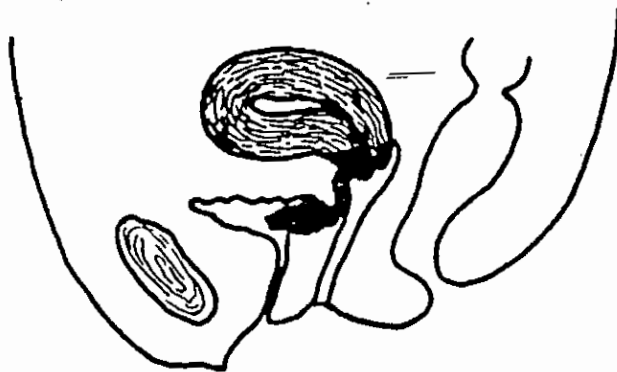
Καρκίνος τραχήλου σταδίου IIa.  
Το άνω τρίτο του κόλπου είναι προσβεβλημένο από τη νόσο.



Καρκίνος τραχήλου σταδίου IIb.  
Το αριστερό παραμήτριο είναι προσβεβλημένο κοντά στον τραχήλο.



Καρκίνος τραχήλου σταδίου III.  
Το δεξιό παραμήτριο είναι προσβεβλημένο με καρκίνο μέχρι το πυελικό τοίχωμα.



Καρκίνος του τραχήλου. Στάδιο IV.  
Το καρκίνωμα έχει προσβάλλει το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα και την κύστη.

---

**Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο**

**Δ**

---

## Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Η θεραπεία του καρκίνου είναι προληπτική, χειρουργική, με ακτινοβολίες, με χημειοθεραπευτικά φάρμακα και παρηγορητική.

Επίμαχο θέμα των γυναικολόγων αποτελεί η διαφορά απόψεων στην προτίμηση της εγχείρησης ή της ακτινοβολίας.

Οι θιασώτες της εγχειρητικής αντιμετώπισης ισχυρίζονται, πως :

- 1) Ορισμένοι καρκίνοι είναι ακτινοάαντοχοι.
- 2) Μετά την ακτινοβολία εμφανίζονται υποτροπές.
- 3) Η ακτινοβολία δεν θεραπεύει τις μεταστάσεις στους λεμφαδένες.
- 4) Με την εγχείρηση μπορούν να διατηρηθούν οι ωθήκες στις νέες γυναίκες.
- 5) Με την ακτινοβολία διαταράσσεται η λειτουργικότητα του κόλπου και η συνουσία γίνεται δύσκολη.
- 6) Προκαλούνται ακτινικές βλάβες.
- 7) Με την εγχείρηση η γυναίκα δεν γνωρίζει τις περισσότερες φορές το είδος της πάθησής της, ενώ η εκτέλεση ακτινοβολιών επιβεβαιώνει την κακοήθεια της πάθησής της.

Οι θιασώτες της ακτινοθεραπείας ισχυρίζονταν πως :

- 1) Το πρόβλημα της ακτινοαντοχής ξεπερνιέται με τη χρησιμοποίηση ακτινοβολίας υψηλής ενέργειας.
- 2) Οι υποτροπές οφείλονται στην ανάπτυξη νέων καρκίνων.
- 3) Σε πολλές περιπτώσεις σήμερα ελέγχονται ακτινοθεραπευτικά και οι λεμφαδένες.

- 4) Οι ακτινικές βλάβες εξαρτώνται από την πείρα του ακτινοθεραπευτή.
- 5) Δεν υπάρχει άμεση θνησιμότητα όπως μπορεί να συμβεί μετά από εγχείρηση.
- 6) Μπορεί να εκτελεστεί σε όλες τις περιπτώσεις ενώ όλοι οι άρρωστοι δεν μπορούν να χειρουργηθούν.
- 7) Ακτινοθεραπεία γίνεται και σε σπητικές καταστάσεις.

Ανάμεσα στους θιασώτες των δύο απόψεων πιστεύουμε, ότι η σωστότερη είναι εκείνη που την κάθε περίπτωση του καρκίνου του τραχήλου διαφορετική. Δηλαδή, η αντιμετώπιση του είναι εξατομικευμένη. Και πρέπει να είναι εξατομικευμένη, γιατί δεν έχει σχέση μόνο με την έκταση της βλάβης και την ηλικία της γυναίκας, αλλά και με τη γενική κατάσταση του οργανισμού της, με την επιθυμία της να διατηρήσει τα όργανα του γεννητικού της συστήματος με τα οποία έχει συνδέσει τη θηλυκότητά της, με την πείρα και τη χειρουργική δεξιότητα του γιατρού, που θα εκτελέσει την εγχείρηση, και με την οργάνωση του χώρου μέσα στον οποίο θα την αποφασίσει.

#### Π ρ ο λ η π τ ι κ ή

Η προληπτική θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στις ημέρες μας αποτελεί βήμα προόδου στην αντιμετώπισή του. Αφού δεν υπάρχει τρόπος να προφυλαχτούμε από αυτόν, προς το παρόν, θα αρκεστούμε στην όσο γίνεται έγκαιρη διάγνωση του.

Η συμβολή του αείμνηστου συμπατριώτη μας Γ. Παπανικόλαου, του θεμελιωτή της αποφολιδωτικής κυτταρολογίας, στην ανίχνευση του καρκίνου σε στάδια, που εξασφαλίζουν ίαση, υπήρξε μεγάλη. Ο έλεγχος των επιχρισμάτων του τραχήλου κατέβασε αισθητά τη

συχνότητα εκτέλεσης μεγάλων εγχειρήσεων και ανέβασε το ποσοστό επιβίωσης. Σ' όλα τα μέρη του κόσμου υπάρχουν κέντρα αποφολιδωτικής κυτταρολογίας. Και στη χώρα μας ένας κυτταρολογικός έλεγχος είναι εύκολος και προσιτός σε κάθε βαλάντιο. Απομένει η διαφώτιση του κοινού στη σημασία της προληπτικής εξέτασης. Και αυτό δεν είναι χρέος μόνο του γιατρού, της μαίας, της νοσηλεύτριας, είναι χρέος και των αρμόδιων υπηρεσιών του κράτους.

"Κάθε καρκίνος, που αφήνεται να σκοτώσει την άρρωστη, πρέπει να θεωρείται σαν αποτυχία των υπεύθυνων και μομφή για το επίπεδο του πολιτισμού" αναφέρει ο Fergel.

## Χεϊρουργική

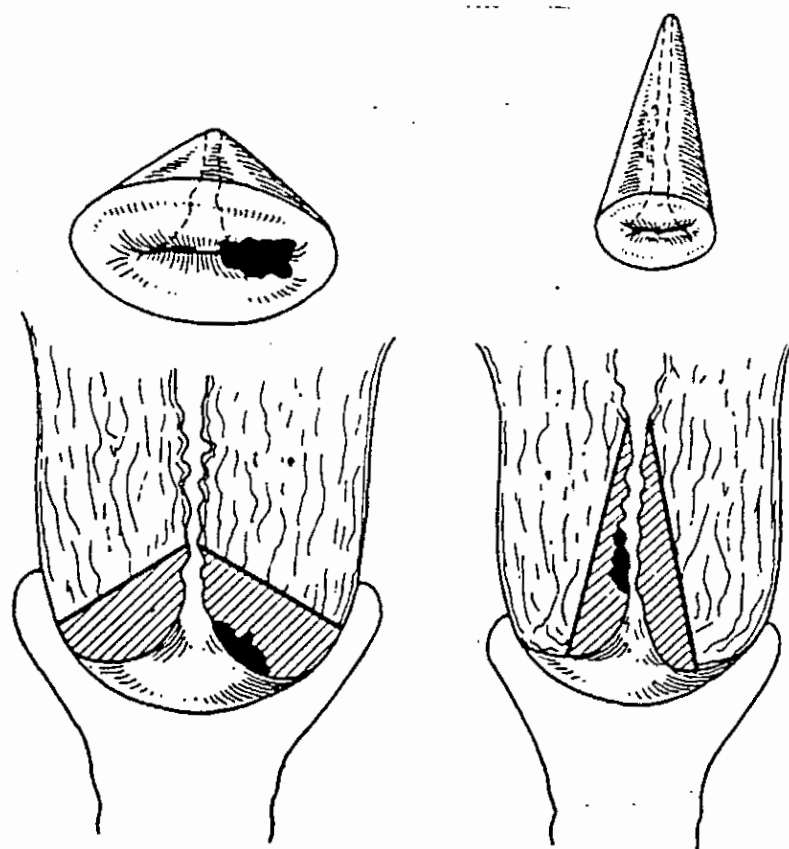
Η χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει:

1) Κωνοειδή εκτομή του τραχήλου. Αυτή θα την εκτελέσουμε σε βαριά δυσπλασία του επιθηλίου του τραχήλου και στο καρκίνωμα *in situ* σε νέες γυναίκες, για να μην τις στερήσουμε από τη μήτρα τους. Η κωνοειδής-εκτομή επιβάλλει, όχι μόνο την εξαίρεση του τμήματος της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου, αλλά και του ενδοτραχηλικού βλεννογόνου. Μετά την επένβαση πρέπει να εκτελείται απόξεση του ενδομητρίου για τον έλεγχο του.

Αν ο ιστολογικός έλεγχος του εγχειρητικού παρασκευάσματος αποδείξει, πως η διήθηση δεν πέρασε τη βασική μεμβράνη, τότε η επέμβαση κρίνεται ικανοποιητική και απομένει η κάθε 3-6 μήνες παρακολούθηση της αρρώστου με κυτταρολογικό έλεγχο για πέντε χρόνια.

Επειδή η κωνοειδής εκτομή με νυστέρι προκαλεί αιμορραγία, στις ημέρες μας χρησιμοποιούμε ακτίνες laser, γιατί με αυτές η εκτομή είναι εύκολη και αναίμακτη.

2) Κρυοπηξία. Αυτή προτιμάται στις ίδιες περιπτώσεις όπου και η κωνοειδής εκτομή, δηλ. στη βαριά δυσπλασία και στο καρκίνωμα *in situ* σε νέες γυναίκες, γιατί προξενεί λιγότερη βλάβη, δεν παραβλάπτει την αναπαραγωγή, όσο η κωνοειδής εκτομή, και δεν απαιτεί αναισθησία. Η κρυοπηξία την καταστροφή ζωντανών ιστών με τοπική κατάψυξη. Μειονέκτημά της είναι ότι δεν εξαιρείται με αυτή τεμάχιο ιστού για ιστολογικό έλεγχο, όπως στην κωνοειδή εκτομή και πως πρέπει να γίνεται μόνο όταν είμαστε βέβαιοι ότι το καρκίνωμα είναι *in situ*. Η παρακολούθηση της αρρώστης με κυτταρολογικό έλεγχο είναι απαραίτητη.



Τεχνική κωνοειδοῦς ἐκτομῆς τοῦ τραχήλου. Τὸ σχῆμα καὶ οἱ διαστάσεις τοῦ κώνου ἐξαρτῶνται ἀπὸ τὸ σημεῖο μεταπτώσεως τοῦ κυλίνδρου στὸ πλακῶδες ἐπιθήλιο. Σὲ νεώτερες γυναῖκες ἔχει πλατύτερη βάση καὶ εἶναι πιὸ ἐπιφανειακὴ τομῆ, ἐνῶ στὶς μεγαλύτερες ἔχει μικρότερη βάση ἀλλὰ πρέπει νὰ περιλαμβάνει περισσότερο ἴστος ἀπὸ τὴν τραχηλικὴ κοιλότητα μέχρι τὸ ἔσω στόμιο.

Στο διηθητικό καρκίνωμα δεν προσφέρει θεραπευτικά η κρυσταλλοποίηση. Μόνο σε ανευχείρητες καταστάσεις μπορούμε να τη χρησιμοποιήσουμε, για να σταματήσουμε αιμορραγία και για να ανακουφίσουμε την άρρωστη. Η κρυσταλλοποίηση από τους περισσότερους αποφεύγεται και προτιμάται η σφηνοειδής εκτομή σαν περισσότερο ασφαλής.

3) Απλή υστερεκτομία. Αυτή εκτελείται:

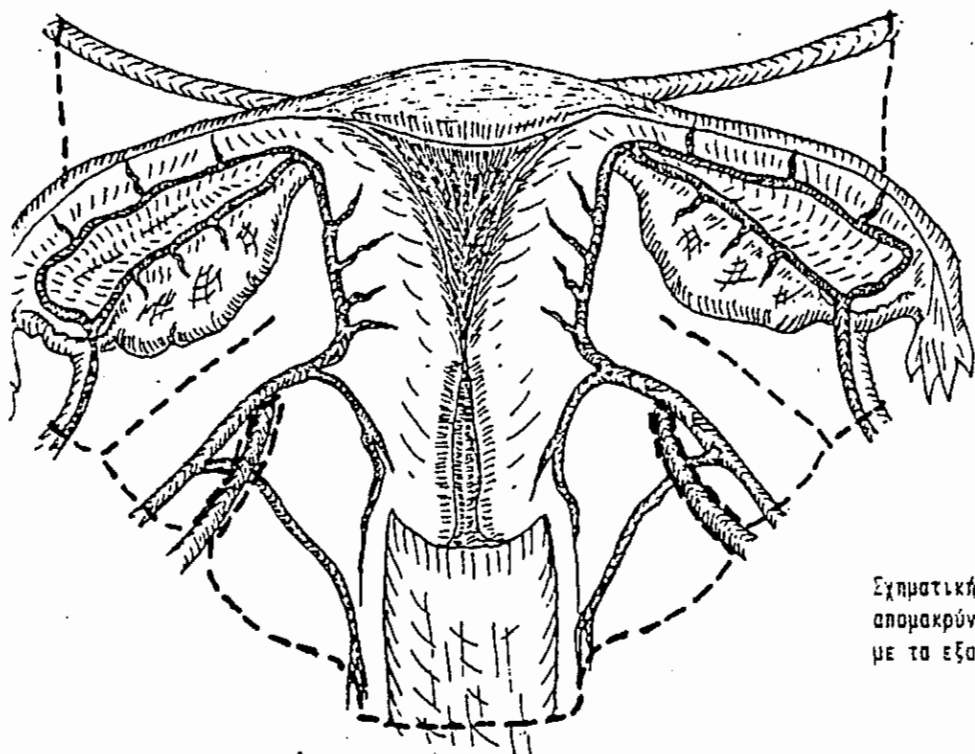
α) Σε νέες γυναίκες, που γέννησαν, στο καρκίνωμα *in situ*, για το φόβο της εγκατάλειψης των μικρών εστιών διηθητικού καρκινώματος, που βρίσκεται σε ψηλότερο σημείο από το μέρος της ιστοληψίας και γιατί η στέρση μήτρας δεν προκαλεί σε αυτές τόσο ψυχολογικά προβλήματα όσο σε όσες δεν γέννησαν ακόμη.

β) Σε ηλικιωμένες γυναίκες, στο καρκίνωμα *in situ* και στο στάδιο Ια, πρώτα γιατί οι μεταστάσεις σπανίζουν, κι ύστερα για να τις απαλλάξουμε από το άγχος της συχνής παρακολούθησης. Επίσης, εύκολα θα την αποφασίσουμε σε αυτές, που εμφανίζουν χαλάρωση του κόλπου και πρόπτωση της μήτρας. Στις περιπτώσεις αυτές προτιμούμε την κοιλιακή υστερεκτομία.

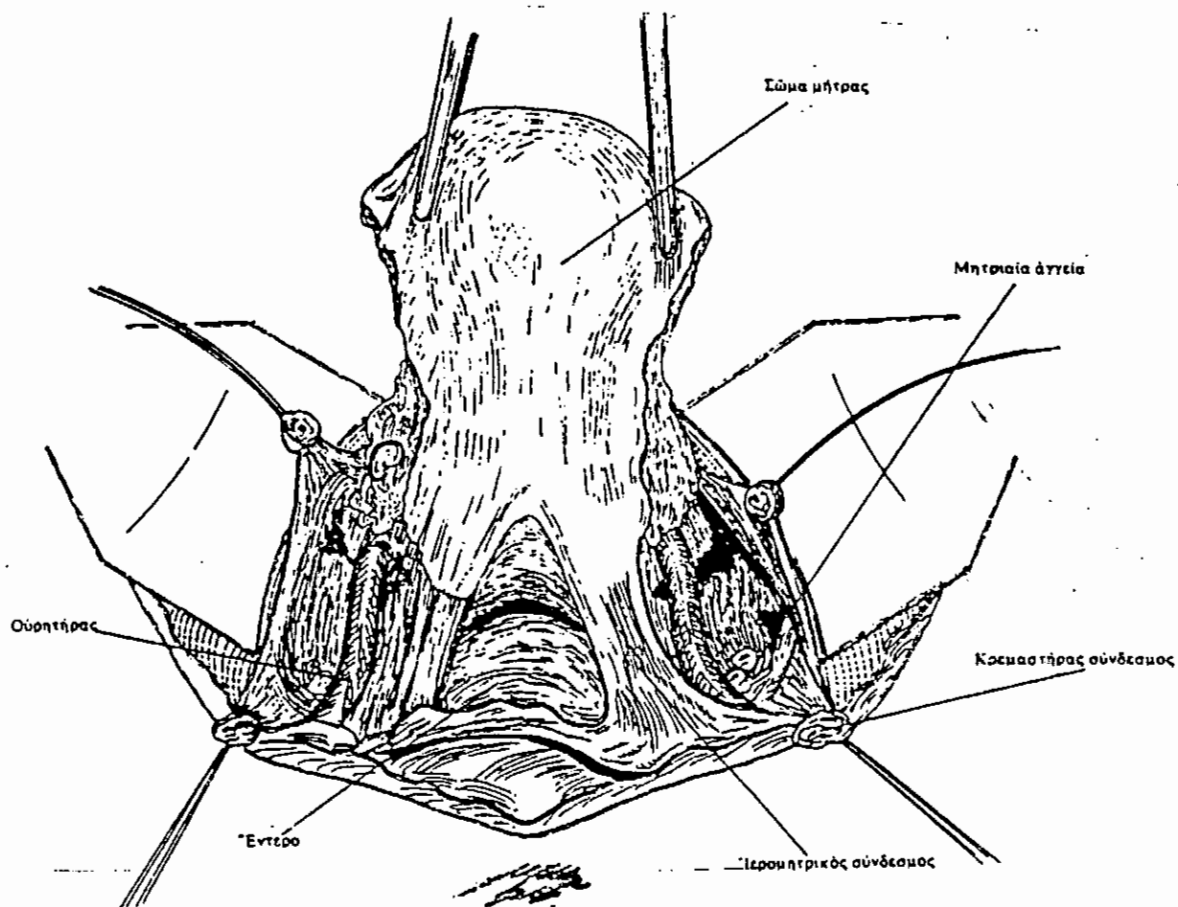
Αν η γυναίκα είναι κάτω των 38 ετών, μπορούμε να διατηρήσουμε τις ωοθήκες.

γ) Ριζική υστερεκτομία. Αυτή θα την εκτελέσουμε στα στάδια Ι και ΙΙ, όταν η έχει ελεύθερη από μεταστάσεις την ουροδόχο κύστη, ελεύθερο το ορθό, ελεύθερους τους ουρητήρες και τους πνεύμονες και όταν η γενική της κατάσταση το επιτρέπει. Όταν όμως εμφανίζεται επιβάρυνση από άλλη πάθηση (καρδιοπάθεια, διαβήτη) ή είναι παχύσαρκη, τότε δεν συνιστάται και προτιμάται η ακτινοθεραπεία.





Σχηματική αναπαράσταση των ιστών που απομακρύνονται με τη ριζική υστερεκτομία με τα εξαρτήματα.



Ριζική ολική υστερεκτομία με τα εξαρτήματα. Εγχειρητικό παρασκεύασμα σε προχωρημένο στάδιο της εγχείρησης λίγο πριν από την απομάκρυνση της μήτρας από το χειρουργικό πεδίο.

Η ριζική υστερεκτομία είναι κοιλιακή (Wertheim) ή κολπική (Schauta) και αποβλέπει στην εξαίρεση της μήτρας μαζί με τους παραμήτριους ιστούς, χωρίς όμως ευρύτερη λεμφαδενεκτομία. Στις νέες γυναίκες μπορούμε να διατηρήσουμε τις ωοθήκες, γιατί ο καρκίνος του τραχήλου σπάνια κάνει μεταστάσεις στο στάδιο I και II. Επιπλοκές της επέμβασης αποτελούν το ουρητηροκολπικό συρίγγιο, από τραυματισμό και νέκρωση του ουρητήρα λόγω απα-  
γείωσής του.

5) Υπερριζική υστερεκτομία. Αυτή θα την εκτελέσουμε στο στάδιο I και II του καρκίνου με σκοπό, μαζί με τον παραμήτριο ιστό, να περιλάβουμε στην εξαίρεση και τους ιστούς, που βρίσκονται στην περιοχή του θυροειδούς νεύρου και αυτών που καλύπτουν τα τοιχώματα της πυέλου και του ανελκτήρα μη του πρωκτού τους παρακυστικούς, παρακολπικούς και παραορθικούς ιστούς και την εξαίρεση, τουλάχιστον, του ανώτερου τριτημορίου του κόλπου. Στο εγχειρητικό παρασκεύασμα πρέπει να αναζητήσουμε την ύπαρξη, τουλάχιστον, 20 λεμφαδένων, για να πούμε πως εγχείρηση ήταν υπερριζική.

Αν ο ακριβής ανατομικός καθορισμός της ριζικότητας της εγχείρησης δεν είναι εύκολο να προσδιοριστεί, η εγχείρηση προτιμάται από αυτούς που πιστεύουν πως, ύστερα από ριζική υστερεκτομία, η επιβίωση μετά πενταετία είναι μεγαλύτερη από την επιβίωση της συνηθισμένης ριζικής υστερεκτομίας (50% και 60% αντίστοιχα).

Η ριζική και περισσότερο η υπερριζική υστερεκτομία απαιτούν πείρα και εγχειρητική ικανότητα από μέρους του χειρουργού γιατί οι επιπλοκές κατά την εγχείρηση και μετά από αυτή είναι σοβαρές.

6) Εξεντέρωση. Αν ο όρος στα ελληνικά δεν αποδίδει την πραγματικότητα, αυτός χρησιμοποιείται για να δηλώσει την εγχείρηση που εκτελούμε στο III και IV στάδιο του καρκίνου του τραχήλου, για να πετύχουμε την εκκένωση της πυέλου από τα όργανά της με συνεξαίρεση της ουροδόχου κύστης και του σιγμοειδούς, τη δημιουργία τεχνητής ουροδόχου κύστης και μόνιμης παρά φύσιν έδρας.

Η εξεντέρωση αποτελεί τολμηρή εγχείρηση, που την πρότεινε ο Brunschwing και που έχει άμεση θνησιμότητα 20%. Τη διακρίνουμε σε πρόσθια (εξαίρεση της μήτρας, του κόλπου και της ουροδόχου κύστης και εμφύτευση των ουρητήρων στο έντερο), σε οπίσθια (εξαίρεση της μήτρας, του κόλπου, του απευθυσμένου και κολοστομία) και σε ολική (εξαίρεση της μήτρας του κόλπου, της κύστης και του απευθυσμένου, εμφύτευση των ουρητήρων στο έντερο και κολοστομία).

Τέλος, εγχείρηση απαράδεκτη για την αναφορά της σε σύγγραμμα γυναικολογίας, αποτελεί η ημισωματεκτομιά, που εκτελείται σε απελπιστικές καταστάσεις και συνίσταται στον αποχωρισμό του σώματος από την πυέλο και κάτω και δημιουργία νέας ουροδόχου κύστης από εντερική έλικα και μόνιμης παρά φύσιν έδρας.

Η χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου απαιτεί ορθή προεγχειρητική εκτίμηση του σταδίου, στο οποίο βρίσκεται. Και μεγάλης πείρας γυναικολόγοι, είναι δυνατόν να αποτύχουν σε μια τέτοια εκτίμηση σε συχνότητα 30%. Η πραγματική εκτίμηση του σταδίου γίνεται μόνο κατά την εκτέλεση της εγχείρησης. Πριν από την εγχείρηση απαιτείται πάντα, όπως και σε κάθε μεγάλη εγχείρηση, έλεγχος όλων των συστημάτων και ιδιαίτερα του κυκλοφορικού, του αναπνευστικού και του ουροποιητικού.

Τους υπέρμαχους των μεγάλων εγχειρήσεων αντικρούουν οι συντηρητικότεροι με το επιχείρημα , πως εκθέτουν την άρρωστη σε εγχειρητικούς, χωρίς να είναι βέβαιη η ολοκληρωτική εξαίρεση των λεμφαδένων.

Στην εποχή μας, οι μεγάλες εγχειρήσεις όλο και παραχωρούν τη θέση τους στις συντηρητικότερες.

## Α κ τ ι ν ο β ο λ ί α

Αυτή εφαρμόζεται μόνο, όταν υπάρχουν λεμφαδενικές μεταστάσεις και συνίσταται στην ακτινοβολήση συνδυασμού υπερδυναμικής ακτινοβολίας και ενδοκοιλοτικής ακτινοβολίας.

Όταν η ακτινοβολία περνάει το σώμα με τη μορφή ηλεκτρονίων ή φωτονίων, καταστρέφει τα καρκινωματώδη προκαλώντας στην αρχή υπεραιμία και ύστερα ενδοθηλίτιδα και ινοποίηση, μετά από τρεις μήνες περίπου. Όσο μεγαλύτερη ανοξυγοναιμία έχει ένας όγκος, τόσο περισσότερο ακτινοάντοχος γίνεται.

Πριν από την ακτινοθεραπεία πρέπει να προετοιμαστεί η άρρωστη ψυχολογικά, για να διορθώσουμε την αναιμία της και να θεραπεύσουμε τοπικές φλεγμονές. Σηπτικές καταστάσεις αυξάνουν την ανοξυγοναιμία των ιστών. Πρέπει να προηγηθεί έλεγχος για μεταστάσεις στους νεφρούς, στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, στην πύελο κ.λ.π..

Η ακτινοβολία διακρίνεται σε ενδοκοιλοτική, εξωτερική και συνδυασμένη εφαρμόζεται προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά.

1) Ενδοκοιλοτική. Αυτή γίνεται με την εφαρμογή κυλίνδρων ή βελόνων ή σφαιριδδίων από πλατίνη ή κράμα Movel, που περιέχουν ραδιενεργό ισότοπο (κοβάλτιο, καίσιο κ.λ.π.) στον κόλπο, στον τράχηλο ή στη μήτρα. Η τοποθέτηση γίνεται με τις παρακάτω μεθόδους:

α) Μέθοδος Παρισίων. Σ' αυτή χρησιμοποιούμε πηγές μικρής έντασης, αλλά για περισσότερο χρόνο (120 συνεχείς ώρες). Σήμερα δεν προτιμάται.

β) Μέθοδος Στοκχόλμης. Σ' αυτή χρησιμοποιούμε πηγές μεγάλης έντασης, αλλά για μικρότερο χρονικό διάστημα (20-30 ώρες). Εκτελείται 2-3 φορές με μεσοδιαστήματα 1-2 εβδομάδων.

γ) Μέθοδος Manchester. Σ' αυτή καθορίζονται δυό σημεία αναφοράς μέσα στη μικρή πύελο. Το σημείο Α, που βρίσκεται 2εκ. πλάγια από τον άξονα του αυλού του τραχήλου και 2εκ. πάνω από τον πλάγιο βόλο του κόλπου. Το σημείο Β που βρίσκεται 3εκ. πλάγια από το σημείο Α, δηλαδή 5εκ. έξω από τον άξονα του αυλού του τραχήλου.

Η δόση που χορηγείται στο σημείο Α ανέρχεται σε 7.000 - 8.000 rads και στο σημείο Β 2.000 - 2.500 rads. Οι εφαρμογές ανέρχονται σε 2 - 3, η κάθε μια διαρκεί 72 περίπου ώρες και το χρονικό διάστημα, που περνάει από τη μια ως την άλλη είναι 3 μέρες ως μια εβδομάδα. Rad είναι η δόση, που απορροφάται από τμήμα του ιστού και είναι ίση με 100 ergs ενέργειας ανά γραμμάριο ιστού.

2) Εξωτερική. Η εξωτερική ακτινοθεραπεία συστήνεται, είτε για να συμπληρώσει την ενδοκολπική, είτε για να αποτελέσει τη συνέχεια της εγχείρησης, είτε σε προχωρημένες καταστάσεις για την ανακούφιση της άρρωστης. Η ημερήσια δόση ανοχής των ιστών εμφανίζει ποικιλία από άτομο σε άτομο και κυμαίνεται σε 100 - 200 = 250 rads. Συνολική δόση 5.000 - 7.000 rads.

3) Ενδοκοιλοτική - Εξωτερική. Ο συνδυασμός αυτός της ακτινοθεραπείας αποτελεί μέθοδο εκλογής, όταν έλαβε χώρα εγχείρηση και ο τρόπος εκτέλεσής της εξαρτάται από τις προτιμήσεις του θεραπευτικού κέντρου.

4) Προεγχειρητική. Αυτή προτιμάται από ορισμένους γυναικολόγους, γιατί περιορίζει τη διήθηση και η εγχείρηση γίνεται καλύτερα και γιατί είναι αποτελεσματικότερη, επειδή υπάρχει αιμάτωση του όγκου. Επίσης, γιατί μειώνει τον κίνδυνο μόλυνσης όταν η βλάβη νεκρώθηκε, και γιατί περιορίζει την ικανότη-

τα των νεοπλασματικών κυττάρων να αναπτυχθούν στο χειρουργικό πεδίο, όταν πέσουν τεμάχια καρκινικού ιστού.

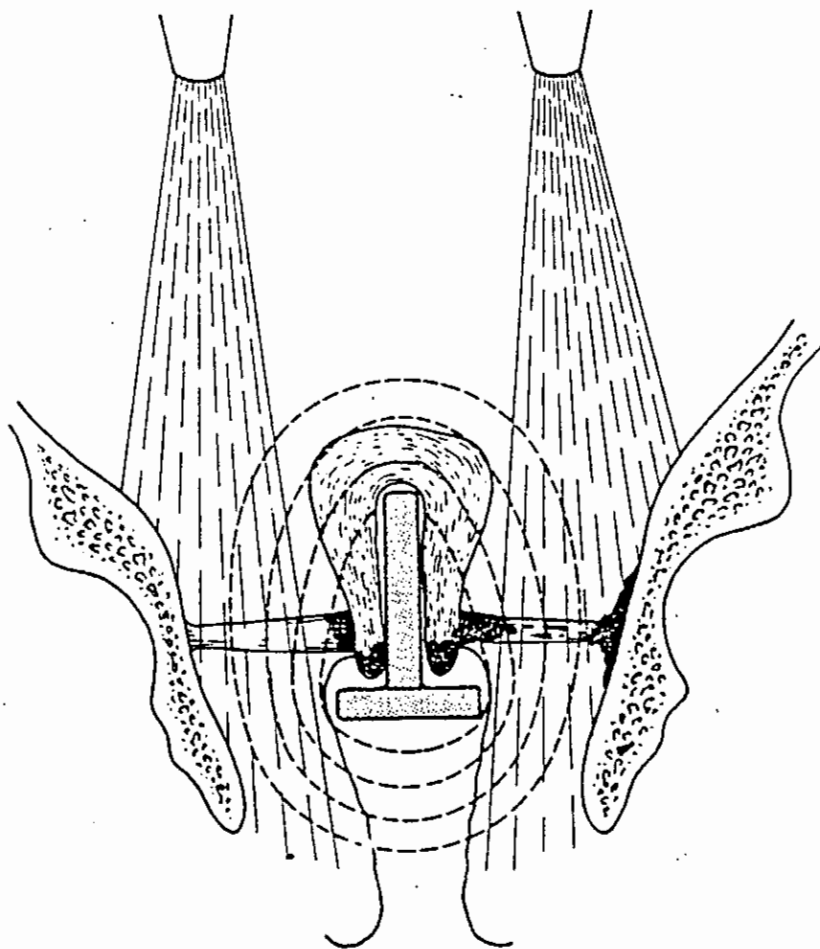
Είναι όμως δυνατό η προεγχειρητική ακτινοβολία να επηρεάσει τους ιστούς και να δυσκολέψει την εγχείρηση και την επώλωση τραύματος, γιατί αναπτύχθηκε ινώδης ιστός, και να δημιουργήσει σιρίγγια. Πολλοί προτιμάνε την ενδοκοιλοτική ακτινοβολία και μετά 4 εβδομάδες την εκτέσση της εγχείρησης.

5) Μετεγχειρητική. Αυτή ουστήνεται με τη σκέψη της καταστροφής των καρκινικών υπολειμμάτων που δεν εξαθρέθηκαν με την εγχείρηση. Έτσι, το ποσοστό επιβίωσης ανεβαίνει.

Η ακτινοθεραπεία δεν είναι άμοιρη επιπλοκών. Αυτές δια-  
γονται σε άμεσες και απώτερες:

Οι άμεσες επιπλοκές εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας, είναι παροδικές και δεν οδηγούν σε μόνιμες βλάβες. Τέτοιες είναι ο πυρετός, οι δερματικές αντιδράσεις, οι κυστίτιδες, οι διάρροιες, η στείρωση.

Οι απώτερες επιπλοκές εμφανίζονται μέσα σε 6 -24 μήνες και αφορούν στη στένωση του κόλπου, σε βλάβες του λεπτού εντέρου και σε ορθοκολπικά συρίγγια. Οι βελτιωμένες τεχνικές της εποχής μας προστατεύουν την άρρωστη από τέτοιες επιπλοκές.



Ραδιοθεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.  
Σχηματική αναπαράσταση τοπικής και εξωτερικής ακτινοβολίας. Η τοπική  
θεραπεία επιτρέπει ακτινοβολία του πρωτοπαθούς όγκου και της γύρω  
από αυτόν περιοχής. Οι πιθανές διηθήσεις στον πύελο ακτινοβολούνται  
με εξωτερική ακτινοβολία.



### Χημειοθεραπεία

Όταν δεν μπορούμε να βοηθήσουμε την άρρωστη με εγχείρηση και ακτινοθεραπεία, καταλήγουμε στην χημειοθεραπεία κάτω από έλεγχο των λευκών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων.

Τα αντικαρκινικά φάρμακα, που χρησιμοποιούμε, είναι παράγωγα του αζωθιπερίτη, όπως η κυκλοφωσφαμίδη (cytoxan, endoxan) και η σαρκολυσίνη (alkeran) για το αδενοκαρκίνωμα του τραχήλου το αλκαλοειδές βινκριστίνη (oncovin), τα αντιβιοτικά αδριαμυκίνη, για τις υποτροπές, η μπλεομυκίνη (bleoxan), για το επιδερμοειδές καρκίνωμα και η απλή χημική ουσία υδροξουρία, που μοιάζει με την ουρία και προάγει τη ραδιευαισθησία.

Τελευταία προτιμάται η χορήγηση του cisplatinum, μόνου ή συνδυασμένου με άλλα αντικαρκινικά φάρμακα, η bleomycin (5 mg την ημέρα για μια εβδομάδα), η mitomycin (20 mg την επόμενη μέρα μετά τη χορήγηση της bleomycin), η doxorubicin και η methotrexate.

Η θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου αποτελεί έργο ομαδικό, του χειρουργού - γυναικολόγου, του χημειοθεραπευτή και του παθολογοανατόμου.

### Παρηγορητική θεραπεία

Όταν η εγχείρηση, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία δεν προλαβαίνουν τον καρκίνο και ο θάνατος της άρρωστης είναι αναπόφευκτος, πριν από αυτόν μπορούμε να ανακουφίσουμε αυτήν από τους πόνους, που προέρχονται από την τοπική διήθηση, που έπιασε το ιερό πλέγμα, και από οσφυϊκή που έπιασε το οσφυϊκό πλέγμα.

Για την καταπολέμηση του πόνου:

- 1) Χορηγούμε παυσίπονα, που κάποτε γίνονται ανεκτά από τον οργανισμό της άρρωστης και όλο πρέπει να μεγαλώνουμε τη δόση τους.
- 2) Χορηγούμε ενδοραχιαία τη φαινόλη.
- 3) Εκτελούμε προσβιοπλάγια χορδοτομία στο ύψος του Θ4 για την κατάργηση ετερόπλευρου πόνου.
- 4) Εκτελούμε αμφοτερόπλευρη χορδοτομία σε αμφοτερόπλευρους πόνους, αλλά αυτή διαταράσσει τη λειτουργία της ουροδόχου κύστεως και του εντέρου και προκαλεί ατονία των κάτω άκρων.
- 5) Εκτελούμε οπίσθια ριζοτομία, που προκαλεί απώλεια της λειτουργικότητας των κάτω άκρων.

Η κατάργηση του πόνου στις ημέρες μας αντιμετωπίζεται σε ειδικές "κλινικές του πόνου", που ανακουφίζουν αισθητά την άρρωστη.

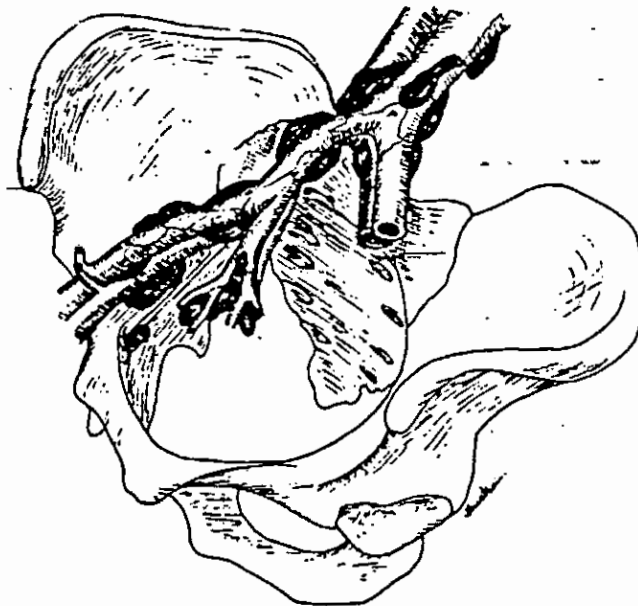
### ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Ο καρκίνος του τραχήλου, όταν είναι στο προδιηθητικό του στάδιο, όπως αναφέραμε, είναι δυνατό να παραμείνει για πολλά χρόνια. Όταν όμως πάρει διηθητικό χαρακτήρα, τότε εύκολα κάνει μεταστάσεις. Αυτές γίνονται είτε με άμεση διήθηση των ιστών, είτε με τη λεμφική οδό, είτε με την αιματική οδό, και όχι τόσο με τις αρτηρίες όσο με τις φλέβες.

Με τη λεμφική οδό οι μεταστάσεις αφορούν στους επιχώριους λεμφαδένες, δηλ. στους παραμήτριους, υπογαστρικούς, λαγόνιους και ιερούς. Ειδικότερα οι λεμφαδένες που προσβάλλονται είναι της εξωτερικής λαγόνιας αρτηρίας, που έχει τρεις αλυσίδες (εσωτερική, μέση και εξωτερική), της έσω λαγόνιας, της κοινής λαγόνιας, του θυροειδούς νεύρου και οι παραορτικοί λεμφαδένες. Συνήθως όσο πιο προχωρημένη είναι η τοπική αλλοίωση, τόσο περισσότερο δημιουργούνται απομακρυσμένες μεταστάσεις. Η πιο συνηθισμένη εντόπιση αιματογενούς διασποράς είναι το ήπαρ.

Απομακρυσμένες μεταστάσεις βρίσκουμε στους πνεύμονες, στον εγκέφαλο, στα επινεφρίδια, στο σπλήνα, στο πάγκρεας, στα οστά (σπονδυλική στήλη, πύελο, αυχένα μριαίου οστού) κ.λ.π..

Βρέθηκε πως στα Ia και Ib στάδια οι λεμφαδενικές μεταστάσεις φτάνουν το 12-15%, στα IIa και IIβ στάδια στο 25-30%, στο στάδιο III στο 35-45% και στο στάδιο IV στο 80%.



Ομάδες πυελικών λεμφογαγγλίων που προσβάλλονται με την επέκταση του καρκίνου του τραχήλου.

### Παρακολούθηση καρκινοπαθούς που θεραπεύτηκε.

Η παρακολούθηση της άρρωστης που θεραπεύεται από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, πρέπει τα δύο πρώτα χρόνια να είναι συνεχής. Αργότερα, τα χρονικά διαστήματα αραιώνουν και μετά πενταετία γίνονται ακόμη περισσότερο αραιά, γιατί οι πιθανότητες υποτροπής της πάθησης ελαττώνονται.

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

### Π ρ ό γ ν ω σ η

Αυτή δεν εξαρτάται τόσο από το βαθμό διαφοροποίησης, από τη μορφή του νεοπλάσματος και από την ηλικία της άρρωστης, όσο από το στάδιο στο οποίο βρισκόταν ο καρκίνος όταν άρχισε η θεραπεία του και από τις επιπλοκές που θα ακολουθήσουν μετά τη θεραπεία (στένωση ουρητήρα ή έμφραξη αυτού, αιμορραγία, ακτινικές νεκρώσεις κ.λ.π.).

Από πρόσφατες στατιστικές προκύπτει το συμπέρασμα, πως στο στάδιο I του καρκίνου του τραχήλου, είτε με εγχείρηση αντιμετωπιστεί, είτε με ακτινοθεραπεία, η επιβίωση μετά 5 χρόνια είναι η ίδια. Ίσως μάλιστα υπερτερεί στην ακτινοθεραπεία.

Ειδικότερα, η επιβίωση μετά 5 χρόνια:

- Στο in situ καρκίνωμα είναι 100%.
- Στο Ia στάδιο είναι 93%.
- Στο Ib στάδιο είναι 75-80%.
- Στο II στάδιο είναι 50-60%.
- Στο III στάδιο είναι 28-30%.
- Στο IV στάδιο είναι 0-5%.

Ο θάνατος στον καρκίνο του τραχήλου 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.

#### Καρκίνος τραχηλικού κολοβώματος.

Αυτός εμφανίζεται σε συχνότητα 4-8%. Αν εμφανιστεί λίγα χρόνια μετά την υφολική υστερεκτομία, η χειρουργική αντιμετώπιση είναι δύσκολη λόγω ίνωσης της περιοχής του και συμφύσεων του κολοβώματος με την κύστη και το ορθό. Σ' αυτή την περίπτωση προτιμάται η ακτινοθεραπεία. Η πρόγνωση του είναι ίδια, όπως και στον καρκίνο του τραχήλου. Πρέπει να καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια να εξαιρεθεί ο τράχηλος στις υστερεκτομίες.

#### Υποτροπή

Στον καρκίνο που ακτινοβολήθηκε, είναι δυνατό να έχουμε μέσα στον πρώτο χρόνο υποτροπή σε συχνότητα 50% και μέσα στα δύο χρόνια σε συχνότητα 75%. Η θέση της υποτροπής μπορεί να βρίσκεται στον κόλπο, στον τράχηλο, στη μήτρα που παρέμεινε, στην ουροδόχο κύστη, στο ορθό, στα πυελικά τοιχώματα, σε περιφερειακούς λεμφαδένες, στους πνεύμονες, στο έξω στόμιο της ουρήθρας κ.λ.π..

Η διάγνωση της υποτροπής στηρίζεται στα κλινικά συμπτώματα, στην απώλεια βάρους, στο άλγος, στην κολπική υπερέκκριση, στην αιμορραγία, στο οίδημα των σκελών και στις εργαστηριακές εξετάσεις. Η επιβεβαίωση της υποτροπής με ιστολογικό έλεγχο, όταν αυτή είναι σε προσιτό σημείο, είναι απαραίτητη. Σε άλλες περιπτώσεις απαιτείται η εκτέλεση κυστεοσκόπησης, πυελογραφίας, ακτινολογικού ελέγχου σπονδυλικής στήλης και θώρακα, σπινθηρογράφηματος συκωτιού, διάβασης εντέρου και τέλος ερευνητικής λαπαροσκοπίας.

Θεραπευτικά, την υποτροπή του καρκίνου την αντιμετωπίζουμε με εγχείρηση, όπου αυτή είναι εφικτή, και με ακτινοθεραπεία όπως στον καρκίνο του κάτω τριτημορίου του κόλπου ή του στομίου της ουρήθρας ή των λεμφαδενικών μεταστάσεων. Επίσης, εφαρμόζουμε χημειοθεραπεία και για την ανακούφιση της άρρωστης εγχειρήσεις, που αποβλέπουν στη διατομή των νεύρων.

#### Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και εγκυμοσύνη.

Αυτή η συνύπαρξη εμφανίζεται σε συχνότητα 0,2%. Ο έλεγχος του τραχήλου σε κάθε έγκυο είναι απαραίτητος. Η άποψη πως η εγκυμοσύνη επιβαρύνει τον καρκίνο του τραχήλου δεν είναι τεκμηριωμένη. Οι μεταστάσεις εξαρτώνται περισσότερο από τη βιολογική συμπεριφορά του, παρά από την εγκυμοσύνη.

Η συνύπαρξη καρκίνου τραχήλου και εγκυμοσύνης φέρνει σε δίλλημα το γυναικολόγο σχετικά με την αντιμετώπιση της κατάστασης. Αυτή θα κριθεί από τη μορφή του καρκίνου, από την ηλικία της γυναίκας και της εγκυμοσύνης, από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις της, από την επιθυμία της να κάνει παιδιά κ.λ.π..

Οι περισσότεροι γυναικολόγοι προτιμούν:

- 1) Στο καρκίνωμα *in situ*, την αναμονή του τοκετού και μετά τη λοχεία, την αντιμετώπισή του, όπως στις περιπτώσεις χωρίς εγκυμοσύνη.
- 2) Στο διηθητικό καρκίνωμα, όταν η γυναίκα βρίσκεται στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, την ακτινοβολία με κοβάλτιο, απόξεση της μήτρας μετά την αυτόματη διακοπή της εγκυμοσύνης και στη συνέχεια ενδοκοιλιακή εφαρμογή ραδίου.
- 3) Στο διηθητικό καρκίνωμα στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, την ακτινοβολία με ραδίο, μικρή καισαρική τομή ύστερα από λίγες μέρες, κοβαλτιοθεραπεία ύστερα από δύο εβδομάδες και νέα εφαρμογή ραδίου, ύστερα από άλλες δύο εβδομάδες.
- 4) Στο διηθητικό καρκίνωμα στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, την εκτέλεση καισαρικής τομής, ύστερα από λίγες μέρες κοβαλτιοθεραπεία και μετά από δύο εβδομάδες εφαρμογή ραδίου. Άλλοι προτιμούν την εκτέλεση ριζικής υστερεκτομίας μετά την καισαρική τομή.

---

Κ Ε Θ Α Λ Α Ι Ο

Ε'

---



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Ε ι σ α γ ω γ ή .

Ο στόχος της νοσηλευτικής φροντίδας ασθενούς με καρκίνο τραχήλου μήτρας είναι να βοηθήσει την ασθενή να διατηρήσει τις δυνάμεις της και την ακεραιότητά της και να τα χρησιμοποιήσει, για την καταπολέμηση των κακοηθών κυττάρων, να ανεχθεί τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την αρρώστια.

Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς με καρκίνο τραχήλου μήτρας αρχίζει, όπως βέβαια και κάθε ασθενούς, με την εισοδή της στο νοσοκομείο. Η ασθενής πρέπει να γίνεται δεκτή με αγάπη και αποδοχή. Αποδοχή της αρρώστου σημαίνει θερμό ενδιαφέρον γι'αυτήν χωρίς όρους, ανεξάρτητα από τη συμπεριφορά, τα αισθήματα και τις αρνητικές ή θετικές διαθέσεις του τη δεδομένη στιγμή. Η στάση και η αντιμετώπιση αυτή δημιουργεί άνετο, έμπιστο και ασφαλές διαπροσωπικό κλίμα .

Η νοσηλεύτρια πρέπει να διακρίνεται από λεπτή ευαισθησία απέναντι στον πόνο, τις ανάγκες, τα προβλήματα, τις αδυναμίες ή και τις δυνατότητες της ασθενούς τόσο πριν και μετά τη διάγνωση της ασθένειας όσο και κατά τη θεραπεία αυτής

Για την κάλυψη των αναγκών της ασθενούς, κατά την περίοδο της αναζήτησης της νόσου, διαγνώσεως και θεραπείας, προσοχή πρέπει να δοθεί:

- Στην ανάγκη της ασθενούς ως ατόμου.
- Στις ανάγκες της αρρώστιας.
- Στις ανάγκες της θεραπείας που εφαρμόζεται.
- Στις ανάγκες του αρρώστου από την επίδραση της θεραπείας.

ας στη φυσική και ψυχική κατάσταση του αρρώστου.

Για να προσφέρει η νοσηλεύτρια ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει να συνδυάζει τις γνώσεις της με την ανιδιοτελή αγάπη. Την επιστήμη με την ανθρωπιά. Την υπευθυνότητα με το χαμόγελο. Τη συνέπεια με το χαμόγελο. Τη συνέπεια με την καλή διάθεση και την υπομονή. Θα πρέπει να είναι επιστήμων μα προπάντων θα πρέπει να είναι άνθρωπος. 'Ανθρωπος με όλη την έννοια της λέξης.

Βέβαια δεν θα πρέπει ποτέ να ξεχνάμε πως η ευθύνη της νοσηλεύτριας είναι ακόμα μεγαλύτερη όταν έχει να αντιμετωπίσει μια ασθενή καταδικασμένο τις περισσότερες φορές σε θάνατο. Ευθύνη να ικανοποιήσει όσο το δυνατόν περισσότερες φυσικές και ψυχικές ανάγκες της.

Διαγνωστικός έλεγχος καρκίνου τραχήλου μήτρας και νοσηλευτική παρέμβαση.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι αναμφίβολα βασικός και ουσιώδης. Η ακριβής λήψη του ιστορικού της ασθενούς είναι σίγουρα καίριο και σημαντικό σημείο γιατί αποτελεί βήμα που θα οδηγήσει στη συνέχεια στο διαγνωστικό έλεγχο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Η νοσηλεύτρια είναι εκείνη που πριν τις διαγνωστικές εξετάσεις θα προσεγγίσει την ασθενή και με απλά και κατανοητά λόγια, αποφεύγοντας όσο είναι δυνατόν τους επιστημονικούς όρους θα της εξηγήσει τη φύση των εξετάσεων, το σκοπό και τη χρησιμότητά τους.

Επίσης στη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων βρίσκεται στο πλάι του ιατρού αλλά και του ασθενούς. Από τη μια στηρίζει τον ασθενή. Από την άλλη φροντίζει να έχει έγκαιρα ετοιμάσει τα απαραίτητα για την εξέταση υλικά και από την άλλη να τα προσφέρει την κατάλληλη στιγμή στον ιατρό, βοηθώντας τον έτσι στην εκτέλεση των εξετάσεων. Για να επιτελέσει τα καθήκοντα αυτά η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει:

- Το σκοπό της εξέτασης.
- Τον τρόπο προετοιμασίας της ασθενούς.
- Το χώρο που θα γίνει η εξέταση.
- Τα μέτρα προφύλαξης του ασθενούς αλλά και του περιβάλλοντος, κατά τη διάρκεια της εξέτασης.

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στον τρόπο με τον οποίο γίνονται ορισμένες διαγνωστικές εξετάσεις, στα υλικά που είναι α-

παραίτητα να έχει έτοιμα κάθε φορά η νοσηλεύτρια και στο ρόλο της σε κάθε μια από αυτές τις εξετάσεις.

#### Κυτταρολογική εξέταση - Test Παπανικολάου

Τα απαραίτητα για την εξέταση υλικά είναι:

- Ξύλινες σπάτουλες.
- Ειδικός στυλεός. (Μπορούν να χρησιμοποιηθούν και βαμβάκοφοροι στυλεοί ή πιπέτα μιας χρήσης)
- Αντικειμενοφόρες πλάκες.
- Μονιμοποιητικό υγρό σε μορφή ψεκασμού (Cytospray), ή στερεωτικό μαλλιών.

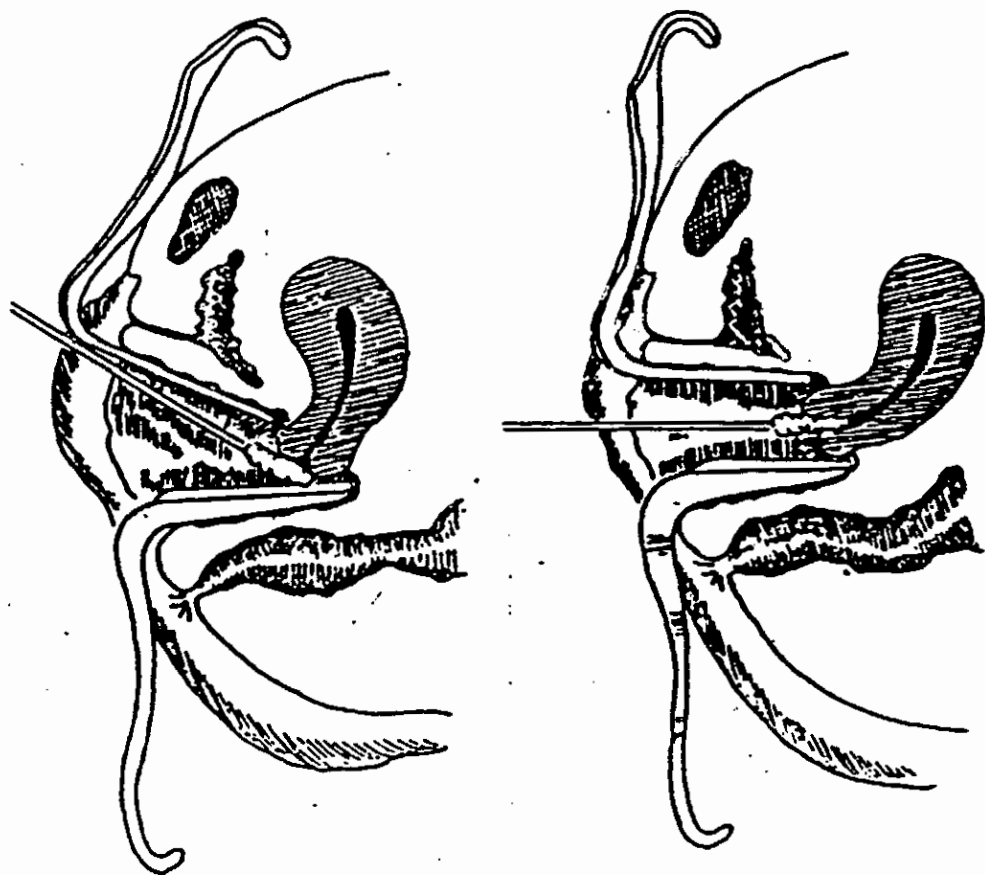
Η ασθενής έχει ήδη ενημερωθεί από τη νοσηλεύτρια για τη φύση της εξέτασης και η νοσηλεύτρια έχει επίσης φροντίσει να πληρούνται ορισμένες προϋποθέσεις όπως:

- Να μην έχει προηγηθεί πλύση του κόλπου.
- Η ασθενής να μην έχει εμμηνορρηξία.
- Οι κολποδιαστολείς να είναι στεγνοί.
- Να μην έχει προηγηθεί σεξουαλική επαφή το τελευταίο 24ωρο πριν από την εξέταση.
- Να μην έχουν τοποθετηθεί αλοιφή ή υπόθετα για τη θεραπεία κολπίτιδας.

Η ασθενής τοποθετείται στην εξεταστική κλίνη και ο κόλπος ανοίγεται με τους κολποδιαστολείς. Η νοσηλεύτρια υποδεικνύει στην ασθενή τον τρόπο που θα ξαπλώσει, την ηρεμεί και τις συνιστά να χαλαρώσει και να μην ντρέπεται.

Η νοσηλεύτρια σερβίρει το απαραίτητο υλικό.

Λαμβάνεται επίχρισμα:



Τεχνική λήψεως κολλικού ή τραχηλικού έκκρίματος για κυτταρολογική εξέταση. Ἀριστερά ἀπὸ τὸν ὀπίσθιο κολλικό θόλο καὶ δεξιὰ ἀπὸ τὸν ἐνδοτράχηλο.

- Κολπικό (από τον οπίσθιο θόλο του κόλπου), με τη βοήθεια πιπέτας.

- Επίχρισμα εξωτραχηλικό (από το μέρος της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου, που αντιστοιχεί στο εξωτερικό του στόμιο), με τη βοήθεια ξύλινης σπάτουλας.

- Ενδοτραχηλικό (από την ενδοτραχηλική κοιλότητα), με τη βοήθεια βαμβακοφόρου στυλεού.

### Δοκιμασία Ιωδίου κατά Shiller

Τα απαραίτητα υλικά για την εξέταση που πρέπει να ετοιμάσει η νοσηλεύτρια είναι:

- Διάλυμα Lugol (1% ιώδιο και 2% ιωδιούχο κάλιο).
- Μακρύς βαμβακοφόρος στυλεός.

Ο τράχηλος επαλείφεται μετά από διάνοιξη του κόλπου με κολποδιαστολείς και μετά από καθαρισμό της ενδοκολπικής μοίρας. Μετά την επάλειψη του τραχήλου με Lugol τα παθολογικά κύτταρα θα παραμείνουν άβαφα ενώ τα φυσιολογικά θα βαφούν καφεκίτρινα (σαν το χρώμα του ιωδίου που περιέχεται στο διάλυμα). Η μέθοδος στηρίζεται στην ικανότητα των παθολογικών κυττάρων να μην ανασυνθέτουν το γαλακτικό οξύ σε γλυκογόνο.

Η νοσηλεύτρια κατά τη διάρκεια της εξέτασης αυτή δεν παίρνει πολύ μεγάλο μέρος γιατί δεν υπάρχει πολύ υλικό για σερβίρισμα. Στην εξέταση αυτή, δίνεται βάρος στην ενημέρωση της ασθενούς για τη φύση της εξέτασης και στη στήριξή αυτής κατά τη διάρκεια της εξέτασης.

### Κολπο-σκόπηση

Στην εξέταση αυτή η νοσηλεύτρια φροντίζει για την ενημέρωση της ασθενούς για τη φύση της ασθένειας. Ετοιμάζει τα απαραίτητα υλικά και όργανα:

- Κολποτραχηλοσκόπιο (επινοήθηκε από το Hinselmann).
- Κολποδιαστολεις.
- Φυσιολογικός ορός (N/S 0,9%).
- Οξικό οξύ 3% ή Lugol.

Τοποθετούνται οι κολποδιαστολεις. Η περιοχή που μας ενδιαφέρει εξετάζεται αφού πρώτα η νοσηλεύτρια πλύνει με φυσιολογικό ορό. Στη συνέχεια επανεξετάζεται αφού πρώτα η νοσηλεύτρια πλύνει την περιοχή με οξικό οξύ 3% που ρευστοποιεί και καθαρίζει την τραχηλική βλέννη.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει εάν είναι δυνατόν η εξέταση να γίνει την κατάλληλη μέρα. Οι πιο ιδανικές μέρες είναι από την 8η μέχρι τη 12η μέρα του κύκλου, όταν η βλέννη είναι άφθονη και το τραχηλικό στόμιο ανοιχτό.

### Ιστοληψία του τραχήλου

Απαραίτητα για την εξέταση υλικά:

- Κολποδιαστολεις.
- Μονοδοντωτές λαβίδες.
- Ειδική λαβίδα ιστοληψίας ή νυστέρι.
- Διάλυμα φορμόλης.
- Τολύπια βάμβακος.

Η ασθενής ενημερώνεται από τη νοσηλεύτρια για τη φύση της

εξέτασης (πληροφορείται πως γίνεται χωρίς γενική αναισθησία). Τοποθετείται στην εξεταστική κλίνη, εφαρμόζονται οι κολποδιαστολείς, συλλαμβάνεται ο τράχηλος με τις μονοδοντωτές λαβίδες. Με την ειδική λαβίδα ιστοληψίας ή με νυστέρι κόβονται τεμάχια από την ύποπτη περιοχή, τοποθετούνται σε διάλυμα φορμόλης και αποστέλλονται στα εργαστήρια για εξέταση.

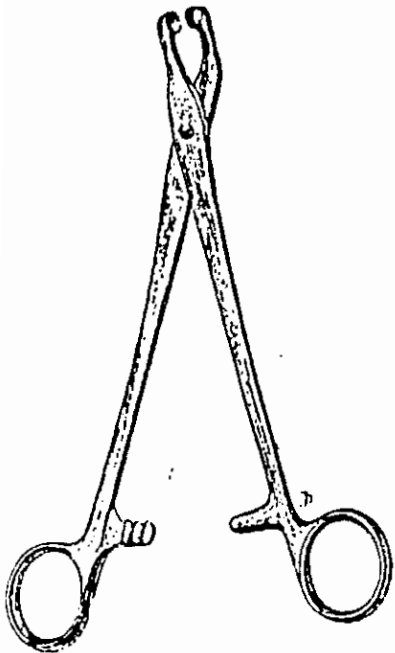
Η νοσηλεύτρια μετά τη λήξη της εξέτασης τονίζει στην ασθενή πως πρέπει να αναπαυθεί, να μην σηκώσει βάρη και να κρατήσει το ταμπόν όση ώρα της όρισε ο γιατρός. Όχι περισσότερο ούτε λιγότερο. Αν διαπιστώσει αιμορραγία ή οποιοδήποτε ανησυχητικό σύμπτωμα πρέπει να το αναφέρει αμέσως στο γιατρό.

Προσέγγιση της ασθενούς και ενημέρωσή της από τη Νοσηλεύτρια για τα αποτελέσματα του διαγνωστικού ελέγχου.

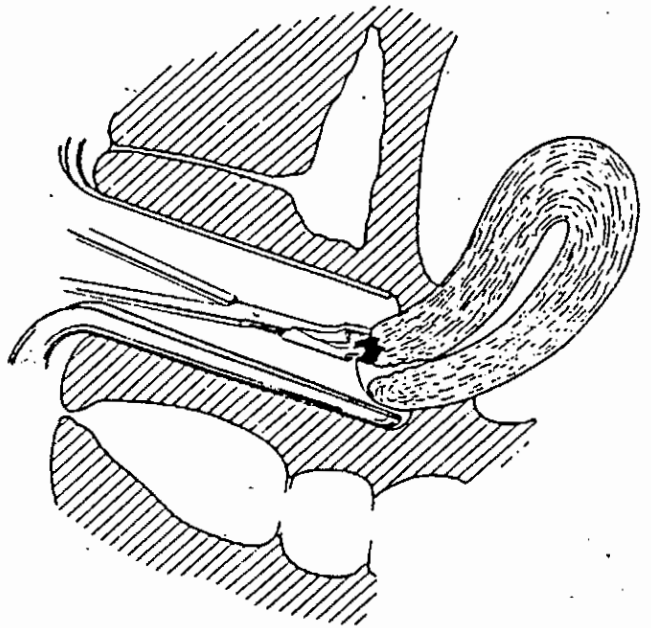
Ο ρόλος λοιπόν της νοσηλεύτριας, όπως βλέπουμε, στο διαγνωστικό έλεγχο είναι σπουδαίος. Και εξίσου σημαντικός είναι ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην απόφαση που θα παρθεί από την ομάδα που φροντίζει την ασθενή για το αν θα ενημερωθεί και πως η ασθενής ότι πάσχει από καρκίνο. Αν η νοσηλεύτρια είναι εκείνη που θα ενημερώσει την ασθενή για τα αποτελέσματα της διάγνωσης θα πρέπει να το κάνει με τρόπο πολύ προσεκτικό. Οι πληροφορίες που θα δοθούν στην ασθενή πρέπει να κατευθύνονται από συμπόνια, στοργή, κατανόηση, διακριτικότητα, λεπτότητα, ειλικρινή διάθεση και αναμφίβολα αγάπη και ενδιαφέρον.

Με τον τρόπο αυτό, την από μέρους μας δηλ. ενημέρωση της ασθενούς για την κατάστασή της θα αποφύγουμε να μάθει η ασθενής το πρόβλημά της από κάποιον που δεν θα έχει τον τρόπο, τη διακριτικότητα και τη λεπτότητα που χρειάζονται για να την ενημερώσει. Ελαχιστοποιούμε επίσης τις πιθανότητες της άρνησης

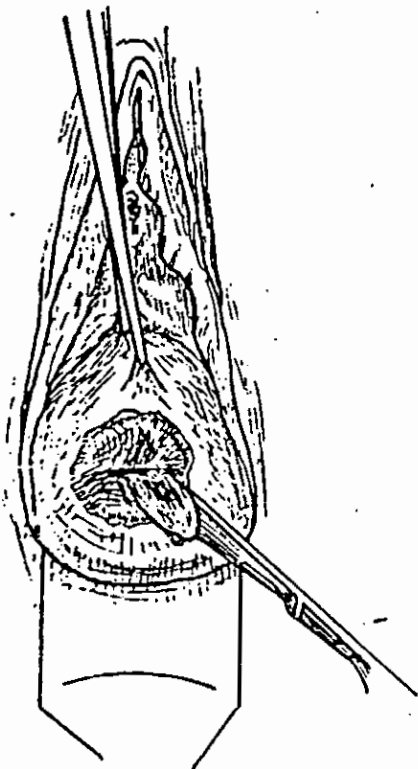




Λαβίδα Birkham για ιατομή του τραχήλου



Ειδική λαβίδα βιοψίας για τον τράχηλο της μήτρας επιτρέπει τη λήψη τεμαχίων ιστού από τις ύποπτες περιοχές χωρίς τη δημιουργία μεγάλων τραυματισμών και αιμορραγιών.



Βιοψία τραχήλου της μήτρας με νυστέρι.



Συρραφή τραυματικών χειλέων μετά από βιοψία του τραχήλου της μήτρας με νυστέρι.

να αποδεχθεί η ασθενής τη διάγνωση της αρρώστιας (συνήθης πρώτη αντίδραση μετά την ενημέρωσή του). Με την ήπια και γεμάτη αγάπη προσέγγιση της ασθενούς κερδίζουμε την εμπιστοσύνη της και αποφεύγουμε δυσάρεστες συνέπειες όπως το να αρνηθεί η ασθενής τη θεραπεία και την παρακολούθησή της από τον ιατρό.

---

**Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο**

**ΣΤ'**

---

### Νοσηλευτική φροντίδα στην ακτινοθεραπεία.

Όπως γνωρίζουμε, η ακτινοθεραπεία είναι θεραπεία δύσκολη και με πολλές παρενέργειες. Για την απόδοσή της από την ασθενή με όσο το δυνατό λιγότερο άγχος και ψυχική ένταση, είναι απαραίτητο η νοσηλεύτρια:

- Με την ενσυνείδητη αγάπη της, το ενδιαφέρον της, την κατανόησή της της θέσης της ασθενούς αλλά και τις γνώσεις της, θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στην ασθενή ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και διάθεση αποδοχής της κατάστασής της.

- Για την, μέσα σε λογικά όρια, ενημέρωση της ασθενούς, για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας.

Επίσης αρμοδιότητες και καθήκοντα της νοσηλεύτριας που νοσηλεύει ασθενή στην οποία εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία, εκτός από τη μείωση του άγχους και την ψυχολογική τόνωση της ασθενούς, είναι και οι εξής:

- Η προετοιμασία και βοήθεια της ασθενούς για τη θεραπεία.

- Η εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για την ασθενή, το περιβάλλον και τον εαυτό της.

- Η διδασκαλία της ασθενούς τι να κάνει σε κάθε περίπτωση εφαρμογής ραδιοϊσότοπου.

- Η αντιμετώπιση γενικών παρενεργειών και επιπλοκών από την ακτινοβολία, όπως οι ακόλουθες:

- α) Ακτινοδερματίτιδα. Στην περίπτωση αυτή:

- Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται.

- Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών.
- Γίνεται καθαρισμός της περιοχής με χλιαρό νερό και ουδέτερο σαπούνι.
- Μετά από ιατρική εντολή, τοποθετούνται στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές.
- Ενημερώνεται η ασθενής να μην ξαπλώνει στην περιοχή που παρουσίασε δερματίτιδα, να προστατεύεται από την ηλιακή ακτιβολία και τις υψηλές θερμοκρασίες.
- Ενθαρρύνεται η ασθενής να προτιμάει τα φαρδιά και μαλακά ρούχα που δεν ευνοούν τον ερεθισμό.

Αν η ακτινοδερματίτιδα είναι εκτεταμένη, τότε διακόπτεται η ακτινοθεραπεία για κάποιο χρονικό διάστημα.

β) Καταστολή του μυελού των οστών. Στην περίπτωση αυτή:

- Η ασθενής προστατεύεται από λοιμώξεις και τραυματισμούς.
- Επιβάλλεται ειδική προστασία της ασθενούς και συνεχής αξιολόγηση της κατάστασής της. Γίνεται συχνός αιματολογικός έλεγχος και συχνή παρακολούθηση για εμφάνιση αιμορραγιών ή λοιμώξεων ώστε να αντιμετωπισθούν έγκαιρα.

γ) Ναυτία και έμετοι. Στην περίπτωση αυτή:

- Χορηγούνται ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντιισταμινικά σύμφωνα με ιατρική εντολή.
- Ενθαρρύνεται ο άρρωστος να παίρνει υγρά.
- Χορηγούνται μικρά και συχνά γεύματα, υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσια σε λεύκωμα.

δ) Διάρροια. Στην περίπτωση αυτή:

- Χορηγούνται αντιδιαρροϊκά, ανάλογα με την ιατρική εντο-

λή.

- Αποφεύγονται οι τροφές που επιδεινώνουν τη διάρροια.
- Χορηγείται διαίτα με μικρό υπόλειμα.

Όταν στην ακτινοθεραπεία γίνεται εφαρμογή βελόνων ραδίου θα πρέπει:

- Να δίνεται μεγάλη προσοχή στο να μην εκτοπιστούν οι βελόνες νες αυτές και μολύνουν το περιβάλλον.
- Να μην χρησιμοποιείται η τουαλέτα.
- Να εφαρμόζεται μόνιμος καθετήρας, και να λαμβάνεται μέριμνα για αποφυγή απόφραξης του. Πρέπει να λειτουργεί αποτελεσματικά για να κρατά την κύστη άδεια ώστε να μην πλησιάζει το τοίχωμά της την περιοχή ακτινοβολίας.
- Να γίνονται πλύσεις κόλπου μετά την αφαίρεση βελόνων.

Νοσηλευτική παρέμβαση στη χημειοθεραπεία ασθενούς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Οι νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή χημειοθεραπείας είναι οι ακόλουθες:

1) Προσέγγιση της ασθενούς και προσπάθεια ν' αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, στο οποίο η ασθενής θα αντιμετωπίζεται σαν μια ενιαία οντότητα, με σωματικά, πνευματικά, συναισθηματικά και κοινωνικά προβλήματα.

2) Ενημέρωση της ασθενούς για τη φύση και την αιτία των τοξικών ενεργειών των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

3) Διδασκαλία της ασθενούς και ενημέρωση της κατά τέτοιο τρόπο ώστε να αποδεχθεί, να εφαρμόσει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειές της.

4) Γενική αξιολόγηση της κατάστασης της ασθενούς. (Της θρέψης, της κατάστασης του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τον βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση, αν είναι υπερβολικά φορτισμένη ή ευαίσθητη, αν παρουσιάζει αντιδράσεις στα διάφορα φάρμακα κ.α.). Επίσης λήψη ιστορικού χειρουργικών επεμβάσεων, ακτινογραφιών ή χημειοθεραπείας.

Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές και ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

- Στην καταστολή του μυελού των οστών, που έχει σαν συνέπεια τη λευκοπενία και τη θρομβοπενία, οι νοσηλευτικές ενέργειες είναι:

1) Παρακολούθηση των λευκών και των αιμοπεταλίων. Σε απότομη πτώση τους, διακόπτεται η θεραπεία και ειδοποιείται ο ια-

τρός .

2) Πρόληψη των λοιμώξεων με απομόνωση της ασθενούς και εφαρμογή καλής και σχολαστικής ατομικής καθαριότητας .

3) Πρόληψη των αιμορραγιών, με περιορισμό των υποδόριων και των ενδομυϊκών ενέσεων, με αποφυγή άσκησης οποιασδήποτε πίεσης μακράς διάρκειας και προσοχή της ίδιας της ασθενούς .

4) Ρύθμιση του διαιτολογίου της ασθενούς, να περιλαμβάνει μόνο βρασμένη τροφή .

- Στην περίπτωση που η ασθενής παρουσιάζει γαστρεντερικές διαταραχές, που εκδηλώνονται με ναυτία, εμέτους, διάρροιες, στοματίτιδα, ουλίτιδα, γαστρίτιδα και ελκωτικά εντερίτιδα οι νοσηλευτικές ενέργειες είναι :

1) Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων (με εντολή ιατρού). Διατήρηση της ασθενούς καθαρής. Διόρθωση εάν χρειάζεται της διαταραχής του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών και εξασφάλιση καλής θρέψης .

2) Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων με εντολή ιατρού. Χορήγηση πολλών υγρών εφόσον δεν αντενδύκνεται. Διόρθωση του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών. Καθαριότητα του δέρματος της ασθενούς και ιδιαίτερα της περιοχής του περινέου .

3) Περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας κάθε 4-6 ώρες. Τροφή λευκή, χλιαρή και κατά προτίμηση πολτώδης .

- Στην περίπτωση νευροτοξικότητας, οι νοσηλευτικές ενέργειες είναι οι ακόλουθες :

1) Έγκαιρη ενημέρωση του ιατρού, με τα πρώτα συμπτώματα νευροτοξικότητας του φαρμάκου, ώστε αν είναι αναγκαία η αλλαγή σχήματος χημειοθεραπείας, όταν μάλιστα οι λειτουργικές βλάβες δεν είναι αναστρέψιμες, να γίνει άμεσα και έγκαιρα .



2) Χρησιμοποίηση μέτρων προστασίας της ασθενούς.

3) Διατήρηση των μελών του σώματος της ασθενούς σε φυσιολογική θέση.

4) Χρησιμοποίηση καθαρτικών, πάντα μετά από εντολή ιατρού για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας.

- Στην ωτοτοξικότητα:

1) Εκτιμάται η ακοή της ασθενούς πριν αρχίσει τη θεραπεία.

2) Ενημερώνεται η ασθενής να αναφέρει, αν αισθανθεί βόμβο στα αυτιά ή μείωση της ακοής.

- Στην ηπατοτοξικότητα:

1) Ενημερώνεται αμέσως ο γιατρός, όταν επιδεινωθούν τα συμπτώματα που προκαλούνται από την επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας (πόνος στην κοιλιά, υψηλός πυρετός, διάρροια, ίκτερος).

2) Ανακούφιση της ασθενούς από τα συμπτώματα της νεφροτοξικότητας με ανάλογες νοσηλευτικές ενέργειες.

- Στην νεφροτοξικότητα:

1) Παρακολούθηση και άμεση ενημέρωση του ιατρού για την εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας όπως οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων κ.α.

2) Χορήγηση διουρητικών, μετά από εντολή ιατρού.

- Στην καρδιοτοξικότητα και πνευμονική τοξικότητα:

1) Παρακολούθηση συνεχής της ασθενούς σε όλη τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.

2) Αυστηρός έλεγχος των ζωτικών σημείων.

- Στην ανοσοκατασταλτική επίδραση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων:

1) Παρακολουθείται η ασθενής για συμπτώματα ανοσοκαταστολής και ειδοποιείται ο ιατρός.

2) Προστατεύεται η ασθενής από λοιμώξεις.

3) Αναβάλλεται, αν είχε προγραμματιστεί, η ενεργητική ανοσοποίηση της ασθενούς για μερικούς μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

- Σε διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων:

1) Παρακολουθείται η ασθενής για συμπτώματα όπως αμηνόρροια, διαφοροποίηση χαρακτηριστικών του φύλου κ.α., εκτιμάται ο βαθμός ενημέρωσης της ασθενούς για την παροδικότητά τους καθώς και για την πιθανότητα να πάθει μόνιμη στειρώση.

2) Ενημερώνεται η ασθενής πως κατά τη διάρκεια της θεραπείας και για μερικούς μήνες μετά, δεν θα πρέπει να μείνει έγκυος για την πρόληψη τερατογένεσης.

- Στην αλωπεκία:

1) Γίνεται εξακρίβωση αν η ασθενής έχει καταλάβει ότι μπορεί να του πέσουν στο διάστημα της θεραπείας, αλλά θα ξαναβγούν 8 περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.

2) Επιτυγχάνουμε την μείωση της αλωπεκίας αν κατά τη διάρκεια της θεραπείας για 10-15 λεπτά μετά εφαρμοστεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι.

3) Εύρεση λύσεων για την αποκατάσταση του ειδώλου της ασθενούς, όταν χάσει τα μαλλιά της (περούκα, μανδήλι κ.λ.π.).

4) Συνομιλία με την ασθενή. Παρακίνηση να εκφράσει τα συναισθήματά της σχετικά με τη διαφοροποίηση της εμφάνισής της.

Η χημειοθεραπεία μια από τις τρεις βασικές θεραπείες του καρκίνου πρέπει να εφαρμόζεται με αυστηρή διαδικασία, ώστε να

εξασφαλίζουμε ότι η ασθενής τη σωστή δόση των σωστών φαρμάκων, με το σωστό τρόπο. Χρειάζεται λοιπόν ο νοσηλευτής-τρια να προσέξει πολύ, για τη σωστή διάλυση και χορήγηση των κυτταροστατικών φαρμάκων, την προφύλαξη του ίδιου αλλά και του περιβάλλοντός του. Πρέπει επίσης να γνωρίζει τους κινδύνους που διατρέχει κάνοντας τη συγκεκριμένη ενέργεια και να κάνει τα απαραίτητα για να τους αποφύγει.

### Χειρουργική θεραπεία και νοσηλευτική παρέμβαση.

Η χειρουργική θεραπεία, όπως γνωρίζουμε είναι μια από τις τρεις βασικές θεραπείες του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Όπως προαναφέραμε η χειρουργική θεραπεία περιλαμβάνει: Την κωνοειδή εκτομή του τραχήλου, την κρυσπηξία, την απλή υστερεκτομία, τη ριζική υστερεκτομία, την υπερριζική υστερεκτομία και την εξεντέρωση.

Σ'όλες αυτές της εγχειρήσεις η νοσηλευτική παρέμβαση δεν είναι μόνο τεχνική και επιστημονική αλλά ταυτόχρονα έχει και μια ψυχοκοινωνική διάσταση, είναι βασική και ουσιώδης τόσο προεγχειρητικά όσο διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά.

Η παρέμβαση αυτή είναι ολοκληρωμένη, εξατομικευμένη, προσαρμοσμένη στις ιδιαίτερες ανάγκες της κάθε ασθενούς και μη τυποποιημένη. Στον προγραμματισμό της παρέμβασης αυτής, η ίδια η ασθενής είναι συνεργάτης και μέτοχος, με αποτέλεσμα η ασθενής που πηγαίνει στο χειρουργείο σίγουρα παύει να αντιμετωπίζεται μια μήτρα που έχει ανάγκη επεμβάσεως και αντιμετωπίζεται έτσι όπως πραγματικά πρέπει και όπως πραγματικά είναι: Μια οντότητα μοναδική, ιδιαίτερη με ανάγκες όχι μόνο σωματικές αλλά και πνευματικές, ψυχικές και κοινωνικές κ.λ.π..

Η νοσηλευτική παρέμβαση είναι τέτοια ώστε η ασθενής που μπαίνει στο χειρουργείο ξέρει πως δίπλα της βρίσκονται άνθρωποι με όλη την έννοια της λέξεως, που μπορεί να αφεθεί σε αυτούς με εμπιστοσύνη όχι μόνο λόγω των επιστημονικών γνώσεων που διαθέτουν αλλά και λόγω της ανθρωπιάς και του ενσυνείδητου ενδιαφέροντος που τους διακρίνει.

Η νοσηλευτική παρέμβαση είναι:

- Προεγχειρητική (γενική, τοπική και τελική).
- Διεγχειρητική.
- Μετεγχειρητική.

#### Προεγχειρητική νοσηλευτική παρέμβαση.

Η προεγχειρητική νοσηλευτική παρέμβαση συνίσταται σε:

- Γενική προεγχειρητική ετοιμασία.
- Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία.
- Τελική προεγχειρητική ετοιμασία.

#### Γενική προεγχειρητική ετοιμασία.

Η γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

1) Τόνωση του ηθικού. Αυτή αρχίζει από την πρώτη στιγμή που έρχεται σε επαφή η νοσηλεύτρια με την ασθενή και γίνεται εντονότερη όταν αποφασίζεται η εγχείρηση, και συνεχίζεται μέχρι τη μεταφορά της ασθενούς στο χειρουργικό τραπέζι. Η νοσηλεύτρια οφείλει να καταλάβει την ασθενή, να κατανοήσει τη θέση της, να υποπτευθεί τα κρυφά συναισθήματά της, να παρακινήσει την άρρωστη να μιλήσει γι'αυτά και να κάνει κάθε δυνατή προσπάθεια να τα εκφράσει ώστε: Να απαλλαγεί από τους φόβους, το άγχος και τις ανησυχίες της που αφορούν την επιτυχία της εγχείρησης, την οικογένεια, τα παιδιά (αν υπάρχουν) κ.λ.π..

Τα αισθήματα αυτά προκαλούν κατάθλιψη και ρίχνουν το ηθικό της ασθενούς και τις περισσότερες φορές προκαλούν σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως shock κ.α.. Η εξάλειψη, λοιπόν, των συναισθημάτων αυτών και η αντικατάστασή τους από αισθήματα αισιοδοξίας, ελπίδας και κουράγιου και από αγωνιστική διάθεση, θα επιτευχθεί μέσα από την γεμάτη αγάπη και ενδιαφέρον προσέγ-

γιση της ασθενούς από τη νοσηλεύτρια.

2) Σωματική τόνωση. Αυτή επιτυγχάνεται:

- Με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα και βιταμίνες και φτωχό σε λίπη.
- Με παρεντερική χορήγηση (αν η ασθενής είναι εξασθενημένη) θρεπτικών συστατικών (λευκωμάτων, βιταμινών κ.λ.π.) ή άλλων στοιχείων του οργανισμού.
- Με εξισορρόπηση των υγρών και των ηλεκτρολυτών του οργανισμού, ώστε ν' αποφευχθούν μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές όπως shock, ναυτία, δίψα κ.α..
- Με χορήγηση αίματος σε περίπτωση αναιμίας ή απώλειας αίματος.

Την προηγούμενη της εγχείρησης, η ασθενής τρέφεται ελαφρά. Έξι ώρες πριν από την εγχείρηση δεν παίρνει τίποτε από το στόμα για τον κίνδυνο εμέτων και μετεωρισμού της κοιλιάς. Εάν η ασθενής δεν πρέπει να στερηθεί υγρών έστω και για 6 ώρες, της χορηγούνται αυτά παρεντερικά.

3) Ιατρικές εξετάσεις (κλινικές, εργαστηριακές).

- Εξέταση από χειρουργό, για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων.
- Εξέταση από χειρουργό, για εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς, επιβεβαίωση της ακριβούς διάγνωσης και λήψη ιστορικού.
- Εξέταση αίματος: Γενική αίματος, τύπος λευκών, χρόνος ροής και πήξης του αίματος, ομάδα και Rhesus αίματος, σάκχαρο και ουρία του αίματος.
- Γενική ούρων.
- ΗΚΓ.

- Ακτινογραφία θώρακος.

- Ενδοφλέβια πυελογραφία.

4) Καθαριότητα της ασθενούς. Αυτή συνίσταται:

- Στον καθαρισμό του εντερικού σωλήνα.

- Στην καθαριότητα του σώματος της ασθενούς.

5) Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου. Απαραίτητη προϋπόθεση για την εξάλειψη του άγχους και των ανησυχιών της ασθενούς. Για την αποφυγή αιπνίας και την εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου, χορηγείται στην ασθενή τη νύχτα της παραμονής της εγχείρησης ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.

6) Προσανατολισμός της ασθενούς στο νέο δωμάτιο, στο οποίο πρόκειται να μεταφερθεί μετά την εγχείρηση, ιδιαίτερα αν πρόκειται να μεταφερθεί σε μονάδα εντατικής παρακολούθησης. Έτσι αποφεύγεται η ανησυχία της ασθενούς όταν ξυπνήσει και βρεθεί σε άγνωστο περιβάλλον με πολλά και περίεργα μηχανήματα.

#### Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία.

Στη φάση αυτή της προεγχειρητικής ετοιμασίας γίνεται η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, του μέρους δηλαδή εκείνου στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Στην περίπτωση ασθενούς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας που πρόκειται να υποβληθεί σε εγχείρηση, ανάλογα με το είδος της εγχείρησης που πρόκειται να γίνει ετοιμάζουμε είτε την περιοχή του περινέου, είτε την περιοχή της κοιλίας. Και όταν λέμε ετοιμάζουμε εννοούμε καθαρίζουμε, απολυμαίνουμε και κάνουμε αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου. Η έκταση του εγχειρητικού πεδίου περιλαμβάνει το σημείο της τομής αλλά και αρκετή έκταση γύ-

ρω από αυτή.

Η άρρωστη ενθαρρύνεται να διατηρήσει το δέρμα του εγχειρητικού πεδίου στεγνό και καθαρό ώστε να είναι όσο το δυνατόν ακίνδυνο για μολύνσεις. Επίσης παροτρύνεται να πρεμήσει και να κάνει κάθε δυνατή προσπάθεια να απαλλαγεί από τυχόν ενοχλητικές σκέψεις και αισθήματα.

#### Τελική προεγχειρητική ετοιμασία.

Η τελική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

- Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης της ασθενούς: Λήψη ζωτικών σημείων (παρατήρηση τυχόν παρέκκλισης από τα φυσιολογικά όρια), παρατήρηση για τυχόν κρουολόγημα.

- Κατάλληλη ένδυση της ασθενούς μισή ώρα πριν από την εγχείρηση, αφού βέβαια προηγουμένως η ασθενής ουρήσει για την αποφυγή κένωσης της ουροδόχου κύστης στο χειρουργικό τραπέζι ή τραυματισμού αυτής από το νυστέρι του χειρουργού. Η νοσηλεύτρια φροντίζει ώστε η ασθενής να αφαιρέσει όλα τα είδη εσωρούχων, τα κοσμήματά της (εκτός ίσως από τη βέρα), φουρκέτες και τυχόν υπάρχουσες ψεύτικες οδοντοστοιχίες. Επίσης φροντίζει, η ασθενής να μην έχει βαμμένα νύχια.

- Προνάρκωση της ασθενούς μισή επίσης ώρα πριν μεταφερθεί στο χειρουργείο. Αμέσως μετά την προνάρκωση η ασθενής μεταφέρεται στο φορείο και παραμένει στο θάλαμο χωρίς να δέχεται πλέον επισκέψεις. Η νοσηλεύτρια φροντίζει να εξασφαλίσει στην ασθενή ησυχία και χαμηλό φωτισμό ώστε αυτή να πρεμήσει και να χαλαρώσει μέχρι να μεταφερθεί στο χειρουργείο.

Μετά την αποχώρηση του ασθενούς για το χειρουργείο, η νοσηλεύτρια αερίζει το θάλαμο, ετοιμάζει το κρεβάτι, το κομοδίνο



και γενικά το περιβάλλον της ασθενούς ώστε να είναι έτοιμο για την επάνοδο του από το χειρουργείο. Φροντίζει το κρεβάτι να είναι ζεστό για αποφυγή ψύξης και μετεγχειρητικής πνευμονίας, ανοιχτό για εύκολη και ανώδυνη διακομιδή της ασθενούς από το φορείο και χωρίς μαξιλάρι για ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού. Στο πάντα καλυμμένο (για αποφυγή θορύβων), κομοδίνο τοποθετείται ποτήρι με νερό, Port cotton, νεφροειδές και κάψα με χαρτοβάμβακα και βαμβάκι. Στο πλάγιο μέρος του υπάρχει χάρτινη σακούλα για τα άχρηστα. Ήρεμο περιβάλλον, χαμηλός φωτισμός και καθαριότητα και όλα είναι έτοιμα για την επιστροφή της ασθενούς.

#### Διεγχειρητική νοσηλευτική παρέμβαση.

Η νοσηλευτική παρέμβαση στο χειρουργείο είναι επίσης ουσιώδης και βασική, όσο είναι προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά. Η στάση που θα κρατήσει η νοσηλεύτρια κατά την υποδοχή της ασθενούς στο χειρουργείο και μέχρι τη νάρκωσή της παίζει σημαντικό ρόλο στην ψυχολογία της ασθενούς.

Η ασθενής έρχεται στο χειρουργείο γεμάτη από σκέψεις και συναισθήματα άγχους και αγωνίας. Ίσως είναι υπερβολικά φορτισμένη και πιεσμένη. Εδώ έρχεται η νοσηλεύτρια που με ένα χαμόγελο, μια ζεστή κουβέντα θα προσεγγίσει και θα πρεμήσει την ασθενή, θα την κάνει να νιώσει ασφαλής και σίγουρη πως βρίσκεται ανάμεσα σε ανθρώπους που ενδιαφέρονται πραγματικά γι' αυτήν και όχι απλά για τη διεκπεραίωση της εγχείρησης.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει ώστε να μην εκτίθεται η ασθενής και τη διαβεβαιώνει ότι θα αντιμετωπιστεί με σεβασμό και αξιοπρέπεια. Φροντίζει λοιπόν ώστε η ασθενής να μείνει σκεπασμένη

ως τη στιγμή της νάρκωσης. Είναι συνέχεια δίπλα της, την ηρεμεί και την καθυσηχάζει. Της μιλάει και κάνει κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε να την απαλλάξει από αισθήματα ανησυχίας και άγχους για την έκβαση της εγχείρησής.

Μετά τη νάρκωση η νοσηλεύτρια παρακολουθεί και την εγχείρηση. Αυτό θα βοηθήσει να προσφέρει στη συνέχεια καλύτερη και πιο ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα στην ασθενή.

Τέλος η νοσηλεύτρια φροντίζει να βρίσκεται δίπλα στην ασθενή στο χώρο ανάνηψης τόσο για ψυχολογική υποστήριξη όσο και για βοήθεια στην αντιμετώπιση έκτακτων καταστάσεων όπως έμετος κ.λ.π.. Στηρίζει την ασθενή σ'αυτή την αναμφίβολα δύσκολη κατάσταση στην οποία βρίσκεται.

#### **Μετεγχειρητική νοσηλευτική παρέμβαση.**

Η άρτια νοσηλευτική φροντίδα που θα λάβει η ασθενής μετεγχειρητικά αποτελεί αναμφισβήτητα απαραίτητη προϋπόθεση τόσο για την αποφυγή μετεγχειρητικών επιπλοκών όσο και για την ταχεία θεραπεία και αποκατάσταση της ασθενούς. Η νοσηλευτική αυτή φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που η ασθενής επιστρέφει στο βάλανο της μέχρι την πλήρη αποκατάστασή της και την έξοδό της από το νοσοκομείο.

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει:

- Την προφύλαξη της ασθενούς από ρεύματα αέρα κατά τη μεταφορά της από το χειρουργείο στο βάλανο.

- Τη σωστή τοποθέτηση της ασθενούς στο κρεβάτι. Η καλύτερη στάση στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι η ύπτια ώστε η ασθενής να μπορεί να ανακουφιστεί και να χαλαρώσει, με το κε-

φάλι στραμμένο στο πλάι.

- Την επισκόπηση (έλεγχο) και φροντίδα του χειρουργικού τραύματος. Ταυτόχρονα γίνεται έλεγχος για την ύπαρξη κοιλιακής εκκροής και έλεγχος της παροχέτευσης του τραύματος και συνδέεται ο καθετήρας που πιθανότατα φέρει η ασθενής.

- Την άμεση λήψη ζωτικών σημείων της ασθενούς.

- Την παρακολούθηση της ασθενούς μέχρι την πλήρη αφύπνισή της και την προστασία της από τραυματισμό στις τυχόν διεγέρσεις που μπορεί να έχει και από την εισρόφηση εμεσμάτων.

- Την ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο και τις δυσκολίες που είναι έντονες και χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης ιδιαίτερα κατά το πρώτο 48ωρο.

- Την ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη της ασθενούς που τόσο την έχει ανάγκη την τόσο δύσκολη γι' αυτήν ώρα. Η νοσηλεύτρια βρίσκεται συνεχώς κοντά στη χειρουργημένη ασθενή, της μιλάει, την καθυσηχάζει, της εξηγεί πως ο πόνος θα είναι παροδικός και σταδιακά θα μειώνεται, της δίνει κουράγιο και στήριξη να ξεπεράσει τη δύσκολη αυτή φάση.

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει και ενέργειες που παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών και στην αποφυγή δυσάρεστων για την ασθενή καταστάσεων, όπως είναι:

- Η καθαριότητα. Συνιστάται λουτρό καθαριότητας της χειρουργημένης ασθενούς καθημερινά, αλλαγή νυχτικού και λευκού ιματισμού. Επίσης γίνονται αλλαγές με άσηπτη τεχνική αν υπάρχει κοιλιακή απέκκριση. Στην γενική καθαριότητα περιλαμβάνονται και η φροντίδα της στοματικής κοιλότητας για την αποφυγή στοματίτιδων και παρωτίτιδων.

- Συστήνεται στην άρρωστη να παίρνει βαθιές εισπνοές και να βήχει ώστε να αποφευχθεί η συσσώρευση βρογχικών εκκρίσεων που δεν αποβάλλονται.

- Οι συχνές εντριβές της ασθενούς και η αλλαγή της θέσης της, βοηθούν αναμφίβολα στην ανακούφιση και την άνεσή της αλλά και στην πρόληψη επιπλοκών.

- Επίσης η ασθενής ενθαρρύνεται και βοηθείται να εγερθεί και να κινητοποιηθεί όσο το δυνατόν πιο γρήγορα προς αποφυγή κατακλίσεων και επιπλοκών τόσο στο αναπνευστικό, όσο και στο ουροποιητικό και κυκλοφορικό αλλά και σε όλα τα συστήματα γενικότερα.

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα για να είναι άρτια πρέπει η νοσηλεύτρια να βρίσκεται πάντοτε σε εγρήγορση και ετοιμότητα να αντιμετωπίσει οποιαδήποτε μετεγχειρητική δυσχέρεια παρουσιαστεί. Για να το πετύχει αυτό θα πρέπει από τη μια να γνωρίζει τους αιτιολογικούς παράγοντες των μετεγχειρητικών επιπλοκών και από την άλλη να μπορεί να αναγνωρίσει αμέσως τα πρώτα συμπτώματα των επιπλοκών αυτών.

Ένα καίριο σημείο στη μετεγχειρητική φροντίδα είναι η συνεχής παρακολούθηση της ψυχικής και διανοητικής κατάστασης της ασθενούς στην πορεία της θεραπείας. Και αυτό γιατί το είδος αυτό της επέμβασης της εγχείρησης είναι τέτοιο που μπορεί να οδηγήσει την ασθενή σε μια κατάσταση κατάθλιψης και μελαγχολίας. Η ασθενής δεν ανησυχεί μόνο για την έκβαση του όλου εγχειρήματος της θεραπείας της. Έχει επιπλέον ανυσηχίες και φόβους για την απώλεια της θηλυκότητας και της ελκυστικότητάς της. Σκέφτεται δηλ. και συμπεραίνει εσφαλμένα πάντα, πως ύστερα από την αφαίρεση της μήτρας της, έχασε και τη σεξουαλικότη-

τά της και ότι δεν είναι πια επιθυμητή. Αυτή βέβαια είναι μια λανθασμένη αντίληψη που έχει η ασθενής και καθήκον της νοσηλεύτριας είναι να την καθουχάσει και να τη διαβεβαιώσει πως τίποτε από όλα αυτά δεν συμβαίνει. Της εξηγεί πως σε καμιά περίπτωση η εγχείρηση αυτή δεν έχει επίπτωση στη σεξουαλική της ζωή, που με λίγη καλή διάθεση και προσπάθεια, μπορεί μετά τη θεραπεία της, να είναι όπως και πρώτα.

---

**Κ Ε Θ Α Λ Α Ι Ο**

**Ζ'**

---

Νοσηλευτική παρέμβαση και προετοιμασία της ασθενούς για τη αποχώρηση της από το νοσοκομείο μετά τη θεραπεία της (με χειρουργική επέμβαση). Διδασκαλία της ασθενούς.

Αξιόλογη και μεγάλης σημασίας είναι η παρέμβαση της νοσηλεύτριας στο σημείο αυτό. Η ασθενής αποχωρεί από το νοσοκομείο και πρέπει να ενημερωθεί και να πληροφορηθεί για το πλήθος προβλημάτων και τη νέα κατάσταση που έχει να αντιμετωπίσει.

Η νοσηλεύτρια λοιπόν φροντίζει να ενημερώσει την ασθενή με συνέπεια και επιμέλεια για:

- Τις αλλαγές που συνέβησαν στο σώμα της και τον τρόπο που αυτές οι αλλαγές θα επηρεάσουν την αναπαραγωγική της λειτουργία και τη σεξουαλικότητά της. Στο σημείο αυτό τονίζεται πως η απώλεια της μήτρας δεν σημαίνει και απώλεια της θηλυκότητας και διακοπή των σεξουαλικών σχέσεων.

- Τις αλλαγές στη ρουτίνα των καθημερινών της δραστηριοτήτων.

- Την επιτακτική ανάγκη για τακτική εξέταση της ασθενούς και συνεχή παρακολούθησή της κατά τα δύο πρώτα χρόνια. Αυτή περιλαμβάνει: τις γενικές εξετάσεις, τον έλεγχο του βάρους, την ψηλάφηση των λεμφαδένων, της κοιλίας, του συκωτιού και των νεφρών και την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση. Επίσης, τον κυτταρολογικό έλεγχο των κολπικών επιχρισμάτων κάθε 6 μήνες για δυο χρόνια, την πυελογραφία και την ακτινογραφία θώρακα και τα ειδικά καρκινικά αντιγόνα του ορού του αίματος.

- Τη σπουδαιότητα ενημέρωσης του ιατρού για κάθε ανησυ-

χητικό ή "περίεργο" σύμπτωμα παρατηρήσει.

Οφείλει επίσης να ενημερώσει την ασθενή για την πιθανότητα υποτροπής της ασθένειας με λεπτότητα και διακριτικότητα. Της κάνει γνωστά λοιπόν τα ύποπτα για υποτροπή σημάδια που μπορεί να παρατηρήσει η άρρωστη και που θα την κάνουν να απευθυνθεί άμεσα στο γιατρό της. Αυτά είναι:

- Αιμορραγία από τον κόλπο.
- Μονόπλευρο χαμηλό οίδημα άκρων.
- Δύσοσμη κολπική απέκκριση.
- Ασκίτης.
- Θετική κυτταρολογική εξέταση.
- Ψηλαφητός όγκος στην πύελο ή στον κόλπο.
- Υπερκλείδια λεμφαδενοπάθεια.



---

**Κ Ε Θ Α Λ Α Ι Ο**

**Η'**

---

Παρουσίαση περιστατικών-Σχεδιαγράμματα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας (ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης) σε ασθενείς με καρκίνο τραχήλου τους με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής διεργασίας.

Το πρώτο περιστατικό αναφέρεται στην Ε.Ρ., 56 ετών, από το Αιτωλικό Αιτωλοακαρνανίας, οικοκυρά, μητέρα δύο παιδιών. Η Ε.Ρ. προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Πανεπιστημιακού νοσομείου του Ρίου με έντονο πόνο στο υπογάστριο. Εισήχθη στην Γ' πτέρυγα της Παθολογικής κλινικής. Μετά από τις απαραίτητες εξετάσεις, συμπεριλαμβανομένης και της γυναικολογικής εξέτασης και ένα test-Pap, διαγνώστηκε καρκίνος τραχήλου μήτρας στο 3ο στάδιο.

Έγινε μεταφορά της ασθενούς στη Γυναικολογική κλινική. Εκεί έγιναν συμπληρωματικές εξετάσεις (βιοψία τραχήλου μήτρας κ.λ.π.) που επιβεβαίωσαν την αρχική διάγνωση. Η θεραπεία που επιλέχτηκε ήταν χειρουργική (ριζική υστερεκτομή).

Αξιοσημείωτο πως η ασθενής στο ιστορικό της είχε δύο εκτρώσεις και μια περίπτωση τραχηλίτιδας.

Ακολουθεί ένα διάγραμμα της Νοσηλευτικής φροντίδας της ασθενούς με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας.

Προβλήματα συμπτώματα ανάγκες.	Αντικειμενικός Νοσ.Σκοπός.	Προγραμματισμός Νοσ.Ενεργειών.	Εφαρμογή Νοσ.Ενεργειών.	Επισημονική Εκτίμηση Αποτελεσμάτων.
<p>1. Πτώση ηθικού, πεσιμιστική διάθεση απέναντι στη ζωή (μετά την ενημέρωσή της για τη διάγνωση).</p>	<p>1.Αλλαγή στάσης της ασθενούς. Να επανακτήσει η ασθενής κουράγιο, θάρρος και ελπίδα &amp; να υιοθετήσει αισιόδοξη στάση απέναντι στην ασθένειά της.</p>	<p>1. Προγραμματίζω μια συζήτηση με την ασθενή, στη διάρκεια της οποίας θα προσπαθήσω να τονώσω το ηθικό της δίνοντας έμφαση στις θετικές πλευρές της ζωής.</p>	<p>1. Πραγματοποιώ τη συζήτηση με την ασθενή. Μέσα από το διάλογο γίνεται κάθε δυνατή προσπάθεια για την εμπέτευξη των σκοπών που τέθηκαν.</p>	<p>1. Η ασθενής νιώθει καλύτερα μετά τη συζήτηση &amp; εκφράζει ελπίδες για τη βελτίωσή της κατάστασής της. Μερικές φορές μελαγχολεί. Αναπροσαρμόγη στόχων για καλύτερα αποτελέσματα.</p>
<p>2. Έντονη ανυπαχία, αγωνία &amp; άγχος για την κατάσταση. Άγνοια για τη φύση της ασθένειας &amp; τους τρόπους θεραπείας.</p>	<p>2. Ενημέρωση της ασθενούς για τη φύση της ασθένειας &amp; τους τρόπους θεραπείας της &amp; διασκέδαση των ανασφάλειών.</p>	<p>2. Προγραμματίζω ενημερωτικό διάλογο.</p>	<p>2. Πραγματοποιώ τον ενημερωτικό διάλογο. Δίνονται λεπτομέρεις αλλά διακριτικές διευκρινίσεις.</p>	<p>2. Εφησυχασμός της ασθενούς. Καλύτερη &amp; πιο δυνατή στάση απέναντι στην ασθένειά της.</p>

Προβλήματα συμπτώματα ανάγκες	Αντικειμενικός Νοσ. Σκοπός.	Προγραμματισμός Νοσ. Ενεργειών.	Εφαρμογή Νοσ. Ενεργειών.	Επιστ/κή Εκτίμηση Αποτελεσμάτων.
3. Πόνος (μετεγχειρητικός).	3. Εξάλειψη αυτού & ανακούφιση της ασθενούς.	3.- Τοποθέτηση της ασθενούς σε αναπαυτική θέση. - Χορήγηση αναλγητικών, ανάλογα με τον πόνο (μετά από εντολή ιατρού). - Εντριβή των πιεζόμενων μελών ασθενής τοποθετήθηκε σε αναπαυτική θέση.	3. Η ασθενής τοποθετήθηκε σε αναπαυτική θέση. - Χορηγήθηκαν παυσίπονα. - Έγινε εντριβή των πιεζόμενων μελών.	3. Χαλάρωση των μυών & ανακούφιση της ασθενούς. Απαλλαγή από τον πόνο. Ηρεμία και ξεκούραση.
4. Δίψα.	4. Απαλλαγή από το αίσθημα της δίψας.	4.- Συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό. - Σταδιακή χορήγηση υγρών από το στόμα. - Χορήγηση υγρών παρεντερικά.	4.- Υγραίνεται η στοματική κοιλότητα της ασθενούς με συχνές πλύσεις με βρεγμένη γάζα.	4.- Η ασθενής ανακουφίστηκε. Το αίσθημα της δίψας μετριάσθηκε.

Προβλήματα ή συμπτώματα ή ανάγκες	Αντικειμενικός Νοσηλ. Σκοπός	Προγραμματισμός Ενεργειών Νοσηλ. φροντίδας	Εφαρμογή προγράμματος Νοσηλευτικών Ενεργειών	Επιστ/κή εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>5. Ναυτία-Έμετος</p>	<p>5.- Να απαλλαγεί η ασθενής από το αίσθημα ναυτίας. Να μειωθούν και να εξαλειφθούν οι έμετοι.                      - Να διατηρηθεί η ισορροπία του ισοζυγίου των υγρών.                      - Να προληφθεί η αφυδάτωση με παρεντερική χορήγηση υγρών.                      - Ηρεμία και χάρωση της ασθενούς.</p>	<p>5.- Άμεση προμήθεια νεφροειδούς, όταν παραστεί ανάγκη &amp; άμεση απομάκρυνση του, προς αποφυγή πρόκλησης επιπρόσθετης ναυτίας και έμετου.                      - Τοποθέτηση της κεφαλής της ασθενούς προς τα πλάγια για να αποφευχθεί επανείσρφοση εμεσμάτων.                      - Διατήρηση της ασθενούς καθής.                      - Ενημέρωση της ασθενούς πως ο έμετος είναι αποτέλεσμα της νάρκωσης.                      - Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων μετά από εντολή ιατρού.                      - Πρόσθεση επιπλέον υγρών, προς αποφυγή αφυδάτωσης &amp; διατήρηση του ισοζυγίου υγρών σε ισορροπία.</p>	<p>5.- Ο ασθενής βοηθήθηκε κατά τη διάρκεια των εμέτων.                      - Τοποθετήθηκε στη σωστή θέση.                      - Διατηρήθηκε καθαρή, με προστασία των κλιννοεπισμάτων και του νυχτικού κατά τη διάρκεια των εμέτων. Ακολούθησε πλύση της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε έμετο.                      - Χορηγήθηκαν επιπλέον υγρά (1lt N/S 0/9%) &amp; αποφεύχθη η αφυδάτωση.                      - Η ασθενής ενημερώθηκε για την αιτιολογία του έμετου &amp; ηρέμησε.                      - Δεν χορηγήθηκαν αντιεμετικά, γιατί οι έμετοι υποχώρησαν και σταδιακά σταμάτησαν.</p>	<p>5.- Η ασθενής επαλλάχθηκε από τους εμέτους.                      - Νιώθει καλύτερα. Είναι ήρεμη &amp; χαλαρωμένη.</p>

<p>Προβλήματα συμπτώματα ανάγκες</p> <p>6. Μεγάλη κολπική απέκκριση.</p>		<p>7. Μείωση ή ανυπαρξία ούρων, ενώ η ασθενής ενυδατώνεται κανονικά. (Η ασθενής φέρει Foley).</p>	
<p>Αντικειμενικός Νοσηλ. Σκοπός</p> <p>6. Ανακούφιση της ασθενούς &amp; εξάλειψη της αυξημένης κολπικής απέκκρισης.</p>	<p>6.- Πλύση του κόλπου. - Έλεγχος για δύσοσμα υγρά. - Αποστολή κολπικών υγρών στο εργαστήριο.</p>	<p>7.- Παρακολούθηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών με ακρίβεια. - Ωριαία μέτρηση ούρων. - Αναφορά αν τα ούρα είναι λιγότερα από 200cc σε 8 h. - Χορήγηση διουρητικού φαρμάκου σε αναγκαία περίπτωση μετά από εντολή ιατρού</p>	<p>7.- Παρακολούθονται και μετρώνται ανά h τα αποβαλλόμενα ούρα. - Στη διάρκεια της παρακολούθησης του ισοζυγίου υγρών παρατηρείται σταδιακή αύξηση των αποβαλλόμενων ούρων και έτσι αποφεύγεται η χορήγηση διουρητικού φαρμάκου.</p>
<p>Προγραμματισμός Νοσηλ. Ενεργειών.</p> <p>6.- Πλύση του κόλπου. - Έλεγχος για δύσοσμα υγρά. - Αποστολή κολπικών υγρών στο εργαστήριο.</p>	<p>6.- Έγινε κολπική πλύση. - Τα υγρά δεν ήταν δύσοσμα. - Εστάλη δείγμα κολπικών υγρών στο εργαστήριο.</p>	<p>7.- Παρακολούθονται και μετρώνται ανά h τα αποβαλλόμενα ούρα. - Στη διάρκεια της παρακολούθησης του ισοζυγίου υγρών παρατηρείται σταδιακή αύξηση των αποβαλλόμενων ούρων και έτσι αποφεύγεται η χορήγηση διουρητικού φαρμάκου.</p>	<p>7.- Παρακολούθονται και μετρώνται ανά h τα αποβαλλόμενα ούρα. - Στη διάρκεια της παρακολούθησης του ισοζυγίου υγρών παρατηρείται σταδιακή αύξηση των αποβαλλόμενων ούρων και έτσι αποφεύγεται η χορήγηση διουρητικού φαρμάκου.</p>
<p>Εφαρμογή προγράμματος Νοσηλ. Ενεργειών.</p> <p>6.- Έγινε κολπική πλύση. - Τα υγρά δεν ήταν δύσοσμα. - Εστάλη δείγμα κολπικών υγρών στο εργαστήριο.</p>	<p>6.- Έγινε κολπική απέκκριση μειώθηκε. - Η ασθενής απαλλάχθηκε από το αίσθημα ότι είναι ακάθαρτη. - Πραγματοποιήθηκε πρόληψη κάποιας λοίμωξης.</p>	<p>7.- Επιτεύχθηκε τελικά ομαλή διούρηση.</p>	<p>7.- Η κολπική απέκκριση μειώθηκε. - Η ασθενής απαλλάχθηκε από το αίσθημα ότι είναι ακάθαρτη. - Πραγματοποιήθηκε πρόληψη κάποιας λοίμωξης.</p>
<p>Επιστι/μή Εκτίμηση Αποτελεσμάτων.</p>	<p>6.- Η κολπική απέκκριση μειώθηκε. - Η ασθενής απαλλάχθηκε από το αίσθημα ότι είναι ακάθαρτη. - Πραγματοποιήθηκε πρόληψη κάποιας λοίμωξης.</p>	<p>7.- Επιτεύχθηκε τελικά ομαλή διούρηση.</p>	<p>7.- Η κολπική απέκκριση μειώθηκε. - Η ασθενής απαλλάχθηκε από το αίσθημα ότι είναι ακάθαρτη. - Πραγματοποιήθηκε πρόληψη κάποιας λοίμωξης.</p>

<p>8. Αιμορραγία από την τομή.</p>	<p>8. Να σταματήσει αιμορραγία.</p>	<p>8.- Παρακολούθηση αιμορραγίας. Αν είναι μεγάλη η άρρωστη θα επίστρέψει, στο χειρουργείο. - Ειδοποιούμε την Τράπεζα αίματος να μεριμνήσει ώστε να υπάρχει αίμα σε περίπτωση ανάγκης άμεσης χορήγησης.</p>	<p>8.- Παρακολούθηθηκε η αιμορραγία. Ήταν μικρή - Καλύφθηκε το τραύμα με γάζα &amp; έγινε πιεστική περιδεση. - Έγινε επίδειξη στη ασθενή πως να βήχει &amp; να αλλάζει θέση, ώστε να αποφευχθεί δυσμενέστερη επιπλοκή.</p>	<p>8. Η αιμορραγία σταμάτησε. Η ασθενής ηρέμησε. Παρακολούθεται βέβαια συνεχώς.</p>
<p>9. Καθαριότητα. Αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης όσον αφορά τη σωματική καθαριότητα. Αδυναμία να φροντίσει το τραύμα.</p>	<p>9.- Να ανακουφισθεί η ασθενής. - Να διατηρηθεί το τραύμα καθαρό και σε καλή κατάσταση, - Να επουλωθεί γρήγορα το τραύμα.</p>	<p>9.- Προγραμματίζονται λουτρό και λούσιμο στο κρεβάτι. Περιποίηση μαλιών και νυχιών. - Αλλαγές του τραύματος τακτικά και προσεκτικά.</p>	<p>9.- Έγινε λουτρό καθαριότητας και λούσιμο στο κρεβάτι. - Έγινε αλλαγή και περιποίηση του τραύματος.</p>	<p>9.- Η ασθενής διατηρήθηκε καθαρή. Απαλλάχθηκε από την αίσθηση ότι είναι βρώμικη. Μετά το μπάνιο ένοιωσε πιο ευδιάθετη. - Το τραύμα διατηρήθηκε καθαρό και σε καλή κατάσταση.</p>

<p>Προβλήματα α ν ά γ κ ε ς συνπτώματα</p>	<p>10. Μελαγχολία. Πεσσιμιστική διά- θεση.</p>	<p>Αντικειμενικός Νοσ/κός Σκοπός</p>	<p>10.- Απαλλαγή της ασθενούς από τα άσχημα αισθήματα - Ανάκτηση θάρ- ρους και δυνανα- μικής στάσης α- πέναντι στην ασθέ- νεια της.</p>	<p>Προγραμματισμός Νοσηλ. Ενεργειών</p>	<p>10. Προγραμματι- σμός تاکτικών διαλόγων με την ασθενή για την ανακάλυψη των αι- τιών της μελαγ- χολίας και τη διασκέδασή τους.</p>	<p>Ε φ α ρ μ ο γ ή π ρ ο γ ρ ά μ μ α τ ο ς Νοσ/κών Ενεργειών.</p>	<p>10. Πραγματοποιή- θηκαν οι συνομιλίες με την ασθενή. Οι αιτίες της μελαγ- χολίας ήταν ο φόβος μιας επικείμενης μετάστασης αλλά &amp; η ανησυχία της πως έχασε πλέον τη θη- λυκότητα και τη σε- ξουλικότητα της. Ενημερώθηκε η ασθε- νής για την πιθα- νότητα μιας επι- κείμενης μετάστασης &amp; εξηγήθηκε σ'αυτή πως η αφάρρεση της μήτρας δεν σημαίνει κατ'ανάγκη απώλεια της θηλυκότητας και της σεξουαλικότη- τας.</p>	<p>Επισ/κή Εκτίμηση Αποτελεσμάτων.</p>	<p>10. Η ασθενής η- ρέμησε. Ανάκτησε ένα μέρος της πα- λίας αν όχι όλη την αισιοδοξία της.</p>
--	--	--	---	---	---	---	---	--	--



Προβλήματα συμπτώματα ανάγκες	Αντικειμενικός Νοσ. Σκοπός.	Προγραμματισμός Νοσ. Ενεργειών.	Εφαρμογή ή Προγράμματος Νοσ. Ενεργειών	Επι/κή εκτίμηση αποτελεσμάτων.
11. Αυπνία	11. Χαλάρωση - ασθενούς. Εξασφάλι- ση καλού ύπνου.	11.- Προγραμματί- ζεται σύνομιγλα με τον ασθενή στην οποία θα αναζη- τηθούν τα αίτια της αυπνίας. - Μείωση-ελαχι- στοποίηση θορύβων. - Χορήγηση ηρε- μιστικών-υπνωτικών φαρμάκων, αν κρι- θεί αναγκαίο και μετά πάντα από εντολή ιατρού.	11.- Πραγματοποιεί- ται η σύνομιγλα. Ανευρίσκονται τα αίτια (κοινά με της μελαγχολίας). Η ασθενής μιλάει και ανακουφίζεται ίσχυρα. - Επιτυγχάνεται ίσχυρα.	11. Η ασθενής μετά τη σύνομιγλα ηρεμεί. Ο ρυθμός του ύπνου γίνεται σταδιακά φυσιολο- γικός. Η ηρωχία μαζί με την ανα- κούφιση από τη συζήτηση & την ενημέρωση της ασθενούς συντε- λούν στην εξα- σφάλιση καλού ύπνου.

Το δεύτερο περιστατικό αναφέρεται στην Ν.Π., 32 ετών, ι-  
διωτική υπάλληλο, παντρεμένη χωρίς παιδιά. Η Ν.Π. προσήλθε στα  
εξωτερικά ιατρεία του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου,  
χωρίς καθόλου συμπτώματα με σκοπό να κάνει έναν γενικό έλεγχο  
της κατάστασης της υγείας της. Κατά τη γυναικολογική εξέταση ο  
τράχηλος παρουσιάστηκε σε γενικά πλαίσια φυσιολογικός, εκτός  
από μια ελαφρά ερυθρότητα. Το test-Pap όμως έδειξε καρκίνο  
τραχήλου μήτρας στο 2ο στάδιο. Η δοκιμασία κατά Shiller και  
στη συνέχεια η βιοψία του τραχήλου επιβεβαίωσαν το test-Pap. Η  
ασθενής στο παρελθόν είχε μια αποτυχημένη προσπάθεια τεκνοποι-  
ησης. (μια αποβολή).

Έγινε εισαγωγή στη γυναικολογική κλινική και μετά από  
προσεκτική μελέτη των δεδομένων καθορίστηκε αγωγή τέτοια που  
και να επιτύχει αποτελεσματική θεραπεία της ασθένειας και ταυ-  
τόχρονα να μη θέσει σε κίνδυνο την αναπαραγωγική λειτουργία  
της άρρωστης. Επιλέχτηκε η αφαίρεση όγκου και η υποβολή της  
αρρώστου σε ακτινοβολία.

Ακολουθεί το διάγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας που πα-  
ρεσχέθη στην ασθενή, με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής διεργασίας.

<p>Προβλήματα ή συμπτώματα ή ανάγκες.</p> <p>1. Εκνευρισμός, κλάμμα, εκδηλώσεις υστερίας. Υβριστική στάση απέναντι σε συγγενείς, νοσηλευτικό &amp; ιατρικό προσωπικό μετά την ενημέρωση της για τη διάγνωση της ασθένειας της.</p>	<p>Αντικειμενικός Νοσηλευτικός σκόπος.</p> <p>1. Να ηρεμήσει η ασθενής και να αντιμετωπίσει ψυχραιμία την κατάσταση της.</p>	<p>Προγραμματισμός Νοσηλευτικών ενεργειών</p> <p>1.- Αφήνεται η ασθενής να ξεσπάσει. - Αν χρειαστεί να δοθεί κάποιο ηρεμιστικό φάρμακο. -Πραγματοποιείται η συζήτηση με την ασθενή μόλις κάπως ηρεμήσει.</p>	<p>Εφαρμογή προγράμματος Νοσηλευτικών ενεργειών</p> <p>1.- Η ασθενής ξεσπάει. - Μετά από εντολή ιατρού της χορηγείται ένα ηρεμιστικό. - Πραγματοποιείται η συζήτηση κατά την οποία εξηγείται στην ασθενή η κατάσταση της με λεπτό &amp; διακριτικό τρόπο. Επικύβνη ενημερώνεται η ασθενής για τις λύσεις που υπάρχουν &amp; σε συνεργασία μαζί της γίνεται επιλογή της θεραπείας. Στη διάρκεια της συζήτησης γίνεται προσπάθεια να νιώσει η ασθενής εμπιστοσύνη &amp; ασφάλεια ανάμεσα στους ανθρώπους που την περιβάλλουν.</p>	<p>Επιστημονική εκτίμηση αποτελεσμάτων</p> <p>1.- Η ασθενής ηρεμεί, δείχνει πιο ψυχραιμία και μοιάζει να εμπιστεύεται τους γύρω της.</p>
--	--	--	---	--

Προβλήματα ή συμπτώματα ανάγκες.	Αντικειμενικός Νοσηλ. Σκοπός.	Προγραμματισμός Νοσ.Ενεργειών.	Εφαρμογή ή προγράμματος Νοσ.Ενεργειών.	Επισ/κή Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
2. Αγωνία & φόβος για το χειρουργείο.	2. Απαλλαγή από τα αισθήματα αυτά.	2.- Συζήτηση με την ασθενή. - Ενημέρωση για τη φύση της επέμβασης & της μετεγχειρητικής κατάστασης.	2.- Πραγματοποιούνται η συζήτηση & ενημερώνεται η ασθενής για τη φύση της επέμβασης & της μετεγχειρητικής κατάστασης.	2.- Μειώνεται η αγωνία & το άγχος & κατά συνέπεια μειώνεται & η πιθανότητα των μετεγχειρητικών επιπλοκών εξαιτίας του άγχους.
3. Προβλήματα κατά την ανάνηψη.	3. Φροντίδα για έγκαιρη έγερση	3. Τοποθέτηση της άρρωστης σε ύπτια θέση, χωρίς μαξιλάρι & με το κεφάλι στο πλάι, για τη διευκόλυνση αποβολής των εκκρίσεων της στοματικής κοιλότητας & την ελευθέρωση των αεραγωγών.	3.- Η ασθενής τοποθετήθηκε στην ανάλογη θέση.	3.- Η ασθενής συνέρχεται σταδιακά.

Προβλήματα ή συμπτώματα ή ανάγκες	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών ενεργειών	Εφαρμογή προγράμματος Νοσηλευτικών ενεργειών	Επιστημονική κριτική ε-σποτελεσμάτων
4. Πόνος (μετεγχειρητικός)	4.- Εξάλειψη αυτού & ανακούφιση της ασθενούς.	4.- Τοποθέτηση της ασθενούς σε αναπαυτική θέση. - Χορήγηση αναλγητικών ανάλογα με τον πόνο, μετά από εντολή ιατρού. - Εντριβή των πιεζόμενων μελών.	4.- Η ασθενής τοποθετήθηκε σε αναπαυτική θέση. - Έγινε εντριβή των πιεζόμενων μελών. - Χορηγήθηκαν παυσίπονα.	4.- Χαλάρωση μυών & ανακούφιση της ασθενούς. - Απαλλαγή από τον πόνο. - Ηρεμία και ξεκούραση.
5. Δημιουργία αιματώματος στην περιοχή του τραύματος.	5. Εξαφάνιση του αιματώματος & κάθε μορφής επιπλοκή από το χειρουργικό τραύμα.	5.- Έλεγχος παραχέτευσης του τραύματος. - Σε περίπτωση που αργεί η απορρόφηση αφαιρούμε το αιμάτωμα αφού πρώτα αφαιρέσουμε μερικά ράμματα του τραύματος. - Χορηγούμε προληπτική αντιβίωση.	5.- Ελέγχθηκε η παραχέτευση του τραύματος. - Απορροφήθηκε το αιμάτωμα & δεν χρειάστηκε επέμβαση & προληπτική αντιβίωση.	5.- Αποφύχθηκε η ταλαιπωρία της άρρωστης & επιδείνωσή της κατάστασής της. - Έγινε πρόληψη λοίμωξης.

Προβλήματα ή συμπτώματα ανάγκες.	Αντικειμενικός Νοσ. Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσ. Ενεργειών.	Εφαρμογή ή Προγράμματος Νοσ. Ενεργειών.	Επιστημική Εκτίμηση Αποτελεσμάτων.
6. Υποψία μόλυνσης του τραύματος.	6. Σωστή αντιμετώπιση του τραύματος & πρόληψη της μόλυνσης.	6.- Να γίνει αλλαγή του τραύματος όπως έχει καθοριστεί. - Να μην εκτίθεται η ασθενής για πολύ ώρα κατά τις διάφορες νοσηλείες. - Να ελεγχθεί το τραύμα & η παροχέτευση του. - Ο χώρος να διατηρείται καθαρός και χωρίς μικρόβια.	6.- Έγιναν αλλαγές στο τραύμα τακτικά & προσεκτικά. - Οι νοσηλεύες έγιναν με τρόπο που δεν εξέθεσαν την άρρωστη για πολύ ώρα. - Εκλέχθηκε το τραύμα & οι παρεχόμενες του. - Μεριμνήθηκε ώστε ο χώρος να παραμένει καθαρός & χωρίς μικρόβια.	6. Με την επιμελημένη περιποίηση του τραύματος το τραύμα επουλώθηκε γρήγορα & απεφύχθη κάποια επιπλοκή ή μόλυνση αυτού.

Προβλήματα συμπτώματα ανάγκες.	Αντικειμενικός Νοσ. Σκοπός.	Προγραμματισμός Νοσ.Ενεργειών.	Εφαρμογή ή Προγράμματος Νοσ.Ενεργειών.	Επιστολή Εκτίμηση Αποτελεσμάτων.
7. Μετεωρισμός.	7. Να ανακουφιστεί η ασθενής.	7.- Να γίνει ελαφρά στροφή του ασθενούς προς τα πλάγια. - Να τοποθετηθεί σωλήνας αερίων στο απευθυσμένο. - Να τοποθετηθεί θερμοφόρα στο επιγάστριο του ασθενούς. - Να χορηγηθούν φάρμακα που αυξάνουν την περισταλτικότητα των εντερικών ελίκων.	7.- Η ασθενής τοποθετήθηκε πλάγια στο κρεβάτι. -Τοποθετήθηκε θερμοφόρα στο επιγάστριο, η περισταλτικού του εντέρου αυξήθηκε & βοήθησε η αποβολή αερίων.	7. Η περισταλτικότητα των εντερικών ελίκων αυξήθηκε, η αποβολή αερίων βοηθήθηκε & η ασθενής ανακουφίστηκε.

<p>Προβλήματα ή συμπτώματα ή ανάγκες.</p> <p>8. Ακτινοδερματίτιδα (κατά &amp; μετά την ακτινοθεραπεία).</p>	<p>Αντικειμενικός Νοσ. Σκοπός.</p> <p>8. Μείωση και εξάλειψη της ακτινοδερματίτιδας.</p>	<p>Προγραμματισμός Νοσ. Ενεργειών.</p> <p>8.- Παρακολούθηση της περιοχής που ακτινοβολείται.          - Αποφυγή χρήσης ερεθιστικών ουσιών          - Καθαρισμός της περιοχής με χλιαρό νερό.          - Τοποθέτηση στην περιοχή αμυλούχων ουδέτερων αλοιφών μετά από ιατρική εντολή.          - Ενημέρωση της ασθενούς να μην ξαπλώνει στην περιοχή του дерματος που παρουσίασε πρόβλημα.          - Διακοπή για ένα χρονικό διάστημα της θεραπείας, αν η βλάβη είναι εκτεταμένη.</p>	<p>Εφαρμογή ή Νοσ. Ενεργειών.</p> <p>8.- Η πάχουσα περιοχή παρακολουθείται.          - Η περιοχή πλένεται με χλιαρό νερό και ουδέτερο σαπούνι και αποφεύγονται οι ερεθιστικές ουσίες.          - Τοποθετήθηκαν αμυλούχες ουδέτερες αλοιφές.</p>	<p>Επισημονική Εκτίμηση ή Αποτελεσμάτων.</p> <p>8. Η ακτινοδερματίτιδα περιορίστηκε.</p>
---	--	---	---	--



## Ε π ί λ ο γ ο ς

Φτάνοντας λοιπόν στο τέλος της εργασίας, κατανοούμε πως δεν είναι δυνατό, μέσα από μια τέτοια προσπάθεια και μόνο να φωτίσουμε όλες τις πλευρές αυτού του τεράστιου θέματος που λέγεται νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο τραχήλου της μήτρας. Αυτό όμως που πρέπει να μας μείνει, είναι πως η προσφορά φροντίδας στην καρκινοπαθή είναι ιερό καθήκον και ιερή υποχρέωση των ατόμων που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα. Η νοσηλευτική αυτή φροντίδα που προσφέρεται, για να είναι ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη θα πρέπει να συνδυάζει την ανθρωπιά και τη γνώση, θα πρέπει να προσφέρεται με αγάπη και στοργή και να επιστρατεύει όλη την ανθρωπιά και την ανιδιοτέλεια των νοσηλευτών-τριών.

Β ι β λ ι ο γ ρ α φ ί α

ΚΟΥΡΟΥΝΗΣ Σ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ, "Παθολογία Τραχήλου Μήτρας - ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗ", Εκδόσεις άτλας, Β' έκδοση, Αθήνα 1991.

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Α. Μ. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Φ. Σ., ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ - Γενική - Παθολογική - Χειρουργική", Τόμος Α', 'Έκδοση Ιεραποστολικής Ένωσης Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ", 'Έκδοση δέκατη, Αθήνα 1987.

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Α. Μ. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Φ.Σ., "ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ - Παθολογική - Χειρουργική", Τόμος Β', Μέρος 2ο, 'Έκδοση Ιεραποστολικής Ένωσης Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ", 'Έκδοση δέκατη, Αθήνα - Απρίλιος 1988.

ΜΑΝΤΑΛΕΝΑΚΗΣ Ι. ΣΕΡΓΙΟΣ, "Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας", Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγορίου Κ. Παρισιάνου, Αθήνα 1985.

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΝΙΚΟΣ, "Γυναικολογία", Εκδόσεις "Φωτοτυπική" Λασκαριδής - Αλεξιάδης - Δρίγγας, Θεσσαλονίκη 1986.

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΝΙΚΟΣ, "Γυναικολογία", Εκδόσεις "Φωτοτυπική" Λασκαριδής - Αλεξιάδης - Δρίγγας, Θεσσαλονίκη 1987.

ΠΟΥΓΓΟΥΡΑΣ Θ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, "Μαιευτική - Γυναικολογία", Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων, Αθήνα 1983.

ΡΑΓΙΑ ΧΡ. ΑΦΡΟΔΙΤΗ, "Βασική Νοσηλευτική", 'Έκδοση Α.Χ.Ραγιά, Αθήνα 1987.

ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ Α. - ΠΑΝΟΥ Μ., "Παθολογική και Χειρουργική Νο-  
σηλευτική - Νοσηλευτικές Διαδικασίες", Τόμος Α, Εκδόσεις  
"ΒΗΤΑ", medical arts, Αθήνα 1984.

