

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ

"ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΟΥ"

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΚΟΥΝΗΣ Ν.

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ
ΜΥΛΩΝΑ ΣΟΦΙΑ

ΠΑΤΡΑ 1994



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1280
----------------------	------

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- ΕΙΣΑΓΩΓΗ
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1
- Ανατομία του προστάτη. σελ. 3
- Φυσιολογία του προστάτη. σελ. 4
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2
ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ
- Επιδημιολογία του καρκίνου. σελ. 6
- Αιτιολογία. σελ. 8
- Παθολογία του προστάτη. σελ. 10
- Στάδια εξέλιξης του καρκίνου. σελ. 12
- Κλινική εικόνα. σελ. 15
- Μετάσταση σελ. 17
- Διάγνωση. σελ. 18
- Διαφορική διάγνωση. σελ. 20
- Θεραπεία. σελ. 21
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ
- Εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο. σελ. 27

▪ Προεγχειρητική φροντίδα.	σελ. 29
Γενική προεγχειρητική ετοιμασία	σελ. 31
Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία.	σελ. 33
Τελική προεγχειρητική ετοιμασία.	σελ. 34
▪ Μετεγχειρητική φροντίδα.	σελ. 35
Μετεγχειρητικές επιπλοκές.	σελ. 37
Πρόληψη του καρκίνου.	σελ. 39
▪ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ	
▪ Περιγραφή περιπτώσεως με υπερηβική προστατεκτομή.	σελ. 41
Περιγραφή περιπτώσεως με διουρηθρική προστατεκτομή .	σελ. 59

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του προστάτη είναι μία από τις σοβαρές αιτίες νοσηρότητας και θνητότητας των μεσηλικών και των ηλικιωμένων αρρένων στις ανεπτυγμένες δυτικές χώρες. Περίπου 1 στους 10 άρρενες αναμένεται να αναπτύξει κλινικώς καρκίνο του προστάτου κατά τη διάρκεια της ζωής του.

Ο προστατικός καρκίνος είναι από τους συχνότερους στον άντρα, και η δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο. Ο καρκίνος που μέχρι πριν λίγα χρόνια εθεωρείτο μοιραίο και σχεδόν αθεράπευτο νόσημα, σήμερα έχει καταλήξει να μην είναι ούτε αναπόφευκτος ούτε ακατανίκητος.

Η πρόοδος στη θεραπευτική αντιμετώπιση των κακοηθών νεοπλασιών μας κάνει αισιόδοξους για τον περιορισμό των περιπτώσεων με καρκίνωμα του προστάτη. Πρέπει να κατανοήσουμε την σπουδαιότητα της πρόληψης και την αναγκαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης της νόσου αν θέλουμε στο μέλλον να βλέπουμε όλο και λιγότερους ανθρώπους να πεθαίνουν ή να αποκτούν διάφορα άλλα σωματικά και ψυχικά προβλήματα, κατάλοιπα του καρκίνου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. Ανατομία του προστάτη.
2. Φυσιολογία του προστάτη.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ο προστάτης βρίσκεται μέσα στην ελάσσονα πύελο, πίσω από το κατώτερο μέρος της ηβικής σύμφυσης και μπροστά από τη λήκυθο του απευθυσμένου, απ' όπου μπορούμε και να τον ψηλαφίσουμε. Κάτω από τον προστάτη βρίσκεται το ουρογεννητικό τρίγωνο, από πάνω δε η ουροδόχος κύστη και οι σπερματοδόχες κύστεις μαζί με τις σπερματικές ληκύθους.

Ο προστάτης περιβάλλεται από μια ατελή κάψα, που εμφανίζει κορυφή, βάση και τέσσερις επιφάνειες, πρόσθια, οπίσθια και δύο πλάγιες.

Ο προστάτης περιβάλλεται από μια ατελή κάψα, που εμφανίζει τρία τοιχώματα, το οπίσθιο και τα δύο πλάγια. Το οπίσθιο τοίχωμα αυτής σχηματίζεται από την ευθυπροστατική περιτονία. Η περιτονία αυτή φέρεται κατά μέτωπο ανάμεσα στον προστάτη και στο απευθυσμένο και συνδέεται προς τα πάνω με τον πυθμένα του ευθυκυστικού κολπώματος, προς τα κάτω δε με την μέση περιτονία του περινέου. Τα πλάγια τοιχώματα της κάψας σχηματίζονται από την άνω περιτονία του ανελκτήρα του πρωκτού και από την ενδοπυελική περιτονία. Από την κάψα αυτή αποφλοιώνει ο χειρουργός τον προστάτη.

Ο προστάτης αποτελείται από ένα ινομυώδες στρώμα και από αδένες. Το ινομυώδες στρώμα (ινώδης συνδετικός ιστός και λείες μυϊκές ίνες) σχηματίζει στην αρχή τον ίδιο χιτώνα που περιβάλλει τον προστάτη εσωτερικά. Από την εσωτερική επιφάνεια αυτών φεύγουν ινομυώδη πέταλα, που χωρίζουν την προστατική ουσία σε λοβία και τα οποία συναντώνται στον κεντρικό πυρήνα του προστάτη.

Οι αδένες του προστάτη είναι σωληνοκυψελοειδείς, οι οποίοι μέσα στις αδενοκυψέλες των εμφανίζουν μικρά σωμάτια, που μοιάζουν με τους κόκκους του αμύλου (=προστατικά συγκρίματα), εκβάλλουν δε στην προστατική μοίρα της ουρήθρας με πολλούς εκφορητικούς πόρους, από τους οποίους δύο, μεγαλύτεροι, εκβάλλουν στις πλευρές του σπερματικού λοφιδίου, πολλοί δε μικρότεροι (15-30) στις παραλοφίδες αύλακες.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ο προστάτης είναι αδένας που εκκρίνει ένα λεπτόρευστο, γαλακτόχρο, αλκαλικό υγρό που περιέχει κιτρικό οξύ, ασβέστιο και διάφορες άλλες ουσίες. Κατά την εκσπερμάτιση, η κάψα του προστάτη συσπάται ταυτόχρονα με τις συσπάσεις του σπερματικού πόρου και των σπερματοδόχων κύστεων, κι έτσι στο σπέρμα προστίθεται και το λεπτόρευστο, γαλακτόχρο υγρό του προστάτη.

Η αλκαλική αντίδραση του προστατικού υγρού μπορεί να έχει μεγάλη σημασία για την επιτυχία της γονιμοποίησης του ωαρίου, επειδή το υγρό του σπερματικού πόρου είναι σχετικά όξινο εξαιτίας της παρουσίας σ' αυτό, τελικών προϊόντων του μεταβολισμού των σπερματοζωαρίων και, κατά συνέπεια, ανασταλτικά για την κινητικότητα και την γονιμότητα των σπερματοζωαρίων. Οξίνα επίσης (PH 3,5-4,0) είναι και τα εκκρίματα του κόλπου της γυναίκας. Τα σπερματοζωάρια δεν αποκτούν άριστη κινητικότητα αν το PH του περιβάλλοντος τους δεν ανέβει στα 6,0-6,5 περίπου. Είναι συνεπώς πιθανό ότι το σπερματικό υγρό εξουδετερώνει την οξύτητα των άλλων υγρών μετά την εκσπερμάτιση και αυξάνει πολύ την κινητικότητα και τη γονιμότητα των σπερματοζωαρίων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

1. Επιδημιολογία του καρκίνου.
2. Αιτιολογία.
3. Παθολογία του προστάτη.
4. Στάδια εξέλιξης του καρκίνου.
5. Κλινική εικόνα.
6. Μετάσταση.
7. Διάγνωση.
8. Διαφορική διάγνωση.
9. Θεραπεία.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Από βιοστατιστικά στοιχεία μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι η συχνότητα του καρκίνου παγκόσμια αυξάνει σταθερά τα τελευταία χρόνια. Η αύξηση είναι συνάρτηση των των πιο κάτω παραγόντων:

- Νεοφανεείς, εξωγενείς, περιβαλλοντικοί καρκινογόνοι παράγοντες.
- Αύξηση του μέσου όρου ζωής, με αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των ατόμων ηλικίας πάνω από 60-65 ετών, ηλικία στην οποία παρουσιάζουν μεγάλη συχνότητα τα νεοπλάσματα.
- Διάγνωση διαφόρων μορφών καρκίνου που στο παρελθόν, από αδυναμία διαγνώσεως, καταχωρούνταν σε άλλες παθήσεις ή παρέμεναν αδιάγνωστες.

Φαίνεται πως η αύξηση του καρκίνου αφορά περισσότερο τον άντρα. Υπάρχουν ενδείξεις πως στις χώρες με άρτια υγειονομική οργάνωση σημειώνεται σταθερότητα στη συχνότητα του καρκίνου και στις γυναίκες.

Η συχνότητα του καρκίνου έχει θετική συσχέτιση με το μέσο όρο ζωής, δηλαδή όσο ψηλότερο είναι το προσδόκιμο επιβιώσεως τόσο μεγαλύτερος είναι και ο ειδικός συντελεστής θνησιμότητας από καρκίνο.

Η πορεία της θνησιμότητας από καρκίνο σε σχέση με την ηλικία παρουσιάζει μεγάλη έξαρση μετά το 50^ο-55^ο έτος της ηλικίας, ενώ στην ηλικία 30-40 ετών είναι πολύ περιορισμένη.

Στις αρχές του αιώνα μας οι περισσότεροι άρρωστοι που πάθαιναν καρκίνο πέθαιναν. Στα τέλη του 1930 ένας στους πέντε θεραπευόταν, προς τα τέλη του 1940 ένας στους τέσσερις. Σήμερα το ποσοστό των αρρώστων από καρκίνο που θεραπεύεται έφτασε στο 1:3, δηλαδή στους τέσσερις αρρώστους ο ένας θεραπεύεται ενώ οι τρεις πεθαίνουν.

Η μείωση της θνησιμότητας των αρρώστων με καρκίνο και η αύξηση της επιβιώσεως οφείλονται σε ορισμένους παράγοντες όπως:

- Η διάγνωση της αρρώστιας γίνεται στα αρχικά της στάδια, πριν ακόμα γίνουν μεταστάσεις.
- Τα διαγνωστικά μέσα και οι τεχνικές είναι πολύ καλύτερες σήμερα.

- Οι άρρωστοι εφαρμόζουν θεραπεία μέσα στους πρώτους τέσσερις μήνες από τη διάγνωση της αρρώστιας.
- Οι μέθοδοι θεραπείας και οι τεχνικές με τις οποίες εφαρμόζεται είναι πιο τελειοποιημένες από ότι στο παρελθόν.
- Υπάρχουν περισσότερες πληροφορίες και γίνεται καλύτερη ενημέρωση του κοινού για τους καρκινογόνους παράγοντες του περιβάλλοντος.

Αν και οι πρόοδοι, όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, αναφορικά με την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου είναι αξιόλογοι, εν τούτοις πολλές χιλιάδες ατόμων πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρκίνο. Οι άρρωστοι αυτοί πεθαίνουν επειδή η κακοήθης νεοπλασία που αναπτύχθηκε σε κάποιο σημείο του οργανισμού τους δεν διαγνώσθηκε έγκαιρα ή δεν αντιμετωπίστηκε σωστά.

Ο καρκίνος του προστάτη είναι κακοήθης όγκος της προγεροντικής ηλικίας. Σύμφωνα με ιστοπαθολογικές εξετάσεις σε μεγάλο αριθμό νεκροτομικού υλικού, το 25% όλων των ανδρών προχωρημένης ηλικίας έχουν καρκίνο του προστάτη σε κατάσταση ηρεμίας, ο οποίος κάθε στιγμή χωρίς γνωστή ή εμφανή αιτία μπορεί να μεταπέσει σε εξελισσόμενο.

Στην θνησιμότητα του καρκίνου του άντρα ο καρκίνος κατέχει την 3 θέση μετά τον καρκίνο του πνεύμονα και του γαστρεντερικού σωλήνα.

Ο καρκίνος του προστάτη κατά 80% περίπου αναπτύσσεται στην ραχιαία περιοχή του, ψηλαφητή από το ορθό και μάλιστα μακριά από την ουρήθρα. Έτσι εξηγείται γιατί κατά το αρχικό στάδιο δεν προκαλεί κανένα παθολογικό σύμπτωμα και μόνο με τη συχνή εξέταση από το ορθό μπορεί να διαγνωσθεί.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οι ερευνητές του καρκίνου σήμερα στρέφονται σε δύο κατευθύνσεις αναφορικά με την παθογένεια του καρκίνου. Η μία είναι το υγιές κύτταρο που με άγνωστο μέχρι τώρα μηχανισμό, όταν εκτεθεί σε ορισμένους παράγοντες μετατρέπεται σε κακόηθες και η δεύτερη στα κακοήθη κύτταρα που δεν καταστρέφονται, όπως θα έπρεπε να συμβαίνει από τον ανοσοβιολογικό μηχανισμό του προσβληθέντος οργανισμού.

Υπολογίζονται 500 διαφορετικοί αιτιολογικοί παράγοντες του καρκίνου. Εκτός όμως από τους αιτιολογικούς παράγοντες, υπάρχουν και οι προδιαθεσικοί παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο, το είδος της εργασίας κ.α. που μπορούν να επηρεάσουν το βαθμό της ευαισθησίας του ατόμου στους αιτιολογικούς παράγοντες. Ως αιτιολογικοί παράγοντες αναφέρονται οι ιοί, χημικές ουσίες, φυσικά ερεθίσματα και ορμόνες.

Η ακριβής αιτία του καρκίνου του προστάτη δεν έχει βρεθεί, αλλά οι επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν ότι διάφοροι παράγοντες παίζουν ρόλο στην εμφάνιση του.

Γενετικοί παράγοντες

Ο καρκίνος του προστάτη εμφανίζεται συχνότερα σε μερικές οικογένειες υποδηλώνοντας έτσι μια κοινή γενετική προδιάθεση. Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι οι μαύροι είναι περισσότερο ευπαθείς από ότι οι λευκοί.

Ορμονικοί παράγοντες

Οι ορμόνες επίσης επηρεάζουν την γένεση και την εξέλιξη του καρκίνου. Έχει παρατηρηθεί ότι η εφηβεία έχει αρχίσει αργότερα στους ασθενείς που παρουσίασαν καρκίνο του προστάτη. Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι αυτοί που έχουν υποστεί ευνουχισμό δεν παρουσίασαν καρκίνο του προστάτη.

Η εμφάνιση του καρκίνου του προστάτη μετά την ηλικία των 50 υποδηλώνει ότι η κλινική του έκφραση είναι συνδεδεμένη με αλλαγές στο ενδοκρινικό περιβάλλον και εμφανίζεται σαν γήρας, καθώς το επίπεδο της τεστοστερόνης του ορού μειώνεται

και αυξάνεται ανάλογα η σχέση των οιστρογόνων προς τη τεστοστερόνη. Οι άνδρες με καρκίνο του προστάτη, εκκρίνουν μικρότερα ποσά ανδροστερόνης, και έχουν χαμηλότερα επίπεδα ορού εστρογένης και οιστραδιόλης.

Δίαιτα

Μελέτες έχουν δείξει ότι ο δυτικοποιημένος τρόπος διατροφής, υψηλός σε ζωικά λίπη, συνδέεται με την υψηλή αναλογία θνησιμότητας, ενώ ο παραδοσιακός Ιαπωνικός τρόπος διατροφής, πλούσιος σε κίτρινα και πράσινα λαχανικά, φαίνεται να έχει προστατευτικά αποτελέσματα.

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

Χημικά Καρκινογενή

Οι άνδρες που έχουν εργασία σχετική με μπαταρίες και είναι χρόνια εκτεθειμένοι στο κάδμιο έχει αποδειχθεί ότι έχουν μεγαλύτερο ποσοστό περιστατικών προστατικού καρκινώματος. Η μόλυνση του αέρα ίσως εξηγεί το υψηλότερο ποσοστό περιπτώσεων στις αστικές από ότι στις αγροτικές περιοχές. Απασχολήσεις με κόμη, λιπάσματα και κλωστουφαντουργίες, έχουν επίσης συνδεθεί με υψηλότερα ποσοστά προστατικού καρκινώματος.

Ιοί

Δεν έχει εδραιωθεί άμεση αιτιώδης σχέση ανάμεσα στους ιούς και το προστατικό καρκίνωμα. Μόρια ιών έχουν παρατηρηθεί με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο σε καρκινωματικό προστατικό ιστό. Μια χρονική σχέση έχει εδραιωθεί ανάμεσα στα περιστατικά γονόρροιας, και σε μια επακόλουθη αύξηση στα περιστατικά καρκίνου.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Το νεόπλασμα, διαταραχή της "ομοιοστασίας" των κυττάρων, αποτελείται από κύτταρα παθολογικά, αλλά χωρίς ουσιώδη διαφορά στη λειτουργία τους από τα φυσιολογικά. Λέγεται ότι το νεόπλασμα αποτελεί ομάδα απείθαρχων, επαναστατικών κυττάρων, που η ανάπτυξη τους είναι άσκοπη, επιζήμια και μπορεί να οδηγήσει τον οργανισμό σε θάνατο.

Η βασική μορφολογική ανωμαλία των καρκινωματοδών κυττάρων έχει να κάνει με βασικές αλλαγές στη γενετική πληροφορία, που φέρουν τα νουκλεϊκά οξέα. Οι ιοί, οι ακτινοβολίες, οι κυτταροστατικές ουσίες δρώντας ακριβώς με τη μεταβολή που προκαλούν στη δομή του DNA είναι γνωστοί καρκινογόνοι παράγοντες. Αλλά για να δημιουργηθεί ο όγκος πρέπει να συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες.

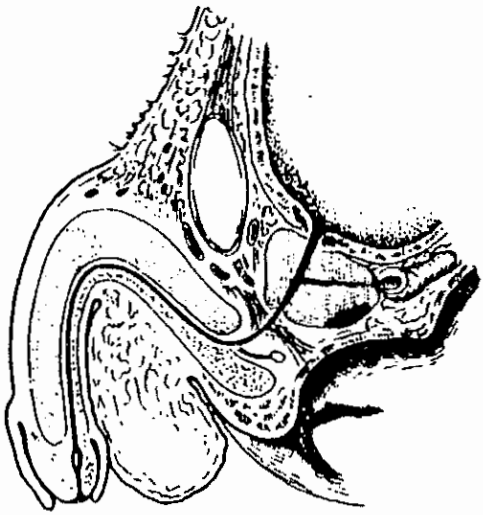
Όσον αφορά τον προστάτη ο κακοήθης σχηματισμός συμβαίνει στα κύτταρα του στελέχους του κυψελοειδούς προστατικού επιθηλίου. Ο βαθμός παρέκλισης μπορεί να δώσει μεγάλη ποικιλία εμφανίσεων στον καρκίνο του προστάτη. Διαφορές στην αδενική δομή μπορούν να εμφανιστούν σε διαφορετικά τμήματα του ίδιου όγκου, πράγμα που προκαλεί δυσκολία και σύγχυση στην καταχώρηση των προστατικών καρκίνων.

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

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

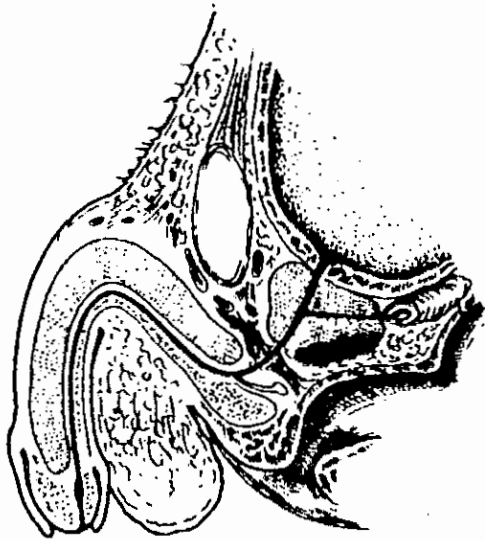
Η αύξηση του μεγέθους του προστάτη διαταράσσει το φυσιολογικό μηχανισμό της ουρήσεως αποφράσσοντας σταδιακά τον κυστικό αδένα και διαταράσσοντας τους μηχανισμούς που προκαλούν τη διάνοιξη του κυστικού στομίου προς την ουρήθρα. Για να υπερνικήσουν το εμπόδιο το τοίχωμα της κύστεως και ο εξωστήρας μυς υπερτρέφονται, και οι υπερτροφικές μυϊκές δεσμίδες παρουσιάζονται κυστοσκοπικώς

σαν δοκίδες κάτω από το βλενογόνο, με ψευδοεκκολπώματα του κυστικού βλενογόνου. Έτσι σχηματίζεται η "δοκιδωτή κύστη ή κύστη εκ προσπαθείας".



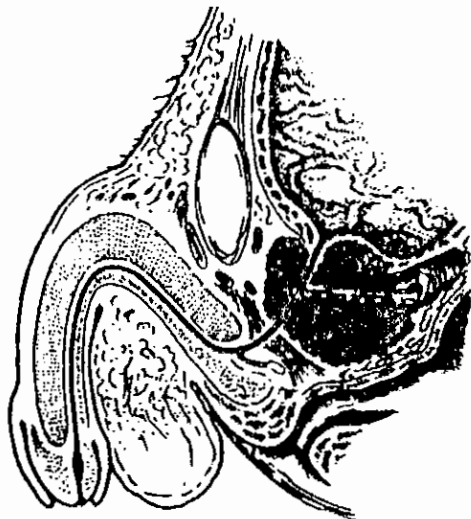
α

α) Αρχόμενος
καρκίνος του προστάτου
(άσυμπτωματικός).



β

β) Προεχόμενος καρκίνος του προστάτου (άσυμπτωματικός)



γ

γ). Καρκίνος του προστάτου κατά το τελικόν στάδιον (διαταραχή της ούρησης και αιματουρία).

ΣΤΑΔΙΑ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Προκειμένου να βοηθηθεί ο γιατρός να προγραμματίσει τη θεραπεία να δώσει μερικές ενδείξεις για την πρόγνωση της αρρώστιας και να βοηθηθεί στην εκτίμηση των αποτελεσμάτων από τη θεραπεία που εφάρμοσε στον άρρωστο με καρκίνο, πρέπει να προσδιορισθεί ευρύτερα η νόσος σε σχέση με την έκτασή της. Αυτή η διαδικασία καλείται σταδιοποίηση. Όταν κατά τη σταδιοποίηση του καρκίνου γίνεται συστηματική διερεύνηση,

- των χαρακτηριστικών του πρωτοπαθούς καρκίνου (με κλινική και παθολογοανατομική εξέταση),
- της προσβολής λεμφαδένων (με κλινική εξέταση, λεμφαγγειογραφία και ίσως βιοψία) και
- της διαπιστώσεως υπάρξεως μεταστάσεων τότε χρησιμοποιείται το σύστημα TNM σταδιοποιήσεως.

Το σύστημα TNM είναι ο πιο συνηθισμένος τύπος σταδιοποιήσεως του καρκίνου σήμερα. TNM είναι τα αρχικά γράμματα των λέξεων Tumor, Node και Metastasis (όγκος, αδένας, μετάσταση). Το T_0 , T_1 , T_2 , T_3 και T_4 αναφέρεται στο μέγεθος του όγκου. Το T_0 σημαίνει πως δεν υπάρχει ένδειξη καρκίνου. Το N αναφέρεται στους περιφερικούς λεμφαδένες. Το N_0 ερμηνεύεται πως οι περιφερικοί λεμφαδένες δεν φαίνονται παθολογικοί, το N_1 πως ένας περιφερικός αδένας έχει προσβληθεί, το N_2 πως περισσότεροι από ένας προσβλήθηκαν, το N_3 αναφέρεται στο βαθμό της προσβολής των λεμφαδένων. Τέλος το M αναφέρεται στη μετάσταση, ο δε αριθμός δίπλα στο M παρουσιάζει τον αριθμό των οργάνων ή και των απομακρυσμένων λεμφαδένων στους οποίους έγινε η μετάσταση. Όταν δεν έγινε μετάσταση, κοντά στο M μπαίνει το 0. π.χ. $T_2N_0M_0$ σημαίνει πως ο όγκος έχει μέγεθος 2 εκ., δεν έχει προσβάλλει αδένες και δεν έχει κάνει μετάσταση. Το σύστημα TNM σταδιοποιήσεως του καρκίνου που εισήγαγε η American Joint Committee for Cancer Staging, αποβλέπει ακόμη στη διευκόλυνση ανταλλαγής πληροφοριών και στην προσφορά βοήθειας για τη συνέχιση της έρευνας του καρκίνου.

Άλλο σύστημα σταδιοποιήσεως του καρκίνου είναι το 0, I, II, III και IV. Το στάδιο 0, που ονομάζεται και "λανθάνον", αρχίζει από τη στιγμή που γίνεται

μετατροπή των φυσιολογικών κυττάρων σε άτυπα (νεοπλασματικά), μέχρι της εμφάνισης των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων. Η χρονική του διάρκεια είναι άγνωστη, επηρεάζεται από τη μορφή των κυττάρων, τη θέση της εκδηλώσεως κ.α. Το στάδιο αυτό της εξέλιξης του καρκίνου μπορεί να διαγνωσθεί με κυτταρολογική εξέταση και θεραπεύεται 100%. Το στάδιο I χαρακτηρίζεται από ανώμαλο πολλαπλασιασμό των κακοηθών κυττάρων, είσδυση τους στα βαθύτερα κυτταρικά στρώματα τα οποία διηθούν και συχνά και εμφάνιση των πρώτων ενοχλημάτων. Το ποσοστό θεραπείας στο στάδιο αυτό φθάνει στα 90%. Αν ο καρκίνος αφηθεί στην τύχη του διηθεί, διαβιβρώσκει και καταστρέφει τους γειτνικούς ιστούς και όργανα. Μερικά καρκινικά κύτταρα αποσπώνται και μπαίνουν στη λεμφική κυκλοφορία, διηθούν τα πρώτα λεμφογάγγλια και τα μεταβάλλουν σε σκληρά ογκίδια. Η φάση αυτή της κλινικής εξέλιξης ονομάζεται γαγγλιακή διήθηση επιχωρίων γαγγλίων και αντιπροσωπεύει το στάδιο II. Στο στάδιο αυτό το ποσοστό επιτυχίας φτάνει και το 50%.

Σε ανεμπόδιση εξέλιξη του καρκίνου, τα καρκινικά κύτταρα μεταφέρονται με τη λεμφική και αιματική κυκλοφορία, καθλώνονται σε απομακρυσμένα γάγγλια και όργανα, όπου εγκαθίστανται και τα διηθούν, δηλαδή έχουμε την μετάσταση του καρκίνου. Η φάση αυτή της εξέλιξης του καρκίνου αποτελεί το στάδιο III. Στο στάδιο αυτό προστίθενται συμπτώματα από όργανα που προσβάλλονται με τις μεταστάσεις. Το ποσοστό θεραπείας στο στάδιο αυτό είναι πολύ μικρό, έως και 20%.

Τέλος στο στάδιο IV, τα καρκινικά κύτταρα με τη λέμφο και το αίμα μεταφέρονται στα περισσότερα όργανα του σώματος και έχουμε τη γενίκευση του καρκίνου. Στο στάδιο αυτό εκδηλώνεται η καχεξία και ο θάνατος είναι συνήθως επακόλουθο της μεταστάσεως του καρκίνου στον εγκέφαλο ή το ήπαρ, αιμορραγίας που δε μπορεί να ελεγχθεί, αποφράξεως εντέρου ή βρόγχων, ουραιμίας από απόφραξη ουρητήρων κ.α.

Η επικρατέστερη ταξινόμηση των σταδίων εξέλιξης είναι του Jewett και είναι η ακόλουθη:

Στάδιο A₁: Ορισμένα μόνο τεμάχια αδενώματος περιέχουν καρκινικά κύτταρα. Η όξινη φωσφατάση είναι φυσιολογική.

Στάδιο A₂: Μεγαλύτερες εστίες καρκινικής διηθήσεως, φυσιολογική όξινη φωσφατάση.

Στάδιο B₁: Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από το οζίδιο του Jewett που είναι 1 cm σε διάμετρο και περιορίζεται σ' ένα λοβό.

Στάδιο B₂: Χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερη επινέμηση αλλά η οζώδης σκλήρυνση παραμένει εντός των ορίων ενός λοβού.

Στάδιο C: Η σκλήρυνση επεκτείνεται σε μεγάλο μέρος του λοβού ή και στον άλλο λοβό αλλά δεν υπάρχει διάτρηση της κάψας του προστάτου. Συνήθως η όξινη φωσφατάση είναι φυσιολογική.

Στάδιο D: Υπάρχει διάτρηση της κάψας και επέκταση του καρκίνου σε παρακείμενα όργανα. Η όξινη φωσφατάση είναι αυξημένη και υπάρχουν έκδηλες μεταστατικές εστίες στους λεμφαδένες, οστά ή άλλα όργανα.

Υπάρχουν διάφορες απόψεις όσον αφορά την ύπαρξη μορφών καρκίνου καλοήθους ή κακοήθους εξελίξεως, μορφών που μπορεί κανείς να είναι λιγότερο ή περισσότερο επιθετικός στη χειρουργική θεραπεία. Κατά νεώτερες απόψεις που είναι βασισμένες σε ογκομετρικές μελέτες της καρκινικής διήθησης και παρατεταμένη χρονική παρακολούθηση των ασθενών, δεχόμαστε ότι δεν υπάρχουν διάφοροι τύποι καρκίνου του προστάτη (καλοήθεις ή κακοήθεις) αλλά μόνο ένας τύπος που μπορεί όμως να εξελιχθεί και από μία καλοήθη κλινική πορεία να ακολουθήσει μετά ένα χρονικό διάστημα μία κακοήθη με μεταστάσεις και καλπαστικό ρυθμό ανάπτυξης. Φαίνεται ότι πραγματικά ο καρκίνος του προστάτη ακολουθεί στην αρχή του ένα βραδύ ρυθμό εξέλιξης που είναι συνάρτηση του αριθμού των καρκινικών κυττάρων ή του μεγέθους της καρκινικής διηθήσεως. Όταν όμως το μέγεθος της διηθήσεως φθάσει στο 1 gr (δηλαδή 10^9 καρκινικά κύτταρα) ο καρκίνος μεταπίπτει σε μια κλινικά έκδηλη και οπωσδήποτε πιο κακοήθη μορφή.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Παρά την μεγάλη έκταση του καρκίνου του προστάτη, ο όγκος συχνά διαφεύγει την προσοχή μέχρις ότου η ασθένεια να προχωρήσει.

Ο καρκίνος του προστάτη εμφανίζεται στο περιουριθρικό τμήμα του αδένου, και είναι υπεύθυνος για τα παρεμποδιστικά συμπτώματα που εμφανίζονται στην ούρηση. Οι διαταραχές στην ούρηση είναι οι πρώτες κλινικές εκδηλώσεις της ασθένειας και σχετίζονται με τον εντοπισμό του όγκου: μια μικρή υπερπλασία που αναπτύσσεται προς την ουρήθρα προκαλεί μεγάλα ενοχλήματα, ενώ μεγάλα αδενώματα χωρίς στοιχεία ενδοουρηθρικής είναι αθόρυβα.

Η εξέλιξη της πάθησης είναι βραδεία. Αυτό οφείλεται στο ότι ο ασθενής δεν αντιλαμβάνεται γρήγορα το φαινόμενο της δυσουρίας και το θεωρεί σαν φυσιολογικό, λόγω ηλικίας. Στην αρχή υπάρχει ικανοποιητική ούρηση παρά την απόφραξη. Η δυσουρία εκδηλώνεται με καθυστέρηση στην έναρξη της ουρήσεως, με παράταση του χρόνου που διαρκεί ή με ελάττωση της ακτίνας των ούρων. Καθώς όμως η απόφραξη αυξάνεται η ούρηση αρχίζει να γίνεται με διακοπές, η ροή των ούρων επιβραδύνεται, ο ασθενής αναπτύσσει μείωση της ικανότητας για ούρηση, αδυναμία της διαδικασίας εκκίνησης της ούρησης, αδυναμία διακοπής της ούρησης, μετακκενωτική σταγονοειδής συνέχιση της, αίσθημα αδυναμίας κένωσης της κύστης και συνήθως αίσθηση κατακράτησης ούρων.

Μαζί με την δυσουρία εμφανίζεται και συχνουρία. Είναι διαταραχή κατά την οποία ο άρρωστος παρουσιάζει συχνές ουρήσεις με κύριο χαρακτηριστικό ότι σε καθεμία από αυτές βγαίνει μικρό ποσό ούρων. Έτσι ο αριθμός των ουρήσεων στο 24ωρο είναι πάνω από 6-7 και το ποσό των ούρων κάθε ουρήσεως πολύ μικρότερο από 200 ml.

Με την εξέλιξη της νόσου εμφανίζεται νυκτουρία, αύξηση της συχνότητας της διάθεσης για ούρηση, ακράτεια ούρων.

Η τοπική ανάπτυξη του όγκου ίσως να προκαλέσει πρωκτική παρεμπόδιση που έχει σαν αποτέλεσμα το μειωμένο διαμέτρημα των κοπράνων και πόνο στην αφόδευση. Η τοπική επέκταση του όγκου ίσως προκαλέσει πόνο του πρωκτού ή του περινέου.

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

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

Η εξέταση του ασθενή δείχνει επίσης δευτερογενή αναιμία με αιτιολογία την νεφρική ανεπάρκεια, υδρονέφρωση, διογκωμένη κύστη και άλλα ευρήματα που σχετίζονται με τη νεφρική ανεπάρκεια.

Ο καθετηριασμός αποτελεί συγχρόνως διαγνωστικό και θεραπευτικό μέσο. Η στάση των ούρων ευνοεί γενικά την ανάπτυξη φλεγμονής και ανιούσας μόλυνσεως των νεφρών, που επιδεινώνεται και από την πιθανή κυστεονεφρική παλινδρόμηση λόγω της χρόνιας κυστικής διατάσεως και έτσι μπορεί να αναπτυχθεί περιτονίτιδα.

ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ

Περίπου το 15-40% των ασθενών παρουσιάζουν συμπτώματα που προκαλούνται από μετάσταση. Δυστυχώς η πρώιμη ανίχνευση καρκίνου του προστάτη εμποδίζεται, γιατί το 10-20% των όγκων είναι πολύ μικροί για να ανευρεθούν με ψηφιακή πρωκτική εξέταση.

Σε ένα ηλικιωμένο άντρα παράπονα για επίμονους πόνους στα κόκκαλα, ειδικά στην σπονδυλική στήλη ή στη λεκάνη, θα πρέπει πάντα να δίνουν αφορμή για παρεταίρω έρευνα. Όταν η μεταστατική ασθένεια είναι εκτενής, η ανάμειξη του μυελού των οστών ίσως να είναι τόσο οξεία, έτσι ώστε να προκαλέσει αναιμία. Η ακτινογραφία θώρακος ίσως δείξει σημάδια πυλαίας κομβικής μετάστασης, ή παρουσία οστεοβλάστης στα πλευρά.

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

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της παθήσεως στηρίζεται σε μια σειρά εξετάσεων, εκτός από τη λήψη του ιστορικού του ασθενούς.

α. Αντικειμενική εξέταση: ψηλάφηση και επίκρουση της υπερηβικής χώρας για τον έλεγχο υπολείματος ούρων, ψηλάφηση νεφρών.

β. Δακτυλική εξέταση: είναι η σπουδαιότερη διαγνωστική εξέταση για τον καρκίνο του προστάτου. Με αυτή ανευρίσκεται περιοχή του προστάτου σκληρή σαν πέτρα, με ασαφή όρια και ανώδυνη. Άλλοτε παρατηρούνται ένα ή περισσότερα σκληρά οζίδια. Με τη δακτυλική εξέταση προσδιορίζεται επίσης η έκταση της νεοπλασίας, αν δηλαδή αφορά τμήμα του λοβού ή ολόκληρο το λοβό ή και τον αδένα και ερευνάται εάν υπάρχει διήθηση της κάψας των σπερματοδόχων κύστεων και σπάνια εάν αποφράσσεται το ορθό από την καρκινική διήθηση. Πάντως θα πρέπει να σημειωθεί ότι η έλλειψη σκληρίας του προστάτου με την ψηλάφηση δεν αποκλείει την πάθηση, αφού ο καρκίνος μπορεί να αναπτυχθεί και μέσα στο αδένωμα.

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

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

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

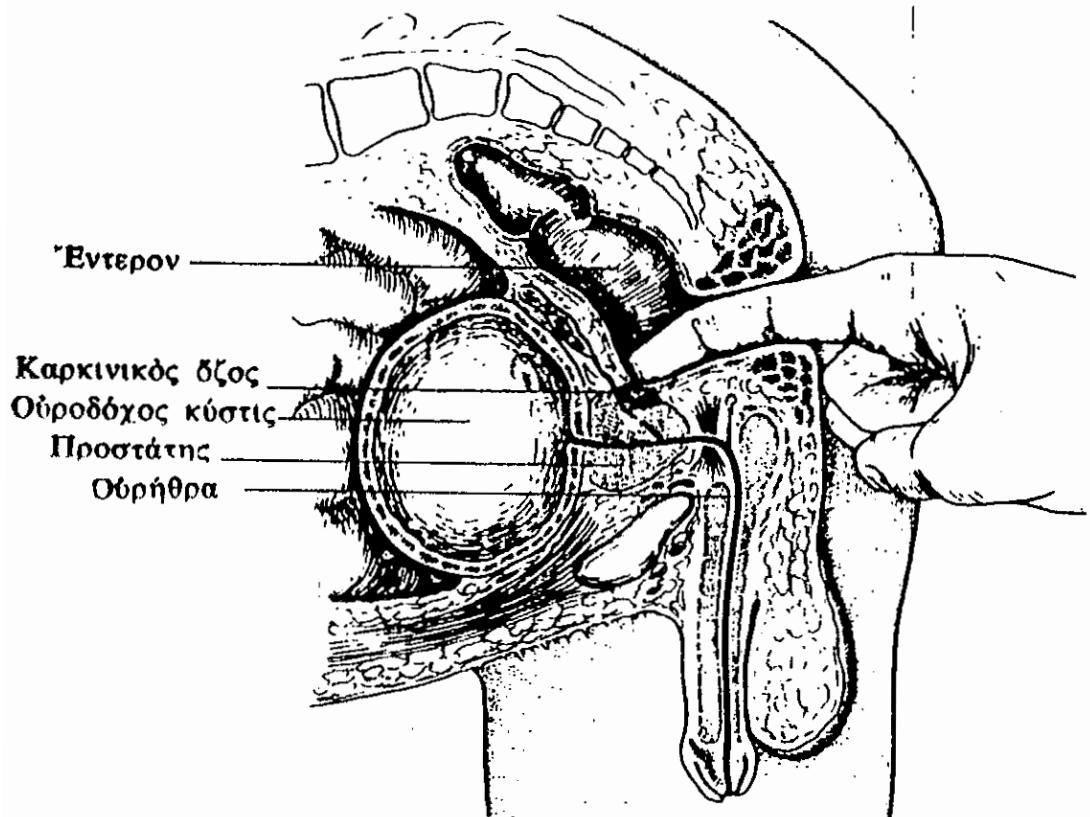
δ. Κυστεοσκόπηση: Σκοπός της είναι ο ενδοσκοπικός έλεγχος της κύστης μέσω ενός εύκαπτου συστήματος οπτικών ινών, καθώς και της ουρήθρας.

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

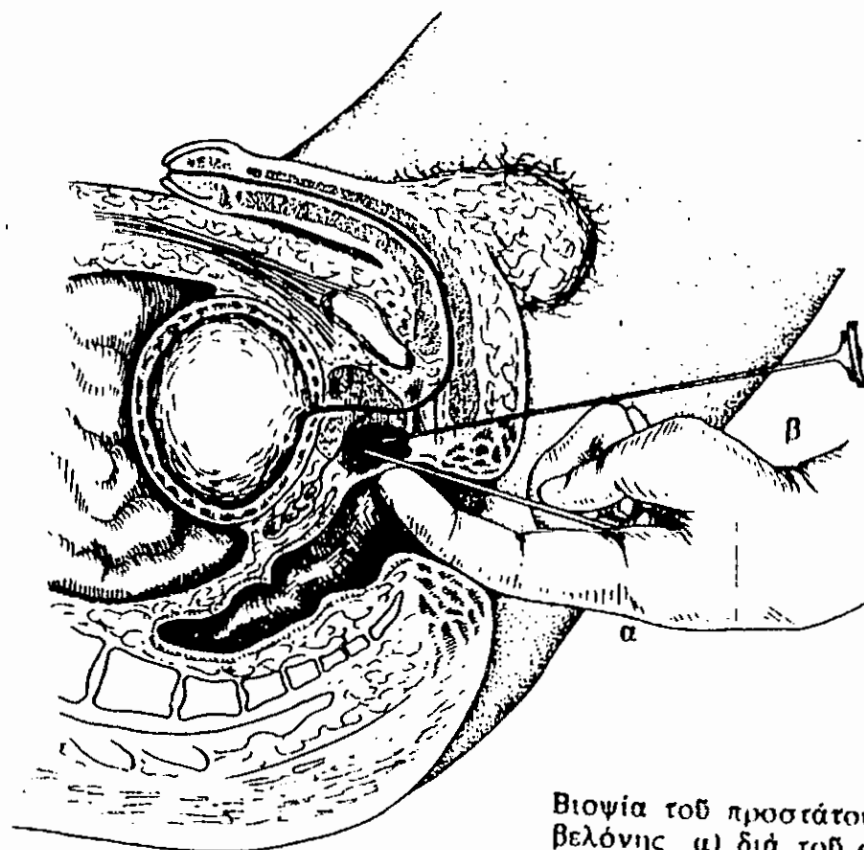
στ. Γενική αίματος για έλεγχο αιματοκρίτη, ταχύτητας καθίζησης, χρόνου ροής και πήξης, ειδικού προστατικού αντιγόνου PAS και ομάδας αίματος.

ζ. Απλή ακτινογραφία και ακτινογραφία θώρακος, για τον έλεγχο του ουροποιητικού συστήματος και κυρίως των οστών της λεκάνης, της σπονδυλικής στήλης και του μηρού για μεταστάσεις. Πολλές φορές οι μεταστάσεις φαίνονται μόνο με σπινθηρογράφημα σκελετού.

η. Η ενδοφλέβια ουρογραφία μπορεί να αποκαλύψει υδρονέφρωση από υπερτροφία του τριγώνου και λειτουργική απόφραξη, ή από απόφραξη των ουρητήρων, λόγω μεταστάσεων στους πνευλικούς λεμφαδένες, ή και από άμεση διήθηση των ουρητηρικών στομίων του τριγώνου.



— Διάγνωση ασυμπτωματικού άρχομένου καρκίνου του προ-
στάτου δι' εξέτασεως από του όρθου.



Βιοψία του προστάτου διά
βελόνης α) διά του όρθου
β) περινεϊκή

— Βιοψία διά βελόνης.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

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

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

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

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

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

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

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

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

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

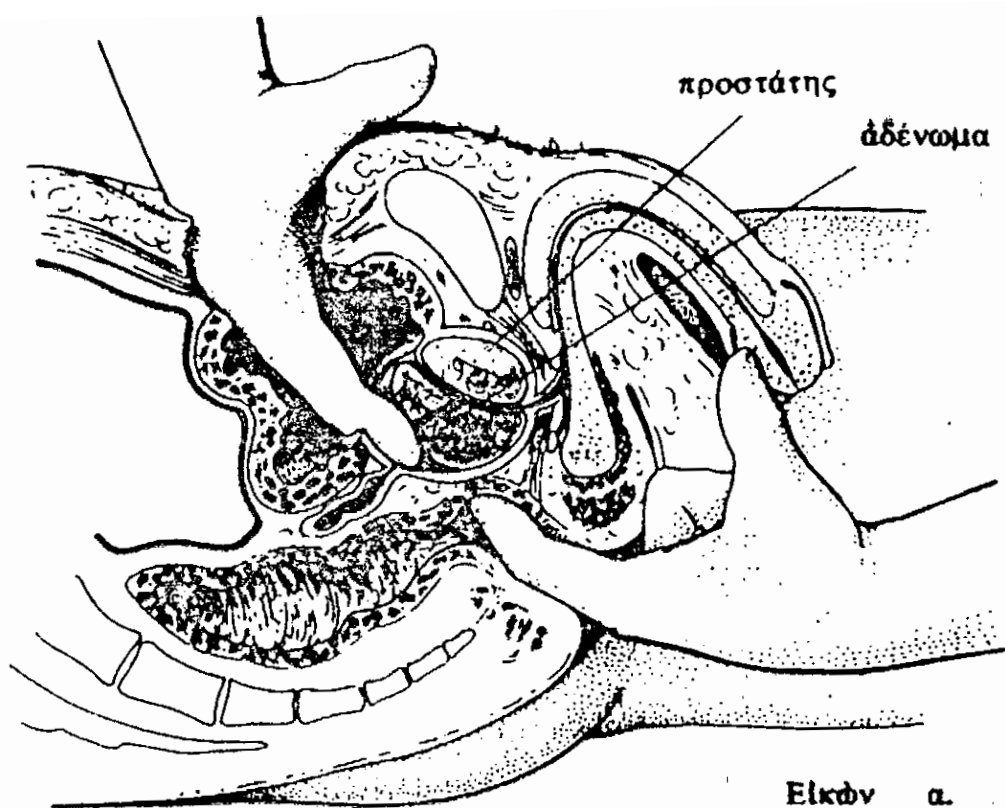
Οι επιστήμονες υγείας που ασχολούνται με τον άρρωστο που πάσχει από καρκίνο, έχουν σαν κύριο στόχο τη θεραπεία του. Ταυτόχρονα όμως τον ενημερώνουν για τις επιπτώσεις της αρρώστιας, που πολύ συχνά έχουν σχέση με τη λειτουργία οργάνων και συστημάτων και την ακεραιότητα τους. Ποτέ δεν δικαιολογείται η επιλογή και εφαρμογή μιας θεραπείας χωρίς την κυτταρολογική ή ιστολογική επιβεβαίωση της αρρώστιας. Οι εξετάσεις αυτές θα δώσουν πληροφορίες για τον καθορισμό όχι μόνο του είδους, αλλά και του τρόπου της θεραπείας. Η κάθε θεραπευτική μέθοδος έχει καθορισμένες ενδείξεις, είτε σαν μόνη θεραπεία, είτε σε συνδυασμό με τις άλλες, ανάλογα με τον ιστολογικό τύπο, το βαθμό διαφοροποίησεως, την έκταση της αρρώστιας, την ηλικία και την υγεία του ατόμου.

Η θεραπευτική αγωγή περιλαμβάνει τη θεραπεία των επιπλοκών της παθήσεως. Στην οξεία επίσχεση γίνεται εκκενωτικός καθετηριασμός και αντιφλεγμονώδης αγωγή. Αν η ούρηση δεν αποκατασταθεί τοποθετείται μόνιμος καθετήρας. Στην χρόνια επίσχεση αν έχει διαταραχθεί η νεφρική λειτουργία από την αμφοτερόπλευρη υδρονέφρωση, τοποθετείται μόνιμος καθετήρας, αφού αδειάσει σταδιακά η κύστη, για να αποφευχθεί η αιματουρία που μπορεί να γίνει από απότομο αδειασμα της κύστης και οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές που μπορεί να προκύψουν από τη μεγάλη διούρηση. Στην αιματουρία, αν αυτή είναι μικρή, συνίσταται η λήψη άφθονων υγρών και χορηγείται αντιφλεγμονώδης αγωγή.

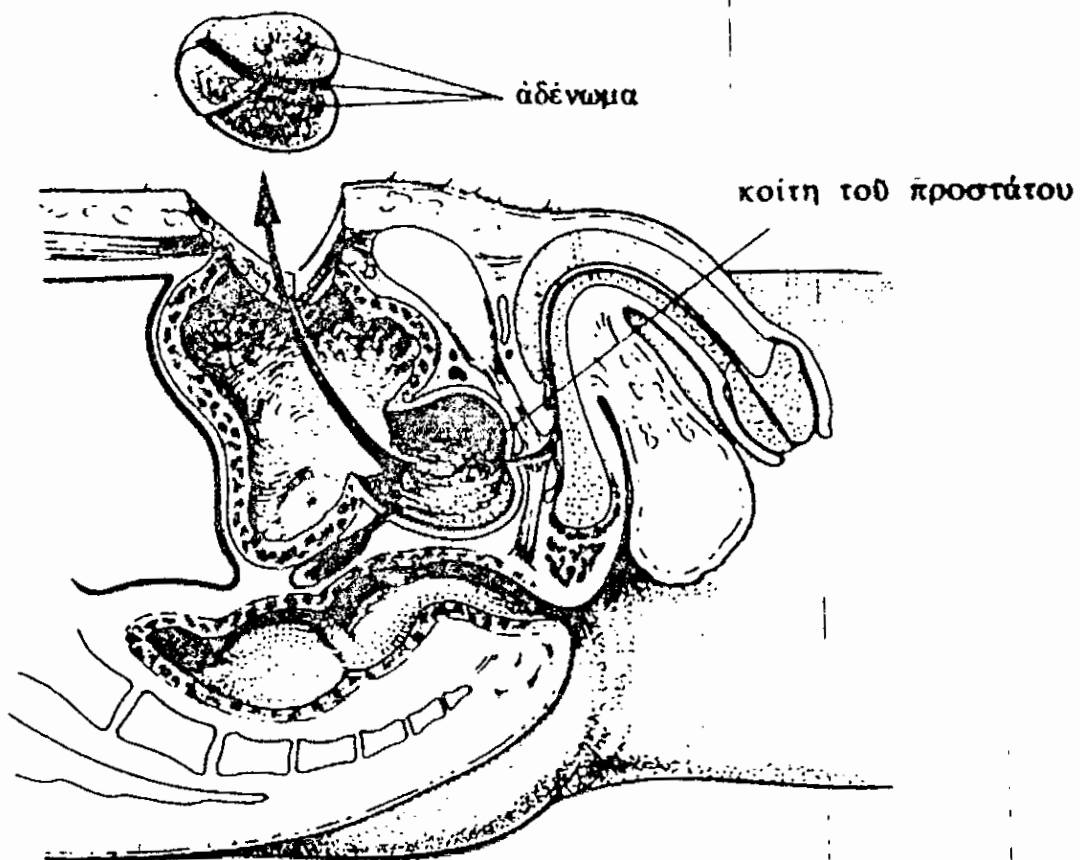
Η άμεση θεραπευτική αγωγή συνίσταται στον καθετηριασμό της ουροδόχου κύστεως για την αποβολή των κατακρατηθέντων ούρων. Πολλές φορές όμως η είσοδος του καθετήρα στην ουρήθρα γίνεται πολύ δύσκολη ή και αδύνατη, οπότε διενεργείται υπερηβική παρακέντηση της κύστεως. Η κυστεοστομία είναι η μέθοδος εκλογής. Η θεραπεία μπορεί να είναι φαρμακευτική ή χειρουργική.

Η εκλογή της μεθόδου θεραπείας εξαρτάται από:

- Το μέγεθος του αδένα
- Την ηλικία του αρρώστου
- Την γενική του κατάσταση και
- Την παρουσία άλλων ασθενειών



Εικὼν α.



Εικὼν β.

— Ὑπερβική προστατεκτομή κατὰ Freyer : α) ἀμφίχειρος ἐκ-
κυρήνωσις τοῦ αδενώματος, β) κατάστασις μετὰ τὴν ἐκτομὴν.

Χειρουργική θεραπεία

Στα πρώιμα στάδια (T_1 , T_2 , N_0 , M), η ριζική προστατεκτομή μπορεί να οδηγήσει στη θεραπεία. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς μετά τη ριζική προστατεκτομή, όπως και κάτω από συντηρητική ορμονοθεραπεία, καθίστανται σεξουαλικά ανίκανοι. Για να τεθεί η ένδειξη της εγχείρησης, πρέπει να ληφθούν υπ' όψη τα ακόλουθα σημεία:

- ο όγκος πρέπει να περιορίζεται στον προστάτη
- να μην υπάρχουν μεταστάσεις
- ο ασθενής πρέπει να αναμένεται ότι θα ζήσει τουλάχιστον 10 ακόμα χρόνια.

Η ένδειξη για ριζική προστατεκτομή περιορίζεται από το γεγονός ότι το στάδιο που βρίσκεται ο όγκος πολύ συχνά υποτιμάται προεγχειρητικά, με συνέπεια η εγχείρηση να γίνεται σε προχωρημένο στάδιο (T_3). Η πρόγνωση όμως και σε αυτές τις περιπτώσεις, δεν επιβαρύνεται εξ' αιτίας της χειρουργικής επέμβασης. Μετά τη ριζική προστατεκτομή, αναφέρονται τα εξής όρια επιβίωσης (T_1 , T_2):

- 5 χρόνια 74-84%,
- 10 χρόνια 55-66%.

Για την επιλογή της μεθόδου της χειρουργικής θεραπείας θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψη ότι στην επέμβαση αυτή υποβάλλονται άτομα με μειωμένη φυσική και βιολογική κατάσταση και εξίσου χαμηλό σθένος, που θα πρέπει πρωταρχικά να ανταπεξέλθουν τη δύσκολη φάση της εγχειρητικής και μετεγχειρητικής περιόδου όσο γίνεται πιο ανώδυνα και με λιγότερη ταλαιπωρία. Θα πρέπει τέλος να ληφθεί υπόψη η ποιότητα ζωής μετά την εγχείρηση, έτσι ώστε να μην επιβαρυνθούν οι πάσχοντες με περισσότερα δεινά από εκείνα που ήδη συσσωρεύει το γήρας.

Η χειρουργική θεραπεία έχει σαν σκοπό την αποκατάσταση της φυσιολογικής ουρήσεως. Έχουν επινοηθεί διάφοροι μέθοδοι χειρουργικής που αποβλέπουν στην ελάττωση των επιπλοκών κατά ή και μετά την εγχείρηση (ιδιαίτερα της αιμορραγίας), στην πιο γρήγορη κινητοποίηση του αρρώστου, στην ελάττωση του χρόνου παραμονής του καθετήρα.

Υπερηβική προστατεκτομή Harris

Ως προστατεκτομή Harris ορίζεται η εκπυρήνωση του προστάτη δια μέσου μιας υπερηβικής τομής, η μερική επίστρωση με βλεννογόνο της νεοσχηματισμένης

προστατικής ουρήθρας, η εξάλειψη της προστατικής κοιλότητας, αποτελεσματική αιμόσταση με ράμμα και κλείσιμο της κύστης.

Η εγχείρηση αυτή δίνει καλά αποτελέσματα, άμεσα και απώτερα, κάτι που δεν πρέπει να παραληφθεί, γίνεται σε υπτία θέση και υπό γενική αναισθησία.

Η μέθοδος αυτή ενδείκνυται στις εξείς περιπτώσεις:

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

Οι παροχετεύσεις βγαίνουν 3-4 ημέρες μετά την εγχείρηση.

Οπισθοβική προστατεκτομή Millin

Η αφαίρεση του προστάτη πραγματοποιείται μέσω τομής που γίνεται μεταξύ του ηβικού τόξου και της κύστης. Μετά την διάνοιξη των κοιλιακών τοιχωμάτων υπερηβικά, απωθείται με ένα άγκιστρο η κύστη προς τα πίσω και γίνεται η προσπέλαση της προστατικής κάψας πίσω από την ηβική σύμφυση.

Γίνεται προσεκτική αιμόσταση με ηλεκτροκαυτηρίαση ή με αιμοστατικές ραφές, τοποθετείται μέσω της ουρήθρας καθετήρας στην κύστη και στη συνέχεια συγκλείνεται το άνοιγμα της προστατικής κάψας και τα κοιλιακά τοιχώματα. Είναι ίσως η καλύτερη ανοιχτή μέθοδος, γιατί έχει καλή ορατότητα, γίνεται καλή αιμόσταση, έχει μικρότερο χρόνο νοσηλείας και καλύτερη αποκατάσταση της ούρησης.

Περινεϊκή προστατεκτομή

Περινεϊκή προστατεκτομή σημαίνει αφαίρεση του αδένου μέσω περινεϊκής τομής. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται σπάνια σήμερα, κυρίως σε ασθενείς με μεγάλη παχυσαρκία ή συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Συνοδεύεται από πιθανές απώλειες κοπράνων λόγω τραυματισμού του ορθού, δημιουργία συριγγίου μεταξύ ουρήθρας και ορθού, καθυστέρηση στην επούλωση του περινεϊκού τραύματος.

Διουρηθρική προστατεκτομή

Η διουρηθρική προστατεκτομή είναι αφαίρεση του προστάτη με εργαλείο που εισάγεται στην κύστη διουρηθρικά. Η εγχείρηση γίνεται σε σχετικά μικρό προστάτη και

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

Η κύστη πλένεται συνέχεια έτσι ώστε να είναι ελεύθερη από πήγματα. Συχνά οι ασθενείς δηλητηριάζονται από το νερό της πλύσης που μπαίνει στην κυκλοφορία ενώ η επέμβαση είναι σε εξέλιξη.

Οι πλύσεις διακόπτονται μετά από 24 ώρες, εφόσον δεν υπάρχει έξοδος πηγμάτων. Ο καθετήρας μπορεί να μείνει ακόμα 3-5 μέρες, ενώ οι πλύσεις θα γίνονται κάθε τέσσερες ώρες.

Laser

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

Η εγχείρηση διαρκεί 15-20 λεπτά, ενώ δεν υπάρχει μετά συνεχή πλύση. Ο ασθενής μένει στο νοσοκομείο ένα βράδυ και μετά από 2-3 μέρες είναι ικανός για εργασία.

Φαρμακευτική θεραπεία

Στον μεταστατικό καρκίνο του προστάτη ενδείκνυται η οιστρογονοθεραπεία. Η χορήγηση γίνεται από το στόμα, ενδοφλέβια ή ενδομυϊκά. Οι εμφυτεύσεις οιστρογόνων εγκαταλείφθηκαν κατά μεγάλο μέρος, γιατί δεν επιτυγχάνεται με αυτές ομοιόμορφη απορρόφηση.

Όταν υπάρχουν μεταστάσεις και πόνοι, η ένδειξη για ορμονοθεραπεία είναι απόλυτη. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η ορμονοθεραπεία μπορεί να οδηγήσει γρήγορα σε απαλλαγή του αρρώστου από τα ενοχλήματα και να επιφέρει ακόμα και αναστολή της ανάπτυξης του όγκου.

Η γυναικομαστία που προκαλείται από τη χορήγηση των οιστρογόνων, μπορεί να ελαττωθεί με ακτινοβολήση των μαστών. Ανεπιθύμητη είναι επίσης και η

υπερπρολακτιναιμία, η οποία μπορεί να αναχαιτιστεί με την χορήγηση αντιπρολακτίνης.

Με βάση την υπόθεση ότι η ανάπτυξη του καρκίνου του προστάτη εξαρτάται από τα ανδρογόνα, εφαρμόζονται σήμερα θεραπευτικά τα αντιαδρογόνα. Πλεονεκτήματα της θεραπείας αυτής είναι η έλλειψη επιπλοκών από το καρδιαγγειακό σύστημα, καθώς και η έλλειψη αύξησης της προλακτίνης.

Ακτινοθεραπεία

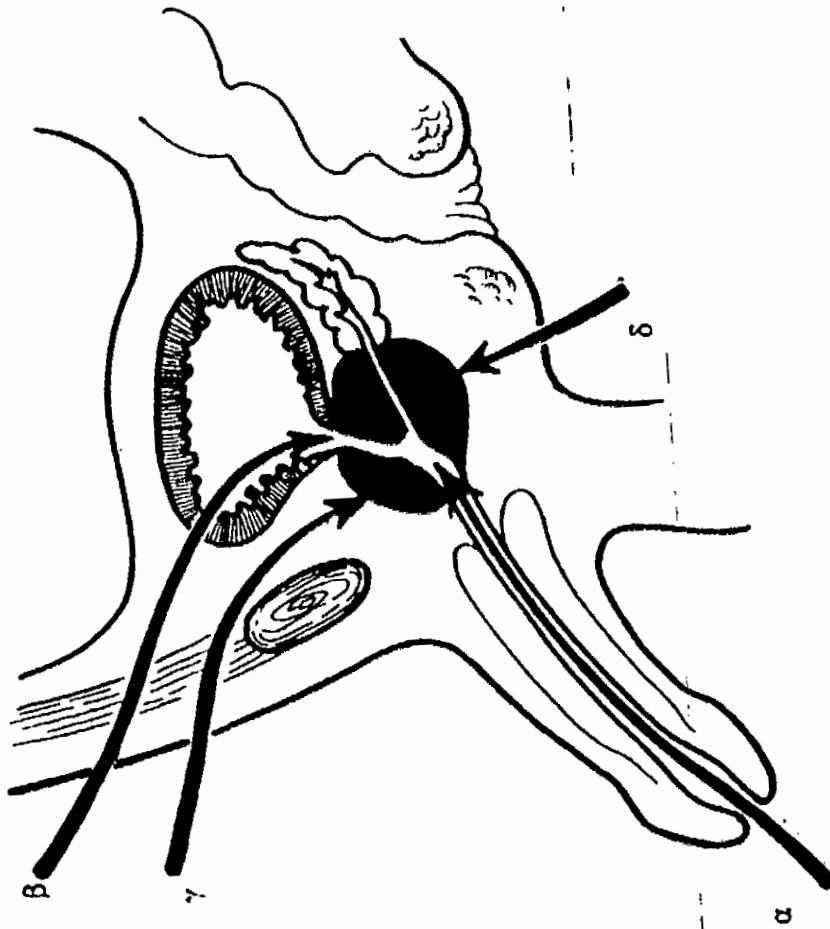
Εξ' αιτίας του χαμηλού ποσοστού ανικανότητας, οι νεώτεροι ασθενείς προτιμούν την ακτινοθεραπεία. Δεν έχει παρατηρηθεί ακράτεια μετά από αυτού του είδους την θεραπεία. Προυπόθεση αποτελεί η διαγνωστική εκτομή των πυελικών λεμφαδένων, για να αποκλειστεί η διήθηση τους.

Η ένδειξη για ακτινοθεραπεία με θεραπευτικό σκοπό τίθεται όπως και στη ριζική προστατεκτομή:

- ο όγκος περιορίζεται στον προστάτη, και
- δεν υπάρχουν μεταστάσεις.

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί ακόμα και σε προχωρημένα στάδια, σε όγκους ανθεκτικούς έναντι της οιστρογονοθεραπείας, καθώς και σε υποτροπές μετά από εγχειρήσεις.

Από τις παρενέργειες μπορούμε να αναφέρουμε: στενώματα ουρήθρας ή κυστικού αυχένα, ακτινική κυστίτις, πρωκτίτις ή προβλήματα από τον μυελό των οστών.



— Προπέλασις τοῦ προστάτου ἐπὶ ἐγχειρητικῶν ἐπιβάσεων :
 α) διουρηθρική (ἠλεκτροεξαίρεσις), β) ὑπερθρική διακυστική (Freyer),
 γ) ὑπερθρική ἐξωκυστική (Millin), δ) περινεϊκή ἐξωκυστική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

1. Εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο.
2. Προεγχειρητική φροντίδα.
Γενική προεγχειρητική ετοιμασία.
Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία.
Τελική προεγχειρητική ετοιμασία.
3. Μετεγχειρητική φροντίδα.
Μετεγχειρητικές επιπλοκές.
4. Πρόληψη καρκίνου.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η φροντίδα κάθε αρρώστου πρέπει να στηρίζεται στις ατομικές του ανάγκες, οι οποίες και πρέπει να καθορίζουν το είδος της παρεχόμενης φροντίδας. Αυτό προϋποθέτει προσπάθεια ανευρέσεως των αναγκών του ασθενούς και επισήμανση εκείνων που έχουν ανάγκη βοήθειας από την αδελφή.

Ανάγκη είναι η κατάσταση κατά την οποία παρουσιάζεται βιολογική ή πνευματικο-ψυχο-κοινωνική έλλειψη ή αδυναμία που έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία διαφοράς του πως είναι και του πως θα έπρεπε να είναι το άτομο.

Ο Maslow, μελετητής των αναγκών, χωρίζει τις ανάγκες σε επτά κατηγορίες και τις ιεραρχεί χρησιμοποιώντας την κλίμακα που ακολουθεί:

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

Ο ασθενής που εισάγεται για πρώτη φορά στο νοσοκομείο αισθάνεται μόνος, στενοχωρημένος, φόβο, αγωνία. Ολοι οι άρρωστοι που ξέρουν ότι πάσχουν από καρκίνο έχουν ψυχολογικά επηρεαστεί από την πραγματικότητα αυτή και έχουν ανάγκη από μια νοσηλεύτρια που θα χρησιμοποιεί όλες τις γνώσεις και τις δεξιότητες της όταν τους νοσηλεύει. Οι ασθενείς με καρκίνο αγωνιούν περισσότερο για τη διατήρηση του αυτοσεβασμού και της αυτοεκτίμησης καθώς η ασθένεια τους θα εξελίσσεται. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσπάθειά από το νοσηλευτικό προσωπικό για την ηρεμία του ασθενούς.

Ο νοσηλευτής-τρια παράλληλα με τη λήψη του ιστορικού παρακολουθεί την συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς. Προσπαθεί να εκτιμήσει τυχόν δυσκολίες προσαρμογής. Η εμφάνιση νευρικότητας, απογοητεύσεως, φόβου, δεν πρέπει να περνά απαρατήρητη, αλλά να γίνεται αντιληπτή και να γίνονται προσπάθειες για την

ανύψωση του ηθικού. Είναι γνωστό ότι τα συναισθήματα επηρεάζουν την πορεία του ασθενή.

2. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ο σκοπός της προεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας είναι να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει τα συναισθήματα φόβου και ανησυχίας που τον διακετέχουν λόγω της επικείμενης εγχείρησης. Η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει τις κατάλληλες γνώσεις για να ενημερώνει τον ασθενή και τους συγγενείς του για την ασθένεια, την εγχείρηση και να συμβάλλει έτσι στην ηρεμία του ασθενή.

Η προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς συνίσταται σε:

1. Γενική προεγχειρητική ετοιμασία
2. Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία
3. Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

I. Ηθική τόνωση

Η ηθική τόνωση του αρρώστου γίνεται με πολύ φροντίδα επειδή οι άρρωστοι με προστατεκτομή είναι μεγάλης ηλικίας και έχουν αυξημένο το αίσθημα του θανάτου. Η συχνή επαφή και συζήτηση, η εκδήλωση έμπρακτης στοργής και αγάπης, η ικανοποίηση των φυσικών αναγκών τους και η ακρόαση των προβλημάτων τους, συμβάλλουν στην ανάπτυξη του αισθήματος ασφάλειας και βεβαιότητας και βοηθούν στην ομαλή μετεγχειρητική πορεία.

II. Σωματική τόνωση

Επιτυγχάνεται με τη χορήγηση διαιτολογίου πλούσιου σε υδατάνθρακες, άλατα και βιταμίνες και φτωχό σε λίπη, λαμβάνοντας υπ' όψην και τις προτιμήσεις του ασθενή. Αν ο οργανισμός του ασθενή είναι καταβεβλημένος γίνεται παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών.

Επειδή ο ασθενής κατά την εγχείρηση χάνει υγρά με την απώλεια αίματος, τον ιδρώτα και τυχόν εμμέτους, δίνεται μεγάλη σημασία στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά. Μ' αυτόν τον τρόπο προλαμβάνονται οι μετεγχειρητικές δυσχέρειες και οι επιπλοκές όπως το shock, η ναυτία και η δίψα.

Ελέγχεται η λειτουργία του υπάρχοντος κυστικού καθετήρα, λαμβάνονται όλα τα μέτρα ασηψίας και αντισηψίας, τηρείται δελτίο προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

Την προηγούμενη μέρα της εγχείρησης ο ασθενής τρέφεται ελαφρά. Εξι ώρες πριν την εγχείρηση ο ασθενής δεν παίρνει τίποτα από το στόμα για την πρόληψη εμμέτων και μετεωρισμού της κοιλιάς. Αν ο ασθενής δεν μπορεί να στερηθεί τα υγρά αυτά χορηγούνται παρεντερικώς.

III. Ιατρικές εξετάσεις

Γίνονται κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις. Εξετάζεται ο άρρωστος από χειρουργό και παθολόγο. Ελέγχεται το κυκλοφορικό σύστημα για την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών.

IV. Καθαριότητα ασθενούς

Γίνεται λουτρό καθαριότητας το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργία του δέρματος και στην αποφυγή μόλυνσεως. Κατά τη διάρκεια του λουτρού παρακολουθείται η υγεία του δέρματος. Γίνεται επίσης καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα για την πρόληψη μόλυνσεων του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα γίνεται κυρίως με καθαρτικό υποκλισμό. Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα αποβλέπει:

- Στην αποφυγή εκκενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι.
- Στην ευχερέστερη διενέργεια της επεμβάσεως από τον χειρουργό, λόγω μη διατάσεως των εντερικών ελίκων.
- Στην αποφυγή δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από τη σήψη του περιεχομένου τους.

Συνήθως γίνονται δύο υποκλισμοί, ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχειρήσεως και ο άλλος έξι ωρες προ της επεμβάσεως. Με αυτούς επιτυγχάνεται η καθαριότητα του κατώτερου τμήματος του παχέως εντέρου.

Η αδελφή παρακολουθεί τα αποτελέσματα των υποκλισμών και αν είναι αρνητικά ενημερώνει την προϊσταμένη αδελφή του τμήματος ή τον ιατρό. Η εκτέλεση των υποκλισμών γίνεται κατόπιν εντολής ιατρού.

V.Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου

Πάντοτε η αναμονή της εγχειρήσεως προκαλεί αγωνία και φόβους. Αυτά μπορεί να είναι έντονα και να διώχνουν τον ύπνο. Η αυπνία και η κόπωση από αυτή προδιαθέτουν στην μη ομαλή πορεία και ακόμη στην εμφάνιση επιπλοκών.

Για την αποφυγή αυπνίας και εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου, χορηγείται στον ασθενή τη νύχτα της παραμονής της εγχειρήσεως ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.

IV. Προετοιμασία και εκπαίδευση

Ο άρρωστος ενημερώνεται για τις μετεγχειρητικές δραστηριότητες σε σχέση με το βήχα, τις βαθιές αναπνοές, τα ενδοφλέβια υγρά, το ρινογαστρικό καθετήρα, τον καθετήρα ουροδόχου κύστεως, την έγερση κ.λ.π. που συμβάλλουν στην ομαλή μετεγχειρητική πορεία και την πρόληψη των επιπλοκών.

ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η τοπική προεγχειρητική προετοιμασία περιλαμβάνει το ξύρισμα και την αντισηψία των γεννητικών οργάνων μέχρι και την περιτοναϊκή κοιλότητα.

ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η τελική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

α) Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής καταστάσεως του ασθενούς. Γίνεται λήψη ζωτικών σημείων.

β) Κατάλληλη ένδυση. Μισή ώρα πριν την εγχείρηση ο ασθενής, με τη βοήθεια του νοσηλευτή -τριας, φορά τη ρόμπα χειρουργείου, τα ποδονάρια και το κάλυμα κεφαλής.

γ) Βεβαίωση ότι αφαιρέθηκαν τα ξένα σώματα (φακοί επαφής, μασέλες, κ.τ.λ.). Συμπληρώνεται το κατάλληλο έντυπο.

δ) Παρακολουθείται ο ασθενής για τυχόν εμφάνιση βήχα, ο οποίος φανερώνει την ύπαρξη κρυολογήματος.

ε) Προνάρκωση. Γίνεται μια ώρα πριν την εγχείρηση και αποβλέπει στην χαλάρωση του μυϊκού συστήματος και την ελάττωση των εκκρίσεων του βλενογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας.

Η προνάρκωση καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο και συνήθως χορηγείται ενδομυϊκά μισή αμπούλα ATROPINE και μισή αμπούλα PETHIDINE. Εξασφαλίζεται περιβάλλον ήσυχο, χωρίς θορύβους και με χαμηλό φωτισμό.

Όταν ο ασθενής αποχωρίσει για το χειρουργείο, ετοιμάζεται το δωμάτιο κατάλληλα για να τον υποδεχθεί όταν θα επιστρέψει.

3. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί σοβαρή απασχόληση της νοσηλεύτριας. Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάσταση του. Αυτή περιλαμβάνει:

- Την προφύλαξη του ασθενούς από ρεύματα αέρα κατά τη μεταφορά του.
- Την κατάλληλη τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Ο ασθενής τοποθετείται ύπτια με το κεφάλι στο πλάι. Η κατάλληλη θέση βοηθά στην χαλάρωση των μυών και επιτρέπει την καλή λειτουργία των παροχετεύσεων.
- Γίνεται λήψη των ζωτικών σημείων αμέσως μόλις ο ασθενής επιστρέψει από το χειρουργείο στο κρεβάτι του.
- Παρακολουθούνται οι γάζες του τραύματος για τυχόν αιμορραγία.
- Ελέγχονται οι παροχετεύσεις. Επιβάλλεται συχνός και πλήρης έλεγχος στην λειτουργικότητα των παροχετευτικών σωλήνων, επειδή είναι εύκολη η απόφραξη τους από πήγματα αίματος. Γι' αυτό εφαρμόζεται πλύση καθετήρα. Οι παροχετευτικοί σωλήνες πρέπει να ελέγχονται ώστε να αποφεύγονται συστροφές και κάμψεις.
- Τηρείται σχολαστικά διάγραμμα προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών και γίνεται εκτίμηση και συσχετισμός τους. Ενισχύεται ο άρρωστος να παίρνει περισσότερα από 3 lt / 24 h.
- Η δίψα που έχει ο ασθενής ανακουφίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγραση των χειλιών και της γλώσσας με βαμβάκι βουτηγμένο σε κρύο νερό.
- Οι έμμετοι που παρουσιάζονται συνήθως το πρώτο 24ωρο αντιμετωπίζονται βάζοντας το κεφάλι σε πλάγια θέση. Γίνεται πλύση στόματος μετά από κάθε έμμετο και διατηρείται ο ασθενής καθαρός. Ισως χρειαστεί να τοποθετηθεί Levin ή να χορηγηθούν αντιεμμετικά.
- Ανακουφίζεται ο πόνος με χορήγηση αναλγητικών μετά από εντολή του γιατρού.

- Οι πιθανότητες μόλυνσης του τραύματος είναι αυξημένος, αφού κατά κανόνα από αυτό βγαίνουν και ούρα, και επειδή αποφράζει ο παροχетеυτικός καθετήρας. Ετσι το τραύμα υγραίνεται και επιμολύνεται από παθογόνους μικροοργανισμούς του περιβάλλοντος. Σημεία τραυματικής κακοσμίας, τραυματικής ευαισθησίας, πόνου καθώς και πυώδους εκροής πρέπει να αναφέρονται στο γιατρό. Πρέπει να γίνονται συχνές αλλαγές του τραύματος με όλους τους κανόνες ασηψίας και αντισηψίας.
- Η εμφάνιση πυρετού ενδεχόμενα είναι σύμπτωμα αναπνευστική αιτιολογίας,Γι' αυτό ελάγχεται ο ασθενής και ενισχύεται να βήχει και να αποβάλλει τις βρογχικές εκκρίσεις. Επίσης ο ασθενής πρέπει να κινείται στο κρεβάτι για την αποτροπή αναπνευστικών επιπλοκών και θρομβοτικών επεισοδίων.
- Παρακολουθείται η κινητικότητα του εντέρου. Αν υπάρχει μετεωρισμός κοιλίας τοποθετείται σωλήνας αερίων. Όταν αποκατασταθεί η κινητικότητα του εντέρου αρχίζει ο άρρωστος να τρέφεται αρχικά με ελαφρά τροφή.
- Ο χρόνος εγέρσεως του αρρώστου είναι θέμα ιατρικό.Ενισχύεται σήμερα η γρήγορη έγερση του, η χρήση ελαστικών καλτσών για την πρόληψη εμβολής,οι συχνές αλλαγές θέσεως του αρρώστου καθώς και οι ενεργητικές και παθητικές κινήσεις.
- Η αφαίρεση των παροχетеυτικών σωλήνων δεν σημαίνει και πλήρη αποκατάσταση της ουρήσεως. Στην αρχή η αφαίρεση τους συνοδεύεται από συχνουρία και μερική απώλεια ούρων. Αυτό οδηγεί τον άρρωστο σε μελαγχολία και απαισιοδοξία. Η πληροφόρηση ότι ο έλεγχος της ούρησης είναι θέμα λίγων ημερών συμβάλλει στην τόνωση του ηθικού.

Η αυτοεξυπηρέτηση αρχίζει μόλις ο άρρωστος σηκωθεί από το κρεβάτι και ενισχύεται συνεχώς για να αποφεύγεται η εμφάνιση νωθρότητας και οκνηρίας. Πρέπει να αποφεύγονται οι εξαντλητικές δραστηριότητες.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Αιμορραγία

Η αιμορραγία μπορεί να προκληθεί από μη ικανοποιητική απολίνωση των αγγείων, από μόλυνση του τραύματος, από βίαιες και απότομες κινήσεις του ασθενή, από μη καλή πήκτικότητα του αίματος κ.α.

Τα συμπτώματα της αιμορραγίας είναι: ευτίεστος, γρήγορος και νηματοειδής σφυγμός, πρόσωπο και άκρα ψυχρά, ωχρότητα δέρματος, πτώση της θερμοκρασίας και αρτηριακής πίεσεως, εφίδρωση, αναπνοή βραδεία και ασθμαίνουσα, ανησυχία.

Για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση της αιμορραγίας εξετάζεται η περιοχή της τομής και παίρνονται τα ζωτικάσημεία κάθε 15' στην αρχή και κάθε 2 ώρες μετά.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση αιμορραγίας:

Ο νοσηλευτής -τρια θέτει τον ασθενή σε ακινησία και συγχρόνως καλεί τον ιατρό για παροχή βοήθειας. Ο ασθενής δεν παίρνει τίποτα από το στόμα, απαλλάσσεται από περισφιξεις, και ειδοποιείται η τράπεζα αίματος.

Shock ή καταπληξία

Παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση shock είναι: μεγάλη αιμορραγία, η νάρκωση, ψυχικός κλονισμός, ισχυρός πόνος κ.α.

Τα συμπτώματα είναι: σφυγμός μικρός και συχνός, ανώμαλη και επιπόλαιη αναπνοή, βλέμμα απλανές και αδιαφόρο, πτώση θερμοκρασίας και Α.Π., δέρμα και βλενογόνοι ωχροί, άκρα ψυχρά, ψυχροί ιδρώτες, καταβολή δυνάμεων, μείωση αισθητικότητας και κινητικότητας.

Η προφύλαξη του ασθενούς από το shock συνίσταται στην προσπάθεια να αποβάλλει γρήγορα το ναρκωτικό, στην ανακούφιση από τον πόνο, στην χορήγηση άφθονων υγρών μετεγχειρητικά, στην τόνωση του ηθικού.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση:

Αφαίρεση μαξιλαριού, ανύψωση κάτω μέρους κρεβατιού, θέρμανση του ασθενούς, περιορισμός των κινήσεων, χορήγηση θερμών υγρών από το στόμα.

Επίσχεση από πήγμα

Η επίσχεση από πήγμα είναι μια επικίνδυνη επιπλοκή και μπορεί να είναι σοβαρή αν δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα. Στα πρώτα στάδια το πήγμα μπορεί να διαλυθεί με ενστάλλαξη δια μέσου του καθετήρα διαλύματος γλυκερίνης. Αυτό το διάλυμα παραμένει για μισή ώρα στην κύστη που κατόπιν κενώνεται απ' το διαλυμένο πήγμα με σύριγγα εύκολα.

Αν αυτό αποτύχει τότε ο άρρωστος οδηγείται στο χειρουργείο όπου με ελαφρά αναισθησία περνιέται ένα sheath 28 ch στη κύστη, η οποία και ξεπλένεται με σύριγγα Toomey. Αν και αυτό αποτύχει να καθαρίσει το πήγμα τότε στο sheath προσαρμόζεται ο εκκενωτής, οπότε έχουμε οπωσδήποτε αποτυχία, πράγμα που επιτυγχάνεται όταν το υγρό που επιστρέφει είναι απόλυτα διαυγές. Στη συνέχεια εισάγεται ένας καθετήρας 18 ch για 12 ώρες.

Υπερηβικό συρίγγιο

Όταν τα ούρα είναι μολυσμένα πριν από την εγχείρηση τότε ένα μικρό ποσοστό διαρροής μπορεί να εμφανιστεί δια μέσου του τραύματος για λίγες μέρες μετά την επανέναρξη της φυσιολογικής ουρήσεως.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η προσπάθεια ελέγχου των κακοηθών νεοπλασμάτων πρέπει να επικεντρωθεί στην πρόληψη εμφάνισέως τους, καθώς και στην ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση.

Η πρόληψη είναι πρωτογενής και δευτερογενής.

Πρωτογενής πρόληψη:

- Υγιεινολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού σε θέματα σχετικά με τα κακοήθη νεοπλάσματα βοηθάει στην πρόληψη του.
- Προστασία ομάδων του πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων με τη λήψη ειδικών μέτρων σχετικών με τη φύση της εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα.
- Προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες με νομοθετικά μέτρα, σε εθνικό επίπεδο και διεθνείς οργανισμούς.

Δευτερογενής πρόληψη:

- Λαμβάνεται κάθε μέτρο ώστε ο καρκίνος να διαγνωσθεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα, δηλαδή κατά την περίοδο που άρχισε η εμφάνιση των άτυπων κυττάρων.

Οι δυσκολίες για την επιτυχή πρόληψη του καρκίνου είναι πολλές. Ο φόβος, η άγνοια, η προκατάληψη, η αποστροφή να πάει κανείς στο γιατρό όταν αισθάνεται καλά είναι λόγοι που το άτομο δεν έχει ακόμα χρησιμοποιήσει τις γνώσεις αλλά και τα μέσα που υπάρχουν στη διάθεση του για την πρόληψη.

Οικονομικοί και τεχνικοί λόγοι κάνουν αδύνατο το συνεχή έλεγχο για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του πληθυσμού μιας χώρας, γι' αυτό η ανίχνευση περιορίζεται σε αναγνωρισμένες ομάδες με υψηλό κίνδυνο νοσήσεως. Οι εξετάσεις των φαινομενικά υγιών ατόμων, για να πούμε ότι πράγματι είναι αποτελεσματικές, πρέπει να επαναλαμβάνονται περιοδικά.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη του καρκίνου περιλαμβάνει:

- Ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντος του.

- Εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες.
- Παρατήρηση και λήψη κατάλληλων μέτρων σε προκαρκινικές καταστάσεις ή εκδηλώσεις στον εαυτό του και το περιβάλλον.
- Ενεργό συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον καρκίνο.
- Διαφώτιση του κοινού.

Από όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω η δυνατότητα πρωτογενούς αλλά και δευτερογενούς προλήψεως του καρκίνου εξαρτάται:

- Από την επαγρύπνηση του ίδιου του ατόμου για την υγεία του.
- Από την μεγάλη προσοχή του γιατρού κατά την ιατρική εξέταση και αξιολόγηση εκ μέρους του, των πιο ελαφρών και ανεπαίσθητων ενοχλημάτων.
- Από τη νοσηλεύτρια, της οποίας ο ρόλος έχει ήδη αναφερθεί.
- Από την πολιτεία. Η λήψη νομοθετικών μέτρων για την προστασία ομάδων πληθυσμού και η επαγρύπνηση για την τήρηση τους, η τήρηση διεθνών κανονισμών και η οργάνωση και παροχή υπηρεσιών για την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς και δευτερογενούς προλήψεως του καρκίνου.

Στη χώρα μας η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, που ιδρύθηκε το 1959, είναι ο μόνος επίσημος Εθνικός Υγειονομικός Οργανισμός που έχει καταρτίσει και εφαρμόζει πρόγραμμα διαφώτισεως του κοινού, ενημερώσεως των γιατρών και νοσηλευτριών στις νέες εξελίξεις του καρκίνου, στις νέες μεθόδους διαγνώσεως, θεραπείας και ανιχνεύσεως των καρκινοπαθών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

1. Περιγραφή περιπτώσεως με υπερηβική προστατεκτομή.
2. Περιγραφή περιπτώσεως με διουρηθρική προστατεκτομή.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ ΜΕ ΥΠΕΡΗΒΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗ

Ο Λαμπούσης Νικόλαος εισήλθε στο νοσοκομείο στις 29-8-94. Ο ασθενής είναι 69 ετών.

Από το ιστορικό του μαθαίνουμε ότι δεν έχει παρουσιάσει καμία αλλεργία, δεν είναι καπνιστής και δεν καταναλώνει αλκοόλ. Εμφάνισε περιοδική αιματοουρία, δυσουρία, νυκτουρία, σταγόνες στο τέλος της ούρησης, καθυστέρηση στην έναρξη της ούρησης, διακεκομμένη ούρηση (στην ίδια ούρηση) και άλγος στην οσφύ. Από κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε η ύπαρξη Ca προστάτου. Τρεις μέρες πριν την εισαγωγή εμφάνισε έντονο άλγος στο αριστερό κάτω άκρο, ερυθρότητα και θερμότητα επί εδάφους λεμφαδήματος και πυρετική κίνηση ύψους 38,8 °C. Αναφέρει από τριημέρου άλγη στο αριστερό άνω άκρο, περιφερικά της άρθρωσης του αγκώνα, στη μεσότητα της κνήμης (πιθανότατα από οστικές μεταστάσεις). Από 10ημέρου εμφανίζει ανορεξία και απώλεια βάρους. Χορηγήθηκε Fraxiparine για πρόληψη της εν τω βάθει θρόμβωσης.

Στην καρδιολογική εκτίμηση αναφέρει δύσπνοια στην μέτρια προσπάθεια με συνοδό οπισθοστερνικό βάρος και δυσφορία τα οποία υποχωρούν με την ανάπαυση.

Την επομένη της εισαγωγής πήγε στο χειρουργείο. Εγινε υπερηβική προστατεκτομή. Επέστρεψε από το χειρουργείο με ζωτικά σημεία 36,6 °, αρτηριακή πίεση 120 mm/Hg, σφύξεις 60/min, αναπνοές 20/min. Εφερε καθετήρα και περιφερική φλέβα από όπου παίρνει ορό N/S. Δόθηκαν οδηγίες από τους ιατρούς.

Την πρώτη μετεγχειρητική μέρα εμφάνισε πυρετό 38,9 ° C. Δόθηκε Depon. Εγινε αλλαγή του τραύματος.

Την δεύτερη μετεγχειρητική μέρα παρουσίασε αιμορραγία και πήγε πάλι στο χειρουργείο. Επέστρεψε με ζωτικά σημεία 36 ° C, σφύξεις 100/min, αρτηριακή πίεση 10mm/Hg.

Την 10η μετεγχειρητική μέρα αφαιρέθηκε η πλύση.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Αγχος και φόβος κατά την εισαγωγή	Να μειωθεί ο φόβος του ασθενούς πριν την επέμβαση. Το άγχος και ο φόβος επηρεάζουν την μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς.	Να ενημερωθεί ο ασθενής για την ασθένεια του, την επέμβαση, και να απαντηθούν τα ερωτήματα του.	Η νοσηλεύτρια πλησιάζει τον ασθενή και τον βοηθά, δημιουργώντας κλίμα εμπιστοσύνης, να της φανερώσει τις σκέψεις του. Ο άρρωστος φοβόταν ότι θα πέθαινε κατά την επέμβαση. Η νοσηλεύτρια του εξηγεί πως δεν υπάρχει λόγος ανησυχίας γιατί η επιστήμη έχει κάνει μεγάλες προόδους και η επέμβαση του θα πάει καλά. Τον παρότρυνε να συζητήσει με άλλο ασθενή που έκανε προστατεκτομή.	Ο ασθενής ύστερα από τη συζήτηση αισθάνθηκε καλύτερα, και μειώθηκε το άγχος του.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Σωματική εξασθένιση	Ο ασθενής πριν οδηγηθεί στο χειρουργείο πρέπει να τονωθεί σωματικά.	Οι τροφές που θα πάρει ο ασθενής πρέπει να είναι πλούσιες σε υδατάνθρακες, άλατα βιταμίνες και πρωτεΐνες. Λαμβάνονται υπ' όψην οι προτιμήσεις του ασθενούς.	Το διαιτολόγιο ήταν φτωχό σε λίπη και πλούσιο σε υδατάνθρακες, βιταμίνες και πρωτεΐνες. Λήφθηκαν υπ' όψη οι προτιμήσεις του ασθενούς.	Πράγματι επιτεύχθηκε η σωματική τόνωση του ασθενούς.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Επίσχεση ούρων	Να αδειάσει η ουροδόχος κύστη, να ανακουφιστεί ο άρρωστος και να προληφθούν επιπλοκές.	Πρέπει να ετοιμαστεί ο δίσκος καθετηριασμού. Να ενημερωθεί ο άρρωστος για τον καθετηριασμό και να βοηθηθεί ο γιατρός.	Ο άρρωστος ενημερώθηκε από την νοσηλεύτρια για την διαδικασία του καθετηριασμού. Βοηθήθηκε ο γιατρός κατά τη διενέργεια του καθετηριασμού. Έγινε σταδιακή εκκένωση της κύστεως για να αποφευχθεί η αιματοουρία που μπορεί να προκληθεί από την απότομη εκκένωση της.	Η κύστη εκκενώθηκε από τα ούρα. Ο ασθενής ανακουφίστηκε από την επίσχεση.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Καθαρισμός του εντερικού σωλήνα	Ευχερέστερη διενέργεια της εγχείρησης, πρόληψη επιπλοκών από το πεπτικό σύστημα.	Πρέπει να καθορισθεί ο τρόπος από τον γιατρό. Να ενημερωθεί ο άρρωστος για τους υποκλίσμους.	Ενημερώθηκε ο ασθενής ότι θα γίνει καθαρτικός υποκλίσμος. Υστερα από εντολή του γιατρού έγιναν καθαρτικοί υποκλίσμοι (ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχείρησης και ο δεύτερος 6 ώρες πριν την επέμβαση). Η νασηλεύτρια παρακολούθησε τα αποτελέσματα των υποκλίσμων. Εξι ώρες πριν την εγχείρηση ο ασθενής δεν παίρνει τίποτα από το στόμα.	Οι υποκλίσμοι απέδωσαν. Ο ασθενής ήταν έτοιμος για την εγχείρηση. Έγιναν οι απαραίτητες ενέργειες την πρόληψη των επιπλοκών από το πεπτικό σύστημα.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού.	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Προετοιμασία εγχειρητικού πεδίου.	Να ξυριστεί και να γίνει αντισηψία στην περιοχή των γεννητικών οργάνων μέχρι την περιτοναϊκή κοιλότητα.	Να γίνει ξύρισμα και αντισηψία της περιοχής, να ενημερωθεί ο άρρωστος.	Ο άρρωστος ενημερώθηκε. Το βράδυ πριν την εγχείρηση έγινε το ξύρισμα και η αντισηψία σε μεγάλη περιοχή γύρω από το εγχειρητικό πεδίο.	Ο άρρωστος μετά το ξύρισμα και την αντισηψία ήταν έτοιμος για το χειρουργείο.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Τελική προεγχειρητική ετοιμασία.	Ο άρρωστος πρέπει να είναι έτοιμος για το χειρουργείο, και να είμαστε βέβαιοι ότι βρίσκεται σε καλή γενική κατάσταση.	Να γίνει λήψη ζωτικών σημείων του ασθενούς, να αφαιρεθούν ξένα σώματα που τυχόν έχει, να φορέσει την ενδυμασία του χειρουργείου και να συμπληρωθεί το κατάλληλο έντυπο.	Ελήφθησαν τα ζωτικά σημεία του ασθενούς (φυσιολογικά), παρακολουθήθηκε για τυχόν εμφάνιση βήχα, και ενημερώθηκε ότι σε λίγο θα έφευγε για το χειρουργείο. Ο ασθενής αφαίρεσε την μασέλα του και φόρεσε τα ειδικά ρούχα για το χειρουργείο (υποκάμισο, ποδονάρια, σκούφο). Συμπληρώθηκε το ειδικό έντυπο που θα συνόδευε τον άρρωστο στο χειρουργείο.	Όταν ήρθαν οι τραυματιοφορείς για να μεταφέρουν τον ασθενή στο χειρουργείο αυτός ήταν έτοιμος και δεν σημειώθηκαν καθυστερήσεις.

νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Παραλλαγή του ασθενούς από το χειρουργείο.	Ελεγχος της γενικής κατάστασης του ασθενούς μετά την επιστροφή του από το χειρουργείο. Εγκαιρη αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκών.	Να γίνει λήψη των ζωτικών σημείων και να τεθεί ο ασθενής σε τρίωρη παρακολούθηση.	Μετά την επιστροφή του ασθενούς από το χειρουργείο έγινε λήψη των ζωτικών σημείων και γράφονται στο θερμομετρικό διάγραμμα και στη λογοδοσία. Ο άρρωστος ετέθη σε τρίωρη παρακολούθηση.	Παρακολουθείται η πορεία του ασθενούς και μπορεί έτσι να γίνει έγκαιρη αντιμετώπιση των επιπλοκών.
Έλεγχος παροχетеυτικών σωλήνων.	Ελέγχεται η λειτουργικότητα των παροχетеυτικών σωλήνων.	Να ελεγχθεί ο καθετήρας και η πλύση για τυχόν απόφραξη τους από πύγματα αίματος και για συστροφές και κάμψεις.	Όταν έγινε η παραλλαγή του ασθενούς από το χειρουργείο ελέγχθηκε το τραύμα και οι παροχетеύσεις	Οι παροχетеύσεις λειτουργούν κανονικά.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Πόνος	Να μειωθεί ο μετεγχειρητικός πόνος.	Να γίνει προσπάθεια να ηρεμήσει ο άρρωστος και να ενημερωθεί ο γιατρός.	Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να ηρεμήσει τον ασθενή και του χορηγεί το παυσίπονο που συνέστησε ο γιατρός.	Ο πόνος ύστερα από λίγο σταμάτησε.
Εμμετος.	Ανακούφιση του αρρώστου.	Να γίνει αλλαγή των κλινοσκεπασμάτων, να τοποθετηθεί ο άρρωστος στην κατάλληλη θέση. Να ενημερωθεί ο γιατρός.	Εγινε αλλαγή των κλινοσκεπασμάτων, πλύση του στόματος με αντισηπτική διάλυση και τοποθετήθηκε ο άρρωστος με το κεφάλι σε πλάγια θέση. Δεν τοποθετείται Levin.	Ανακουφίστηκε ο άρρωστος.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Διατήρηση ισοζυγίου υγρών	Να ελεγχθούν τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά.	Ο ασθενής πρέπει να λαμβάνει 3 λίτρα ορούς το 24ωρο. Να τηρείται προσεκτικά το διάγραμμα προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών.	Το διάγραμμα προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών τηρείται σχολαστικά. Χορηγούνται 3 λίτρα ορών το 24ωρο.	Ο ασθενής έπαιρνε τα απαιτούμενα υγρά. Δεν έγινε κατακράτηση υγρών.
Αλλαγή τραύματος	Αποφυγή μολύνσεων	Ετοιμάζεται το τροχήλατο αλλαγής. Πρέπει να τηρούν οι κανόνες ασηψίας και αντισηψίας.	Ετοιμάστηκε το τροχήλατο αλλαγής και η νοσηλεύτρια βοήθησε τον γιατρό να κάνει την αλλαγή. Τηρήθηκαν όλοι οι κανόνες ασηψίας και αντισηψίας.	Έγινε η αλλαγή του τραύματος με όλους τους κανόνες. Γρήγορη επούλωση του τραύματος.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Έγερση του αρρώστου	Πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών.	Ο άρρωστος πρέπει να βοηθηθεί κατά την έγερση του και να του δοθούν οδηγίες για το πως θα σηκώνεται. Αρχικά θα πρέπει να γίνει σταδιακά η έγερση του.	Η νοσηλεύτρια εξηγεί στον άρρωστο πως θα τον βοηθήσει να σηκωθεί και τι θα πρέπει να κάνει ο ίδιος. Ο άρρωστος κάθεται πρώτα καθιστός πάνω στο κρεβάτι, μετά αφού αισθάνεται καλύτερα κάθεται καθιστός με τα πόδια κρεμασμένα. Τέλος μπορεί να σηκωθεί, και να περπατήσει για όσο μπορεί. Ενθαρρύνεται ο άρρωστος να σηκώνεται όσο συχνότερα μπορεί.	Ο άρρωστος πονούσε λίγο αλλά σηκώθηκε και έκανε μια μικρή βόλτα στο διάδρομο.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Αφαίρεση καθετήρα	Ο άρρωστος θα προσπαθήσει να ουρήσει μόνος του.	Πρέπει να ενημερωθεί ο άρρωστος για την αφαίρεση του καθετήρα και για το μπορεί να αντιμετωπίσει στη συνέχεια. Πρέπει να ετοιμαστούν τα απαραίτητα για την αφαίρεση του καθετήρα.	Εγινε η αφαίρεση του καθετήρα Η νοσηλεύτρια ενημέρωσε τον άρρωστο ότι στην αρχή μπορεί να έχει συχνοουρία και μερική απώλεια ούρων και ότι ο έλεγχος της ούρησης είναι θέμα λίγων ημερών.	Ο άρρωστος ανακουφίστηκε με την αφαίρεση του καθετήρα και ήταν προετοιμασμένος για την συνέχεια.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντιδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Οδηγίες εξόδου.	Να ξέρει ο ασθενής τι θα πρέπει να κάνει μετά την έξοδο.	Συζήτηση με τον ασθενή.	Ενημερώθηκε ο ασθενής ότι θα πρέπει να αποφεύγει τις βαριές εργασίες για 3-4 εβδομάδες. Επίσης ότι θα πρέπει να λαμβάνει άφρονα υγρά καθημερινά (2-3 λίτρα)., και να επισκέπτεται τον ουρολόγο σε τακτικά διαστήματα προληπτικά.	Με τις οδηγίες αυτές αποφεύγονται επιπλοκές και βοηθείται ο ασθενής να επανέλθει στην προηγούμενη κατάσταση του.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΜΕ ΔΙΟΥΡΗΘΡΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΤΕΚΤΟΜΗ

Ο Δαφερέρας Ευστάθιος εισήχθη στο νοσοκομείο στις 19-9-94. Από το ιστορικό του μαθαίνουμε ότι είναι χρόνιος καπνιστής, και παρουσιάζει υπέρταση. Αναφέρει ότι παρουσίασε νυκτουρία και δυσουρία προ εξαμήνου. Ετέθη καθετήρας Tieman No 10. Εγινε ακτινογραφία θώρακος και scanning οστών. Δεν εντοπίστηκαν μεταστάσεις. Επίσης έγινε κυστεογραφία δια του καθετήρα.

Στις 21-9-94 πήγε στο χειρουργείο όπου έγινε διουρηθρική προστατεκτομή. Επέστρεψε με ζωτικά σημεία 35,5 ° C, αρτηριακή πίεση 10 mm/Hg, σφύξεις 60/min, και αναπνοές 22/min. Φέρει περιφερική φλέβα απ' όπου παίρνει N/S. Φέρει επίσης καθετήρα κύστεως και πλύση. Δεν παρουσίασε μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Αγχος και φόβος κατά την εισαγωγή	Να μειωθεί ο φόβος του ασθενούς πριν την επέμβαση. Το άγχος και ο φόβος επηρεάζουν την μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς.	Να ενημερωθεί ο ασθενής για την ασθένεια του, την επέμβαση, και να απαντηθούν τα ερωτήματα του.	Η νοσηλεύτρια πλησιάζει τον ασθενή και τον βοηθά, δημιουργώντας κλίμα εμπιστοσύνης, να της φανερώσει τις σκέψεις του. Ο άρρωστος φοβόταν ότι θα πέθαινε κατά την επέμβαση. Η νοσηλεύτρια του εξηγεί πως δεν υπάρχει λόγος ανησυχίας γιατί η επιστήμη έχει κάνει μεγάλες προόδους και η επέμβαση του θα πάει καλά. Τον παρότρυνε να συζητήσει με άλλο ασθενή που έκανε προστατεκτομή.	Ο ασθενής ύστερα από τη συζήτηση αισθάνθηκε καλύτερα, και μειώθηκε το άγχος του.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Σωματική εξασθένιση	Ο ασθενής πριν οδηγηθεί στο χειρουργείο πρέπει να τονωθεί σωματικά.	Οι τροφές που θα πάρει ο ασθενής πρέπει να είναι πλούσιες σε υδατάνθρακες, άλατα βιταμίνες και πρωτεΐνες. Λαμβάνονται υπ' όψη οι προτιμήσεις του ασθενούς.	Το διαιτολόγιο ήταν φτωχό σε λίπη και πλούσιο σε υδατάνθρακες, βιταμίνες και πρωτεΐνες. Λήφθηκαν υπ' όψη οι προτιμήσεις του ασθενούς.	Πράγματι επιτεύχθηκε η σωματική τόνωση του ασθενούς.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Επίσχεση ούρων	Να αδειάσει η ουροδόχος κύστη, να ανακουφιστεί ο άρρωστος και να προληφθούν επιπλοκές.	Πρέπει να ετοιμαστεί ο δίσκος καθετηριασμού. Να ενημερωθεί ο άρρωστος για τον καθετηριασμό και να βοηθηθεί ο γιατρός.	Ο άρρωστος ενημερώθηκε από την νοσηλεύτρια για την διαδικασία του καθετηριασμού. Βοηθήθηκε ο γιατρός κατά τη διενέργεια του καθετηριασμού. Έγινε σταδιακή εκκένωση της κύστεως για να αποφευχθεί η αιματοουρία που μπορεί να προκληθεί από την απότομη εκκένωση της.	Η κύστη εκκενώθηκε από τα ούρα. Ο ασθενής ανακουφίστηκε από την επίσχεση.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Καθαρισμός του εντερικού σωλήνα	Ευχερέστερη διενέργεια της εγχείρησης, πρόληψη επιπλοκών από το πεπτικό σύστημα.	Πρέπει να καθοριστεί ο τρόπος από τον γιατρό. Να ενημερωθεί ο άρρωστος για τους υποκλισμούς.	Ενημερώθηκε ο ασθενής ότι θα γίνει καθαρτικός υποκλισμός. Υστερα από εντολή του γιατρού έγιναν καθαρτικοί υποκλισμοί (ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχείρησης και ο δεύτερος 6 ώρες πριν την επέμβαση). Η νασηλεύτρια παρακολούθησε τα αποτελέσματα των υποκλισμών. Εξι ώρες πριν την εγχείρηση ο ασθενής δεν παίρνει τίποτα από το στόμα.	Οι υποκλισμοί απέδωσαν. Ο ασθενής ήταν έτοιμος για την εγχείρηση. Εγιναν οι απαραίτητες ενέργειες την πρόληψη των επιπλοκών από το πεπτικό σύστημα.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού.	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Προετοιμασία εγχειρητικού πεδίου.	Να ξυριστεί και να γίνει αντισηψία στην περιοχή των γεννητικών οργάνων μέχρι την περιτοναϊκή κοιλότητα.	Να γίνει ξύρισμα και αντισηψία της περιοχής, να ενημερωθεί ο άρρωστος.	Ο άρρωστος ενημερώθηκε. Το βράδυ πριν την εγχείρηση έγινε το ξύρισμα και η αντισηψία σε μεγάλη περιοχή γύρω από το εγχειρητικό πεδίο.	Ο άρρωστος μετά το ξύρισμα και την αντισηψία ήταν έτοιμος για το χειρουργείο.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Τελική προεγχειρητική ετοιμασία.	Ο άρρωστος πρέπει να είναι έτοιμος για το χειρουργείο, και να είμαστε βέβαιοι ότι βρίσκεται σε καλή γενική κατάσταση.	Να γίνει λήψη ζωτικών σημείων του ασθενούς, να αφαιρεθούν ξένα σώματα που τυχόν έχει, να φορέσει την ενδυμασία του χειρουργείου και να συμπληρωθεί το κατάλληλο έντυπο.	Ελήφθησαν τα ζωτικά σημεία του ασθενούς (φυσιολογικά), παρακολουθήθηκε για τυχόν εμφάνιση βήχα, και ενημερώθηκε ότι σε λίγο θα έφευγε για το χειρουργείο. Ο ασθενής αφάισε την μασέλα του και φόρεσε τα ειδικά ρούχα για το χειρουργείο (υποκάμισο, ποδονάρια, σκούφο). Συμπληρώθηκε το ειδικό έντυπο που θα συνόδευε τον άρρωστο στο χειρουργείο.	Όταν ήρθαν οι τραυματιοφορείς για να μεταφέρουν τον ασθενή στο χειρουργείο αυτός ήταν έτοιμος και δεν σημειώθηκαν καθυστερήσεις.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Παραλλαβή του ασθενούς από το χειρουργείο.	Ελεγχος της γενικής κατάστασης του ασθενούς μετά την επιστροφή του από το χειρουργείο. Εγκαιρη αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκών.	Να γίνει λήψη των ζωτικών σημείων και να τεθεί ο ασθενής σε τρίωρη παρακολούθηση.	Μετά την επιστροφή του ασθενούς από το χειρουργείο έγινε λήψη των ζωτικών σημείων και γράφονται στο θερμομετρικό διάγραμμα και στη λογοδοσία. Ο άρρωστος ετέθη σε τρίωρη παρακολούθηση.	Παρακολουθείται η πορεία του ασθενούς και μπορεί έτσι να γίνει έγκαιρη αντιμετώπιση των επιπλοκών.
Ελεγχος παροχетеυτικών σωλήνων.	Ελέγχεται η λειτουργικότητα των παροχетеυτικών σωλήνων.	Να ελεγχθεί ο καθετήρας και η πλύση για τυχόν απόφραξη τους από πήγματα αίματος και για συστροφές και κάμψεις.	Όταν έγινε η παραλλαβή του ασθενούς από το χειρουργείο ελέγχθηκε το τραύμα και οι παροχетеυσεις	Οι παροχетеυσεις λειτουργούν κανονικά.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Πόνος	Να μειωθεί ο μετεγχειρητικός πόνος.	Να γίνει προσπάθεια να ηρεμήσει ο άρρωστος και να ενημερωθεί ο γιατρός.	Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να ηρεμήσει τον ασθενή και του χορηγεί το παυσίπονο που συνέστησε ο γιατρός.	Ο πόνος ύστερα από λίγο σταμάτησε.
Εμμετος.	Ανακούφιση του αρρώστου.	Να γίνει αλλαγή των κλινοσκεπασμάτων, να τοποθετηθεί ο άρρωστος στην κατάλληλη θέση. Να ενημερωθεί ο γιατρός.	Εγινε αλλαγή των κλινοσκεπασμάτων, πλύση του στόματος με αντισηπτική διάλυση και τοποθετήθηκε ο άρρωστος με το κεφάλι σε πλάγια θέση. Δεν τοποθετείται Levin.	Ανακουφίστηκε ο άρρωστος.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Διατήρηση ισοζυγίου υγρών	Να ελεγχθούν τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά.	Ο ασθενής πρέπει να λαμβάνει 3 λίτρα ορούς το 24ωρο. Να τηρείται προσεκτικά το διάγραμμα προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.	Το διάγραμμα προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών τηρείται σχολαστικά. Χορηγούνται 3 λίτρα ορών το 24ωρο.	Ο ασθενής έπαιρνε τα απαιτούμενα υγρά. Δεν έγινε κατακράτηση υγρών.
Αλλαγή τραύματος	Αποφυγή μολύνσεων	Ετοιμάζεται το τροχήλατο αλλαγής. Πρέπει να τηρηθούν οι κανόνες ασηψίας και αντισηψίας.	Ετοιμάστηκε το τροχήλατο αλλαγής και η νοσηλεύτρια βοήθησε τον γιατρό να κάνει την αλλαγή. τηρήθηκαν όλοι οι κανόνες ασηψίας και αντισηψίας.	Έγινε η αλλαγή του τραύματος με όλους τους κανόνες. Γρήγορη επούλωση του τραύματος.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Έγερση του αρρώστου	Πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών.	Ο άρρωστος πρέπει να βοηθηθεί κατά την έγερση του και να του δοθούν οδηγίες για το πως θα σηκώνεται. Αρχικά θα πρέπει να γίνει σταδιακά η έγερση του.	Η νοσηλεύτρια εξηγεί στον άρρωστο πως θα τον βοηθήσει να σηκωθεί και τι θα πρέπει να κάνει ο ίδιος. Ο άρρωστος κάθεται πρώτα καθιστός πάνω στο κρεβάτι, μετά αφού αισθάνεται καλύτερα κάθεται καθιστός με τα πόδια κρεμασμένα. Τέλος μπορεί να σηκωθεί, και να περπατήσει για όσο μπορεί. Ενθαρρυνεται ο άρρωστος να σηκώνεται όσο συχνότερα μπορεί.	Ο άρρωστος πονούσε λίγο αλλά σηκώθηκε και έκανε μια μικρή βόλτα στο διάδρομο.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Αφαίρεση καθετήρα	Ο άρρωστος θα προσπαθήσει να ουρήσει μόνος του.	Πρέπει να ενημερωθεί ο άρρωστος για την αφαίρεση του καθετήρα και για το μπορεί να αντιμετωπίσει στη συνέχεια. Πρέπει να ετοιμαστούν τα απαραίτητα για την αφαίρεση του καθετήρα.	Εγινε η αφαίρεση του καθετήρα Η νοσηλεύτρια ενημέρωσε τον άρρωστο ότι στην αρχή μπορεί να έχει συχνουρία και μερική απώλεια ούρων και ότι ο έλεγχος της ούρησης είναι θέμα λίγων ημερών.	Ο άρρωστος ανακουφίστηκε με την αφαίρεση του καθετήρα και ήταν προετοιμασμένος για την συνέχεια.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντιδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Οδηγίες εξόδου.	Να ξέρει ο ασθενής τι θα πρέπει να κάνει μετά την έξοδο.	Συζήτηση με τον ασθενή.	Ενημερώθηκε ο ασθενής ότι θα πρέπει να αποφεύγει τις βαριές εργασίες για 3-4 εβδομάδες. Επίσης ότι θα πρέπει να λαμβάνει άθρονα υγρά καθημερινά (2-3 λίτρα)., και να επισκέπτεται τον ουρολόγο σε τακτικά διαστήματα προληπτικά.	Με τις οδηγίες αυτές αποφεύγονται επιπλοκές και βοηθείται ο ασθενής να επανέλθει στην προηγούμενη κατάσταση του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ALKEN C.: "Εγχειρίδιο της ουρολογίας", μετάφραση Νηφόρου Δ., Εκδόσεις "Παρισιάνος", Αθήνα 1975.
- ΓΑΓΑΝΑΚΗΣ Ι.: "Η ανοικτή προστατεκτομή", επίτομος. Εκδόσεις "University Studio Press", Θεσσαλονίκη 1985.
- ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Α.: "Διλήμματα και προβληματισμοί στη σύγχρονη νοσηλευτική", Εκδόσεις "Η Ταβιθά", Αθήνα 1990.
- ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ Α.: "Μαθήματα ουρολογίας", Εκδόσεις "Παλμός", Αθήνα 1977.
- GUYTON A.: "Φυσιολογία του ανθρώπου", μετάφραση Κούβελας Η., έκδοση 3η, Εκδόσεις "Λίτσας", Αθήνα 1984.
- ΚΑΝΔΡΕΒΙΩΤΗΣ Ν.: "Νεοπλάσματα στο πλαίσιο της γενικής παθολογίας και παθολογικής ανατομίας", Εκδόσεις "Παρισιάνος", Αθήνα 1983.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ. - ΓΟΥΛΙΑ Ε.: "Η νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικο", έκδοση 2η, Εκδόσεις "Η Ταβιθά", Αθήνα 1988.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ. Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ. Φ.: "Νοσηλευτική γενική παθολογική χειρουργική", τόμος Α, έκδοση 12η, Εκδόσεις "Η Ταβιθά", Αθήνα 1989.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ. Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ. Φ.: "Νοσηλευτική παθολογική χειρουργική", τόμος Β, μέρος 1ο, έκδοση 13η, Εκδόσεις "Η Ταβιθά", Αθήνα 1990.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ. Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ. Φ.: "Νοσηλευτική παθολογική χειρουργική", τόμος Β, μέρος 2ο, έκδοση 14η, Εκδόσεις "Η Ταβιθά", Αθήνα 1991.
- ΜΠΑΡΜΠΑΛΙΑΣ Γ. Α.: "Στοιχεία ουρολογίας" επίτομος, Εκδόσεις "Λίτσας", Αθήνα 1987.

- ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ Α. - ΠΑΝΟΥ Μ.: "Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική", τόμος 1ος, έκδοση 2η, Εκδόσεις "ΒΗΤΑ", Αθήνα 1989.
- UICC, ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΝΩΣΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ: "Εγχειρίδιο κλινικής ογκολογίας", Εκδόσεις "Λίτσας".

