

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

ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Πτυχιακή Εργασία
της Σπουδάστριας

ΚΟΥΪΚΟΓΛΟΥ ΟΥΡΑΝΙΑΣ

Υπεύθυνη Καθηγήτρια :

Γεωργούση Παρασκευή

Επιτροπή Εγκρίσεως
Πτυχιακής Εργασίας:

- 1.
- 2.
- 3.

ΠΑΤΡΑ
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 1994



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1282
----------------------	------

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Αφιερώνω την εργασία αυτή στους γονείς μου και τον αδερφό μου, για την αμέριστη συμπαράστασή τους κατά τη διάρκεια των σπουδαστικών μου χρόνων. Επίσης, στους φίλους μου και τον Κο. Δημήτριο Καρατζένη.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά την καθηγήτρια του Τ.Ε.Ι. Πάτρας και εισηγήτρια της πτυχιακής μου εργασίας, Κα. Γεωργούση Παρασκευή για την πολύτιμη βοήθειά της.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα τον Δρ. Ιωάννη Μωϋσή για την ανεκτίμητη προσφορά του, τόσο στη διάθεση των συγγραμμάτων, όσο και στη συγγραφή της εργασίας.

Επίσης ευχαριστώ τον Κο. Δημήτριο Καρατζένη για την επιμελή επεξεργασία του κειμένου.

Τέλος, απευθύνω τις ευχαριστίες μου στο προσωπικό της βιβλιοθήκης των Ιδρυμάτων: Γενικό Κρατικό Αθηνών, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας και Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια προσπάθεια προσέγγισης του θέματος "Κακοήθες μελάνωμα - Νοσηλευτική αντιμετώπιση", στηριζόμενη σε Ιατρικά και Νοσηλευτικά δεδομένα, μέσα στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας.

Η συνεχής αναφορά των μέσων μαζικής ενημέρωσης για τη σταθερή αύξηση των κρουσμάτων μελανώματος, σε συνδυασμό με την υψηλή θνησιμότητα που παρουσιάζεται, έκαναν εντονότερη την προσπάθεια μου, για αναζήτηση νέων πηγών, που θα παρουσίαζαν καινούρια δεδομένα για την εξέλιξη και πορεία τόσο της νόσου όσο και της θεραπείας της.

Είναι σκόπιμο να αναφερθεί πως μεγαλύτερη βαρύτητα και ανάπτυξη δόθηκε στη Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με μελάνωμα, δεδομένου ότι κατά τη φοίτηση μας στη σχολή της Νοσηλευτικής, κύριο μέλημα και σκοπός είναι ο άνθρωπος και οι ανάγκες του.

Το πρώτο μέρος της εργασίας αποτελεί την ιατρική προσέγγιση του θέματος, με στοιχεία ανατομίας και φυσιολογίας, αιτιολογικούς παράγοντες και εκδηλώσεις της νόσου, καθώς και ανάλυση της διάγνωσης και θεραπείας του μελανώματος.

Το δεύτερο μέρος, προβάλλει τον σκοπό των Νοσηλευτριών(-των) που προσανατολίζονται με σχέδια νοσηλευτικής διεργασίας, προσπαθώντας έτσι να καλύψουν τα αναπόφευκτα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν τον ασθενή καθ' όλη την παραμονή του στα Νοσοκομειακά Ιδρύματα αλλά και έξω από αυτά.

Στο τρίτο μέρος, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στην αξία της πρόληψης και στο ρόλο των Νοσηλευτριών(-των) στη διαφώτιση του κοινού σε θέματα που αφορούν τους αιτιολογικούς παράγοντες (εξωγενείς) και τα πρώιμα συμπτώματα του μελανώματος.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΘΕΜΑ	ΣΕΛΙΔΑ
Αφιέρωση	I
Ευχαριστίες	II
Πρόλογος	III
Περιεχόμενα	IV

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Εισαγωγή	1
1.2 Ανατομία του δέρματος	1
1.3 Ιστολογία του δέρματος	2
1.4 Εξαρτήματα του δέρματος	3
1.5 Τα νεύρα του δέρματος	4
1.6 Τα αγγεία του δέρματος	4
1.7 Φυσιολογία του δέρματος	5
1.8 Η χρωστική του δέρματος	5
1.9 Καρκίνος του δέρματος	6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Ιστορική ανασκόπηση	8
2.2 Επιδημιολογικά στοιχεία	10
2.3 Γεωγραφική κατανομή	13
2.4 Αιτιολογικοί παράγοντες	14
2.5 Κλινικές μορφές μελανωμάτων	16
2.6 Μορφολογία - Φυσιολογία	18
2.7 Σταδιοποίηση της νόσου	19
2.8 Εντόπιση των μελανωμάτων	23
2.9 Κλινική εικόνα - συμπτώματα	24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Διάγνωση της νόσου	25
3.2 Διαφορική διάγνωση	27
3.3 Εξέλιξη της νόσου - Μεταστάσεις	30
3.4 Θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου	32
3.4.1 Γενικές αρχές	32
3.4.2 Χειρουργική αντιμετώπιση	32
3.4.3 Θεραπεία με ακτινοβολία	34

3.4.4	Χημειοθεραπεία	35
3.4.5	Περιοχική χημειοθεραπεία και υπερθερμία	36
3.4.6	Ανοσοθεραπεία	37
3.4.7	Ενεργητική ανοσοποίηση	38
3.5	Παρενέργειες από τη θεραπεία	39
3.6	Πρόγνωση	40

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1	Γενική νοσπλευτική αντιμετώπιση ασθενούς με μελάνωμα, σε όλα τα στάδια της θεραπείας	44
1.2	Χειρουργική θεραπεία - Ο ρόλος των νοσπλευτών	45
1.3	Προεγχειρητική ετοιμασία	47
1.3.1	Γενική προεγχειρητική ετοιμασία	48
1.3.2	Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία	51
1.3.3	Τελική προεγχειρητική ετοιμασία	52
1.4	Μετεγχειρητική νοσπλευτική φροντίδα	52
1.5	Χημειοθεραπεία - Ο ρόλος των νοσπλευτών	57
1.6	Ακτινοθεραπεία - Ο ρόλος των νοσπλευτών	60
1.7	Ανοσοθεραπεία - Ο ρόλος των νοσπλευτών	62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1	Νοσπλευτική διεργασία	64
2.2	Ιστορικό 1ο	65
	Πίνακες νοσπλευτικής διεργασίας	68
2.3	Επανεισαγωγή	75
	Πίνακες νοσπλευτικής διεργασίας	77
2.4	Ιστορικό 2ο	82
	Πίνακες νοσπλευτικής διεργασίας	84

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

	Πρόληψη και επιμόρφωση του κοινού για το κακόθες μελάνωμα - Ο ρόλος των νοσπλευτών	
1.1	Γενικές αρχές	91
1.2	Μέτρα πρόληψης για την ελάττωση της θνησιμότητας από κακόθες μελάνωμα	92
	Συμπεράσματα - Προτάσεις	95
	Επίλογος	97

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παράρτημα Α	99
Ευρετήριο πινάκων	105

Παράρτημα Β
Βιβλιογραφία

106
113

ΠΡΩΤΟ

ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Εισαγωγή

Το δέρμα το οποίο καλύπτει όλο το ανθρώπινο σώμα, είναι ένα όργανο μεγάλης σπουδαιότητας γιατί επιτελεί πολλαπλές λειτουργίες, οι κυριότερες των οποίων είναι οι εξής:

- Προστατευτική
- Αισθητική
- Αναπνευστική
- Θερμορυθμιστική
- Αμυντική (παραγωγή αντισωμάτων)

Το δέρμα έρχεται σε πρώτη και άμεση επαφή με τους εξωτερικούς παράγοντες του περιβάλλοντος. Προστατεύει τα κάτωθεν αυτού όργανα από τις δυσμενείς επιδράσεις των παραγόντων αυτών (διάφορες αιωρούμενες ουσίες, μικρόβια, κακώσεις, κ.λ.π.) αλλά υφίσταται και τις πρώτες βλάβες από αυτούς τους παράγοντες. Αποτέλεσμα αυτών των βλαβερών επιδράσεων και για μακρύ χρονικό διάστημα είναι η δημιουργία αλλοιώσεων στην επιφάνεια του δέρματος και η γένεση του καρκινώματος σ' αυτό, εάν δεν ληφθούν τα κατάλληλα και απαραίτητα μέτρα προφύλαξης.

1.2 Ανατομία του δέρματος

Το δέρμα είναι και αυτό όργανο του σώματος, που επιτελεί ποικίλες λειτουργίες και αποτελεί την ελαστική μεμβράνη, η οποία καλύπτει ολόκληρη την εξωτερική επιφάνεια του σώματος.

Το πάχος του δέρματος ποικίλει στα διάφορα μέρη του σώματος και κυμαίνεται από 0.7 - 1.0 mm, μέχρι 2.0-3.0 mm. Το υπόδερμα, ποικίλει και αυτό κατά τόπους και κατ' άτομα, ανάλογα με το πάχος τους.

Η χροιά του δέρματος αλλάζει ανάλογα με τις φυλές, τις περιοχές του σώματος και την ηλικία.

Η επιφάνεια του δέρματος είναι ανώμαλη και καλύπτεται από τρίχες σε ορισμένα μέρη του σώματος. Επίσης, στην επιφάνεια του δέρματος διακρίνουμε:

1. Τους πόρους, οι οποίοι είναι τα στόμια των αδένων του δέρματος, και είναι ορατοί με γυμνό μάτι.
2. Τις δερματικές ακρολοφίες που βρίσκονται στις παλαμιαίες και πελματιαίες επιφάνειες και αποτελούν τα αποτυπώματα κάθε ατόμου.
3. Τις πτυχές του δέρματος που είναι αύλακες ή γραμμές που δημιουργούνται από την κατασκευή του χορίου και καλούνται γραμμές του Langer.

1.3 Ιστολογία του δέρματος

Εξετάζοντας το δέρμα από πάνω προς τα κάτω, ανακαλύπτουμε πως αποτελείται από τρία στρώματα:

1. Από την επιδερμίδα.
2. Από το χόριο.
3. Από το υπόδερμα.

Επίσης παρατηρούμε τη βασική μεμβράνη η οποία διαχωρίζει την επιδερμίδα από το χόριο.

1.3.α Επιδερμίδα

Είναι όργανο χωρίς αγγεία και τρέφεται από το χόριο. Δε συνδέεται σε οριζόντια γραμμή με το χόριο αλλά σχηματίζει προεκβολές προς αυτό, οι οποίες ονομάζονται μεσοθηλές ή ακρολοφίες ή μεσοθήλακα διαστήματα.

Η επιδερμίδα από μέσα προς τα έξω, αποτελείται από τέσσερις στοιβάδες:

1. Βασική ή μητρική.
2. Ακανθωτή ή μαλπιγγιανή
3. Κοκκώδη
4. Κερατίνη

Μέσα στη βασική στοιβάδα υπάρχουν τα μελανοκύτταρα ή διαυγή κύτταρα ή δενδριτικά κύτταρα, τα οποία παράγουν τη μελανίνη. Το πρωτόπλασμά τους εκβάλλει ψευδοπόδια, τα οποία προχωρούν μεταξύ των στοιβάδων της βασικής στοιβάδας και φτάνουν μέχρι την ακανθωτή, όπου εναποθέτουν τη μελανίνη με μορφή ομπρέλας πάνω στα κύτταρα της επιδερμίδας, για να προστατεύσουν τον οργανισμό από την επίδραση της ακτινοβολίας.

1.3.β Χόριο και υπόδερμα

Το χόριο διαιρείται σε δύο μοίρες, οι οποίες δεν είναι σαφώς χωρισμένες μεταξύ τους και αποτελούν το θηλώδες και το δικτυωτό στρώμα.

Το χόριο αποτελείται από συνεκτικό ιστό, ενδιάμεση θεμελιώδη ουσία, κύτταρα, λεμφικά και αιμοφόρα αγγεία και νεύρα.

Το υπόδερμα είναι συνέχεια του χορίου. Αποτελείται από έντονο δίκτυο συνεκτικού ιστού, όπου μέσα στα πλέγματά του περικλείονται λιπώδη λοβία. Το υπόδερμα αποτελείται επίσης από αγγεία και νεύρα, ιδρωτοποιούς αδένες και θύλακες των τριχών.

1.4 Εξαρτήματα του δέρματος

1. Αδένες του δέρματος:
 - α. Σμηγματογόνοι αδένες.
 - β. Ιδρωτοποιοί αδένες.

2. Τρίχες.
3. Νύχια.

1.5 Τα νεύρα του δέρματος

Το δέρμα είναι όργανο πλούσιο σε νευρικό ιστό, αρκετά περίπλοκο, αποτελούμενο από ελεύθερες απολήξεις νευρικών ινών και ποικίλων νευρικών σχηματισμών.

Τα νεύρα του δέρματος λόγω των δυσκολιών της χρώσεώς τους, δεν έχουν μελετηθεί σαφώς. Τα νεύρα προέρχονται από τους εν τω βάθει νευρικούς κλάδους και συνοδεύουν τα αγγεία.

1.6 Τα αγγεία του δέρματος

Τα αγγεία του δέρματος, οι αρτηρίες, οι φλέβες, τα τριχοειδή και τα λεμφαγγεία, βρίσκονται στο χόριο και το υπόδερμα.

1). *Οι αρτηρίες:* - Απ' αυτές, άλλες διεισδύουν κάθετα στο υπόδερμα και αμέσως διακλαδίζονται, άλλες δε, βρίσκονται παράλληλα προς το δέρμα και κατόπι διακλαδίζονται ή εκπέμπουν παραφυάδες. Όταν φτάσουν στην κάτω επιφάνεια του χορίου σχηματίζουν πλέγμα που ονομάζεται εν τω βάθει αγγειακό δίκτυο.

2). *Οι φλέβες:* - Αρχίζουν από το φλεβίδιο των θηλών, ανακάμπτουν και σχηματίζουν τέσσερα δίκτυα που δεν αντιστοιχούν απόλυτα με τα δίκτυα των αρτηριών:

- α) Επιπολής υποθηλώδες δίκτυο.
- β) Υποθηλώδες πλέγμα.
- γ) Φλεβικό πλέγμα.
- δ) Υποδερματικό φλεβικό πλέγμα.

3). *Τα τριχοειδή:* - Αποτελούνται μόνο από ενδοθήλιο και συγκρατούνται από μια λεπτή ζώνη κολλαγόνου.

4). Τα λεμφαγγεία - Αρχίζουν από το μέσο των θηλών, από τυφλά άκρα. Πορεύονται κάθετα μέχρι τη βάση των θηλών όπου σχηματίζουν το υποθηλώδες δίκτυο.

1.7 Φυσιολογία του δέρματος

Το δέρμα εκτελεί τις εξής λειτουργίες : απορρόφηση και απέκκριση, διαπνοή, διακανονισμό της θερμοκρασίας του σώματος, αίσθηση γενική και ειδική.

Στη φυσιολογία του δέρματος περιλαμβάνονται επίσης η κερατινοποίηση, ο σχηματισμός του επιδερμικού λίπους, της χρωστικής (μελανίνης) και η φυσικοχημεία του δέρματος (μεταβολισμός του νερού, των αλάτων και οργανικών ουσιών).

Η χροιά του δέρματος είναι ανάμιξη τεσσάρων χρωμάτων: κόκκινου, γκρίζου, λευκού και κίτρινου. Με την συνέγωση των χρωμάτων αυτών σχηματίζονται διάφορες ποικιλίες της χροιάς του δέρματος που αποτελούν τις φυλετικές και ατομικές χρωστικές διαφορές του δέρματος των ανθρώπων.

Χαρακτηριστική ιδιότητα του δέρματος είναι η ελαστικότητα και η τάση που διαγράφεται κυρίως γύρω από τις αρθρώσεις και έχει ορισμένη φορά.

Το δέρμα σα μεμβράνη, παρουσιάζει όλες τις ιδιότητες των μεμβρανών. Κυριώτερη ιδιότητα είναι η διαβατότητα διαφόρων ουσιών. Είναι όμως τελείως διαφορετική η διαβατότητα των ουσιών από έξω προς τα μέσα ή από μέσα προς τα έξω.

1.8 Η χρωστική του δέρματος

Η χρωστική του δέρματος, μελανίνη, δημιουργείται μέσα σε ειδικά κύτταρα, τα μελανοκύτταρα ή μελανοβλάστες.

Τα κύτταρα αυτά είναι αστεροειδή και βρίσκονται στο όριο μεταξύ χορίου και επιδερμίδας, δενδριτικά, νευρικής πιθανόν προελεύσεως.

Εκτός από τα κύτταρα αυτά, υπάρχουν και τα χρωματοφόρα, τα οποία χρησιμεύουν μόνο στην πρόσληψη της χρωστικής και στη μεταφορά της.

Διακρίνουμε επίσης και άλλες δύο κατηγορίες κυττάρων:

α) Μακροφάγα ή μελανοφάγα τα οποία ονομάζονται μεταναστευτικά κύτταρα φορτωμένα με μελανίνη από φαγωκυττάρωση και

β) Μελανοφόρα, κύτταρα με μελανίνη, τα οποία υπάρχουν στο δέρμα των ιχθύων, των ερπετών και των αμφιβίων.

Η μελανίνη παράγεται από το αμινοξύ διοξυφαινυλαλανίνη (dopa) με τη βοήθεια του ενζύμου τυροσινάση. Παράγεται επίσης και από άλλα αμινοξέα όπως είναι κυρίως η τυροσίνη και άλλες ουσίες που ενεργοποιούν ή παρεμποδίζουν το σχηματισμό της μελανίνης.

Για να υπάρξει ομαλός καταμερισμός της χρωστικής του δέρματος, πρέπει να υπάρχει ισορροπία μεταξύ των μελανοκυττάρων του δέρματος, της ομάδας σουλφυδρυλίου και του ενζύμου τυροσινάση. Οποιαδήποτε διαταραχή της ισορροπίας αυτής, φέρει, ανάλογα, είτε υπέρχρωση είτε αποχρωματισμό του δέρματος.

Πολλοί παράγοντες διακανονίζουν την ισορροπία αυτή, όπως είναι το φυτικό νευρικό σύστημα, διαιτητικοί και ορμονικοί παράγοντες, διαταραχές του μεταβολισμού, το ΡΗ, ακτινοβολία σαν ενέργεια (υπεριώδεις ακτίνες, ακτίνες Χ, θόριο Χ, κ.λ.π.).

1.9 Καρκίνος του δέρματος

Ο καρκίνος του δέρματος αποτελεί το 9- 13 % των κακοήθων όγκων. Οι πιο συχνοί καρκίνοι του δέρματος παρουσιάζουν γεωγραφική κατανομή π.χ. στην Αυστραλία και

Νότια Αφρική αποτελούν το 50 % των κακοήθων όγκων, αλλά επίσης συναντάται σε μεγάλη συχνότητα στη Νέα Ζηλανδία , στην Ιρλανδία, στις Η.Π.Α. και γενικά στη Βόρεια και Κεντρική Ευρώπη. Γενικά παρουσιάζονται στην Καυκάσια φυλή και είναι σπάνιοι στους μαύρους και ακόμη πιο σπάνιοι στους Ασιάτες. Οι θάνατοι στην Καυκάσια φυλή είναι 70 - 80 νέες περιπτώσεις σε 100.000 θανάτων κάθε χρόνο. Στην Ιταλία είναι 1.7 περιπτώσεις ανά 100.000. Αυτό το είδος του καρκίνου είναι εύκολα θεραπευόμενο και η επιβίωση είναι πολύ υψηλή. Περισσότερο νοσούν οι άνδρες απ' τις γυναίκες σε ποσοστό 1.5 προς 1.0 αλλά αυτό εξαρτάται από την έκθεση σε εξωγενείς παράγοντες. Ανάμεσα στους γνωστούς παθογενετικούς παράγοντες είναι η έκθεση στον ήλιο και οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες π.χ. χημικοί παράγοντες (αρσενικό, πίσσα, ιονίζουσα ακτινοβολία, υψηλή θερμοκρασία).

Ένας μεγάλος αριθμός καρκινωμάτων αναπτύσσεται σε προηγούμενες προκαρκινικές καταστάσεις π.χ. υπερκερατώσεις, Bowen's disease. Επίσης παρουσιάζονται πάνω σε προηγούμενες ουλές. Μπορούν να εμφανιστούν σε όλα τα μέρη του σώματος αλλά κυρίως εμφανίζονται : στο πρόσωπο, τον τράχηλο και στη ραχιαία επιφάνεια του χεριού. Οι κακοήθεις όγκοι του δέρματος είναι : α)Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, β)Μαλπιγγιακό καρκίνωμα και γ)Κακοήθες μελάνωμα, που αποτελεί μια ξεχωριστή μορφή καρκίνου του δέρματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Κακοήθες μελάνωμα

Το μελάνωμα είναι μια μορφή καρκίνου του δέρματος που από τη φυσική του εξέλιξη, φαίνεται πως είναι η χειρότερη.

Εμφανίζεται και στα καλυμμένα μέρη του σώματος, σε αντίθεση με τις άλλες μορφές δερματικού καρκίνου που συνηθέστερα αφορά μόνο τα ακάλυπτα. Παρουσιάζεται συχνά σαν ένα μελανό, βυσινόχρωμο ή σκούρο καφέ ογκίδιο μέσα στο περίγραμμα μιας μελαχρωστικής κηλίδας του δέρματος που προϋπήρχε αμετάβλητη για πάρα πολλά χρόνια· είτε ακόμη φανερώνεται ξαφνικά σαν ογκίδιο με τα πιο πάνω χρώματα σε δερματική περιοχή που δεν υπήρχε τίποτε προηγουμένως.

2.1 Ιστορική Ανασκόπηση

Η πρώτη περιγραφή κακοήθους μελανώματος, όπως άλλωστε και άλλων νεοπλασιών έγινε από τον Ιπποκράτη κατά τον 5ο π.Χ. αιώνα ενώ εμφανή σημεία της νόσου βρέθηκαν σε προκολομβιανές μούμιες των Ίνκας από την ίδια περίπου εποχή.

Από την εποχή αυτή μέχρι σήμερα το κακοήθες μελάνωμα, αφ' ενός λόγω της ομοιότητάς του με τους μελαχρωματικούς σπίλους, αφ' ετέρου λόγω της δερματικής επιφανειακής, κατά κανόνα εντόπισής του έχει απασχολήσει αντιφατικά την κοινή γνώμη με αντιλήψεις οι οποίες αρκετά απέχουν της πραγματικότητας.

Χαρακτηριστικές είναι διάφορες διαχρονικές αντιφατικές αντιλήψεις για το κακοήθες μελάνωμα. Στο μεσαίωνα το μελάνωμα εθεωρείτο "σημάδι του διαβόλου", συνέπεια του οποίου ήταν να καταδικαστεί ένας σημαντικός αριθμός ατόμων σε θάνατο. Στην εποχή του βασιλιά Ήλιου στη Γαλλία, οι μελαχρωματικοί σπίλοι θεωρήθηκαν ιδιαιτέρως κολακευτικοί για τη γυναικεία ομορφιά ενώ στην εποχή μας όπου η αντίληψη του "μη το αγγίζεις" αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια στη δευτερογενή πρόληψη.

Ο όρος μελάνωμα ανήκει στον Carswell ο οποίος πρώτος το 1938 περιέγραψε τους κακοήθεις χαρακτήρες αυτής της νόσου αλλά και άλλα ονόματα όπως οι : Sir James Paget, Hutchinson και Dubreuilh είναι στενά συνδεδεμένα με την επιστημονική πορεία της νόσου και με σημαντικές εξελίξεις στο χώρο της διάγνωσης, της θεραπείας και της φυσικής ιστορίας της νεοπλασίας αυτής.

2.2 Επιδημιολογικά Στοιχεία

Το μελάνωμα είναι κακοήθης όγκος των μελανοκυττάρων. Αποτελεί το 1 - 3 % όλων των κακοήθων όγκων και η συχνότητά του αυξάνει σ' όλο τον κόσμο κατά 4 % ετησίως. Υπολογίζεται πως το έτος 2.000 η επίπτωσή του, θα είναι 1 : 90 άτομα (πίνακας 1).

*Το 1930 αντιστοιχούσε
ένα Κακοήθες Μελάνωμα σε 1500 άτομα*

*Το 1950 αντιστοιχούσε
ένα Κακοήθες Μελάνωμα σε 600 άτομα*

*Το 1980 αντιστοιχούσε
ένα Κακοήθες Μελάνωμα σε 250 άτομα*

*Το 1985 αντιστοιχούσε
ένα Κακοήθες Μελάνωμα σε 150 άτομα*

*Το 1990 αντιστοιχούσε
ένα Κακοήθες Μελάνωμα σε 150 άτομα*

*Το 2000 θα αντιστοιχεί
ένα Κακοήθες Μελάνωμα σε 90 άτομα*

Πηγή : AMERICAN CANCER SOCIETY 1990

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

Η αύξηση αυτή αφορά το μελάνωμα του δέρματος και όχι το εξωδερμικό ή σπλαχνικό μελάνωμα. Το 1935 όμως η αντίστοιχη αναλογία ήταν 1 στους 1.500. Η δραματική αυτή αύξηση κατά την τελευταία 60ετία φέρνει το κακοήθες μελάνωμα να αυξάνεται με ρυθμούς μεγαλύτερους από κάθε άλλη κακοήθεια και να βρίσκεται στην 8η θέση των κακοήθων νεοπλασιών στις Η.Π.Α. (πίνακας 2).

ΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΙ - ΔΟΛΟΦΟΝΟΙ
(εκτιμήσεις για τις ΗΠΑ για το 1994)

ΚΑΡΚΙΝΟΙ	ΠΟΣΟΣΤΑ - ΝΕΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ	5ΕΤΟΥΣ ΕΠΙΒΙΩΣΕΩΣ	ΘΑΝΑΤΟΙ	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
Πνεύμονα	153.000	172.000	13%	Κάπνισμα, έκθεση σε προϊόντα αμιάντου, μερικές χημικές ουσίες, ακτινοβολίες, ραδόνιο.
Παχέος εντέρου / ορθού	56.000	149.000	58%	Οικογενειακό ιστορικό, παχυσαρκία, πτωχή σε ίνες διατροφής.
Στήθος γυναικών	46.000	182.000	79%	Ηλικία, οικογενειακό ιστορικό, απουσία εγκυμοσύνης, καθυστερημένη εμμηνόπαυση, πρόωρη εμμηνόρρυσια.
Προστάτη	38.000	200.000	77%	Ηλικία, οικογενειακό ιστορικό, πιθανώς κατανάλωση λιπών.
Πάγκρεας	25.900	27.000	3%	Ηλικία, κάπνισμα, κατανάλωση.
Λέμφωμα α) Τραχήλου β) Ενδομητρίου	10.500	46.000	67% 83%	Συνουσία με μικρή ηλικία, πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι, κάπνισμα, πρόωπη εμμηνόρρυσια, καθυστερημένη εμμηνόπαυση, πάχος.
Στοματικής κοιλότητας	7.925	29.600	53%	Κάπνισμα, κατάχρηση οινόπνευματων.
Μελάνωμα δέρματος	6.900	32.000	84%	Ηλιοκαμένη, ανοιχτόχρωμη επιδερμίδα, έκθεση σε λιθάνθρακας, πίσσα, κρεόζοτο, αρσενικό, ράδιο.

Οι ρυθμοί αύξησης της επίπτωσης στους άνδρες αυξάνεται περισσότερο από ότι στις γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό αύξησης στους άνδρες εμφανίζεται να είναι περίπου 5 φορές μεγαλύτερο από ότι ήταν στο παρελθόν ενώ για τις γυναίκες η αντίστοιχη τιμή είναι γύρω στο 3.5. Τους ρυθμούς αυτούς αύξησης της επίπτωσης του μελανώματος, ακολουθεί και η θνητότητα και στα δύο φύλλα, βέβαια όχι με τους ίδιους ρυθμούς (είναι περίπου 2.5 % για τους άνδρες και 1.3 % για τις γυναίκες).

Τα περιορισμένα διαθέσιμα επιδημιολογικά δεδομένα στην Ελλάδα δείχνουν αύξηση της θνητότητας από μελάνωμα την τελευταία 12ετία κατά 2.2 φορές, χωρίς να παρατηρείται διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών. Ενδιαφέρουσα είναι ακόμα η παρατήρηση ότι η θνητότητα στους άνδρες ηλικίας 20 - 49 ετών μειώθηκε κατά 30 % ενώ στους άνδρες ηλικίας άνω των 50 ετών αυξήθηκε κατά το ίδιο ποσοστό. Η διαφοροποίηση αυτή δεν παρατηρήθηκε στη θνητότητα από κακοήθες μελάνωμα στις γυναίκες.

Η επίπτωση αυξάνει με την ηλικία αν και έχει παρατηρηθεί μελάνωμα σε βρέφη. Πολλαπλά μελανώματα εμφανίζονται στο 1 -4 % των περιπτώσεων. Παρατηρούνται συνήθως στον κορμό των ανδρών και τα κάτω άκρα των γυναικών.

2.3 Γεωγραφική Κατανομή

Η "επιδημία" αυτή του καιρού μας (κακοήθες μελάνωμα) είναι νόσος του λευκού δέρματος - παρουσιάζεται με 10πλάσια συχνότητα σε άτομα της λευκής φυλής από ότι στους νέγρους - ενώ η επίπτωση σε πληθυσμούς με άφθονη μελαγχρωστική του δέρματος είναι χαμηλή και δε μεταβάλλεται διαχρονικώς, πλην ίσως της Ιαπωνίας, όπου η επίπτωση αυξάνεται.

Ο παράγοντας κινδύνου ο οποίος έχει μελετηθεί περισσότερο είναι η ηλιακή ακτινοβολία. Σε χώρες όπως η Αγγλία, η Αμερική, η Αυστραλία και οι Σκανδιναβικές χώρες η συχνότητα εμφάνισης του μελανώματος αυξάνεται όσο οι πληθυσμοί αυτοί διαμένουν πλησιέστερα προς τον Ισημερινό.

Η εμφάνιση μελανώματος σε συγκεκριμένες ανατομικές θέσεις συσχετίζεται σαφώς με το βαθμό έκθεσης στον ήλιο εξαιτίας της ενδυμασίας και του τρόπου χτενίσματος (π.χ. εμφανίζεται συχνότερα στις γάμπες των γυναικών και στην εξωτερική επιφάνεια του ωτός στους άνδρες).

Στατιστικά στοιχεία έχουν δείξει πως η Ουγκάντα έχει 0.05/100.000 επίπτωση ενώ η Queensland στην Αυστραλία το 1977 είχε 35/100.000 ενώ η ίδια περιοχή το 1969 είχε 16.2/100.000. Στην Αυστραλία ο λόγος ανδρών-γυναικών είναι 1 : 1 ενώ στην Ευρώπη 2 : 1.

2.4 Αιτιολογικοί Παράγοντες

Αρκετοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για την αιτιολογία και παθογένεση του μελανώματος. Επιδημιολογικές και κλινικές παρατηρήσεις δείχνουν ότι η υπεριώδης ακτινοβολία του ήλιου, αποτελεί το μείζονα αιτιολογικό παράγοντα για τη δημιουργία του μελανώματος. Έτσι, τα άτομα της λευκής φυλής παρουσιάζουν συχνότερα τη νόσο από τα άτομα της μαύρης φυλής: ο κίνδυνος για ένα λευκό των Η.Π.Α. να πάθει κακοήθες μελάνωμα κατά τη διάρκεια της ζωής του είναι 0.7 % ενώ για ένα νέγρο 0.07 % , δηλαδή 10 φορές λιγότερος.

Επίσης, περισσότερο κινδυνεύουν άτομα ξανθά με πανάδες ή φακίδες στο πρόσωπο που δεν μαυρίζουν και καίγονται εύκολα: άτομα με κόκκινα ή πυρόξανθα μαλλιά και ανοιχτόχρωμα μάτια: άτομα με μεγάλο αριθμό από φυσιολογικούς φαινομενικά μελαχρωστικούς σπίλους πάνω από 120 σε νεαρά άτομα ή 50 σε μεγαλύτερη ηλικία: άτομα με ιστορικό τριών ή περισσότερων περιπτώσεων ηλιακών εγκαυμάτων πριν την ηλικία των 20 ετών.

Άλλος ισχυρός δείκτης κινδύνου, είναι οι δυσπλαστικοί σπίλοι: κλινικά αποτελούν δερματικές βλάβες διαμέτρου άνω των 5 mm, η περιφέρεια είναι ακανόνιστη, με ασαφή όρια από το υγιές δέρμα, το χρώμα είναι στικτό και ποικίλλει από σκούρο καφέ έως ανοικτό καστανό και ρόζ. Παρουσιάζει ένα κηλιδώδες και ένα βλατιδώδες τμήμα που δημιουργούν την εικόνα χαλικόστρωτου.

Η γενετική προδιάθεση έχει επίσης ενοχοποιηθεί σαν αιτιολογικός παράγοντας από κλινικές κυρίως παρατηρήσεις. Εξετάζοντας ο Anderson 22 οικογένειες ασθενών με μελάνωμα στο Houston των Η.Π.Α., βρήκε ότι σ' αυτές έπασχαν 67 άτομα από τον ίδιο όγκο. Ο όγκος εμφανίζεται στις οικογένειες αυτές σε μικρότερη ηλικία απ' ότι ο μέσος όρος εμφάνισης στον υπόλοιπο πληθυσμό της ίδιας φυλής και περιοχής. Το 27 % των ασθενών εμφανίζουν δύο ή περισσότερες εστίες, η πρόγνωση όμως των μελανωμάτων αυτών είναι καλύτερη απ' ότι σε άλλα μελανώματα του ίδιου σταδίου.

Εξετάζοντας λοιπόν τις οικογενείς αυτές περιπτώσεις, μερικοί ερευνητές ενοχοποιούν τις ιογενείς λοιμώξεις από ογκογόνους ιούς σαν αιτιολογικούς παράγοντες. Συγκεκριμένα έχει βρεθεί αυξημένος τίτλος αντισωμάτων των μελανοκυττάρων σε άτομα του άμεσου περιβάλλοντος του πάσχοντα, όπως ετεροθαλών αδερφών, συζύγων κ.λ.π.

Άλλοι παράγοντες που έχουν μελετηθεί είναι τα οιστρογόνα και τα αντισυλληπτικά. Μεγαλύτερη μάλιστα σημασία αποκτούν, αν ληφθεί υπ' όψη ότι το κακοήθες μελάνωμα είναι η συχνότερη κακοήθεια σε γυναίκες 25 - 29 ετών στις Η.Π.Α. Επίσης, είναι γνωστό ότι στις γυναίκες εμφανίζεται συχνότερα το μελάνωμα απ' ότι στους άνδρες και έχει έχει σ' αυτές καλύτερη πρόγνωση με χαμηλότερο ποσοστό θνητότητας τόσο στην προ-, όσο και στη μεταεμμηνοπαυσιακή περίοδο. Έχει παρατηρηθεί ότι κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης εξαλλάσσονται συχνότερα προϋπάρχοντες σπίλοι σε μελανώματα. Συχνά όμως, έχουν περιγραφεί αρκετές αυτόματες ιάσεις μελανωμάτων κατά το τελευταίο τρίμηνο της κύησης. Η παρατήρηση βέβαια ότι τα μελανώματα αυτά και οι σπίλοι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν βαθύτερο χρώμα είναι σωστή και οφείλεται στην αυξημένη παραγωγή της μελανοτρόπου ορμόνης της υπόφυσης που προκαλείται από την αυξημένη στάθμη των οιστρογόνων κατά την εγκυμοσύνη.

Συνοψίζοντας, είναι δυνατό να λεχθεί ότι άτομα που έχουν: α) ευαίσθητο στον ήλιο δέρμα, β) κοινούς σπίλους άνω των 120 και γ) παρουσία οικογενειακού ιστορικού και δυσπλαστικών σπίλων άνω των 3, είναι άτομα υψηλού κινδύνου.

Συνδυασμός των τριών αυτών χαρακτηριστικών, συνιστά μια υποομάδα ατόμων με 50 φορές υψηλότερο κίνδυνο για ανάπτυξη κακοήθους μελανώματος, από άτομα χωρίς τα χαρακτηριστικά αυτά.

2.5 Κλινικές Μορφές Μελανωμάτων

Το κακοήθες μελάνωμα αναπτύσσεται πάνω σε ένα σπίλο, ο οποίος μπορεί μακροσκοπικά να μην είναι ορατός ή σε μια προκαρκινική αλλοίωση, όπως την περιγεγραμμένη μελάνωση του Dubreuilh ή και στο υγιές δέρμα. Το μελάνωμα οιστογενετικά διακρίνεται σε τέσσερις τύπους, βάσει οιστολογικών και κλινικών χαρακτηριστικών:

- 1). Φακιδοειδές μελάνωμα (*Lentigo malignant*)
- 2). Επιπολής εξαπλούμενο μελάνωμα (*Superficial spreading melanoma*)
- 3). Οζώδες μελάνωμα (*Nodular melanoma*)
- 4). Μελάνωμα των άκρων (*Acral lentiginous melanoma*)

Το φακιδοειδές μελάνωμα ή κακοήθης φακί του Hutchinson, είναι σπάνια μορφή που αναπτύσσεται κυρίως σε άτομα προχωρημένης ηλικίας και εντοπίζεται συχνότερα στο πρόσωπο.

Η ανάπτυξή του είναι πολύ βραδεία, 10 - 15 έτη ενώ τα όρια της αλλοίωσης είναι ανώμαλα. Το χρώμα είναι καστανόφαιο και σε μερικά σημεία πολύ βαθύ φαιό μέχρι μαύρο ενώ ενδιάμεσα υπάρχουν λευκές κηλίδες που οφείλονται σε αυτόματη υποστροφή.

Ιστολογικά, η κακοήθης φακί εντοπίζεται μέσα στην επιδερμίδα. Όταν επεκταθεί στο χόριο, τότε ο όγκος λαμβάνει κακοθέστερη μορφή και μπορεί να δώσει αιματογενείς ή λεμφογενείς μεταστάσεις.

Το επιπολής εξαπλούμενο μελάνωμα είναι η συχνότερη μορφή (64%), εμφανίζεται σε άτομα κάθε ηλικίας και εντοπίζεται σε όλα τα σημεία του σώματος. Αναπτύσσεται ταχύτερα και έχει χρώμα μαύρο. Είναι ελαφρώς επαρμένο, ώστε να ψηλαφώνται τα όρια που είναι ομαλότερα απ' αυτά της κακοήθης φακίς. Ιστολογικά ξεκινά από τη βασική στοιβάδα, εξαπλώνεται μέσα στην επιδερμίδα και στη συνέχεια διηθεί εύκολα το χόριο.

Το οζώδες μελάνωμα, αναπτύσσεται σε όλες τις περιοχές ακόμα και στους βλεννογόνους (επιπεφυκότες, στοματική κοιλότητα, οισοφάγος, κόλπος, βάλανος, κ.λ.π.).

Αποτελεί το 28 % όλων των μελανωμάτων και εμφανίζεται σαν όζος που αναπτύσσεται μακροσκοπικά σε ουλές, δέρμα ή σε προϋπάρχοντα σπίλο. Το οζώδες μελάνωμα διηθεί ταχύτερα τις εν τω βάθει στοιβάδες του δέρματος ενώ δεν εξαπλώνεται οριζόντια, έτσι ώστε να υπάρχει στο ιστορικό του ασθενή στοιχείο μεγένθυσης της βλάβης. Το κύριο χαρακτηριστικό που κάνει τον ασθενή να συμβουλευτεί τον γιατρό, είναι η εξέλκωση και η αιμορραγία. Επίσης, το οζώδες μελάνωμα μπορεί να μην περιέχει μελανίνη και να χαρακτηρίζεται ως αμελανωτικό ή αχρωστικό μελάνωμα.

Το μελάνωμα των άκρων εμφανίζεται συνήθως στις θέσεις που το δέρμα είναι παχύ και σκληρό (παλάμες - πέλματα). Στη φάση της οριζόντιας εξαπλώσής του, έχει τους χαρακτήρες τόσο του φακιδοειδούς όσο και του επιπολής εξαπλούμενου μελανώματος. Τα μελανοκύτταρα τείνουν να εξαπλωθούν τόσο προς την επιφάνεια όσο και προς το χόριο: έχει πολύ κακή πρόγνωση.

Εκτός απ' τις μορφές που αναφέρθηκαν, υπάρχουν άλλες 4 μορφές μελανώματος, που αποτελούν ξεχωριστές κλινικές οντότητες, χωρίς όμως αντίστοιχη ιστολογική διάκριση:

1) *Υπονύχιο μελάνωμα (Subungual melanoma).*

Αποτελεί παραλλαγή του μελανώματος των άκρων και στην αρχή εμφανίζεται με σκουρόχρωμες ραβδώσεις που στη συνέχεια σχηματίζουν καφέ ή μαύρη κηλίδα, κάτω από το νύχι.

2) *Βλεννογονικό μελάνωμα (Mucosal melanoma).* Είναι του τύπου του επιπολής εξαπλούμενου. Αναπτύσσεται στο στόμα, ορθό, κόλπο, ουρήθρα, σαν κύανόμαυρη βλάβη η οποία μεγενθύνεται και τέλος γίνεται οζώδης.

3) *Αμελανωτικό μελάνωμα (Amelanotic melanoma).* Το χρώμα του είναι συνήθως γκρι ή κόκκινο και πιθανό να μοιάζει με το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα. Αν η βλάβη είναι στο σύνολό της αμελανωτική, η διάγνωση γίνεται με βιοψία.

4) *Άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας (Occult melanoma).* Σε ποσοστό 3 - 8 % το μελάνωμα εκδηλώνεται με τις λεμφαδενικές ή συστηματικές του μεταστάσεις χωρίς να έχει αποκαλυφθεί η πρωτοπαθής εστία. Η πιθανότερη αιτία που εμποδίζει την ανάδειξη της πρωτοπαθούς εστίας, είναι η αυτόματη υποστροφή της βλάβης.

2.6 Μορφολογία - Φυσιολογία

Το κακοήθες μελάνωμα είναι μια νεοπλασία που προέρχεται από τα μελανοκύτταρα που όπως είναι γνωστό παράγουν μια χρωστική ουσία - τη μελανίνη. Από εμβρυολογική πλευρά τα μελανοκύτταρα προέρχονται από τη νευρική ακρολοφία (neural crest) και κατά τη διάρκεια της εμβρυϊκής ανάπτυξης και διαφοροποίησης τα κύτταρα αυτά μεταναστεύουν κυρίως στο δέρμα, στο χοριοειδή χιτώνα του οφθαλμού, στις μήνιγγες και στους βλεννογόνους.

Τα μελανοκύτταρα της βασικής στιβάδας της επιδερμίδας, παρουσιάζουν τυπικά δύο φάσεις ανάπτυξης, οι οποίες είναι δυνατό σε μερικές περιπτώσεις να επικαλύπτονται αλλά συνήθως η δεύτερη ακολουθεί την πρώτη.

Στη φάση της οριζόντιας ανάπτυξης (1η φάση) τα άτυπα μελανοκύτταρα εξαπλώνονται ακτινωτά μέσα στην επιδερμίδα καταλαμβάνοντας μεγαλύτερη έκταση. Η κατάσταση αυτή είναι προδιηθητική ή κατά Clark, επίπεδο I.

Στη φάση της κάθετης ανάπτυξης (2η φάση), η βλάβη είναι διηθητική και διηθεί προς το χόριο οπότε και μετατρέπεται σε αμιγές κακοήθες μελάνωμα. Ακολουθεί έντονη λεμφοκυτταρική διήθηση και πιθανό και ανοσολογική αντίδραση των διηθούμενων ιστών.

2.7 Σταδιοποίηση Της Νόσου

A) Μικροσκοπική Σταδιοποίηση. Δύο συστήματα μικροσκοπικής σταδιοποίησης έχουν επικρατήσει και εφαρμόζονται σήμερα.

Το πρώτο είναι μικρομετρικό (Breslow - 1970) και μετράει το πάχος του όγκου σε δέκατα του χιλιοστού με μεγάλη ακρίβεια (Σχεδιάγραμμα 1 - Παράρτημα Α).

Το δεύτερο είναι μορφολογικό (Clark - 1969, Σχεδιάγραμμα 2 - Παράρτημα Α) και το επίπεδο της διήθησης εξαρτάται από το στοιχείο του δέρματος στο οποίο φθάνει (πίνακας 3).

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑ CLARK

<i>επίπεδο I</i>	<i>ενδοεπιδερμικό</i>
<i>επίπεδο II</i>	<i>διήθηση της θηλώδους μοίρας του χορίου</i>
<i>επίπεδο III</i>	<i>διήθηση μέχρι του ορίου θηλώδους και δικτυωτής μοίρας του χορίου</i>
<i>επίπεδο IV</i>	<i>διήθηση της δικτυωτής μοίρας του χορίου</i>
<i>επίπεδο V</i>	<i>διήθηση του υποδορίου λίπους</i>

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.

Η κατά Clark μέθοδος είναι αρκετά υποκειμενική και τείνει να αντικατασταθεί από την κατά Breslow, η οποία θεωρείται ακριβέστερη και αναπαραγωγίμη και αρκετά σαφής στην πρόγνωση των μελανωμάτων (πίνακας 4).

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑ BRESLOW (1970)

Πάχος μελανώματος	Πρόγνωση (5ετής επιβίωση)
μεχρι 0.75 mm	άριστη (100%)
0.76 - 1.5 mm	σχετικά καλή (60 - 70 %)
1.51 - 4.0 mm	κακή (15 %)
μεγαλύτερο από 4.1 mm	πολύ κακή (0%)

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.

Β) T.N.M. Σταδιοποίηση. Σύμφωνα με την American Joint Committee on Cancer, 1983, η σταδιοποίηση του μελανώματος στο σύστημα T.N.M., γίνεται όπως φαίνεται στον πίνακα 5 της ακόλουθης σελίδας.

Γ) Κλινική Σταδιοποίηση. Αρχικά το μελάνωμα σταδιοποιούνταν κλινικά σε τρία στάδια: Στάδιο I - εντοπισμένο, Στάδιο II - με επιχώριες λεμφαδενικές μεταστάσεις και Στάδιο III - με απομακρυσμένες μεταστάσεις. Με τον τρόπο όμως αυτό το 85 % των μελανωμάτων ταξινομούνταν ως το στάδιο I.

Η AJC εισήγαγε μια νέα κλινική σταδιοποίηση με την οποία το πρώτο στάδιο διακρίνεται σε δύο επιμέρους, ανάλογα με το βάθος της διήθησης. Έτσι η νέα κλινική σταδιοποίηση είναι σε τέσσερα στάδια (πίνακας 6). Για λόγους ευκολότερης κλινικής αξιολόγησης των θεραπευτικών αποτελεσμάτων, τα μελανώματα διακρίνονται επίσης σε: Λεπτά (thin), όταν η διήθηση είναι < 1.5 mm, διαμέσου πάχους (intermediate), όταν η διήθηση είναι 1.6 - 4.0 mm και παχέα (thick), όταν η διήθηση είναι > 4.0 mm.

Πρωτοπαθής εστία (T)

T_x άγνωστη πρωτοπαθής ή δεν μπορεί να εκτιμηθεί
T₀ in situ, Clark I, άτυπη μελανοκυτταρική υπερπλασία
T₁ Clark II, πάχος διήθησης < 0.75 mm
T₂ Clark III, πάχος διήθησης 0.76 - 1.5 mm
T₃ Clark IV, πάχος διήθησης 1.54 - 4.0 mm
T₄ Clark V, πάχος διήθησης > 4.0 mm ή δορυφόροι
μεταστάσεις σε απόσταση μέχρι 2 cm από την
πρωτοπαθή εστία.

Λεμφαδένες (N)

N_x άγνωστοι ή δεν μπορούν να εκτιμηθούν
N₀ μη διηθημένοι
N₁ η επιχώρια ομάδα με διηθημένους λεμφαδένες,
αδένες
κινητοί, διαμέτρου < 5 cm ή αρνητικοί λεμφαδένες με
λιγότερες από 5 καθ' οδόν (in transit) μεταστάσεις.
N₂ περισσότερες από μία θετικές λεμφαδενικές ομάδες,
αδένες διαμέτρου > 5 cm ή καθηλωμένοι,
περισσότερες
από 5 καθ' οδόν μεταστάσεις ή οσοδήποτε καθ'
οδόν
μεταστάσεις με θετικούς λεμφαδένες.

Μεταστάσεις (M)

M_x άγνωστο, δεν είναι δυνατόν να εκτιμηθεί
M₀ χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις
M₁ δερματικές ή υποδόριες πέρα από την περιοχή
"πρωτοπαθής εστία - επιχώριοι λεμφαδένες"
M₂ σπλαχνικές μεταστάσεις

<u>Στάδιο IA.</u>	Εντοπισμένο μελάνωμα. Breslow <0.75 ή Clark II (T ₁ N ₀ M ₀)
<u>Στάδιο IB.</u>	Εντοπισμένο μελάνωμα. Breslow 0.76- 1.5 mm ή Clark III (T ₂ N ₀ M ₀)
<u>Στάδιο IIA.</u>	Εντοπισμένο μελάνωμα. Breslow 1.6 -4.0 mm ή Clark IV (T ₃ N ₀ M ₀)
<u>Στάδιο IIB.</u>	Εντοπισμένο μελάνωμα. Breslow >4.0 mm ή Clark V (T ₄ N ₀ M ₀)
<u>Στάδιο III.</u>	Περιορισμένες λεμφαδενικές μεταστάσεις σε μία επιχώριο ομάδα ή λιγότερες από 5 καθ' οδόν μεταστάσεις (όποιο T ₁ N ₁ M ₀)
<u>Στάδιο V.</u>	Εκτεταμένες λεμφαδενικές μεταστάσεις (όποιο T ₁ N ₀ M ₀) ή απομακρυσμένες μεταστάσεις (όποιο T, όποιο N, M ₁ και 2.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.

2.8 Εντόπιση Των Μελανωμάτων

Η εντόπιση των μελανωμάτων στην κεφαλή και τον τράχηλο είναι η συχνότερη και για τα δύο φύλλα, αν υπολογισθεί και η μικρή επιφάνεια που έχει η περιοχή αυτή σε σχέση με άλλες περιοχές. Στους άνδρες η νόσος εντοπίζεται κυρίως στον κορμό, σε αντίθεση με τις γυναίκες στις οποίες η εμφάνιση παρατηρείται συχνότερα στα κάτω άκρα (πίνακας 7).

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΙ ΦΥΛΛΟ

		Άρρ.	Θηλ.
1.	Κορμός	37%	14%
2.	Κεφαλή-Τράχηλος	32%	23%
3.	Κνήμη	12%	32%
4.	Άνω άκρο	3%	13%
5.	Άκρος πόδας	8%	10%
6.	Υπονύχια	3%	2%
7.	Υπόλοιπες εντοπίσεις	5%	6%

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.

Ιδιαίτερα όμως έντυπωσιακή είναι η συχνότητα των πρωτοπαθών εστιών του μελανώματος στην περιοχή της κνήμης της γυναίκας. Όπως ήδη αναφέρθηκε, ο κίνδυνος από την έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία σε συνδυασμό με τη συνεχή τριβή του δέρματος από τις συνθετικές κάλτσες, είναι η κυριότερη αιτία της παρουσίας μελανώματος.

Μια σπάνια εντόπιση, είναι η περιοχή του νυχιού στα δάχτυλα του χεριού ή του ποδιού (εικόνα 1, παράρτημα Β). Το ενδεχόμενο μιας τέτοιας εντόπισης πρέπει πάντα ο γιατρός να το σκέπτεται, διότι λόγω άγνοιας πολλά τέτοια μελανώματα υποβάλλονται σε αντιβίωση και σχάσεις, με τη διάγνωση μιας παρονυχίας ή επιμόλυνσης του δακτύλου.

2.9 Κλινική Εικόνα - Συμπτώματα

Αρχικά συμπτώματα, σημεία σε περισσότερα από τα μισά περιστατικά, το πρώτο σύμπτωμα της πάθησης είναι μια αλλαγή μορφής ενός προϋπάρχοντος ή μιας υποτιθέμενης εξεργασίας του δέρματος (σπίλος). Οι ασθενείς συνήθως αναφέρουν στο γιατρό μια αύξηση του όγκου ή αύξηση της χρωστικής σ' ένα σπίλο που υπήρχε από χρόνια. Το πιο συχνό σύμπτωμα είναι ο κνησμός και κύριες εκδηλώσεις της νόσου περιλαμβάνουν μια αύξηση του όγκου, διαφορά στο χρώμα, αλλαγές στα όρια, τα οποία γίνονται δυσδιάκριτα και ανώμαλα και η εμφάνιση λεπιών και μικρών προσεκβολών καλυμμένων από εφελκίδα.

Εξέλκωση, αιμορραγία σε μικρές ποσότητες και οροροή, είναι πιο σπάνιες. Πάνω από το 50 % των ασθενών αναφέρουν τραυματισμό ή χρόνια τραυματισμό.

Στον πίνακα 8 παρουσιάζεται η κλινική συμπτωματολογία: όπου σε εκατοστιαία αναλογία φαίνεται το "πρώτο" σύμπτωμα που οδήγησε τον ασθενή στον ιατρό.

1.	Αύξηση μεγέθους	47.5%
2.	Αλλαγή χρώματος	12.3%
3.	Αιμορραγία	11.6%
4.	Κνησμός	7.1%
5.	Σχηματισμός "όγκου"	3.0%
6.	Εξέλκωση	1.7%
7.	Πόνος	1.1%
8.	Κανένα σύμπτωμα	14.3%

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.

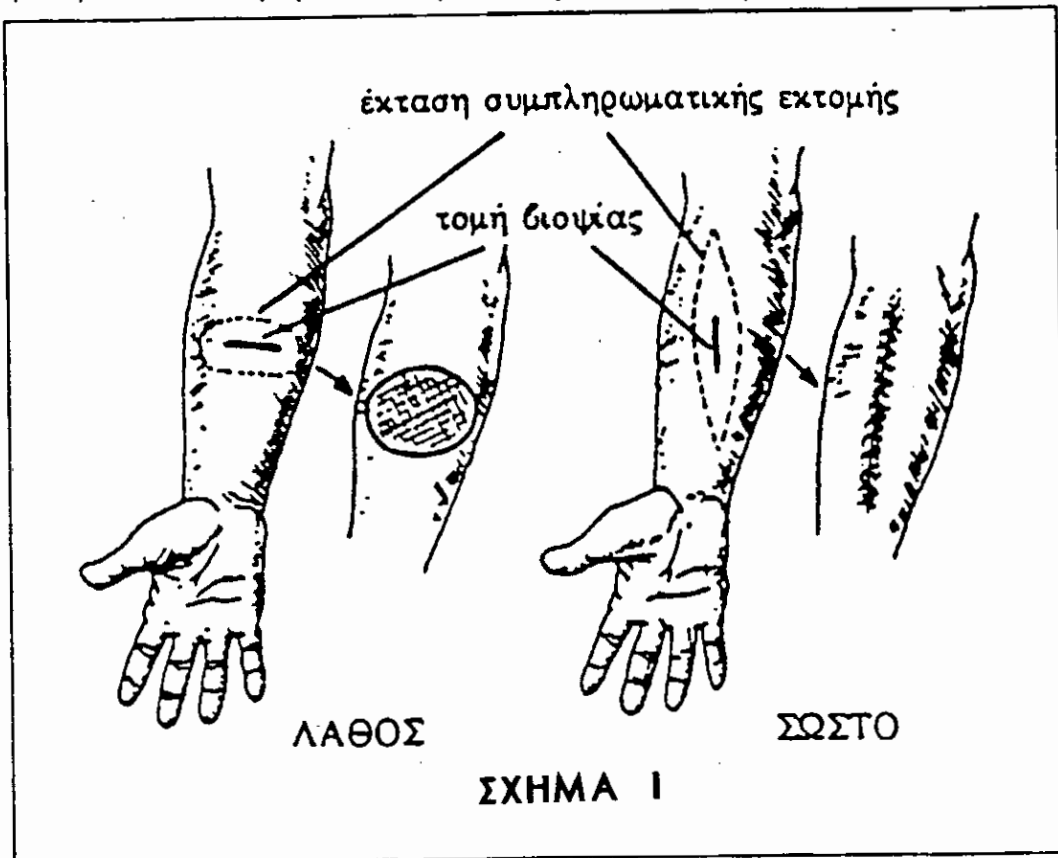
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Διάγνωση Της Νόσου

Το 75 % των μελανωμάτων μπορεί να διαγνωστεί κλινικά, μόνο από την κλινική εξέταση και το ιστορικό του ασθενή· η ιστολογική επιβεβαίωση όμως, είναι απαραίτητη.

Για την εφαρμογή της ιστολογικής εξέτασης είναι απαραίτητη η βιοψία της βλάβης· κατά τη βιοψία, πρέπει να αφαιρείται όλη η αλλοίωση μαζί με υγιές δέρμα ενώ πρέπει να αποφεύγεται η λήψη μόνο τμήματος απ' την αλλοίωση. Αυτό αιτιολογείται ως εξής: 1) η εξαλλαγή μπορεί να αφορά μόνο ένα τμήμα του σπίλου και 2) η σταδιοποίηση γίνεται με βάση το βάθος και το πάχος της διήθησης που δεν είναι ομοιογενής σε ένα μελάνωμα.

Ο προσανατολισμός της τομής της βιοψίας - εκτομής πρέπει να γίνεται με προσοχή ώστε στην περίπτωση που χρειαστεί συμπληρωματική εκτομή να επιτρέψει την κατά πρώτο σκοπό σύγκλιση του χειρουργικού τραύματος χωρίς τη χρησιμοποίηση κρημνών ή μοσχεύματος (σχήμα 1).



Η συμβολή της Κυτταρολογίας στη διάγνωση του μελανώματος είναι κάτι περισσότερο από αξιόλογη. Η διαβελόνης κυτταρολογική εξέταση πρωτοπαθών μελαγχρωστικών βλαβών, είναι μια μέθοδος ακίνδυνη και συγχρόνως αξιόπιστη (96 - 99 % προγνωστική αξία θετικού αποτελέσματος). Είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί για την προεγχειρητική διάγνωση κλινικά ύποπτων βλαβών αλλά καλό θα ήταν να αποφεύγεται η εφαρμογή της σε μικρής διαμέτρου βλάβες (μικρότερες των 4 mm), λόγω του σπάνιου μεν αλλά υπαρκτού κινδύνου πρόκλησης αιματώματος, το οποίο δυνατό να δυσχεράνει την επακολουθούσα ιστολογική εξέταση.

Η εφαρμογή της μεθόδου δικαιώνεται πλήρως στις περιπτώσεις ελέγχου πιθανών μεταστατικών εστιών δέρματος και υποδορίου, λεμφαδένων, οστών και εν τω βάθει οργάνων (πνεύμονα, ήπατος, εγκεφάλου, κ.λ.π.). Στις περιπτώσεις αυτές η διαγνωστική ακρίβεια της παρακέντησης με λεπτή βελόνα (F.N.A. - Fine Needle Aspiration) κυμαίνεται μεταξύ 98 και 100 % και είναι δυνατό να υποκαταστήσει την ιστολογική εξέταση, δεδομένου ότι η χειρουργική επέμβαση όχι μόνο επιβαρύνει τον ασθενή αλλά πιθανό να ενέχει κινδύνους αν η βλάβη είναι δυσπρόσιτη, π.χ. εν τω βάθει όργανα και οφθαλμικός κόγχος.

Η τεχνική της μεθόδου είναι απλή. Η παρακέντιση των ψηλαφητών βλαβών και οργάνων γίνεται με τη χρήση βελόνας 21 - 22 Gauge. Η με λεπτούς χειρισμούς παλινδρομική κίνηση της βελόνας μόνης μέσα στη βλάβη, είναι αρκετή για την απόδοση επαρκών για διάγνωση κυτταρικών στοιχείων. Το υλικό επιστρώνεται σε αντικειμενοφόρους πλάκες, μερικές από τις οποίες εμβαπτίζονται σε αλκοόλ 96^ο για εφαρμογή χρήσης κατά Παπανικολάου ενώ άλλες ξηραίνονται στον αέρα για χρώση May Grunwald - Giemsa.

Σημαντικός ωστόσο ρόλος αναγνωρίζεται στην ανοσοκυτταροχημεία η οποία έχει συμβάλλει σημαντικότερα στην ορθή διάγνωση του μελανώματος τα τελευταία 15 έτη. Ο αριθμός των μονοκλωνικών αντισωμάτων που χρησιμοποιείται κατά περίπτωση, εξαρτάται από τα εκάστοτε προκείμενα διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα.

Επίσης, μία ακτινογραφία θώρακος είναι απαραίτητη και πρέπει να γίνεται σε όλους τους ασθενείς. Αν και δεν είναι αναγκαία η λεμφογραφία από τη ραχιαία επιφάνεια του ποδιού, συνίσταται σε υποψία μελανώματος των κάτω άκρων, ιδίως όταν υπάρχουν διογκωμένοι βουβωνικοί λεμφαδένες.

Άλλη διαγνωστική μέθοδος είναι η θερμογραφική εξέταση και το τεστ φωσφόρου ^{32}P , που είναι ικανές να επιβεβαιώσουν τη διάγνωση αλλά δεν είναι ικανές να δώσουν θετικό αποτέλεσμα σε κάποια κλινική αμφιβολία. Συνεπώς, ένα αρνητικό αποτέλεσμα δεν είναι απαραίτητο να αποκλείει μία πιθανή διάγνωση μελανώματος.

3.2 Διαφορική Διάγνωση

Στην καθημερινή πράξη, το ερώτημα του εάν μια ογκόμορφος μελαγχρωματική βλάβη είναι κακοήθες μελάνωμα ή όχι, μπορεί να απαντηθεί κάποτε εύκολα κλινικά άλλοτε δύσκολα και τέλος, όπως στην περίπτωση του αχρωμικού μελανώματος, εξαιρετικά δύσκολα ή και εσφαλμένα.

Συνεπώς, η διαφορική διάγνωση είναι αναγκαία από τα πρώιμα στάδια, για την καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου. Διαφορική διάγνωση του μελανώματος σε κλινικό επίπεδο παρουσιάζεται συνοπτικά στον πίνακα 9 της ακόλουθης σελίδας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

	ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ	ΒΑΣΙΚΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ	ΝΟΣΟΣ BOWEN	ΣΑΡΚΩΜΑ ΚΑΡΟΣΙ	ΗΛΙΑΚΗ ΚΕΡΑΤΩΣΗ
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	Συχνότερη εμφάνιση σε γυναίκες ηλικίας μεταξύ 40 και 50 ετών. Η συχνότητα της νόσου αυξάνεται σταθερά.	Συχνότερα εμφανίζεται σε άτομα μέσης ηλικίας ή και μεγαλύτερα, που έχουν ανοιχτόχρωμο δέρμα.	Σχετικά ασυνήθιστη, περισσότερα περιστατικά εμφανίζονται σε άτομα μεγάλης ηλικίας, με μία μικρή προτίμηση προς τους άνδρες.	Ασυνήθης, εμφάνιση κυρίως σε άνδρες άνω των 40 ετών. Περιπτώσεις παιδιών που νοσούν στην Αφρική.	Συνήθης, σε περιοχές που εκτίθενται στον ήλιο, ατόμων με ξανθό δέρμα χρώματος.
ΣΗΜΕΙΑ	Γκρίζο - καφέ, μπλέ - μαύρο, ή ανθρακί - μαύρο, διηθημένοι όζοι. Τέσσερις τύποι:(1) Κακοήθης φακίδα (πρόσωπο), (2) Επιφανειακά εξαπλούμενο, (3) Οζώδες, (4) Των άκρων.	Μικροί ημιδιαφανείς όζοι, με τάση προς το κέντρο της εξέλεκωσης.	Κοκκινόχρωμες λεπιδώδεις πλάκες που συχνά δημιουργούν εφελκίδα ή εχελκώντα.	Κοκκινόχρωμες, ιώδεις, μπλε - μαύρες διηθημένες πλάκες οι οποίες στη συνέχεια γίνονται θηλώδεις και εξελκώνται. Στο AIDS εμφανίζονται ιδιόμορφες βλάβες.	Τραχιά, κίτρινο-γκρι ή κοκκινωπή πλάκα. Συχνά πολλαπλή.
ΘΕΣΕΙΣ	Κεφάλι και τράχηλος, κάτω άκρα, κορμός, γεννητικά όργανα.	Κυρίως στο πρόσωπο, στον τράχηλο και τα αυτιά.	Σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος. Συχνότερα στον κορμό, στην εξωτερική επιφάνεια των άκρων και στο εφηβαίο.	Συνήθως στα άκρα και κυρίως στα πόδια και στους αστραγάλους. Στο AIDS: κορμός, τράχηλος.	Συνήθως στο πρόσωπο, στις περιοχές της κεφαλής που δεν έχουν τρίχες και στη ραχιαία επιφάνεια των χεριών.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ (ΣΥΝΕΧΕΙΑ)

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	Αίσθημα κνησμού, τάσης ή καύσου. Οι εξελκωμένες ή οι υπονύχιες βλάβες προκαλούν έντονο πόνο.	Οι βλάβες δεν δημιουργούν πόνο.	Ασυμπτωματική.	Ελαφρύς κνησμός και πόνος. Περιπλοκή εντοσθίων, αιμορραγία.	Ελάχιστα.
ΑΙΤΙΑ	Δεν είναι γνωστά.	Άγνωστα. Η συχνότητα αυξάνεται με την έκθεση στον ήλιο ή σε καρκινογόνες ουσίες.	Άγνωστα. Ηλιακή ακτινοβολία, αρσενικό και ιοί είναι παράγοντες που ενοχοποιούνται.	Άγνωστα. Πιθανότατα κάποιος ιός.	Συσσωρευτική επίδραση της ηλιακής ακτινοβολίας.
ΠΟΡΕΙΑ - ΕΞΕΛΙΞΗ	Ποικίλει. Η επιβίωση εξαρτάται από το ενδεχόμενο διήθησης του όγκου.	Χρόνια. Αργή εξέλιξη αλλά αυξητική και καταστρεπτική: δεν παρατηρούνται μεταστάσεις.	Χρόνια. Οι βλάβες αυξάνονται εξαιρετικά αργά. Μπορεί να εισβάλλουν στο χόριο και να δημιουργήσουν καρκίνωμα στα πλακώδες κύτταρα.	Χρόνια. Αργή αύξηση και εξέλιξη στον κλασσικό τύπο. Ραγδαία και καταστροφική στο AIDS.	Χρόνια. Καρκινικές αλλαγές παρουσιάζονται σε λιγότερο από το 10% των ασθενών.
ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ	Διαγνωστική. Αύξηση των άτυπων μελανοκυττάρων.	Διαγνωστική. Ομάδες μικρών, συμπαγών κυττάρων με βαθιά χρωματισμένους πυρήνες, εισβάλλουν στο δέρμα.	Διαγνωστική. Σύνολο στάκτων επιδερμικών κυττάρων και κυττάρων με πολλαπλούς πυρήνες και δυσκεράτωση.	Ενδεικτική. Μείγμα ατρακτοκυττάρων και στοιχείων από αγγεία.	Διαγνωστική. Αποδιοργάνωση της ακανθωτής στοιβάδας με άτυπα κύτταρα.

3.3 Εξέλιξη Της Νόσου - Μεταστάσεις

Κλινικές και ιστολογικές παρατηρήσεις κατά τη διάρκεια μιας νεοπλασματικής εξέλιξης, δείχνουν ότι οι κυτταρικοί πληθυσμοί του όγκου υφίστανται διάφορες βιολογικές μεταβολές. Στο κακοήθες μελάνωμα, είναι αρκετά συχνή η μετάπτωση των φυσιολογικών μελανοκυττάρων σε νεοπλασματικά και στη συνέχεια σε νεοπλασματικά - μεταστατικά.

Η μεταστατική συμπεριφορά του μελανώματος στα περισσότερα στάδια είναι κοινή με άλλες νεοπλασίες.

Μετά την αρχική μετάπτωση από την καλοήγη στην κακοήγη νεοπλασματική μορφή και όταν ακόμη ο αριθμός των κυττάρων είναι μικρός, η θρεπτική υποστήριξη της νεοπλασματικής αυτής εστίας, γίνεται με απλή διάχυση θρεπτικών ουσιών. Όταν όμως η εστία αποκτήσει διαστάσεις της τάξεως του 1 - 2 mm, τότε επέρχεται η νεοαγγειογένεση. Το ενδοθήλιο των νεοαγγείων μπορεί να προβάλλει μια πολύ μειωμένη αντίσταση κι έτσι τα νεοπλασματικά κύτταρα μπορούν να εισχωρήσουν στον αγγειακό αυλό, φλεβικό ή λεμφικό. Παρ' ότι είναι γνωστό πως, αντίθετα με τα αδενοκαρκινώματα που μεθίστανται κυρίως μέσω των λεμφαγγείων, οι όγκοι μεσεγχυματικής προέλευσης μεθίστανται κυρίως μέσω των αιμοφόρων αγγείων, εντούτοις φαίνεται ότι το μελάνωμα έχει την ικανότητα να μεθίσταται με την ίδια ευκολία και από τις δύο οδούς.

Τα κύτταρα που θα επιβιώσουν προσκολούνται στα τριχοειδή αγγεία απ' όπου και εξέρχονται με τον ίδιο μηχανισμό προφανώς με τον οποίο εισήλθαν στον αγγειακό αυλό. Η ολοκλήρωση της μεταστατικής διαδικασίας τελειώνει με την ανάπτυξη των νέων απομακρυσμένων νεοπλασματικών εστιών στο παρέγχυμα άλλων οργάνων.

Αν και οι μεταστάσεις στην προχωρημένη νόσο μπορεί να εμφανιστούν οπουδήποτε, συχνότερη εμφάνιση παρατηρείται στον πνεύμονα, το δέρμα, το υποδόριο και τον εγκέφαλο. Η συχνότητα των εγκεφαλικών μεταστάσεων κυμαίνεται μεταξύ 17 και 25 % και μπορεί κάποιες φορές να είναι το μόνο κλινικό σημείο της υποτροπής μετά την χειρουργική επέμβαση. Κατά τη διάρκεια της νεκροψίας η συχνότητα των εγκεφαλικών μεταστάσεων είναι υψηλότερη (35 - 55 %). Άλλες συχνές επιπλοκές που μπορούν να

παρουσιαστούν είναι από μεταστάσεις στο λεπτό έντερο (ειλεός, αιμορραγία) το σπλήνα και την καρδιά (αρρυθμία).

Μια βιολογική ιδιαιτερότητα του μελανώματος είναι η αυτόματη υποστροφή (όχι αυτόματη ίαση). Είναι πράγματι πιθανό σε ένα ποσοστό που κυμαίνεται από 4 - 15% των μελανωμάτων, να παρουσιαστεί μερική ή και ολική υποστροφή της νεοπλασίας χωρίς φυσικά αυτό να σημαίνει και ίαση. Είναι απεναντίας πιθανό, νεοπλασματικά κύτταρα να έχουν ήδη φύγει από την πρωτοπαθή εστία και κατά συνέπεια να εμφανιστεί μια μεταστατική εντόπιση ή λεμφαδενική διήθηση ενώ στον ίδιο χρόνο η πρωτοπαθής εστία έχει υποστραφεί πλήρως. Οι περιπτώσεις όμως αυτές αντιμετωπίζονται σαν μεταστατικό μελάνωμα αγνώστου πρωτοπαθούς εστίας εκτός εάν απ' το λεπτομερές ιστορικό του ασθενούς προκύπτει σαφώς η ύπαρξη της πρωτοπαθούς εστίας.

3.4 Θεραπευτική Αντιμετώπιση Της Νόσου

3.4.1 Γενικές Αρχές

Η δυσκολία στη σύγκριση αποτελεσμάτων αντιμετώπιστηκε με τις διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις: η συχνή απουσία φανερών κριτηρίων για την επιλογή ασθενών στους οποίους είχε δοκιμασθεί ποικιλία θεραπευτικών μεθόδων και το γεγονός ότι τα διαθέσιμα αποτελέσματα δεν μπορεί να θεωρηθούν οριστικά, συμβάλλουν στην αίσθηση της σύγχυσης σχετικά με τις θεραπευτικές ενδείξεις για την ποικιλία των κλινικών σταδίων του μελανώματος.

Εάν η εξάπλωση γίνεται σε τοπικό - περιφερειακό επίπεδο, η χειρουργική αφαίρεση είναι η μέθοδος που προτιμάται. Εντούτοις, σε περιστατικά με σημεία διασποράς της νόσου, η χημειοθεραπεία είναι η μέθοδος εκλογής. Ακτινοθεραπεία, ενδείκνυται σε πολύ ειδικές περιπτώσεις και με πολύ προσοχή. Η ανοσοθεραπεία, έχει σε πολλές περιπτώσεις πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα ενώ η ορμονοθεραπεία μας δίνει συνήθως αρνητικά αποτελέσματα.

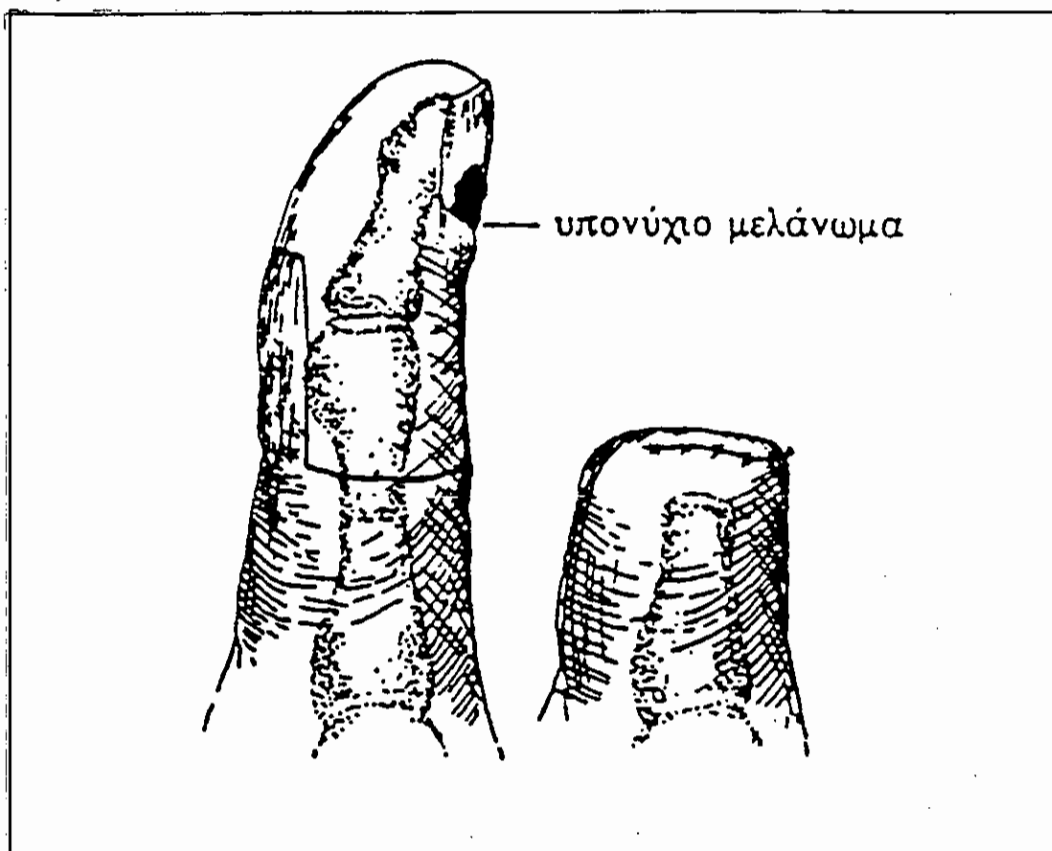
3.4.2 Χειρουργική Αντιμετώπιση

Στην περίπτωση απουσίας περιφερειακής αδενοπάθειας, η χειρουργική προτείνει εκτομή σε μεγάλο πλάτος: η γραμμή της τομής στο δέρμα θα πρέπει να εκτείνεται από 3 - 5 cm γύρω από το περιθώριο του αρχικού όγκου και η εκτομή θα πρέπει να περιλαμβάνει μια ευρεία περιοχή του υποδορίου ιστού και μια αντίστοιχη περιοχή της περιτονίας του μυός.

Η τυπική χειρουργική επέμβαση επί της πρωτοπαθούς εστίας, εκτελείται με ελλειψοειδή τομή που να περιλαμβάνει την προηγηθείσα βιοψία. Η τομή θα πρέπει να γίνεται κατά την αντίθετη διεύθυνση των λεμφαγγείων και ο ασθενής θα πρέπει να λαμβάνει γενική αναισθησία. Εάν η επέμβαση εκτελεστεί σωστά, η συχνότητα της τοπικής υποτροπής είναι 5 %. Σε ασθενείς με μελάνωμα του οποίου η πυκνότητα είναι το

ανώτερο έως 1 mm, μία εκτομή με περιορισμένα όρια (περίπου 2 cm), είναι κοινώς αποδεκτή.

Τεχνικά προβλήματα παρουσιάζονται στο μελάνωμα του προσώπου, αφού είναι δύσκολο να διατηρηθούν ευρέα περιθώρια εκτομής. Στο μελάνωμα που βρίσκεται στο περιφερικό τμήμα των δακτύλων ή του πέλματος, η απεξάρθρωση του δακτύλου (σχήμα II) ή του πέλματος που νοσεί είναι απαραίτητη.



ΣΧΗΜΑ II

Η προφυλακτική (ή βοηθητική) αφαίρεση των περιφερειακών λεμφαδένων, δεν παρουσιάζει καλύτερα αποτελέσματα απ' αυτά που επιτυγχάνονται με την ευρεία εκτομή της περιοχής και μόνο. Συνεπώς, αυτή η μέθοδος δεν ενδείκνυται στις περιπτώσεις όπου δεν υπάρχουν κλινικά σημεία από τους λεμφαδένες και για όσο διάστημα ο ασθενής εξακολουθεί να υποβάλλεται σε εξετάσεις κάθε τρεις μήνες.

Σε ασθενείς με μεταστατική περιφερειακή αδενοπάθεια, η αφαίρεση των αδένων είναι απαραίτητη. Συχνά

συνίσταται η εκτομή "αθροιστική" της πρωτοπαθούς εστίας, των διάμεσων λεμφαγγείων και των περιφερειακών λεμφαδένων, εφόσον η ανατομική θέση του πρωταρχικού όγκου το επιτρέπει. Επίσης, απαραίτητη είναι η πλαστική χειρουργική μετά από μια ευρεία επιφανειακή ή αρκετά βαθειά εκτομή.

3.4.3 Θεραπεία Με Ακτινοβολία

Το μελάνωμα είναι γενικά μέτρια ακτινοευαίσθητο. Εφόσον μια μόνο υψηλή δόση χρειάζεται για να επιτευχθεί ένα ικανοποιητικό ογκοστατικό αποτέλεσμα, το σχήμα της θεραπείας με ακτινοβολία, θα μπορούσε να περιλαμβάνει εξατομικευμένες δόσεις, μεταξύ 5 και 9Gy. Η ολοκληρωμένη δόση ποικίλει σύμφωνα με τον τύπο της κλασματοποίησης (π.χ. 6Gy δύο φορές την εβδομάδα που να καταλήγει σε ολοκληρωμένη δόση των 36 - 42 Gy, ή 9Gy σε 3 διαστήματα με διαφορά 96 ωρών και με ολική δόση 27Gy σε 8 ημέρες).

Υψηλή μπορεί να επιτευχθεί στο 55 - 65 % των περιπτώσεων που είχαν δεχθεί μεμονωμένες υψηλές δόσεις ακτινοβολίας. Στην πραγματικότητα, η θεραπεία με ακτινοβολία χρησιμοποιείται κυρίως ως καταπραϋντική μέθοδος στην εμφάνιση μεταστάσεων στον εγκέφαλο ή σε μεταστάσεις των οστών που προκαλούν αφόρητους πόνους. Οποσδήποτε η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί μετά από μία αμφίβολη ριζική εκτομή σε μερικές εξειδικευμένες περιπτώσεις (π.χ. μελάνωμα του προσώπου, ελλειπής λεμφαδενεκτομή) και στη θεραπεία τοπικών επανεμφανίσεων οι οποίες δεν είναι δυνατό να αφαιρεθούν χειρουργικά.

Καλά αποτελέσματα και μεγαλύτερη ανταπόκριση του κακοήθους μελανώματος είναι πιθανό να επιτευχθούν με το συνδυασμό της ακτινοβολίας και της υπερθερμίας· είναι γνωστό ότι η υπερθερμία δρα άμεσα στα κύτταρα του κακοήθους μελανώματος, δεν επηρεάζεται από την ύπαρξη υποξικών κυττάρων, δρα στη φάση S του κυτταρικού κύκλου, στην οποία τα κύτταρα είναι ακτινοάντοχα και επίσης δεν επηρεάζει τα φυσιολογικά κύτταρα.

3.4.4 Χημειοθεραπεία

Η μέθοδος της χημειοθεραπείας, δίνει καλά αποτελέσματα συνήθως σε μεταστατικές μορφές του μελανώματος ενώ ο ίδιος ο όγκος είναι αρκετά χημειοανθεκτικός.

Η συνήθης αγωγή είναι με Dacarbazine (DTIC): αναμένεται υποχώρηση της τάξης του 18 % αλλά βραχείας διάρκειας και χωρίς επανάληψη. Είναι περισσότερο δραστική σε πνευμονικές και δερματικές μεταστάσεις. Οι ηπατικές δεν απαντούν σε καμία θεραπεία. Έχουν δοκιμασθεί επίσης ως μονοθεραπεία οι νιτροσουρίες (BCNU, CCNU και methyl CCNU) με λιγότερο καλά αποτελέσματα (ανταπόκριση 10 - 18 %). Παρόμοια αποτελέσματα με την Dacarbazine, έδωσαν και οι πλατίνες (cis-platin και carboplatin). Σήμερα βρίσκεται στη δεύτερη φάση η αξιολόγηση ενός φυτικού κυτταροτοξικού παράγοντα του Taxol.

Οι συνδυασμοί χημειοθεραπευτικών ή η χημειοθεραπεία σε υψηλές δόσεις που έχει μέχρι τώρα δοκιμασθεί, δε φαίνεται να είναι ανώτερη από τη Dacarbazine όταν χρησιμοποιείται σαν μεμονωμένος παράγοντας. Πάντως, ο συνδυασμός Dacarbazine, CCNU, Bleomycin και Vincristine (VCR), έχει αναφερθεί να επιτυγχάνει πλήρη και μερική ύφεση σε 40 % των ασθενών με μια μέση επιβίωση άνω των 12 μηνών (σχεδιάγραμμα 3).

Φάρμακα Συνδυασμένης Χημειοθεραπείας στο Μελάνωμα

Φάρμακο	Δόση	Κατάλογος	
		Οδός χορήγησης	Ημέρες
Bleomycin(BLM)	15U	υποδόρια	1, 4
Vincristine(VCR)	1 mg/m ²	ενδοφλέβια	1, 5
CCNU(Lomustine)	8 mg/m ²	από το στόμα	1
Dacarbazine(DTIC)	200 mg/m ²	ενδοφλέβια	1, 2, 3, 4, 5

Η Bleomycin στον πρώτο κύκλο χημειοθεραπείας, θα πρέπει να οριστεί η δόση της, μέχρι 7.5 μονάδες. Επίσης, η ολική δόση δε θα πρέπει να ξεπερνάει τις 400 μονάδες. Μία μονή δόση CCNU δεν θα πρέπει να ξεπερνάει τα 150 mg. Και μία μονή δόση DTIC δεν θα πρέπει να ξεπερνάει τα 400 mg.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.

Ο συνδυασμός, BCNU, υδροξουρίας και Dacarbazine, - (BDH), καθώς επίσης και διάφοροι συνδυασμοί που χρησιμοποιούν cis-platine και vindesine, μπορούν να επιτύχουν αντικειμενική ύφεση σε περίπου 25 - 30 % των περιπτώσεων. Το αποτέλεσμα της θεραπείας εξαρτάται εν μέρει από το φύλο του ασθενούς (καλύτερα αποτελέσματα στις γυναίκες, παρά στους άνδρες), τη γενική κατάσταση του ασθενή και την απουσία εκτεταμένης πολυσπλαχνικής προσβολής.

3.4.5 Περιοχική Χημειοθεραπεία Και Υπερθερμία

Σε επιλεγμένα περιστατικά με μελανώματα των άκρων όπου η πιθανότητα τοπικής υποτροπής είναι υψηλή ή σε περιπτώσεις εκτεταμένης τοπικής νόσου που δεν μπορεί να ελεγχθεί χειρουργικά, έχει επιχειρηθεί η χορήγηση του χημειοθεραπευτικού ενδοαρθριακά με εξωσωματική αιμάτωση - παράκαμψη του σκέλους ώστε να απομονώνεται από τη συστηματική κυκλοφορία του ασθενή (isolated limb perfusion).

Επιτυγχάνεται έτσι η χορήγηση υψηλών δόσεων του χημειοθεραπευτικού φαρμάκου στο μέλος, χωρίς συστηματικές τοξικές παρενέργειες. Στην περίπτωση αυτή χορηγείται μεθοτρεξάτη (methotrexate) ή συνδυασμός των melphalan και actinomycin-D και η μέθοδος συνδυάζεται με υπερθερμία του μέλους, που οπωσδήποτε παρουσιάζει θετικότερα αποτελέσματα.

Ο συνδυασμός χημειοθεραπευτικής Perfusion και υπερθερμίας έχει τα ακόλουθα πλεονεκτήματα: 1) Άμεση καρκινοκτόνο δράση της θερμότητας κατά του μελανώματος. 2) Ενεργοποίηση του χημειοθεραπευτικού, που δρα υπό άριστες συνθήκες τόσο σε αυξημένη θερμοκρασία 39 - 40 °C, όσο και υπό αυξημένη μερική πίεση οξυγόνου. 3) Λογαριθμική αύξηση της συγκέντρωσης του χημειοθεραπευτικού τοπικά, μηδαμινή επίδραση της συστηματικής κυκλοφορίας. 4) Τέλος, αναφέρεται η ανάπτυξη ανοσολογικής αντίδρασης του οργανισμού μετά Perfusion, κατά των κακοήθων μελανοκυττάρων.

3.4.6 Ανοσοθεραπεία

Έχουν δοκιμασθεί πολλές τεχνικές οι οποίες βρίσκονται ακόμη στο στάδιο της αξιολόγησης. Σε πολλές περιπτώσεις τα αποτελέσματα είναι πολύ ενθαρρυντικά και αποτελούν σήμερα το ερευνητικό πεδίο αιχμής στη θεραπεία του μελανώματος.

Ιντερφερόνη-α

Χορηγούμενη μόνη της, δεν έχει καλά αποτελέσματα. Χρησιμοποιείται σήμερα σε συνδυασμένες θεραπείες είτε με κυτταροτοξικά φάρμακα είτε με ιντερλευκίνη-2 και μονοκλωνικά αντισώματα.

Ιντερλευκίνη-2 (IL-2)

Η χορήγηση IL-2 έχει δώσει πολύ καλά αποτελέσματα. Στις δόσεις όμως που χρειάζεται να χορηγηθεί έχει πολλές παρενέργειες οι οποίες επιβάλλουν τη διακοπή της θεραπείας. Γίνεται έτσι προσπάθεια συνδυασμού της με άλλο ανοσοδραστικό παράγοντα ώστε να ελλατωθεί η χορηγούμενη δόση IL-2.

Λεμφοκύτταρα του ασθενή ενεργοποιημένα με IL-2, αποκτούν ενισχυμένη ικανότητα λύσης των καρκινικών κυττάρων (Lympho Kineactivated Killer - LAK - cells). Τα ενεργοποιημένα in vitro LAK κύτταρα, επαναχορηγούνται στον ασθενή με υψηλές δόσεις IL-2. Έχει παρατηρηθεί ανταπόκριση στο 26 % των ασθενών με δύο πλήρεις υποχωρήσεις, σε σπλαχνικές μεταστάσεις μελανώματος.

Επίσης, λεμφοκύτταρα που απομονώνονται από μία θέση του μελανώματος (Tumor infiltrating lymphocytes - TIL) ενεργοποιούνται in vitro με IL-2 και επαναχορηγούνται στον ασθενή με υψηλές δόσεις IL-2. Τα πρώτα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά και η τεχνική αυτή είναι απλούστερη των LAK κυττάρων. Γίνονται προσπάθειες μεταβίβασης του γονιδίου που παράγει IL-2 στα TIL ή LAK κύτταρα, ώστε να μειωθεί περισσότερο η εξωγενώς χορηγούμενη IL-2.

Μονοκλωνικά αντισώματα (mAb)

Στην επιφάνεια των κυττάρων του μελανώματος έχουν απομονωθεί τέσσερα αντιγόνα. Το p97 με δομή παρόμοια της τρανσφερίνης, δύο γαγγλιοσίδες, η GD2 και GD3 το πρωτοεγλυκάνιο της θειϊκής χονδροϊτίνης. Έχουν

παρασκευασθεί μονοκλωνικά αντισώματα κατά των αντιγόνων αυτών, τα οποία χορηγούνται είτε μόνα είτε συνδεδεμένα με κυτταροτοξικό φάρμακο ή ραδιοϊσότοπο ή την τοξίνη ρισίνη-A. Για την ανίχνευση μεταστάσεων μελανώματος τα mAb χρησιμοποιούνται συνδεδεμένα με ^{131}I , ^{111}In $^{99\text{m}}\text{Tc}$.

3.4.7 Ενεργητική Ανοσοποίηση

Έχει δοκιμασθεί η ανοσοποίηση ασθενών με λεμφαδενικές μεταστάσεις ή υψηλού κινδύνου (στάδιο II) τοπική νόσο με ακτινοβολημένα αλλογενή κύτταρα μελανώματος, μόνα ή σε συνδυασμό με BCG. Η ανοσοποίηση όμως αυτή προκαλεί αντισώματα κατά αλλοαντιγόνου του μείζονος συστήματος ιστοσυμβατότητας (MHC) και όχι κατά των ειδικών αντιγόνων του μελανώματος του ξενιστή. Σήμερα γίνονται προσπάθειες να ενισχυθεί η αντιγονικότητα των κυττάρων του μελανώματος, επιμολύνοντάς τα με μη παθογόνους ιούς, όπως ο ιός της νόσου του Newcastle. Οι πρωτεΐνες του ιού που εκφράζονται στην επιφάνεια των μελανωματικών κυττάρων, φαίνεται να ενισχύουν την ανοσοδραστικότητα των αντιγόνων του όγκου.

Η αποτελεσματικότητα της ενεργητικής ανοσοποίησης ενισχύεται από τη χορήγηση cyclophosphamide, πριν τη χορήγηση του εμβολίου, η οποία δεσμεύει τη δράση της υποομάδας T_s κυττάρων που καταστέλλουν την ανοσολογική απάντηση του οργανισμού στα αντιγόνα του όγκου.

Προσπάθειες γίνονται για την παρασκευή ανασυνδεδεμένου εμβολίου με το γονίδιο του p97 αντιγόνου του μελανώματος και του ιού vaccinia ως όχημα. Ως ενεργητική ανοσοποίηση μπορεί να θεωρηθεί και η ένεση μέσα στη βλάβη του εμβολίου BCG, προκειμένου να προκληθεί τοπικά ανοσοδιέγερση.

Επίσης, για πρώτη φορά έγινε σε 46χρονο ασθενή στην Αυστραλία το αντικαρκινικό εμβόλιο· ο ασθενής έπασχε από μελάνωμα σε προχωρημένο στάδιο και με πολλές μεταστάσεις. Το εμβόλιο έγινε σε τρεις δόσεις σε διάστημα δέκα εβδομάδων· ύστερα από επανέλεγχο της κατάστασής του, παρατηρήθηκε στασιμότητα στην ανάπτυξη των μεταστατικών όγκων και μία συνεχής ανοσολογική αντίδραση

στα καρκινικά κύτταρα. Το εμβόλιο παρασκευάστηκε με τέτοιο τρόπο ώστε καρκινικά κύτταρα του ίδιου του ασθενούς να παράγουν μία νέα πρωτεΐνη - την GM-CSF - η οποία φαίνεται ότι ενισχύει το ανοσοποιητικό του σύστημα εναντίον των καρκινικών κυττάρων.

3.5 Παρενέργειες Από Τη Θεραπεία

Οι βασικές παρενέργειες από τη χειρουργική θεραπεία αντιπροσωπεύονται από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές της ριζικής βουβωνικής εδενεκτομής (δερματική νέκρωση σε 30-40 % των περιπτώσεων - λεμφοίδημα σε 20-30 % - μόλυνση σε 10-15 % και αιμορραγία σε 1-3 %).

Οι παρενέργειες από τα αντικαρκινικά - κυτταροστατικά φάρμακα είναι συνοπτικά οι εξής: ναυτία-έμετος, στοματίτιδα, αλωπεκία, εκχυμώσεις, νευροτοξικότητα κ.λ.π. Ο βαθμός τοξικότητας και ο συνολικός αριθμός των ατόμων που εμφάνισαν παρενέργειες από τη χημειοθεραπεία, παρουσιάζονται αναλυτικότερα στον πίνακα 10.

	ΒΑΘΜΟΣ ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑΣ				
	0	I	II	III	IV
<i>Αναιμία</i>	14	12	2	0	0
<i>Λευκοπενία</i>	8	7	7	3	3
<i>Θρομβοπενία</i>	22	3	2	1	0
<i>Ναυτία-Έμετος</i>	0	3	8	12	5
<i>Αλωπεκία</i>	21	4	2	1	0
<i>Νεφροτοξικότητα</i>	12	10	5	1	0
<i>Νευροτοξικότητα</i>	20	4	2	2	0
<i>Απώλεια ακοής</i>	26	2	0	0	0

ΠΙΝΑΚΑΣ 10.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η χορήγηση Dacarbazine προκαλεί πόνο κατά μήκος της φλέβας που γίνεται η έγχυση (συνεπώς, αργή ενδοφλέβια χορήγηση του φαρμάκου είναι απαραίτητη) και ακολουθείται από σοβαρούς και επιμένοντες

εμέτους. Η χορήγηση του εμβολίου BCG, μπορεί να προκαλέσει φυματίωση, συνήθως στο ήπαρ (αν και είναι εξαιρετικά σπάνιο).

3.6 Πρόγνωση

Συνολικά η δεκαετής επιβίωση ασθενών με εξελκωμένο μελάνωμα είναι 50 % σε αντίθεση με 78 % για πρωτοπαθή εστία χωρίς εξέλιξη. Οι προγνωστικοί παράγοντες που επηρεάζουν άμεσα την επιβίωση είναι: το μέγεθος του όγκου (ανατομικά επίπεδα κατά Clark (Σχεδιάγραμμα 4 - Παράρτημα Α) και πάχος όγκου κατά Breslow (Σχεδιάγραμμα 5 - Παράρτημα Α) : Πενταετής επιβίωση μελανωμάτων λεπτότερων από 0.76 mm είναι 95 %, μεταξύ 0.76 mm και 1.5 mm είναι 85 % και μεταξύ 1.6mm και 3.0 mm είναι 45 %), η ανατομική επέκταση (θετικοί N⁽⁺⁾ ή αρνητικοί αδένες - N⁽⁻⁾) και η μιτωτική δραστηριότητα των νεοπλασματικών κυττάρων.

Στην πραγματικότητα όταν υπάρχουν μεταστάσεις στους σύστοιχους λεμφαδένες, η ολική επιβίωση είναι 25 % ενώ η επιβίωση σε N⁽⁻⁾ ασθενείς είναι 65 - 70% (πίνακας II). Περίπου 40 % των ασθενών με μελάνωμα σταδίου I, εμφανίζουν υποτροπή της νόσου η οποία στην πλειοψηφία πρωτοεμφανίζεται στους σύστοιχους λεμφαδένες μέσα σε 5 χρόνια από την χειρουργική εκτομή του πρωτοπαθούς όγκου. Η δεκαετής πρόγνωση για το στάδιο II, έχει στενή σχέση με τη λεμφαδενική επέκταση. Όταν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις, μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις υπάρχει 5ετής επιβίωση από τη διάγνωση (συνήθως βλάβες που περιορίζονται στο δέρμα).

ΘΕΣΗ	Κλινικές μελέτες Σύνολο %	Νεκροτο- μικό υλικό Σύνολο %	Ως μόνη μεταστα- σιακή εστία		Ως μέρος γενικευ- μένων σεων γενικευ- μεταστά-	
			συχνότη- τα %	επιβίωση μήνες	συχνότη- τα %	επιβίωση μήνες
Δέρμα, υποδόριο, απομακρυ- σμένες λεμφαδε- νικές	59	50-75	23	7.2	3.6	5.0
Πνεύμονας	36	70-87	11	11.4	25	4.0
Εγκέφαλος	20	36-54	8	5.0	12	1.4
Ήπαρ	20	54-77	3	2.4	17	2.0
Οστά	17	23-49	3	6.0	14	4.0
Άλλη θέση	12		2	2.2	10	2.0
Γενικευμέ- νες	4		-	2.4		2.4

ΠΙΝΑΚΑΣ 11 .

Ειδικότερα, όταν υπάρχουν μεταστάσεις στον εγκέφαλο, ή τους πνεύμονες, σχεδόν κανένας ασθενής δεν επιζεί περισσότερο από 6 μήνες (από τη διάγνωση). Άλλοι παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν την πρόγνωση σε μερικές μελέτες αλλά δεν έχουν τύχει κοινής αποδοχής είναι, η εντόπιση της πρωτοπαθούς εστίας (καλύτερη πρόγνωση στα κάτω άκρα), το έπαρμα στην επιφάνεια του δέρματος (έπαρμα όγκου < 0.5 cm: ευνοϊκή πρόγνωση), η ηλικία (καλύτερη πρόγνωση σε νεαρότερες ηλικίες), το φύλο και η φυλή (καλύτερη πρόγνωση σε γυναίκες της λευκής φυλής): το γεγονός ότι οι γυναίκες πάντα έχουν μια ευνοϊκότερη πρόγνωση και ανταποκρίνονται καλύτερα στη θεραπεία, φαίνεται να οφείλεται σε μια διαφορά στην κινητική των κυττάρων του όγκου στα δύο φύλα.

Από πλευράς ιστολογικών χαρακτηριστικών του μελανώματος, προγνωστική αξία φαίνεται να έχουν το περιεχόμενο του DNA και ο βαθμός της αντιδραστικής φλεγμονώδους αντίδρασης που προκαλεί.

ΔΕΥΤΕΡΟ

ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Γενική Νοσηλευτική Αντιμετώπιση Ασθενούς Με Μελάνωμα Σε Όλα Τα Στάδια Της Θεραπείας

Κάθε άτομο που εισάγεται στο Νοσοκομείο να νοσηλευτεί, προσέρχεται στο γιατρό από κάποιο πρόβλημα υγείας οξύ ή χρόνια με γνωστή ή άγνωστη αιτιολογία, με σκοπό τη διάγνωση, τη θεραπεία και την τελική αποκατάστασή του.

Είναι γεγονός πως, κάθε ασθενής ανεξάρτητα με την αιτιολογία της εισαγωγής του, υποφέρει και αγωνιά περισσότερο για τις υποθέσεις που άφησε πίσω του κατά την παραμονή του στο χώρο της κλινικής, σκέφτεται την οικογένειά του, τις επαγγελματικές του υποχρεώσεις, οτιδήποτε θα ήθελε να πραγματοποιήσει και δεν πρόλαβε.

Θεωρείται σημαντικό οι Νοσηλεύτριες(-τες), να έχουν την ικανότητα και το σθένος να ανταποκρίνονται στις σωματικές, ψυχικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες του ασθενή. Με τον τρόπο που εκτελείται η νοσηλεία και οι τεχνικές για την ανακούφιση του αρρώστου, οι Νοσηλευτές μεταβιβάζουν και εμπνέουν τον ανάλογο σεβασμό και ενδιαφέρον προς αυτόν ή και το αντίθετο.

Δεν πρέπει να παραληφθεί το γεγονός ότι η συμπεριφορά των Νοσηλευτών προς την οικογένεια του αρρώστου, προσδιορίζει την περαιτέρω συνεργασία τους με σκοπό την αποκατάσταση του ασθενή: συχνά η οικογένεια κάτω από συναισθηματική φόρτιση συνειδητά ή ασυνείδητα, μεταδίδει στον άρρωστο τα συναισθήματά της. Σε πολλές περιπτώσεις, έχει αποδειχθεί πως η συμβολή της οικογένειας στην οργάνωση και εφαρμογή του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου, είναι πολύτιμη.

Συμπερασματικά, στόχος των Νοσηλευτών είναι ο προγραμματισμός και η εκτέλεση της νοσηλευτικής φροντίδας, που επεκτείνεται πέρα απ' τα συμπτώματα της παθήσεως,

αντιμετωπίζοντας τον άρρωστο άνθρωπο ως βιο-ψυχο-πνευματικοκοινωνική οντότητα.

1.2 Χειρουργική Θεραπεία - Ο Ρόλος Των Νοσηλευτών

Τέσσερις μορφές χειρουργικών επεμβάσεων εφαρμόζονται στον άρρωστο με κακοήθες μελάνωμα: διαγνωστική βιοψία, προφυλακτική, ριζική και παρηγορική.

1.2.1 Διαγνωστική Βιοψία

Η ύποπτη για μελάνωμα βλάβη υποβάλλεται σε βιοψία ώστε να τεκμηριωθεί η κλινική διάγνωση και να πραγματοποιηθεί η ιστολογική εξέταση του βιοψικού υλικού, που θα καθορίσει την περαιτέρω θεραπευτική αντιμετώπιση της πάθησης. Είναι επομένως αναγκαίο, η βιοψία να περιέχει ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα της βλάβης. Οποιαδήποτε δερματική αλλοίωση ύποπτη για μελάνωμα, με μικρή έκταση (περίπου 2 cm διαμέτρου), θα πρέπει να αφαιρείται ολόκληρη, μαζί με 2-3 mm υγιούς δέρματος, γύρω από τη βλάβη. Επίσης, το βάθος της εκτομής θα πρέπει να ικανοποιεί τις προϋποθέσεις για τη μέτρηση του πάχους του μελανώματος και τη σταδιοποίησή του (μικρομέτρηση κατά Breslow).

Η βιοψία αποτελεί μια μικρή χειρουργική επέμβαση, που πραγματοποιείται σχεδόν πάντα στο χειρουργείο των εξωτερικών ιατρών και ο ασθενής χρειάζεται να υποβληθεί μόνο σε τοπική αναισθησία: βασική όμως προϋπόθεση για τη σωστή συνεργασία του ασθενή κατά τη διάρκεια της επέμβασης αλλά και αργότερα όταν ληφθούν τα αποτελέσματα της εξέτασης, αποτελεί η ενημέρωση του ασθενή και η συμπαράστασή του από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Η Νοσηλεύτρια (-της) γνωρίζοντας : το σκοπό της βιοψίας, τον τρόπο προετοιμασίας του ασθενή, τα αντικείμενα που θα χρειαστούν, τον τρόπο λήψης του δείγματος και τον απαιτούμενο χρόνο για τη λήψη των αποτελεσμάτων, είναι ικανή να ενημερώσει και να προετοιμάσει τον ασθενή. Κατά τη συζήτησή της μαζί του, μπορεί να πληροφορηθεί για τα συμπτώματα που τον οδήγησαν στο γιατρό, καθώς και

στοιχεία για το ατομικό και οικογενειακό του ιστορικό υγείας. Στη συνέχεια, για να πραγματοποιηθεί η διαδικασία της βιοψίας, ο ασθενής ελευθερώνει το εξεταζόμενο μέλος του σώματός του και η Νοσηλεύτρια τον βοηθά να ξαπλώσει και να πάρει την κατάλληλη θέση· εκτελεί τοπική προεγχειρητική προετοιμασία, με αντισηψία του μέλους και εφοδιάζει το χειρουργό με τα απαιτούμενα εργαλεία. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης, μπορεί παράλληλα να συμβουλευτεί και να καθυποχάζει τον ασθενή, ώστε να αποφευχθούν τυχόν αντιδράσεις του.

Με το τέλος της επέμβασης, ο ασθενής χρειάζεται βοήθεια για να ντυθεί και να συνέλθει πλήρως, κάνοντας δυνατή την αναχώρησή του από τα ιατρεία· ενημερώνεται για την κατάσταση του τραύματος και ορίζεται η ημερομηνία της επόμενης επισκέψεώς του για την αλλαγή και επισκόπηση του τραύματος.

1.2.2 Προφυλακτική Εγχείρηση

Σε πολλές περιπτώσεις η αφαίρεση καλοήθων όγκων ή άλλων προκαρκινικών καταστάσεων, κατά την περίοδο που ακόμα είναι ακίνδυνες, προσφέρει σημαντική βοήθεια στον έλεγχο του καρκίνου.

Στην περίπτωση όμως του μελανώματος, ο προφυλακτικός καθαρισμός των λεμφαδένων, συνίσταται σε εντοπισμένα μελανώματα διαμέσου πάχους (1.5 - 4 mm) - κλινικό στάδιο IIΑ και IIΒ. Η επέμβαση αυτή αναμένεται να βελτιώσει την πενταετή επιβίωση κατά 10 - 15 %. Και ενώ από κλινική άποψη οι επιχώριοι λεμφαδένες μπορεί να φαίνονται μη διηθημένοι (σε ποσοστό 36 %), ιστολογικά να αποδειχθεί ότι περιέχουν μικρομεταστάσεις. Επομένως, η χειρουργική αφαίρεση των επιχώριων λεμφαδένων, μαζί με τη λεμφαγγειακή οδό (η οποία συνδέει την πρωτοπαθή εστία με τη λεμφαδενική περιοχή), είναι απαραίτητη για να προλάβει τυχόν καθ' οδόν μεταστάσεις.

1.2.3 Ριζική Εγχείρηση

Στο εντοπισμένο μελάνωμα με κλινικό στάδιο III ο λεμφαδενικός καθαρισμός δεν είναι πια προφυλακτικός αλλά θεραπευτικός· η ριζική αφαίρεση του όγκου με τους λεμφαδένες και μεγάλο μέρος υγιούς ιστού, είναι απαραίτητη. Η εκτομή των βουβωνικών λεμφαδένων πρέπει να φτάνει τουλάχιστο μέχρι το διχασμό των λαγονίων αγγείων. Η εκτομή των μασχαλιαίων πρέπει να γίνεται μαζί με τον ελλάσωνα θωρακικό μυ.

1.2.4 Παρηγορική (Ανακουφιστική) Εγχείρηση

Εφαρμόζεται πολύ συχνά και γίνεται ολοκληρωτικά για την ανακούφιση του αρρώστου από τις επιπλοκές της νόσου, όπως σε εντερική απόφραξη, σε εξελκωμένες εστίες, σε επώδυνες εντοπίσεις ή εστίες που προκαλούν φαινόμενα πίεσης (π.χ. εγκέφαλος).

Η προεγχειρητική και μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών που υποβάλλονται σε ένα από τα τρία προαναφερθέντα είδη χειρουργικής επέμβασης (προφυλακτική, ριζική, παρηγορική) είναι βασικά η ίδια που εφαρμόζεται σε όλους τους ασθενείς και σε κάθε είδος χειρουργικής επέμβασης που πραγματοποιείται. Βέβαια τα ειδικά προβλήματα που δημιουργούν ορισμένες ριζικές χειρουργικές επεμβάσεις, όπως κολοστομία κ.α., χρειάζονται ιδιαίτερο προγραμματισμό και μεγάλη προσοχή στην αντιμετώπισή τους για την όσο το δυνατόν καλύτερη προσαρμογή του ατόμου στα καινούργια δεδομένα.

1.3 Προεγχειρητική Ετοιμασία

Η διάρκεια της προεγχειρητικής ετοιμασίας εξαρτάται από το είδος, τη σοβαρότητα της εγχειρήσεως και την κατάσταση του αρρώστου. Εξασθενημένα άτομα, ακόμη και για μικρές επεμβάσεις, έχουν ανάγκη προετοιμασίας για να τις υποστούν χωρίς κίνδυνο.

Η προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς συνίσταται σε:

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

1.3.1 Γενική Προεγχειρητική Ετοιμασία

Ανάλογα με τη θέση και την επέκταση του μελανώματος, ορίζεται και το είδος της χειρουργικής επέμβασης. Σαν αποτέλεσμα αυτής της παρέμβασης, μπορεί να παρουσιαστεί παραμόρφωση (μελάνωμα προσώπου) ή απεξάρθρωση δακτύλου των άνω ή κάτω άκρων (μελάνωμα των δακτύλων ή υπονύχιο μελάνωμα) ή κολοστομία· επόμενο είναι οι καταστάσεις αυτές να αντιμετωπίζονται από τον ασθενή με φόβο και ιδιαίτερο άγχος. Η Νοσηλεύτρια(-της) καλείται να εκτιμήσει τα κυριότερα προβλήματα που παρουσιάζει ο άρρωστος που ετοιμάζεται να χειρουργηθεί. Τα κυριώτερα προβλήματα είναι:

Ψυχολογικά

I). Αμφιβολίες για τη διάγνωση. Η Νοσηλεύτρια υποστηρίζει τον άρρωστο κατά την περίοδο των εξετάσεων (κλινικές, εργαστηριακές), αναγνωρίζει και δικαιολογεί το φόβο που τον διακατέχει για τη διάγνωση. Εάν οι εργαστηριακές εξετάσεις δείξουν πως ο οργανισμός του ασθενή είναι σε θέση να χειρουργηθεί και η βιοψία επιβεβαιώνει την ύπαρξη κακοήθειας, ενισχύεται η πεποίθηση του αρρώστου πως ο γιατρός θα εφαρμόσει την καλύτερη θεραπεία με τον ασφαλέστερο επιστημονικό τρόπο. Γίνεται προσπάθεια για την απόκτηση εμπιστοσύνης προς τους Νοσηλευτές και τους γιατρούς, ώστε ο ασθενής να οδηγηθεί στο χειρουργείο με αίσθημα ασφάλειας και σιγουριάς.

II). Άγχος, ψυχική και σωματική αδυναμία σχετιζόμενα με την πρόγνωση και τα αποτελέσματα της εγχείρησης και ιδιαίτερα με την αλλαγή του σωματικού ειδώλου. Ο καρκίνος προκαλούσε για αιώνες έντονους φόβους στις καρδιές των ανθρώπων. Η θανατηφόρος έκβασή του, η απουσία γνωστής αιτίας, η αδυναμία ίασης, ο πόνος και οι αλλαγές στην εικόνα του σώματος που προκαλούσε, καθιστούσαν τη νόσο "θανατική καταδίκη". Αν και η στάση όλων μας έχει αλλάξει απέναντι

στην έννοια του καρκίνου, η σκέψη του ασθενή για τη μετέπειτα πορεία της υγείας του και για τη σωματική του αρτιμέλεια, δημιουργεί άγχος, αγωνία, φόβο, αγανάκτηση. Κύριος σκοπός της Νοσηλεύτριας σ' αυτό το στάδιο, είναι να μειώσει την ένταση αυτών των συναισθημάτων και να πρεμήσει τον ασθενή: καλείται να τον ενημερώσει για την έκβαση της εγχείρησης, τις παρενέργειες, την αναμενόμενη μετεγχειρητική πορεία, την παραμονή του στο νοσοκομείο. Τον ενθαρρύνει να εκφράσει τα συναισθήματά του και λύνει τυχόν απορίες ή παρερμηνεύσεις. Προσπαθεί να εντοπίσει τα δυνατά σημεία του χαρακτήρα του και να μάθει πια άλλη κοινωνική στήριξη έχει: σ' αυτό το σημείο, ενθαρρύνεται η παρέμβαση του συντρόφου και της άμεσης οικογενείας, στην ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή και τη σωστή συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής.

III). Φόβος πόνου και θανάτου. Ο ασθενής βεβαιώνεται ότι η χειρουργική στην εποχή μας έχει προοδεύσει τόσο ώστε το αποτέλεσμα να είναι άριστο. Σημαντική πηγή στήριξη προσφέρει η αναφορά της Νοσηλεύτριας σε προηγούμενα περιστατικά και στην πλήρη θεραπεία τους. Καλό θα ήταν ο ασθενής να έρθει σε επαφή με άλλα άτομα που έχουν υποβληθεί σε αντίστοιχη χειρουργική θεραπεία.

IV). Οικογενειακά και επαγγελματικά προβλήματα. Ο κλονισμός της υγείας του ατόμου, προκαλεί διαταραχή στην οικογενειακή ισορροπία και ατμόσφαιρα, με αποτέλεσμα τη δημιουργία διάφορων προβλημάτων, όπως φόβος για τη αποκατάσταση των παιδιών, αίσθημα εγκατάλειψης κ.λ.π. Συγχρόνως ο ασθενής σκέφτεται το μέλλον της εργασίας του και αισθάνεται απώλεια της κοινωνικής θέσης και του επαγγελματικού γοήτρου και μισθού.

Σωματική τόνωση

Η σωστή θρέψη του ασθενούς, εξασφαλίζεται με τη ρύθμιση του διαιτολογίου του, που εμπλουτίζεται με υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα και βιταμίνες, για να μπορέσει ο οργανισμός να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της εγχείρησης. Η Νοσηλεύτρια παρακολουθεί τον ασθενή και αντιμετωπίζει τα προβλήματα που παρουσιάζει η διατροφή του: κάνει σωστή εκλογή των τροφών και επιμένει για τη λήψη τους. Γνωρίζοντας ότι σε κάθε εγχείρηση ο άρρωστος χάνει

υγρά (αίμα, ιδρώτας, έμετοι), φροντίζει για την επαρκή κάλυψη του και παρακολουθεί τη σχέση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Βοηθά έτσι στην πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών όπως shock, ναυτία, δίψα, κ.α.

Μια μέρα πριν την εγχείρηση, ο ασθενής τρέφεται ελαφρά (τροφές χωρίς υπολείμματα) και παραμένει νήστις την ημέρα της επέμβασης, για την αποφυγή εμέτων και μετεωρισμού της κοιλιάς.

Καθαριότητα του ασθενή

Στην καθαριότητα του ασθενή περιλαμβάνεται ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα και το λουτρό καθαριότητας του δέρματος.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα έχει σα σκοπό την αποφυγή της εκκενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι, την ευχερέστερη διενέργεια της επέμβασης από το χειρουργό, σε εγχειρήσεις κοιλιάς και πυέλου και την αποφυγή δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από τη σήψη του περιεχομένου τους.

Ο καθαρισμός του εντέρου επιτυγχάνεται με τη χρήση καθαρικών φαρμάκων (που δε συνίσταται σήμερα) και με τον καθαρτικό υποκλυσμό· εκτελούνται συνήθως δύο υποκλυσμοί, ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχείρησης και ο άλλος έξι ώρες πριν την εγχείρηση. Με αυτούς επιτυγχάνεται η καθαριότητα του κατώτερου τμήματος του παχέως εντέρου.

Η καθαριότητα του σώματος του ασθενή, εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας, που αποβλέπει στην αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρτο δέρμα. Το λουτρό γίνεται την παραμονή της εγχειρήσεως και ο άρρωστος προστατεύεται για να μην κρυώσει.

Προετοιμασία, Εκπαίδευση, Προσανατολισμός του ασθενή

Ο ασθενής ενημερώνεται και εκπαιδεύεται σε μετεγχειρητικές ασκήσεις των άκρων και των αναπνευστικών μυών. Επισημαίνεται η αξία των ασκήσεων, της συχνής αλλαγής θέσεως στο κρεβάτι και η όσο το δυνατό γρηγορότερη έγερση του αρρώστου, για την αποφυγή σοβαρών επιπλοκών

και παρενεργειών όπως: πνευμονική εμβολή, θρομβοφλεβίτιδα, μετεωρισμός κοιλιάς, κ.α.

Επίσης ο ασθενής προσανατολίζεται στο νέο δωμάτιο που θα μεταφερθεί και του δίνονται εξηγήσεις για την αλλαγή αυτή (άνετο περιβάλλον, ψυχία, κλιματισμός, κ.α.). Είναι απαραίτητο να ενημερωθεί ο άρρωστος πριν την επέμβαση, για να μην ανησυχήσει όταν κατά την αφύπνιση βρεθεί σε άγνωστο περιβάλλον και για άγνωστο λόγο.

Εξασφάλιση Καλού Ύπνου

Πάντα η αναμονή εγχειρήσεως προκαλεί αγωνία και φόβο. Ο ασθενής ταλαιπωρείται και δεν μπορεί να κοιμηθεί. Η αϋπνία και η κόπωση από αυτήν, προδιαθέτουν μια μετεγχειρητική πορεία με δυσχέρειες, ακόμα και εμφάνιση επιπλοκών.

Για να εξασφαλίσει η Νοσηλεύτρια στον ασθενή της ένα ήσυχο και επαρκή ύπνο, του χορηγεί ύστερα από ιατρική εντολή, και μόνο τη νύχτα της παραμονής της εγχείρησης, κάποιο ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.

1.3.2 Τοπική Προεγχειρητική Ετοιμασία

Η τοπική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει την καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου (το μέρος του σώματος που θα γίνει η επέμβαση), ώστε να αποφευχθούν μολύνσεις και μετεγχειρητικές επιπλοκές. Η προσοχή των Νοσηλευτών εστιάζεται στη σωστή και ακίνδυνη αποτρίχωση. Πρέπει να αποφεύγονται οι μικροτραυματισμοί που θα διευκολύνουν τυχόν είσοδο μικροβίων και επομένως δυσχέρειες στην επέμβαση.

Η θέση και έκταση της προετοιμασίας του εγχειρητικού πεδίου, εξαρτάται από το είδος της εγχείρησης και πρέπει να περικλείει αρκετή έκταση γύρω από το σημείο τομής.

Στην περίπτωση που απαιτείται σύγχρονη πλαστική αποκατάσταση της περιοχής όπου θα γίνει η εκτομή, η προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει και την προετοιμασία του δέρματος απ' όπου θα ληφθεί το μόσχευμα ή θα γίνει ο κρημνός.

1.3.3 Τελική Προεγχειρητική Ετοιμασία

Την ημέρα της επέμβασης, η Νοσηλεύτρια παρακολουθεί τη θερμοκρασία, την αρτηριακή πίεση και σφυγμό, τις αναπνοές καθώς και τη γενική κατάσταση του ασθενή. Οποιαδήποτε παρέκκλιση από τα φυσιολογικά όρια σημειωθεί πρέπει να αναφέρεται στον υπεύθυνο γιατρό.

Ο ασθενής στη συνέχεια ενημερώνεται για την ώρα που θα πάει στο χειρουργείο και υπενθυμίζεται ότι πρέπει να ουρήσει πριν του φορεθούν τα ρούχα του χειρουργείου. Μισή ώρα πριν την εγχείρηση, η Νοσηλεύτρια αφαιρεί όλα τα ενδύματα του ασθενή καθώς και τα κοσμήματα, τις ξένες οδοντοστοιχίες, πρόσθετα μέλη κ.λ.π. Είναι σημαντικό να ξεβάφονται τα νύχια στις ασθενείς, για να παρακαλουθείται τυχόν εμφάνιση κυάνωσης κατά τη νάρκωση. Αμέσως μετά ο ασθενής φοράει την ενδυμασία του χειρουργείου και συνιστάται να παραμείνει στο κρεβάτι του. Σ' αυτό το σημείο ενδείκνυται να γίνει η προνάρκωση. Το είδος της θα καθοριστεί από τον αναισθησιολόγο και έχει σα σκοπό τη μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την πρόκληση υπηλίας καθώς και την ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος. Δημιουργείται κατάλληλο περιβάλλον για τον ασθενή, χωρίς θόρυβο και έντονο φωτισμό και με απαγόρευση των επισκέψεων.

Μετά την προνάρκωση, ο ασθενής μεταφέρεται στο φορείο με το οποίο θα οδηγηθεί στην αίθουσα του χειρουργείου. Δέχεται τη συμπαράσταση και τις ευχές του νοσηλευτικού προσωπικού καθώς αναχωρεί. Κατά τη διάρκεια της αναμονής του αρρώστου από το χειρουργείο, οι νοσηλευτές ετοιμάζουν το θάλαμο, το κρεβάτι και το κομοδίνο του. Παρατηρείται ο θάλαμος, ελέγχοντας όλα τα απαραίτητα αντικείμενα (ψιάλη και συσκευή οξυγόνου, νεφροειδές, χαρτοβάμβακο, νερό και port cotton κ.α.).

1.4 Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής επανέρχεται στο νοσηλευτικό τμήμα. Η μετεγχειρητική φροντίδα είναι από τις σοβαρότερες και πλέον υπεύθυνες εργασίες των Νοσηλευτών. Σκοπός τους είναι:

- I) Η προστασία του ασθενούς κατά τις διάφορες φάσεις της ανάνηψης.
- II) Η παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξης της ασθένειάς του.
- III) Η ανακούφισή του από ενοχλήματα.
- IV) Η πρόληψη των επιπλοκών.
- V) Η υποστήριξη και η τόνωση του ασθενούς, για την ταχύτερη αποκατάστασή του και επάνοδο στη φυσιολογική του κατάσταση.

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει:

- Την προστασία του ασθενή από ρεύματα αέρα κατά τη μεταφορά του στο θάλαμο.
- Την ασφαλή μεταφορά του ασθενή από το φορείο στο κρεβάτι του. Καθορίζει τη θέση του στο κρεβάτι ανάλογα με το είδος της επέμβασης που έχει υποστεί, προσέχοντας πάντα τη σωστή λειτουργία των παροχετεύσεων. Το κεφάλι του τοποθετείται με κλίση προς το πλάι, διευκολύνοντάς τον σε περίπτωση εμέτων.
- Τον έλεγχο των ζωτικών σημείων.
- Τον έλεγχο του τραύματος για τυχόν αιμορραγία.
- Την παρακολούθηση του ασθενή μέχρι την τέλεια αφύπνισή του. Τον προστατεύει από έντονες διεγέρσεις και εισροφήσεις εμεσμάτων.
- Τον έλεγχο των παροχετεύσεων και τη σύνδεσή τους.
- Τον έλεγχο και την επισκόπηση της φλέβας και της ροής των χορηγούμενων ενδοφλέβιων υγρών.
- Την ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο, τις παρενέργειες της νάρκωσης και των άλλων προβλημάτων που αντιμετωπίζει συνήθως κατά τα δύο πρώτα 24ωρα μετά την εγχείρηση.
- Την φροντίδα του τραύματος και την καθαριότητα του σώματος.

- Την προφύλαξη και θεραπεία από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές.

- Την σωστή θρέψη και έλεγχο του διαιτολογίου του (όταν αρχίσει η σίτισή του). Προλαμβάνει σημεία αφυδάτωσης με τη χορήγηση πολλών υγρών από το στόμα ή όταν δεν επιτρέπεται, ενδοφλεβίως (οροί).

Μετά από μία εγχείρηση, ανεξάρτητα από το είδος της και το βαθμό κινδύνου που εγκυμονεί, ο άρρωστος αντιμετωπίζει αρκετά συχνά, ανεπιθύμητες καταστάσεις που τον ανησυχούν και επιβραδύνουν την ανάρρωσή του. Η Νοσηλεύτρια (-της) καλείται να προφυλάξει και απαλλάξει τον ασθενή από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές που τον ταλαιπωρούν. Με τη γνώση των πρώτων συμπτωμάτων αλλά και των αιτιών που προκαλούν τις μετεγχειρητικές επιπλοκές, η Νοσηλεύτρια παρακολουθεί συχνά τη γενική κατάσταση του αρρώστου και αναφέρει τις παρατηρήσεις της στο γιατρό, ώστε μαζί να καταφέρουν να προφυλάξουν τον ασθενή από επιπλέον προβλήματα.

Η μέτρηση των ζωτικών σημείων, η παρατήρηση του χρώματος του ασθενή, η μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών (έμετοι, ούρα, παροχετεύσεις), συμβάλλουν στο να δημιουργήσει η Νοσηλεύτρια μια γενική εικόνα για την κατάσταση του ασθενή.

Επίσης, βασικές ενέργειες της Νοσηλεύτριας αποτελούν:

- Η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας (πρόληψη μόλυνσεως της αεροφόρας οδού).

- Η θέρμανση του ασθενή με κουβέρτες και θερμοφόρες (αποφυγή κρυολογήματος - πνευμονίας).

- Εκμάθηση και εφαρμογή αναπνευστικών κινήσεων από τον ασθενή, για αποφυγή ατελεκτασίας, πνευμονικής εμβολής).

- Η συχνή αλλαγή θέσεως του ασθενή (για αποφυγή πνευμονικής στάσεως του αίματος).

- Η υπενθύμιση για κινήσεις των κάτω άκρων (πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας, πνευμονικής εμβολής).

- Η παρακολούθηση των παροχετεύσεων του τραύματος για τη σωστή λειτουργία τους.

- Ο έλεγχος του τραύματος και οι συχνές αλλαγές του επιδεσμικού υλικού (πρόληψη μεγάλης αιμορραγίας - shock, αποφυγή μόλυνσης).

Αν και όλα όσα αναφέρθηκαν, αποτελούν βασικές και απαραίτητες ενέργειες από τη Νοσηλεύτρια προς τον ασθενή σε μετεγχειρητικό στάδιο, περισσότερο έντονη πρέπει να είναι η προσπάθεια προσέγγισης και παρακολούθησης της ψυχικής και διανοητικής κατάστασης του αρρώστου. Ίσως τώρα, μετά την επέμβαση, οι σκέψεις, τα συναισθήματα και η αγωνία του ασθενή να γίνονται εντονότερα. Η αβεβαιότητα για το μέλλον, την πορεία της υγείας του, η αναμονή για τα αποτελέσματα των μετεγχειρητικών εξετάσεων, η πεποίθηση πως γνωστοί και φίλοι θα τον σκέφτονται σαν ένα άλλο άτομο με καρκίνο, τον κάνουν να αισθάνεται φόβο, αγωνία, θυμό και απογοήτευση, ηθική κατάπτωση (σχεδιάγραμμα 6).

Η Νοσηλεύτρια έχει πολύ πιο μεγάλη ευθύνη στην προσφορά βοήθειας και ψυχολογικής υποστήριξης. Η δική της στάση όπως και των συγγενών του (των οποίων η συμπεριφορά εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη νοσηλεύτρια), και η έκφραση των θετικών τους συναισθημάτων, θα κάνει τον άρρωστο να ξεπεράσει τους φόβους του και να αντιμετωπίσει με περισσότερη αισιοδοξία και δύναμη το μέλλον.

Είναι γεγονός πως η ίδια η αρρώστεια αλλά και οι επιπτώσεις της θεραπείας (ακρωτηριασμός μελών, δυσμορφία, παρά φύση λειτουργία οργάνων κ.α.), απαιτούν μεγάλες αλλαγές που προϋποθέτουν ψυχολογική προετοιμασία, ανθρώπινη υποστήριξη και εκπαίδευση (εκμάθηση τεχνικών). Σε ανάλογες περιπτώσεις, όπου η πλήρης αποκατάσταση του ατόμου και η επάνοδός του στη φυσιολογική του μορφή είναι αδύνατη, οι προσπάθειες συγκεντρώνονται στο να καταφέρουν τον άρρωστο να εναρμονίσει τη ζωή του με την ποιότητα ζωής που μπορεί να έχει, με τις ικανότητες που του έχουν μείνει.

Συμπτώματα αδυναμίας
Παρενέργειες από τη
χημειοθεραπεία
Καρκίνος
Άλλα παθολογικά
ευρήματα

Σημεία από το σώμα

Θυμός

Γραφειοκρατικά προβλήματα
Στέρηση από τις επισκέψεις
των φίλων
Καθυστέρηση της διάγνωσης
Αδυναμία ευρέσεως γιατρών
Ευερεθιστότητα
Αποτυχία θεραπείας

" ΟΛΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ "

Φόβος για το νοσοκομείο
Ανσυχία για την οικογένεια
Φόβος για το θάνατο
Φόβος για τον πόνο
Πνευματική ανσυχία
Οικονομικά προβλήματα
Απώλεια της αξιοπρέπειας και
του ελέγχου του σώματος

*Ανσυχία
Άγχος*

Κατάπτωση

Απώλεια της κοινωνικής θέσης
Απώλεια του επαγγελματικού
γοήτρου και μισθού
Απώλεια του ρόλου μέσα στην
οικογένεια
Συνεχή κούραση και απηνία
Αίσθημα εγκατάλειψης
Μορφολογικές-σωματικές αλλαγές

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6. Η έννοια του "ολικού πόνου" στον καρκίνο.

1.5 Χημειοθεραπεία - Ο Ρόλος Των Νοσηλευτών

Μία από τις κυριότερες θεραπευτικές επιλογές στην αντιμετώπιση του μελανώματος είναι η χημειοθεραπεία. Χρησιμοποιείται είτε σαν μεμονωμένος παράγοντας είτε σε συνδυασμό με χειρουργική επέμβαση (η οποία έχει προηγηθεί).

Ο σκοπός της χημειοθεραπείας είναι η εκλεκτική καταστροφή των καρκινικών κυττάρων. Δυστυχώς όμως η κυτταρική καταστροφή δεν μπορεί να είναι πραγματικά εκλεκτική. Τα σύγχρονα αντικαρκινικά φάρμακα προκαλούν βλάβες στα φυσιολογικά κύτταρα ανεξάρτητα από την όποια δράση τους στα καρκινικά.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χορηγούνται από το στόμα, ενδομυϊκά, ενδοαγγειακά και σπανιότερα ενδοραχιαία ή με έγχυση σε κοιλότητα. Σε μελάνωμα των άκρων ή σε εκτεταμένη τοπική διήθηση, γίνεται χορήγηση χημειοθεραπευτικών ενδοαρτηριακά, απομονώνοντας το μέρος του σώματος που νοσεί, από την υπόλοιπη κυκλοφορία: αποφεύγονται έτσι οι παρενέργειες στους παρακείμενους ιστούς.

Συχνές τοξικές ενέργειες και δυσχέρειες των κυτταροτοξικών φαρμάκων είναι: ναυτία, έμετοι, ανορεξία, στοματίτιδα, διάρροιες με πιθανή διαταραχή ύδατος και ηλεκτρολυτών, αλωπεκία, περιφερική νευροπάθεια, δερματικές αντιδράσεις, αύξηση της θερμοκρασίας κ.α. Ιδιαίτερη τοξικότητα παρουσιάζεται στο μυελό των οστών, με αποτέλεσμα την εμφάνιση λευκοπενίας, θρομβοπενία, αιμορραγικής διάθεσης κ.λ.π.

Σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας στη χημειοθεραπεία είναι:

- 1) Η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας.
- 2) Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος.
- 3) Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπισή τους.

Οι νοσηλευτικές ευθύνες στην προετοιμασία και εφαρμογή της χημειοθεραπείας είναι:

- Ο σωστός χειρισμός στην προετοιμασία των φαρμάκων. Απαιτείται μεγάλη προσοχή για την αποφυγή λάθους και ιδιαίτερη προετοιμασία του δέρματος (χρησιμοποίηση γαντιών, μάσκας, μπλούζας, για την προστασία της Νοσηλεύτριας).

- Ο έλεγχος των σωστών φαρμάκων, της δόσης και της οδού χορήγησης, από την κάρτα νοσηλείας.
- Ο έλεγχος του σημείου φλεβοκέντησης (προκειμένου για ενδοφλέβια χορήγηση), η σωστή θέση και η συνεχής παρακολούθηση της έγχυσης.
- Η παρακολούθηση για εμφάνιση συμπτωμάτων (πόνος, ερυθρότητα, οίδημα) και ανησυχίας του ασθενή. Διακοπή της έγχυσης των φαρμάκων - ενημέρωση του γιατρού.

Οι νοσηλευτικές ευθύνες στην προετοιμασία και προσέγγιση του ασθενή είναι:

- Η προσπάθεια ανάπτυξης ενός θεραπευτικού προγράμματος για τη βοήθεια του ασθενή, σε όλα τα επίπεδα (σωματικά, συναισθηματικά, κοινωνικά). Στην προσπάθεια αυτή συμμετέχουν, εκτός από την επιστημονική ομάδα υγείας και ο ίδιος ο ασθενής με την οικογένειά του.
- Η ενημέρωση του ασθενή για την ευεργετική δράση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων (καταστροφή των καρκινικών κυττάρων) αλλά και των παρενεργειών που δημιουργεί. Εξήγηση των παροδικών ή μόνιμων παρενεργειών και των συμπτωμάτων που εμφανίζονται.
- Η εκπαίδευση αλλά και η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή, ώστε να αποδεχθεί τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει με δύναμη τις ανεπιθύμητες ενέργειές της.
- Η αξιολόγηση της γενικής κατάστασης του ασθενή (η κατάσταση του δέρματος και του τριχωτού της κεφαλής, η υγιεινή της στοματικής κοιλότητας, η σωστή διατροφή, ο βαθμός της διανοητικής του κατάστασης).

Νοσηλευτική αντιμετώπιση των δυσχερειών και παρενεργειών της χημειοθεραπείας:

- Δίνονται αντιεμετικά και αντιδιαρροϊκά φάρμακα (σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες) για την ελάττωση των εμέτων και της διάρροιας.
- Γίνονται συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας για την αποφυγή της κακοσμίας (ύστερα από έμετο) αλλά και την πρόληψη στοματίτιδας.

- Δίνονται διουρητικά και ελέγχεται το ισοζύγιο λαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών
- Παρακολουθούνται τα ούρα και τα κόπρανα (πιθανότητες για αιματουρία ή μέλαινα κένωση).
- Συστηματική θερμομέτρηση και χρήση αντιπυρετικών και ψυχρών επιθεμάτων.
- Προστασία του ασθενή από τραυματισμούς και μολύνσεις. Λόγω της καταστολής του μυελού των οστών, ο ασθενής είναι επιρρεπής σε λοιμώξεις. Προσεκτική εκτέλεση της νοσηλείας (γάντια, υλικό μιας χρήσης) για την αποφυγή μετάδοσης κάποιου νοσήματος από άλλο ασθενή. Περιορισμός του επισκεπτηρίου.
- Χορηγείται η τροφή σε μικρά αλλά συχνά και ελκυστικά γεύματα. Η διαίτα πρέπει να είναι πλούσια σε υδατάνθρακες και λευκώματα. Μεγάλη προσοχή χρειάζεται στην εμφάνιση ανορεξίας η οποία θα δημιουργήσει μεγαλύτερη κατάρτιση του αρρώστου. Απαιτείται συχνή μέτρηση του σωματικού του βάρους.
- Ενθαρρύνεται ο ασθενής και λαμβάνονται τα καλύτερα μέτρα για την πρόληψη της αλωπεκίας. Ενημερώνεται για την παροδικότητα του φαινομένου και για τη χρήση μαντηλιού, καπέλου ή περούκας.
- Εξασφαλίζονται, άνετο περιβάλλον, ησυχία, σωματική ανάπαυση και ψυχική ηρεμία του αρρώστου.

1.6 Ακτινοθεραπεία - Ο Ρόλος Των Νοσηλευτών

Όπως έχει αναφερθεί, το μελάνωμα είναι ένας αρκετά ακτινοάντοχος όγκος· συνεπώς η ακτινοβολία χρησιμοποιείται συνήθως για την ανακούφιση των αρρώστων με μεταστάσεις στον εγκέφαλο ή τα οστά. Εφαρμογή της απαντάται στη θεραπεία τοπικών επανεμφανίσεων που δεν αφαιρούνται χειρουργικά.

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται σαν μοναδική μέθοδος ή σε συνδυασμό με προηγθείσα αμφίβολη ριζική εκτομή. Καλύτερη ανταπόκριση φαίνεται να έχει το μελάνωμα όταν η ακτινοθεραπεία συνδυάζεται με υπερθερμία.

Είναι σήμερα αποδεκτό, πως ημερήσιες υψηλές δόσεις ακτινοβολίας φέρουν καλύτερα αποτελέσματα απ' ότι οι χαμηλές δόσεις. Τα συνήθη θεραπευτικά σχήματα δεν ξεπερνούν τις τρεις εβδομάδες· έτσι το κόστος είναι χαμηλότερο και ο ασθενής αποδέχεται περισσότερο τη θεραπεία.

Σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας στην ακτινοθεραπεία είναι:

- Η ενημέρωση του ασθενή για την ακτινοθεραπεία.
- Η προετοιμασία και η βοήθεια του ασθενή κατά την εφαρμογή της θεραπείας.
- Η προστασία του ασθενή, του περιβάλλοντος και της Νοσηλεύτριας από την επίδραση της ακτινοβολίας.
- Η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή, τόσο πριν όσο και μετά την εφαρμογή της θεραπείας.

Οι νοσηλευτικές ευθύνες στην ενημέρωση και προστασία του ασθενή είναι:

- Η ενημέρωση του ασθενή για την αποτελεσματικότητα της αγωγής. Πληροφόρηση για τις παροδικές ή μόνιμες ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοβολίας.
- Η ευκαιρία για έκφραση αποριών, ανησυχίας, φόβου και γενικά όλων των συναισθημάτων που διακατέχουν τον ασθενή.

- Η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή, ή κατανόηση των φόβων του κι η απάντηση στα ερωτήματά του. Η εξασφάλιση σιγουριάς και εμπιστοσύνης.

- Η αξιολόγηση της γενικής κατάστασης του ασθενή (σωματική τόνωση, περιποίηση του δέρματος κι ιδιαίτερα της περιοχής που θα δεχθεί ακτινοβολία).

Νοσηλευτική αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενή και των παρενεργειών της ακτινοθεραπείας.

- Ο ασθενής βοηθείται να μεταφερθεί στο θάλαμό του. Προστατεύεται η περιοχή της ακτινοβολίας από ήλιο ή κρύο.

- Χορηγούνται αντιεμετικά κι αντιδιαρροϊκά φάρμακα (με ιατρική οδηγία) για την πρόληψη ναυτίας, εμέτου ή διάρροιας.

- Χορηγείται τροφή ελαφρά, υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσιας σε λευκώματα και βιταμίνες.

- Ελέγχεται το δέρμα του αρρώστου και καθαρίζεται συστηματικά, χωρίς να αφαιρεθεί το σημάδι που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή.

- Ελέγχεται το ισοζύγιο των λαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

- Προστατεύεται ο ασθενής από λοιμώξεις και τραυματισμούς. Επιβάλλεται ειδική προστασία και συνεχώς αξιολόγησή του, λόγω της εμφάνισης λευκοπενίας και θρομβοπενίας (καταστολή του μυελού των οστών).

- Ελέγχεται το σωματικό του βάρος και η φυσική του κατάσταση.

- Ενημερώνεται για την πιθανή εμφάνιση τριχόπτωσης και ενθαρρύνεται για να αντιμετωπίσει το πρόβλημά της (που συνήθως είναι παροδικό).

- Καλύπτονται οι φυσικές ανάγκες του ασθενή όταν αυτός χρειάζεται να παραμένει κλινήρης και έχει περιορισμένες δυνατότητες.

- Τέλος, καταβάλλει προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού του, που συμβάλλει στη μείωση και σωστή αντιμετώπιση των δυσχερειών της ακτινοθεραπείας.

1.7 Ανοσοθεραπεία - Ο Ρόλος των Νοσηλευτών

Αν και η ανοσοθεραπεία είναι μια σχετικά καινούργια μέθοδος για την καταπολέμηση του μελανώματος, τα αποτελέσματα από τη χρήση της, φαίνονται αρκετά ικανοποιητικά ώστε να συγκεντρώνουν το ενδιαφέρον των ερευνητών.

Κύριος σκοπός της ανοσοθεραπείας, είναι η ισχυροποίηση του ανοσοβιολογικού συστήματος του ασθενή ενάντια στα νεοπλασματικά κύτταρα.

Διάφορες τεχνικές και αρκετές ουσίες έχουν χρησιμοποιηθεί στη μέθοδο της ανοσοθεραπείας. Ο ασθενής δεν ταλαιπωρείται ιδιαίτερα κατά την εφαρμογή της θεραπείας· φροντίδα χρειάζεται όμως στην πρόληψη και αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών της αγωγής. Είναι γνωστό, πως οι παρενέργειες είναι περιορισμένες (αριθμητικά) και με χαμηλή συχνότητα εμφάνισης: π.χ. ηπατική βλάβη, φυματίωση (μετά από χορήγηση BCG), ναυτία, έμετοι, αιμορραγική κυστίτιδα, καταστολή του μυέλου των οστών (μετά από χορήγηση cyclophosphamide), κ.α.

Σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενή που υποβάλλεται σε ανοσοθεραπεία, είναι:

- Η ενημέρωση του ασθενή σε (σε συνεργασία με το γιατρό) για το είδος της θεραπείας, της σκοπιμότητάς της και την αποτελεσματικότητά της. Πληροφορείται για τις τυχόν παρενέργειες και την αντιμετώπισή τους.

- Η ενίσχυση της πεποίθησής του, για συνεχή παρακολούθηση και φροντίδα τόσο κατά την εφαρμογή της ανοσοθεραπείας, όσο και μετά απ' αυτή.

- Ο έλεγχος της γενικής κατάστασης του αρρώστου (καταβολή δυνάμεων, ανορεξία, κ.α.).

- Η σωστή διατροφή και ενυδάτωση του αρρώστου.
- Η προστασία του από λοιμώξεις, με μέτρα απομονώσεως.
- Ο έλεγχος της ηπατικής λειτουργίας. Παρακολουθείται για συμπτώματα ανορεξίας, εύκολης κόπωσης, ικτέρου. Γίνεται συστηματικός εργαστηριακός έλεγχος για την εκτίμηση της ηπατικής του κατάστασης.
- Η εξασφάλιση ψυχίας και συνθηκών για ικανοποιητική ξεκούραση του ασθενή.
- Η χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών (με ιατρική εντολή) και η πρόσληψη μεγάλων ποσοτήτων νερού.
- Η παρακολούθηση των ούρων του ασθενή και ο έλεγχος συμπτωμάτων κατά την ούρηση (αναφέρει δυσουρία ή αιματουρία).
- Ο έλεγχος του σακχάρου σε διαβητικούς ασθενείς για αποφυγή υπογλυκαιμίας (η χορήγηση της cyclophosphamide, προκαλεί πτώση του σακχάρου του αίματος).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Νοσηλευτική Διεργασία

Η νοσηλευτική διεργασία, αποτελεί το σύνολο της εφαρμοσμένης νοσηλευτικής φροντίδας: αρχίζει από την αξιολόγηση των αναγών του ασθενή, προγραμματίζει και εφαρμόζει τις νοσηλευτικές ενέργειες και καταλήγει στην εκτίμηση των αποτελεσμάτων.

Σκοπός της είναι ο συντονισμός των προσπαθειών της νοσηλευτικής ομάδας και η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας στους ασθενείς. Είναι μια σύνθετη νοσηλεία, που αποτελεί επιστημονική κατάρτιση, κλινική πείρα και αίσθημα ευθύνης. Για την πραγματοποίησή της, οι Νοσηλευτές θα πρέπει να έχουν αυξημένη αντίληψη και μνήμη, ειλικρινές ενδιαφέρον για τον συνάνθρωπο, διαίσθηση και τέλος, ικανότητα στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Στις επόμενες σελίδες, παραθέτονται πίνακες νοσηλευτικής διεργασίας που περιλαμβάνουν το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας που δόθηκε σε ασθενείς με κακοήθες μελάνωμα, που νοσηλεύθηκαν στο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Ναυπλίου.

2.2 Ιστορικό Ιο

Όνοματεπώνυμο: Δ. Σ.

Ηλικία: 65 ετών / Ύψος: 1.65 m. / Βάρος: 63 Kgr

Τόπος μόνιμης κατοικίας: Ναύπλιο

Επάγγελμα: Οικιακά

Ημερομηνία εισόδου: 4/7/94

Ημερομηνία εξόδου: 22/7/94

Παρούσα κατάσταση

Η ασθενής αναφέρει διόγκωση κοιλίας που έγινε αντιληπτή πριν ένα μήνα, με διάχυτα κοιλιακά άλγη. Επίσης, παραπονείται για επιμένοντες εμέτους (προ μιας εβδομάδας), πονοκέφαλους και δυσκοιλιότητα.

Έγινε λήψη του ατομικού ιστορικού της και κρίθηκε σκόπιμο να εισαχθεί στη χειρουργική κλινική.

Στα εξωτερικά ιατρεία έγινε Η.Κ.Γ., λήψη αίματος για εργαστηριακό έλεγχο και ακτινογραφία θώρακος.

Ατομικό αναμνηστικό

Το 1974 υποβλήθηκε σε σκωληκοειδεκτομή.

Αναφέρει εκδήλωση φυματίωσης το 1952.

Το Φεβρουάριο του 1992 υποβλήθηκε σε αφαίρεση μελαγχρωματικής βλάβης (εντόπιση : άνω μέρος δεξιού μηρού) και καθαρισμό βουβωνικών λεμφαδένων.

Δεν αναφέρει ενοχλήσεις ή συμπτώματα μέχρι τον Ιούνιο του 1994. (Η ασθενής δεν γνωρίζει πως η βιοψία της μελαγχρωματικής βλάβης, που έχει αφαιρεθεί, έδειξε παρουσία κακοήθους μελανώματος).

Συνήθειες

Κάπνιζε για αρκετά χρόνια, 4- 5 τσιγάρα την ημέρα.

Δεν πίνει (ούτε και παλαιότερα).

Όρεξη φυσιολογική, χωρίς διακυμάνσεις του βάρους της.

Οικογενειακό ιστορικό

Έγγαμος, χωρίς παιδιά (4 αποβολές, άγνωστη αιτιολογίας).

Η μητέρα της πέθανε το 1990 (φυσιολογικά αίτια).

Ο πατέρας της σκοτώθηκε στο Β' Παγκόσμιο Πόλεμο.

Έχει άλλα 6 αδέρφια (4 , 2).

Οικογενειακό ιστορικό μελαχρωματικής βλάβης ή άλλης εξεργασίας δεν αναφέρθηκε.

Πρώτη Εισαγωγή

Όταν η ασθενής εισήχθηκε στη χειρουργική κλινική, προσανατολίστηκε σχετικά με το θάλαμό της και τους χώρους της κλινικής. Έγινε έλεγχος των ζωτικών σημείων και ενημέρωση της λογοδοσίας και των φύλλων νοσηλείας. Στη συνέχεια προγραμματίστηκε μια σειρά εξετάσεων, στις οποίες θα υποβαλλόταν η ασθενής κατά τη διάρκεια της παραμονής της στο νοσοκομείο:

- Εξετάσεις ούρων (γενική και καλλιέργεια).
- Εξετάσεις αίματος.
- Γυναικολογική εξέταση.
- Rö κοιλίας και υπερηχογράφημα.
- Ορθοσκόπηση.
- Αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας.

Η ασθενής κατά τη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων, είχε την απαιτούμενη ψυχολογική υποστήριξη και νοσηλευτική φροντίδα. Κατά την εμφάνιση συμπτωμάτων ναυτίας, εμέτου, κεφαλαλγίας κ.α., το νοσηλευτικό μαζί με το ιατρικό προσωπικό, εφάρμοσαν σχέδιο φροντίδας για την κάλυψη των αναγκών της.

Προεγχειρητική διάγνωση: ανεύρεση μάζας στο δεξιό εξάρτημα της μήτρας και μικρή ποσότητα υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Πριν την πραγματοποίηση της επέμβασης, έγινε κατάλληλη προεγχειρητική ετοιμασία και η ασθενής οδηγήθηκε στις 12/07/1994 στο χειρουργείο, όπου υποβλήθηκε σε ερευνητική λαπαροτομία.

Κατά τη διάνοιξη της κοιλίας, εξήλθε άφθονο ασκитικό υγρό. Ανευρέθει διάχυτο μελάνωμα που είχε διηθήσει όλα σχεδόν τα όργανα της κοιλίας (δεν υπήρχε καμία ένδειξη κατά τις διαγνωστικές εξετάσεις).

Έγινε αφαίρεση του διηθημένου επιπλόου, τοποθετήθηκε σωλήνας παροχέτευσης και έγινε συρραφή της κοιλίας κατά στρώματα.

Μετεγχειρητική διάγνωση: Το μελάνωμα είχε κάνει μεταστάσεις σε τέτοιο βαθμό που ήταν αδύνατη κάποια επιπλέον εκτομή. Η μετεγχειρητική χημειοθεραπεία, ήταν η μέθοδος εκλογής.

Η ασθενής μετά το χειρουργείο έφερε Levin, ουροκαθετήρα και σωλήνα παροχέτευσης του τραύματος. Ο ουροκαθετήρας και ο Levin αφαιρέθηκαν την 3^η μετεγχειρητική ημέρα και η παροχέτευση την 6^η μετεγχειρητική ημέρα. Τα προβλήματα της μετεγχειρητικής περιόδου, αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με τα σχέδια της νοσηλευτικής φροντίδας. Πριν την έξοδο της ασθενούς έπρεπε να γίνει ενημέρωσή της για τη μετέπειτα πορεία της υγείας της και τη θεραπεία (χημειοθεραπεία) που θα έπρεπε να ακολουθήσει μετά από λίγες εβδομάδες.

Η επιστημονική ομάδα, ύστερα από προσεκτική εξέταση του ιστορικού της ασθενούς, του περιβάλλοντός της και της ψυχολογικής της κατάστασης, έκρινε σωστό να μην αναφερθεί η παρουσία μελανώματος στην ασθενή παρά μόνο στο σύζυγο της.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ

Νοσλευτικό Πρόβλημα	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>Ναυτία, συνεχείς έμετοι. Ανησυχία της ασθενούς για τις διαταραχές αυτές.</p>	<p>Αντιμετώπιση της ναυτίας και των εμέτων. Αποφυγή κακοσμίας του στόματος Πρόληψη αφυδάτωσης Διατήρηση του ισοζυγίου των υγρών(ηλεκτρολυτών) Καθυσυκασμός της ασθενούς.</p>	<p>Να χορηγηθούν αντιεμετικά (μετά από ιατρική οδηγία) και μικρά κομμάτια πάγου, όταν εμφανιστεί ναυτία. Να γίνονται συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας. Να χορηγηθούν υγρά και ηλεκτρολύτες ενδοφλέβιως. Να δίνεται η τροφή σε μικρά και συχνά γεύματα χωρίς έντονες οσμές. Συζήτηση με την άρρωστη - ενημέρωση για τα αναμενόμενα αποτελέσματα.</p>	<p>Γίνεται χορήγηση αντιεμετικών και περιποίηση της στοματικής κοιλότητας (Primperan amp. I.V.). Συνίστανται συχνές πλύσεις του στόματος με δροσερό νερό. Γίνεται αύξηση των χορηγούμενων (I.V.) υγρών και ηλεκτρολυτών (Ringer's 1000cc). Μέτρηση των αποβαλλόμενων υγρών. Δίνεται ελαφρά τροφή που δεν ερεθίζει το στομάχι. Πραγματοποιείται συζήτηση και καθυσυκασμός της ασθενούς.</p>	<p>Οι έμετοι υποχώρησαν και το αίσθημα ναυτίας καταπολεμάται με συχνές πλύσεις του στόματος. Ελέγχεται το ισοζύγιο των υγρών και αναμένεται βελτίωση τις επόμενες μέρες. Η ασθενής δέχεται μόνο ελαφρά γεύματα και φρυγανιά. Δείχνει πιο ήρεμη και ευδιάθετη.</p>
<p>Πονοκέφαλος, αίσθημα ζάλης και αδυναμίας.</p>	<p>Αντιμετώπιση του πονοκεφάλου. Απαλλαγή από τα συμπτώματα ζάλης και αδυναμίας. Πρόληψη τραυματισμών. Υποστήριξη του οργανισμού για την επικείμενη επέμβαση.</p>	<p>Να χορηγηθούν ήπια αναλγητικά (με ιατρική εντολή). Να χορηγείται τροφή με υψηλή θερμίδική αξία (πλούσια σε βιταμίνες και πρωτεΐνες). Να χορηγούνται μαζί με τα ενδοφλέβια υγρά σκευάσματα βιταμινών. Να ξεκουράζεται και να κομμάτι η ασθενής ικανοποιητικά. Να γίνεται συστηματική λήψη των ζωτικών σημείων.</p>	<p>Σε συνεργασία με το γιατρό, δίνεται σκεύασμα κατάλληλου αναλγητικού (Panadol tab., P.O.). Ζητείται από την ασθενή να αναφέρει επιδείνωση ή ύφεση της κατάστασής της. Άρξισε ειδική δίαιτα και ενδοφλέβια υποστήριξη με βιταμίνες (M.V.I. amp.). Γίνεται συχνά ο έλεγχος των ζωτικών σημείων και παρατηρείται τυχόν παρέκκλιση. Ενθαρρύνεται η ασθενής να παραμένει στο κρεβάτι της και να αναπαύεται κανονικά.</p>	<p>Η ασθενής δεν παραπονείται πλέον για έντονη κεφαλαλγία. Ο έλεγχος των ζωτικών σημείων, δείχνει σταθεροποίηση των τιμών τους σε ικανοποιητικά επίπεδα. Η ασθενής φροντίζει να κομμάτι το μεσημέρι και να περνά περισσότερες ώρες στο κρεβάτι της, διαβάζοντας κάποιο βιβλίο.</p>

Νοσηλευτικό Πρόβλημα	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>Αννουχία, δυσαρέσκεια για τις διαγνωστικές εξετάσεις. Εκφράζει απορίες για την αναγκαιότητα των εξετάσεων.</p>	<p>Η ενημέρωση της ασθενούς για το είδος και το σκοπό κάθε εξέτασης. Η κατανόηση από μέρους της, της σπουδαιότητας των διαγνωστικών εξετάσεων, στον προγραμματισμό της χειρουργικής επέμβασης. Αποδοχή και συνεργασία της ασθενούς στη διάρκεια των εξετάσεων.</p>	<p>Να πραγματοποιηθεί συζήτηση με την ασθενή (σε συνεργασία με το γιατρό), για τη στάση της απέναντι στις εξετάσεις. Να πληροφορηθεί η ασθενής πως δεν θα πονέσει και φυσικά θα έχει τη συμπαράσταση όλων. Να προετοιμασθεί (σωματικά) η ασθενής και να ενθαρρύνεται κατά την διάρκεια των εξετάσεων (ορθοσκόπηση, γυναικολογική εξέταση, υπερηχογράφημα).</p>	<p>Πραγματοποιείται η συζήτηση, όπου η ασθενής εκφράζει τις απορίες της κι λαμβάνει τις απαντήσεις που θέλει. Η ασθενής προετοιμάστηκε και οι εξετάσεις γίνονται χωρίς καθυστερήση. Έχει την κατάλληλη φροντίδα και υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού.</p>	<p>Η ασθενής ήταν ήρεμη και συνεργάσιμη κατά τη διάρκεια των εξετάσεων: αυτό είχε σαν αποτέλεσμα τη γρήγορη και χωρίς δυσκολίες ολοκλήρωσή τους, αποφεύγοντας την περαιτέρω ταλαιπωρία της ασθενούς.</p>
<p>Φόβος, αγωνία και άγχος για τα αποτελέσματα των εξετάσεων.</p>	<p>Η ευκαιρία για έκφραση των αληθινών συναισθημάτων της ασθενούς. Η κατανόηση των φόβων της και η ειλικρινής βοήθεια και υποστήριξη που χρειάζεται για να διατηρήσει την ψυχική της ηρεμία.</p>	<p>Να προγραμματιστούν συναντήσεις με το ασθενούς με το νοσηλευτικό προσωπικό και ύστερα με την παρουσία συγγενών. Να ενισχυθεί η πεποίθηση της ασθενούς, πως όποιο κι αν είναι το αποτέλεσμα των εξετάσεων, οι γιατροί και οι νοσηλευτές θα κάνουν ό,τι είναι καλύτερο για την ίδια.</p>	<p>Πραγματοποιούνται δύο συναντήσεις με τη βοήθεια της ασθενούς και των συγγενών της.</p>	<p>Οι συγγενείς της ασθενούς, αποδείχθηκαν πολύτιμοι βοηθοί στην υποστήριξη της άρρωστης. Η ασθενής δείχνει περισσότερο ανακουφισμένη από πριν και αναφέρει πως θα κάνει κι η ίδια ότι μπορεί για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της υγείας της.</p>

Νοσλευτικό Πρόβλημα	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>Η ασθενής αγωνιά για την εγχείρηση της επόμενης μέρας. Ανσυχεί, για τυχόν καθυστέρηση από την προγραμματισμένη ώρα του χειρουργείου, για την κατάσταση της υγείας της μετά την επέμβαση, κ.α.</p>	<p>Η ενημέρωση της ασθενούς για την επικείμενη εγχείρηση. Η εκπαίδευσή της σε μετεγχειρητικές ασκήσεις και η κατανόηση της σπουδαιότητάς τους. Ο καθησυχασμός της ασθενούς και η εξασφάλιση εμπιστοσύνης απέναντι στην επιστημονική ομάδα. Η εξασφάλιση καλού ύπνου.</p>	<p>Να ενημερωθεί η ασθενής για την ώρα του χειρουργείου και τις ασφαλείς τεχνικές που χρησιμοποιούνται στο χειρουργείο. Να γίνει εκμάθηση των μετεγχειρητικών ασκήσεων. Να γίνει επίσκεψη από τους γιατρούς που θα εκτελέσουν την επέμβαση και τους νοσηλευτές του χειρουργείου. Να δοθεί (με ιατρική οδηγία) είδος πρεμιστικού φαρμάκου με το δείννο.</p>	<p>Η ασθενής ενημερώνεται πως δεν θα υπάρξει καθυστέρηση γιατί είναι η πρώτη που θα μπει στο χειρουργείο. Συζήτησε με τους γιατρούς οι οποίοι προσέβησαν να την καθησυχάσουν, λέγοντάς της, για την πρόοδο της χειρουργικής. Γίνεται επίδειξη των μετεγχειρητικών ασκήσεων. Μετά το ελαφρύ δείννο, χορηγείται πρεμιστικό - υπνωτικό φάρμακο (Stedon tab., 5 mg, P.O.).</p>	<p>Η ασθενής έμεινε ικανοποιημένη από τις απαντήσεις που της δόθηκαν και το ενδιαφέρον της έχει συγκεντρωθεί στην εκμάθηση των αναπνευστικών κινήσεων και των ασκήσεων των κάτω άκρων. Η ασθενής κοιμήθηκε ήσυχη όλη τη νύχτα.</p>
<p>Η ασθενής αντιδρά για την εφαρμογή της προνάρκωσης στο θάλαμό της. Αναφέρει πως σε προηγούμενη επέμβαση δεν είχε υποβληθεί σε προνάρκωση πριν τη μεταφορά της στο χειρουργείο.</p>	<p>Να κατανοήσει η ασθενής το σκοπό της προνάρκωσης και τη διαφορά της εφαρμογής της από το ένα Νοσηλευτικό Ίδρυμα στο άλλο. Να κατανοήσει πως δεν θα υπάρξουν παρενέργειες και δε θα διατρέξει κίνδυνο η υγεία της.</p>	<p>Να αναφερθεί το γεγονός στον αναισθησιολόγο, που με τη σειρά του θα πρέπει να επισκεφθεί την ασθενή. Να γίνει ενημέρωση της ασθενούς για την αποτελεσματικότητα της προνάρκωσης. Να ενημερωθεί για το τι πρέπει να κάνει μετά την προνάρκωση.</p>	<p>Ο αναισθησιολόγος επισκέπτεται την ασθενή και μαζί με την νοσηλεύτρια της εξηγούν για την προνάρκωση. Η ασθενής ετοιμάστηκε με τα ρούχα του χειρουργείου και υποβάλλεται σε προνάρκωση (Pethidine 1 amp. 1 mg I.M.).</p>	<p>Η προνάρκωση εφαρμόστηκε χωρίς αντιδράσεις από την ασθενή, η οποία παρέμεινε ήσυχη και κλινήρης μέχρι τη στιγμή που μεταφέρθηκε στο χειρουργείο.</p>

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ

Νοσηλευτικό Πρόβλημα	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>Η ασθενής με τη μεταφορά της στο θάλαμο, παρουσιάζει αναπνευστική δυσχέρεια και δυσφορία κατά την απονάρκωση.</p>	<p>Η αποκατάσταση της φυσιολογικής αναπνοής και η τέλεια αφύπνιση της ασθενούς.</p>	<p>Να χορηγηθεί O₂ (με μάσκα) και να τοποθετηθεί η άρρωστη σε κατάλληλη θέση που να διευκολύνει τις αναπνευστικές κινήσεις.</p> <p>Να ενθαρρύνεται η άρρωστη ώστε να παραμένει ζύπνια και να παίρνει βαθιές εισπνοές.</p> <p>Να προστατευθεί η άρρωστη από εισρόφηση εμεσμάτων.</p>	<p>Η ασθενής τοποθετείται σε ημι-καθιστή θέση (Fowler) με υποστήριξη του θώρακα και εφαρμόζεται μάσκα O₂ (Ventouri).</p> <p>Η ασθενής προσπαθεί να εκτελέσει τις αναπνευστικές κινήσεις που είχε μάθει.</p> <p>Υποστηρίζεται κατά την αποβολή των εμεσμάτων και ακολουθούν πλύσεις στόματος. Γίνεται λήψη των ζωτικών σημείων.</p>	<p>Με τη βοήθεια της αναισθησιολόγου, η ασθενής υποστηρίχθηκε κατάλληλα και ύστερα από λίγη ώρα, ήταν σε θέση να αναπνέει φυσιολογικά χωρίς τη βοήθεια του O₂.</p> <p>Η κατάστασή της σταθεροποιήθηκε και ο συνόδός της παραμένει κοντά της για να προσέχει την αφύπνισή της.</p>
<p>Η ασθενής εκφράζει τη δυσφορία της για την τοποθέτηση του Levin. (Η τοποθέτηση έγινε όταν βρισκόταν στο χειρουργείο).</p>	<p>Ο καθουκασμός της ασθενούς και η αποδοχή της εφαρμογής του ρινογαστρικού καθετήρα- Levin.</p>	<p>Να ενημερωθεί η ασθενής για το σκοπό της τοποθέτησης του καθετήρα.</p> <p>Να ενθαρρυνθεί ώστε να διατηρηθεί ήρεμη και να συνηθίσει τον καθετήρα.</p> <p>Να ηληροφορηθεί η άρρωστη και οι συνοδοί της για τη διατήρηση της θέσης του καθετήρα και του κινδύνου απομάκρυνσής του, με σύγχρονο τραυματισμό των βλεννογόνων, αν δεν περιοριστούν οι απότομες κινήσεις.</p>	<p>Εξηγείται στην άρρωστη ο λόγος που τοποθετήθηκε ο καθετήρας στο χειρουργείο και επισμαίνεται ο ρόλος του, στη γενική κατάσταση της υγείας της.</p> <p>Τοποθετείται σε θέση Fowler και συνίσταται να παίρνει βαθιές εισπνοές.</p> <p>Γίνεται περιποίηση της στοματικής κοιλότητας και συνίστανται συχνές πλύσεις αυτής.</p> <p>Ενισχύεται η προσοχή της για τη διατήρηση του καθετήρα στη σωστή θέση.</p>	<p>Η ασθενής δείχνει να έχει συμφιλιωθεί με τη σκέψη πως ο καθετήρας θα παραμείνει για λίγες μέρες.</p> <p>Με τις συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, σταμάτησε να παραπονείται για ναυτία και αίσθημα ξηρότητας του στόματος.</p> <p>Η ασθενής είναι πλέον ήρεμη και δεν υπάρχει κίνδυνος από απότομες κινήσεις.</p>

Νοσπλευτικό Πρόβλημα	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσπλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>Η ασθενής αναφέρει έντονο άλγος (στην περιοχή της επέμβασης) και ανησυχία. Εκφράζει δυσαρέσκεια για την αδυναμία έγερσής της και την παραμονή της στο κρεβάτι.</p>	<p>Να μειωθεί ο πόνος και να προετοιμασθεί ο φάρος της για τον πόνο και την αδυναμία της να κινητοποιηθεί. Να μπορέσει με ανάλογη βοήθεια να σηκωθεί από το κρεβάτι.</p>	<p>Να ρωτηθεί η ασθενής σε ποιά σημείο ακριβώς νιώθει πόνο και να γίνει επισκόπηση του τραύματος. Να χορηγηθεί αναλγητικό φάρμακο (με οδηγία του γιατρού). Να αλλάζει συχνά η θέση της στο κρεβάτι και να γίνεται εντριβή στα σημεία πίεσης. Να ενθαρρύνεται για παρακολούθηση τηλεόρασης, ανάγνωση περιοδικών κ.α., ώστε να αποσπάται η προσοχή της από τον πόνο. Να ενημερωθεί για τον τρόπο που θα υποστηρίξει το τραύμα όταν χρειάζεται να βήξει. Να ενθαρρύνεται η άρρωστη ώστε να εκφράζει τα αισθήματα ανησυχίας, δυσφορίας ή πόνου. Να ενθαρρύνεται για έγκαιρη κινητοποίηση της.</p>	<p>Γίνεται επισκόπηση του τραύματος, το οποίο δεν παρουσιάζει ούτε οίδημα ούτε ερυθρότητα. Υστερα από συμφωνία με το γιατρό, χορηγείται Zideron amp. 1.M. 1 x3 και επί έντονου πόνου, Pethidine amp. 0,5 mg 1.M. Γίνονται εντριβές στα σημεία πίεσης και υποστηρίζεται η ασθενής κατά την αλλαγή της θέσεώς της στο κρεβάτι. Γίνεται εγκατάσταση τηλεόρασης στο θάλαμό της. Συνιστάται στους συγγενείς να φέρνουν περιοδικά, εφημερίδες ή οτιδήποτε θα ευχαριστούσε την ασθενή. Ελέγχονται οι παροχετεύσεις και συκρατούνται κατάλληλα στο κάτω μέρος του κρεβατιού. Υποστηρίζεται κατάλληλα σε εκδήλωση βήχα ή προσπάθεια έγερσης. Ενισχύεται η πεποίθησή της για έκφραση ενοχλήσεων ή συμπτωμάτων.</p>	<p>Με την επίδραση του φαρμάκου, η ασθενής αισθάνθηκε καλύτερα. Πιστεύει πως την επόμενη ημέρα θα είναι σε θέση να περπατήσει για λίγο. Προσπαθεί να απασχοληθεί παρακολουθώντας τηλεόραση, συζητώντας με τους συγγενείς της και τις άλλες ασθενείς στο θάλαμο. Φαίνεται ικανοποιημένη και ήσυχη, ζέροντας πως μπορεί να εκφράζει τα συναισθήματά της και σίγουρα πως θα έχει βοήθεια και συμπαράσταση όταν θα χρειαστεί.</p>

Νοσπλευτικό Πρόβλημα	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσπλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
Έντονο αίσθημα δίψας και έκφραση αποριών για την απαγόρευση λήψης νερού ή άλλων υγρών.	<p>Η υποχώρηση του αισθήματος της δίψας.</p> <p>Η αποφυγή αφυδάτωσης.</p> <p>Η κατανόηση (από την άρρωστη) του σκοπού της απαγόρευσης λήψης νερού από το στόμα.</p>	<p>Να γίνονται επαλείψεις των χειλιών και της γλώσσας με δροσερό νερό.</p> <p>Να γίνει αύξηση των χορηγούμενων ενδοφλέβιων υγρών.</p> <p>Να αναγράφονται τα αποβαλλόμενα και προσλαμβανόμενα υγρά.</p> <p>Να εξηγηθεί στην άρρωστη ο λόγος που δεν επιτρέπεται η λήψη νερού.</p>	<p>Γίνονται πλύσεις του στόματος με δροσερό νερό και υγραίνονται τα χείλη με βρεγμένη γάζα. Με εντολή γιατρού προστίθεται Normal Saline 1000 cc που εμπλουτίζεται με 1 amp. Sodium Chloride 15% και 2 amp. Potassium Chloride 10%.</p> <p>Γίνεται προσεκτική μέτρηση και αναγραφή των αποβαλλόμενων και λαμβανόμενων υγρών.</p> <p>Ενημερώνεται η άρρωστη και εξηγείται πως τα υγρά που χρειάζεται ο οργανισμός αναπληρώνονται με την ενδοφλέβια έγχυση.</p>	<p>Η άρρωστη αρκείται στις πλύσεις του στόματος με δροσερό νερό, που έχει πάντα δίπλα της.</p> <p>Αναφέρει πως με τις δικές μας προσπάθειες και την υπομονή της, υποχώρησε το αίσθημα της δίψας και δείχνει ικανή να περιμένει μέχρι να της επιτραπεί η λήψη υγρών.</p>
Εκδήλωση πυρετού (θ: 38,5 °C) και αίσθημα κεφαλαλγίας.	<p>Να επανέλθει η θερμοκρασία της άρρωστης στα φυσιολογικά όρια.</p> <p>Να υποχωρήσει η κεφαλαλγία.</p> <p>Να αποφευχθεί περαιτέρω επιβάρυνση της υγείας της άρρωστης και επιπλέον ταλαιπωρία της.</p>	<p>Να χορηγηθούν με εντολή γιατρού αντιπυρετικά και αναλγητικά. Να τοποθετηθούν ψυχρά επιθέματα.</p> <p>Να γίνεται συστηματικός έλεγχος του τραύματος και της παροχέτευσης.</p> <p>Να γίνονται συχνές αλλαγές του επιδεσμικού υλικού του τραύματος.</p> <p>Να συνεχιστεί η χορήγηση αντιβιοτικών, για πρόληψη μολύνσεων.</p> <p>Να γίνεται συστηματική λήψη των ζωτικών σημείων και να ελέγχεται η ασθενής για εμφάνιση ρίγους.</p>	<p>Γίνεται ενδομυϊκά 1 amp. Apotel επί θ: 38,6 °C.</p> <p>Τοποθετούνται στο μέτωπο της ασθενούς κρύες κομπρέσες.</p> <p>Γίνεται έλεγχος του τραύματος (φαινομενικά δεν παρουσιάζει πρόβλημα) και συστηματική αλλαγή του επιδεσμικού υλικού.</p> <p>Συνεχίζεται η χορήγηση Zinacef fl. 1 gr(I.V.) 3 φορές το 24ωρο.</p> <p>Ελέγχεται η θερμοκρασία της άρρωστης και προλαβαίνεται επόμενη αύξηση της με τη χορήγηση αντιπυρετικών(Egitalm fl. 1.M. ή Apotel amp. 1.M.).</p>	<p>Παρακολουθείται πτώση του πυρετού και υποχώρηση της κεφαλαλγίας.</p> <p>Αναμένεται σταθεροποίηση της θερμοκρασίας της, τις επόμενες ημέρες.</p> <p>Η ασθενής δείχνει καλύτερη της διάθεσής της.</p> <p>Αποφεύχθηκε επιτυχώς η μόλυνση του τραύματος και η επιπλέον ταλαιπωρία της ασθενούς.</p>

Νοσηλευτικό Πρόβλημα	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>Η ασθενής αισθάνεται εξάντληση και αδυναμία να παραμένει πολλή ώρα καθιστή ή όρθια.</p>	<p>Εξάλειψη του αισθήματος εξάντλησης . Δημιουργία ευεξίας. Ικανότητα σταθερής βάδισης χωρίς υποστήριξη.</p>	<p>Να σιτίζεται σωστά η άρρωση, με τροφές υψηλής θερμιδικής αξίας. Να γίνει σε συνεννόηση με τους γιατρούς, αιματολογικός έλεγχος. Να δίνονται υγρά από το στόμα, τα οποία να περιέχουν βιταμίνες και ιχνοστοιχεία. Να υποστηρίζεται η άρρωστη τη στιγμή έγερσής της από το κρεβάτι, όταν θέλει να περπατήσει κλπ. Να εξασφαλιστεί η σωστή ανάπαυση της άρρωστας. Να γίνεται συστηματική λήψη των ζωτικών σημείων.</p>	<p>Με την αφαίρεση του Levin και την πρόληψη των εμέτων και της ναυτίας, η ασθενής άρχισε να σιτίζεται ελαφρά. Τώρα δίνονται γεύματα κανονικά, πλούσια σε υδατόθρακες και πρωτεΐνες. Δίνονται συστηματικά υγρά από το στόμα (Fortimel fl. 1x2 , σε συμπλήρωμα). Κάθε πρωί γίνεται αιμοληψία και στη συνέχεια αξιολογούνται τα αποτελέσματα. Η ασθενής υποστηρίζεται όταν μένει καθιστή στο κρεβάτι ή όταν περπατάει. Αποφεύγονται οι πολλές επισκέψεις και η ασθενής φροντίζει να αναπαύεται περισσότερο. Γίνεται λήψη των Ζ.Σ. κάθε 3 ώρες.</p>	<p>Η ασθενής δέχεται τα γεύματά της και σιτίζεται κανονικά. Ο έλεγχος των Ζ.Σ. δεν παρουσιάζει διακυμάνσεις, (Α.Π. = 110/ 60 mmHg, Σφ. = 68, θ = 36,8 °C). Ο αιματολογικός έλεγχος έδειξε: Ht = 35,3% , Hb= 10,5 g/100ml, Glu= 140 mg/Dl, U= 50 mg/Dl , SGOT/ AST= 100 IU/L, SGPT/ALT= 70 IU/L, γ- GT= 110 IU/L, WBC= 10000/mm³. Η ασθενής αναπαύεται όσο το δυνατόν περισσότερο και πάντα έχει τη βοήθεια τη δική μας ή των συγγενών της . Αναμένεται μεγαλύτερη βελτίωση τις επόμενες μέρες.</p>
<p>Η ασθενής νιώθει την ανάγκη να μιλήσει και να ενημερωθεί σχετικά με την πορεία της υγείας της, έξω από το νοσοκομείο και τη συνέχεια της θεραπείας της.</p>	<p>Να μπορέσει η ασθενής να εκφράσει τις απορίες της και τις σκέψεις της. Να κατανοήσει τη σπουδαιότητα της θεραπείας που θα ακολουθήσει ακολουθήσει και να καθυστερήσει.</p>	<p>Να προγραμματιστεί συζήτηση με την ασθενή, τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό. Να δοθεί η ευκαιρία στην ασθενή να διατυπώσει τις απορίες της. Να ενημερωθεί για τις επόμενες επισκέψεις της στο νοσοκομείο και το σκοπό της ακόλουθης θεραπείας. Να ενημερωθεί για την αγωγή που θα ακολουθήσει έξω από το νοσοκομείο και να ετοιμαστεί για το εξιτήριο.</p>	<p>Στη συζήτηση που πραγματοποιείται, επειδή έχει αποφασιστεί να μη μάθει η ασθενής την ύπαρξη κακοήθειας, διατυπώνεται μόνο η αναγκαιότητα της επόμενης θεραπείας (χημειοθεραπείας), για την καλύτερευση της υγείας της και την αποφυγή υποτροπής. Η ασθενής ρωτάει για το είδος της θεραπείας και ενημερώνεται σχετικά με τις τυχόν παρενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν. Γίνονται οι απαραίτητες ενέργειες για να μπορέσει η ασθενής να πάρει το εξιτήριο, την επόμενη ημέρα.</p>	<p>Η ασθενής ενημερώθηκε για την ημερομηνία των επόμενων επισκέψεών της στο νοσοκομείο και δέχτηκε να ακολουθήσει τη θεραπεία . Πιστεύει ότι θα έχει την κατάλληλη υποστήριξη και θα μπορέσει να ξεπεράσει τυχόν δυσκολίες. Η ασθενής είναι έτοιμη για την αριονιά της έξοδο.</p>

2.3 Επανεισαγωγή

Η ασθενής Δ.Σ., ύστερα από συνεννόηση με τους γιατρούς της χειρουργικής κλινικής του Νοσοκομείου Ναυπλίου και την παρότρυνση του συζύγου της, επανήλθε στο νοσοκομείο στις 17/8/94, για να υποβληθεί σε σχήμα συνδυασμένης χημειοθεραπείας.

Η ασθενής, λόγω της προηγούμενης παραμονής της στην κλινική, γνώριζε το προσωπικό με το οποίο αισθανόταν άνετα και δεν είχε κανένα πρόβλημα κατά την δεύτερη εισαγωγή της.

Την ημέρα εισαγωγής της, πραγματοποιήθηκε αιματολογικός έλεγχος, ακτινογραφία θώρακος και καρδιολογική εξέταση. Έγινε έλεγχος των ζωτικών σημείων και αναγραφή τους στο διάγραμμα της ασθενούς.

Το πρωί της επόμενης μέρας, θα ξεκινούσε η εφαρμογή της χημειοθεραπείας, εφόσον ο εργαστηριακός έλεγχος το επέτρεπε.

Το σχήμα της συνδυασμένης χημειοθεραπείας που προτιμήθηκε για την περίπτωση αυτή, ήταν το ακόλουθο:

*Adriamicin 60-75 mg/m² I.V.
την πρώτη ημέρα*

+

*Dacarbazine 250 mg/m² I.V.
από την πρώτη έως και
την πέμπτη ημέρα*

Ανάλογα με το ύψος και το βάρος της ασθενούς, η δόση της Adriamycin ορίστηκε στα 110 mg και η δόση της Dacarbazine στα 425 mg ημερησίως.

Όπως είναι γνωστό, τα φάρμακα που αναφέρθηκαν, είναι δυνατό να παρουσιάσουν ανεπιθύμητες ενέργειες, για τις οποίες θα πρέπει να ενημερωθεί η άρρωστη και να ελέγχεται συστηματικά η γενική της κατάσταση, για την καλύτερη αντιμετώπισή τους.

Πριν την εφαρμογή της χημειοθεραπείας, άρχισε ενδοφλέβια χορήγηση ορών (Normal Saline 1000 cc + Dextrose 5% 1000 cc), για την εξασφάλιση σωστής ενυδάτωσης και οδού I.V. χορήγησης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

Λόγω των συνήθων παρενεργειών (ναυτία, έμετος) των χορηγούμενων φαρμάκων, αποφασίστηκε να δοθούν

αντιεμετικά σκευάσματα πριν την ενδοφλέβια έγχυσή τους, μειώνοντας έτσι την εμφάνιση μεγάλων αντιδράσεων από το γαστρεντερικό σύστημα.

Νοσπλευτικό Πρόβλημα	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσπλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>Η ασθενής θέλει να μάθει για το αποτέλεσμα των εργαστηριακών εξετάσεων και έχει άγχος για το αν θα μπορεί να αρχίσει η θεραπεία της την επόμενη μέρα.</p> <p>Έχει απορίες σχετικά με τις δυνατότητές της κατά τη διάρκεια της θεραπείας.</p>	<p>Η ενημέρωση της ασθενούς για τα αποτελέσματα των εξετάσεων και ο καθουσαρχισμός της από το άγχος που την διακατέχει.</p>	<p>Να ενημερωθεί η ασθενής όταν ληφθούν τα αποτελέσματα των εξετάσεων.</p> <p>Να καθουσαρχιστεί η ασθενής λέγοντάς της πως, όποιο κι αν είναι το αποτέλεσμα των εξετάσεων, θα έχει την κατάλληλη φροντίδα ώστε να είναι σε θέση να δεχθεί το σχήμα της θεραπείας της.</p> <p>Να γίνει συζήτηση για την επικείμενη θεραπεία και την αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών.</p> <p>Να ενημερωθεί για τη μείωση των επισκέψεων από τους συγγενείς της και την ανάγκη ανάπαυσής της, για αρκετές ώρες.</p> <p>Να δοθούν αχολυτικά φάρμακα (με οδηγία γιατρού), αν κριθεί σκόπιμο για την εξασφάλιση καλού ύπνου.</p>	<p>Όταν οι γιατροί πήραν τα αποτελέσματα των εξετάσεων, αποφάσισαν πως ήταν δυνατό να αρχίσει η θεραπεία την επόμενη μέρα.</p> <p>Η ασθενής ενημερώνεται για τα αποτελέσματα και πληροφορείται για την χορήγηση αντιεμετικών (Chlorpromazine 50 mg , I.M.) που θα τη βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των παρενεργειών.</p> <p>Ενημερώνονται οι συγγενείς και η ασθενής για τον περιορισμό των επισκέψεων. Μόνο ο σύζυγός της θα μπορεί να την επισκέπτεται πιο συχνά.</p> <p>Δίνεται ελαφρύ δείννο και χορηγείται Lexotanil tab. 1.5 mg για την εξασφάλιση σίγουρης ανάπαυσης της ασθενούς.</p>	<p>Η ασθενής έμεινε ευχαριστημένη που θα άρχιζε τη θεραπεία αμέσως κι έτσι δεν θα χρειαζόταν να παρατείνει τη διάρκεια παραμονής της στην κλινική.</p> <p>Κατανόησε τον σκοπό του περιορισμού των επισκέψεων και δέχθηκε με ευχαρίστηση το ελαφρύ δείννο.</p> <p>Η Νοσπλευτρία της νυχτερινής υπηρεσίας, ανέφερε πως η ασθενής ήταν ήσυχη και κοιμόταν καθ' όλη τη διάρκεια της νύχτας.</p>

Νοσηλευτικό Πρόβλημα	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>Την ημέρα που έγινε η πρώτη δόση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, η ασθενής αρνήθηκε το βραδινό φαγητό και λίγο αργότερα έκανε έμετο, περί τα 300 ml.</p>	<p>Η αντιμετώπιση των εμέτων και η λήψη ολοκληρωμένων γευμάτων. Η πρόληψη αφυδάτωσης. Η αποφυγή κακοσμίας του στόματος και πρόληψη της ναυτίας. Διατήρηση της ευδιαθεσίας της ασθενούς.</p>	<p>Να δοθεί (με ιατρική οδηγία) κατάλληλο αντιεμετικό. Πριν την έγχυση των επόμενων δόσεων χημειοθεραπευτικού φαρμάκου, να γίνεται I.V. κορήγηση Chlorpromazine 50 mg, για καλύτερα αποτελέσματα. Να γίνονται πλύσεις της στοματικής κοιλότητας. Να ελέγχεται το είδος και η ποσότητα των εμεσμάτων. Να γίνει αύξηση των ενδοφλέβιων (εφόσον η ασθενής δεν μπορεί να αναπληρώσει τα υγρά με λήψη άλλων από το στόμα). Να γίνουν προσπάθειες για λήψη τροφής μετά την υποχώρηση της ναυτίας (αν η ασθενής δεν δεχθεί, να δοθεί λίγο γάλα και φρυγανιά). Να υπάρχει συχνή επικοινωνία και συννομία με την ασθενή, για να μην αισθάνεται απομονωμένη.</p>	<p>Υστερα από ιατρική οδηγία, κορηγείται ενδομυϊκά Chlorpromazine 50 mg. Γίνονται πλύσεις της στοματικής κοιλότητας (με δροσερό νερό ή και αντισηπτικό). Γίνεται έλεγχος των αποβαλλόμενων υγρών και κρίνεται σκόπιμο να αυξηθούν οι κορηγούμενοι οροί (+500 cc Normal Saline). Η ασθενής δέχεται μόνο λίγο γάλα και φρυγανιά, τα οποία δίνονται με τη βοήθεια μας εφόσον η ίδια δεν αισθάνεται άνετα, καθώς το κέρι της περιοριζόταν από την I.V. έγχυση. Όταν υπάρχει διαθέσιμος χρόνος, αφιερώνεται στην επικοινωνία μας με την ασθενή και τον καθηκασμό της.</p>	<p>Το υπόλοιπο βράδυ η ασθενής ήταν ήρεμη, χωρίς να ταλαιπωρείται από εμέτους. Αφού έλαβε το γάλα με τη φρυγανιά και συζήτησε λίγο ώρα μαζί μας, ήταν φανερό πως ήθελε να κοιμηθεί. (Η κορήγηση Chlorpromazine, μαζί με την ευεργετική της δράση, προκάλεσε και υπνηλία στην ασθενή). Ήταν ήσυχη όλη νύχτα.</p>

Νοσπλευτικό Πρόβλημα	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσπλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>Η ασθενής, κατά την έγχυση της δεύτερης δόσης του κημιοθεραπευτικού, αναφέρει αίσθημα καύσου και πόνου στο σημείο έγχυσης.</p>	<p>Η αποφυγή υποδόριας έγχυσης και τοπικής νέκρωσης των ιστών.</p>	<p>Να γίνει προσωρινή διακοπή της έγχυσης. Να ελεγχθεί το σημείο φλεβοκέντησης για οίδημα ή ερυθρότητα. Να γίνει αλλαγή φλέβας (διαφορετικό σημείο έγχυσης) αν κριθεί απαραίτητο. Να γίνει σωστή περιποίηση του σημείου φλεβοκέντησης. Να είναι έτοιμο για χρήση Solu-Cortef fl., σε πιθανή εξαγγελία του φαρμάκου.</p>	<p>Γίνεται διακοπή της έγχυσης του φαρμάκου και "ξεπλένεται" η φλέβα με φυσιολογικό ορό. Παρατηρείται οίδημα στο σημείο έγχυσης (ένδειξη για υποδόρια έγχυση). Είναι απαραίτητη η αλλαγή φλέβας. Γίνεται περιποίηση της ερεθισμένης περιοχής (κρύα επιθέματα). Επιλέγεται κατάλληλο σημείο για επόμενη φλεβοκέντηση.</p>	<p>Αποφεύχθηκε η εξαγγελία του φαρμάκου και αντιμετωπίστηκε η φλεγμονώδης αντίδραση. Η ασθενής δεν ταλαιπωρήθηκε και η έγχυση του φαρμάκου συνεχίστηκε κανονικά σε άλλο σημείο φλεβοκέντησης.</p>
<p>Παρατηρείται ελαττωμένη διούρηση και ο όγκος των αποβαλλόμενων υγρών είναι μικρότερος από τον όγκο των λαμβανόμενων.</p>	<p>Αύξηση της διούρησης και σύγχρονη αποβολή κημιοθεραπευτικού ού φαρμάκου. Διατήρηση του ισοζυγίου των υγρών.</p>	<p>Να χορηγηθούν διουρητικά (με οδηγία γιατρού). Να γίνεται μέτρηση ούρων 24ώρου. Να γίνεται σωστή μέτρηση και αναγραφή όλων των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Να γίνεται έλεγχος της ουρίας και των ηλεκτρολυτών(Na⁺, K⁺). Να γίνεται συστηματική μέτρηση της Α.Π. Να ελέγχεται το σωματικό βάρος της ασθενούς. Να ενημερωθεί η ασθενής για τη δράση των διουρητικών φαρμάκων, την εμφάνιση πολουρίας και την αλλαγή στο χρώμα των ούρων (κοκκινόχρωμα - εξαιτίας του κημιοθεραπευτικού).</p>	<p>Με εντολή γιατρού άρχισε η λήψη διουρητικών (Lasix tab., 1x2, P.O.). Δίνεται δοχείο για συλλογή ούρων 24ώρου και γίνεται αναγραφή όλων των υγρών στο διάγραμμα. Ελέγχεται εργαστηριακά η τιμή του K⁺ και του Na⁺. Ενημερώνεται η ασθενής για την αναμενόμενη πολουρία. Γίνεται μέτρηση της Α.Π. κάθε 3 ώρες. Ελέγχεται καθημερινά το σωματικό βάρος της ασθενούς.</p>	<p>Επιτεύχθηκε διατήρηση του ισοζυγίου των υγρών. Δεν παρατηρείται διαταραχή ηλεκτρολυτών (μαζί με την έγχυση των ορών, γινόταν και χορήγηση ηλεκτρολυτών). Δεν σημειώνεται καμία σημαντική αλλαγή στην Α.Π. ή το σωματικό βάρος της ασθενούς.</p>

Νοσηλευτικό Πρόβλημα	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>Εμφάνιση εγχυμώσεων και δερματίτιδας, κυρίως στα χέρια και τα πόδια της ασθενούς.</p>	<p>Περιορισμός των δερματικών αντιδράσεων και αντιμετώπισή τους.</p>	<p>Να γίνεται σωστός καθαρισμός του δέρματος και να τοποθετείται κατάλληλη αλοιφή ή spray. Να διατηρείται το δέρμα στεγνό και να προστατεύεται από την ηλιακή ακτινοβολία. Να ενημερωθεί η ασθενής, ώστε να μην σκεί πίεση στα συγκεκριμένα σημεία ούτε να φοράει στενά ρούχα. Να πληροφορηθεί πως αυτές οι αντιδράσεις είναι παροδικές.</p>	<p>Το δέρμα της ασθενούς διατηρείται καθαρό και στεγνό. Εφαρμόζεται αλοιφή Lazonil σε εγχυμώσεις και spray Terra Cortril σε εξανθήματα. Ενημερώνεται η ασθενής για το πως θα πρέπει να περιποιείται και να προστατεύει το δέρμα της μέσα κι έξω από το νοσοκομείο. Καθιστούμε η ασθενής, μαθαίνοντας για την παροδικότητα των δερματικών αντιδράσεων.</p>	<p>Το δέρμα της ασθενούς παρατηρείται προσεκτικά και περιποιείται κατάλληλα. Αναμένεται μεγαλύτερη βελτίωση τις επόμενες μέρες, ιδίως μετά την τελευταία δόση της χημειοθεραπείας. Η ασθενής μένει ικανοποιημένη από τη φροντίδα που της παρέχεται και αναμένει κι η ίδια την εξαφάνιση των δερμοαντιδράσεων.</p>
<p>Εμφάνιση μικρών πληγών στις γωνίες των χειλιών και ερυθρότητα του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας.</p>	<p>Αντιμετώπιση (θεραπεία) της στοματίτιδας και ανακούφιση της ασθενούς από τα συμπτώματα.</p>	<p>Να γίνεται σωστός καθαρισμός της στοματικής κοιλότητας και να αποφεύγονται οι τραυματισμοί της. Να χορηγηθεί φαρμακευτική αλοιφή. Να προσφέρονται τα γεύματα χωρίς καρυκεύματα και ουσίες που ερεθίζουν το βλεννογόνο του στόματος και να είναι χλιαρά ή κρύα. Να ενημερωθεί η ασθενής για τη χρήση της φαρμακευτικής αλοιφής και την προστασία των ούλων κατά το πλύσιμο των δοντιών.</p>	<p>Γίνεται συστηματικός καθαρισμός της στοματικής κοιλότητας και επίλειψη του βλεννογόνου και των χειλιών με Dactarin gel που βρίσκεται κοντά στον ασθενή. Η ασθενής (μετά από ενημέρωσή της) χρησιμοποιεί μαλακή βούρτσά δοντιών. Το διαιτολόγιό της έχει περιοριστεί σε χλιαρά ή κρύα γεύματα, χωρίς σάλτσες.</p>	<p>Με τη συστηματική περιποίηση αλλά και την εφαρμογή της Dactarin gel, η ασθενής αισθάνεται καλύτερα. Δέχεται ευχάριστα τα τροποποιημένα γεύματα (χλιαρά- κρύα), γιατί την ανακουφίζουν από τους ερεθισμούς.</p>

Νοσηλευτικό Πρόβλημα	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>Μετά την τελευταία δόση του χημειοθεραπευτικού (Dacarbazine I.V.), η ασθενής ρωτούσε συνεχώς για την ημερομηνία αναχώρησής της και την αγωγή που θα έπρεπε να ακολουθήσει έξω από το νοσοκομείο.</p>	<p>Η ενήμερωση της ασθενούς για την ακριβή ημερομηνία (αν αυτό είναι δυνατό), αναχώρησής της. Η απαλλαγή της ασθενούς, από συναισθήματα άγχους και ανυπομονησίας. Η ολοκληρωμένη πληροφόρησή της για τη φροντίδα της υγείας της κατά τη διάρκεια παραμονής της στο σπίτι. Η ενήμερωσή της για τις επόμενες επισκέψεις της στο νοσοκομείο και τη συνέχεια της θεραπείας της.</p>	<p>Να ενημερωθεί η ασθενής για το σκοπό παραμονής της στην κλινική (για δύο μέρες ακόμη). Να προγραμματιστούν όλες οι εργαστηριακές εξετάσεις, στις οποίες θα πρέπει να υποβληθεί η ασθενής πριν την έξοδό της. Να ελέγχεται συστηματικά το βάρος της και τα ζωτικά σημεία, για την παρακολούθηση της γενικής της κατάστασης. Να πραγματοποιηθεί συζήτηση ανάμεσα στον ασθενή, το σύζυγό της και την επιστημονική ομάδα, για τη φροντίδα της ασθενούς έξω από το νοσοκομείο, για τις όψιμες παρενέργειες της χημειοθεραπείας και την αντιμετώπισή τους.</p>	<p>Ενημερώνεται η ασθενής για την δύο ημερών παραμονή της στην κλινική, που έχει σα σκοπό την αναπλήρωση των υγρών του οργανισμού της και τον έλεγχο της γενικής της κατάστασης. Γίνεται λήψη αίματος και ούρων για εργαστηριακό έλεγχο. Γίνεται υπερχογραφήμα κοιλίας. Γίνεται λήψη των Ζ.Σ. ανά 3ωρο και αναγραφή τους στο διάγραμμα της ασθενούς. Ελέγχεται το σωματικό της βάρος. Ορίζεται ώρα συνάντησης της επιστημονικής ομάδας με την ασθενή και πραγματοποιείται συζήτηση, όπου η ασθενής πληροφορείται για τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας που εμφανίζονται αργότερα (αλωπεκία, καταστολή του μυελού των οστών με αποτέλεσμα την ευαισθησία της σε λοιμώξεις κ.α.), και τη σωστή αντιμετώπισή τους. Τονίζεται η σπουδαιότητα των επισκέψεών της στο νοσοκομείο, μέσα σε τακτά διαστήματα, για τον έλεγχο της κατάστασής της.</p>	<p>Μετά την ενημέρωσή της, η ασθενής πρόσβαθεί να λαμβάνει αρκετά υγρά από το στόμα (οι έμετοι έχουν υποχωρήσει ύστερα από I.V. χορήγηση Chlorpromazine, πριν από κάθε δόση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου), ώστε να απαλλαχθεί από την ενδοφλέβια έγχυση ορών. Πραγματοποιήθηκαν όλες οι εξετάσεις (που αποδείχθηκαν ικανοποιητικές) και ολοκληρωμένη ενημέρωση της ασθενούς. Έτσι στις 24/8/94 η ασθενής ήταν σε θέση να φύγει από το νοσοκομείο για το σπίτι της.</p>

2.4 Ιστορικό 2ο

Όνοματεπώνυμο: Κ. Ι.

Ηλικία: 61 ετών / Ύψος: 1.75 / Βάρος: 77 Kg

Τόπος μόνιμης κατοικίας : Άρια Ναυπλίου

Επάγγελμα: Διδάσκαλος σε συνταξιοδότηση

Ημερομηνία εισόδου: 26/7/94

Ημερομηνία εξόδου: 3/8/94

Παρούσα κατάσταση

Ο ασθενής αναφέρει την ύπαρξη σκουρόχρωμης βλάβης, στο νύχι του μεγάλου δακτύλου του αριστερού ποδιού. Επισημαίνει πως, ενώ η βλάβη προϋπήρχε, άρχισε να αισθάνεται πόνο και δυσκολία στη βάδιση, πριν από δύο μήνες.

Υστερα από προσεκτική εξέταση του ασθενή στα εξωτερικά ιατρεία του Γ.Ν.Ν. Ναυπλίου, αποφασίστηκε η εισαγωγή του στη χειρουργική κλινική.

Ατομικό αναμνηστικό

Το 1992 υποβλήθηκε σε θυρεοειδεκτομή (υπερτροφία θυρεοειδούς).

Τα τελευταία 5 χρόνια, παρουσιάζει ελαφρά υπέρταση (ρυθμίζεται χωρίς λήψη φαρμάκων).

Έχει αλλεργία στα έντομα (μέλισσες).

Πριν από 4 χρόνια περίπου, παρατήρησε μια μαύρη γραμμή στο νύχι του μεγάλου δακτύλου του αριστερού ποδιού. Με το πέρασμα του χρόνου τα όρια της μαύρης γραμμής αυξήθηκαν και πριν από 6 μήνες το νύχι άρχισε να χάνει τη σκληρότητά του και να γίνεται μαλακό και σαρκώδες. Δεν είχε ενοχλήσεις μέχρι πριν από 2 μήνες (όπως αναφέρθηκε).

Συνήθειες

Κάπνιζε μέχρι το 1986, περίπου ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα.

Δεν συνηθίζει να πίνει.

Φυσιολογική όρεξη.

Οικογενειακό ιστορικό

Έγγαμος (δύο κόρες και τέσσερα εγγόνια).

Οι γονείς του έχουν πεθάνει (η μητέρα του το 1991 και ο πατέρας του το 1980, από φυσιολογικά αίτια).

Έχει μόνο μία αδερφή, μικρότερή του.

Δεν αναφέρει κάποιο παρόμοιο περιστατικό ή άλλο πρόβλημα υγείας στο οικογενειακό ιστορικό.

Εισαγωγή στη χειρουργική κλινική

Όταν ο ασθενής εισήχθηκε στην κλινική, οδηγήθηκε σε θάλαμο που υπήρχαν άλλοι δύο ασθενείς και τακτοποιήθηκε στο κρεβάτι του.

Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων και έγινε ενημέρωση των φύλλων νοσηλείας, του διαγράμματος και της λογοδοσίας. Προγραμματίστηκε, για την επόμενη μέρα, να γίνει λήψη αίματος και ούρων για εργαστηριακό έλεγχο, καθώς και ακτινογραφία θώρακος και καρδιολογική εξέταση.

Οι γιατροί της κλινικής επισκέφθηκαν τον ασθενή και τον ενημέρωσαν πως η καλύτερη θεραπεία, για την περίπτωση του, ήταν η χειρουργική αφαίρεσή του, όχι μόνο της βλάβης αλλά και του δακτύλου. Έγινε πλήρης ενημέρωση του ασθενή, για την κακοήθεια της βλάβης και επισημάνθηκε πως δεν υπήρχε εξάπλωση (δεν είχε γίνει μετάσταση στους λεμφαδένες). Ο ασθενής ταραχθηκε λίγο γιατί δεν περίμενε αυτό το αποτέλεσμα της διάγνωσης. Έδειξε να ηρεμεί όταν οι γιατροί τον πληροφόρησαν πως η κατάσταση της υγείας του δεν θα παρουσιάσει πρόβλημα, μετά την απεξάρθρωση του δακτύλου. Ένωσε ικανοποιημένος που του είχε αποκαλυφθεί όλη η αλήθεια και σίγουρος για την επικείμενη επέμβαση.

Πραγματοποιήθηκε κατάλληλη προεγχειρητική ετοιμασία και ο ασθενής μεταφέρθηκε στο χειρουργείο στις 28/07/94, όπου υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση, για ακρωτηριασμό του μεγάλου δακτύλου του αριστερού ποδιού.

Μετεγχειρητικά, ο ασθενής είχε τη φροντίδα που χρειαζόταν, για να καλύπτει τις ανάγκες του και με το σχέδιο ψυχολογικής υποστήριξης που εφαρμόστηκε, έγινε η παραμονή του στο νοσοκομείο ευχάριστη και οι προϋποθέσεις, για μια άνετη ζωή έξω από το νοσοκομείο, ικανοποιητικές.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ

Νοσηλευτικό Πρόβλημα	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>Ο ασθενής αναφέρει έντονο πόνο στην περιοχή του δακτύλου που πάσχει (ζητάει παυσίπονα ισχυρότερο της παρακεταμόλης).</p>	<p>Η υποχώρηση του πόνου και η ανακούφιση του ασθενή.</p>	<p>Ύστερα από συνεννόηση με το γιατρό, να δοθεί σκεύασμα αναλγητικό. Να τοποθετηθεί το μέλος, ελαφρά ανυψωμένο, πάνω σε μαξιλάρι. Να παροτρυνθεί ο άρρωστος για ανάγνωση βιβλίου ή περιοδικού, που θα αποσπάσει την προσοχή του από τον πόνο. Να καλυφθούν οι ανάγκες του εφ' όσο δεν είναι σε θέση να βαδίζει.</p>	<p>Τοποθετείται κάτω από το μέλος, μαξιλάρι για ελαφρά ανύψωσή του και ελάττωση του όγκου του αίματος της περιοχής. Με εντολή γιατρού δίνεται Lonarid tabl., P.O. Ενθαρρύνεται ο ασθενής για ανάγνωση περιοδικών ή ανάπτυξη επικοινωνίας με τους άλλους ασθενείς. Καλύπτονται οι ανάγκες του (ούρηση, κ.α.) αν δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετείται.</p>	<p>Ο πόνος υποχώρησε αρκετά και ο ασθενής ήταν και πάλι ευδιάθετος. Προτίμησε να αφήσει το πόδι του να ξεκουραστεί (πάνω στο μαξιλάρι) και πέρασε την ώρα του συνολικώς ευχάριστα με τους άλλους ασθενείς του θαλάμου.</p>
<p>Μετά την εφαρμογή ενδοφλέβιας έγχυσης ορού, ο ασθενής παραπονείται για μείωση της κινητικότητάς του και περιορισμό του στο κρεβάτι, καθώς οι ενοχλήσεις από το πόδι του, γίνονται και πάλι αισθητές (όταν περπατάει).</p>	<p>Η υποστήριξη του ασθενή για εξασφάλιση ικανοποιητικής βάδισης. Η συχνή παρακολούθησή του, για κάλυψη των αναγκών, ώστε ο περιορισμός του να μη γίνεται έντονα αισθητός.</p>	<p>Να πραγματοποιηθεί συζήτηση, όπου ο ασθενής θα εκφράσει τα παράπονα και τα προβλήματά του. Να πεισθεί πως θα έχει τη συμπαράστασή μας όποτε τη χρειαστεί. Να βοηθείται κάθε φορά που αισθάνεται την ανάγκη να περπατήσει. Να παρακολουθείται συχνά για την έγκαιρη κάλυψη των αναγκών του. Να ενθαρρυνθεί για δημιουργική απασχόλησή του, κατά τη διάρκεια παραμονής του στο κρεβάτι. Να ενημερωθούν οι συγγενείς του ασθενή για την ευχαρίστηση που του δημιουργεί η συντροφιά τους.</p>	<p>Ο ασθενής δέχεται ευχάριστα να συζητήσει μαζί μας και εκφράζει άνετα τα συναισθήματά του. Ξηριγείται πως δεν θα πρέπει να ανησυχεί, σκεπτόμενος πως μας ενοχλεί, αν χρειαστεί τη βοήθειά μας. Υποστηρίζεται την ώρα της βάδισης και προστατεύεται από τραυματισμό. Ενθαρρύνεται για δημιουργική έκφραση (ζωγραφική, γράψιμο ή ανάγνωση βιβλίων). Ενημερώνεται η οικογένειά του, για την ευεργετική επίδραση που ασκεί στον ασθενή, η παρουσία τους και η συμπαράστασή τους.</p>	<p>Ο ασθενής δεν παραπονείται πια για μείωση της κινητικότητάς του αλλά αστεειευόμενος παρατηρεί πως είναι πιο ωραία να σε φροντίζουν και περιποιούνται οι γύρω σου. Οι συγγενείς του τον επισκέπτονται όσο το δυνατό περισσότερο και εκφράζουν την αγάπη και την υποστήριξή τους.</p>

Νοσηλευτικό Πρόβλημα	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>Κατά τη λήψη των Ζ.Σ. την παραμονή της επέμβασης, παρατηρείται αύξηση της αρτηριακής πίεσης του ασθενή (Α.Π.= 180/90 mm Hg).</p>	<p>Να επανέλθει η τιμή της αρτηριακής πίεσης του ασθενή, στα φυσιολογικά όρια.</p>	<p>Να ενημερωθεί ο γιατρός και να δοθεί αντιυπερτασικό φάρμακο. Να γίνει συζήτηση και να καθουχαστεί ο ασθενής για την επικείμενη επέμβαση. Να γίνεται συχνή λήψη της αρτηριακής πίεσης και των σφυγμών του ασθενή.</p>	<p>Μετά από οδηγία γιατρού, δίνεται Adalat caps. 5 mg, υπογλώσσια (και επί Α.Π.: >160 mm Hg). Συγχρόνως γίνεται συζήτηση και ενημερώνεται ο ασθενής για την ευκολία της επέμβασης και τη μετέπειτα, σίγουρα καλή, πορεία της υγείας του. Μετά τη λήψη του Adalat, μετράται η Α.Π. κάθε μισή ώρα και στη συνέχεια κάθε δύο ώρες.</p>	<p>Ο συστηματικός έλεγχος της Α.Π. δείχνει σταθεροποίησή της στα φυσιολογικά επίπεδα (Α.Π.=130/70 mmHg).</p>
<p>Ο ασθενής αναφέρει πως κάνοντας διάφορες σκέψεις (εγχείρηση, κατάσταση της οικογένειάς του), δε θα μπορέσει να κοιμηθεί.</p>	<p>Η εξασφάλιση ηρεμίας και ανάπαυσης του ασθενή.</p>	<p>Να πραγματοποιηθεί ολιγόλεπτη συζήτηση καθουχασμού του ασθενή. Να ενημερωθεί ο γιατρός, για την κατάλληλη επιλογή ηρεμιστικού-υπνωτικού φάρμακου. Να παρακολουθείται ο ασθενής κατά τη διάρκεια της νύχτας.</p>	<p>Πραγματοποιείται συζήτηση, κατά την οποία ρωτάμε τον ασθενή για τα ενδιαφέροντά του ή οτιδήποτε τον ευχαριστεί. Γίνεται προσπάθεια να αποσπαστεί η σκέψη του από τα θέματα που τον απασχολούν. Δίνεται με οδηγία γιατρού Stedon tabl., 5 mg, P.O., που θα εξασφαλίσει στον ασθενή, ήσυχο και καλό ύπνο. Παρακολουθείται ο ασθενής κατά τη διάρκεια της νύχτας, για εκδήλωση ανησυχίας ή δυσφορίας.</p>	<p>Ο ασθενής δέχθηκε με ανακούφιση το φάρμακο που του δώσαμε και αισθάνθηκε σίγουρος πως θα κοιμηθεί ικανοποιητικά. Η Νοσηλεύτρια της νυκτερινής υπηρεσίας ανέφερε πως ο ασθενής κοιμόταν ήσυχος σ' όλη τη διάρκεια της νύχτας.</p>

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ

Νοσηλευτικό Πρόβλημα	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>Ενώ ο ασθενής δεν είχε κανένα πρόβλημα κατά την ανάνησή του, ύστερα από λίγες ώρες παρουσίασε αίσθημα ναυτίας και έμετο.</p>	<p>Η ανακούφιση του ασθενή από τα συμπτώματα που παρουσιάστηκαν. Η διατήρηση της καθαριότητας του ασθενή.</p>	<p>Να ενημερωθεί ο γιατρός για τη χορήγηση ή μη αντιεμετικών φαρμάκων. Να υποστηρίζεται ο ασθενής και να γίνονται πλύσεις της στοματικής κοιλότητας και αλλαγή των ενδυμάτων του, αν χρειάζεται. Να ενημερωθεί ο ασθενής πως η λήψη νερού ή άλλων υγρών, θα προκαλέσει παράταση των συμπτωμάτων.</p>	<p>Μετά από συνεννόηση με το γιατρό, αποφασίστηκε να μη δοθούν αντιεμετικά, παρά μόνο σε επιδείνωση της κατάστασης του ασθενή. Γίνονται πλύσεις του στόματος πρώτα με δροσερό νερό και στη συνέχεια με αντισηπτικό. Ενημερώνονται οι συγγενείς και ο ίδιος ο ασθενής για την απαγόρευση λήψης υγρών. Έγινε αλλαγή της πυτζάμας του ασθενή, ο οποίος στη συνέχεια θέλησε να αναπαυθεί.</p>	<p>Ο ασθενής τις επόμενες ώρες αναπαύθηκε κι έμεινε ήρεμος, χωρίς ενοχλήσεις από ναυτία ή έμετο. Δεν χρειάστηκε η λήψη αντιεμετικών και ο ασθενής ορκίστηκε σε πλύσεις του στόματος με δροσερό νερό.</p>
<p>Ο ασθενής αναφέρει έντονο πόνο και αίσθημα τάσης στην περιοχή της επέμβασης.</p>	<p>Η υποχώρηση του πόνου και η ανακούφιση του ασθενή, σε βαθμό που να περάσει ήσυχος τη διάρκεια της νύκτας.</p>	<p>Να ερωτηθεί ο γιατρός για την χορήγηση κατάλληλου αναλγητικού. Να ανυψωθεί ελαφρά το μέλος που πάσχει. Να ελεγχθεί το τραύμα για αιμορραγία, ή πιεστική επίδεση. Να προστατευτεί το μέλος από την πίεση κλινοσκεπασμάτων. Να ενθαρρυνθεί ο ασθενής για αλλαγή της θέσεως του σώματός του και κινήσεις του δεξιού κάτω άκρου.</p>	<p>Με εντολή γιατρού χορηγείται Zideron amp., I.M. Φροντίζεται το μέλος για ελαφρά ανύψωση και προστασία του από τα κλινοσκεπάσματα. Παρατηρείται το τραύμα για οίδημα ή αιμορραγία. Ενθαρρύνεται ο ασθενής για συχνή αλλαγή της θέσης του στο κρεβάτι. Περιποιείται ο ασθενής και καλύπτονται οι ανάγκες του, ώστε να μείνει ήρεμος και να κοιμηθεί.</p>	<p>Σε μικρό χρονικό διάστημα, από την εφαρμογή αναλγησίας, παρακολουθείται η κατάσταση του ασθενή, ο οποίος αναφέρει υποχώρηση του πόνου. Λίγο αργότερα, βρέθηκε ο ασθενής να κοιμάται ήσυχος.</p>

Νοσπλευτικό Πρόβλημα	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσπλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>Ο ασθενής αναφέρει πόνο στο σημείο φλεβοκέντησης.</p>	<p>Η πρόληψη και αντιμετώπιση της φλεβίτιδας.</p>	<p>Να ελεγχθεί το σημείο φλεβοκέντησης για οίδημα ή ερυθρότητα. Να γίνει αλλαγή στη θέση φλεβοκέντησης. Να τοποθετηθεί επίθεμα με διάλυμα αλουμινίου ή αντιφλεγμονώδης αλοιφή, στο σημείο φλεβοκέντησης που πάσχει. Να ενημερωθεί ο ασθενής για τις παραπάνω ενέργειες.</p>	<p>Γίνεται επισκόπηση του σημείου φλεβοκέντησης, το οποίο παρουσιάζει ελαφρά ερυθρότητα. Γίνεται διακοπή της ενδοφλέβιας έγχυσης και απομακρύνεται ο φλεβοκαθετήρας. Διατηρείται η περιοχική στεγνή και επαλείφεται με αλοιφή Lasonil. Ενημερώνεται ο ασθενής πως θα πραγματοποιηθεί φλεβοκέντηση σε άλλη φλέβα και θα συνεχιστεί η ενδοφλέβια έγχυση ορών. Επιλέγεται κατάλληλη φλέβα και εκτελείται φλεβοκέντηση.</p>	<p>Ο ασθενής ανακουφίστηκε και τα συμπτώματα φλεγμονής υποχώρησαν. Αποφεύχθηκε η εκδήλωση οιδήματος και καύσου.</p>
<p>Ο ασθενής είναι ανήσυχος και παραπονείται για μετεωρισμό κοιλίας και ενοχλήσεις από το έντερο, που γίνονται αισθητές κατά διαστήματα.</p>	<p>Η αντιμετώπιση του μετεωρισμού και η ανακούφιση του ασθενή από τα συμπτώματα.</p>	<p>Να τοποθετηθεί ο ασθενής με ελαφρά κλίση προς τα πλάγια. Να τοποθετηθεί θερμόφορα στο επιγάστριο. Να γίνει τοποθέτηση σωλήνα αερίων στο απευθυμμένο. Να ενημερωθεί ο άρρωστος και οι συγγενείς του πως δεν επιτρέπεται η λήψη υγρών (αναψυκτικών και αεριούχων ποτών) και γλυκών.</p>	<p>Ενημερώνεται ο ασθενής και βοηθείται να στραφεί στο πλάι. Εφαρμόζεται θερμόφορα στο επιγάστριο και τονίζεται στον ασθενή, να τη συγκρατεί στη θέση της. Αργότερα, τοποθετείται και σωλήνας αερίων. Ενημερώνονται οι συγγενείς και ο ασθενής, πως η λήψη αναψυκτικών ή γλυκών, προκαλούν αέρια, τα οποία δημιουργούν τις ενοχλήσεις που αναφέρει ο ασθενής.</p>	<p>Μετά την τοποθέτηση του σωλήνα αερίων, το έντερο κινητοποιείται και αποβάλλονται τα αέρια. Παρακολουθείται ο ασθενής, ο οποίος αισθάνεται καλύτερα και δεν αναφέρει ενοχλήσεις.</p>

Νοσηλευτικό Πρόβλημα	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>Ο ασθενής λόγω της επέμβασης, δεν είναι σε θέση να κατέβει από το κρεβάτι ή να βαδίσει μόνος του.</p>	<p>Η κινητοποίηση του ασθενή, χωρίς να προκληθεί τραυματισμός ή επιδείνωση της κατάστασής του.</p>	<p>Να υποστηρίζεται ο ασθενής κατά την έγερσή του και να παραμένει για λίγο, καθιστός στο κρεβάτι. Να βοηθείται να καθίσει στην καρέκλα. Αν παραμείνει για αρκετή ώρα, να ανυψώνεται το αριστερό πόδι με κατάλληλο υποστήριγμα. Να υποστηρίζεται και να προστατεύεται το χειρουργημένο άκρο, κατά τη βάρδια.</p>	<p>Βοηθείται ο ασθενής να σηκωθεί απ' το κρεβάτι. Συνίσταται να μείνει λίγο καθιστός, για αποφυγή ζάλης ή και λιποθυμίας. Μεταφέρεται στην καρέκλα όπου μένει για λίγο και στη συνέχεια υποστηρίζεται για να περπατήσει. Προσέχει να μην πέφτει το βάρος του σώματός του στο χειρουργημένο πόδι. Προστατεύεται από τραυματισμό και παρακολουθείται για εμφάνιση σημείων αδυναμίας, κούρασης ή πόνου. Ενημερώνεται ο ασθενής για χρήση βακτηρίας κι οι συγγενείς του, για αγορά αυτής.</p>	<p>Ο ασθενής περπάτησε για λίγο μέσα στο θάλαμο του και στο διάδρομο του νοσοκομείου. Δεν ένιωσε πόνο ή αίσθημα αδυναμίας. Στη συνέχεια ξεκουράστηκε στο κρεβάτι του και υποσχέθηκε να κινητοποιηθεί πάλι το απόγευμα της ίδιας μέρας. Οι συγγενείς του, συμφώνησαν με την ιδέα της βακτηρίας, την οποία φρόντισαν να φέρουν σύντομα.</p>
<p>Ο ασθενής αναφέρει πως ενώ σιτίζεται κανονικά και προσπαθεί να κινητοποιείται, δεν έχει καταφέρει να ενεργήσει. Παραπονείται πως δεν έχει βρεθεί άλλη φορά σε τέτοια κατάσταση.</p>	<p>Η κένωση του εντέρου και η επαναφορά της φυσιολογικής του λειτουργίας. Ο καθουκασμός του ασθενή.</p>	<p>Να ενημερωθεί ο γιατρός για τη χορήγηση ή μη, υπακτικών φαρμάκων. Να εμπλουτιστεί το διαιτολόγιο του ασθενή με τροφές που περιέχουν κυτταρίνη (π.χ. λαχανικά, φρούτα, κ.α.). Να γίνει επίδειξη του τρόπου μαλάξεως της κοιλιακής χώρας. Να καθουκαστεί ο ασθενής, τονίζοντας πως δεν έχει κάποιο παθολογικό πρόβλημα και πως η λειτουργία του εντέρου θα αποκατασταθεί πλήρως.</p>	<p>Ενημερώνεται ο ασθενής πως θα γίνει χορήγηση φαρμάκου. Εξηγείται ο τρόπος μαλάξεως της κοιλιάς και το τακτικό ωράριο που θα πρέπει να ακολουθεί, για να μην έχει προβλήματα δυσκοιλιότητας. Εξηγείται στον ασθενή πως πρέπει να αποβάλλει άγχος και ανησυχία, γιατί έτσι προκαλεί επιδείνωση της κατάστασής του. Με οδηγία γιατρού, χορηγείται από το νοσοκόμο υπακτικό υπόθετο (sup. Glycerin). Βοηθείται ο άρρωστος για μεταφορά του στην τουαλέτα. Ενημερώνεται η κάρτα αίτησης, για την αλλαγή του διαιτολόγιου του ασθενή (πιο σπασίτερα λαχανικά, χόρτα και φρούτα).</p>	<p>Η κρίση υποθέτου απέδωσε, χωρίς τη βοήθεια άλλου υπακτικού. Ο ασθενής δείχνει ήρεμος και ικανοποιημένος.</p>

Νοσηλευτικό Πρόβλημα	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>Πριν την έξοδο του από το νοσοκομείο, ο ασθενής ζητά οδηγίες για την προστασία του χειρουργημένου άκρου και ζητά να ενημερωθεί για την πρόληψη επέκτασης της νόσου.</p>	<p>Η ολοκληρωμένη πληροφόρηση του ασθενή για τις επισκέψεις του στο νοσοκομείο και την αγωγή που θα ακολουθεί έξω απ' αυτό.</p>	<p>Να ενημερωθούν οι γιατροί και να οριστεί ώρα συνάντησης με τον ασθενή για την πλήρη ενημέρωσή του. Κατά τη συζήτηση, να τονιστεί στον ασθενή η σωστή φροντίδα και προστασία του τραύματος. Να ενημερωθεί για την αναγκαία επίσκεψή του στα εξωτερικά ιατρεία, και την επισκόπηση του τραύματος. Να επισμανθεί η σπουδαιότητα των περιοδικών εξετάσεων, στις οποίες θα πρέπει να υποβάλλεται ο ασθενής για να ελέγχει την κατάσταση της υγείας του. Να αναφερθεί στον ασθενή, πως οποιοδήποτε σύμπτωμα ή σημείο παρέκκλισης από το φυσιολογικό παρατηρηθεί, είναι απαραίτητο να ενημερωθεί γιατρός, για την αποφυγή μεγαλύτερης βλάβης.</p>	<p>Ενημερώνονται οι γιατροί και πραγματοποιείται συζήτηση με τον ασθενή. Η παρουσία μας στη συζήτηση, κρίνεται απαραίτητη. Πληροφορείται ο ασθενής πως θα πρέπει να αποφεύγει τα στενά παπούτσια και την πολύωρη ορθοστάσια. Να περπατάει με προσοχή και να αποφεύγει τους τραυματισμούς. Υπενθυμίζεται η ημερομηνία της επόμενης επίσκεψής του στα εξωτερικά ιατρεία για επισκόπηση του τραύματος. Εξηγείται ο σκοπός των περιοδικών εξετάσεων (αιματολογικός έλεγχος, Rö θώρακος, γενική ψυαϊκή εξέταση, κ.α.) για την πρόληψη της νόσου. Αναφέρεται στον ασθενή ότι η αμέριμη στάση του προς την παρούσα κατάσταση (πριν την εμφάνιση συμπτωμάτων) δεν πρέπει να επαναληφθεί. Κάθε προειδοποιητικό σημείο, χρειάζεται τη συμβουλή γιατρού. Ενημερώνονται οι συγγενείς του για παροχή κατάλληλης φροντίδας και ψυχολογικής υποστήριξης.</p>	<p>Ο ασθενής έμεινε ικανοποιημένος από τη συζήτηση και τις πληροφορίες που του δόθηκαν. Αισθάνθηκε την ανάγκη να μας ευχαριστήσει για τη βοήθεια που του προσφέρθηκε και το κλίμα ευχάριστης συνεργασίας που παρουσίαζε η κλινική.</p>

ΤΡΙΤΟ

ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Πρόληψη και επιμόρφωση του κοινού
για το Κακόηθες Μελάνωμα.
Ο ρόλος των Νοσηλευτών.

1.1 Γενικές Αρχές

Στο παρελθόν, το ενδιαφέρον των περισσότερων κλινικών (γιατροί, νοσηλευτές(-τριες), κοινωνικοί λειτουργοί), συγκεντρωνόταν στην τελική περίοδο εξέλιξης του καρκίνου στον άνθρωπο, δηλαδή στη διάγνωση και θεραπεία της εδραιωμένης νόσου.

Γνωρίζοντας τη σχέση ανάμεσα στη σταδιοποίηση του καρκίνου και το ποσοστό πρόγνωσης - επιβίωσης, (σχεδόν όλες οι προδιηθητικές μορφές καρκίνου, είναι ιάσιμες σε ποσοστό 95 - 100 %), γίνεται κατανοητή η ανυπολόγιστη αξία της έγκαιρης διάγνωσης. Σ' αυτό το σημείο, φαίνεται κι η ανεκτίμητη προσφορά της πρόληψης, στη μάχη κατά του καρκίνου.

Λέγοντας πρόληψη, εννοούμε μια σειρά ενεργειών που αφ' ενός μας βοηθούν στη λήψη προληπτικών μέτρων που έχουν σα σκοπό την αποφυγή ενάρξεως των παθογενετικών διαδικασιών, που τελικά οδηγούν στη νόσηση (πρωτογενής πρόληψη), αφ' ετέρου εφαρμόζουν μέτρα όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προσυμπτωματική διάγνωση των νοσημάτων στο κατά το δυνατό πρωιμότερο στάδιο (δευτερογενής πρόληψη).

Η πρόληψη του καρκίνου, είναι μια υπόθεση που αφορά όχι μόνο όσους ασχολούνται με θέματα υγείας αλλά όλους τους πολίτες, κάθε ηλικίας και ειδικότητας. Στην πραγματικότητα, είναι πολύ δύσκολο να κατανοήσουν οι πολίτες και ν' αξιολογήσουν αντικειμενικά την αξία της πρόληψης, για το λόγο ότι ουδέποτε επισκέπτονται το γιατρό για να τον συμβουλευτούν σε θέματα πρόληψης αλλά επιζητούν τη γνώμη του και τη βοήθειά του, αφού εμφανιστεί η νόσος και μετά.

1.2 Μέτρα πρόληψης για την ελάττωση της θνησιμότητας από κακοήθες μελάνωμα

Παγκόσμια στατιστική παρατήρηση δείχνει μια σταθερή αύξηση του αριθμού νέων περιπτώσεων και θανάτων από καρκίνο του δέρματος. Από τις Η.Π.Α. όπου υπάρχει έγκυρο αρχείο καρκινοπαθών, μαθαίνουμε ότι κάθε χρόνο πάνω από 500.000 άτομα καταγράφονται σαν νέες περιπτώσεις καρκίνου του δέρματος. Αυτό αποτελεί περίπου το 1/3 του συνόλου των περιπτώσεων καρκινοπαθών για κάθε χρόνο.

Μαζί με τον καρκίνο του δέρματος, αυξάνεται με ταχύ ρυθμό κι η πιο θανάσιμη μορφή του, το κακοήθες μελάνωμα. Γνωρίζοντας την πιθανότερη αιτία για τη δημιουργία κακοήθους μελανώματος (ηλιακή ακτινοβολία) και την αυξημένη συχνότητα (99%) με την οποία εντοπίζεται στο δέρμα, μπορούμε να εφαρμόσουμε τρόπους πρωτογενούς πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης της νόσου.

Ωστόσο, υπάρχουν γενετικοί παράγοντες κι άλλοι εξωγενείς, που επίσης αιτιολογούνται στην παθογένεση του κακοήθους μελανώματος. Προς το παρόν, δεν έχει γίνει γνωστό το τμήμα του γονιδίου με τη γενετική ανωμαλία και έτσι δεν είναι δυνατό να προσδιοριστεί, η γονιδιακή ταυτότητα και η ευαισθησία των ατόμων στην καρκινογένεση από τον ήλιο κι άλλους εξωγενείς παράγοντες χημικά και βιολογικά καρκινογόνους.

Πρωταρχικό λοιπόν είναι, να πληροφορήσουμε το κοινό να αποφεύγει την ασυλόγιστη μακροχρόνια έκθεση στην ηλιακή ενέργεια, ώστε να αποτρέψει τη βλαβερή επίδραση των υπεριωδών ακτίνων ή να προστατευτεί από τη βλάβη. Η χρησιμοποίηση αλοιφών που φιλτράρουν και κατακρατούν μεγάλο μέρος των ακτινοβολιών, καθώς και η χρησιμοποίηση ενδυμάτων, αποτελούν μέτρο προστασίας.

Το κοινό πρέπει να διδαχθεί ότι η έκθεση στον ήλιο (ηλιοθεραπεία), μόνο κατ' ευφημισμό αποτελεί θεραπεία, διότι στην πραγματικότητα βλάπτει την υγεία και μάλιστα ανεπανόρθωτα. Δυστυχώς, η ραγδαία τεχνολογική και βιομηχανική ανάπτυξη τείνει να αλλοιώσει κατά τρόπο βλαπτικό το περιβάλλον, με δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία μας (αύξηση των κρουσμάτων καρκίνου).

Είναι γεγονός ότι και σήμερα πολλοί από τους αρρώστους που προσβάλλονται από κακοήθες μελάνωμα, διαγιγνώσκονται σε αρκετά προχωρημένο στάδιο, γιατί προσέρχονται αργά στο γιατρό. Γι' αυτό το λόγο και η θεραπευτική δυνατότητα είναι περιορισμένη. Άλλοι πάλι πεθαίνουν εξαιτίας της περιορισμένης διαγνωστικής ικανότητας μερικών γιατρών που δε θ' αναγνωρίσουν ένα δυσπλαστικό σπίλο ή ένα αρχόμενο κακοήθες μελάνωμα.

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα λοιπόν, μέσα στα πλαίσια της πρόληψης, δεν προορίζονται μόνο για το κοινό αλλά και για το δερματολόγο, το γενικό γιατρό, τη νοσηλεύτρια, κ.α. (Πίνακας 12 - Παράρτημα Α). Η διαφοροποίηση στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα είναι απαραίτητη, ανάλογα με την ομάδα που απευθύνεται, π.χ. μαθητές Δημοτικού Σχολείου, Γυμνασίου, Λυκείου, κάτοικοι πόλεων ή χωριών.

Τα μέσα εκπαίδευσης πρέπει να είναι οπτικοακουστικά, εικονογραφημένα φυλλάδια, διαλέξεις, εκπαιδευτική - ενημερωτική τηλεόραση, κινητές κλινικές μονάδες.

Αναλυτικά τα προγράμματα περιλαμβάνουν:

- 1) Οπτικοακουστικά μέσα, που να τονίζουν την αυτοεξέταση του δέρματος.
- 2) Φυλλάδια με φωτογραφικό υλικό (όπως: Παράρτημα Β) που να απεικονίζει το κακοήθες μελάνωμα, σε διάφορους κλινικούς τύπους και στάδια.
- 3) Ενημερωτικά φυλλάδια και ερωτηματολόγια (Ερωτηματολόγιο - Παράρτημα Α) για τους εξωγενείς παράγοντες στην ανάπτυξη κακοήθους μελανώματος.
- 4) Περιοδικά και ενημερωτικά δελτία, προς τα νοσοκομεία, κέντρα υγείας, αγροτικά ιατρεία κ.α.
- 5) Ογκολογικούς σταθμούς, Κέντρα υγείας με πληροφόρηση για τις σύγχρονες αντιλήψεις και την πρόοδο που έχει γίνει στην κατανόηση της παθοφυσιολογίας της νόσου και τις δυνατότητες της θεραπευτικής αγωγής.

Ο ρόλος των νοσηλευτών(-τριων) στα προγράμματα που αναφέρθηκαν, είναι απ' τους πλέον σημαντικούς. Το έργο των νοσηλευτών, δε σταματά μέσα στα οποιαδήποτε νοσηλευτικά ιδρύματα, ούτε και οι γνώσεις τους περιορίζονται στη φροντίδα ασθενών μέσα σ' αυτά.

Έτσι Βοηθούν:

- α) Στην ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντός του.
- β) Στην εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες.

γ) Σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με το κακοήθες μελάνωμα.

δ) Στη διαφώτιση του κοινού.

Ο πληθυσμιακός έλεγχος είναι μια γιγαντιαία συγχρονισμένη προσπάθεια κατευθυνόμενη προς όλους και η επιτυχία της δεν στηρίζεται μόνο σ' αυτούς που εκτελούν τα εκπαιδευτικά προγράμματα αλλά και στο ίδιο το άτομο. Στηρίζεται στην επαγρύπνηση του ατόμου για την υγεία του και στην ευθύνη για την εξέλιξη της αρρώστιας - για το άτομο που προσβλήθηκε απ' αυτή.

Οι δαπάνες που χρειάζονται για την πραγματοποίηση του εκπαιδευτικού στόχου, είναι αρχικά για την παραγωγή του ενημερωτικού υλικού και στη συνέχεια για τη λειτουργία των κινητών μονάδων σε συνδυασμό με επίσης εξέταση του δέρματος, στα Κέντρα Υγείας και Ογκολογικούς Σταθμούς, ώστε να γίνει ανάγκη η εξέταση του δέρματός μας μια φορά το χρόνο. Κατ' επέκταση, θα φτάσει κάποια στιγμή να γίνει πραγματικότητα η ελπίδα πως κανένας δεν πρέπει να πεθαίνει από κακοήθες μελάνωμα ή άλλη μορφή καρκίνου του δέρματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Κλείνοντας το θέμα " Κακοήθες Μελάνωμα - Νοσηλευτική Αντιμετώπιση ", είναι απαραίτητο να αναφερθούν τα σπουδαιότερα σημεία και συμπεράσματα της μελέτης αυτής, που συνοψίζονται ως εξής:

- Το κακοήθες μελάνωμα, με τους σημερινούς ρυθμούς αύξησης της επίπτωσης του, τείνει να κατακτήσει την πρώτη θέση ανάμεσα στις άλλες μορφές καρκίνου.
- Ενώ η πρόγνωση του είναι άριστη όταν διαγνωστεί έγκαιρα, (όλα τα IN SITU μελανώματα είναι ιάσιμα σε ποσοστό \cong 100 %), κανένας δεν επισκέπτεται το γιατρό παρά μόνο όταν η νόσος έχει προχωρήσει. Αυτό γίνεται είτε από αμέλεια είτε από άγνοια (πολλοί δε γνωρίζουν τον όρο "κακοήθες μελάνωμα").
 Το ίδιο ένοχοι με τους ασθενείς, είναι κι οι γιατροί, που δεν μπορούν να αναγνωρίσουν τα σημάδια που τόσο ξεκάθαρα αφίνει το μελάνωμα στο δέρμα.
- Οι πιθανοί παράγοντες κινδύνου και οι αιτιολογικές συσχετίσεις που έχουν αποδειχθεί ή πιθανολογούνται είναι αρκετές για να σχεδιαστεί μέτρο πρόληψης, ικανό να μειώσει όχι μόνο τη θνητότητα αλλά και τη συχνότητα εμφάνισης του μελανώματος.
- Δεν είναι καθόλου υπερβολικό να αναφερθεί ότι η σημερινή θνητότητα από κακοήθες μελάνωμα, μπορεί να πλησιάσει το μηδέν με τη σωστή πρόληψη, συνδυασμένη με την άμεση χειρουργική αφαίρεση. Ούτε είναι υπερβολικό το γεγονός ότι αν γινόταν κάθε χρόνο εξέταση όλων των ατόμων, τότε το κακοήθες μελάνωμα θα ήταν ένα σπάνιο φαινόμενο.
- Τα αποτελέσματα, από διάφορες τεχνικές ανοσοθεραπείας (χορήγηση : Ιντερφερόνης - Α, Ιντερλευκίνης - 2, Μονοκλωνικών αντισωμάτων, εμβολίου BCG κ.α.) είναι πολύ ενθαρρυντικά και αποτελούν σήμερα το ερευνητικό πεδίο αιχμής στη θεραπεία του μελανώματος.

Προτάσεις και σχέδια που μπορούν να εφαρμοστούν:

- Σχεδιασμός και εφαρμογή εκπαιδευτικού προγράμματος για την ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα πρόληψης.
- Σχεδιασμός και εφαρμογή των εκπαιδευτικών μέσων (ενημερωτικά έντυπα, οπτικοακουστικά μέσα, κινητές κλινικές μονάδες, κ.α.)
- Δημιουργία κέντρων εκπαίδευσης, πραγματοποίηση σεμιναρίων, σχεδιασμός ενημερωτικού υλικού, που θα συμβάλλουν στην ενημέρωση και εκπαίδευση των φορέων υγείας σε οτιδήποτε έχει σχέση με το κακόηθες μελάνωμα.
- Δημιουργία και λειτουργία κινητών μονάδων, σε συνδυασμό με τη λειτουργία κέντρων υγείας και ογκολογικών σταθμών, για ετήσια εξέταση του δέρματος όλων των ατόμων.
- Σχεδιασμός μέτρων προστασίας του περιβάλλοντος, για την εξασφάλιση καλύτερων συνθηκών διαβίωσης και μείωσης των κρουσμάτων καρκίνου.

Επίλογος

Τα επιτεύγματα της σύγχρονης τεχνολογίας υποστήριξαν μια εξαιρετική πρόοδο στο πεδίο της ογκολογίας, χωρίς αυτό να σημαίνει πως πρέπει να παραγκωνίζεται η ψυχοκοινωνική θεώρηση ή ο τομέας πρόληψης του καρκίνου.

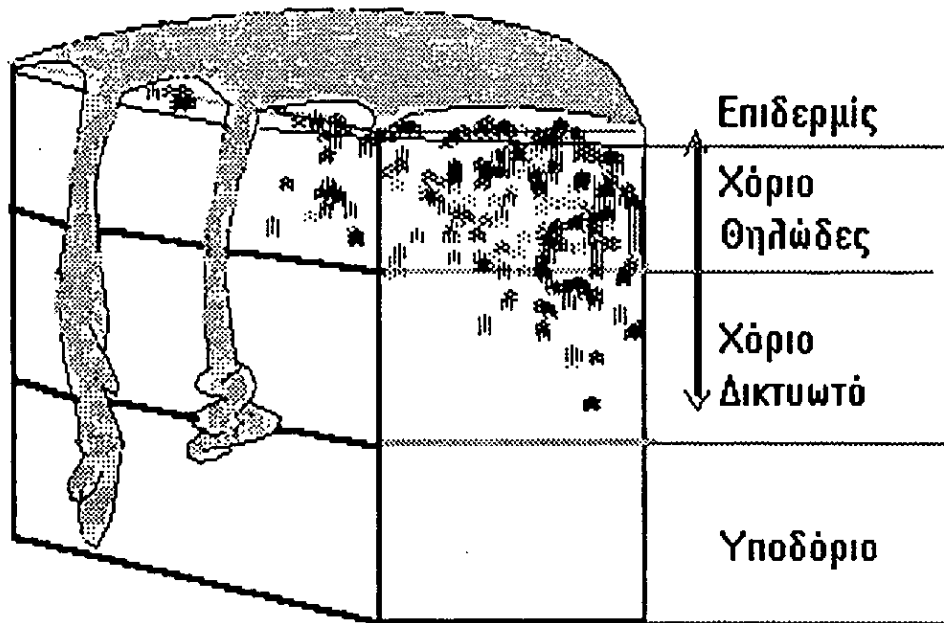
Γιατί παρά το γεγονός ότι η θεραπευτική παρέμβαση διασφαλίζει την αποκατάσταση της υγείας του ασθενή, (εφόσον αυτό είναι εφικτό), η σκέψη ότι προσβλήθηκε από καρκίνο, συνιστά την πηγή σημαντικού άγχους, φόβου και ανασφάλειας για τη ζωή του. Η διάγνωση του καρκίνου περιγράφεται ως η πιο σαρωτικά συγκλονιστική εμπειρία που περνά μια οικογένεια. Έτσι λοιπόν η νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με καρκίνο (κακοήθες μελάνωμα), δεν περιορίζεται μόνο στην αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενή αλλά συνεχίζει και στην οικογένειά του. Το πιο σημαντικό είναι να δοθεί σωστή κατεύθυνση στα μέλη της οικογένειας, ώστε να μην οδηγηθούν στην αποδιοργάνωση· η εκφόρτιση της οικογένειας είναι ουσιαστική και απαραίτητη.

Μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, οι ασθενείς αισθάνονται ασφάλεια και σιγουριά ενώ συγχρόνως εκφράζουν έντονη νοσταλγία για το σπίτι τους και το οικείο περιβάλλον. Οι νοσηλευτές(-τριες) καλούνται με τη στάση τους, να βοηθήσουν τους ασθενείς και να κάνουν την παραμονή τους στην κλινική πιο άνετη, καλύπτοντας τις ψυχοσωματικές τους ανάγκες και ενισχύοντας την πίστη τους για ένα αισιόδοξο μέλλον.

Σημαντική επίσης είναι η προσφορά των νοσηλευτών (-τριων) και έξω από το χώρο του νοσοκομείου. Ο τομέας της πρόληψης παρουσιάζει μεγάλες ελλείψεις όπως και τα προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι. Σ' αυτό το σημείο επικεντρώνει τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον της η ογκολογική νοσηλευτική, προσπαθώντας να βρεί τους τρόπους και τα μέσα για μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

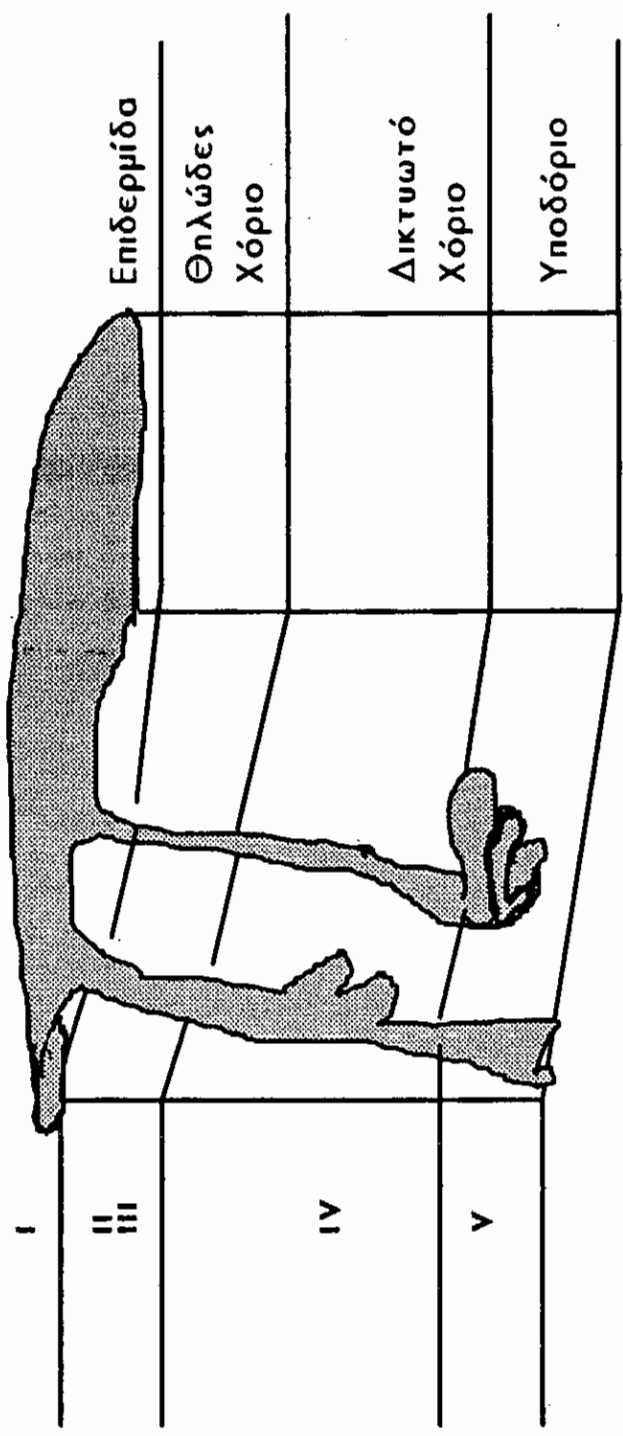
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α



Πάχος Μελανώματος κατά Breslow.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.

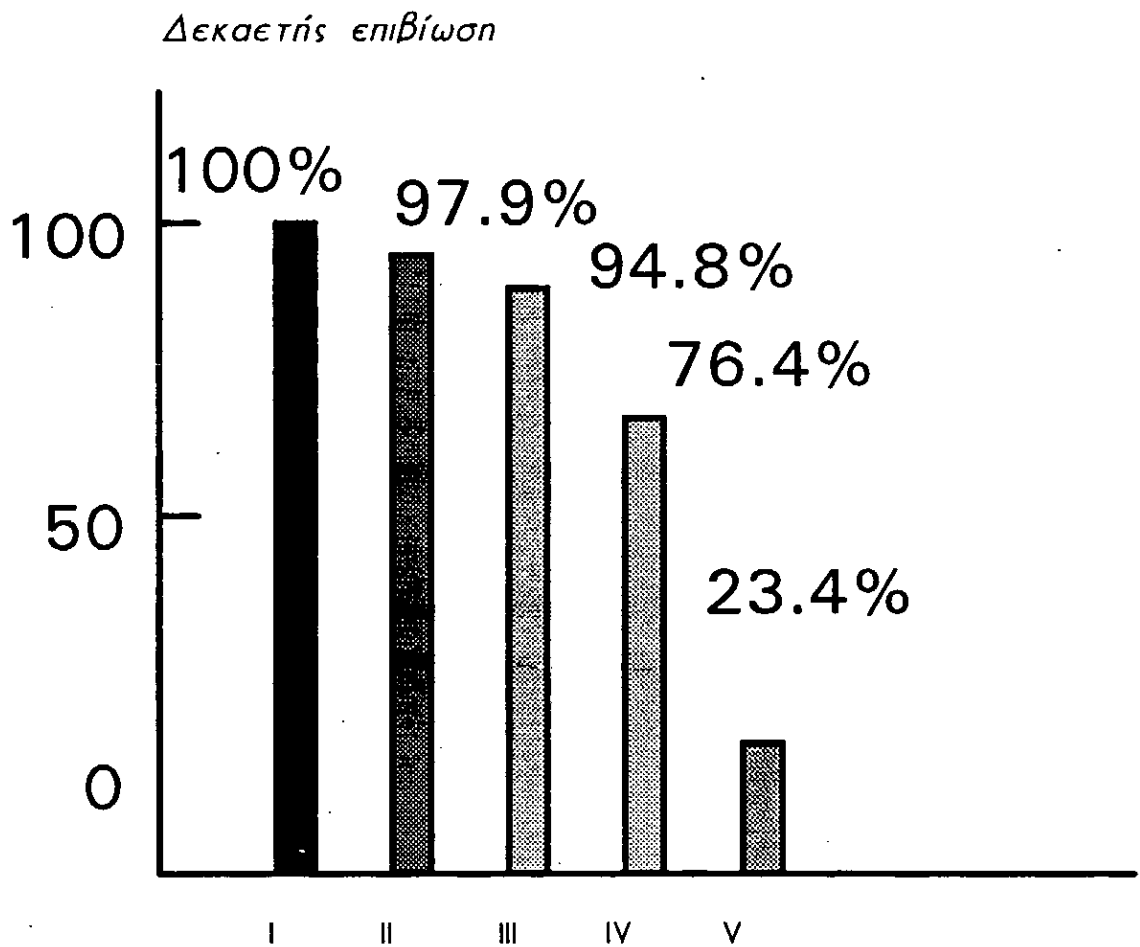
Επίπεδα διηθήσεως



Επίπεδα διηθήσεως κατά Clark.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.

Κακοήθες μελάνωμα - Επίπεδο διηθήσεως κατά Clark.

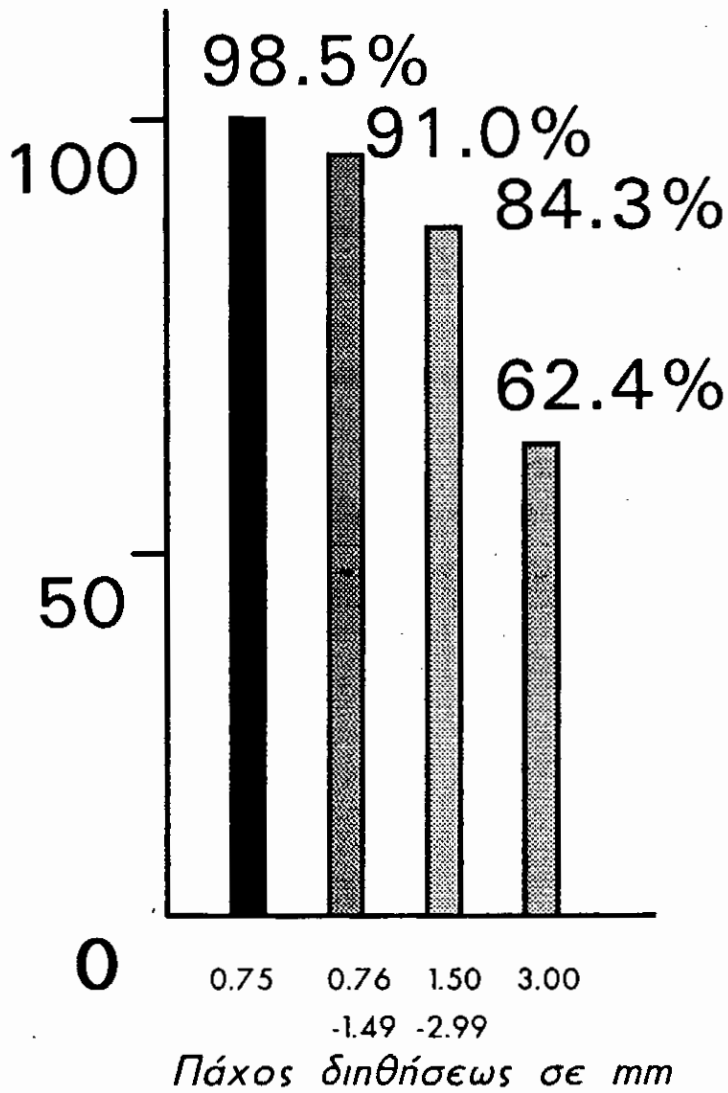


Clark Επίπεδα (N=766)

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.

Κακοήθες Μελάνωμα - Πάχος διηθήσεως
κατά Breslow.

Δεκαετής επιβίωση



ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΜΕΣΑ	ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ	ΤΟΠΟΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
Κοινό Μαθητής Φοιτητής Ειδικευόμενος Γεν. Ιατρός Νοσηλεύτρια Δερματολόγος	Διαλέξεις Φωτοεκθέσεις Τ.Υ. ενημέρωση Video Σεμινάρια Συμπόσια Κινητές κλινικές μονάδες	Οπτικοακουστικά Τ.Υ. Video	Σπίτι Σχολείο Εκκλησία Πνευματικό κέντρο Πανεπιστήμιο Νοσοκομείο Αγροτικό ιατρείο Κέντρο υγείας Ογκολογικός σταθμός Κινητή κλινική μονάδα

ΠΙΝΑΚΑΣ 12.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1) Ποιός έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να πάθει κακοήθες μελάνωμα;

- α) Ο αγρότης που εκτίθεται συνεχώς στον ήλιο
- β) Ο εργαζόμενος σε γραφείο που εκτίθεται στον ήλιο στις διακοπές του
- γ) Και οι δύο έχουν ίση πιθανότητα

2) Ποιός έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να πάθει κακοήθες μελάνωμα;

- α) Αυτός που έπαθε μερικές φορές ηλιακό έγκαυμα στη παιδική και εφηβική ηλικία.
- β) Αυτός που έπαθε μερικές φορές ηλιακό έγκαυμα στην ενήλικη ζωή
- γ) Και οι δύο έχουν ίση πιθανότητα

3) Ποιό χρώμα μαλλιών συνιστά παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη κακοήθους μελανώματος;

- α) Ξανθό
- β) Κόκκινο
- γ) Καστανό
- δ) Μαύρο

4) Ποιό άτομο κινδυνεύει να εμφανίσει κακοήθες μελάνωμα;

- α) Αυτό με πολλούς κοινούς σπίλους (> 120)
- β) Αυτό με ολιγάριθμους κοινούς σπίλους
- γ) Αυτό με κανένα κοινό σπίλο

5) Οι δυσπλαστικοί σπίλοι εξαλλάσσονται σε κακοήθες μελάνωμα.

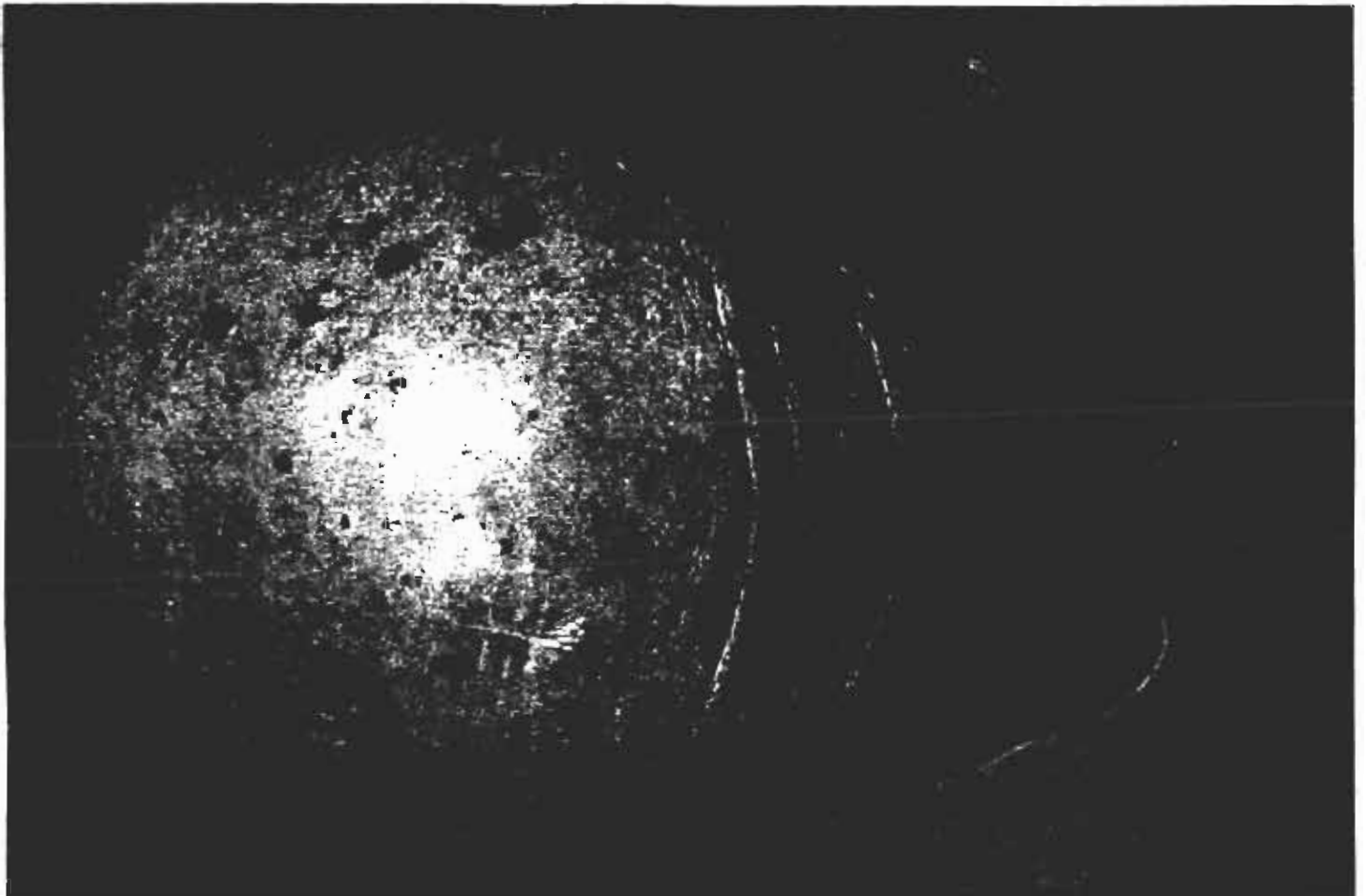
- α) 100 %
- β) 25 %
- γ) Ουδέποτε

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

	ΣΕΛΙΔΑ	ΠΗΓΗ
Πίνακας 1.	10	American Cancer Society, 1990
Πίνακας 2.	11	" Ca- Μ' ενδιαφέρει", 1994
Πίνακας 3.	19	Δ.Τσιφτσής, 1993
Πίνακας 4.	20	Χειρουργική - Τόμος α, 1987
Πίνακας 5.	21	Δ. Τσιφτσής, 1993
Πίνακας 6.	22	Δ.Τσιφτσής, 1993
Πίνακας 7.	23	Χειρουργική - Τόμος α, 1987
Πίνακας 8.	24	Χειρουργική - Τόμος α, 1987
Πίνακας 9.	28-29	Atlas of Malignant and Premalignant dermatoses, 1984
Σχεδιάγραμμα 1.	Παράρτημα Α	Γ. Οικονόμου, 1992
Σχεδιάγραμμα 2.	Παράρτημα Α	Γ. Οικονόμου, 1992
Σχεδιάγραμμα 3	35	
Πίνακας 10.	39	Δ. Πεκτασίδης, 1992
Πίνακας 11.	41	Δ.Τσιφτσής, 1993
Σχεδιάγραμμα 4.	Παράρτημα Α	Γ. Οικονόμου, 1992
Σχεδιάγραμμα 5.	Παράρτημα Α	Γ. Οικονόμου, 1992
Σχεδιάγραμμα 6.	56	



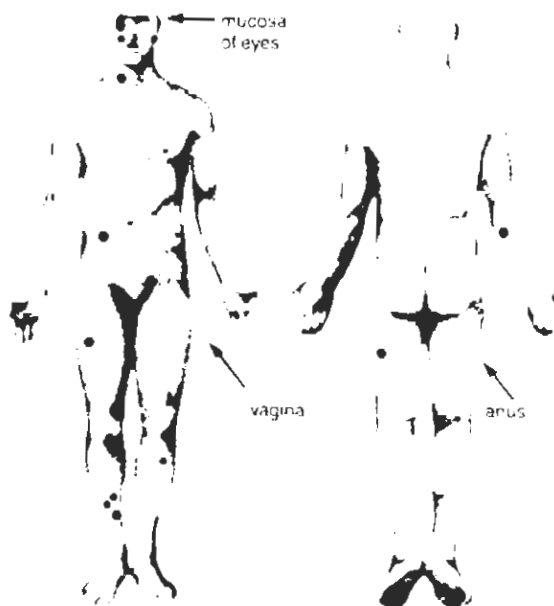
ΕΙΚΟΝΑ 1. Υπονύχιο μελάνωμα στο μεγάλο δάκτυλο του αριστερού ποδιού



ΕΙΚΟΝΑ 2. Πολλαπλές ελαφρά διηθημένες μελαγχρωματικές βλάβες



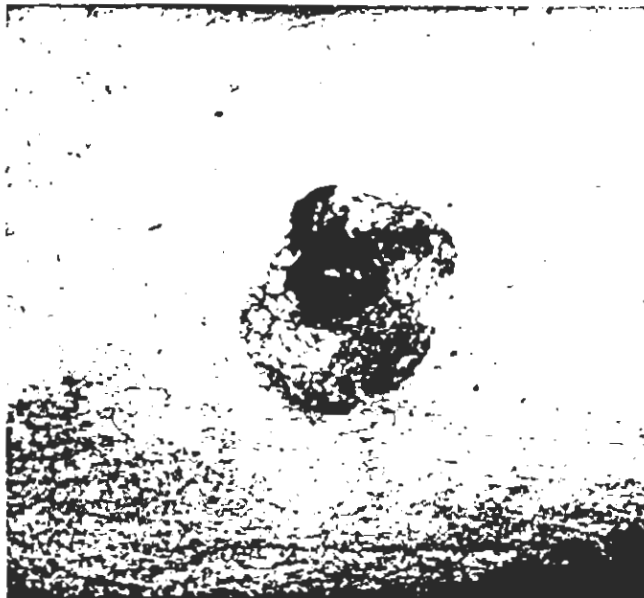
ΕΙΚΟΝΑ 3. Φακιδοειδές μελάνωμα στην πίσω πλευρά του δεξιού αυτιού, με οκανόνιστα όρια



ΕΙΚΟΝΑ 4. Θέσεις εντόπισης μελανώματος



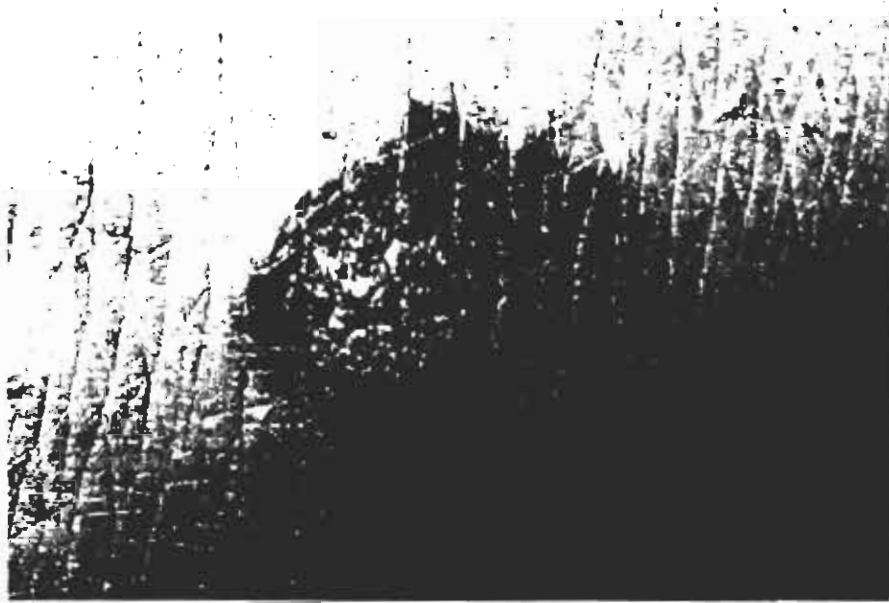
ΕΙΚΟΝΑ 5. Επιπολής διάχυτο μελάνωμα της κροταφικής χώρας



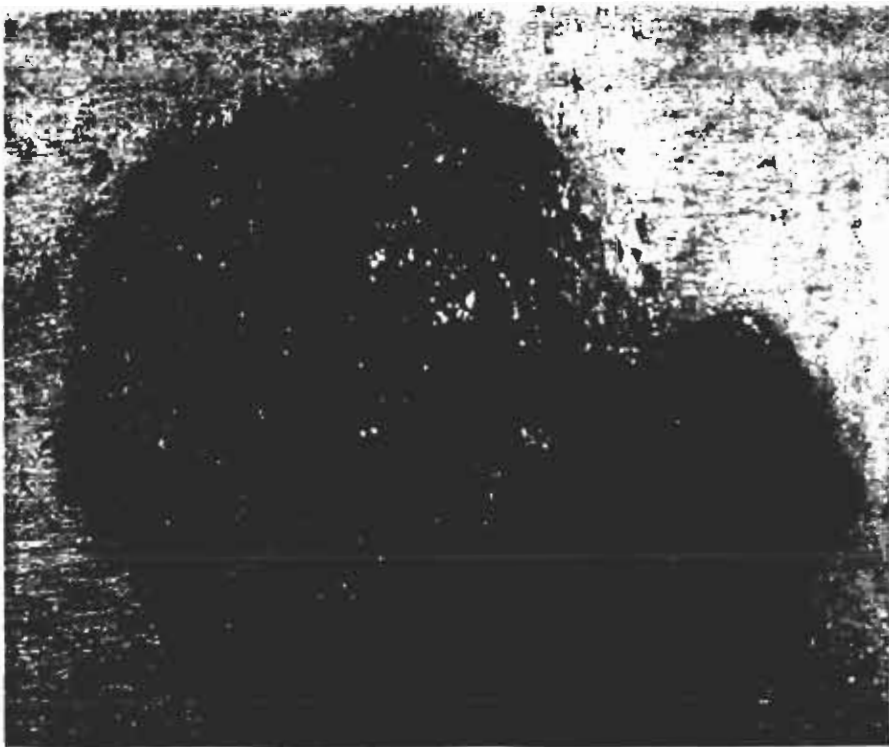
ΕΙΚΟΝΑ 6. Οζώδες μελάνωμα αναπτυσσόμενο σε προϋπάρχοντα σίλα του μηρού



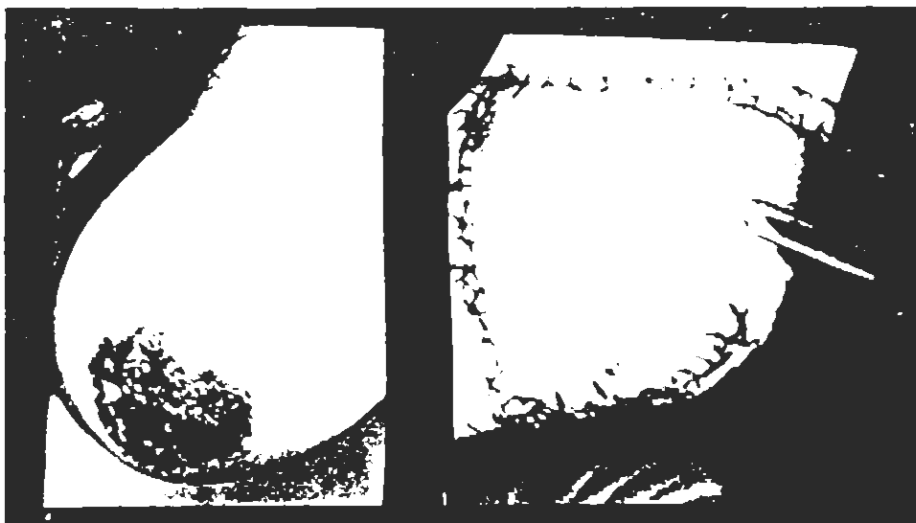
ΕΙΚΟΝΑ 7. Ασθενής με σύνδρομο δυσπλαστικών σπύλων



ΕΙΚΟΝΑ 8. Οζώδες μελάνωμα με περιφερική επέκταση



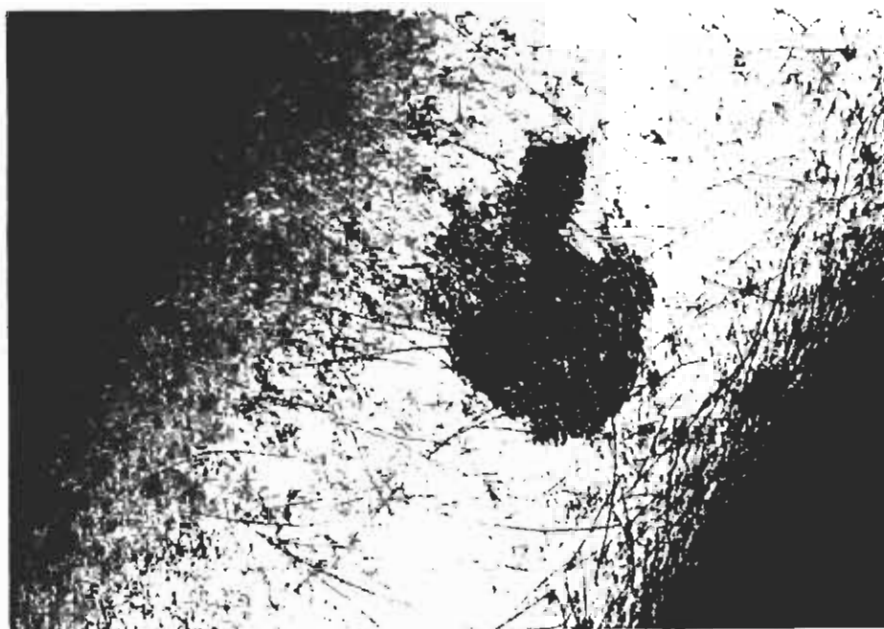
ΕΙΚΟΝΑ 9. Εξελκωμένη βλάβη με ακανάνιστα άκρα



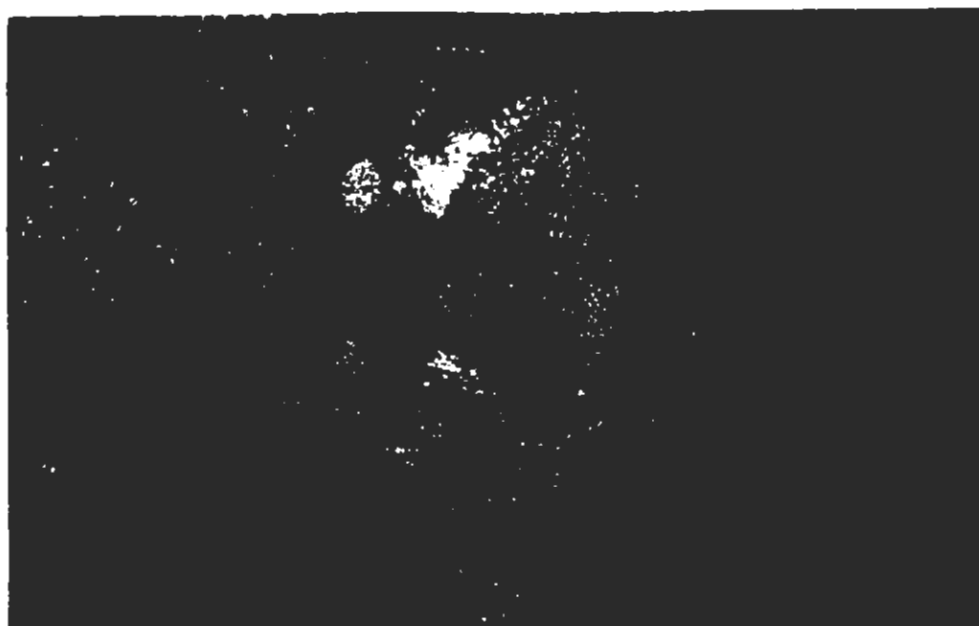
ΕΙΚΟΝΑ 10. Αριστερά: Επιπολής διάχυτο μελάνωμα της πτέρνας.
Δεξιά: Αφαίρεση του μελανώματος με 3-4 εκ. υγιούς
δέρματος και κάλυψη με δερματικό μόσχευμα μερικού
πάχους.



ΕΙΚΟΝΑ 11. Εκτομή του μελανώματος και σύγχρονη αφαίρεση
των σύστοιχων τραχηλικών λεμφαδένων



ΕΙΚΟΝΑ 12. Χαρακτηριστική βλάβη φακιδοειδούς μελανώματος στο βραχίονα.



ΕΙΚΟΝΑ 13. Εξελκωμένη βλάβη υπονύχιου μελανώματος του αντίχειρα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αθανάτου Κ.Ε. : " Κλινική Νοσηλευτική - Βασικές και ειδικές νοσηλείες". Εκδόσεις: Γραφικές τέχνες Γ. Παπανικολάου, Αθήνα 1991.
- Αλεξόπουλος Α. : " Ενημέρωση ασθενών για συστηματική θεραπεία". Σεμινάρια ογκολογίας, περιλήψεις ομιλιών, τόμος Α', Αθήνα, Οκτώβριος 1992.
- Αραπαντώνη - Δαδιώτη Π.: "Αυτόματη υποστροφή μελανωμάτων ". Ιατρική, 62 : 84 - 86, 1992.
- Βαρελτζίδα Α.: " Παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη κακοήθους μελανώματος ". Σεμινάριο με θέμα : κακοήθες μελάνωμα, Αθήνα, Οκτώβριος 5 - 7, 1992. .
- Βενιζέλος Μ.: " Η συμβολή του γενικού γιατρού στην πρόληψη του καρκίνου". Σεμινάρια ογκολογίας, περιλήψεις ομιλιών, τόμος Β', Αθήνα, Οκτώβριος 1992.
- Bibbings J. : " Nursing care study: malignant melanoma". Nursing Times, 29: 186 - 189, January 1981.
- Blois M. S./Sagebiel R.W./Abarbanel R.M. et al.: "Malignant melanoma of the skin. I. The association of tumor depth, and type, and patient sex, age and site with survival". Cancer 52: 1330 - 1341, 1983.
- Beretta G.: " Cancer Chemotherapy Regimens". Farmitalia Carlo Erba S. P. A., Milano, 1983.
- Canirares O.: "Atlas of malignant and premalignant dermatoses". Schering Corporation, U.S.A. 1984,(Kenilworth, New Jersey).
- Cascinelli N./Vander Esch P./Breslow A. et al.: " Stage I melanoma of the skin: the problem of resection margins".

Eur. J. Cancer 16: 1079 - 1085, 1980.

Δασκαλοπούλου Δ./Τριχίλης Ε. : " Κυτταρολογική διαγνωστική προσέγγιση κακοήθων πρωτοπαθών όγκων του δέρματος". Ιατρική, 57: 169 - 174, 1990.

Δοντάς Ν.: " Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στην πρόληψη του καρκίνου". Ca M' ενδιαφέρει 7:24 - 25, Μάιος-Ιούνιος, 1994.

Dorothy Jones: " Subungual melanoma of the left big toe". Nursing times, 11: 1026 - 1028, June 1981.

Fraser M./Deborah Mc Guire: " Skin cancer' s - early warning system". American Journal of Nursing, 84: 1232 - 1236, October 1984.

Καπετανάκης Ι.: " Δερματολογία - Αφροδισιαλογία". Δεύτερη έκδοση. Εκδόσεις: Γρηγόριος Κ. Παρισιανός, Αθήνα 1971.

Κορδιολής Ν./Βουτζούλιας Σ.: " Γενικές αρχές αποκαταστάσεως - Ποιότητα ζωής". Σεμινάρια ογκολογίας, περιλήψεις ομιλιών, τόμος Α', Αθήνα, Οκτώβριος 1992.

Μαλγαρινού Μ.Α./Κωνσταντινίδου Σ.Φ.: " Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική". Τόμος Α', έκδοση 12η, εκδόσεις: "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1989.

Μαλγαρινού Μ.Α./Κωνσταντινίδου Σ.Φ.: " Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική". Τόμος Β', μέρος 2^ο, έκδοση 13η, εκδόσεις: "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1990.

Μπαλάς Π.: " Χειρουργική". Τόμος α', εκδόσεις: Ιατρικές εκδόσεις - Π.Χ.Πασχαλίδης, Αθήνα 1987.

Narth N.Q " Malignant melanoma". Nursing Times, 14: 27 - 30, September 1983.

Οικονόμου Γ./Παπούλιας Α./Μωϋσής Ι.: " Κακοήθες μελάνωμα". Οφθαλμολογικά Χρονικά, τόμος 22, τεύχος 1: 45 - 50, Ιανουάριος - Μάρτιος 1985.

Οικονόμου Γ.: " Επιμόρφωση του κοινού για την πρόληψη και

- έγκαιρη διάγνωση του κακοήθους μελανώματος". Σεμινάριο με θέμα: κακοήθες μελάνωμα, Αθήνα, Οκτώβριος 5 - 7, 1992.
- Οικονόμου Γ.: " Μελάνωμα", Ca M' ενδιαφέρει, 7: 6 - 9, Μάιος - Ιούνιος, 1994.
- Πυλογιώργης Γ./Οικονόμου Γ.: " Αντιμετώπιση των "INTRANSIT" ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ μελάνωματος με "Perfusion" ". Σεμινάριο με θέμα : κακοήθες μελάνωμα, Αθήνα, Οκτώβριος 5 - 7, 1992.
- Schwartz/Shires/Spencer/Storer.: " Principles of Surgery", 4th edition, international edition: Mc Graw-Hill Book Company - Singapore-1985.
- Σκαλίδης Ι. : " Επιδημιολογία κακοήθους μελανώματος". Σεμινάριο με θέμα : κακοήθες μελάνωμα, Αθήνα, Οκτώβριος 5 - 7, 1992.
- Στρατηγός Ι. " Καρκίνος του δέρματος", Ca M' ενδιαφέρει, 7: 6 - 9, Μάιος - Ιούνιος, 1994.
- Τζωρτζής Γ.Δ./Σταθόπουλος Γ. : " Διαθερμική ενδαρτηριακή χημειοθεραπεία με προσωρινό καθετηριασμό". Ελληνική Ακτινολογία, 21; 102 - 108, 1990.
- Τριχίλης Ε. : " Ο ρόλος της ηλιακής ακτινοβολίας στον καρκίνο του δέρματος. - Μύθος ή πραγματικότητα;" Ca M' ενδιαφέρει, 2: 13 - 14, Επανάδοση, 1993.
- Τσιφτσής Δ. : "Νεοπλασίες εκ μελανοκυττάρων". Τομή και Φροντίδα, 17: 12 - 21, Β' έκδοση, 1993.
- Χειμωνίτση-Κυπρίου Β./Βαδαλούκα Α./Ευτυχίδα Ε./Μπαθρέλου Σ. : "Γιατρέ πονάω". Ca M' ενδιαφέρει, 6: 32 - 33, Μάρτιος - Απρίλιος, 1994.

