

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:
**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ
ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ**

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:

ΚΥΡΙΑΚΗ ΝΑΝΟΥ



Σπουδάστρια:

ΤΣΟΥΚΑΛΗ ΣΤΑΜΑΤΙΑ

ΠΑΤΡΑ, ΑΠΡΙΛΙΟΣ 1995

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1582
----------------------	------

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	ΣΕΛΙΔΕΣ
Πρόλογος ,	3
Κεφάλαιο 1ο	4
Εισαγωγή	4
α. Ανατομία του γεννητικού συστήματος	6
β. Φυσιολογία του γεννητικού συστήματος	7
Κεφάλαιο 2ο	10
α. Επιδημιολογία	10
β. Αιτιολογία	11
γ. Παθολογία του τραχήλου της μήτρας	12
δ. Διάγνωση	14
1. Ιστορικό	15
2. Φυσική εξέταση	16
3. Κλινική	16
4. Ειδικές εξετάσεις	16
ε. Πρόγνωση	17
στ. Συμπτώματα-στάδια	19
ζ. Θεραπεία	21
1. Χειρουργική επέμβαση	24
2. χημειοθεραπευτική παρέμβαση-Ακτινοθεραπεία	26
3. Υποτροπές και παρενέργειες	27
4. Παρακολούθηση της Ασθενούς	28
Κεφάλαιο 3ο	30
Νοσηλευτική φροντίδα	30
α. Εισαγωγή ασθενούς στο Νοσοκομείο	30
1. Συντηρητική θεραπεία	35
2. Προεγχειρητική	37
3. Μετεγχειρητική	39
β. Μετεγχειρητικές επιπλοκές	40
γ. Αποκατάσταση	42

Κεφάλαιο 4ο	44
Νοσηλευτική διεργασία	45
1η περίπτωση	45
2η περίπτωση	48
Επίλογος	50
Βιβλιογραφία	52

Πρόλογος

Αναμφισβήτητα ο τομέας της ογκολογικής Νοσηλευτικής είναι ένας τομέας γεμάτος προκλήσεις. Σήμερα αρχίζει να ανατέλει η πίστη πως η άσκηση της ογκολογικής Νοσηλευτικής-εκτός από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει-έχει και πολλές ικανοποιήσεις, επειδή η νοσηλεύτρια παίζει σπουδαίο ρόλο στην πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου.

Η νοσηλεύτρια παίζει σπουδαία το ρόλο του διαφωτιστού του κοινού σε θέματα που αφορούν τα πρώιμα συμπτώματα του καρκίνου και της σκοπιμότητα της συστηματικής περιοδικής εξέτασης.

Προσφέρει ψυχολογική και φυσική τόνωση στον άρρωστο που πάσχει από ασθένεια, η οποία απειλεί τη ζωή του.

Όλοι οι ασθενείς που ξέρουν ότι πάσχουν από καρκίνο έχουν ψυχολογικά επηρεαστεί από την πραγματικότητα αυτή και έχουν ανάγκη από μία νοσηλεύτρια, που θα χρησιμοποιεί όλες τις γνώσεις και τις δεξιότητές της όταν τους νοσηλεύει.

Η εργασία μου αυτή δίδει πληροφορίες που βοηθούν τους νοσηλευτές για την καλλίτερη Νοσηλευτική φροντίδα του τραχήλου της μήτρας.

Κεφάλαιο 1ο

Εισαγωγή-Στατιστικά στοιχεία

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας πρωτοεμφανίστηκε το 1928 από τον διεθνή φήμη Ελληνοαμερικανό υπήκοο Γεώργιο Παπανικολάου. Επινόησε μέθοδο διάγνωσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας που φέρει και τ'όνομά του, το γνωστό σε όλους TEST PAP.

Είναι πιο συχνός στις ηλικίες 35-55 ετών, αλλά μπορεί και να εμφανιστεί και σε οποιαδήποτε άλλη ηλικία. Αναπτύσσεται συχνότερα στις πολύτοκες και σε αυτές που είχαν σεξουαλική δραστηριότητα σε πολύ νεαρά ηλικία. Ιογενείς και χρόνιες λοιμώξεις καθώς και εξελκώσεις του τραχήλου φαίνεται ότι παίζουν σπουδαίο ρόλο στην ανάπτυξη της νόσου.

Από στατιστική μελέτη έχει εκτιμηθεί ότι περίπου το 2% όλων των γυναικών μετά την ηλικία των 40 ετών θα αναπτύξουν καρκίνο. Η συχνότητα θανάτου ποικίλει από χώρα σε χώρα.

Η προσφορά υπηρεσιών στον άνθρωπο που έχει καρκίνο είναι σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα αλλά και σπουδαιότερα καθήκοντα που δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα.

Από στατιστικά στοιχεία του 1979, ο καρκίνος αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στην Ελλάδα.

Χιλιάδες άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρκίνο και σε μεγαλύτερο ακόμη αριθμό ατόμων ο καρκίνος υποχρεώνει αλλαγή στον τρόπο ζωής τους.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ένας από

τους συχνότερους καρκίνους, που εμφανίζεται στις γυναίκες και κατέχει τη δεύτερη θέση σε συχνότητα μετά τον καρκίνο του μαστού. Αν και γενικά η ογκολογία έχει προχωρήσει σε μεγάλο βαθμό, δημιουργώντας ξεχωριστή επιστήμη για κάθε είδος καρκίνου ξεχωριστά, εν τούτοις ο καρκίνος τραχήλου εμφανίζει τις μεγαλύτερες ιδιαιτερότητες θεωρητικής προσπέλασης.

Η εργασία που εκτίθεται στη συνέχεια είναι μία προσπάθεια ανάλυσης και συγκερασμού στοιχείων που περιλαμβάνονται στη διάγνωση, τα προβλήματα και τη θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Για την κατανόηση της νόσου, παρατίθενται στοιχεία ανατομίας του γεννητικού συστήματος και επιχειρείται η εξέταση της ασθένειας μέσω της διάγνωσης της συμπτωματολογίας και της κλινικής εξέτασης της ασθενούς.

Επισημαίνονται όλες οι διαδικασίες από τις οποίες περνά κάθε ασθενής, μέχρι την εγχειρητική επέμβαση και την αποκατάστασή της.

Ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί στην προεγχειρητική φροντίδα και την περιποίηση της ασθενούς μετά την επέμβαση καθώς επίσης και την συναισθηματική κατάσταση την οποία βρίσκεται ακριβώς εξαιτίας της ασθένειας θα ήταν περιττό να αναφέρουμε το σημαίνοντα ρόλο του Νοσηλευτή-τριας σ'όλες τις φάσεις της ασθένειας, ξεκινώντας από την πιο απλή εξέταση ως την έξοδο της ασθενούς από το Νοσοκομείο.

Ακολουθεί η αναλυτική παρουσίαση της εργασίας.

α) Ανατομία του γεννητικού συστήματος

Διακρίνεται σε έξω γεννητικά όργανα και έσω.

Τα έξω γεννητικά όργανα αποτελούνται απο:

1. Τα μεγάλα χείλη, 2. τα μικρά χείλη, 3. την κλετορίδα, 4. τον πρόδρομο του κολεού με έδαφος τον παρθενικό υμένα.

Τα έσω γεννητικά όργανα αποτελούνται απο τον α) κόλπο την β) μήτρα.

Η μήτρα αποτελείται απο τρείς στιβάδες: 1. βλενογόνο 2. μυομήτριο, 3. ορογόνο.

γ) σάλπιγγες, δ) ωοθήκες.

Η μήτρα είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο, το μεγαλύτερο απο τα εσωτερικά γεννητικά όργανα, και βρίσκεται μεταξύ ουροδόχου κύστης και απευθυσμένου. Εμφανίζει σχήμα αχλαδιού, έχει μήκος 7,5CM πλάτος 5CM, πάχος 2,5CM και ζυγίζει 45-60GR. Διαιρείται σε τρία μέρη:

α) στον πυθμένα, το πάνω κλυκοτερές τμήμα.

β) στο σώμα, το μέσο κύριο μέρος και

γ) στον τράχηλο, το κατώτερο λεπτό μέρος που χωρίζεται απο το σώμα με τον ισθμό.

Φυσιολογικά βρίσκεται σε πρόσθια κλίση και κάλυψη και στηρίζεται στη θέση της κυρίως δια του κόλπου πάνω στο περίνεο, γι' αυτό και τυχόν ρήξη του περινέου μπορεί να προκαλέσει πρόπτωση της μήτρας.

Ο τράχηλος χωρίζεται απο το σώμα της μήτρας με μία ινομυϊκή σύνδεση το έσω τραχηλικό στόμιο. Έχει μήκος 2,5 3 εκ. είναι πιο στενός απο το σώμα και παρουσιάζει κυλινδρικό σχήμα. Διακρίνεται στην ενδοκολπική μοίρα, η οποία

βρίσκεται μέσα στον κόλπο και περιβάλλεται από τον κολπικό θόλο και στην υπερκολπική μοίρα, η οποία χωρίζεται προς τα εμπρός από την κύστη με την παρεμβολή κυτταροβριθούς συνδετικού ιστού, ο οποίος επεκτεινόμενος προς τα πλάγια μεταξύ των πετάλων του πλατέως συνδέσμου, καλείται παραμήτριο. Ο αυλός του τραχήλου λέγεται ενδοτράχηλος, η υφή του τραχήλου δεν είναι όμοια με την υφή του σώματος της μήτρας γιατί α) το μεγαλύτερο τμήμα δεν καλύπτεται από ορογόνο χιτώνα, β) έχει περισσότερο συνδετικό ιστό και γ) δεν διαθέτει συσταλτικότητα.

β. Φυσιολογία του γεννητικού συστήματος.

Μοθηκικός κύκλος.

Από την εγκατάσταση της ήβης μέχρι την εμμηνόπαυση στο γεννητικό σύστημα του θήλεος συμβαίνουν κυκλικές μεταβολές τόσο στις ωοθήκες, όσο και στο ενδομήτριο, κόλπο, τράχηλο με σημείο αφετηρίας την έμμηνο ρήση.

Πρωτεύοντα ρόλο παίζει το σύστημα υποθάλαμος-υπόφυση. Από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης εκκρίνονται ορμόνες που έχουν σαν σκοπό:

- α) F.S.H. την ωρίμανση του ωοθυλακίου.
- β) L.H. την πρόκληση ωορηξίας μαζί με την F.S.H.
- γ) προλακτίνη που σχετίζεται τόσο με τη γαλακτοφορία όσο και την εκκριτική λειτουργία του ωχρού σωματίου.

Η ωδοθήκη δέχεται την επίδραση των γοναδοτροπινών και με την (α) F.S.H. ωριμάζει το ωοθυλάκιο, η κοκκώδης στιβάδα του οποίου εκκρίνει τα οιστρογόνα που προκαλούν:

1. υπερπλασία της μήτρας

2. υπερτροφία του ενδομητρίου
3. υπερκεράτωση του επιθηλίου του κόλπου
4. έκκριση τραχηλικής βλέννης
5. Δευτερογενείς χαρακτήρες του φύλου.

Με την (β) L.H. προκαλείται η ωορηξία και η μετατροπή της θήκης του ωαρίου σε ωχροό σωματίο που εκκρίνει την προγεστερόνη με την οποία τροποποιείται:

- η υφή του ενδομητρίου
- μετριάζεται η κερατινοποίηση του επιθηλίου του κόλπου και
- τροποποιείται η έκκριση της τραχηλικής βλέννης.

Η ζωή του ωχρού σωματίου είναι φυσιολογικά 14 μέρες.

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

Το ΡΗ της τραχηλικής βλέννης από καθαρά αλκαλικό (7,5) που είναι στη διάρκεια της πρώτης φάσης του κύκλου, γίνεται λιγότερο αλκαλικό και μερικές φορές και όξινο μετά την ωοθυλακιορρηξία και ακόμα περισσότερο προς το τέλος της δεύτερης φάσης.

Στο ενδοτραχηλικό επιθήλιο, το οποίο επενδύει τις διάφορες, μικροκρύπτες και σχισμές του τραχήλου, παράγεται κάτω από την επίδραση των ορμονών της ωοθήκης η τραχηλική βλέννα.

Άλλοτε πιστευόταν ότι η βλέννη αυτή προερχόταν από έκκριση ενδοτραχηλικών αδένων που όμως σήμερα αποδείχτηκε ότι δεν υπάρχουν. Αντίθετα με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο βρέθηκαν πολλές μικροσχισμές, αύλακες και σήραγγες στην περιοχή αυτή, στην οποία και πρωτοεμφανίζεται η παραγωγή της βλέννας.

Η φυσιολογική ποσότητα της βλέννης που παράγεται κάθε μέρα υπολογίζεται κατά προσέγγιση σε 20-40 MG, αλλά με την οιστρογονική επίδραση μπορεί και να δεκαπλασιαστεί.

Η χημική σύσταση της βλέννης παρουσιάζει μεταβολές στη διάρκεια του κύκλου.

Βασικά η βλέννη αποτελείται από νερό, πρωτεΐνες ανόργανα συστατικά και ένζυμα. Η περιεκτικότητα σε νερό βρίσκεται στη μεγαλύτερη αναλογία κατά την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας ενώ είναι ελαττωμένη στην αρχή και στο τέλος του κύκλου. Αντίστοιχες μεταβολές παρουσιάζουν και οι διάφορες ουσίες της τραχηλικής βλέννης. Πριν από την ωορηξία η τραχηλική βλέννη είναι παχύρρευστη και γεμάτη λευκοκύτταρα. Τη στιγμή όμως της μεγαλύτερης οιστρογονικής παραγωγής, η βλέννη γίνεται λεπτόρρευστη, πιο υδαρή αλκαλικότερη και χωρίς κανένα κυτταρικό στοιχείο μέσα της.

Χαρακτηριστικές οι μεταβολές της τραχηλικής βλέννης και χρησιμοποιούνται και σαν δείκτης για την διαπίστωση της ωοθυλακιορρηξίας.

Μεταβολή επίσης γίνεται και στη οξεοβασική ισορροπία και το PH της βλέννης.

Κεφάλαιο 2ο

Ιατρικό Μέρος

α. Επιδημιολογικά στοιχεία.

Η επιδημιολογία και η αιτιολογία του καρκίνου του τραχήλου έχουν μελετηθεί ιδιαίτερα, ίσως περισσότερο απ' οποιοδήποτε άλλο είδος καρκίνου.

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν αποδείξει, ότι τα αντισώματα κατά του ιού εμφανίζονται ιδιαίτερα συχνά στον όρο του αίματος των κοινών γυναικών και σπάνια στις παρθένες και τις καλόγριες. Υπάρχει επίσης λογική χρονική συσχέτιση μεταξύ της λοιμώξεως από τον ιό και της ανάπτυξης του καρκίνου.

Η ερπητική μόλυνση είναι πολύ σπάνια πριν από την εφηβεία, και η μέση ηλικία στην οποία παρουσιάζεται είναι τα 20 χρόνια.

Η παρακολούθηση γυναικών με έρπητα γεννητικών οργάνων επί ένα έως έξι χρόνια απέδειξε την ανάπτυξη δισπλασιών και καρκίνου 14 SITU σε συχνότητα δύο και οκτώ φορές μεγαλύτερη, απ' ό,τι σε υγιείς. Ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου παρουσιάζουν αντισώματα κατά του ιού του έρπητα σε ποσοστό, μεγαλύτερο απ' ό,τι οι υγιείς γυναίκες και το γεγονός αφορά ιδιαίτερα ασθενείς σε νεαρά ηλικία.

Κίνδυνο ανάπτυξης Ca τραχήλου παρουσιάζουν επίσης τα κορίτσια εκείνα, στις μητέρες των οποίων χορηγήθηκε δισθυλοστιλβεστρόλη ή άλλα συνθετικά οιστρογόνα, στη διάρκεια των πρώτων 17 εβδομάδων της κύησης. Η νόσος εμφανίζεται σε ποσοστό 4:1000 στη διάρκεια της εφηβείας

ή αργότερα και εμφανίζει τον τύπο του διαγοκυτταρικού καρκινώματος.

Μεγαλύτερο ακόμη ποσοστό των κοριτσιών αυτών παρουσιάζει δυσπλαστικές αλλοιώσεις του επιθηλίου του τραχήλου ή του κόλπου.

β. Αιτιολογικά στοιχεία

Η ανάπτυξη της νόσου σχετίζεται άμεσα με τη σεξουαλική ζωή της γυναίκας.

Είναι συχνότερη στις γυναίκες, που αρχίζουν τις σεξουαλικές επαφές σε μικρή ηλικία, έχουν πολλούς ερωτικούς συντρόφους και αναφέρουν αφροδίσια νοσήματα. Παρουσιάζεται επίσης συχνότερα σε γυναίκες χαμηλών κοινωνικών και οικονομικών τάξεων. Αντίθετα είναι σπάνια στις παρθένες και στις καλόγριες.

Ο καρκίνος του τραχήλου είναι λιγότερο συχνός στις εβραίες και τις Μωαμεθανές δηλαδή στις συζύγους ανδρών που έχουν υποβληθεί σε περιτομή. Η καλύτερη υγιεινή των ανδρών αυτών και η απουσία σμήγματος το οποίο έχει ενοχοποιηθεί ως αιτιολογικός παράγων, θεωρήθηκαν ως υπεύθυνοι παράγοντες της μικρότερης συχνότητας της νόσου.

Έχει αναφερθεί επίσης ότι οι τραυματισμοί του τραχήλου κατά τη διάρκεια τοκετών που γίνονται σε νεαρές ηλικίες σχετίζονται αιτιολογικά με τη νόσο.

Η άποψη αυτή υποστηρίζεται από το γεγονός, ότι οι Ινδές, που παντρεύονται και γεννούν συνήθως πριν από την ηλικία των 20 χρόνων, παρουσιάζουν τη νόσο νωρίτερα. Εδώ θα μπει η απεικόνιση.

Έχει υποστηριχθεί επίσης ότι το σπέρμα περιέχει παράγοντες που προκαλούν κακοήγη εξαλλαγή στο επιθήλιο του τραχήλου, αλλά επόδειξη για την υπόθεση αυτή δεν έχει δοθεί.

Η συσχέτιση της σεξουαλικής δραστηριότητας με τον καρκίνο του τραχήλου οδήγησε στη σκέψη της ιογενούς αιτιολογίας της νόσου.

Ο ιός έρπητα τύπου 2 (HVS-2), ο οποίος προσβάλλει τα γεννητικά όργανα και μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή, έχει ενοχοποιηθεί ως καρκινογενετικός παράγοντας.

Το αντισυλληπτικό χάπι, τέλος σχετίζεται με αύξηση της συχνότητας των δυσπλασιών του τραχήλου, οι κυτταρικές όμως αλλοιώσεις, που παρατηρούνται, έχουν περισσότερο το τύπο της μεταπλασίας παρά της δυσπλασίας.

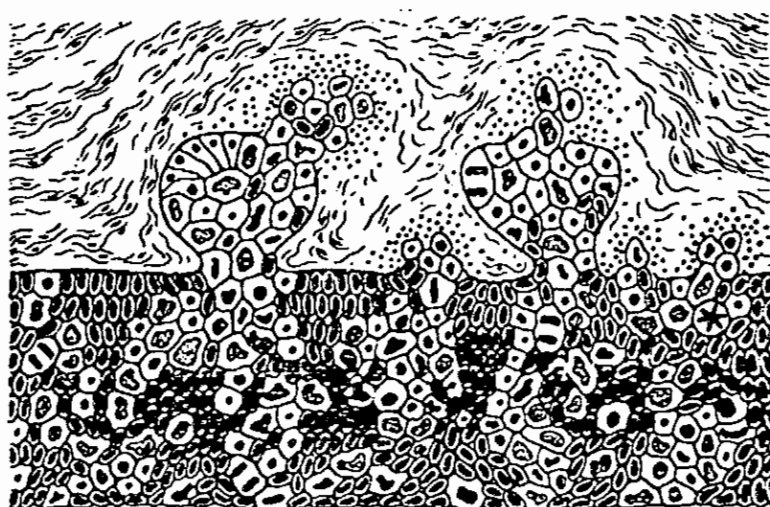
γ. Παθολογία του τραχήλου της μήτρας.

Αρχικά ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζει μία βραδεία εξέλιξη. Πολλές φορές εμφανίζεται σαν μία βαρειά δυσπλασία που βαθμιαία με την πάροδο του χρόνου καταλήγει σε ενδοεπιθηλιακό καρκίνο (IN SITU). Σε πολλές περιπτώσεις, η προδιηθητική μορφή του παραμένει στάσιμη για 7-10 χρόνια. Στο διάστημα αυτό όμως μπορεί να επεκταθεί κατ'επιφάνεια σε μεγαλύτερη περιοχή, τόσο προς το πλακώδες όσο και προς το κυλινδρικό επιθήλιο. Τελικά, διασπά το φραγμό της βασικής μεμβράνης και προχωρεί σε βάθος μέσα στο υποκείμενο χόριο. Όταν η διήθηση δεν ξεπερνάει τα 2χιλ. κάτω από τη βασική μεμβράνη, θεωρείται ακόμη τοπική νόσος υπο την προϋπόθεση, ότι δεν υπάρχουν

ενδείξεις διηθήσεως αγγείων.

Το ενδιαμέσο αυτό στάδιο, μεταξύ του ενδοεπιθηλιακού καρκινώματος και του κλινικού διηθητικού καρκινώματος, αποτελεί το μικροδιηθητικό καρκίνωμα.

Η βασική διαφορά του μικροδιηθητικού από το ενδοεπιθηλιακό είναι η διάσπαση της βασικής μεμβράνης και η διήθηση του στρώματος σε μικρό βάθος.



Μικροδιηθητικό καρκίνωμα. Η ασική μεμβράνη διασπάται σε διάφορα σημεία της και παρατηρείται διήθηση του στρώματος.

Από τον κλινικό διηθητικό καρκίνο διαφέρει, διότι παρουσιάζει καλύτερη πρόγνωση και πολύ μικρότερο ποσοστό υποτροπών. Αυτό οφείλεται στη μικρή διήθηση του στρώματος, τα αγγεία του οποίου, αιμοφόρα και λεμφοφόρα, φτάνουν συνήθως μέχρι την απόσταση των 5 χιλιοστών από τη βασική μεμβράνη. Η διάγνωση του μικροδιηθητικού καρκινώματος γίνεται με την προσεκτική ιστολογική εξέταση υλικού κωνοειδούς εκτομής, κατά την οποία καθορίζονται, εκτός από το βάθος της διηθήσεως και την απουσία καρκινικών κυττάρων στα αιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία, η κατά πλάτος διά-

μετρος της βλάβης και η παρουσία ή όχι νόσου στα εγχειρητικά όρια της εκτομής.

Βαθύτερη πάντως διήθηση μέσα στο στρώμα περικλείει τον κίνδυνο δημιουργίας αιματογενών ή λεμφογενών μεταστάσεων. Εκτός όμως απο τις μεταστάσεις, ο όγκος μπορεί να επεκταθεί και τοπικά κατά συνέχεια ιστού προς τον κόλπο ή προς το ενδομήτριο ή προς τα παραμήτρια αν μείνει χωρίς θεραπεία. Σε πιο προσωρημένα στάδια καταλαμβάνει την κύστη και τους ουρητήρες και μπορεί να προκαλέσει θάνατο απο ουραιμία.

Η τραχηλίτιδα αποτελεί φλεγμονή του έξω τραχήλου κατά την οποία παρατηρείται έλλειψη πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου. Κλινικώς εκδηλούται απο βλενώδη κολπική υπερέκκριση, κυτταρολογικώς επικρατούν στοιχεία φλεγμονής. Η ασθενής αναφέρει οσφυαλγία και συχνά μετά τη συνουσία παρατηρείται αίμα.

Αν και η πρόληψη είναι ο ιδεώδης τρόπος αντιμετώπισης του καρκίνου ή έγκαιρη διάγνωση και η αφαίρεση των προκαρκινικών αλλοιώσεων είναι ο δεύτερος στη σειρά καλύτερος τρόπος αντιμετώπισεώς του.

δ. Διάγνωση του τραχήλου

Ιδιαίτερη σημασία έχει η λήψη καλού ιστορικού, το οποίο αποκαλύπτει τα ύποπτα για τη νόσο συμπτώματα. Στη γυναικολογική εξέταση, η οποία ακολουθεί τη γενική κλινική εξέταση, ο τράχηλος πρέπει να επισκοπείται με επαρκή φωτισμό ολόκληρος και προσεκτικά.

Η αμφίχειρη κολπική εξέταση ακολουθείται πάντοτε

απο την εξέταση απο το ορθό.

Το κυτταρολογικό επίχρισμα για εξέταση κατά Παπανικολάου λαμβάνεται απο τον ενδοτράχηλο τον εξωτράχηλο με τη ζώνη μεταπτώσεως και τον οπίσθιο θόλο.

Σε υποψία ύπαρξης της νόσου, εντοπίζεται η ύποπτη περιοχή και λαμβάνεται βιοψία. Άλλη διαγνωστική εξέταση είναι η κολποσκόπηση στην οποία θ'αναφερθώ στη συνέχεια.

1. Ιστορικό

Ένα προσεκτικό ιστορικό είναι απαραίτητο ο γιατρός θα πρέπει να συνηθήσει να ακούει την ιστορία του ασθενή και να συγκεντρώνει την προσοχή του στο τι προσπαθεί αυτός να του πει. Κατά τη λήψη του ιστορικού θα πρέπει ο γιατρός να προσέξει στη διερεύνηση του οικογενειακού ιστορικού, γιατί μερικές οικογένειες είναι πιο επιρρεπείς απο άλλες να αναπτύξουν συγκεκριμένους καρκίνους. Το κοινωνικό ιστορικό είναι σημαντικό, διότι ορισμένες κοινωνικοοικονομικές ομάδες εμφανίζουν υψηλότερη συχνότητα καρκίνου απο άλλες όπως ανέφερα και πριν.

Συμπερασματικά, το ιστορικό είναι ένα απο τα πιο σημαντικά μέρη της εξέτασης. Γι'αυτό η λήψη του θα πρέπει να γίνεται απο γιατρό που θα έχει τις γνώσεις και το υπόβαθρο να ξεχωρίσει τα σημαντικά στοιχεία που πρέπει να διερευνήσει περαιτέρω απο εκείνα που δεν έχουν καμιά αξία.

2. Φυσική εξέταση.

Πρέπει να γίνεται μεθοδικά και με σχολαστικότητα. Όταν ο εξεταστής δεν εξετάζει ολόκληρο τον ασθενή, συχνά συμβαίνουν λάθη και μπαίνουν λάθος διαγνώσεις.

Κάθε αβλεψία στην εξέταση μπορεί να στοιχίσει τη ζωή της ασθενούς.

3. Κλινική εξέταση.

Ιστολογική εξέταση η οποία είναι απαραίτητη έστω κι αν υπάρχει θετική κυτταρολογική εξέταση. Εάν η βλάβη δεν είναι έκδηλη, η δοκιμασία του ιωδίου μπορεί να βοηθήσει στην εντόπισή της.

Εφ'όσον χρειάζεται και υπάρχουν οι προϋποθέσεις, εκτελείται κολποσκόπηση.

Η μέθοδος είναι απλή και γρήγορη και επιτρέπει την επισκόπηση του έξω-τραχήλου υπο μεγένδυση.

Η κολποσκόπηση γίνεται την 8η με 12η μέρα του κύκλου. Οι ενδείξεις που συνήθως χρησιμοποιούνται για κολποσκόπηση είναι ένα ανώμαλο κυτταρολογικό επίχρισμα του τραχήλου ή ένα ιστορικό νεοπλασματικής τραχηλικής νόσου.

Άλλη εξέταση είναι το λεγόμενο TEST Παπανικολάου. Είναι η πιο διαδεδομένη κυτταρολογική εξέταση και αφορά κυρίως την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Το TEST PAP πρέπει να αρχίζει με την έναρξη της σεξουαλικής επαφής στις γυναίκες και να επαναλαμβάνεται ανά 1-3 χρόνια προκειμένου για πρόληψη.

Οι διαγνωστικές δυνατότητες του κολποτραχηλικού

επιχρίσματος είναι:

α) ορμονολογικός έλεγχος

Γίνεται έλεγχος ορμονών απο το κολπικό επίχρισμα με λήψη υλικού απο τους πλάγιους θόλους, και μετράμε τα επιπολής κύτταρα, τα διάμεσα και τα παραβασικά και βασικά.

β) φλεγμονές το κυτταρολογικό επίχρισμα. Χλωρίδα.

Μας δίνει επαρκείς πληροφορίες για μία ταχεία αντιμετώπιση ενδεχόμενης φλεγμονής του κατωτέρου γεννητικού συστήματος. Δεν αντικαθιστά την μικροβιολογική εξέταση. Για καλλίτερα αποτελέσματα να λαμβάνεται κολπικό επίχρισμα απο τον οπίσθιο θόλο του κόλπου.

Κυτταρικές αλλοιώσεις.

Στις φλεγμονές του κολποτραχηλικού επιχρίσματος αναγνωρίζονται κολπίτιδες, τραχηλίτις και ενδοτραχηλίτις αναλόγως αν φλεγμαίνει ο κόλπος ο τράχηλος. Γι' αυτό παρ'ότι κυτταρολογικά το τραχηλικό επίχρισμα αναγνωρίζεται απο τον κυτταρολόγο με την ανεύρεση αδενικών επιθυλίων, καλό είναι οι λήψεις να γίνονται σε χωριστές πλάκες και να σημειώνονται, τουλάχιστον να υπάρχουν 2 επιχρίσματα. Ένα κολπικό και ένα έξω-έσω τραχηλικό.

ε. Πρόγνωση.

Οι παράγοντες που λαμβάνονται υπ'όψη στην πρόγνωση για τον καρκίνο του τραχήλου είναι οι εξής:

- α. Ηλικία
- β. Γενική φυσική κατάσταση
- γ. Κοινωνικοοικονομική κατάσταση

- δ. Μακροσκοπικοί χαρακτήρες του καρκίνου.
- ε. κυτταρολογική εικόνα του καρκίνου.
- στ. Ιστολογικοί χαρακτήρες.
- ζ. ικανότητα του θεραπευτή και
- η. το στάδιο στο οποίο έγινε η διάγνωση (έκταση της νόσου και προσβολή των λεμφαδένων).

Η ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο, διότι σε νέες γυναίκες παρουσιάζονται πιο συχνά αναπλαστικοί όγκοι με ταχύτερη εξέλιξη, ενώ σε ηλικιωμένες συναντώνται καρκινώματα καλώς διαφοροποιημένα και με βραδύτερη εξέλιξη.

Η γενική φυσική κατάσταση επηρεάζει την εξέλιξη της κακοήθειας και αυξάνει τη θνησιμότητα και απο άλλες χρόνιες ασθένειες, όπως ο διαβήτης, καρδιοπάθειες. Η παχυσαρκία συντελεί αρνητικά, διότι δυσκολεύει την εγχείρηση αλλά και την ακτινοβολία.

Ασθενείς χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων βρίσκονται συνήθως σε πιο προχωρημένα στάδια της αρρώστιας, όταν τίθεται η αρχική διάγνωση και αυτό δυσκολεύει πολύ την πρόγνωση.

Επίσης συνηπάρχουσες πυελικές φλεγμονές χειροτερεύουν τη πρόγνωση. Η ικανότητα του θεραπευτή είναι σημαντικός παράγων, διότι εσφαλμένη διάγνωση μπορεί ν'αποβεί μοιραία. Τέλος το στάδιο του καρκίνου συντελεί στην σωστή πρόγνωση της νόσου.

στ. Συμπτώματα της νόσου-στάδια

Τα αρχικά συμπτώματα του Ca τραχήλου της μήτρας είναι η λευκόρροια και η ανώμαλη κολπική αιμορραγία ή οι κυλίδες αίματος. Η λευκόρροια σιγά-σιγά αυξάνει σε ποσότητα γίνεται σκοτεινού χρώματος και κάκοσμη εξαιτίας της νέκρωσης και της μόλυνσης της μάζας του όγκου. Η αιμορραγία συμβαίνει σε ακανόνιστα χρονικά διαστήματα, ανεξάρτητα απο την περίοδο ή και μετά την κλιμακτήριο και οφείλεται στην αρχόμενη εξέλκωση. Αρχικά η αιμορραγία είναι πολύ μικρή σε ποσότητα καθώς όμως η νόσος προχωρεί η αιμορραγία γίνεται πιο σταθερή.

Χαρακτηριστικές είναι οι αιμορραγίες ύστερα απο τη συνουσία και άλλες επαφές με τον τράχηλο κολπικές πλύσεις ή εξετάσεις. Σε προχωρημένες περιπτώσεις παρουσιάζονται πόνοι στο υπογάστριο και οσφυαλγία, που τυχαίνει να λείπουν τελείως όσο δεν πιέζονται απο καρκινικές μάζες ή διηθήσεις μεγαλύτερα αισθητικά νεύρα. Η επέκταση του καρκίνου στην ουροδόχο κύστη προκαλεί συμπτωματική και κάποτε βαριά κυστίτιδα με αιματοουρία και κυστεοκολπικά και κυστεοτραχιλικά συρίγγια, στους ουρητήρες απόφραξης και στο ορθό ακράτεια κοπράνων και ορθοκολπικά συρίγγια. Όταν οι καρκινικές διηθήσεις πιέζουν αγγεία και νεύρα, οι πόνοι γίνονται αφόρητοι και παρουσιάζονται οιδήματα των κάτω άκρων. Η τελική εικόνα είναι η μεγάλου βαθμού απίσχανση και αναιμία, συχνά δε υπάρχει διαλλείπων πυρετός οφειλόμενος σε δευτεροπαθή μόλυνση, περιτονίτιδα και σχηματισμό αποστημάτων στην εξελκωμένη μάζα του όγκου.

Στάδια του καρκίνου του τραχήλου.

Έχουν προταθεί διάφορα συστήματα ταξινόμησης των σταδίων της νόσου. Η Αμερικανική Επιτροπή για τον καρκίνο έχει προτείνει το σύστημα T.N.M. και οι MEIGS και BRUNSCHWING και χειρουργική ιστολογική ταξινόμηση, η οποία καθορίζει με ακρίβεια την έκταση της νόσου, αλλά μόνο μετά απο την εφαρμογή της χειρουργικής θεραπείας.

Η Παγκόσμια Ομοσπονδία Μαιευτήρων-Γυναικολόγων (F.I.G.O) έχει προτείνει ένα σύστημα σταδιοποίησης, το οποίο, παρά τις ατέλειές του, είναι γενικά παραδεκτό.

Η σταδιοποίηση, σύμφωνα με τις υποδείξεις της F.I.G.O., στηρίζεται βασικά στην κλινική εξέταση και ονομάζεται κλινική σταδιοποίηση.

Η εξέταση γίνεται απο ειδικό, κατά προτίμηση υπο νάρκωση και είναι αποφασιστικής σημασίας για την τύχη της ασθενούς, διότι απο αυτήν εξαρτάται η θεραπευτική αγωγή. Απαραίτητες εκτός απο την ιστολογική διάγνωση και την κλινική εξέταση, θεωρούνται η κυστεοσκόπηση, η ορθοσκόπηση, η ενδοφλέβια πνευλογραφία και ο ακτινολογικός έλεγχος πνευμόνων και σκελετού.

Το στάδιο της νόσου τίθεται πριν απο την εφαρμογή οποιασδήποτε θεραπείας και δεν μεταβάλλεται ποτέ.

Σύμφωνα με αυτά λοιπόν τα στάδια είναι:

Στάδιο 0: Ενδοεπιθηλιακός καρκίνος στο προεισδυτικό στάδιο IN SITU. Στο στάδιο αυτό ο καρκίνος δεν προχωρεί πέρα απο τη βασική μεμβράνη του επιφανειακού επιθηλίου το υπόστρωμα είναι υγιές.

Στάδιο I: Αρχόμενος καρκίνος του τραχήλου. Στο στάδιο αυτό ο καρκίνος έχει διεισδύσει στο υπόστρωμα του επιθηλίου, βρίσκεται όμως ακόμα εντοπισμένος μονάχα στον τράχηλο, η δε μήτρα παρουσιάζει απόλυτη κινητικότητα.

Στάδιο II: Ελαφρά μορφή. Ο καρκίνος έχει διηθήσει εν μέρει τα παραμήτρια και τους κολπικούς θόλους, η μήτρα όμως εξακολουθεί να διατηρεί την κινητικότητά της.

Στάδιο III: Βαριά μορφή.

Η καρκινική διήθηση έχει προχωρήσει προς τους κολπικούς θόλους, τα κολπικά τοιχώματα την ουροδόχο κύστη και το έντερο. Τα παραμήτρια έχουν τελείως διηθηθεί από τον καρκίνο, οπότε δεν υπάρχει ελεύθερος χώρος ανάμεσα στον όγκο και τα πυελικά τοιχώματα και η μήτρα είναι ακίνητη.

Στάδιο IV: Απελπιστική μορφή. Όλοι οι υπογαστρικοί ιστοί καθώς και τα οστά της λεκάνης είναι διηθημένα. Προσβολή της κύστεως ή του εντέρου. Μεταστάσεις εκτός πυελού.

Ζ. Θεραπεία της νόσου

Οι επιστήμονες υγείας, που ασχολούνται με τον άρρωστο που πάσχει από καρκίνο, έχουν σαν κύριο στόχο τη θεραπεία του. Ταυτόχρονα όμως τον ενημερώνουν για τις επιπτώσεις της αρρώστιας, που πολύ συχνά έχουν σχέση με τη λειτουργία οργάνων και συστημάτων και την ακεραιότητά τους. Στον άρρωστο που διαπιστώνεται μετάσταση, δεν υπάρχει θεραπεία. Αν η θεραπεία δεν είναι δυνατόν να επιτευχθεί, οι επιδιώξεις του γιατρού και της νοσηλεύτριας θα πρέπει να είναι: 1) η πρόληψη νέων μεταστάσεων

- 2) ανακούφιση του αρρώστου απο τα συμπτώματα και
- 3) εξασφάλιση για τον άρρωστο μιάς καλής ποιότητας ζωής για περισσότερο χρόνο.

Στη θεραπεία του τραχήλου της μήτρας, οι μορφές θεραπείας ποικίλουν απο την απλή κωνοειδή εκτομή μέχρι τη ριζική υστερεκτομία και πλήρη ακτινοβολία.

Έχουν γίνει πολλές προσπάθειες ώστε να επιτευχθεί η αγωγή εκείνη, η οποία και την ασθενή θεραπεύει με ασφάλεια και είναι λιγότερο τραυματική, ιδιαίτερα όσον αφορά την αναπαραγωγική της ικανότητα.

Οι κύριες παράμετροι που καθορίζουν το είδος της θεραπείας είναι το βάθος της διήθησης, η έκταση της βλάβης, η επινέμηση των αγγείων. Με λίγα λόγια δηλαδή ανάλογα σε ποιό στάδιο βρίσκεται η νόσος.

Εφ'όσον η διήθηση είναι μικρότερη απο 3 χιλιοστά ή η έκταση της νόσου μικρότερη απο 10 χιλιοστά, δεν παρατηρείται επινέμηση των αγγείων. Εάν η διατήρηση της αναπαραγωγικής ικανότητας είναι επιθυμητή, η κωνοειδής εκτομή μπορεί να θεωρηθεί ικανοποιητική. Εάν δεν υπάρχουν οι προϋποθέσεις που αναφέρθηκαν θεραπεία εκλογής είναι η ριζική υστερεκτομία μετά εξαρτήματα και λεμφαδενεκτομία, διότι παρά την καλή πρόγνωση πρόκειται για διηθητικό καρκίνο.

Οι βασικές μορφές θεραπείας στα υπόλοιπα στάδια είναι η χειρουργική και ακτινική.

Οι παράγοντες που λαμβάνονται υπόψη κατά την επιλογή του είδους της θεραπείας χειρουργικής, ακτινοθεραπείας ή συνδυασμό των δύο είναι οι ακόλουθοι:

Έκταση της νόσου. Δυνατότητα χειρουργικής εξαίρε-

σης της νόσου υπάρχει μόνο στις περιπτώσεις σταδίων I και σπάνια στο αρχόμενο II στάδιο. Στις ασθενείς αυτές τόσο η χειρουργική όσο και η ακτινική θεραπεία παρέχουν αρκετές, περίπου το ίδιο, καλές πιθανότητες θεραπείας. Η τελευταία αναφορά της F.I.G.O. παρουσιάζει πενταετή επιβίωση 89,5% με αποκλειστικά χειρουργική αντιμετώπιση και 76,4% με τα άλλα είδη θεραπείας στο στάδιο I. Όσον αφορά το στάδιο II, η χειρουργική αγωγή μόνη ή σε συνδυασμό με ακτινοβολία παρουσιάζει επίσης καλύτερα αποτελέσματα σε σύγκριση με την απλή θεραπεία.

Ηλικία της ασθενούς. Οι νέες ασθενείς έχουν συνήθως καλή γενική υγεία και εκδηλώνουν τη νόσο σε πρωτότερα στάδια, αποτελούν δηλαδή χειρουργήσιμες περιπτώσεις. Η διάρκεια της μελλοντικής τους υγείας είναι μεγάλη, γεγονός το οποίο επιτρέπει την εκδήλωση απώτερων τοπικών υποτροπών και ανάπτυξης νέων κακοηθειών στα γεννητικά όργανα.

Οι λόγοι αυτοί οδηγούν στην προτίμηση της χειρουργικής θεραπείας, η οποία ακόμη επιτρέπει και τη διατήρηση των ωοθηκών. Ο καρκίνος του τραχήλου σπάνια θα κάνει μετάσταση στις ωοθήκες.

Η ακτινοθεραπεία, εκτός από την καταστροφή των ωοθηκών, συνεπάγεται ατροφία του κόλπου, με αποτέλεσμα την προβληματική σεξουαλική ζωή.

Γεννητικά όργανα και γενική κατάσταση. Είναι δυνατόν οι τοπικές συνθήκες να κάνουν δύσκολη την τοπική ακτινοβολία. Η χειρουργική εξάλλου αντιμετώπιση παρουσιάζει σοβαρούς κινδύνους όταν εφαρμόζεται σε ηλικιω-

μένες και εξασθενημένες ασθενείς με συστηματικά νοσήματα (υπέρταση Σ.Διαβήτης).

Μακροσκοπικοί χαρακτήρες του όγκου. Η ενδοτραχηλική ανάπτυξη του όγκου ελαττώνει τις πιθανότητες επιτυχούς ακτινοθεραπείας είτε λόγω επέκτασης στο ενδομήτριο είτε λόγω ιστολογικού τύπου είτε, τέλος, λόγω της μορφολογίας του όγκου.

Ιστολογικοί χαρακτήρες. Το αδenoκαρκίνωμα το τραχήλου θεωρείται λιγότερο ακτινοευαίσθητο απο το επιδερμοειδές και γενικά παρουσιάζει χειρότερη πρόγνωση.

Νεότερα δεδομένα όμως υποστηρίζουν ότι αυτό οφείλεται περισσότερο στη μορφή ανάπτυξης του αδenoκαρκινώματος και λιγότερο στην ακτινοαντοχή του.

Ο βαθμός τέλος, διαφοροποιήσεως των κυττάρων έχει σημασία στην επιλογή της θεραπείας.

1. Χειρουργική θεραπεία.

Η χειρουργική θεραπεία, όπως είχε περιγραφεί και εκτελεσθεί απο τον WERTHEIM κρίθηκε αρχικά ασίμφορη λόγω της μεγάλης εγχειρητικής θνησιμότητας. Αργότερα η εγχείρηση τροποποιήθηκε και προστέθηκε η συστηματική εξαίρεση των λεμφαδένων της πύελου.

Σήμερα έχει σαφή και καθορισμένη θέση στην αντιμετώπιση της νόσου. Τρία είδη επεμβάσεων εφαρμόζονται κυρίως: Η κοιλιακή ριζική υστερεκτομία με σύγχρονη πυελική λεμφαδενεκτομία, η κολπική ριζική υστερεκτομία με πυελική λεμφαδενεκτομία, που γίνεται σε δεύτερο χρόνο και η εξεντέρωση.

Γενικά τα αποτελέσματα έχουν δείξει πως η χειρουργική θεραπεία πλεονεκτεί στις περιπτώσεις που η νόσος

είναι αρχόμενη και περιορίζεται στον τράχηλο, ενώ αντιρρήσεις γι' αυτήν υπάρχουν όταν ο όγκος στον τράχηλο είναι μεγαλύτερος.

Η χειρουργική θεραπεία συνίσταται στα

1. στάδια I και II, σε
2. ασθενείς νεότερες των 40 ετών
3. Συνύπαρξη εγκυμοσύνης
4. σε ενδοτραχηλικό καρκίνωμα
5. όταν συνυπάρχουν παθολογικές καταστάσεις το σώματος της μήτρας ή των ωοθηκών.
6. όταν υπάρχουν φλεγμονές της κύστεως ή του ορθού.
7. Όταν η ασθενής αρνείται την ακτινοθεραπεία.

Πλεονεκτήματα της Χειρουργικής επέμβασης είναι:

- α) Η αποφυγή τοπικών υποτροπών
- β) Η εξαίρεση ευμεγέθων λεμφαδενικών μεταστάσεων.

2. Ακτινοθεραπεία.

Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σ' όλα τα στάδια του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και να εφαρμόζεται μόνη ή σε συνδυασμό με την εγχείρηση στα στάδια I και II όπως ήδη αναφέρθηκε ενώ για τα προχωρημένα στάδια αποτελεί τη μοναδική σχεδόν μορφή θεραπείας. Συνήθως εφαρμόζεται συνδυασμός εξωτερικής ακτινοβολίας και ενδοκοιλιακής εφαρμογής ραδιενεργών ουσιών. Για την ενδοκοιλιακή εφαρμογή χρησιμοποιούνται το ράδιο και το καίσιο. Για την εξωτερική ακτινοβολία χρησιμοποιούνται πηγές που εκπέμπουν γ ακτινοβολία.

Χειρουργική και ακτινοθεραπεία.

Ο κατάλληλος συνδυασμός των δύο μεθόδων μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη αντιμετώπιση πολλών περιπτώσεων. Η στενή συνεργασία χειρουργών και ακτινοθεραπευτών και η εξατομίκευση της θεραπείας έχουν επιφέρει τα καλύτερα αποτελέσματα. Ο συνδυασμός των δύο μεθόδων θεωρείται ιδιαίτερα χρήσιμος όταν α) στη διάρκεια της ριζικής επέμβασης διαπιστωθούν λεμφαδενικές μεταστάσεις. β) η ιστολογική και μακροσκοπική μορφή ανάπτυξης του αρχικού όγκου κάνει δύσκολη τη θεραπεία με ακτινοβολία και γ) όταν διαπιστωθεί ακτινοαντοχή της νόσου.

Ο συνδυασμός των δύο μεθόδων μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους, ανάλογα με την περίπτωση και την τακτική που ακολουθείται στο κάθε επιστημονικό κέντρο.

Για παράδειγμα μπορεί να γίνει δοκιμαστική δόση ακτινοβολίας και καθορισμός της ακτινοευαισθησίας του όγκου. Εάν δεν είναι ικανοποιητική εφαρμόζεται χειρουργική θεραπεία.

β) μερική προεγχειρητική εξωτερική ακτινοβολία και εγχείρηση.

γ) πλήρης ακτινοθεραπεία και ακολούθως ριζική εγχείρηση.

δ) Ριζική εγχείρηση και μετεγχειρητική ακτινοβολία, εάν υπάρχουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες κ.α.

Άλλο είδος θεραπείας είναι η χημειοθεραπεία, όχι όμως με καλά αποτελέσματα στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Παρ'όλο που ορισμένες ουσίες έχουν χρησιμοποιηθεί παράλληλα με την ακτινοθεραπεία με σκοπό την αύξηση της ακτινοευαισθησίας του όγκου ή χρησιμοποιούνται δοκι-

μαστικά πριν απο τη ριζική χειρουργική θεραπεία, δε φαίνεται να συμβάλλουν σημαντικά στην επιβίωση απο τη νόσο.

Η εφαρμογή της κυκλοφωσφαμίδης έχει χρησιμοποιηθεί σε μεγάλη έκταση και προσφέρει αξιόλογη αλλά παροδική βελτίωση στο 15% περίπου των ασθενών.

3. Υποτροπές και παρενέργειες της Α & Θ.

Οι ανατομικές θέσεις υποτροπής μετά απο την ακτινοθεραπεία του καρκίνου του τραχήλου, σχετίζονται στενά με το στάδιο της νόσου. Η κεντρική αποτροπή είναι σπάνια στα στάδια I και II. Οφείλεται -όχι αποκλειστικά- σε κακή τοποθέτηση των εφαρμογών, με αποτέλεσμα ο τράχηλος να παίρνει μικρή δόση. Η υποτροπή στα παραμήτρια σταδίων 1 και 2 σχετίζεται με την πλάγια απόκλιση του συστήματος της ενδοκοιλιακής εφαρμογής χωρίς να έχει εξισορροπηθεί η δόση με εξωτερική Α και Θ. Αντιμετωπίζεται χειρουργικά. Οι μεταστάσεις στους παραορτικούς λεμφαδένες συνήθως συνδυάζονται με γενικευμένη νόσο.

Οι βαριές παρενέργειες για τα στάδια 1 και 2 κυμαίνονται απο 10-15%. Απο το πεπτικό αναφέρονται κολίτιδα, έλκη ορθού, ορθοκολπικά συρίγγια, στένωση, σιγμοειδούς, απόφραξη λεπτού εντέρου, δυσαπορρόφηση. Παρουσιάζονται απο 6μήνες μέχρι 2 χρόνια απο τη θεραπεία. Απο το ουροποιητικό χρόνια κυστίτιδα στένωση ουρητήρα, ακράτεια. Παρουσιάζονται 3-4 χρόνια απο τη θεραπεία.

Η συχνότητα των επιπλοκών είναι ανάλογη με τα στάδια της νόσου, τη δόση ακτινοβολίας στην πύελο και την τεχνική της Α και Θ.

4. Παρακολούθηση της ασθενούς.

Μετά την αρχική θεραπεία, η ασθενής πρέπει να ελέγχεται τακτικά τόσο για τη διαπίστωση του θεραπευτικού αποτελέσματος, όσο και για την έγκαιρη διάγνωση των υποτροπών.

Η σωστή παρακολούθηση εκτελείται από τους γιατρούς και είναι μηνιαία τον πρώτο χρόνο, κάθε δύο μήνες το δεύτερο χρόνο, κάθε τρίμηνο τον τρίτο και κάθε εξάμηνο αργότερα. Κατ'αυτή γίνεται προσπάθεια να εκτιμηθούν τα συμπτώματα της ασθενούς.

Το οίδημα των άκρων, και το άλγος της πυέλου, που αντανακλά στους μικρούς, θεωρούνται τα πιο ύποπτα από αυτά. Επίσης εξετάζονται προσεκτικά η πύελος και οι περιοχές πιθανών μεταστάσεων. Η κατάσταση του ουροποιητικού έχει ιδιαίτερη προγνωστική σημασία. Η ανάπτυξη υδρονέφρωσης σημαίνει συνήθως υποτροπή της νόσου. Ανάλογα με την περίπτωση μπορεί να χρειασθεί έλεγχος ήπιατος, σπινθηρογράφημα, αξονική τομογραφία και βιοψία με βελόνα αναροφητικής παρακέντησης.

Εφόσον η νόσος επιμένει τοπικά, 6 μήνες μετά τη θεραπεία θεωρείται ότι δεν ανταποκρίθηκε στην αγωγή που έγινε.

Η πρόγνωση και η αντιμετώπιση των υποτροπών εξαρτώνται από την εντόπιση και την έκταση και από το είδος της θεραπείας.

Τοπική υποτροπή το είδος αυτό της υποτροπής παρατηρείται συνήθως σε ασθενείς, οι οποίες έχουν υποβληθεί σε αμιγή ακτινοθεραπεία. Θεραπεύονται σε ποσοστό 15-20% με πλήρη ακτινοθεραπεία εφόσον έχει προηγηθεί πλήρης ακτι-

νοθεραπεία, η μόνη αντιμετώπιση είναι η χειρουργική.

Προηγουμένως απαιτείται ιστολογική διάγνωση.

Εφόσον η υποτροπή έχει μικρή έκταση, η ριζική υστερεκτομή μπορεί να θεραπεύσει το 55% των ασθενών. Συνήθως όμως η νόσος καταλαμβάνει εκτός του τραχήλου και τους παρακείμενους ιστούς, οπότε απαιτείται εκτεταμένη χειρουργική επέμβαση.

Η εγχείρηση που εκτελείται ονομάζεται εξεντέρωση. Πρόκειται για την εξαίρεση της νόσου μαζί με τα όργανα της πυέλου και περιλαμβάνει εκτός από τη ριζική υστερεκτομή και την πυελική λεμφαδενεκτομή, την εξαίρεση της ουροδόχου κύστεως ή του ορθού ή και των δύο μαζί. Η επέμβαση απαιτεί ειδική χειρουργική εμπειρία και παρουσιάζει μεγάλο ποσοστό επιπλοκών.

Η επιβίωση που προσφέρει είναι 20-30% και εφαρμόζεται σε ασθενείς που ανήκουν στο στάδιο IV.

Υποτροπή εκτός πυέλου. Εδώ είναι ελάχιστες οι πιθανότητες θεραπείας. Σε μερικές περιπτώσεις η εκδήλωση μονήρους μετάστασης αποτελεί το κίνητρο προσπαθειών, οι οποίες συνήθως αποτυγχάνουν.

Κεφάλαιο 3ο

Νοσηλευτική φροντίδα

Εισαγωγή και ανάγκες ασθενούς στο Νοσοκομείο.

Αφού λοιπόν διαγνώσθηκε ότι πρόκειται για καρκίνο του τραχήλου, πρέπει ν'αποφασιστεί απο την ασθενή και το γιατρό της για το είδος της θεραπείας που θα εφαρμοσθεί.

Η εισαγωγή στο Νοσοκομείο διακόπτει όχι μόνο το ρυθμό ζωής, αλλά αποτελεί και διακοπή του τρόπου σκέψης. Σε πολλές περιπτώσεις η ιδέα της ασθένειας αποτελεί αναταραχή σκέψεων και ίσως προκαλεί το φόβο του θανάτου.

Η ασθενής η οποία μπαίνει στο Νοσοκομείο πάσχουσα απο καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι μία ιδιαίτερη περίπτωση ασθενή.

Δεν είναι μία συνηθισμένη περίπτωση χειρουργημένου αρρώστου. Δεν πρέπει να μας διαφεύγει της προσοχής ότι ίσως τις περισσότερες φορές η ανακάλυψη του όγκου είναι τυχαία και η είσοδος στο Νοσοκομείο ξαφνική.

Σημαντικό ρόλο παίζει η παρουσία και η συμπεριφορά του Νοσηλευτή-τριας που θα βρεθεί κοντά σ'αυτήν την γυναίκα.

Όπως είναι γνωστό κάθε ασθενής αντιμετωπίζει ειδικές ανάγκες και προβλήματα, τα οποία επηρεάζουν την ψυχοκοινωνική της κατάσταση. Σημαντικός παράγοντας και εδώ, είναι η θέση του Νοσηλευτή-τριας, που φυσικά δεν είναι δυνατόν να γνωρίζει όλες τις ανάγκες της ασθενούς ούτε βέβαια υπάρχει δυνατότητα να ικανοποιηθούν όλες. Έχει όμως χρέος να καταβάλλει σημαντικές προσπάθειες προς

επίτευξη των αναγκών αυτών που είναι:

φυσικές και ψυχοκοινωνικές και στις οποίες θ'αναφερθώ στη συνέχεια πιο αναλυτικά.

Η ασθενής λοιπόν εισάγεται στην κλινική αφού τακτοποιήσει η ίδια η συγγενής ή ακόμα και ο Νοσηλευτής-τρια τις λεπτομέρειες για εισαγωγή. Δηλαδή να πάρει το εισιτήριο απο το γραφείο κίνησης.

Απο τη στιγμή που θα μπει στην κλινική ξεκινά και ο ρόλος του Νοσηλευτή-τριας. Ρόλος ευαίσθητος και υπεύθυνος.

Η νοσηλεύτρια γνωρίζεται με την ασθενή, την ξεναγεί στο χώρο της κλινικής και την γνωρίζει με τις άλλες ασθενείς.

Δίνει μεγάλη προσοχή στην ίδια ακούγοντας με υπομονή τα προβλήματά της, τις ανησυχίες της και προσπαθεί να τη βοηθήσει να βρεί λύσεις.

Για την καλύτερη επίτευξη ενός ολοκληρωμένου σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας, η νοσηλεύτρια συγκεντρώνει πληροφορίες που αφορούν την ασθενή και τη νόσο απο την οποία πάσχει.

Πηγή των πληροφοριών της είναι:

- α) η ασθενής
- β) μέλη της οικογένειάς της
- γ) ιατρικές εξετάσεις (μικροβιολογικές, ακτινολογικές κλπ).

Συντάσει λοιπόν το ιστορικό της ασθενούς που βασίζεται σε αποτελέσματα ιατρικής και εργαστηριακής εκτίμησης και ακόμα στην παρατηρητικότητα και την φυσική εκτίμηση της ασθενούς.

Το ιστορικό υγείας περιλαμβάνει στοιχεία, όπως:

- όνομα ασθενή
- ηλικία
- κοινωνικοοικονομική κατάσταση
- οικογενειακό και επαγγελματικό περιβάλλον
- συζηγική κατάσταση
- έμμηνο ρήση και σεξουαλικό ιστορικό.

Περιλαμβάνει ατομικές υγιεινές συνήθειες και επίσης σημαντική είναι η προηγούμενη κατάσταση υγείας για τον προσδιορισμό της πορείας της ασθένειας. Γι' αυτό οι προηγούμενες φυσικές εξετάσεις, εισαγωγές σε Νοσοκομείο είναι απαραίτητο ν' αναφέρονται συνεχώς. Με λίγα λόγια αν υπήρχαν προηγούμενα τραχηλικά προβλήματα αν έκανε χρήση κολπικών αντιβιοτικών και τότε έκανε τελευταία TEST Παπανικολάου. Όλα αυτά τα καταγράφει ο Νοσηλεύτης-τρια στο ιστορικό.

Στη συνέχεια κάνει λήψη ζωτικών σημείων και τα καταγράφει στο διάγραμμα.

Πέρα όμως αυτής τη αρμοδιότητας η νοσηλεύτρια συντελεί και στην προσαρμογή της ασθενούς στο περιβάλλον της κλινικής με διάφορες συζητήσεις. Η ψυχολογική τόνωση πρέπει να γίνεται με προσοχή, γιατί όπως είναι γνωστό οι ασθενείς με καρκίνο παρουσιάζουν αυξημένη ευαισθησία απέναντι στο θέμα του θανάτου. Όπως ανέφερα και πιο πάνω η ασθενής έχει ορισμένες ανάγκες. Φυσικές και ψυχοκοινωνικές.

Εδώ λοιπόν, καλείται η παρουσία της Νοσηλεύτριας να συντελέσει στην αποπεράτωση των αναγκών αυτών. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να υπάρχουν τα χαρακτηριστικά που

συνθέτουν την προσωπικότητα, τη φυσιολογία και το ύφος του Νοσηλευτή-τριας. Αγάπη και κατανόηση για την ασθενή, πλήθος γνώσεων επιστημονικά κατοχυρωμένες.

Η δύναμη των φυσικών αναγκών όπως τη τροφή, αποτελεί πολλές φορές νοσηλευτικό πρόβλημα και συγχρόνως ευθύνη της νοσηλεύτριας, επειδή από τη μια οι ανάγκες για καλή θρέψη είναι μεγαλύτερες από την άλλη η περιορισμένη διαθεσιμότητα για φαγητό (ανορεξία) αποτελεί σύμπτωμα της αρρώστιας.

Πάρα πολλοί παράγοντες επηρεάζουν την καλή διατροφή της ασθενούς. Η Νοσηλεύτρια πρέπει να ανακαλύπτει αυτούς τους παράγοντες και να τους αντιμετωπίζει ανάλογα, επειδή αυτή έχει την ολοκληρωτική ευθύνη της καλής διατροφής.

Εκτός όμως της διατροφής, η ασθενής δίνει και ψυχολογική μάχη η οποία είναι βαρύτερης σημασίας και εδώ θα παίξει σημαντικό ρόλο η παρουσία του Νοσηλευτή-τριας. Θα πρέπει να βοηθήσουμε ώστε να ξεπεράσει τους φόβους της, και να αντιμετωπίσει με πίστη και αισιοδοξία το μέλλον. Η ασθενής έχει ανάγκη να αισθάνεται στοργή κατανόηση και αναγνώριση.

Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να κάνει την ασθενή να καταλάβει ότι μπορεί να θεραπευτεί και να συνεχίσει να ζει φυσιολογικά.

Πολλές φορές η ασθενής φοβάται ότι η οικογένεια και τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος δεν την αποδέχονται. Εδώ καλείται η νοσηλεύτρια να ενισχύσει και ψυχολογικά στηρίζει την ασθενή, ώστε να μπορέσει να αποκτήσει αισθήματα εμπιστοσύνης, ελπίδας και αισιοδοξίας.

Πολλές γυναίκες φοβούνται στην ιδέα της αλλαγής της συζηγητικής ζωής τους. Σκέφτονται ίσως πως ο σύζυγός

τους δεν θ'άποδεχθεί την ασθένεια.

Η νοσηλεύτρια με υπομονή και κατανόηση στο φόβο αυτό, προσπαθεί να την καθυσηχάσει και γιατί όχι το συζητάει και με τους δύο το πρόβλημα αυτό.

Με λίγα λόγια η ασθενής χρειάζεται να ξέρει πως βρίσκεται σε έμπειρα χέρια. Πως για κάθε απορία, για κάθε ανησυχία μπορεί ν'απευθυνθεί στη νοσηλεύτρια, η οποία με τη σειρά της θ'αντιμετωπίσει στοργικά, υπομονετικά κάθε αντίδρασή της, δημιουργώντας ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και κατανόησης.

Συνοπτικά μπορούμε να πούμε ότι ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας, που είναι δύσκολος και σε μεγάλο βαθμό υπεύθυνος, έχει ως εξής:

1. Υποστήριξη και βοήθεια κατά τον διαγνωστικό έλεγχο.
2. Αντιμετώπιση αναγκών θρέψης και ψυχολογικών αναγκών.
3. Συνεχής παρακολούθηση και φροντίδα.
4. Βοήθεια κατά την εφαρμογή της θεραπείας.

Ρόλος του νοσηλευτή-τριας στη θεραπεία του τραχήλου της μήτρας. Συντηρητική θεραπεία.

Μετά τη διάγνωση της νόσου προχωράμε στη θεραπεία της, τα είδη της οποίας έχουν ήδη αναφερθεί.

Πλην όμως υπάρχει και η συντηρητική θεραπεία που εφαρμόζεται μόνη της ή σε συνδυασμό με την χειρουργική. Περιλαμβάνει ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία.

Η χημειοθεραπεία δεν έχει αποδώσει καλά αποτελέσματα στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Συντηρητική θεραπεία

Όταν για οποιονδήποτε λόγο ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας στο 1ο και 2ο στάδιο κριθεί μη εγχειρήσιμος ή η καρκινική διήθηση έχει προχωρήσει στο 3ο και 4ο τότε εφαρμόζεται μόνο η ακτινοβολία.

Για παράδειγμα.

- εμφύτευση βελονών ραδίου μέσα στον όγκο
- ενδοκολπική ακτινοβολήση με ακτίνες ROHTGEN
- Ενδοϊστική έγχυση ραδιοϊσοτόπων.

Ράδιο GESIUM 137 εισάγεται στον εδοτραχηλικό σωλήνα και τον κόλπο, για ορισμένο χρόνο.

Το ράδιο τοποθετείται με τη μορφή βελονών.

Για την αποφυγή καταστροφής των παρακειμένων ιστών τα ραδιενεργά στοιχεία τοποθετούνται μέσα σε υποδοχείς οι οποίοι απορροφούν το μεγαλύτερο μέρος της ακτινοβολίας.

Η θεραπεία εξατομικεύεται ανάλογα με το στάδιο της νόσου, την απόκριση της ασθενούς και την ανοχή στη ραδιοθεραπεία.

Η νοσηλεύτρια σ'αυτού του είδους θεραπείας βρίσκεται κοντά στην άρρωστη. Διασαφηνίζει ή απαντά σε ερωτήσεις της ασθενούς.

- Ετοιμάζει την άρρωστη για διάφορες εξετάσεις που ίσως γίνουν. Για παράδειγμα εξετάσεις αίματος, βιοψία, ακτινογραφία θώρακα.
- Ετοιμάζει την άρρωστη για το χειρουργείο.

Η νοσηλεύτρια κατά τη διάρκεια παραμονής του ραδίου στον τράχηλο φροντίζει για τα εξής:

- Χορήγηση δίαιτας με μικρό υπόλλειμα για μείωση περισταλτισμού.

- Συχνή παρακολούθηση του καθετήρα για εξασφάλιση φυσιολογικής παροχέτευσης των ούρων.
- Παρακολούθηση για εμφάνιση συμπτωμάτων που δηλώνουν αντίδραση στη ραδιενέργεια, όπως ναυτία έμμετοι κ.α.
- Ενθάρρυνση της άρρωστης για λήψη υγρών και χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων και πλούσιων σε λεύκωμα.
- Χορήγηση χυμών βιταμίνης C για επιδιόρθωση ιστών.
- Παροχή σωματικής φροντίδας και εξασφάλιση άνεσης.
- Ανακούφιση της άρρωστης από το άγχος και το φόβο.

Όταν το ράδιο πρέπει ν'αφαιρεθεί η νοσηλεύτρια προβαίνει στις εξής ενέργειες:

- Ειδοποιεί το χειρουργό γιατρό
- Εξασφαλίζει αποστειρωμένα γάντια, ειδικές λαβίδες
- Ελέγχει το διάγραμμα για τον αριθμό των βελονών που εφαρμόστηκαν ώστε να συμφωνεί μ'αυτόν που θ'αφαιρεθούν.
- Χορηγεί καθαρτικό υποκλισμό μετά την αφαίρεση του Ραδίου.

Μετά την ακτινοβολία διατηρεί το δέρμα της ασθενούς στεγνό. Μπορεί να εμφανιστούν ναυτία και έμμετοι.

Την παρακολουθεί για εμφάνιση συμπτωμάτων που δηλώνουν ακτινική βλάβη του εντέρου-διάρροια-τεινεσμός

Τονίζει τη σπουδαιότητα της ιατρικής παρακολούθησης κάθε μήνα, για 6 μήνες.

Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Χωρίζεται στα εξής:

α) Γενική προεγχειρητική ετοιμασία

Περιλαμβάνει

1. Τόνωση του ηθικού της ασθενούς.

Η νοσηλεύτρια πρέπει ν'ανακαλύψει τις προσωπικές ανάγκες της ασθενούς, να τις ικανοποιήσει και να συμμεριστεί τη θέση της.

Η ψυχολογική υποστήριξη έχει μεγάλη σημασία.

Δίνουμε την ευκαιρία στην άρρωστη να εκφράσει τα συναισθήματά της, τους φόβους της και τις ανησυχίες της. Παρατηρούμε τυχόν αλλαγές στη συμπεριφορά της, που είναι φυσιολογικές, και με τον δικό μας τρόπο της εξηγούμε πως για οποιονδήποτε λόγο μπορεί να μας μιλήσει. Πολλοί ασθενείς εκφράζονται καλύτερα στη νοσηλεύτρια και εδώ είναι που παίζει σημαντικό ρόλο ο χαρακτήρας του Νοσηλευτή-τριας.

Κατά πόσο εμπνέει εμπιστοσύνη στην άρρωστη και κατά πόσο διακατέχεται απο αληθινή αγάπη για την άρρωστη. Λογικές εξηγήσεις και επιστημονικές γνώσεις ελαττώνουν το φόβο και τις ανησυχίες.

2. Σωματική υποστήριξη

Η καλή θρέψη βοηθάει την άρρωστη να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό ισοζύγιο χωρίς σοβαρές συνέπειες.

Έτσι πριν απο την εγχείρηση διορθώνεται κάθε ηλεκτρολυτική διαταραχή και η δίαιτα είναι δίαιτα υπερλευκωματούχος, υπερθερμιδική, υδαρής, εύπεπτη.

Αν υπάρχει αναιμία γίνεται μετάγγιση.

Η λειτουργία του εντέρου ρυθμίζεται. Η κένωση του εντέρου γίνεται με χορήγηση καθαρτικών φαρμάκων ή υποκλισμό.

Απαραίτητες εξετάσεις που γίνονται είναι οι εξής:

- Γενικές αίματος: αιματοκρίτης, λευκά και ερυθρά
- χρόνος ροής και πήξης, ομάδα και RH.
- Γενική ούρων
- Ακτινογραφία θώρακος
- Ενδοφλέβια πυελογραφία

β. Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία

Αφορά την ετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου που πρέπει να γίνεται χωρίς να προκαλέσει ερεθισμούς. Το σημείο επέμβασης πρέπει να διατηρείται καθαρό και στεγνό.

Πριν μπει στο χειρουργείο πρέπει να είναι ήρεμη και ο ύπνος της επαρκής.

Σε περίπτωση αϋπνίας δίνουμε ηρεμιστικό, μετά απο εντολή του θεράποντος γιατρού.

γ. Τελική προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Περιλαμβάνει τα εξής:

- Παρατήρηση και εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς.

Η νοσηλεύτρια κάνει λήψη ζωτικών σημείων και κάθε παρέκκλιση απο τα φυσιολογικά όρια τα αναφέρει στην προϊσταμένη και τον υπεύθυνο γιατρό.

- Ενδυμασία. Λίγο πριν μπει στο χειρουργείο φοράει την κατάλληλη ρόμπα, ποδονάρια.

Μετά την αποχώρηση της απο το θάλαμο η νοσηλεύτρια τακτοποιεί το θάλαμο και ετοιμάζει το χειρουργικό κρεβάτι.

Στο κομοδίνο τοποθετείται μία σακούλα για τα άχρηστα. Τοποθετείται ένα ποτήρι νερό, PORT-COTON, νεφροειδές κάψα με τολύπια.

Ανακεφαλαιώνοντας τα τρία στάδια της προεγχειρητικής ετοιμασίας.

Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Μετά το χειρουργείο, και αφού μένει για λίγο χρόνο στην αίθουσα ανάνηψης, η ασθενής επιστρέφει στο θάλαμό της.

Η τακτοποίησή της στο έτοιμο χειρουργικό κρεβάτι γίνεται απο την νοσηλεύτρια.

Το πρώτο μέλημά της είναι η επισκόπηση του τραύματος, η γενική κατάσταση της ασθενούς και η τακτοποίηση των παροχετεύσεων (ουροσηλέκτης, δοχείο παροχέτευσης, τραύματος, ορός).

Στη συνέχεια κάνει λήψη των ζωτικών σημείων και καταγράφει αυτά στο διάγραμμα της ασθενούς με ακρίβεια.

Στη συνέχεια εκτιμά προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, κολπική εκκροή.

Προάγει την ανάπαυση και χαλάρωση της άρρωστης την ανακούφιση απο τον πόνο και την επούλωση του τραύματος.

Είναι υπεύθυνη για την στενή παρακολούθηση της άρρωστης φροντίζει για την ησυχία της ασθενούς. Στο θάλαμο δεν πρέπει να συνοστίζονται οι συνοδοί. Τηρεί αυστηρά τον χρόνο παραμονής των συγγενών.

Ένα ακόμη μέλημα της νοσηλεύτριας είναι η ανακούφιση από τη δυσφορία εξαιτίας της κοιλιακής διάτασης.

Γι' αυτό περιορίζει τα υγρά και τις τροφές μέχρις ότου επανέλθει ο περισταλτισμός του εντέρου. Τέλος φροντίζει για την αποφυγή λοίμωξης με πλύση και τοποθέτηση αλοιφών. Παρακολουθεί για κολπική απέκκριση, φροντίζει για την αλλαγή των γαζών με άσηπτη τεχνική, για έγκαιρη έγερση της ασθενούς, πρόληψη επιπλοκών και ετοιμασία για ακτινοβολία.

Μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Οι επιπλοκές που εμφανίζονται μετά από κοιλιακή ή κολπική υστερεκτομή, είναι κυρίως η δημιουργία αιματώματος, στην περιοχή της επέμβασης, αιμοραγία, λοίμωξη και σχηματισμός συριγγίων.

Εάν η αιμοραγία είναι υπερβολική ίσως χρειαστεί να μπει χειρουργείο για αιμόσταση.

Ενδείξεις αιμοραγίας είναι η αύξηση αρτηριακής πίεσης, εφίδρωση, ταχυκαρδία, γενική ανησυχία, ελαττωμένη θερμοκρασία των άκρων, αποβολή αιματικού υγρού από τους παραχετευτικούς σωλήνες.

Η νοσηλεύτρια οφείλει να ειδοποιήσει το γιατρό και να είναι πάντασε ετοιμότητα.

Πολλές φορές συμβαίνει να υπάρχει πρόβλημα από την

κύστη, εξαιτίας της γειτονίας της κύστης με την επέμβαση.

Γι' αυτό γίνεται παρακολούθηση και αναγραφή των υγρών, χορήγηση υγρών παρεντερικά με οδηγία γιατρού. Η νοσηλεύτρια τοποθετεί μόνιμο καθετήρα σύμφωνα με ιατρική οδηγία, γιατί το οίδημα ή ο τραυματισμός νεύρων μπορεί να προκαλέσει προσωρινά ατονία της κύστης. Υπερηβικός καθετήρας μπορεί να τοποθετηθεί. Η αφαίρεση του καθετήρα γίνεται με την πάροδο 5 ημερών πάλι με ιατρική εντολή. Επίσης παραμονή ούρων μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη.

Επιπλοκές μπορεί να εμφανίζονται και από το αναπνευστικό σύστημα, και από το κυκλοφορικό.

Γι' αυτό φροντίζουμε να αλλάζει θέση κάθε 2 ώρες και ενθάρυνση να παίρνει βαθιές αναπνοές.

Αποφεύγουμε κάθε πίεση κάτω από τα γόνατα για πρόληψη στάσης αίματος. Η νοσηλεύτρια κάνει επισκόπηση των κάτω άκρων για παρουσία κιρσών και προάγει την κυκλοφορία με ειδικές ασκήσεις.

Αποκατάσταση ασθενούς

Η έννοια της λέξης αποκατάσταση σημαίνει την επαναφορά του ατόμου στην προηγούμενη κατάσταση ύστερα από διατάραξη ή αλλαγή που δέχτηκε.

Και σύμφωνα με αυτό τον ορισμό η αποκατάσταση αρχίζει μετά τη διάγνωση και θεραπεία της νόσου. Σήμερα όταν μιλάμε για αποκατάσταση εννοούμε την προσπάθεια που καταβάλλεται από τα μέλη της ομάδας υγείας να χρησιμοποιήσει το άτομο όλες τις ικανότητες που έχει-βιοψυχολογικές- όσο και αν αυτές φαίνονται μικρές για να ζήσει "ποιότητα ζωής" σήμερα, δηλαδή να μη κλαίει για το χθές και να μη τρέμει για το αύριο.

Σύμφωνα λοιπόν μ'αυτά η αποκατάσταση της ασθενούς με καρκίνο του τραχήλου είναι μεγάλης σημασίας διότι δεν πρόκειται για μία απλή αποκατάσταση ασθενών με χολοκυστεκτομή ή αφαίρεση ποδοκνημικού γύψου κ.α.

Δεν πρέπει να ξεχνάμε και την περίπτωση υποτροπής.

Σημαντικός ο ρόλος της νοσηλεύτριας.

Με τις κατάλληλες γνώσεις συμβάλλει στην ανόρθωση του ηθικού της ασθενούς.

Καλείται να κάνει μία ανακεφαλαίωση του σχεδίου μετεγχειρητικής διδασκαλίας.

Η ολική υστερεκτομή προκαλεί εμμηνόπαυση και στειρότητα.

Οι συμβουλές που δίνει στην άρρωστη είναι οι εξής:

- Να αποφεύγει κατά την ανάρρωση να σηκώνει βαριά αντικείμενα. Ν'αποφεύγει να οδηγεί ή ν'ανεβαίνει σκάλες για την πρόληψη ρήξης των ραμάτων. Ν'αποφεύγει τη συνουσία

για 6-8 εβδομάδες μετά την υστερεκτομή.

Η Νοσηλεύτρια εξηγεί πως η κολπική έκκριση χρώματος καφεοειδές, είναι φυσιολογική και θα μειωθεί σιγά σιγά και τελικά θα σταματήσει.

Με την επιστροφή της στο σπίτι ίσως αισθανθεί κόπωση. Γι' αυτό θα πρέπει να περιορίσει τις δραστηριότητες της την πρώτη εβδομάδα.

Επίσης η νοσηλεύτρια βοηθάει την ασθενή να σχεδιάσει πρόγραμμα οικιακών δραστηριοτήτων που θα είναι σε θέση να πραγματοποιήσει μέσα σ' ένα μήνα.

Ενημερώνει την άρρωστη να μην αποθαρύνεται αν κατά διαστήματα αισθάνεται κατάθλιψη ή είναι νευρική. Οι εκδηλώσεις αυτές εμφανίζονται συχνά αλλά δεν διαρκούν πολύ.

Τέλος η νοσηλεύτρια δεν πρέπει να ξεχάσει ν' αναφέρει και το εξής: Τη σπουδαιότητα του υπερσιτισμού, την παρακολούθηση του βάρους και τον εξεταστικό έλεγχο ανά τρίμηνο για πέντε χρόνια.

Κεφάλαιο 4ο

Ιστορικό ασθενούς

Όνομα ασθενούς: Κ.Μ.

Ηλικία: 30 ετών

Επάγγελμα: οικιακά

Ημερομηνία εισόδου: 8.2.1995

Διάγνωση: Ca τραχήλου IN SITU

Κληρονομικό-Ατομικό αναμνηστικό

Στίγμα Β-μεσογειακής αναιμίας

Ο πατέρας πέθανε σε ηλικία 57 ετών απο Ca ουροδόχου κύστης - Α.Ε.Ε. στο χειρουργείο.

Παρούσα νόσος.

Η ασθενής αναφέρει άλγος υπογαστρίου απο 3μήνου ενώ παράλληλα τον τελευταίο μήνα αναφέρει και άλγος κατά την επαφή.

Έγινε TEST PAP ρουτίνας προ ενός μηνός κατηγορία III βιοψία τραχήλου προ 8 ημερών Ca τραχήλου IN SITU.

Η ασθενής είναι παντρεμένη και μητέρα ενός παιδιού. Η έμμηνος ρήση άρχισε σε ηλικία 13 ετών.

Αφού γίνανε οι απαιτούμενες εξετάσεις και η κατάλληλη προετοιμασία, η ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση.

Της έγινε κοιλιακή υστερεκτομή μετά του αριστερού εξαρτήματος-σοκολατοειδής κύστεις αρωοθήκης.

Κατά την έξοδο απο την κλινική της συνεστήθει επανέλεγχος μετά 10 ημέρες.

Μετεγχειρητικά η ασθενής παρουσίασε μερικά προβλήματα τα οποία αναφέρω στη συνέχεια με την ανάλογη νοσηλευτική φροντίδα.

Νοσηλευτική διεργασία

ΠΡΟΒΛΗΜΑ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ

ΠΡΟΓΡ. Ν. Φ.

ΦΑΡΜΑΓΗ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΣΚΟΠΟΣ

ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Πόνος

Ανακούφιση ασθενούς από τον πόνο. Εξάλειψη ή μείωση αυτού.

Δόθηκε το κατάλληλο φάρμακο. Ο πόνος αρχίζει να μειώνεται και η ασθενής αισθάνεται καλύτερα.

2. Ναυτία έμμετοι

Σκοπός μου είναι ν' απαλλάξει τον ασθενούς από συμπτώματα οι έμμετοι οφείλονται στην αναλγησία που είχε δεχθεί κατά την επέμβαση.

α. Τοποθέτηση της κεφαλής σε πλάγια θέση. Παρατηρήθηκε σταδιακή μείωση των εμμέτων και αποκατάσταση της ναυτίας.

β. Χορήγηση ηλεκτρολυτών IV (PEXTOSC 5%) I AMP PRIMPEKAM γ. περιποίηση της στοματικής κοιλότητας και αλλαγή λευκίματος.

3. Αιμοραγία

Αντιμετώπιση και έλεγχος αυτής.

Διαπιστώθηκε από τον γιατρό ότι πρόκειται για εσωτερική αιμοραγία.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΤΥΠ. Ν.Φ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
----------	--------------------------	--------------	-----------------------------	--------------

	Εξασφάλιση ακινησίας της ασθενούς και να μην πάρει τίποτα από το στόμα.	Συμβούλεμα της ασθενής να παραμείνει στο κρεβάτι. Ενημέρωση της τράπεζαγαίματος.	Μετά από συνεχή παρακολούθηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού παρατηρήθηκε διακοπή της
--	---	--	---

	3. ετοιμασία δίσκο ενέσεων με αιμοστατικά φάρμακα.	επίμονης αιμορραφίας της ασθενούς η οποία ταλαιπωρήθηκε αρκετά.
--	--	---

	4. Εξασφάλιση ζεστού περιβάλλοντος	
--	------------------------------------	--

	5. Ύπνωση ηθικού της ασθενούς	
--	-------------------------------	--

4. Δοίωξη	Πρόληψη και σε περίπτωση εμφάνισης αυτής, γρήγορη αντιμετώπιση.	Πλύση και τοποθέτηση αλοιφών με δόση τεχνική	Τοποθετήθηκαν οι αλοιφές έγινε πλύση.	Σταδιακή εξάλειψη της μετεγχειρητικής λοίμωξης.
-----------	---	--	---------------------------------------	---

Ιστορικό ασθενούς

Όνοματεπώνυμο:

ηλικία: 54 ετών

Επάγγελμα: οικιακά

Ημερομηνία εισόδου: 6.7.1993

Διάγνωση: Ca τραχήλου διηθητικό

Ατομικό αναμνηστικό.

Κληρονομική ασθένεια δεν υπάρχει.

Η ίδια είχε κάνει στο παρελθόν τέσσερις τεχνητές διακοπές κύησης.

Παρούσα νόσος

Η ασθενής αναφέρει πόνο κατά τη σεξουαλική επαφή. Αναφέρει επίσης δύσοσμη έκκριση και εμφάνιση αίματος μετά τη σεξουαλική επαφή.

Είναι παντρεμένη, μητέρα 2 παιδιών με φυσιολογικούς τοκετούς.

Η έμμηνος ρήση πρωτοεμφανίστηκε σε ηλικία 12 ετών.

Αφού γίνανε οι απαιτούμενες εξετάσεις, η ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση. Της έγινε ριζική υατερεκτομή.

Ανοίχτηκαν παραμήτρια πάρθηκαν 6 λεμφαδένες απο τα παραμήτρια και οι δύο εμφανίζουν μεταστατική νόσο.

Μετά την χειρουργική επέμβαση η ασθενής παρουσίασε ορισμένα προβλήματα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ

ΠΡΟΓΡ. Ν.Φ.

ΦΑΡΜΑΧΗ

ΑΙΟΤΡΑΦΕΣΜΑΤΑ

ΣΚΟΠΟΣ

ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1. Επίσχεση ούρων
Απαλλαγή της ασθενούς Προγραμματίζεται
απο το αίσθημα βάρους μία σειρά απλών
που της προκαλεί η ενεργειών προ-
γεμάτη ούρα κύστη. κειμένου να προ-
κληθεί ούρηση πάντα με ιατρική
συμβουλή.

Γίνεται προσπάθ. να Ηρέμησε η ασθενής
πρεμήσει η ασθε- με το άδεισμα της
νής και να ουρή- κύστης δια του καθε-
σει ανοίγει τη τήρος, όχι απότομα
βρύση και σηκώ- αλλά σταδιακά.
νεται. Δεν είχαν
αποτέλεσμα οι ε-
νέργειες αυτές
και μετά απο ια-
τρική οδηγία της
έγινε καθητηριασ-
μός κύστης.

2. Διαποίηση
τραύματος

Αποκατάσταση του
τραύματος προκειμέ-
νου να αποφευχτούν
οι δυσάρεστες συνέ-
πειες της μόλυνσης.
Ανακούφιση απο τον
πόνο.

Προγραμματίζεται
απο το ιατρικό
προσωπικό διά-
νοση του τραύ-
ματος και παρο-
χέτευση.

Πήρα το τροχήλατο Μετά απο συνεχή παρα-
αλλαγών τραύματος κολούθηση του τραύ-
Αφού ξεσκεπάστη- ματος και αφού έγινε
κε το τραύμα έ- παροχέτευση αντιμικτω-
γινε πλύση με αν- πίστηκε η πυώδης εκ-
τισηπτική διάλυ- κροή και ο έντονος πό-
ση και στη συνέ- νος που ανησυχούσε την
χεια παροχέτευση ασθενή.

Επίσης τάθηκε

υγρό για καλ-

λιέργεια αυτού

και να δοθεί κα-

τάλληλη αντιβιω-

ση. Συνεχής έλεγ-

ΠΡΟΒΛΗΜΑ
ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ
ΣΚΟΠΟΣ

ΠΡΟΓΡ. Ν. Φ.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ
ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΑΣ

ΑΙΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

είναι πνευματική
η επίδεση. Επι-
τόνου εδóθει
στην ασθενή ΜΕΑ-
LEMEI.

3. Δυσφορία
εξαιτίας της
κοιλιακής διό-
τασης

Ανακούφιση
της ασθενούς
απο την ενόχλη-
ση αυτή.

Εισαγωγή ρινογα-
στρικού καθετή-
ρα. Περιορισμός
των υγρών και
των τροφών μέχρι
να επανέλθει ο
περισταλτισμός.

Το πρόβλημα της δυσ-
φορίας τέθηκε υπο έλεγ-
χο και η ασθενής αρχί-
ζει να αισθάνεται καλ-
λίτερα.
Ο περισταλτισμός
του εντέρου.

4. Δίψα
Καταπολέμηση
του αισθήματος
δίψας.

Εφύγρανση των
χειλιών και της
γλώσσας μεταξύθιο
εμποτισμένο σε
νερό.

Χορήγηση υγρών
απο το στόμα με-
τα την παύση της
ναυτίας και εφύ-
γρανση του στό-
ματος.

5. Ψυχολογική
ανασφάλεια STRESS
Δημιουργία κατάλ-
ληλου περιβάλλοντος
για την αυτοεκτίμηση
της ασθενούς και τη
συζήτηση του προ-
βλήματός της.

Γνωριμία με το
νοσηλευτικό προ-
σωπικό ενημερώνε-
ται σχετικά με την
κατάστασή της.

Η γνωριμία με το Δν και ο φόβος της
επικείμενης ασθένειας
δεν έχει εξαλειφθεί
φέρεται και κινείται
με μεγάλη άνεση,
και ενθάρρυνσης.

Επίλογος

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ο καρκίνος προκαλεί σοβαρές καταστάσεις, τόσο στο ψυχοσυναισθηματικό επίπεδο της ασθενούς και της οικογένειάς της όσο και στο ψυχοκοινωνικό.

Οι σοβαρές συνέπειες της νόσου δεν επηρεάζουν μόνο την ασθενή, αλλά και το κοινωνικό περιβάλλον της, ιδιαίτερα το περιβάλλον του νοσοκομείου.

Έργο της νοσηλεύτριας είναι να προλάβει και να θεραπεύσει την αρρώστια. Απορρίπτει το θάνατο σαν κάτι το αναπόφευκτο ενώ παλεύει να καρδίσει τη ζωή.

Η νοσηλεύτρια-της που καλείται να ασχοληθεί με τον ασθενή είναι η πρώτη μαζί με το γιατρό που θα έρθει σε επαφή με την ίδια και την οικογένειά της. Γιά αυτό ο ρόλος του νοσηλευτή-ριας είναι καθοριστικός.

Καλείται λοιπόν ο νοσηλευτής-τριας κατά τη διάγνωση, την περίοδο της θεραπείας και της αποκατάστασης να αντιμετωπίσει τα ειδικά προβλήματα που σχετίζονται με τη νόσο και τις ανάγκες της ασθενούς.

Για κάθε καρκινοπαθή που θεραπεύεται υπάρχει το αίσθημα της νίκης και δικαιώνεται ο αγώνας. Μία εμπειρία δυνατή και ευχάριστη, που πυροδοτεί την πίστη στην εργασία και την αισιοδοξία για το αύριο.

Στο σημείο αυτό θεωρώ την ανάγκη να τονίσω ορισμένα πράγματα.

Να κάνω ορισμένες προτάσεις στο Νοσηλετή-τρια, κατά τη διάρκεια νοσηλείας ασθενών με καρκίνο τραχήλου.

Σύμφωνα λοιπόν με αυτά που έχουν λεχθεί βάση της μελέτης δηλαδή, πρώτο μέλημα του Νοσηλευτή-τριας είναι να

έχει γνώσεις επιστημονικά κατοχυρωμένες σχετικά με την συγκεκριμένη νόσο.

Να αντιμετωπήσει τον κάθε ασθενή ξεχωριστά, προτείνω στον Νοσηλευτή-τρια να αγκαλιάσει τον ασθενή να δείξει κατανόηση στα προβλήματά του. Να έχει υπομονή, επιμονή και θέληση. Συγκεντρώνοντας αυτά τα χαρακτηριστικά και συγχρόνως έχοντας πυγμή για το έργο που έχουν αναλάβει να είναι σίγουροι πως θα έχουν εκτελέσει το έργο σωστά.

Πάνω απ'όλα να δείξουν αγάπη για τη δουλεία τους γνώσεις, λοιπόν αγάπη, κατανόηση, υπομονή και επιμονή είναι τα στοιχεία εκείνα που συνθέτουν τον Νοσηλευτή-τρια και που προτείνω να έχει ο καθένας κατά τη διάρκεια που νοσηλεύουν τον ασθενή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αραβαντινός Διονύσιος "Παθολογία της γυναίκας"
Επιστημονικές εκδόσεις Γ.Παρισιανού, Αθήνα 1985.
- Αραβαντινός Διονύσιος "Φυσιολογία της γυναίκας".
Επιστημονικές εκδόσεις Γ.Παρισιανού, Αθήνα 1982.
- Κουρούνης Γεώργιος "Παθολογία τραχήλου-μήτρας".
Β' Έκδοση Εκτύπωση φωτολιθογραφική, Π.Σιλίρης
Ε.Επισκοπάκης, Αθήνα 1991.
- Μαλαρινού-Κωνσταντινίδου: "Παθολογική και Χειρουργική
Νοσηλευτική" τόμος β' μέρος 2ο εκδόσεις Η ΤΑΒΙΘΑ
Αθήνα 1991.
- Μορτάκης Αλέξανδρος "Ενδοεπιθηλιακές, νεοπλασίες του
κατώτερου γεννητικού συστήματος της γυναίκας" εκ-
δόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992.
- Κ.Παπαβασιλείου/Ι.Κούβαρης κ.Γεννατάς Δ.Βώρος Ογκολογία
Επιστημονικές εκδόσεις: Γρηγόριος Παρισιάνος
Αθήνα 1991.
- Παπαλουκάς Χρ.Αριστοφάνης "Εγχειρίδιο Γυναικολογίας και
Μαιευτικής", τόμος Α' Θεσσαλονίκη 1985.
- Παπανικολάου Νίκος "Γυναικολογική ογκολογία" Εκδόσεις
Φωτοτυπική, Θεσσαλονίκη 1987.
- Πατηράκη Ελισάβετ, "Νοσηλευτικά Προβλήματα στη Χειρουργι-
κή ογκολογία", Νοσηλευτική, 20(15,16) Μάρτιος, Απρίλιος
1986.
- Παρασκευαΐδης-Παπαστρεγγιόπουλος-Πασχόπουλος-Παπαϊωάννου
Μαιευτική-Γυναικολογία: Οργανισμός εκδόσεως διδακτικών
βιβλίων Αθήνα 1987
- Σαχίνη-Καρδάση Άννα, Μαρία Πάνου "Παθολογική και χειρουργι-
κή νοσηλευτική. Νοσηλευτικές διαδικασίες" τόμος 1ος
β' επανέκδοση εκδόσεις βήτα, Αθήνα 1988.

Σαχίνη-Καρδάση Άννα-Πάνου Μαρία "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες" τόμος 2ος, Μέρος β', εκδόσεις βήτα Αθήνα 1988.