

Τ.Ε.Ι.: ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

Θ Ε Μ Α: "Νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενών
με καρκίνο προστάτη".

ΟΝΟΜΑ ΣΠΟΥΔΑΣΤΗ:

ΜΗΤΡΟΓΕΩΡΓΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

Π Α Τ Ρ Α Α Π Ρ Ι Λ Ι Ο Σ 1 9 9 5



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1925
----------------------	------

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
----------------	---

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I.

Ανατομία του ουροκολογεννητικού συστήματος	2
--------------------------------------------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II.

Φυσιολογία του ουροκολογεννητικού συστήματος	12
----------------------------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III.

Συχνότητα	19
-----------------	----

Αιτιολογία του καρκίνου του προστάτη	19
--------------------------------------------	----

Α. Ορμονικοί παράγοντες	19
-------------------------------	----

Β. Γενετικοί παράγοντες	20
-------------------------------	----

Στάδια και τεξινόμηση του όγκου	21
---------------------------------------	----

Συμπτώματα	22
------------------	----

Διάγνωση - διαγνωστικές εξετάσεις	23
-----------------------------------------	----

Διαφορική διάγνωση	26
--------------------------	----

Εξέλιξη του προστατικού καρκινώματος	28
--------------------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV.

Θεραπεία του καρκίνου του προστάτη	29
------------------------------------------	----

1. Χειρουργική θεραπεία	29
-------------------------------	----

2. Ακτινοθεραπεία	30
-------------------------	----

3. Αντιανδρογόνης θεραπεία	31
----------------------------------	----

4. Χημειοθεραπεία	32
-------------------------	----

5. Κρυοχειρουργική θεραπεία	33
-----------------------------------	----

Βιολογικές θεραπείες	34
----------------------------	----

Συμπέρασμα	34
------------------	----

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I.

Σελίδα

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο προστάτη	35
Εισαγωγή του αρρώστου στο Νοσοκομείο	35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II.

Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας στις διαγνωστικές εξετάσεις..	39
Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας στις εργαστηριακές, ακτινο- λογικές και αιματολογικές εξετάσεις	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III.

Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας στην Ακτινοθεραπεία	43
Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας στην χημειοθεραπεία	46
Ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων-νοσηλευτικές εφαρμογές	47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV.

Προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς	52
Γενική προεγχειρητική φροντίδα	52
Τοπική προεγχειρητική φροντίδα	56
Τελική προεγχειρητική φροντίδα	57
Προνάρκωση	57
Μετεγχειρητική φροντίδα	59
Μετεγχειρητικές δυσχέρειες	62
Μετεγχειρητικές επιπλοκές	66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V.

Βξοδος του ασθενούς από το Νοσοκομείο	75
Αποκατάσταση	76
Το μέλλον της ογκολογικής νοσηλευτικής	77

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI.

Νοσηλευτική Διεργασία	79
Επίλογος	80
Βιβλιογραφία	89

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

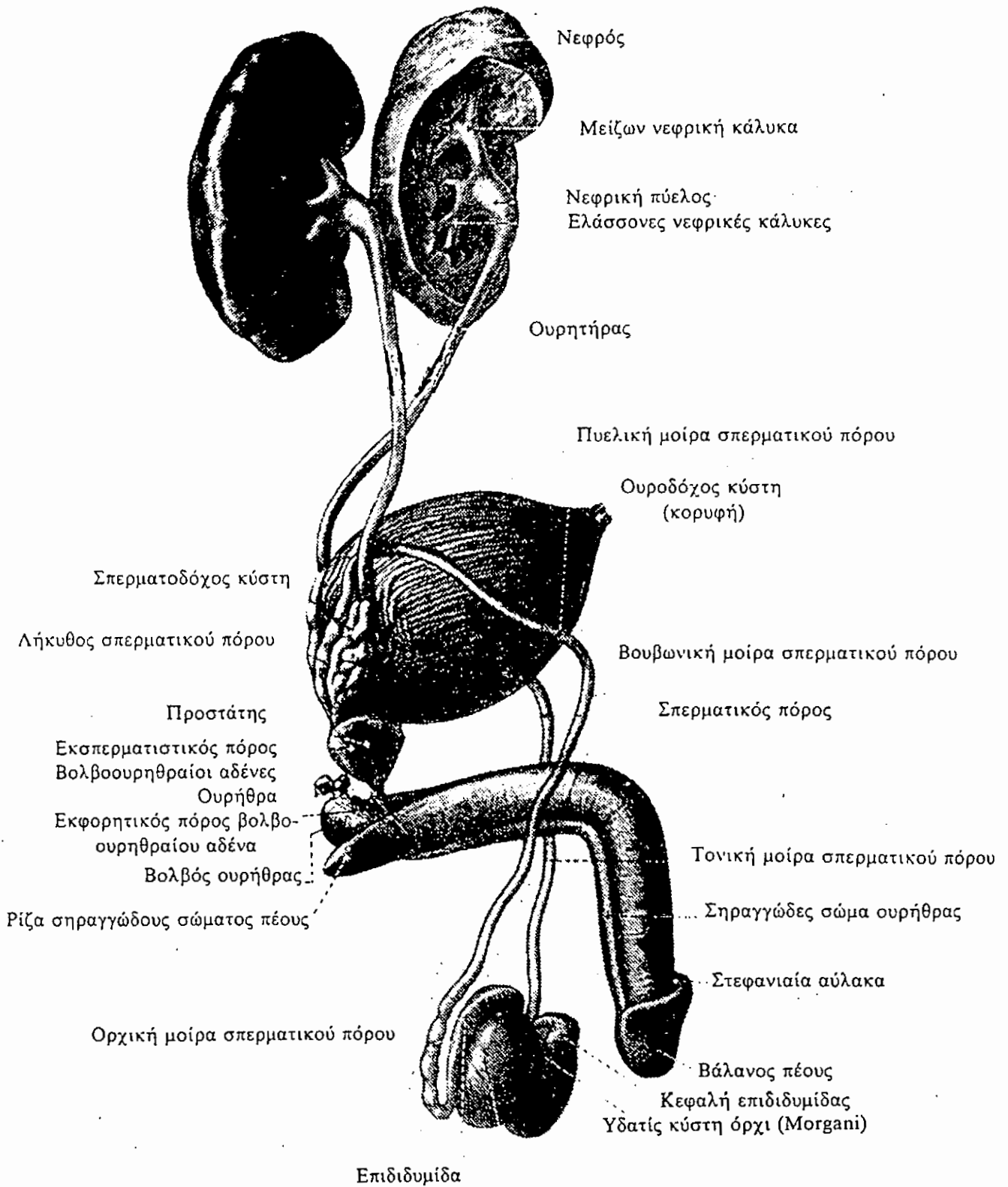
=====

Σήμερα η ογκολογική νοσηλευτική αποτελεί ένα τομέα που προσφέρει πολλές ικανοποιήσεις λόγω του ότι ο νοσηλευτής-τρια καίξει σπουδαίο ρόλο στην πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου.

Ο νοσηλευτής-τρια καίξει το ρόλο του διαφωτιστή του κοινού σε θέματα όπως ο σκοπός της περιοδικής εξέτασης και τα πρώιμα συμπτώματα του καρκίνου. Ο νοσηλευτής - τρια προσφέρει ηθική και ψυχολογική τόνωση στον άρρωστο που πάσχει από καρκίνο. Δίνει σ'αυτόν πληροφορίες που θα τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει την αρρώστια του. Παράλληλα ενημερώνεται για τις νέες εξελίξεις που παρατηρούνται για τον καρκίνο και εφαρμόζει τη χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία με ασφάλεια, προστατεύοντας τον άρρωστο, τον εαυτό του - της και τους άλλους.

Και το σπουδαιότερο, διατηρεί θετική συμπεριφορά προς τον άρρωστο που νοσηλεύει με προχωρημένο καρκίνο ή ετοιμοθάνατο.

Η εργασία αυτή αναφέρεται στον καρκίνο του προστάτη, μια μορφή καρκίνου που μετά τον καρκίνο του πνεύμονα αποτελεί την 2η αιτία θανάτου στους άνδρες. Η εργασία αυτή περιλαμβάνει τα συμπτώματα, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με καρκίνο προστάτη και τη θεραπεία της νόσου. Επίσης την νοσηλευτική περίθαλψη και τον ρόλο του νοσηλευτή-τριας στην παρατήρηση και αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών.



ΤΑ ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1:

=====

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Τα όργανα που αποτελούν το ουροκοιμητικό σύστημα είναι:

1. Οι νεφροί.
2. Οι ουρητήρες.
3. Η ουροδόχος κύστη.
4. Η ουρήθρα.

Α. Ν Ε Φ Ρ Ο Ι

Οι νεφροί βρίσκονται στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο ο ένας δεξιά και ο άλλος αριστερά από την σπονδυλική στήλη στο ύψος των τριών πρώτων οσφυϊκών σπονδύλων. Ο δεξιός νεφρός βρίσκεται μισό σπόνδυλο πιο χαμηλά από τον αριστερό γιατί πιέζεται προς τα κάτω από το συκώτι. Ο νεφρός έχει σχήμα φασολιού, βάρος 150 γρμ., μήκος 12 εκ., φάρδος 6 εκ. και πάχος 3 εκ.

Ο κάθε νεφρός έχει δύο επιφάνειες μια μπρός και μια πίσω δύο κόλπους τον πάνω και των κάτω και δύο χείλη το έξω και το μέσα.

Η μπρός επιφάνεια του νεφρού καλύπτεται από περιτόναιο και έρχεται σε σχέση, στο δεξιό νεφρό με το ήπαρ, το παχύ έντερο και το 12δάκτυλο, και στον αριστερό νεφρό, με το στομάχι, τον σπλήνα, το πάγκρεας, το 12δάκτυλο και το παχύ έντερο.

Η πίσω επιφάνεια και των δύο νεφρών ακουμπά στο διάφραγμα, στην 12η πλευρά και στους μύς του πίσω τοιχώματος της κοιλιάς.

Στον πάνω κόλο ακουμπά το επινεφρίδιο.

Το έξω χείλος είναι κυρτό ενώ το μέσα είναι κοίλο και αποτελεί την κύλη του νεφρού γιατί από το μέρος αυτό μπαίνουν οι αρτηρίες και τα νεύρα του νεφρού και βγαίνουν οι φλέβες και η κύελος.

Κάτω από το περιτόναιο, που καλύπτει τους νεφρούς από μπροστά, η νεφρική περιτονία σχηματίζει δύο πέταλα, το μπρός και το πίσω που περιβάλλουν το νεφρό.

Το τελευταίο από τα καλύματα του νεφρού είναι ο ινώδης χιτώνας, που τον περιβάλλει γύρω - γύρω και είναι κολλημένος στον νεφρικό ιστό.

Μεταξύ της νεφρικής περιτονίας και του ινώδη χιτώνα υπάρχει το περινεφρικό λίκος και πίσω από την νεφρική περιτονία το παρανεφρικό λίκος.

Ο νεφρικός ιστός αποτελείται από :

1. Τα ουροφόρα σωληνάρια.
2. Συνδετικό ιστό που συνδέει τα σωληνάρια.
3. Αγγεία και
4. νεύρα.

Ο κάθε νεφρός έχει περίπου ένα εκατομμύριο ουροφόρα σωληνάρια.

Το ουροφόρο σωληνάριο αποτελείται από:

- α) Το έλυτρο του Bowman.
- β) Το εστειραμένο σωληνάριο πρώτης τάξης.
- γ) Την αγκύλη του Henle.
- δ) Το εστειραμένο σωληνάριο δεύτερης τάξης, και
- ε) τα αθροιστικά σωληνάρια.

Το έλυτρο του Bowman είναι η αρχή του ουροφόρου σωληναρίου. Αποτελείται από δύο πέταλα, το έξω και το μέσα, που δίνουν

στο έλυτρο του Bowman το σχήμα μισοφέγγαρου. Στην κοιλότητα του σχηματίζεται από το μέσα πέταλο βρίσκεται ένα δίκτυο από τριχοειδή αγγεία, το αγγειώδες σείραμα. Το αίμα στα τριχοειδή αυτά έρχεται με το προσαγωγό αρτηρίδιο και φεύγει με το ακαγωγό αρτηρίδιο.

Το έλυτρο του Bowman με το αγγειώδες σείραμα αποτελούν το νεφρικό σωματίο (του Malpighi).

Σε τομή του νεφρού με γυμνό μάτι ξεχωρίζουν δύο μέρη:

- α) Περιφερικά ο φλοιός και
- β) κεντρικά - μυελός του νεφρού.

Ο φλοιός έχει χρώμα καστανοκόκκινο και αποτελείται από τα εσπειραμένα μέρη των ουροφόρων σωληναρίων που του δίνουν όψη κοκκώδη.

Ο μυελός έχει χρώμα κιτρινωπό και αποτελείται από 7 - 20 κωνικές περιοχές τις κυραμίδες (του Malpighi) που έχουν τη βάση του προς την περιφέρεια και που δίνουν στο μυελό μια όψη γραμμωτή.

Η νεφρική αρτηρία είναι κλάδος της κοιλιακής αορτής και συνήθως χωρίζεται σε τρεις κλάδους.

Η νεφρική φλέβα σχηματίζεται από την ένωση των φλεβών του νεφρικού παρεγχύματος και καταλήγει στην κάτω κοίλη φλέβα

Οι νεφρικοί κάλυκες χωρίζονται στους:

- α) Ελάσσονες που είναι 8-16 και που ενώνονται για να σχηματίσουν τους β) μείζονες κάλυκες που είναι 2-3.

Οι μείζονες κάλυκες ενώνονται για να σχηματίσουν την νεφρική κύελο που βρίσκεται σχεδόν ολόκληρη μέσα στον νεφρό.

Β. ΟΥΡΗΤΗΡΕΣ

Οι ουρητήρες αρχίζουν από τη νεφρική κύελο και καταλήγουν στην ουροδόχο κύστη. Το μήκος τους είναι 26-30 εκ. Ο δεξιός είναι 1 εκ. πιο κοντός από τον αριστερό ουρητήρα.

Ο κάθε ουρητήρας χωρίζεται σε τρία μέρη:

- α) Το κοιλιακό: από την κύλη του νεφρού ως το πάνω στόμιο της μικρής κυέλου,
- β) το πυελικό: από το πάνω στόμιο της μικρής κυέλου ως το τοίχωμα της ουροδόχου κύστης και
- γ) το κυστικό: πολύ κοντό (1,5 εκ.) βρίσκεται μέσα στο τοίχωμα της ουροδόχου κύστης.

Ο ουρητήρας στην πορεία του κάνει δύο καμπές:

- α) Την επικείλια στο πάνω στόμιο της μικρής κυέλου με το κυρτό προς τα εμπρός και μέσα και
- β) την πυελική καμπή στο έδαφος της κυέλου, με το κυρτό προς τα πίσω και έξω.

Ο κάθε ουρητήρας παρουσιάζει και δύο στενώματα:

- α) Το πάνω στένωμα που βρίσκεται 7 εκ. κάτω από την κύλη του νεφρού και
- β) το κάτω στένωμα που βρίσκεται στο πάνω στόμιο της μικρής κυέλου.

Το τοίχωμα των ουρητήρων αποτελείται, από έξω προς τα μέσα, από:

- α) Ινώδη χιτώνα.
- β) Μυϊκό χιτώνα και
- γ) βλεννογόνο, με μεταβατικό πολύστιβο επιθήλιο.

Γ. ΟΥΡΟΔΟΧΟΣ ΚΥΣΤΗ

Η ουροδόχος κύστη βρίσκεται πάνω στο έδαφος της πυέλου, πίσω από την ηβική σύμφυση και μπροστά από το ορθό. Το μεγαλύτερο μέρος της κύστης είναι έξω από το περιτόναιο, στον προκεριτοναικό και τον υποκεριτοναικό χώρο.

Η κοιλότητα της ουροδόχου κύστης χωράει γύρω στα 2-3 λίτρα. Το σχήμα της κύστης εξαρτάται από το ποσό των ούρων που περιέχει. Γενικά έχει το σχήμα αυγού ή αχλαδιού.

Η ουροδόχος κύστη στηρίζεται:

1. Με το πυελικό έδαφος από κάτω
2. Με το περιτόναιο από πάνω
3. Με τους ηβοκυστικούς συνδέσμους που συνδέουν την κύστη με την ηβική σύμφυση.
4. Με τον μέσο ομφαλοκυστικό σύνδεσμο που συνδέει την κορυφή της κύστης με τον ομφαλό.
5. Με τους κλάγιους ομφαλοκυστικούς συνδέσμους που συνδέουν από τα κλάγια την κύστη με τον ομφαλό.
6. Με την προκυστική περιτονία που τυλίγει την κύστη από μπροστά και από κλάγια.
7. Με τους ουρητήρες και
8. με τα αγγεία της κύστης.

Το τοίχωμα της ουροδόχου κύστης αποτελείται από δύο χιτώνες:

1. Τον μυϊκό και
2. τον βλεννογόνο.

Ο μυϊκός χιτώνας έχει τρεις στιβάδες λείων μυϊκών ινών:

- α) Την έξω επιμήκη
- β) την μέση κυκλωτερή και

γ) την μέσα που σχηματίζει πλέγμα.

Ο βλενογόνος έχει επιθήλιο πολύστιβο μεταβατικό.

Οι αρτηρίες της ουροδόχου κύστης είναι η πάνω και η κάτω κυστική.

Η νεύρωση της κύστης προέρχεται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα: οι συμπαθητικές ίνες προκαλούν χαλάρωση της κύστης και σύσπαση του σφιγκτήρα και οι παρασυμπαθητικές ίνες προκαλούν το αντίθετο.

Δ. Ο Υ Ρ Η Θ Ρ Α

Η ουρήθρα είναι μικτός ουρογεννητικός σωλήνας γιατί στους άνδρες εκτός από τα ούρα μεταφέρει και το σπέρμα. Έχει μήκος 20 εκ περίπου. Αρχίζει, με το μέσα στόμιο από την ουροδόχο κύστη και καταλήγει με το έξω στόμιο, στη βάλανο του πέους. Χωρίζεται σε τρία μέρη:

1. Την προστατική ουρήθρα που περνά μέσα από τον προστάτη και έχει μήκος 3-4 εκ.
2. Την υμενώδη ή διαφραγματική που περνά μέσα από το πυελικό διάφραγμα και έχει μήκος 1,5 - 2 εκ. και
3. Την σπραγγώδη ουρήθρα που βρίσκεται στο σπραγγώδες σώμα του πέους και έχει μήκος 12 - 14 εκ.

Στην κορεία της ανδρικής ουρήθρας κάνει δύο καμπές:

- α) Την περινεϊκή με το κοίλο προς τα πάνω, και
- β) την ηβική με το κοίλο προς τα κάτω.

Η ηβική καμπή εξαφανίζεται όταν το πέος βρίσκεται σε στύση. Η κοιλότητα της ουρήθρας φυσιολογικά παρουσιάζει τρία ανευρύσματα και δύο στενώματα.

Τα ανευρύσματα είναι:

- α) το προστατικό στον προστάτη
- β) το βολβικό στον βολβό του σπαραγγώδους σώματος και
- γ) το σκαφοειδές στη βάλανο του πέους.

Τα στενώματα είναι:

- α) το κίσω στην υμενώδη ουρήθρα και
- β) το μέρδος στο έξω στόμιο της ουρήθρας.

Το τοίχωμα της ουρήθρας αποτελείται από:

1. μυικό χιτώνα στην προστατική και υμενώδη ουρήθρα
2. στυτικό χιτώνα στη σπαραγγώδη ουρήθρα, και
3. βλεννογόνο που καλύπτει από μέσα όλη την ουρήθρα.

Ο μυικός χιτώνας έχει και λείες και γραμμωτές ίνες. Οι λείες μυικές ίνες είναι σε δύο στιβάδες:

- α) την έξω επιμήκη και
- β) την μέσα κυκλωτερή.

Ο στυτικός χιτώνας αποτελείται από το σπαραγγώδες σώμα που περιβάλλει την ουρήθρα στο πέος.

Ο βλεννογόνος αποτελείται από:

- α) Επιθήλιο μεταβατικό στην προστατική ουρήθρα και πολύστιβο κυλινδρικό στην υπόλοιπη ουρήθρα εκτός από τον σκαφοειδή βόθρο που έχει πολύστιβο κλακώδες επιθήλιο.
- β) χόριο και
- γ) αδένες.

ΒΞΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Η επιδιδυμίδα αποτελείται από το κεφάλι, το σώμα και την ουρά. Το κεφάλι της επιδιδυμίδας συνδέεται με τον πάνω πόλο του όρχι, ενώ το σώμα και η ουρά συνδέονται με το κίσω χείλος του ως τον κάτω πόλο. Μεταξύ του σώματος της επιδιδυμίδας και του όρχι μεσολαβεί ένα αυλάκι, ο κόλπος της επιδιδυμίδας.

Η επιδιδυμίδα αποτελείται από ινώδη χιτώνα που περικλείνει τα εκφορητικά σωληνάρια.

Τα σωληνάρια της επιδιδυμίδας είναι συνέχεια των σωληναρίων του όρχι. Ξεκινάνε από το μεσαύλιο του όρχι και μετά από μια ελικοειδή πορεία στην κεφαλή της επιδιδυμίδας τα 15 - 20 σωληνάρια ενώνονται μεταξύ τους για να σχηματίσουν τον πόρο της επιδιδυμίδας. Ο πόρος της επιδιδυμίδας είναι και αυτός ελικοειδής και σχηματίζει το σώμα και την ουρά της επιδιδυμίδας από την οποία αρχίζει ο σπερματικός πόρος.

Τα καλύματα της επιδιδυμίδας από μέσα προς τα έξω είναι:

1. Ο ίδιος ελυτροειδής χιτώνας που αποτελεί την συνέχεια του περιτοναίου προς τα κάτω και έχει δύο πέταλα το περισκλάχνο και το περίτονο.
2. Ο κρεμαστήρας μυς προέρχεται από τον εγκάρσιο κοιλιακό και τον έσω λοξό μύ.
3. Η κρεμαστήριος περιτονία είναι η συνέχεια της περιτονίας του έξω κοιλιακού μύ.
4. Ο κοινός ελυτροειδής χιτώνας αποτελεί τη συνέχεια της εγκάρσιας περιτονίας.
5. Ο δαρτός βρίσκεται κάτω από το δέρμα, και
6. Το όσχεον αποτελεί συνέχεια του δέρματος της κοιλιάς.

Ο όρχις και η επιδιδυμίδα δέχονται αίμα από την έσω σπερματική αρτηρία και οι χιτώνες τους από την έξω σπερματική αρτηρία.

Ο σπερματικός πόρος έχει μήκος 50 εκ. περίπου. Αρχίζει από την ουρά της επιδιδυμίδας, δηλαδή από τον κάτω πόλο του όρχεως συνεχίζει την πορεία του προς τα πάνω και μπαίνει στο βουβωνικό πόρο από το υποδερμάτιο στόμιό του. Σε αυτή τη διαδρομή

ο πόρος συνοδεύεται από τα σπερματικά αγγεία, βρίσκεται δε κλεισμένος μαζί με τα αγγεία σε κοινό περίβλημα. Το σύνολο αυτό (πόρος, αγγεία, περίβλημα) λέγεται σπερματικός τόνος. Μετά την εξοδό του από το βουβωνικό πόρο και την είσοδό του στην κοιλιά, ο σπερματικός πόρος αποχωρίζεται από τα σπερματικά αγγεία και το περίβλημα, συνεχίζει την πορεία του εξωπεριτοναϊκά μέχρι την κίση επιφάνεια της ουροδόχου κύστης, όπου συνενώνεται με τη σπερματοδόχο κύστη.

Οι σπερματοδόχοι κύστεις είναι μικρά ωοειδή όργανα, 4-5εκ μήκος και 2 εκ. πλάτος, που βρίσκονται κίση από την ουροδόχο κύστη και έξω από τις σπερματικές ληκύθους. Με το κάτω άκρο τους οι σπερματοδόχοι κύστεις ενώνονται με το τέλος των σπερματικών ληκύθων για να σχηματίσουν τους εκσπερματικούς πόρους

Οι πόροι αυτοί έχουν μήκος 2 εκ. και σχηματίζουν τον προστάτη από πάνω προς τα κάτω και μπρός, για να καταλήξουν στην κροστατική ουρήθρα, στα πλάγια του σπερματικού λοφιδίου.

Π Ρ Ο Σ Τ Α Τ Η Σ

Είναι εξωκρινής αδένας που βρίσκεται κάτω από την ουροδόχο κύστη μεταξύ της ηβικής σύμφυσης και του ορθού. Έχει μήκος 2,5-3 εκ., πλάτος 4-4,5 εκ. και βάρος 20 γραμ. περίπου. Σε σχήμα και σε μέγεθος μοιάζει με κάστανο. Η κορυφή του βρίσκεται προς τα κάτω και ακουμπά στον ουρογεννητικό τρίγωνο. Η βάση του είναι προς τα πάνω και ακουμπά στον πυθμένα της ουροδόχου κύστης.

Η κίση επιφάνεια του προστάτη χωρίζεται με ένα κάθετο αυλάκι που βρίσκεται στη μέση σε δύο λοβούς τον δεξιό και τον αριστερό. Οι λοβοί αυτοί και ο προστάτης μπορεί να ψηλαφηθεί

με το δάκτυλο από το ορθό γιατί μεταξύ τους μεσολαβεί μόνο η ευθυπροστατική περιτονία του Denonvilliers. Μπροστά, μεταξύ του προστάτη και της ηβικής σύμφυσης υπάρχουν οι ηβοπροστατικοί σύνδεσμοι και το αιδοϊκό φλεβικό πλέγμα του Santorini.

Η κάτω επιφάνεια που αποτελεί τη βάση του προστάτη, διασχίζεται μπροστά από την ουρήθρα και πίσω από τους εκσπερματικούς πόρους. Το μεσαίο μέρος που βρίσκεται κάτω από το κυστικό τρίγωνο εξέχει λίγο προς τα πάνω και αποτελεί τον μέσο ή κεντρικό λοβό του προστάτη.

Ο προστάτης αποτελείται από ινομυώδη και αδενικό ιστό.

Ο ινομυώδης ιστός περιβάλλει τον προστάτη από έξω και σχηματίζει στο εσωτερικό του αδένια διαφράγματα που χωρίζουν τον αδενικό ιστό σε λόβια.

Οι αδένες του προστάτη είναι σωληνοκυψελωτοί και οι πόροι τους 12-20 καταλήγουν στις παραλοφίδιες αύλακες της προστατικής ουρήθρας.

Το έκκριμα του προστάτη συντελεί στη θρέψη των σπερματοζωαρίων και στη διατήρηση της γονιμότητας.

Η αιμάτωση του προστάτη προέρχεται από την κάτω κυστική, την μέση αιμορροϊδική και την έσω αιδοϊκή αρτηρία.

Το φλεβικό αίμα του προστάτη καταλήγει στα κυστεοπροστατικά φλεβικά πλέγματα που βρίσκονται στα κλάγια του αδένια.

Τα νεύρα του προστάτη προέρχονται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα.

Φ Υ Σ Ι Ο Λ Ο Γ Ι ΑΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Κύρια όργανα του ουροποιητικού συστήματος είναι οι νεφροί, ενώ οι δύο αντίστοιχοι ουρητήρες, η ουροδόχος κύστη και η ουρήθρα, αποτελούν την αποχετευτική μονάδα του συστήματος.

Οι κυριότερες λειτουργίες των νεφρών είναι δύο: (1) Απεκκριτική λειτουργία κατά την οποία αποβάλλονται με τα ούρα τα άχρηστα μεταβολικά προϊόντα, και (2) Ρυθμιστική λειτουργία με την οποία αποκαθίσταται η οξεοβασική ισορροπία.

Σπειραματική διήθηση

Ο σχηματισμός των ούρων αρχίζει στο νεφρικό σπείραμα. Η αυξημένη πίεση μέσα στο αγγειώδες σπείραμα οδηγεί στην έξοδο κλάσματος μέσα στην κάψα του Bowman. Το υγρό αυτό λέγεται πρoούρο. Υπολογίζεται πως ημερησίως εκκρίνονται 170 περίπου λίτρα πρoούρου. Το μεγαλύτερο μέρος του υγρού αυτού διηθείται επαναρροφάται και τελικά μόνο 1-1,5 lt από αυτά αποβάλλονται σαν ούρα.

Στα διάφορα τμήματα του νεφρώνα επιτελούνται οι εξής λειτουργίες:

Στο εσπειραμένο σωληνάριο επαναρροφούνται γλυκόζη, αμινοξέα, ουρικό οξύ, λευκώματα, ανόργανα κατιόντα-ανίοντα και 70% του ύδατος.

Στην ακύλη του Henle στο εσπειραμένο 2ης τάξης και στα αθροιστικά σωληνάρια επιτελούνται: η συμπύκνωση η αραίωση των ούρων, η απέκκριση ιόντων καλίου, η επαναρρόφηση ιόντων Na.

Τα ούρα αποτελούνται κυρίως από νερό. Το ειδικό βάρος τους κυμαίνεται από 1010 - 1030. Το ειδικό βάρος μεταβάλλεται σε φυσιολογικές καταστάσεις όπως υπερθερμία, εφίδρωση, στέρξη νερού και σε παθολογικές καταστάσεις, όπως διαβήτη, γλυκοουρία, κυρετός κ.λ.π. Στα ούρα περιέρχονται άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού (ουρικό οξύ, αμμωνία) άλατα, ηλεκτρολύτες.

Σε σοβαρές παθολογικές καταστάσεις υποβάλλονται αίμα, λευκώματα, γλυκόζη.

Με το ουροκοιητικό σύστημα σχετίζονται δύο ορμόνες η αντιδιουρητική (ADH) και η αλδοστερόνη.

α. Αντιδιουρητική (ADH). Εκκρίνεται από τον οπίσθιο λοβό της υποφύσεως με δράση στο εσπειραμένο σωληνάριο β' τάξης που έχει σχέση με την επαναρρόφηση του νερού.

Σε έλλειψη της αντιδιουρητικής ορμόνης έχουμε την κατάσταση του άποιου διαβήτη που συνοδεύεται από μεγάλη πολυουρία και ούρα με χαμηλό βάρος 1002 - 1004.

Εκκρίνεται φυσιολογικά σε έλλειψη νερού, σε μεγάλη εφίδρωση και σε ακώλεια μεγάλων ποσοτήτων αίματος. Στις περιπτώσεις αυτές έχουμε ελάττωση του ποσού των ούρων και εξοικονόμηση νερού από τον οργανισμό.

β. Αλδοστερόνη. Ρυθμίζει την επαναρρόφηση του Na ενώ εκτείνει την έκκριση του K και H. Εκκρίνεται από τη φλοιώδη μοίρα των επινεφριδίων.

Το αντανεκλαστικό της ουρήσεως

Τα σχηματισμένα ούρα δια μέσω των νεφρικών καλύκων, νεφρικής πυέλου και ουρητηρων φτάνουν στην ουροδόχο κύστη. Όταν μέσα στην ουροδόχο κύστη συγκεντρωθεί ποσό ούρων πάνω από 350 - 400 cm διατείνεται το τοίχωμά της και αποστέλλονται νευρικές

ώσεις στο κέντρο της ούρησης του βρίσκεται στο 2-4ο ιερό νευροτόμιο του νωτιαίου μυελού με αποτέλεσμα τη σύσπασση των μυϊκών στοιχείων του τοιχώματος ενώ παράλληλα προκαλείται χάλαση του σφιγκτήρα του αυχένα της ουροδόχου κύστης, με συνέπεια την έκλειξη προς ούρηση. Το αίσθημα της έκλειξης προς ούρηση γεννιέται στην αισθητική μοίρα του φλοιού του εγκεφάλου.

ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το γεννητικό σύστημα του άνδρα αποτελείται από: α) τους όρχεις, β) την εκφορητική οδό, τις επιδιδυμίδες, τους σπερματικούς πόρους, τις σπερματοδόχους κύστεις, τον εκσπερματιστικό πόρο, το πέος και γ) τους αδένες προστάτη και βολβουρηθραίους

Η κύρια λειτουργία του γεννητικού συστήματος είναι η αναπαραγωγή του είδους.

Σπερματογένεση

Αρχίζει κατά μέσο όρο στην ηλικία των 13 χρόνων και συνεχίζεται καθόλη τη διάρκεια της ζωής του άνδρα.

Είναι αποτέλεσμα διέγερσης των γεννητικών αδένων από τις γοναδοτρόπους ορμόνες του προσθίου λοβου της υποφύσεως.

Γίνεται σε όλα τα σπερματικά σωληνάρια κατά την διάρκεια της ενεργού σεξουαλικής ζωής.

Η πρώτη φάση της σπερματογένεσης είναι η ανάπτυξη μερικών σπερματογονίων σε σπερματοκύτταρα. Το κάθε σπερματοκύτταρο με τη διαδικασία της μίτωσης διαιρείται και σχηματίζει δύο σπερματίδες. Κάθε μια περιέχει 23 χρωμοσώματα. Στη φάση αυτή η διαίρεση σταματά και σε μερικές εβδομάδες οι σπερματίδες ωριμάζουν σε σπερματοζώαρια.

Το σπερματοζώαριο αποτελείται από κεφαλή, αυχένα, σώμα και ουρά.

Η κεφαλή σχηματίζεται από το υλικό του κυτταρικού κυρήνα. Στο πρόσθιο μέρος της κεφαλής βρίσκεται μικρό μόρφωμα, το ακρόσωμα. Περιέχει υαλουρονιδάση και πρωτεάσεις που παίζουν σημαντικό ρόλο στην είσοδο του σπέρματος στο ωάριο.

Η ουρά περιέχει μεγάλες ποσότητες αδενοσινοτριφωσφορικού οξέος το οποίο παρέχει ενέργεια για την κίνησή της. Η ουρά κινείται κυματοειδώς ολόκληρη και σπειροειδώς στην άκρη της, προκαλώντας οφιοειδείς κινήσεις που κρωθούν το σπέρμα με ταχύτητα περίπου 20 cm/h.

Η δραστηριότητα των σπέρματων αυξάνει πολύ σε ουδέτερα και ελαφρά αλκαλικά μέσα, αλλά καταστέλλεται σημαντικά σε ελαφρά όξινα μέσα, ενώ σε πολύ όξινα επέρχεται γρήγορα ο θάνατός τους. Τα σπέρματα ενώ μπορούν να επιβιώσουν για πολλές εβδομάδες μέσα στους γεννητικούς σωλήνες των όρχων, στο γεννητικό σωλήνα της γυναίκας ζούν μόνο για 1-3 ημέρες.

Χρωμοσώματα του φύλου

Κάθε σπέρμα περιέχει 23 ζεύγη χρωμοσωμάτων που καθορίζουν το φύλο του απογόνου. Το ζεύγος αυτό αποτελείται από ένα χρωμόσωμα X και από ένα Y που λέγονται αντίστοιχα θηλυκό και αρσενικό χρωμόσωμα. Κατά τη μιτωτική διαίρεση τα χρωμοσώματα του φύλου κατανέμονται στις σπερματίδες και έτσι τα μισά σπέρματα περιέχουν το << X >> χρωμόσωμα και γίνονται θηλυκά σπέρματα και τα άλλα μισά περιέχουν το << Y >> χρωμόσωμα και γίνονται αρσενικά. Το φύλο του απογόνου καθορίζεται από τον τύπο του σπέρματος που θα γονιμοποιήσει το ωάριο.

Π Ρ Ο Σ Τ Α Τ Η Σ

Κατά την εφηβική ηλικία αναφέρεται η προστατική έκκριση. Συνδέεται με την εξέλιξη της γενετήσιας λειτουργίας, η οποία ελαττώνεται στην γεροντική ηλικία και σταματά με βραδύ ρυθμό. Τότε μεταβάλλεται η υφή του προστάτη, επειδή το ινομυϊκό στοιχείο αυξάνει, ιδίως το ινώδες, ενώ το αδενώδες στοιχείο ελαττώνεται. Συμβαίνει λοιπόν σκλήρυνση του προστάτη με συνέπεια τη μεγάλη ανάπτυξη του ινώδη ιστού και ατροφία του αδενώδη.

Ως όργανο εξωτερικής εκκρίσεως ο προστάτης εκκρίνει το προστατικό υγρό, το οποίο αναμιγνύεται με το σπέρμα κατά την εκσπερμάτωση.

Μακροσκοπικώς το προστατικό υγρό είναι ελαφρώς θολό, γαλακτώδες, γλοιώδες, η αντίδρασή του είναι ελαφρώς αλκαλική. Αυτό εξηγείται εύκολα αφού η προστατική έκκριση αποτελεί μέρος του σπέρματος, τα δε σπερματοζωάρια ζούν μόνο σε ελαφρώς αλκαλικό υγρό. Το προστατικό υγρό έχει ιδιόξουσα οσμή που οφείλεται στην σπερματίνη και στα βασικά άλατα.

Μικροσκοπικώς το προστατικό υγρό περιέχει πολυάριθμους κόκκους λεκιθίνης (οι οποίοι του δίνουν τη γαλακτώδη όψη), αμυλοειδή σωματίδια, λίγα λευκά αιμοσφαίρια και επιθηλιακά κύτταρα που προέρχονται είτε από τις αδενώδες κυψέλες είτε από τους εκφορητικούς πόρους.

Η έκκριση του προστατικού υγρού οφείλεται στην ειδική ενέργεια του επιθηλίου των αδενοκυψελών, οι οποίες μεταβάλλουν την όψη τους ανάλογα των διαφόρων σταδίων της εκκρίσεως.

Κατά την περίοδο της έκκρισης, η οποία ονομάζεται και περίοδος επεξεργασίας των εκκριτικών προϊόντων, τα πολυεδρικά επιθήλια εξογκώνονται και γίνονται επιμήκη, παρουσιάζουν δε

μια ξώνη δικτυωτού εργασιοκλάσματος κατά την βάση. Το μέρος του επιθηλίου, το οποίο είναι στραμμένο προς τον αυλό της αδενοκυψέλης, είναι διαφανές ή ελαφρώς κοκκώδες. Κατά την περίοδο της κυτταρικής απεκκρίσεως το κύτταρο συρρικνώνεται, το δε πρωτόκλασμα ελλατώνεται σε μεγάλο βαθμό. Ο πυρήνας των κυτάρων είναι στρογγυλός, τα κύτταρα που τελείωσαν την έκκρισή τους λαμβάνουν όψη ατροφική και παρουσιάζουν μεσοκυττάρια διαστήματα.

Η προστατική έκκριση αρχίζει κατά την εφηβεία. Από το 25ο μέχρι το 30ο έτος της ηλικίας η έκκριση φθάνει στο μέγιστο. Αντίθετα ελλατώνεται από το 40ο και 50ο έτος της ηλικίας οπότε ο ινομυώδης ιστός και κυρίως ο ινώδης αυξάνει. Φαίνεται λοιπόν, ότι υπάρχει στενή σχέση μεταξύ της προστατικής εκκρίσεως και των γενετήσιων λειτουργιών. Πράγματι ο Lamare ανακάλυψε, ότι, όταν η ορχεκτομή γίνει σε νεαρά άτομα, ο προστάτης σταματά την ανάπτυξή του στο σημείο, στο οποίο βρίσκεται κατά την ορχεκτομή. O Launois και Athanasow παρατήρησαν, ότι η αφαίρεση των όρχεων προκαλεί σημαντικότερη υπερτροφία του προστάτη, ιδίως όσο αφορά το αδενώδες στοκίχαιο.

Το προστατικό υγρό αραιώνει το σπέρμα. Μέσα από τα πειράματα του Waluer εξάγεται, ότι για την αραιώση του σπέρματος το προστατικό υγρό διεγείρει την κινητικότητα των σπερματοζωαρίων.

Πράγματι ο Waluer εξέτασε το μη αραιωμένο σπέρμα του όρχι, της ουράς της επιδιδυμίδας και του σπερματικού πόρου. Βιτός από ορισμένα σημεία όπου το σπέρμα ήταν αρκετά υγρό, σ' όλα τα άλλα μέρη, ιδίως στον σπερματικό πόρο, δεν υπήρχε κινητικότητα των σπερματοζωαρίων. Εάν όμως γίνει αραιώση του σπέρματος με το προστατικό υγρό παρουσιάζεται αυτή η κίνηση.

Κατά την στύση ο προστάτης απεκκρίνει το υγρό μέσω από τους πολυάριθμους πόρους του, εκτός της κοιλότητας της προστατικής ουρήθρας, όπου συλλέγεται το υγρό του όρχι και των σπερματοδόχων κύστεων. Το σπέρμα βρίσκεται υπό πίεση, συνέπεια της εμφράξεως της ουρήθρας προς το μέρος μεν της κύστεως με την στύση του σπερματικού λοφιδίου, προς δε του πέος με την σύσπαση του ουρηθροπροστατικού σφιγκτήρα και κυρίως της υμνώδη μοίρας της ουρήθρας. Ο σφιγκτήρας είναι συσπασμένος, χαλαρώνει περιοδικώς, το δε σπέρμα που βρίσκεται υπό πίεση, εκτοξεύεται προς τα έξω.

Σ Υ Χ Ν Ο Τ Η Τ Α

Το ποσοστό της καθήσεως είναι πολύ υψηλό. Στις ΗΠΑ από την άποψη αιτίας θανάτου κατέχει την τρίτη θέση στους άνδρες μετά τον καρκίνο του πνεύμονα και του εντέρου. Η θνησιμότητα του καρκινώματος του προστάτη υπολογίστηκε από τη Δ.Ο.Υ. σε πληθυσμό 100.000 ανδρών και κυμαίνεται στις διάφορες χώρες μεταξύ 3-22%. Στην Ελλάδα υπολογίστηκε σε 6%.

Η μέση ηλικία των ασθενών, που γίνεται η διάγνωση της ασθένειας, είναι η ηλικία των 60 ετών.

Η κάθηση είναι συχνότερη στη βορειοδυτική Ευρώπη και στις ΗΠΑ και σπανιότερα στη Μέση Ανατολή, Αφρικανικές Χώρες, Ανατολική Ευρώπη και Νότια Αμερική. Στην Ιαπωνία ακόμη είναι αρκετά σπάνια. Επίσης όσο αφορά τη φυλή βρέθηκε ότι οι μαύροι προσβάλλονται λιγότερο από τους λευκούς. (Χαλιάσος Δ.Α.).

Α Ι Τ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α

Από άποψη αιτιολογίας δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις. Η επίπτωση της νόσου σε προηγμένες χώρες είναι μεγαλύτερη και αυτό είναι ενδεικτικό ότι ο σύγχρονος τρόπος ζωής, η σύνθεση των τροφών και η μόλυνση της ατμόσφαιρας, επιδρούν στην συχνότερη εμφάνιση της νόσου.

Α. ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ορμονικοί λόγοι έχουν ακόμη εξαιρετική σημασία για την εμφάνιση του καρκινώματος. Η επικρατέστερη άποψη είναι ότι η νόσος οφείλεται κατά κύριο λόγο στη διαταραχή της ορμονικής ισορροπίας μεταξύ ανδρογόνων και οιστρογόνων ορμονών.

Η περίσσεια των ανδρογόνων ορμονών αποτελεί ευνοϊκό παράγοντα. Στους ευνούχους εξάλλου δεν παρατηρείται καρκίνωμα του προστάτη.

Άλλος ακόμη λόγος που ευνοεί την καρκινογένεση στον προστάτη είναι οι ηπατικές βλάβες. Αυτές έχουν σαν αποτέλεσμα την μη ενεργοποίηση των στοεροειδών ορμονών και έτσι ο μεταβολισμός αυτών των ορμονών γίνεται ανεπαρκής, σχηματίζονται παθολογικά προιόντα τα οποία έχουν σχέση με την εμφάνιση καρκινώματος του προστάτη. Εντούτοις έρευνες που έγιναν στους κίρωτικούς, απόδειξαν ότι το καρκίνωμα του προστάτη είναι σπανιότερο.

B. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Από παρατηρήσεις στην κατανομή της καθήσεως σε σχέση με τις ομάδες αίματος διαπιστώθηκε ότι παρατηρείται συχνότερα σε άτομα της ομάδας αίματος Α (Bourke 1962). Η αύξηση ακόμη της γενετήσιας δραστηριότητας φαίνεται πως βαδίζει παράλληλα με την εξάκλωση του καρκινώματος (Clemmensen 1965). Το κάδμιο του σπέρματος πιστεύεται ότι δρά σαν καρκινογόνος ουσία, γιατί παρατηρήθηκε στους εργάτες που εργάζονται σε εργοστάσια κατασκευής μπαταριών καδμίου, στους οποίους το κάδμιο βρέθηκε αυξημένο στο σπέρμα και σ'αυτά τα άτομα υπήρχε μεγαλύτερη επίπτωση της καθήσεως.

Έρευνες που έγιναν στο σπέρμα ανδρών που πάσχουν από καρκίνωμα του προστάτη απόδειξαν ότι έχουν ελατωμένο τον ψευδάργυρο του σπέρματος. Αυτό, έχει σημασία, διότι ο ψευδάργυρος εκτός από τις αντιμικροβιακές ιδιότητες που έχει, αποτελεί και απαραίτητο συστατικό σε διάφορα ένζυμα του προστάτη.

Η φυσιολογική ποσότητα του ψευδάργυρου στο σπέρμα είναι 140 mg/ml.

ΣΤΑΔΙΑ - ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ

Έχουν προταθεί διάφορα συστήματα για την ταξινόμηση του καρκινώματος του προστάτη. Έχει πια επικρατήσει το σύστημα T.N.M. που προτάθηκε από τη Διεθνή Ένωση κατά του καρκίνου (1974), όπου T σημαίνει όγκος (tumor), N λεμφαδένες (nodes) και M. μεταστάσεις.

Κατηγορία T.

T₀: Δεν υπάρχει όγκος.

T_m: Πολλαπλοί όγκοι.

T_{3(m)}: 3 όγκοι.

T₁: Περιορισμένος όγκος που περιβάλλεται από φυσιολογικό ιστό

T₂: Όγκοι μέσα στον αδένα, παραμορφώνεται ο αδένας από αυτούς, χωρίς να επηρεάζεται η αύλακα του προστάτη ή οι σπερματοδόχες κύστεις.

T₃: Όγκος ή όγκοι μέσα στον αδένα αλλά σε μεγαλύτερη έκταση και πιθανή προσβολή της αύλακας του προστάτη και των σπερματοδόχων κύστεων.

T₄: Όγκος ακίνητος που διηθεί τους γύρω ιστούς.

Κατηγορία N.

N₀: Δεν υπάρχουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες.

N₁: Προσβολή μιας μόνο ομάδας σύστοιχων λεμφαδένων.

N₂: Προσβολή περισσοτέρων ομάδων σύστοιχων λεμφαδένων.

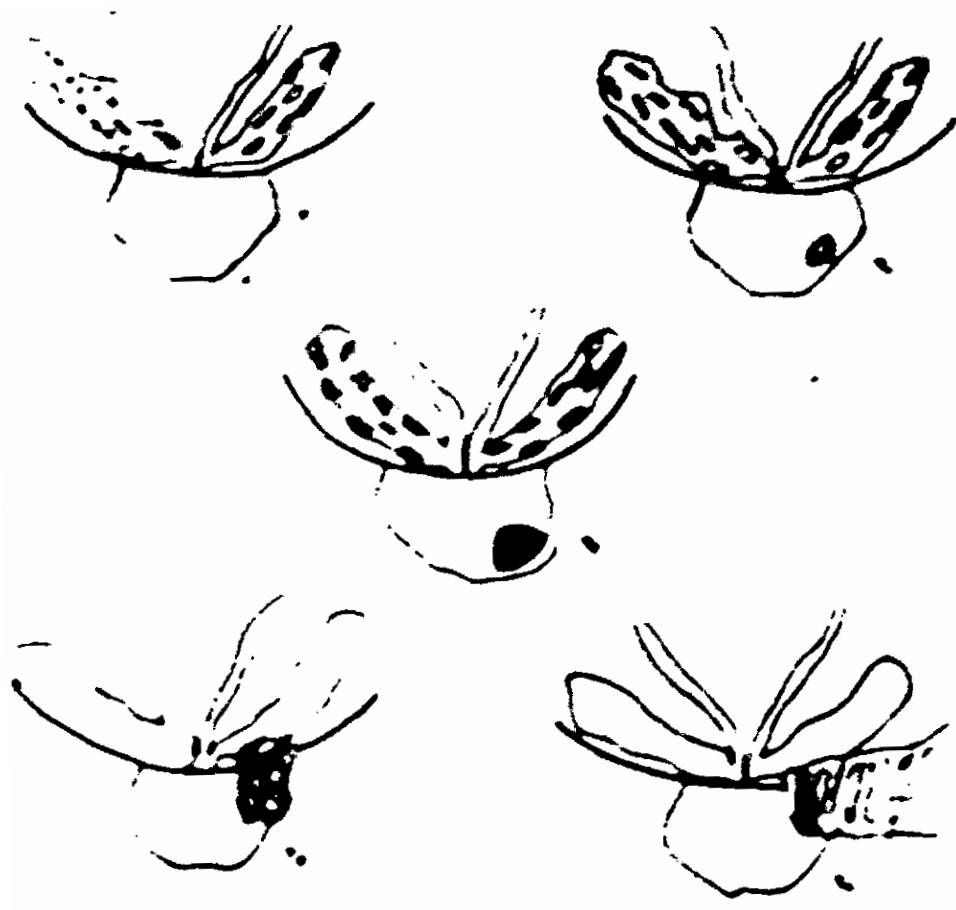
N₃: Υπάρχει λεμφαδενική μάζα στη μικρή κύελο, αλλά με ελεύθερο διάστημα ανάμεσα σ' αυτή και τον όγκο.

N₄: Προσβολή λεμφαδένων πάνω από το διχασμό της κοινής λαγονίου.

Κατηγορία M.

M₀: Δεν υπάρχουν μεταστάσεις.

M₁: Υπάρχουν μεταστάσεις σ' άλλα όργανα.



Καρπίνος τού προσαύτη. Σχηματική
παράσταση τών σταδίων εξέλιξης.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Το καρκίνωμα του προστάτη στα πρώτα στάδια είναι ασυμπτωματικό. Τα πρώτα συμπτώματα είναι δυσουρικά ενοχλήματα και άλγος κατά την ούρηση. Δεν αποκλείεται όμως και πρώτο σύμπτωμα να είναι παθολογικό κάταγμα από οστική μετάσταση του καρκινώματος.

Επίσχεση ούρων είναι δυνατόν να προκαλέσει το καρκίνωμα αλλά σε προχωρημένο στάδιο. Είναι όμως δυνατόν και πολύ προχωρημένο καρκίνωμα του προστάτη να μη προκαλέσει επίσχεση.

Η αιματουρία δεν είναι συνηθισμένο σύμπτωμα. (περίπου 13%) Κατέχει ποσοστό πολύ μικρότερο από ότι βρίσκεται στην υπερτροφία του προστάτη. Αιματουρία παρουσιάζεται στο καρκίνωμα του προστάτη, όταν το καρκίνωμα συνοδεύεται από φλεγμονή ή συνυπάρχει με υπερτροφία.

Αιμορραγίες μπορούν να παρουσιασθούν σε αρρώστους με προχωρημένο καρκίνωμα του προστάτη, που έχει κάνει οστικές μεταστάσεις και πιστεύεται ότι οφείλονται αυτές σε ινωδόλυση. Ο Miller αναφέρει τέτοια περίπτωση που αντιμετωπίστηκε με αντιινωδολυτική θεραπεία.

Πόνος στο περίνεο. Αυτός οφείλεται σε τοξική επέκταση του καρκινώματος. Σε τοξικές ακόμη επεκτάσεις όταν διηθείται ο ηβοκοκυγικός σύνδεσμος, περισφίγγεται το έντερο με αποτέλεσμα δυσκοιλιότητα του ασθενούς και αργότερα εντερική απόφραξη. Η διήθηση των λεμφαγγείων έχει ακόμη συνέπεια οίδημα των κάτω άκρων, ενώ διήθηση του κυστικού τοιχώματος συνεπάγεται στάση στους νεφρούς και νεφρική ανεπάρκεια.

Στις περιπτώσεις μεταστάσεων στα οστά στην αρχή είναι δυνατόν αυτές να μη προκαλούν συμπτώματα, όταν όμως οι αλλοιώσεις προχωρήσουν είναι δυνατόν να προκαλέσουν παραπληγία στους ασθενείς. Αναιμία παρουσιάζουν οι ασθενείς, όταν επηρεασθεί ο μυελός των οστών αλλά σ' αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει συνήθως ουραιμία και νευρολογικές διαταραχές.

Δ Ι Λ Γ Η Ω Σ Η

Δακτυλική εξέταση. Μ' αυτήν, ανακαλύπτουμε στον προστάτη μια περιοχή σκληρή "σαν πέτρα". Εκτός από τη σύσταση η περιοχή αυτή είναι εντελώς ανώδυνη και με ασαφή όρια. Σ' άλλες περιπτώσεις παρατηρούμε ένα ή περισσότερα οζίδια, σαν "κουμπιά". Προσδιορίζεται ακόμη η έκταση της νεοπλασίας, αν δηλαδή αφορά τμήμα λοβού, ολόκληρο λοβό ή όλο τον αδένα, όπως επίσης και αν υπάρχει διήθηση της κάψας των σπερματοδόχων κύστεων και της μικρής κύελου.

Η αρνητική δακτυλική εξέταση δεν αποκλείει την ύπαρξη νεοπλασίας.

Ακτινολογικός έλεγχος ολόκληρου του σκελετού. Γίνεται με ακτινογραφίες θώρακα, λεκάνης και σπονδυλικής στήλης για τον έλεγχο τυχόν μεταστάσεων. Πολλές φορές οι οστικές μεταστάσεις δεν φαίνονται παρά μόνο με τα ραδιο-ισότοπα.

Τα σπινθηρογραφήματα οστών με την χρήση ραδιοεισοτόπων, όπως είναι το τεχνίτιο 99, είναι πιο ευαίσθητα, αλλά η ειδικότητά τους δεν είναι υψηλή, επειδή θετικά σπινθηρογραφήματα μπορεί να ληφθούν από οποιοδήποτε μεταβολικά υπερδραστήριο οστό, συμπεριλαμβανομένων των θέσεων φλεγμονής, των επουλωμένων καταγμάτων, της οστεοαρθρίτιδας και της νόσου του Paget.

Ακλή ακτινογραφία νεφρών-ουρητήρων-κύστεως. Στην ακτινογραφία αυτή, που εκτείνεται από τους νεφρούς μέχρι και την ηβική σύμφυση, αναζητούμε κυρίως λίθους. Δεν αποκλείεται ωστόσο η αναγνώριση οστικών αλλοιώσεων, ξένων σωμάτων στην κύστη κ.α.

Ενδοφλέβια κυελογραφία. Μ' αυτήν επιτυγχάνεται η απεικόνιση της αποχετευτικής κυρίως οδού του ουροποιητικού συστήματος. Αυτό γίνεται αφού χορηγηθεί ενδοφλέβια μια σκιερή ιωδούχος ουσία (Ultivanist, Ioramigo), που την ώρα της απεκκρίσής της από τους νεφρούς και αποβολής της από την αποχετευτική οδό, αποτυπώνεται σε ακτινογραφικό Film, σε διάφορα χρονικά διαστήματα και για ολόκληρη την αποχετευτική οδό (κάλυκες, κύελος, ουρητήρας, κύστη).

Κυστεοσκόπηση. Αυτή δείχνει εκτός των παραμορφώσεων του αδενώματος του προστάτη, οίδημα του βλενογόνου της κύστης ή και νεοκλασματικές εκβλαστήσεις της κύστης. Βτσι είναι δύσκολο να εξακριβωθεί, αν πρόκειται περί πρωτοπαθούς νεοκλάσματος του προστάτη που εκεκτάθηκε και στην κύστη ή αντίθετα περί νεοκλάσματος της κύστης που εκεκτάθηκε και στον προστάτη.

Αξονική τομογραφία. Η αξονική τομογραφία του προστάτη μπορεί να αποδειχθεί επίσης χρήσιμη στον καθορισμό της εκτάσεως του όγκου και στον εντοπισμό των λεμφαδένων για εκτέλεση αναρροφητικής βιοψίας με βελόνα.

Βιοψία. Η βιοψία του προστάτη είναι ουσιώδης για τη διάγνωση. Η βιοψία με βελόνα μπορεί να εκτελεστεί διαπερινεϊκώς ή διουριθρική, με ελάχιστο κίνδυνο μικροβιακής μόλυνσης κατά την εκτέλεση της πρώτης και με μεγαλύτερη ακρίβεια στη λήψη δείγματος κατά την εκτέλεση της δεύτερης. Η ανοικτή περινεϊκή βιοψία εκτελείται σπάνια γιατί υπάρχει κίνδυνος τουλάχιστον παροδικής γενετήσιας ανικανότητας και είναι μια πιο εκτενής χειρουργική μέθοδος. Η διουριθρική βιοψία χρησιμοποιείται σπάνια επίσης, επειδή οι περισσότερες από τις πρώιμες βλάβες βρίσκονται στις περιφερικές περιοχές του αδένα.

Η βιοψία του προστάτη ενδείκνυται, όταν διακιστώνεται ψηλαφητή ανωμαλία ή όταν υπάρχουν συμπτώματα από τον κατώτερο ουροκοιτητικό σωλήνα σε άνδρες, οι οποίοι παρουσιάζουν απόφραξη άγνωστης αιτιολογίας.

Βιοχημικοί δείκτες. Άρκετοί βιοχημικοί δείκτες παρέχουν συμπληρωματικές πληροφορίες για τη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη. Αυξημένη όξινη φωσφατάση απαντά σε μερικούς ασθενείς με εντοπισμένο καρκίνωμα και συχνότερα σε ασθενείς με οστικές μεταστάσεις. Όμως καμία τεχνική προσδιορισμού ενζύμων δεν κρίνεται αρκετά ειδική ή ευαίσθητη για χρήση στην έρευνα για καρκίνο του προστάτη, ενώ η κύρια εφαρμογή του παραπάνω προσδιορισμού έγκειται στην παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου αφού έχει κλέον τεθεί η διάγνωση.

P.S.A. Το PSA είναι το αντιγόνο που προσδιορίζεται από τον προστάτη, το οποίο μπορεί να επιβεβαιώνει ανοσολογικά την παρουσία καρκινώματος του προστάτη. Το P.S.A. δείχνει ότι το επίκεδο του ορού του εξαρτάται από την ποσότητα του όγκου.

Έτσι το P.S.A αποτελεί ένα τέλειο δείκτη για την μέτρηση της αντίδρασης στη θεραπεία. Η ανίχνευση του P.S.A. σε κακοή-

θει εκιθηλιακά κύτταρα, αποκτάται από βιοψία σε μεταστατική περιοχή και μπορεί να επιβεβαιώσει την προέλευση του όγκου.

Προσδιορισμός της οξίνης φωσφατάσης. Οι ιστοχημικές τεχνικές για τον προσδιορισμό της οξίνης φωσφατάσης σε παθολογικά κατάγματα, διογκώσεις λεμφαδένων ή του τοιχώματος του εντέρου προσφέρουν σχετική βοήθεια στη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη. Καλύτερα αποτελέσματα δίνουν τέτοιες μέθοδοι με παρακέντηση των οστών και προσδιορισμό της οξίνης φωσφατάσης. Ο προσδιορισμός της οξίνης φωσφατάσης είναι χρήσιμος για τον καθορισμό του σταδίου της καθήσεως. Αύξησή της σημαίνει στάδια C και D του καρκινώματος. Ο Veenema μέτρησε προεγχειρητικά την οξίνη φωσφατάση των οστών σε 31 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ριζική προστατεκτομή. Βρέθηκε αυξημένη σε 18 από τους αρρώστους. Οι συγγραφείς την θεωρούν αξιόλογη ένδειξη μεταστάσεων.

Βξέταση αίματος. Στον καρκίνο του προστάτη υπάρχει συνήθως αύξηση των πολυκυρήνων και ελάττωση των ηωσινοφίλων, ενώ αντίθετα στο αδένωμα του προστάτη παρατηρείται αύξηση των ηωσινόφιλων και φυσιολογικός αριθμός των πολυκυρήνων.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο καρκίνος του προστάτη πρέπει να διακριθεί από πολλά και διάφορα νοσήματα, τα οποία είναι τα εξής:

1. Η χρόνια προστατίτιδα.

Σ' αυτή παρουσιάζονται ουρικές διαταραχές, νευραλγίες και οξίδια στους προστατικούς λοβούς. Αλλά τα οξίδια της χρόνιας προστατίτιδας είναι συνήθως λιγότερο σκληρά και μάλλον διάσπαρτα, η δε μάλαξή τους προκαλεί εκροή κύου από το στόμιο της ουρήθρας και ανακουφίζεται ο άρρωστος. Πολλές φορές πρέπει να

δούμε το αποτέλεσμα της θεραπείας για να εξακριβωθεί η διάγνωση. Πράγματι η θεραπεία της χρόνιας προστατίτιδας επιφέρει γρήγορη βελτίωση των συμπτωμάτων και μεταβολή της σύστασης των οξιδίων.

2. Η διάχυτη υποξεία προστατίτιδα.

Σ' αυτήν ο προστάτης είναι σκληρός, επώδυνος, και με ασαφή όρια. Η εξέλιξη είναι ταχεία, οι κόνοι εντονότεροι και παρατηρείται κλυδασμός. Τα συμπτώματα αυτά και η νεαρή ηλικία του πάσχοντος είναι επαρκεί στοιχεία για την διάκριση της προστατίτιδας αυτής από τον καρκίνο του προστάτη.

3. Το αδένωμα του προστάτη.

Κατά την νόσο αυτή λείπουν τα συμπτώματα πιθανότητας του καρκίνου τα οποία περιγράφηκαν παραπάνω. Η διάγνωση όμως είναι δυσκολότερη, όταν το αδένωμα του προστάτη περιπλέκεται με την χρόνια προστατίτιδα. Σ' αυτή την περίπτωση τα φλεγμονώδη οξίδια μπορεί να θεωρηθούν ως νεοπλασματικά. Αλλά στην προστατίτιδα τα οξίδια είναι διάσπαρτα, η δε θεραπεία της προστατίτιδας ελαττώνει το μέγεθος και την σκληρή σύσταση των οξιδίων

4. Η φυματίωση του προστάτη.

Σε μερικές περιπτώσεις η φυματίωση του προστάτη υποδέεται τον καρκίνο. Αλλά στην φυματίωση ο πάσχοντας είναι νεώτερος σε ηλικία, έχει πυουρία, συμπτώματα φυματίωσης της κύστης ή της επιδιδυμίδας.

5. Τα νεοκλάσματα της κύστης.

Αυτά, όταν εντοκίζονται στον τράχηλο, υποδύονται τον καρκίνο του προστάτη. Εντούτοις η κυστεοσκόπηση εφ' ενός και η εξέλιξη της νόσου εφ' ετέρου θα εξακριβώσουν συνήθως την διάγνωση, εκτός από τις περιπτώσεις που ο προστάτης και η κύστη

είναι προσβεβλημένοι από νεοκλάσματα, οπότε είναι αδύνατο να εξακριβώσουμε την αρχική εστία.

6. Οι λίθοι του προστάτη.

Αυτοί διακρίνονται από την ειδική και εντοπισμένη σκληρία, όταν δεν συνυπάρχει φλεγμονή. Η ακτινογραφία της ηβικής συμφύσεως αποκαλύπτει τους λίθους. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που συνυπάρχει και καρκίνωμα. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να γίνεται πλήρης έρευνα, βιοψία, προσδιορισμός φασφατάσης κλπ. (Οικονόμου Η.Σ.).

ΕΞΕΛΙΞΗ

Το καρκίνωμα του προστάτη αρχίζει κυρίως από την περιφέρεια του οργάνου ("ουραίος προστάτης"), εξελίσσεται τοξικά και διηθεί προοδευτικά την κάψα, τις σπερματοδόχους κύστεις και την μικρή κύελο. Μπορεί να επεκταθεί παρακυστικά και να διηθήσει τον ένα ή και τους δύο ουρητήρες, με αποτέλεσμα τη νεφρική ανεπάρκεια και την ανουρία.

Ακόμη, μπορεί να διηθήσει την ουρήθρα και τον αυχένα της κύστεως, με αποτέλεσμα την εκίσχεση των ούρων. Κάνει μεταστάσεις με το λεμφικό σύστημα στους σύστοιχους και τους απομακρυσμένους λεμφαδένες. Με την αιματική οδό, δίνει μεταστάσεις σε διάφορα όργανα, όπως είναι το ήπαρ, οι πνεύμονες, το δέρμα. Οι μεταστάσεις όμως αφορούν κυρίως στα οστά: τα οστά της λεκάνης, το κρανίο, τα μηριαία, τη σπονδυλική στήλη. Η συχνότερη εντόπιση είναι οι σπάνδουλοι, εξαιτίας της φλεβικής σχέσεως που υπάρχει ανάμεσα στον προστάτη και στη σπονδυλική στήλη. (Μπαρκαλιάς Γ.).

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

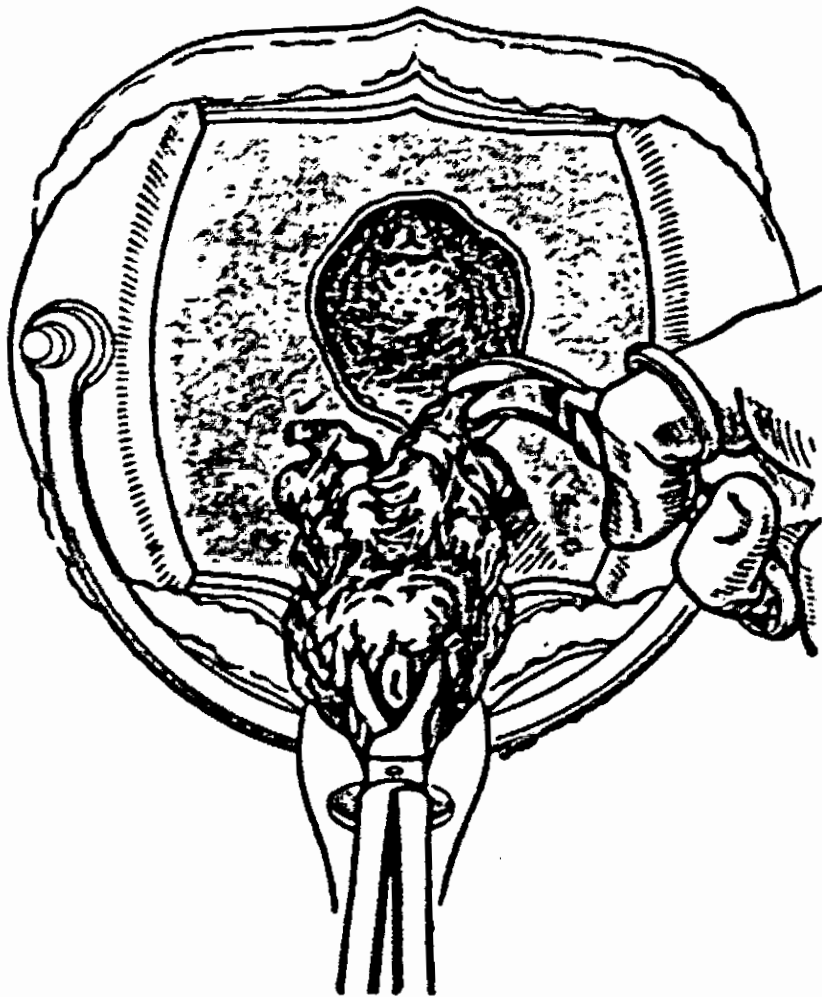
I. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Η χειρουργική αφαίρεση αποτελεί την παλαιότερη μέθοδο θεραπείας του καρκίνου του προστάτη. Η ριζική περινεϊκή προστατεκτομή και η οκισθοηβική μέθοδος η οποία εξασφαλίζει οδό προστελάσεως προς τους πυελικούς λεμφαδένες, χρησιμοποιούνται πολύ συχνά. Και οι δύο εγχειρήσεις προκαλούν κατά κανόνα γενετήσια ανικανότητα, αλλά σε έμπειρα χέρια οι εγχειρήσεις αυτές έχουν κατά τ'άλλα χαμηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Η ριζική προστατεκτομή δεν ενδείκνυται για καρκίνο σταδίου Α1 επειδή η νόσος αυτή ιάται οριστικά με την απλή προστατεκτομή κατά την οποία τίθεται η διάγνωση. Ο ρόλος της ριζικής προστατεκτομής στο στάδιο Α2 παραμένει απροσδιόριστος. Όμως η πραγματική νόσος Α2 στην οποία οι πυελικοί λεμφαδένες δεν παρουσιάζουν καμία ένδειξη μεταστάσεων, μπορεί να συμπεριφέρεται εκιθετικά και μπορεί στην περίπτωση αυτή να υπάρξουν καλά αποτελέσματα με τη ριζική χειρουργική επέμβαση.

Πράγματι μετά από μια τέτοια θεραπεία του σταδίου Α2 της νόσου, έχουν ανακοινωθεί 5ετείς και 10ετείς εκιβιώσεις ίσες με εκείνες των ανδρών ανάλογης ηλικίας χωρίς καρκίνο του προστάτη.

Η ριζική προστατεκτομή έχει τη σαφέστερή της ένδειξη στο στάδιο Β της νόσου. Σχεδόν όλες οι προφανείς χειρουργικές ιάσεις στο στάδιο αυτό παρατηρούνται σε άνδρες, οι οποίοι έχουν οζίδια με διάμετρο 1-2 cm που αφορούν μόνο τον ένα λοβό του προστάτη (B1). Τα δεδομένα αυτά οδήγησαν τους Walsh και Jewett



Εικ. 213.—Διακυστική προσιπτεκτομή του Rauchet. Ὁ προστάτης μετὰ τῶν σπερματοδόχων κίστεων κερμάται μόνον ἐκ τῶν σπερματικῶν πόρων, οἱ ὅποιοι τέμνονται τελευταῖοι (Rauchet).

να δηλώσουν, ότι η χρήση της ριζικής προστατεκτομής περιορίζεται στο στάδιο B1 της νόσου, το οποίο αποτελεί μια ομάδα που αντιστοιχεί μόνο στο 5% των αρρώστων με καρκίνο του προστάτη. Ωστόσο άτομα με πραγματική νόσο σταδίου B2 μπορεί ουσιαστικά να είναι κατάλληλοι υποψήφιοι για ριζική προστατεκτομή.

Η ριζική προστατεκτομή δεν έχει θέση στη θεραπεία του σταδίου D της νόσου και η εξαίρεση των λεμφαδένων δεν έχει κανένα θεραπευτικό όφελος. Επομένως θα πρέπει να δοκιμαστούν άλλα μέσα θεραπείας. (Harrison T.R.).

II. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοβολία είναι η πρώτη μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε στη θεραπεία του προστατικού καρκινώματος.

Αυτή γίνεται είτε εξωτερική με πηγή υψηλής ενέργειας, όπως κοβαλτίου ή με εμφύτευση μέσα στον αδένα ραδιενεργών ουσιών.

Ενδειξη κυρίως ακτινοβολιών υπάρχει στο στάδιο II του καρκινώματος του προστάτη. Εφαρμόζονται κυρίως πριν από την εγχείρηση. Χρησιμοποιούνται ακόμη και στο στάδιο D για ανακούφιση του αρρώστου από τα ενοχλήματα.

Η συνηθισμένη θεραπευτική δόση είναι 6.000 - 7.000 Rads.

Ανακουφιστική δόση συνιστάται 4.000 - 5.000 Rads.

Σε μερικές περιπτώσεις παρουσιάζονται άμεσες επιπλοκές από το έντερο.

Μετεγχειρητικές επιπλοκές μπορούν να παρουσιασθούν όπως δυσχέρεια αποβολής ούρων λόγω στενωμάτων της ουρήθρας, στενώματα του εντέρου, ακόμη νέκρωση του εντέρου και ανικανότητα. Η ανικανότητα φτάνει πολλές φορές σε μετεγχειρητική επιπλοκή το ποσοστό των 30% και είναι μόνιμη.

Οι ακτινοβολίες εφαρμόστηκαν από κολλούς σε μοναδικό θεραπευτικό μέσο στάδιο Β και C. Η μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών απόδειξε καλά αποτελέσματα στα 5 χρόνια σε αναλογία 35 - 70%.

Οι Rhamy, Wilson και Galdwell εξέβαλλαν σε ακτινοβολία 15 ασθενείς στο στάδιο C. Ο μετεγχειρητικός όμως έλεγχος μετά από 4-38 μήνες απόδειξε την ύπαρξη υπολειμμάτων του όγκου σε 13 αρρώστους.

Οι Kurth κ.σ. επίσης εξέβαλλαν σε βιοψία 53 παρόμοιους ασθενείς και παρατήρησαν εξαφάνιση του όγκου σε ποσοστό 47%.

Ο Sack πιστεύει ότι η ακτινοβολία όταν εφαρμόζεται ύστερα από χειρουργική έχει πολύ καλά αποτελέσματα και η ορμονοθεραπεία πρέπει να γίνεται για τα προχωρημένα στάδια. (Χαλιάσος Δ.Α.).

ΙΙΙ. ΑΝΤΙΑΝΔΡΟΓΟΝΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το καρκίνωμα του προστάτη σε πολύ μεγάλο ποσοστό είναι ευαίσθητο στην αντιανδρογόνο θεραπεία (περίπου 85% των όγκων) Στις περιπτώσεις αυτές τα αποτελέσματα είναι θεαματικά. Τα συμπτώματα βελτιώνονται πολύ σύντομα, ακόμη και οι κόνοι από τις μεταστάσεις κατακραύνονται και τα ακτινολογικά ευρήματα υποχωρούν σημαντικά.

Η αντιανδρογόνο θεραπεία εφαρμόζεται σε δύο μορφές.

Δίνονται ορμόνες (οιστρογόνα) ή αφαιρούνται οι όρχεις.

Οι Nesbitt και Baum πιστεύουν ότι η χορήγηση οιστρογόνου, όταν συνδυάζεται με ορχεκτομή, έχει καλύτερα αποτελέσματα. Συνήθως γίνεται υποκάψια ορχεκτομή σ' αυτές τις περιπτώσεις. Υπάρχουν όμως και συγγραφείς που πιστεύουν ότι σ' αυτή τη μέθοδο την υποκαψική παραμένουν κύτταρα του Leyding που παράγουν ανδρογόνα.

Η δράση των οιστρογόνων όπως αναφέρθηκε πιστεύεται ότι είναι άμεση γιατί προκαλεί αναστολή της D.N.A. πολυμεράσης. Η δέσμευση αυτού του ενζύμου έχει σα συνέπεια τη μη διάσπαση του D.N.A.

Πιστεύεται όμως ακόμη ότι δεν δρουν αναστέλλοντας τη δράση των γοναδοτροφινών της υποφύσεως και έτσι ελευθερώνεται ο προστάτης από τον ερεθισμό των ανδρογόνων. Σε πειράματα όμως που έγιναν δεν αποδείχθηκε αυτό.

Το κόστος της τεστοστερόνης στο κλάσμα είναι 50 ng/100 ml.

Η δόση των οιστρογόνων όπως καθορίστηκε από το VACURG είναι 1mg την ημέρα. Η δράση αυτή πιστεύεται ότι είναι ικανή να κατεβάσει το επίπεδο της τεστοστερόνης.

Δεν υπάρχει όμως ομοφωνία για τη δόση και υπάρχουν συγγραφείς που φθάνουν σε 1g ημερησίως. Άλλο θεραπευτικό σχήμα που προτάθηκε είναι 5-100mg ημερησίως για 3 μήνες και σε συνέχεια 2,5 mg ημερησίως.

Πιστεύεται ακόμη ότι με τα οιστρογόνα γίνονται ορισμένες ανοσοβιολογικές μεταστάσεις. Βτσι παραδέχονται ότι από αυτά ερεθίζεται το δικτυοενδοθηλιακό σύστημα και αυξάνει η φαγοκυττάρωση και ακόμη αυξάνει η γ'σφαιρίνη. Παρατηρήθηκε ακόμη ότι η ακτινοβολία του προστάτη σε καρκίνωμα έχει σα συνέπεια την ελάττωση των λεμφοκυττάρων που προέρχονται από το θύμοαδένα (Χαλιάσος Δ.Α.).

IV. ΧΗΜΒΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ομάδα ηλικίας με το μεγαλύτερο κίνδυνο για καρκίνο του προστάτη έχει μικρή αντοχή στη χημειοθεραπεία. Το χαρακτηριστικό αυτό, σε συνδυασμό με την κοιλίλλουσα πορεία της νόσου,

καθιστά δύσκολη την προστάθεια προσδιορισμού της αποτελεσματικότητας αυτής της θεραπείας. Ωστόσο έχουν επιχειρηθεί αρκετές αντιπροσωπευτικές μελέτες με χρήση της χημειοθεραπείας στο στάδιο D της νόσου μετά από υποτροπή από προηγηθείσα ορμονοθεραπεία, μια κατάσταση στην οποία ο μέσος χρόνος επιβίωσης είναι μόνο 7 έως 8 μήνες.

Τα μέσα που μελετήθηκαν κληρέστερα είναι η φωσφορική οιστραμουστίνη, η κρεδνιμουστίνη και ο cisplatinum, ενώ πιο περιορισμένες μελέτες έχουν εκτελεστεί με 5-φθοριουρακίλη, μελφαλάνη και υδροξουρία. Η πλήρης ανταπόκριση είναι σπάνια και μόνο το 1/10 των ασθενών σταδίου D εμφανίζουν αντικειμενική μερική ανταπόκριση. Σε άλλες μελέτες έχουν δοκιμαστεί συνδυασμοί χημειοθεραπευτικών μέσων στο στάδιο D της νόσου με συχνότερους τους συνδυασμούς οιστραμουστίνης και κρεδνιμουστίνης ή κυκλοφωσφαμίδης και ενός άλλου μέσου. Η πλήρης ανταπόκριση είναι και πάλι σπάνια και μόνο το 1/4 των αρρώστων ή και λιγότεροι εμφανίζουν κάποια αντικειμενική βελτίωση.

Για το εξελικτικό συμπτωματικό στάδιο D του καρκίνου του προστάτη θα πρέπει να επιχειρηθεί πρώτα η θεραπεία ενδοκρινικής καταστολής, ενώ τα χημειοθεραπευτικά μέσα μπορεί να επιτύχουν κάποιο όφελος, όταν αυτοί οι άρρωστοι υποτροπιάζουν. (Harrison T.R.).

V. ΚΡΥΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Η κρυοχειρουργική εφαρμόζεται τόσο στο στάδιο III, όσο και στις προχωρημένες μορφές.

Αυτή εφαρμόστηκε τόσο για λύση της εκτίσχεσης των ούρων όσο και για την ανακούφιση στους πόνους από τις μεταστάσεις.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις πιστεύεται ότι η κρυοχειρουργική του προστάτη συνεπάγεται ανάπτυξη κρυοσφαιρινών με αποτέλεσμα ανοσολογική ανταπόκριση και άμυνα κατά των μεταστάσεων. (Χαλιάσος Δ.Α.).

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ριζική προστατεκτομή: Ανικανότητα παρατηρείται σύμφωνα με τον Jewelt σε ποσοστό 85-90%. Ολική ακράτεια εξάλλου παρατηρήθηκε σε ποσοστό 15% και μερική σε 42%(ακράτεια από υερένταση).

Ακτινοθεραπεία: Χρόνιες επιπλοκές είναι η γενετήσια ανικανότητα σε ποσοστό 30-60%, η χρόνια πρωκτίτιδα σε ποσοστό 10-15%, η στένωση του ορθού, τα συρίγγια του ορθού και η αιμορραγία από το ορθό.

Οιστρογονοθεραπεία: Οι μεγάλες δόσεις των οιστρογόνων θεωρήθηκαν αιτίες θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Παρατηρείται Υδατοπλήθεια όπου υπάρχει ο κίνδυνος για καρδιακή κάμψη, εκώδυνη διόγκωση των μαστών, ανικανότητα και απώλεια του libido και κατά την έναρξη της θεραπείας ναυτία και εμετοί.

Σ Υ Μ Π Ε Ρ Λ Σ Η Α Τ Α

Η διάγνωση του καρκίνου του προστάτη συνήθως γίνεται τυχαία. Ο άρρωστος παραπονιέται στον ιατρό για συχνουρία, ακράτεια ούρων πολλές φορές και για αιματουρία. Ο ιατρός προβαίνει στην δακτυλική εξέταση του προστάτη δια μέσου του ορθού όπου και ανακαλύπτει κάποια υπερτροφία ή όγκο.

Γι' αυτό πρέπει κάθε 6 μήνες να γίνεται επίσκεψη στον ιατρό απ' όλους τους άνδρες ηλικίας 45 ετών για εξέταση του προστάτη. Οτι δηλαδή ισχύει στις γυναίκες με το test pap.

ΝΟΣΗΛΑΒΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ Σα ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι.

Εισαγωγή του ασθενούς στο Νοσοκομείο.

Όταν ένα άτομο εισέλθει στο νοσοκομείο για να νοσηλευτεί η παραμονή του σ' αυτό αποτελεί μέρος της όλης ασθένειας και δεν είναι η αρχή αλλά ούτε και το τέλος της πάντα. Το γεγονός αυτό αποτελεί βασικό σημείο, το οποίο πρέπει να γνωρίζει η νοσηλεύτρια-της.

Από την εμφάνιση της νόσου ο ασθενής αντιμετωπίζει προβλήματα οικονομικά, επαγγελματικά, κοινωνικά, σχέσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας κ.α.

Βπειδή ο ασθενής, από έλλειψη στοιχειωδών γνώσεων, δεν μπορεί να κρίνει τη βαρύτητα της κατάστασέως του, συχνά ανησυχεί και αγωνιά. Η εισαγωγή του στο νοσοκομείο διακόπτει τον κανονικό ρυθμό και τρόπο ζωής του. Βρχεται βέβαια μ' ένα πρόβλημα υγείας, αλλά και με πολλές προσωπικές φροντίδες^ο αποχωρίζεται από την οικογένειά του, τους φίλους του, τις οικογενειακές και επαγγελματικές του ευθύνες και τις ατομικές του συνήθειες και μπαίνει σ' ένα άγνωστο και ξένο περιβάλλον. Βπειπρόσθετα η εισαγωγή του στο νοσοκομείο τον υποχρεώνει σε αδράνεια και εξάρτηση από το προσωπικό^ο άλλοι τώρα αποφασίζουν για τα προσωπικά του θέματα.

Η επίγνωση λοιπόν, ότι η είσοδος ενός ατόμου στο νοσοκομείο αποτελεί μόνο ένα μέρος του όλου προβλήματος της ασθένειας, θα κατευθύνει κατάλληλα τις ενέργειες και τη συμπεριφορά της νοσηλεύτριας-τή.

Ανεξάρτητα λοιπόν από τον τρόπο εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο, ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να κατανοήσει ότι ο εισερχόμενος είναι άνθρωπος, άνθρωπος που πάσχει, και γι' αυτό η συμπεριφορά όλων πρέπει να είναι ενδοδειγμένη. Κάθε λέξη, κάθε έκφραση του προσώπου, κάθε κίνηση του σώματος κλπ. μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή, για την εύκολη προσαρμογή του στο νέο και δυσάρεστο περιβάλλον του νοσοκομείου ή να περιπλέξουν την κατάσταση.

Ο ασθενής που για πρώτη φορά μπαίνει στο νοσοκομείο αισθάνεται μόνος, είναι στεναχωρημένος, δεν έχει διάθεση και δοκιμάζει πολλούς φόβους. Για τον περιορισμό αυτών των συναισθημάτων εκιβάλλεται να καταβληθεί προσκάθεια απ' όλο το προσωπικό και ιδιαίτερα το νοσηλευτικό. Σ' αυτό θα συντελέσει πολύ ο τρόπος της υποδοχής του στη νοσηλευτική μονάδα.

Κατά την άφιξη του ασθενούς στη νοσηλευτική μονάδα ειδοποιείται η προϊσταμένη ή η υπεύθυνη νοσηλεύτρια-της του τμήματος, οι οποίες τον υποδέχονται εγκάρδια και τον βοηθούν να τακτοκοιηθεί στο καθαρό και καλοστρωμένο κρεβάτι του.

Η υπεύθυνη νοσηλεύτρια-της συνιστά στην νοσηλεύτρια-τη και στους ασθενείς του θαλάμου στο νέο ασθενή και ενημερώνει για την είσοδό του τον ιατρό του θαλάμου.

Ο νοσηλευτής-τρια παίρνει το νοσηλευτικό ιστορικό, τα ζωτικά σημεία του αρρώστου και ετοιμάζει τον ατομικό του φάκελλο με το θερμομετρικό διάγραμμα, το νοσηλευτικό δελτίο κ.α. Στη συνέχεια δίνει στον ασθενή τις παρακάτω απαραίτητες και κατατοπιστικές πληροφορίες και εξηγήσεις:

1. Τρόπος για την πρόσκληση της νοσηλεύτριας-τη.
2. Ημέρες και ώρες επισκεπτηρίου.

3. Διεύθυνση του ιδρύματος για τυχόν αλληλογραφία.
4. Αριθμό τηλεφώνου του νοσοκομείου και τρόπος συνδέσεώς του με την νοσηλευτική μονάδα.
5. Βτεξήτηση του προγράμματος του νοσοκομείου:
 - Ώρα πρωινού ξυπνήματος και θερμομετρήσεως.
 - Ώρα πρωινής τουαλέτας.
 - Ώρα προγεύματος, γεύματος και δείπνου.
 - Ώρα τακτικής επισκέψεως των ιατρών.
 - Ώρα βραδυνής και μεσημεριανής ησυχίας του θαλάμου.
6. Εφόσον ο ασθενής είναι περιπατητικός, του γίνεται ξενάγηση στους χώρους της νοσηλευτικής μονάδας, δηλαδή ο νοσηλευτής-τρια του δείχνει:
 - Τους βοηθητικούς χώρους.
 - Γραφείο υπεύθυνης νοσηλεύτριας-τη και νοσηλευτών-τριων.
 - Λίθουσα αναμονής.
 - Τηλέφωνο και τρόπο χρήσεώς του.
7. Σε μέτρηση ούρων του ασθενούς παρέχονται πληροφορίες που έχουν σχέση:
 - Με τη σπουδαιότητα της μετρήσεώς τους κατά την πορεία της ασθένειας.
 - Με τον τρόπο μετρήσεως, αν ο ασθενής μπορεί να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα.
8. Στην ιατρική εξέταση ο νοσηλευτής-τρια εξηγεί στον άρρωστο
 - Την σπουδαιότητα της ιατρικής εξετάσεως.
 - Το ρόλο του ασθενούς στην ιατρική εξέταση.

Ο νοσηλευτής-τρια κατά τη λήψη του ιστορικού, την παραλαβή και τακτοποίηση του αρρώστου παράλληλα με την εκτίμηση της φυσικής του καταστάσεως προσπαθεί να εκτιμήσει τις δυσκολίες

προσαρμογής όπως εμφάνιση νευρικότητας, μελαγχολίας, απογοητεύ-
σεως. Αυτά δεν πρέπει να κερνούν απαρατήρητα από την νοσηλεύ-
τρια-τη, αλλά να τα αντιλαμβάνεται και να ενημερώνει την υπεύ-
θυνη τμήματος που με τη βοήθειά της-του και τη συμπαράσταση
του ειδικού Ιατρού να καταβάλλεται προσπάθεια να τονωθεί ο
ασθενής.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

1. Δακτυλική εξέταση.

Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας εδώ είναι απλός. Η εξέταση γίνεται στα εξωτερικά ιατρεία συνήθως. Γίνεται:

- Ενημέρωση του αρρώστου για το πως θα γίνει.
- Βοήθεια του αρρώστου να ξεπεράσει τις φοβίες του.
- Βοήθεια να πάρει την κατάλληλη θέση, να βγάλει και στο τέλος να ξαναφορέσει τα ρούχα του.

2. Βιοψία.

Με την βιοψία παίρνουμε ένα τεμάχιο προστατικού ιστού και το εξετάζουμε για να διακρίνουμε την ύπαρξη ή όχι νεοπλασματικών κυττάρων. Εδώ απαραίτητη είναι η ασηψία και η αντισηψία του δέρματος. Πάντα προηγείται τοξική καθαριότητα. Ο νοσηλευτής-τρια:

- Βτοιμάζει τα εργαλεία.
- Προσέχει για τυχόν επιπλοκές (αιματοουρία-αιμορραγία).
- Τοποθετεί το τεμάχιο σε φορμόλη για να στερεοκοινηθεί και στη συνέχεια να σταλεί για εξέταση.
- Ενημερώνει τον ασθενή και τον τονώνει ψυχολογικά.

3. Κυστεοσκόπηση.

Μας δίνει πληροφορίες για μορφολογικές μόνο αλλοιώσεις καλύκων, πυέλου και ουρητήρα. Βρειδμή εισάγεται ειδικός καθητήρας τηρούνται σχολαστικά όλοι οι όροι ασηψίας και αντισηψίας. Χρησιμοποιείται πάντα αποστειρωμένο υλικό. Ο νοσηλευτής-τρια:

- Βξηγεί στον άρρωστο τον τρόπο και τον σκοπό της εξέτασης για να μειωθεί το άγχος και ο φόβος του.
- Βξηγεί στον άρρωστο να παίρνει πολλά υγρά πριν την εξέταση και του χορηγούνται τουλάχιστον δύο (2) ποτήρια νερό πριν από αυτή.
- Σε περίπτωση τοξικής νάρκωσης εισάγει 5 cc ξυλοκαΐνη στην ουρήθρα και πιέζει ο βάλανο για τη μη αποβολή της ξυλοκαΐνης.
- Βξασφαλίζει την αποστείρωση του κυστεοσκοπίου.
- Η εξέταση γίνεται σε ειδικό θάλαμο για να μην εκτίθεται ο άρρωστος.
- Πριν την εξέταση γεμίζει την κύστη με φυσιολογικό ορό για την διάταση του τοιχώματός της.

4. Καθετηριασμός ουροδόχου κύστης.

Ο σκοπός για τον σκοπό γίνεται ο καθετηριασμός είναι:

- Να αδειάσει το περιεχόμενο της ουροδόχου κύστης.
- Να παρθεί ένα αποστειρωμένο δείγμα ούρων.
- Να προσδιοριστεί το ποσό τυχόν υπολειμματικών ούρων.
- Να επιτρέψει την πλύση της κύστης ή την ενστάλλαξη φαρμάκων.
- Να παρακάμψει απόφραξη.

Ο νοσηλευτής-τρια παίρνει τα εξής μέτρα:

- Διαλέγει τον κατάλληλο καθετήρα.
- Τοποθετεί τον άρρωστο σε κατάλληλη θέση.
- Βνημερώνει τον άρρωστο για το τι και πως θα βοηθήσει.
- Ετοιμάζει το αποστειρωμένο σετ και αποστειρωμένα γάντια.

- Εάν τοποθετηθεί μόνιμος καθετήρας ετοιμάζει σύριγγα με φυσιολογικό ορό (10cc) και ουροσυλλέκτη τον οποίο συνδέει με τον καθετήρα μετά την εισαγωγή του στην κύστη.

5. Ανοικτή πλύση κύστης και καθετήρα.

Η ανοικτή πλύση γίνεται όταν υπάρχει μερική ή τέλεια απόφραξη του καθετήρα. Η όλη τεχνική είναι άσηπτη.

Ο νοσηλευτής-τρια:

- Εξηγεί στον άρρωστο την διαδικασία.
- Τοποθετεί διάλυμα αποστειρωμένο σε ειδικό δοχείο υποδοχής του διαλύματος που είναι αποστειρωμένο.
- Τοποθετεί μια σύριγγα πλύσης των 50 ml στο δοχείο με το διάλυμα.
- Βτοιμάζει αποστειρωμένες γάζες και ένα μεγάλο νεφροειδές.

6. Κλειστή πλύση κύστης και καθετήρα.

Το κλειστό σύστημα πλύσης της κύστης χρησιμοποιείται για την αποφυγή του κινδύνου μικροβιακής μόλυνσης που συχνά παρατηρείται στο ανοικτό σύστημα πλύσης της κύστης.

Ο νοσηλευτής-τρια κατά την ενέργεια αυτή:

- Χρησιμοποιεί καθετήρα τριπλού αυλού (tree-way).
- Χρησιμοποιεί τα διαλύματα πλύσης σε θερμοκρασία δωματίου.
- Βμποδίζει την είσοδο μικροβίων, στο σημείο που ο καθετήρας εισέρχεται στην ουρήθρα με καθαρισμό τουλάχιστον 2 φορές την ημέρα με αντισηπτικό σαπούνι και τοποθετώντας αντιμικροβιακή αλοιφή στο σημείο εκείνο.
- Βφαρμοξεί άσηπτη τεχνική κατά την εισαγωγή του καθετήρα.

7. Τεχνική για τη λήψη δείγματος ούρων για καλλιέργεια

Ο νοσηλευτής-τρια κατά την ενέργεια αυτή:

- Χρησιμοποιεί αποστειρωμένα γάντια και γάζες.
- Χρησιμοποιεί αποστειρωμένο δοχείο δείγματος ούρων.
- Βξηγεί στον άρρωστο τι θα κάνει.
- Πρίν τη λήψη αφαιρεί πρώτα τον ουροσυλλέκτη, στη συνέχεια καθαρίζει το στόμιο του καθετήρα και τέλος κρατά το άκρο του καθετήρα πάνω από το αποστειρωμένο δοχείο και αφήνει τα ούρα να τρέχουν μέσα σ' αυτό.
- Τοποθετεί τον ουροσυλλέκτη μετά την λήψη.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας έγκειται:

- στην ενημέρωση του αρρώστου.
- τον συνοδεύει στο ακτινολογικό εργαστήριο
- δίνει στο εργαστήριο το όνομα του αρρώστου και το είδος της εξέτασης.
- τέλος ενημερώνει το ιατρικό προσωπικό για τα αποτελέσματα των εξετάσεων.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Και εδώ ο ρόλος είναι απλός. Οι εξετάσεις γίνονται συνήθως την πρώτη ημέρα της εισαγωγής του αρρώστου στο νοσοκομείο. Ο νοσηλευτής-τρια κληροφορείται για τυχόν αιματολογικά προβλήματα που παρουσίασε ο άρρωστος κατά το παρελθόν και ενημερώνει γι' αυτά το εργαστήριο.

Τέλος μεριμνά για τη λήψη των εξετάσεων.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες του νοσηλευτή-τριας που νοσηλεύει άρρωστο στον οποίο εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία αναφέρεται (1) στην ενημέρωση του αρρώστου για τη θεραπεία, (2) στην προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου για τη θεραπεία, (3) στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό της και (4) στην ψυχολογική τόνωση του αρρώστου πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.

Για την προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου στον οποίο πρόκειται να εφαρμοσθεί εξωτερική ακτινοθεραπεία ο νοσηλευτής-τρια:

- Βνημερώνεται από το φάκελλο του αρρώστου για (1) το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε, (2) τη θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, (3) το σκοπό της θεραπείας, (4) τον αριθμό των συνεδριών που ήδη έχει κάνει και προγραμματίζεται να κάνει.
- Αξιολογεί τι και πως αντιλαμβάνεται ο άρρωστος το είδος αυτό της θεραπείας και ανάλογα τον ενημερώνει σε συνεργασία με το γιατρό.
- Βεβαιώνεται πως ο άρρωστος έχει καταλάβει να μη βγάλει το σήμα που καθορίζει το σημείο, που θα γίνει η ακτινοθεραπεία
- Παρακολουθεί τον άρρωστο για ναυτία και εμετούς ή άλλη αντίδραση.
- Χορηγεί στον άρρωστο αναλγητικά πριν τη θεραπεία, εάν χρειάζεται.

Το πιο ουσιαστικό μέρος της προετοιμασίας του αρρώστου

για την εφαρμογή της εξωτερικής ακτινοβολίας είναι η απάντηση στα ερωτήματά του που συνήθως είναι τα εξής:

- Πονάει η ακτινοθεραπεία;
- Τι πρέπει να κάνει κατά το διάστημα της ακτινοθεραπείας;
- Θα είναι μόνος κατά τη διάρκεια της θεραπείας;
- Αν δεν αισθάνομαι καλά κατά το διάστημα της θεραπείας και έχω ανάγκη από βοήθεια τι θα κάνω;
- Θα εκτέμω ακτινοβολία μετά τη θεραπεία; Αν ναι, θα πρέπει είμαι απομονωμένος;

Η απάντηση στα πιο πάνω, αλλά και άλλα σχετικά ερωτήματα του αρρώστου μειώνει την ανησυχία και το άγχος, τον βοηθεί να συνεργασθεί με το προσωπικό της ομάδας υγείας και να αξιοποιηθούν όλες οι δυνατότητες για την επιτυχία της.

Πριν αρχίσει η εξωτερική ακτινοθεραπεία, ο άρρωστος που αυτοεξυπηρετείται, ενημερώνεται και εκπαιδεύεται στα πιο κάτω:

1. Η περιοχή της ακτινοβολίας, διατηρείται στεγνή, κλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι, δεν βάζει αλοιφές, κούδρα κ.α., προστατεύεται από τον ήλιο ή το κρύο, ξυρίζεται μόνο με ηλεκτρική μηχανή.
2. Δεν αφαιρείται το σημάδι που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή να εφαρμόσει τη θεραπεία στο σωστό σημείο του σώματος.
3. Το διαιτολόγιό του πρέπει να είναι ελαφρό, να περιέχει τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες.
4. Μετά από κάθε ακτινοβολία που κάνει δεν αποτελεί κηγή ακτινοβολίας.

Η προετοιμασία του αρρώστου για την εσωτερική εφαρμογή της ακτινοθεραπείας έχει σχέση με τον τρόπο χορηγήσεώς της. Όταν το ραδιοϊσότοπο πρόκειται να εμφυτευθεί σε ιστό ή σε

κοιλότητα οργάνου, ο άρρωστος προετοιμάζεται για χειρουργείο. Δε χρειάζεται ειδική προετοιμασία όταν το ραδιοισότοπο χορηγείται από το στόμα ή ενδοφλέβια ή μπαίνει μέσα σε κοιλότητα.

Σημεία που θα βοηθήσουν τη νοσηλεύτρια-τη στην προσφορά ακίνδυνης για τον εαυτό της και τους άλλους νοσηλευτικής φροντίδας στον άρρωστο που τον έχει εφαρμοσθεί ραδιοισότοπο είναι τα εξής:

- Ενημερώνεται από το φάκελλο του αρρώστου για (1) το είδος του ραδιοισοτόπου που θα χρησιμοποιηθεί, (2) τον τύπο της κητής, (3) τον τρόπο χορηγήσεως, (4) την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία, (5) το σημείο εφαρμογής, και (6) τον αριθμό των ημερών που ο άρρωστος πρέπει να απομονωθεί.
- Γνωρίζει ότι σε περίπτωση εφαρμογής ραδιοισοτόπου, το ραδιοισότοπο δεν κυκλοφορεί στο σώμα του αρρώστου.
- Ενημερώνεται για τους κανονισμούς του νοσοκομείου σχετικά με τα μέτρα ασφαλείας που εφαρμόζονται όταν χρησιμοποιείται ραδιενέργεια.
- Νοσηλεύεται ο άρρωστος σε μοναχικό δωμάτιο με τηλέφωνο, σύστημα επικοινωνίας, παράθυρο παρακολουθήσεως του αρρώστου, ραδιόφωνο και τηλεόραση. Οι τοίχοι, η οροφή, η πόρτα και το δάπεδο του δωματίου δεν επιτρέπουν την μόλυνση του περιβάλλοντος.
- Ενημερώνεται ο άρρωστος πως το μέτρο αυτό είναι παροδικό.
- Νοσηλεύει τον άρρωστο με μπλούζα και γάντια, τα οποία βάλει σε δοχείο με μολύβι, κρίν φύγει από το θάλαμο.
- Ενημερώνονται οι συγγενείς για τον τρόπο επικοινωνίας με τον άρρωστο.
- Στην πόρτα του θαλάμου τοποθετείται το σύμβολο της ραδιενεργού ακτινοβολίας.

- Κατά τη νοσηλεία ο νοσηλευτής-τρια γνωρίζει και λαμβάνει τα προστατευτικά μέτρα, απόσταση και χρόνος, για τον εαυτό της χωρίς όμως να εγκαταλείπεται ο άρρωστος.
- Όλοι που εργάζονται σε χώρο που υπάρχει ακτινοβολία φορούν μετρητή εκθέσεως σε ακτινοβολία που ελέγχεται περιοδικά από ειδικούς.
- Σε περίπτωση μόλυνσεως του περιβάλλοντος από ακτινοβολία, που η πηγή της βρίσκεται στον άρρωστο, ειδοποιείται αμέσως η αρμόδια υπηρεσία του ιδρύματος για να ενεργήσει ανάλογα.
- Ποτέ μην πιάνετε ραδιενεργό πηγή με γυμνά χέρια.

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΦΑΡΜΑΚΑ

Τα χημειοθεραπευτικά αν και δεν θεραπεύουν τα νεοπλασματικά νοσήματα όμως επιβραδύνουν την εξέλιξή τους και περιορίζουν τις διαστάσεις του νεοπλασματος.

Ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο είναι κυτταροτοξικό, δηλαδή δηλητηριάζει τα κύτταρα. Η δηλητηριώδης όμως δράση του δεν περιορίζεται μόνο στα κακοήθη κύτταρα, αλλά εκτείνεται και στα υγιή. Η τοξικότητα των φαρμάκων εκδηλώνεται στο βλενογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, στο μυελό των οστών και σε άλλους ιστούς και όργανα.

Τα χημειοθεραπευτικά που χρησιμοποιούνται σε ασθενείς με καρκίνο προστάτη στο Γ.Ν.Ν.Α. είναι: το Deronda - Depot, το Zoladex και το Elitiran.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κατά την εφαρμογή της χημειοθεραπείας ο νοσηλευτής-τρια έχει ορισμένες ευθύνες. Αυτές είναι:

- Γίνεται ομαδική προσέγγιση του αρρώστου και καταβάλλεται

προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθειά του σαν μια ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα σωματικά, συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.

- Βεβαιώνεται ο άρρωστος πως οι τοξικές και ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτε άλλο από την μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοήθων κυττάρων καταστρέφουν και υγιή.

- Βφαρμόζει αρχές διδασκαλίας και μαθήσεως κατά την εκπαίδευση του αρρώστου να αποδεχθεί, εφαρμόσει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειές της.

- Προσφέρει στον άρρωστο ότι έντυπη πληροφορία υπάρχει για τη χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωση.

- Γίνεται γενική αξιολόγηση του αρρώστου για τη θρέψη του, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τον βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση, αν είναι ευαίσθητος σε διάφορα φάρμακα κ.α. Λαμβάνεται επίσης ιστορικό χειρουργικών εκτεμήσεων, ακτινογραφιών ή χημειοθεραπείας.

ΤΟΞΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΒΦΑΡΜΟΓΕΣ

1. Καταστολή του μυελού των οστών. Παρατηρείται:

α. Λευκοπενία

Παρακολουθούνται:(1)τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυταρικός τύπος, σε απότομη πτώση των λευκών διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός,(2) η θερμοκρασία του σώματος,(3) το δέρμα και οι κοιλότητες για λοίμωξη.

Προλαμβάνονται οι λοιμώξεις με τα μέτρα όπως:(1) εφαρμογή καλής στοματικής καθαριότητας, (2) κάθε 4-6 ώρες γίνεται

αντισηψία και περιποίηση της στοματικής κοιλότητας, (3) μετά τη χρήση τουαλέτας πλένεται και στεγνώνεται καλά η περιοχή του πρωκτού, (4) εφαρμόζεται τεχνική απομόνωσης, (5) όταν ο άρρωστος έχει Β.Φ. έγχυση αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 ώρες και η βελόνα κάθε 48 ώρες.

β. Θρομβοπενία.

Παρακολουθούνται: (1) τα αιμοπετάλια, (2) τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για κτετέχειες, οι διάφορες κοιλότητες για ρίνο-ουλορραγίες, (3) η αρτηριακή πίεση του αίματος.

Προλαμβάνονται οι αιμορραγίες με μέτρα όπως: (1) περιορίζονται οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις όσο το δυνατόν πιο πολύ, (2) οποιαδήποτε άσκηση περιοδικής κίσεως σε κάποιο σημείο του σώματος, όπως ο ασκός του κλεισομέτρου κ.α., πρέπει να είναι μικρής διάρκειας, (3) δίνονται συμβουλές στον άρρωστο να εφαρμόζει μέτρα πρόληψης αιμορραγίας.

Προσφέρεται βοήθεια στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας και κατά τη μετάγγιση αίματος παρακολουθείται η ροή και ο άρρωστος για σημεία αντιδράσεως από το αίμα.

γ. Αναιμία.

Παρακολουθείται ο αιματοκρίτης, η αιμοσφαιρίνη και η παρουσία συμπτωμάτων όπως ωχρότητα, κόπωση, απάθεια.

Βοηθείται ο άρρωστος με: (1) διαιτολόγιο πλούσιο σε λευκώματα και σίδηρο, (2) αποφυγή κοπώσεως, (3) χορήγηση αίματος με ιατρική οδηγία, (4) περιορισμός της απώλειας αίματος.

2. Γαστρεντερικές διαταραχές. Εκδηλώνονται με:

α. Ναυτία, εμέτους.

Παρακολουθείται: (1) η συχνότητα, ο χαρακτήρας και η ποσότητα των εμέτων, (2) η ανορεξία και (3) η θρέψη του αρρώστου.

Λαμβάνονται μέτρα προλήψεως ναυτίας και εμέτων όπως: (1) χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων με ιατρική εντολή, (2) εκπαιδεύεται ο άρρωστος και τα μέλη της οικογένειάς του πως να εφαρμόζουν αντιεμετικά υπόθετα, (3) ενισχύεται ο άρρωστος να φάει λίγη φρυγανιά (4) σερβίρεται η τροφή μετά την υποχώρηση της ναυτίας, (5) προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα, (6) αποφεύγονται οι τροφές που έχουν έντονη οσμή, (7) μετά από κάθε λήψη τροφής γίνεται καθαριότητα του στόματος.

Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση της ναυτίας και των εμέτων με: (1) χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων με ιατρική εντολή, (2) προσφορά ανακουφιστικής φροντίδας, όπως η διατήρηση του αρρώστου καθαρού χωρίς την κακοσμία των εμέτων κ.α., (3) ενημέρωση του αρρώστου πως η ναυτία και οι έμετοι είναι ένας τρόπος κληροφορήσεως ότι το φάρμακο δρά στα κακοήθη κύτταρα και (4) διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών.

β. Διάρροια - Σύσπαση κοιλιακών μυών.

Παρακολουθείται: (1) το χρώμα, η ποσότητα και η περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης, (2) ο άρρωστος για συμπτώματα αφυδατώσεως και μεταβολικής οξέωσης και (3) η συχνότητα και η ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών.

Λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη της διάρροιας και της συσπάσεως των κοιλιακών μυών.

Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση της διάρροιας με: (1) χορήγηση φαρμάκων που αναστέλλουν την διάρροια με ιατρική εντολή, (2) χορήγηση πολλών υγρών, (3) βοήθεια στη διόρθωση διαταραχών του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και (4) φροντίδα του δέρματος.

γ. Στοματίτιδα - έλκη της στοματικής κοιλότητας

Παρατηρείται ο βλενογόνος για ξηρότητα, ερυθρότητα και λευκές κηλίδες που είναι σημεία εξελισσόμενης στοματίτιδας.

Προλαμβάνεται η στοματίτιδα με: (1) την καθημερινή παρακολούθηση της στοματικής κοιλότητας για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο μετά από χορήγηση όξινων τροφών, (2) την οργάνωση προγράμματος φροντίδας στοματικής κοιλότητας και (3) εκάλειψη των χειλέων με γλυκερίνη.

Προσφέρεται βοήθεια για τη θεραπεία της στοματίτιδας με τη συνεχή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας και την προσφορά λευκής, χλιαρής τροφής.

3. Νευροτοξικότητα

Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα: (1) ήπιας νευροπάθειας όπως ελαφρός τόνος στα χέρια και τα πόδια και απώλεια των "εν τω βάθει" αντανακλαστικών των τενόντων και (2) σοβαρότερης νευροπάθειας όπως μείωση της δύναμews των χεριών, απώλεια συντονισμού και παραλυτικός ειλεός.

Βοηθείται ο άρρωστος στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με (1) τη χρησιμοποίηση μέτρων ασφαλείας για την προστασία του, (2) τη διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση και (3) την εξασφάλιση οδηγίας γιατρού για τη χρησιμοποίηση καθαρτικών φαρμάκων.

4. Οτοτοξικότητα (τοξική βλάβη των αυτιών).

Εκτιμάται η ακοή του αρρώστου πριν αρχίσει η θεραπεία. Ενημερώνεται ο άρρωστος να αναφέρει, αν αισθανθεί βόμβο στα αυτιά ή μείωση της ακοής.

5. Ηπατοτοξικότητα.

Παρακολουθείται: (1) η χειρουργικότητα του ήπατος, (2) η

εμφάνιση συμπτωμάτων, όπως κόνος στην κοιλιά, υψηλός πυρετός, διάρροια, ίκτερος. Βνημερώνεται αμέσως ο γιατρός όταν εκιδεινωθούν τα συμπτώματα.

6. Νεφροτοξικότητα.

Παρακολουθείται: (1) η λειτουργία των νεφρών, (2) ο άρρωστος για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας όπως οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων κ.α. και (3) το ισοζύγιο λαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

Λαμβάνονται μέτρα για τον περιορισμό του ουρικού οξέος στο αίμα και τη διατήρηση της αντιδράσεως των ούρων σε φυσιολογικά επίπεδα, με χορήγηση υγρών και φαρμάκων.

7. Αλωπεκία (πτώση μαλλιών)

Γίνεται εξακρίβωση αν ο άρρωστος έχει καταλάβει ότι τα μαλλιά του μπορεί να πέσουν στο διάστημα της θεραπείας, αλλά θα ξαναβγούν μετά το τέλος της θεραπείας.

Μειώνεται η αλωπεκία αν κατά τη θεραπεία και 10-15 λεπτά μετά από αυτή εφαρμοσθεί πλεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι.

Όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά, γίνεται αποτρίχωση του κεφαλιού και χρησιμοποιείται κερούνα.

8. Αλλαγές στο δέρμα.

Παρακολουθείται το δέρμα για λύση της συνεχείας του, διατηρείται καθαρό, προστατεύεται από την ξηρότητα και τη μεγάλη έκθεση στον ήλιο ή σε τεχνητές υπεριώδεις ακτίνες.

Δίνονται στον άρρωστο έντυπες πληροφορίες σχετικά με την προστασία του δέρματος, τις αλλαγές στο χρώμα κ.α. αν υπάρχουν.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η προσεκτική προεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου προλαμβάνει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και επιταχύνει την ανάρρωσή του.

Αυτή γίνεται με σκοπό την ανύψωση του ηθικού του αρρώστου και τη σωματική του τόνωση. Προκειμένου να γίνει η χειρουργική επέμβαση, είναι απαραίτητη η γραπτή συγκατάθεση του αρρώστου ή των συγγενών του, για τον κίνδυνο να προκύψουν νομικά προβλήματα.

Η προεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου συνίσταται σε:

- Γενική προεγχειρητική φροντίδα.
- Τοπική προεγχειρητική φροντίδα.
- Τελική προεγχειρητική φροντίδα.

ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η γενική προεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει:

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

Τόνωση σωματική: Αυτή επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη. Παράλληλα με την ενίσχυση αυτή του οργανισμού, σε εξα-

ασθενημένα άτομα γίνεται η τόνωση του οργανισμού και με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών (λευκωμάτων, βιταμινών κ.λ.π.) ή άλλων στοιχείων του οργανισμού (αίματος, ηλεκτρολυτών κ.λ.π.).

Για την καλή θρέψη του ασθενούς η συμβολή της νοσηλεύτριας-τη είναι αποφασιστική. Ενώ ο ιατρός περιορίζεται στον καθορισμό του διαιτολογίου, ο νοσηλευτής-τρια παρακολουθεί τη διατροφή του ασθενούς και μελετά τα προβλήματα που προκύπτουν και τον τρόπο αντιμετώπισής τους.

Ο νοσηλευτής-τρια βοηθά στην σψματική τόνωση του αρρώστου εάν:

1. Έχει αντίληψη της σπουδαιότητας της καλής διατροφής.
2. Γνωρίζει την εκτίδραση της εγχειρήσεως στις λειτουργίες του μεταβολισμού και,
3. Έχει γνώσεις φυσιολογίας και διαιτητικής. Όλα αυτά βοηθούν στην κατανόηση των αναγκών του οργανισμού σε διάφορες καταστάσεις, καθώς και στην εκλογή τροφών, στις οποίες υπάρχουν τα συστατικά που έχει ανάγκη ο πάσχων οργανισμός.

Κατά την προεγχειρητική φροντίδα δίνεται μεγάλη προσοχή στην εκάρκεια του οργανισμού σε υγρά. Αυτό γίνεται γιατί κατά την εγχείρηση ο ασθενής χάνει πολλά υγρά με την απώλεια αίματος, τον ιδρώτα και τους εμέτους. Έτσι ο ασθενής βοηθείται στην πρόληψη επιπλοκών όπως shock, δίψα κ.α.

Την προηγούμενη μέρα της εγχειρήσεως ο άρρωστος τρέφεται ελαφρά. Έξι ώρες πριν την επέμβαση δεν παίρνει τίποτα από το στόμα και σε περίπτωση που ο ασθενής δεν πρέπει να στερηθεί υγρά αυτές τις έξι ώρες, του χορηγούνται αυτά παρεντερικά.

Ιατρικές εξετάσεις: Στη γενική προεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνεται η εξέταση του αρρώστου που θα χειρουργηθεί από

1. Χειρουργό, για την εκτίμηση της κατάστασής του αρρώστου.

2. Παθολόγο για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις πριν από κάθε εγχείρηση είναι:

1. Βξέταση αίματος: γενική αίματος (λευκά-ερυθρά), τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, χρόνος ροής και πήξεως αίματος, ομάδα και RHB-SUS αίματος και ουρία αίματος.

2. Γενική ούρων.

3. Βλεγχος της νεφρικής λειτουργίας του αρρώστου.

Μετά την οριστική απόφαση για την εγχείρηση του αρρώστου καλείται ο αναισθησιολόγος, για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος. Αυτή η εξέταση έχει σκοπό τον καθορισμό του είδους της νάρκωσης (τοπική, γενική) και το είδος του αναισθητικού.

Καθαριότητα του ασθενούς: Βιτακτική είναι η καθαριότητα του αρρώστου επειδή ο ίδιος είναι συνήθως άτομο μεγάλης ηλικίας οπότε και αδυνατεί να την πραγματοποιήσει μόνος του αλλά και οι ατομικές υγιεινές έξεις του έχουν υποβαθμιστεί.

Αυτή συνίσταται σε:

1. Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα. Ο καθαρισμός αποβλέπει:

- Στην αποφυγή της εκκενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό τραπέζι.

- Την ευχερέστερη διενέργεια της εκεμβάσεως από τον χειρουργό.

- Την αποφυγή της δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από τη σήψη του περιεχομένου τους.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται:

- Με τη χρήση καθαρτικών φαρμάκων. Σήμερα δε συνίσταται η λήψη καθαρτικών, γιατί προκαλεί αφυδάτωση, εξασθένηση του οργανισμού και χαλάρωση του τόνου του εντέρου.

- Με καθαρτικό υποκλυσμό. Συνήθως γίνονται δύο υποκλυσμοί, ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχειρήσεως και ο άλλος έξι ώρες προ της εγχειρήσεως. Μ' αυτούς επιτυγχάνεται η καθαριότητα του κατώτερου τμήματος του καχέως εντέρου.

Ο νοσηλευτής-τρια παρακολουθεί τα αποτελέσματα των υποκλυσμών και αν είναι αρνητικά, ενημερώνει την υπεύθυνη νοσηλεύτρια-τη ή τον ιατρό.

Η εκτέλεση υποκλυσμών ή η χορήγηση καθαρτικού φαρμάκου γίνεται κατόπιν εντολής Ιατρού.

2. Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς. Αυτή εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρμο δέρμα.

Το λουτρό γίνεται την παραμονή της εγχειρήσεως και προστατεύεται ο άρρωστος να μην κρυώσει.

Το λουτρό πρό της εγχειρήσεως μπορεί να μην είναι το γνωστό λουτρό της καθαριότητας με σαπούνι, τρίφτη και νερό, αλλά να είναι καθαριότητα και συγχρόνως ακολύμανση του δέρματος

Κατά το διάστημα του λουτρού γίνεται προσεκτική καθαριότητα ορισμένων σημείων, όπως ομφαλού κ.α.

Στη καθαριότητα του σώματος περιλαμβάνεται και η καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα, για την πρόληψη μόλυνσεων του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων.

Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου: Πάντοτε η αναμονή εγχειρήσεως προκαλεί αγωνία και φόβους. Αυτά μπορεί να είναι έντονα και να διώχνουν τον ύπνο. Η ανκνία και η κόπωση από αυτήν προδιαθέτουν στη μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία και ακόμη στην εμφάνιση επιπλοκών.

Για την αποφυγή, και εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου, χορηγείται στον ασθενή τη νύκτα της παραμονής της εγχειρήσεως ηρεμιστικό και υκνωτικό φάρμακο.

Προετοιμασία και εκπαίδευση: ασθενούς του αφορά βαθειές ανακνοές, βήχα, ενεργητικές ασκήσεις κάτω άκρων, ενδοφλέβια υγρά και παροχετεύσεις.

Προσανατολισμός ασθενούς. Επειδή ο άρρωστος με προστάτη είναι συνήθως άτομο μεγάλης ηλικίας έχει ανάγκη προσανατολισμού προς το φυσικό περιβάλλον και εξοικειώσεως προς τη διεξαγωγή της εργασίας στη μονάδα που νοσηλεύεται. Η νοσηλεύτρια θα αναλάβει το έργο αυτό κατά το στάδιο της προεγχειρητικής φροντίδας. Οι συζητήσεις μ' αυτόν, οι προσωπικές παρατηρήσεις, η συλλογή πληροφοριών από κάθε πηγή θα βοηθήσουν στην εκτίμηση της ιδιοσυστασίας του, των δυνατών και αδυνάτων σημείων του χαρακτήρα του, καθώς και της διανοητικής ικανότητας και ισορροπίας του.

ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Τοπική προεγχειρητική φροντίδα είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Σκοπός της είναι η αλλαγή του δέρματος από μικρόβια χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λύσης. Γενικά ετοιμάζεται με καθαρισμό και ξύρισμα μια μεγάλη περιοχή γύρω από το εγχειρητικό πεδίο. Αν, κατά λάθος, δημιου-

ρηθελ λύση συνεχείας του δέρματος πρέπει να αναφερθεί στο χειρουργό πριν από την εκέμβαση.

Ξυρίζουμε τον ασθενή, στην περιοχή των γεννητικών οργάνων μέχρι και όλη την περιτοναϊκή κοιλότητα με ιδιαίτερη προσοχή στην καθαριότητα του ομφαλού.

ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η τελική προεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει:

1. Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του αρρώστου. Ελέγχονται τα ζωτικά σημεία. Ανύψωση της θερμοκρασίας αναφέρεται αμέσως. Επίσης μια μεγάλη αύξηση της συχνότητας του σφυγμού και της ανακνοής πρέπει να αναφέρεται. Γίνεται μέτρηση της Α.Π. το βράδυ της προηγούμενης της εκέμβασης μέρας και το πρωί.
2. Ενδύση του αρρώστου με τα ειδικά για το χειρουργείο ρούχα. Μισή ώρα πριν την εγχείρηση ο ασθενής φορά την κατάλληλη ενδυμασία. Η ενδυμασία αυτή αποτελείται από τα ποδονάρια που σκεπάζουν τα κάτω άκρα και το υποκάμισο που είναι ανοιχτό στο πίσω μέρος.
3. Αφαίρεση από τον άρρωστο τεχνητών μελών ή ξένων οδοντοστοιχειών.
4. Αφαίρεση δακτυλιδιών και άλλων κοσμημάτων τα οποία παραδίδονται στην προϊσταμένη για φύλαξη προτού καταγραφούν.
5. Κένωση της ουροδόχου κύστεως.

Π Ρ Ο Ν Α Κ Ρ Ω Σ Η

Γίνεται συνήθως μισή ώρα πριν την εκέμβαση. Το είδος της καθορίζονται από τον αναισθησιολόγο και αποβλέπει στη μερική

χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας. Δόγω της δράσεως των φαρμάκων συνίσταται στον ασθενή να μη σηκωθεί από το κρεβάτι του.

Κατά την προνάρκωση ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να δώσει στον ασθενή το κατάλληλο φάρμακο, την ακριβή δόση και στην καθορισμένη ώρα. Πιο συχνά χρησιμοποιούνται οκτιούχα, παράγωγα της μελλαντόνας και βαρβιτουρικά.

Μετά την προνάρκωση εξασφαλίζουμε στον ασθενή ένα περιβάλλον χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό. Τους επισκέπτες του ο ασθενής, του βλέπει πριν την προνάρκωση.

Στη συνέχεια μεταφέρεται αμέσως ο άρρωστος στο φορείο και παραμένει στο θάλαμο. Η μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο γίνεται από το νοσοκόμο και την νοσηλεύτρια-τη.

Ο νοσηλευτής παρακολουθεί την εγχείρηση αν είναι δυνατό. Αυτό θα τον βοηθήσει να προσφέρει καλύτερα νοσηλευτική φροντίδα στον ασθενή.

Οι συγγενείς ενημερώνονται για την πορεία της επεμβάσεως για να καθησυχασθούν. Όπως είναι φυσικό διακατέχονται από αγωνία για το αποτέλεσμα της επεμβάσεως. Το συχνό και κατάλληλο κλησίασμα, όπως και ο τρόπος της νοσηλεύτριας-τη πρὸς τους συγγενείς είναι δυνατό να τους ανακουφίσει.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΘΑΛΑΜΟΥ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Μετά την αποχώρηση του ασθενούς για το χειρουργείο ο νοσηλευτής-τρια ετοιμάζει το κρεβάτι, το κομοδίνο και γενικά το περιβάλλον του ασθενούς.

Το κρεβάτι, που θα δεχτεί τον χειρουργημένο με γενική νάρκωση ασθενή πρέπει:

1. Να είναι ζεστό για την προφύλαξη του αρρώστου από ψύξη και μετεγχειρητική πνευμονία. Αυτό αντιμετωπίζεται με την προσθήκη θερμοφόρων τους χειμερινούς μήνες.
2. Να είναι χωρίς μαξιλάρι, για την ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού.
3. Να τοποθετείται προστατευτικό μαξιλάρι στο πάνω κιγκλίδωμα του κρεβατιού, για να μη χτυπήσει ο ασθενής κατά τις τυχόν διεγέρσεις στο στάδιο της αποναρκώσεως.
4. Να είναι ανοικτό απ'όλες τις πλευρές για την εύκολη μεταφορά του ασθενούς από το φορείο σ'αυτό.
5. Να προστατευθεί το πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων από ενδεχόμενους εμέτους, με την τοποθέτηση πετσέτας προσώπου και αδιάβροχου κεφαλής.

Στο επάνω κλάγιο μέρος του στρώματος, πρὸς το μέρος του κομοδίνου, τοποθετείται χάρτινη σακούλα.

Στο κομοδίνο του ασθενούς τοποθετείται τετράγωνο αλλαγών ή πετσέτα, για να αποφεύγονται οι θόρυβοι κατά την τοποθέτηση αντικειμένων πάνω σ'αυτό.

Επίσης στο κομοδίνο τοποθετείται ποτήρι με δροσερό νερό, Port Cotton, νεφροειδές και κάψα με τολίγια βάμβακος και τέμαχια χαρτοβάμβακος.

Το κομοδίνο απομακρύνεται λίγο από το κρεβάτι του αρρώστου για να τον προφυλάξουμε σε περίπτωση διεγέρσεών του.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική φροντίδα αποτελεί βασική απασχόληση της νοσηλεύτριας-τη. Πρέπει να γίνεται από έμπειρη και επιδέξια

νοσηλεύτρια-τη η οποία κατέχει βασικές γνώσεις στις οποίες θα στηρίξει την παρακολούθηση και την περιποίηση του ασθενούς.

Η νοσηλεύτρια-της θα συντελέσει:

1. Στην προστασία του ασθενούς κατά τις διάφορες φάσεις της ανάνηψης.
2. Στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξης της ασθενείας του.
3. Στην ανακούφισή του από ενοχλήματα.
4. Στην πρόληψη επιπλοκών και,
5. Στη βοήθεια του ασθενούς, για να επανέλθει το ταχύτερο στη φυσιολογική του κατάσταση.

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του. Αυτή περιλαμβάνει:

1. Την προφύλαξη του ασθενούς από ρεύματα αέρα κατά τη μεταφορά του από το χειρουργείο στο θάλαμο.
2. Την κατάλληλη τοκοθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Η πιο συνήθης θέση του ασθενούς, αμέσως μετά την εγχείρηση είναι η "ύπτια" με το κεφάλι στραμένο στο κλάι, αργότερα τοκοθετείται σε "ανάρροπη" θέση χωρίς να αποκλείεται οποιαδήποτε άλλη από τις γνωστές θέσεις.
3. Την παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την αφύπνησή του. Εδώ η προφύλαξη ή η προστασία του αρρώστου από ή και κατά τις διεγέρσεις ή από την εισρόφηση εμεσμάτων αποτελεί καθήκον της νοσηλεύτριας-τη.
4. Την προφύλαξη και θεραπεία από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές.
5. Την ανακούφιση του αρρώστου, με την καλή νοσηλευτική φρο-

- ντίδα, από τον κόνο και άλλες δυσκολίες, από τις οποίες υποφέρει κυρίως κατά τις πρώτες 48 ώρες μετά την εγχείρηση.
6. Δήψη ζωτικών σημείων, αμέσως μόλις ο άρρωστος επιστρέψει από το χειρουργείο στο κρεβάτι του, επειδή υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μετεγχειρητικής αιμορραγίας και κατ'επέκταση αιμορραγικού shock. Βιβάλλεται επομένως, η εκτίμηση των ζωτικών του σημείων τουλάχιστον κάθε δύο ώρες το πρώτο 12ωρο
 7. Τον συχνό, ακριβή και πλήρη έλεγχο της λειτουργικότητας των παροχετευτικών σωλήνων, επειδή είναι εύκολη η απόφραξή τους από πήγματα αίματος ή και άλλες αιτίες. Γι' αυτό εφαρμόζεται κλύση καθετήρα. Η ροή των παροχετευτικών σωλήνων πρέπει να ελέγχεται ώστε να είναι ομαλή και να αποφεύγονται συστροφές και κάμψεις.
 8. Την σχολαστική τήρηση διαγράμματος προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών, την εκτίμηση και συσχετισμό αυτών. Ενισχύεται ο άρρωστος να παίρνει περισσότερα από 2 Lt υγρά το 24ωρο και αρχίζει να τρέφεται αμέσως μόλις αποκατασταθεί η κινητικότητα του εντέρου.
 9. Τον έλεγχο της κατάστασως του τραύματος και την παρακολούθησή του. Οι πιθανότητες μόλυνσως του τραύματος είναι αυξημένες αφού, κατά κανόνα, από αυτό βγαίνουν και ούρα, επειδή εύκολα αποφράζει ο παροχετευτικός καθετήρας. Βτσι το τραύμα υγραίνεται, κοτίζεται με ούρα και επιμολύνεται από παθογόνους μικροοργανισμούς του περιβάλλοντος. Σημεία τραυματικής κακοσμίας, τραυματικής ευαισθησίας, κόνου καθώς και πυώδους εκροής πρέπει να αναφέρονται στο γιατρό.
 10. Τον κατάλληλο χρόνο εγέρσως του αρρώστου από το κρεβάτι. Σήμερα ενισχύονται η έγκαιρη έγερση, η χρήση ελαστικών

καλτσών για την πρόληψη εμβολής, οι συχνές αλλαγές θέσεως του αρρώστου καθώς και οι ενεργητικές και παθητικές κινήσεις.

11. Την αφαίρεση των παροχευετικών σωλήνων. Στην αρχή η αφαίρεσή τους συνοδεύεται από συχνουρία και μερική απώλεια ούρων. Αυτό οδηγεί τον άρρωστο σε μελαγχολία και απαισιοδοξία. Η πληροφόρηση ότι ο έλεγχος της ουρήσεως είναι θέμα μόνο λίγων ημερών, συμβάλλει στην τόνωση του ηθικού του.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ

1. Πόνος.

Ο πόνος είναι μια από τις πιο πρώιμες μετεγχειρητικές δυσχέρειες. Ο μετεγχειρητικός πόνος μπορεί να ξεκινά από το δέρμα, μύς, τέντονες, οστά, περιτόναιο ή σπλάχνα. Ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται στο τραύμα γι' αυτό χορηγούμε, με ιατρική εντολή κάποιο ναρκωτικό. Ο ισχυρότερος πόνος εμφανίζεται τις πρώτες 12-36 ώρες και υποχωρεί μετά από 48 ώρες. Όταν ο άρρωστος πονά η νοσηλεύτρια-της οφείλει:

- α) Να εντοπίσει τον πόνο.
- β) Να διαπιστώνει αν είναι συνεχής ή διαλείπων, αμβλύς ή οξύς.
- γ) Να διαπιστώνει αν αντινοβολεί, και πώς τα πονά, αν έχει σχέση με την ανακνοή, αν επιδεινώνεται τη νύχτα.
- δ) Να καταγράφει τις διαπιστώσεις της και να τις γνωστοποιεί στο χειρουργό και τον αναισθησιολόγο.

Αν ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται συνήθως στην εγχείρηση ο νοσηλεύτρια-τρια δεν πρέπει να παραλείπει να εξετάζει το τραύμα για διαπίστωση και άλλων παραγόντων που μπορεί

να επιδεινώνουν τον πόνο. Τέτοιοι παράγοντες είναι: Καρφίτσες ασφαλείας, σωλήνες παροχέτευσης, σφικτές επιδέσεις.

2. Βμετός.

Μετεγχειρητικά, ιδιαίτερα όταν χορηγείται αιθέρας, ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει ναυτία και εμέτους. Άλλες αιτίες είναι η συλλογή στο στομάχι υγρών ή η λήψη υγρών από το στόμα ή τροφής πριν από την αποκατάσταση της περισταλσης του γαστρεντερικού σωλήνα.

Ο μετεγχειρητικός έμετος διακρίνεται:

- α) Στον έμετο κατά την αποδρομή της δράσης του αναισθητικού.
- β) Στον έμετο που διαρκεί κατά την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα και νύχτα.
- γ) Στον έμετο που συνεχίζεται.

Ο έμετος που εκδηλώνεται καθώς η δράση του αναισθητικού παύεται, απλά αδειάζει το στομάχι από βλέννη και σίελο. Η διάρκειά του είναι από 2-8 ώρες. Δε χρειάζεται ειδική αγωγή εκτός από πλύση στόματος.

Ο έμετος που παρατείνεται την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα και νύχτα μπορεί να οφείλεται σε ένα από τα ακόλουθα αίτια:

- α) Παρενέργειες από την αναισθησία.
- β) Παράλυση της εντερικής λειτουργίας για περίοδο πιο μεγάλη από τη συνηθισμένη εξαιτίας σοβαρής βλάβης των κοιλιακών οργάνων κατά τη διάρκεια της εγχείρησης. Αντιμετωπίζεται με ρινογαστρική αναρρόφηση.
- γ) Βναισθησία σε φάρμακα οπότε και παρουσιάζεται μετά τη χορήγησή τους.

Ο έμετος που επιμένει επί 3-7 ημέρες οφείλεται σ'ένα από τα ακόλουθα αίτια:

- α) Εντερική απόφραξη.
- β) Οξεία διάταση του στομάχου.
- γ) Ουραιμία.
- δ) Αιμορραγία.
- ε) Περιτονίτιδα.

3. Ανησυχία - Δυσφορία.

Αιτίες που δημιουργούν ανησυχία και δυσφορία στον άρρωστο είναι:

- α) Βρεγμένο επιδερμικό υλικό του τραύματος.
- β) Επίσχεση ούρων.
- γ) Μετεωρισμός και λόξιγκας.
- δ) Αυκνία.

Ο νοσηλευτής-τρια οφείλει να μειώσει τους θορύβους στο ελάχιστο, να βοηθήσει τον άρρωστο να απαλλαγεί από τις δυσάρεστες σκέψεις και να μειώσει τον ημερήσιο ύπνο του με απασχόληση.

4. Δίψα.

Η δίψα οφείλεται στην αναστολή των εκκρίσεων μετά την ένεση ατροπίνης προεγχειρητικά. Ακόμη οφείλεται στην απώλεια μεγάλης ποσότητας υγρών κατά τη διάρκεια της εγχείρησης.

Στους αρρώστους που δεν έκαναν εγχείρηση στο γαστρεντερικό σύστημα χορηγούνται υγρά αμέσως μετά την παύση της ναυτίας και την αποκατάσταση της περισταλσης του γαστρεντερικού σωλήνα.

5. Διάταση του εντέρου.

Αποτελεί συνηθισμένη δυσχέρεια. Ο τραυματισμός των κοιλιακών οργάνων καταργεί την περισταλση για 24-48 ώρες. Ο αέρας

και οι εκκρίσεις συγκεντρώνονται στο στομάχι και στο έντερο και προκαλούν διάταση. Για την έξοδο των αερίων από το παχύ έντερο εφαρμόζεται σωλήνας αερίων ή χαμηλός υποκλυσμός, ακόμη βοηθά η συχνή μετακίνηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Η δυσχέρεια αυτή μπορεί να προληφθεί με ρινογαστρικό ή ρινοεντερικό σωλήνα.

6. Διάταση κύστης.

Η κατακράτηση ούρων μπορεί να παρατηρηθεί μετά από κάθε εκέμβαση, συχνότερα όμως εκδηλώνεται μετά από εκεμβάσεις του ορθού, πρωκτού, κόλπου, κήλης και εκεμβάσεων στο επιγάστριο. Οφείλεται σε σπασμό του σφιγκτήρα. Χρησιμοποιούνται όλα τα συντηρητικά μέτρα, αν όμως αποτύχουν καταφεύγουμε στον καθετηριασμό.

7. Δυσκοιλιότητα

Αίτια μετεγχειρητικής δυσκοιλιότητας μπορεί να είναι:

- α) Βρεθισμός ή τραυματισμός του εντέρου κατά τη διάρκεια της εγχείρησης.
- β) Τοξική φλεγμονή.
- γ) Περιτονίτιδα.
- δ) Τοξικό απόστημα.

Μπορεί να βοηθήσουν στη λύση του προβλήματος, η έγκαιρη έγερση, το είδος της διαίτας, η χορήγηση άφθονων υγρών και οι χαμηλοί υποκλυσμοί.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

1. Επίσχεση ούρων.

Είναι η κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής, ενώ έχει ούρα στην ουροδόχο κύστη, δεν μπορεί να ουρήσει.

Αίτια που προκαλούν την επίσχεση είναι:

- Υποτονία των κοιλιακών τοιχωμάτων, λόγω επιδράσεως ναρκωτικών η οποία παρεμποδίζει τη συσπασή τους.
- Σύσπαση σφιγκτήρα κατά τη χρήση σκωραμίδας.

Ο νοσηλευτής-τρια για την επίλυση της επίσχεσης:

- Αλλάζει τη θέση του αρρώστου στο κρεβάτι.
- Χύνει χλιαρό νερό στη σκωραμίδα (για χαλάρωση του σφιγκτήρα)
- Ανοίγει τη βρύση και αφήνει να τρέχει νερό (ο ήχος νερού που ρέει διευκολύνει την ούρηση).
- Σηκώνει τον ασθενή και τον κρατεί όρθιο, εφόσον η κατάσταση του το επιτρέπει.
- Τοποθετεί θερμοφόρα πάνω στην ουροδόχο κύστη (αν δεν υπάρχει τραύμα).

Εάν τα μέσα αυτά δεν φέρουν το ποθούμενο αποτέλεσμα, τοποθετείται σπασμολυτικό υπόθετο, μετά από εντολή ιατρού και, εάν και αυτό δεν φέρει αποτελέσματα, γίνεται καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως.

2. Ουραιμία.

Είναι τοξική κατάσταση, που οφείλεται στην κατακράτηση από τον οργανισμό άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού των λευκωμάτων λόγω βλάβης του ουροποιητικού συστήματος ή μόλυνσης του νεφρικού ιστού, οπότε ο οργανισμός δεν μπορεί να απο-

βάλλει τα άχρηστα στοιχεία του αίματος. Η ουραιμία μπορεί να μην προκαλείται από βλάβη του ουροκοιητικού συστήματος, αλλά να οφείλεται σε μεγάλη αφυδάτωση του οργανισμού με αποτέλεσμα τη συμπύκνωση του αίματος και επομένως την αύξηση της ουρίας στο αίμα.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΤΡΑΥΜΑ

1. Μόλυνση.

Για τις περσσότερες μόλυνσεις των μετεγχειρητικών τραυμάτων ενοχοποιείται ο σταφυλόκοκκος. Άλλοι μικροοργανισμοί που μπορούν να κάνουν μόλυνση είναι το κολοβακτηρίδιο, το βακτηρίδιο του κυανού κύου, ο στρεπτόκοκκος κ.α.

Σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος καίξει η διατήρηση ασηψίας κατά τις αλλαγές του και η καθαριότητα του περιβάλλοντος. Τα συμπτώματα παρουσιάζονται μετά την έναρξη της φλεγμονής από 36-48 ώρες. Αυτά είναι κόνος, ερυθρότητα, οίδημα, θερμότητα πυώδης εκροή. Η συχνότητα των σφύξεων αυξάνει και η θερμοκρασία ανεβαίνει.

Θεραπευτικά γίνεται διάνοιξη και παροχέτευση του τραύματος με ελαστικό σωλήνα ή γάζα. Χορηγείται ειδική αντιβίωση και μπορεί επίσης να χορηγηθούν θερμά εκιθέματα.

2. Ρήξη τραύματος

Αυτή συμβαίνει σε άτομα συνήθως καχύσαρκα, σε υπερήλικες και σε άτομα που έχουν βλαιους εμέτους ή έντονο βήχα, τα οποία αυξάνουν την τάση των κοιλιακών τοιχωμάτων.

Ο ασθενής προφυλάσσεται από τη ρήξη του τραύματος με τα μέτρα που ακολουθούν:

- Υποστηρίζεται το τραύμα με τοποθέτηση χειρουργικής ζώνης.
- Καταστέλλεται ο έμετος και ο βήχας.
- Διδάσκεται ο ασθενής να συγκρατεί με τις δύο καλάμες του το τραύμα, όταν βήχει.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

1. Shock.

Αποτελεί μια από τις πιο σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές. Παλαιότερα ήταν η κύρια αιτία μετεγχειρητικών θανάτων.

Το Shock μπορεί να οριστεί ως η δυσαναλογία μεταξύ χωρητικότητας του κυκλοφορικού συστήματος και όγκου του κυκλοφορούμενου αίματος. Η δυσαναλογία αυτή έχει ως αποτέλεσμα την κυκλοφορική κατάπτωση.

Εκδηλώνεται με μικρό, συχνό και μόλις αισθητό σφυγμό, αναπνοή επιπόλαιη και ανώμαλη, βλέμμα απλανές και αδιάφορο, πτώση της θερμοκρασίας και της Α.Π., δέρμα και βλενογόνους ωχρούς, άκρα ψυχρά, ψυχρούς ιδρώτες.

Το Shock ανάλογα με την αιτιολογία του διαιρείται σε:

1. Ολιγαιμικό shock.

Οφείλεται σε μείωση του όγκου του κυκλοφορούμενου αίματος. Προκαλείται από απώλεια αίματος, πλάσματος, νερού.

Η βαρύτητα του Ολιγαιμικού shock εξαρτάται από τον όγκο του υγρού που χάνεται και από την ταχύτητα απώλειάς του.

2. Καρδιογενές shock.

Οφείλεται σε μείωση της απόδοσης της καρδιάς ως αντλίας. Παρουσιάζεται σε έμφραγμα του μυοκαρδίου, αρρυθμίες, πνευμονική εμβολή κ.α.

3. Σηπτικό shock

Οφείλεται σε τοξίνες μικροβίων ,οι οποίες επιδρούν στο τοίχωμα των τριχοειδών του οσίου αυξάνουν τη διαβατότητα.

4. Αναφυλακτικό shock.

Συμβαίνει κατά τη χορήγηση φαρμάκων ή άλλων ουσιών, μετά ρήξη εχινοκόκκου κύστης στην υπεζωκοτική ή περιτοναϊκή κοιλότητα.

5. Νευρογενές shock.

Οφείλεται στην απότομη ελάττωση του τόνου του αγγειακού συστήματος και στην περιφερική λίμναση του αίματος.

Τα μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση του shock είναι:

1. Τοποθέτηση του αρρώστου σε αντίρροπη θέση για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου.
2. Θέρμανση του αρρώστου με προσθήκη ελαφρών κουβερτών και θερμοφόρων.
3. Περιορισμός των κινήσεων του ασθενούς στο ελάχιστο.
4. Καρδιοτόνωση και χορήγηση Β.Φ.αίματος.ορού ή πλάσματος μετά από εντολή ιατρού.

Η προφύλαξη του αρρώστου από μετεγχειρητικό shock συνίσταται στη προσπάθεια (1) να αποβάλλει γρήγορα το ναρκωτικό, (2) στην ανακούφισή του από τον πόνο, (3)στην αύξηση του όγκου του αίματος, (4) στην χορήγηση άφθονων υγρών μετεγχειρητικά(5) στον έλεγχο της καλής λειτουργίας του κυκλοφοριακού συστήματος και (6) στην τόνωση του ηθικού του αρρώστου.

2. Αιμορραγίες.

Αυτές διαιρούνται σε εξωτερικές και εσωτερικές. Παράγοντες που συντελούν σ' αυτή την επικλοκή είναι:

- Η μη ικανοποιητική απολίπωση των τριχοειδών αγγείων.
- Η μόλυνση του τραύματος.
- Οι βίαιες και απότομες κινήσεις του ασθενούς.
- Η μη καλή πήκτικότητα του αίματος κ.α.

Τα συμπτώματα της αιμορραγίας είναι: Βυκίεστος, γρήγορος και νηματοειδής σφυγμός, κρόσωπο και άκρα ψυχρά, ωχρότητα δέρματος, πτώση της θερμοκρασίας και Α.Π, επίδρωση, ανακνοή βραδεία και ασθαινουσα, ανησυχία και εμφάνιση αίματος σε εξωτερική αιμορραγία.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- Τοποθέτηση αρρώστου σε θέση shock.
- Χορήγηση μορφίνης για να ηρεμήσει ο άρρωστος.
- Τοποθέτηση του αιμορραγούντος σημείου σε ανάρροτη θέση, κάλυψη με γάλα και πιεστική επίδεση.
- Μετάγγιση αίματος.
- Αν δεν υπάρχει διαθέσιμο αίμα, δίνεται πλάσμα ή υποκατάστατά του.

3. Θρομβοφλεβίτιδες.

Η πιο συχνή θρόμβωση είναι του μηριαίου αγγείου. Σχηματίζεται θρόμβος που εγκαθίσταται σε κάποιο από τα αγγεία που βρισκονται "εν τω βάθει" ή "επιπολής". Εμφανίζεται κυρίως μετά από εγχείρηση μικρής πυέλου.

Τα συμπτώματα είναι κυρετός, οίδημα και πόνος στην περιοχή του αποφραχθέντος αγγείου.

Η πρόληψη συνίσταται σε:

- Αποφυγή πιέσεως πάνω στην κνήμη.
- Βγκαίρο σήκωμα από το κρεβάτι.
- Ασκήσεις κάτω άκρων για επιβοήθηση της κυκλοφορίας.
- Αποφυγή εντριβών των άκρων.

Η θεραπεία συνίσταται σε:

- Απόλυτη ακινησία του άκρου για να μη μετακινήθει ο θρόμβος
- Τοποθέτηση του άκρου σε ανάρροπη θέση, για καλύτερη κυκλοφορία.
- Τοποθέτηση στεφάνης που θα σηκώνει το βάρος των κλινοσκεπασμάτων.
- Τοποθέτηση θερμών, υγρών επιθεμάτων κατόπιν ιατρικής εντολής.
- Βναρξή αντιπηκτικής αγωγής μετά από ιατρική εντολή.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

1. Πνευμονία, ατελεκτασία.

Αυτές οφείλονται στο μηχανικό αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα του ασθενούς από τις βλεννώδεις εκκρίσεις κατά την νάρκωση και απονάρκωσή του.

Μετεγχειρητικοί παράγοντες που τις προκαλούν είναι: αφυδάτωση αναπνευστική καταστολή εξαιτίας απρόσεκτης χρήσης ναρκωτικού, εισρόφηση εμεσμάτων, αίματος κ.λ.κ.

Σαν πρόληψη αναφέρεται η ταχεία απονάρκωση του ασθενούς, η τοποθέτησή του σε ζεστό κρεβάτι, η συχνή αλλαγή της θέσεώς του για την αποφυγή πνευμονικής στάσεως του αίματος, η ενθάρρυνση του ασθενούς να παίρνει βαθειές αναπνοές, να βήχει και τέλος η περιποίηση του στόματος και η αντισηψία ρινοφάρυγγα.

2. Πνευμονική εμβολή.

Εμβολο είναι ένα ξένο σώμα μέσα στο ρεύμα του αίματος. Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι θρόμβος αίματος που αποστάθηκε από το σημείο που πρωτοδημιουργήθηκε. Ο θρόμβος φτάνει στην καρδιά από την περιφέρεια, προωθείται από το αίμα μέσα στην πνευμονική αρτηρία της οποίας φράσει κάποιο κλάδο.

Χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι απροσδόκητος και έντονος κόπνος στο θώρακα, δυσκολία στην αναπνοή και άγχος.

Παράγοντες που βοηθούν στην πρόληψη είναι: καθιστή θέση του αρρώστου στο κρεβάτι, αναπνευστικές κινήσεις των κάτω άκρων, έγερση του ασθενούς από το κρεβάτι και αποφυγή στενής επιδέσεως του στήθους ή της κοιλιάς για να μην περιορίζονται οι κινήσεις των θωρακικών μυών και του διαφράγματος.

3. Ασφυξία.

Κατ'αυτήν ο ασθενής εμφανίζει δυσκολία στην αναπνοή. Μπορεί να προκληθεί από εισρόφηση εμεσμάτων ή από την επίδραση του ναρκωτικού στο κέντρο της αναπνοής.

Συνήθως εκδηλώνεται με κυάνωση που φανερώνει την έλλειψη O₂. Για την πρόληψη του ασθενούς από αυτή την επικλοκή ο νοσηλευτής-τρια παίρνει τα εξής μέτρα:

- Τοποθετεί το κεφάλι του αρρώστου σε πλάγια θέση.
- Καθαρίζει το στόμα του αρρώστου με port cotton.
- Συνιστά στον ασθενή να παίρνει βαθειές αναπνοές για τη γρήγορη απονάρκωσή του.
- Χορηγεί στον ασθενή O₂ σε εμφάνιση δυσπνοιικών φαινομένων.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

1. Παρωτίτιδα.

Εμφανίζεται 3-4 ημέρες μετά την εγχείρηση. Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι:

- Αφυδάτωση.
- Βλλειψη καθαριότητας στοματικής κοιλότητας.
- Μείωση μασητικών κινήσεων, λόγω υγρής ή πολτώδους διαίτας κ.α.

Τα συμπτώματα είναι πόνος, οίδημα, κυρετός.

Σαν πρόληψη αναφέρεται η κατακολέμηση των παραγόντων που την προκαλούν.

2. Διάταση του στομάχου.

Εμφανίζεται μετά από εγχειρήσεις οργάνων της κοιλιάς.

Αίτια που την προκαλούν είναι:

- Μείωση ανάγκης φυσιολογικής λειτουργικότητας του στομάχου, λόγω υγρής διατροφής του ασθενούς.
- Υποτονία μυών στομάχου, λόγω εκιδράσεως του ναρκωτικού.
- Μείωση της κινητικότητας του ασθενούς λόγω της επέμβασης.
- Βλλικής προεγχειρητική καθαριότητα του εντερικού σωλήνα.

Τα συμπτώματα είναι μετεωρισμός κοιλιάς, δυσφορία και βάρος στο επιγάστριο, λόξυγκας, δύσπνοια, έμετοι αραιοί χρώματος σκοτεινού με δυσάρεστη, όχι όμως κοκτανώδη οσμή.

Η θεραπεία είναι η τοποθέτηση από τον ιατρό σωλήνα Levin μέσα στο στομάχι.

3. Παραλυτικός ειλεός.

Είναι η παρατεταμένη διάταση του εντέρου και του στομάχου, ένεκα συγκεντρώσεως σ' αυτά υγρών και αερίων.

Τα συμπτώματα είναι οξύς πόνος στην κοιλιά, ο άρρωστος παρουσιάζει κυρετό και αύξηση της συχνότητας των σφύξεων. Παρουσιάζονται δύσοσμοι έμετοι λόγω της καλινδρόμησης του περιεχομένου του εντέρου στο στομάχι και αποβολή του με έμετο.

Στην περίπτωση αυτή συνίσταται η διασωλήνωση του εντέρου με το σωλήνα Miller-Abbot ο οποίος συνδέεται με συνεχή αναρρόφηση.

ΒΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ

1. Οξέωση ή κέτωση.

Είναι επικλοκή που εμφανίζεται σε άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη ή έχουν ακατάσχετους εμέτους ή δεν τρέφονται για σειρά ημερών. Σαν συνέπεια των παραπάνω παραγόντων εμφανίζεται αύξηση του μεταβολισμού του λίπους και ελάττωση της αλκαλικής παρακαταθήκης, ένεκα αυξήσεως παραγομένων κετονικών σωματίων.

Τα συμπτώματα είναι: ναυτία, έμετοι, αφυδάτωση, αίσθημα δίψας, ανορεξία, δύσπνοια, αδυναμία, κατάβολή δυνάμεων, δυσάρεστη ανακνοή.

Η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση σακχαρούχων ορών.

ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η μέρα αποχώρησης του αρρώστου από το Νοσοκομείο δεν πρέπει να φτάνει χωρίς προετοιμασία και προειδοποίησή του. Κατά την αποχώρησή του από το Νοσοκομείο ο ασθενής μπορεί να έχει θεραπευτεί τελείως και να επανέλθει έτσι στον προηγούμενο ρυθμό και τρόπο ζωής. Είναι όμως δυνατόν η έξοδος του ασθενούς από το Νοσοκομείο μα μην είναι επακόλουθο θεραπείας, αλλά να χρειάζεται συνέχιση ή συμπλήρωση της θεραπείας για να επανέλθει όσο γίνεται πιο καλά στον τρόπο ζωής του.

Ο χρόνος προετοιμασία του ασθενούς για την εξοδό του ποικίλλει. Αυτό συμβαίνει γιατί ο άρρωστος με καρκίνο έχει ιδιαίτερη ψυχολογία να επιστρέψει στην κοινωνία. Σε ασθενή με καρκίνο του προστάτη είναι αυξημένο το ψυχολογικό βάρος διότι λόγω της εγχείρησής του, γεννάται μέσα του ένα μεγάλο ερώτημα. Θα μπορέσει μετά την επέμβαση να συνεχίσει την σεξουαλική του ζωή; Εδώ σπουδαίο ρόλο θα παίξει ο νοσηλευτής-τρια, η οποία θα διαφωτίσει και θα διδάξει στον άρρωστο θέματα νοσηλευτικά καθώς και ψυχολογικές συμβουλές.

Ο ασθενής με καρκίνο του προστάτη λόγω της χειρουργικής επέμβασης και της χημειοθεραπείας που υποβλήθηκε, είναι ανίκανος να επιστρέψει στην εργασία του και στις δραστηριότητές του. Την λύση θα τη δώσει η κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου, η οποία τον βοηθά στην εξεύρεση άλλης εργασίας και την προσαρμογή του στις νέες καταστάσεις.

Κατά την εξοδό του από το Νοσοκομείο ο ασθενής νιώθει χαρά, ικανοποίηση και ευγνωμοσύνη. Παράλληλα όμως νιώθει και αγωνία για την αποκατάσταση της υγείας του. Γι' αυτό ο νοση-

Στις 18/3 ο ασθενής χειρουργήθηκε. Το είδος της επέμβασης που χρησιμοποιήθηκε είναι η διουρηθρική προστατεκτομή TUR

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, στον ασθενή χορηγήθηκε ορός DEXTROSE 5% 1000cc από τις 18-19/3 και NORMAL SALINE 0,9% 1000c από τις 17-19/3. Επίσης φάρμακα όπως FL. ZINACBF 750mg 1X3, AMP.PRIMPERAN, AMP. PETHIDINE επί τόνου και AMP. APOTEL επί κυρετού.

ΘΩΣΑΝΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΤΟΙΟΣ ΘΩΣΑΝΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΧΘΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΦΑΤΙΣΜΟΣ ΘΩΣΑΝΤΙΚΟΥ ΚΩΔΕΞΙΟΥ	ΣΥΛΛΟΓΗ ΘΩΣΑΝΤΙΚΟΥ ΚΩΔΕΞΙΟΥ	ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΙΟΤΡΑΧΗΣΙΑΣ
Πηξισματικό τεύλο (1)	Αέρας ελεύθερον μολύνσων	Καθερίσθητε τριτοίς ετο- τριώσθ, αντισήθη	Καθερίσθητε τριτοίς ετο- τριώσθ, αντισήθη	Ελάττωθη η τοτική περιόσθ από την κωσθώνη κωσθασώσθη.
ε/ε θόρμος και ε/ε Η.Ο.Χ. (2)	Προστοιμέσθη του σθενή για την καλή σσεικόνισθ των συστήματων του στίς εκτινοτρήσθς.	- Ζητήσθη του σθενή - Κένωσθ του εντέρου για τη Η.Ο.Χ. - Ζωήσθη γέλωτος Ζητήσθησθς	- Ζητήσθη του σθενή και του όσθησθ να τίετ το γέλω Ζητήσθησθς	Οι εϊστέσθς έτινεν σθρίς τρώσθησθ και τοποστέθησθν στο φέκλω του σθενοσθς.
Αυτίε (3)	Ψερος και ξεκούσθησθς άνωσθ.	Κατέλληθη φαρμακευτική σθηγή κατότιν ιατρικήσθς εντολός.	Ζωητήσθησθ στον έρρωσθο τωδ τανωσθ του ίμω.	Ο έρρωσθοσ κοϊρήθησθ
Τελική προσσεισθη- τική φροντίε. (4)	Ποισμέσθη του σθενή για την εϊσθησθί του στο σσειρρωσθίε.	- Ζητήσθησθ του σθενή - Βίωδοσ των εϊσθησθίτων στο το θέλωσθ. - Βιόσθησθ του σθενή με την εϊδίκη ρόρη. - Αρρήσθησθ τεχνίτων οδοντο- στοισειών και ζητήσθησθν στοισειών και ζητήσθησθν στοισειών - Βοήθησθ στην τοποστέθησθ του στο φερίε.	Η εϊσθησθίε του σθενή για το σσειρρωσθίε έτινεν σθρίς ιδιέιτερε τρώσθησθησθ.	Ο σθενήσθς κατέθησθ στο σσειρρωσθίε σθησθ τώσθησθ προστοιμέσθησθς.
Ίνωσθ στην περιόσθ του τρώσθησθς. (5)	Ανεκώσθησθ από τον τόνο.	Κατέλληθη φαρμακευτική σθηγή.	Ήτινεν στον σθενή με αρρ Ροτδί- εϊνε ΙΗ με ιατρική εντολή.	Ο έρρωσθοσ όεν τωνοόσε μετέ την ένεσθ.

ΠΟΣΒΑΡΤΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΤΟΧΟΣ ΠΟΣΒΑΡΤΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΕΥΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΦΗΤΙΚΟΣ ΠΟΣΒΑΡΤΤΙΚΟΣ ΣΚΗΡΥΣΜΟΣ	ΕΥΑΡΧΟΝΤΕΣ ΠΟΣΒΑΡΤΤΙΚΟΝ ΣΚΗΡΥΣΜΑΤΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΕΣ ΑΠΟΤΡΑΞΙΜΑΤΩΝ
Πυρετός (6)	<ul style="list-style-type: none"> - Αποφυγή εισρόφησης του περιεχομένου του εμφύου από τον ασθενή. - Διατήρηση καθής της στοματικής κοιλότητας. - Θερμασία του εισθήμετου της νευτίας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Γάργαρο του κεφαλιού στο γάλα - Καθαρμός του στόματος με τσντ-ποτόν - Φαρμακευτική αγωγή. 	<p>Εξδοκιμήσθ ο γιανρός και σίστησε ι απρ Ρτ-ισροσαν στον ορό.</p>	<p>Το είσθημε της νευτίας κατεστέλλασι.</p>
Πυρετός (7)	<p>Ελλάττωση του πυρετού</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Σορήτση υγρόν από το στόμα εάν επιτρέπεται. - Τοσοδότηση υγρόν κοπρεσόν στο βήτυο - Ιατάλλαγη φαρμακευτική αγωγή. 	<p>Περέ τη συντηρητική αγωγή ο πυρετός δεν έτεσε και γι' αυτό έγινε ι απρ Αποτολ ΙΗ με Ιατρική εντολή</p>	<p>Ο πυρετός υποσάρησε στο 37,4 οC.</p>

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Μέσα από την εργασία έγινε κατανοητό πόσο σπουδαίο ρόλο παίζει η συμπεριφορά του νοσηλευτή-τριας στην αντιμετώπιση του καρκίνου. Ο νοσηλευτής-τρια κάθε στιγμή καλείται να αντιμετωπίσει τα ποικίλλα προβλήματα και ανάγκες του αρρώστου που παρουσιάζονται και σχετίζονται άμεσα με την αρρώστια του.

Όπως είναι φυσικό η εμφάνιση του καρκίνου προδιαγράφει σοβαρές συνέπειες τόσο στο ψυχοσυναισθηματικό επίπεδο του ατόμου και της οικογένειάς του όσο και στο ψυχοκοινωνικό.

Βασικό σκοπό για κάθε νοσηλευτή-τρια πρέπει να αποτελεί η πρόληψη και θεραπεία της νόσου. Πρέπει να πιστεύει ότι μπορεί να κερδίσει τη ζωή και να μην βλέπει το θάνατο σαν κάτι το ανατόφευκτο. Μόνο με τη συνύπαρξη αυτών των δύο θα μπορούσαμε να αισιοδοξούμε για καλύτερο μέλλον.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Κ. Μαθήματα Ουρολογίας", εκδόσεις "ΠΑΛΜΟΣ", ΑΘΗΝΑ 1981
- HARRISON T.R. "Εσωτερική Παθολογία", Τόμος Α', έκδοση 10η, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγορίου Κ. Παρισιανού, Αθήνα 1988.
- ΚΑΛΛΗΣ Γ.Β.: "Εγχειρίδιο Ουρολογίας", έκδοση 2η, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγορίου Κ. Παρισιανού, Αθήνα 1993.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α., ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.: " Γενική Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική", Τόμος Α' έκδοση 9η, έκδοση Ιερακοστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1986.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α., ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.: "Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική", Τόμος Β', Μέρος 2ο, Εκδοση 14η, έκδοση "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1991.
- ΜΠΑΡΜΠΑΛΙΑΣ Γ.: "Στοιχεία Ουρολογίας", Εκδοση 1η, Ιατρικές εκδόσεις Αίτσας, Αθήνα 1987.
- ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Η.Σ.: "Νοσολογία του γεννητικού συστήματος του αρρενος", Τόμος Α', Εκδοση 7η, Εκδόσεις Ιπποκράτη Χαμόκουλου, Αθήνα 1977.
- ΠΑΓΚΑΛΗΣ Α.: "Εγχειρίδιο φυσιολογίας", Ιατρικές εκδόσεις Αίτσας Αθήνα 1992.
- ΠΙΣΙΔΗΣ Α.: " Ανοτομική, βασικές γνώσεις", εκδόσεις ΛΥΧΝΟΣ, Αθήνα 1992.
- ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α., ΠΑΝΟΥ Μ.: " Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες", Τόμος 1ος, Β' Επανέκδοση, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1988.
- ΧΑΛΙΑΣΟΣ Δ.Α.: "Ογκοι του γεννητικού συστήματος", " Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης", Αθήνα 1980.