

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πτυχιακή Εργασία

«Νοσηλευτική Προσέγγιση Ατόμων
με Καρκίνο Τραχήλου Μητρας»

Σπουδάστρια
Σιάσου Ελένη

Εισηγήτρια
κ. Μπατζολάκη Μαρία

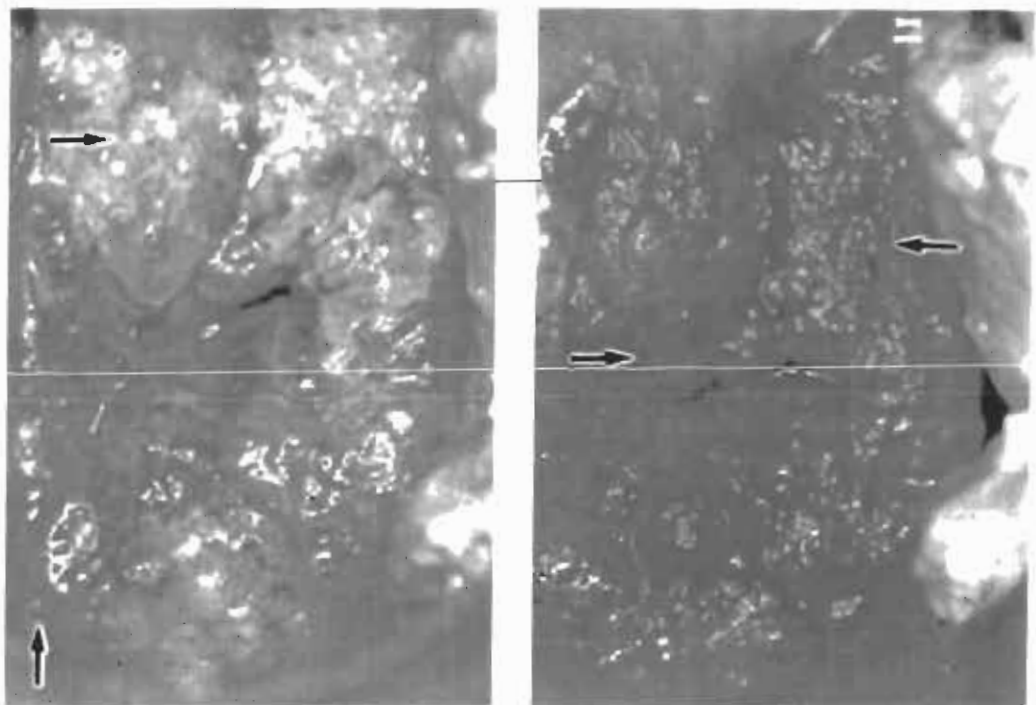
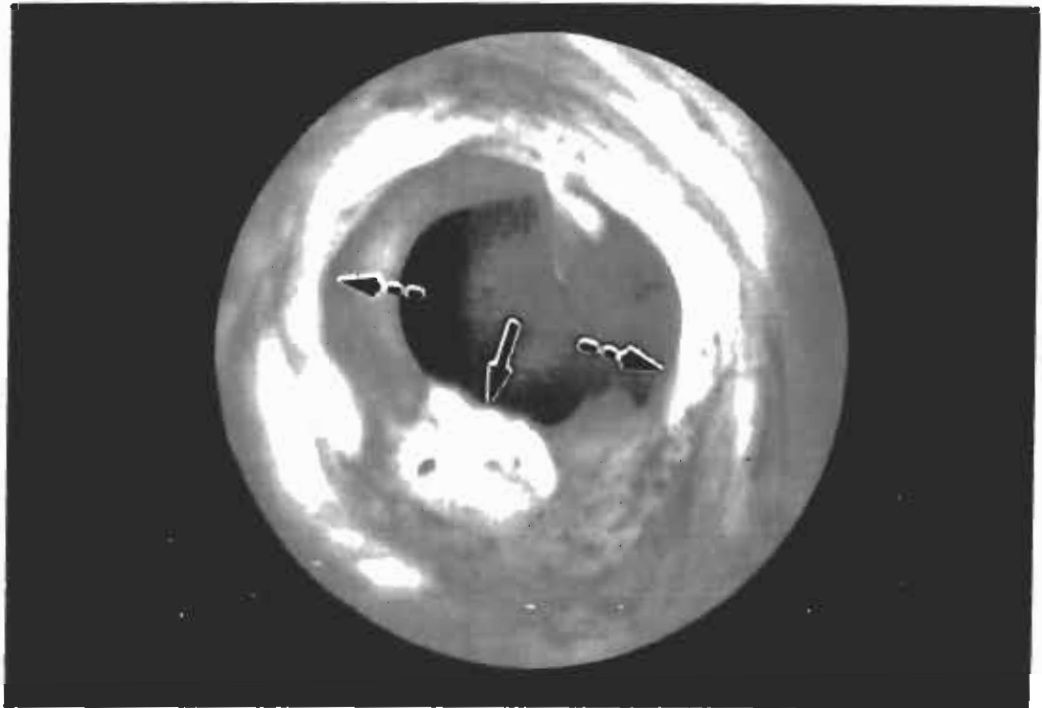


ΠΑΤΡΑ 1999

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

2820

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ



Αφιερώνεται
στην οικογένειά μου και
σ' όλα τα άτομα που
ασκούν το δύσκολο
έργο της νοσηλευτικής

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Επιστήμη αλλά και τέχνη, θεωρία αλλά και πράξη η Νοσηλευτική είναι αφιερωμένη στην υπηρεσία του ανθρώπου καθώς του παρέχει φροντίδα κατά τη διάρκεια της ασθένειάς του.

Η φροντίδα ασθενούς με καρκίνο είναι ένα από τα σπουδαιότερα καθήκοντα των ατόμων εκείνων που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα. Είναι ένα καθήκον που δημιουργεί άπειρες ευθύνες και υποχρεώσεις και επιστρατεύει όλες τις ψυχικές αρετές, ανθρωπιά, επιμονή και επιμονή των νοσηλευτών, ώστε να ανταποκριθούν με συνέπεια σε ένα τόσο δύσκολο έργο.

Στόχος της εργασίας αυτής είναι να εισάγει τον μελετητή στην φιλοσοφία και στην παροχή της εξατομικευμένης και ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενή με καρκίνο τραχήλου μήτρας, προσφέροντας όλα τα βασικά στοιχεία που θα τον βοηθήσουν στην κατανόηση του θέματος.

Η εργασία χωρίζεται σε δύο μεγάλα μέρη. Στο πρώτο μέρος, αναφέρονται κάποια γενικά στοιχεία για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, όπως η ανατομία και η φυσιολογία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας, στοιχεία παθολογοανατομίας του καρκίνου, στοιχεία προδιάθεσης και αιτιολογίας αυτού. Στη συνέχεια δίνεται έμφαση στη διάγνωση του καρκίνου τραχήλου της μήτρας, στην κλινική σταδιοποίηση του, καθώς και στην αντιμετώπισή του.

Το δεύτερο μέρος, αναφέρεται στο ρόλο της νοσηλευτικής παρέμβασης κατά το διαγνωστικό έλεγχο, κατά τη θεραπεία (ακτινοθεραπεία - χημειοθεραπεία - χειρουργική επέμβαση), αλλά και μετά από αυτή. Γίνεται λόγος για την αντιμετώπιση των αρνητικών συναισθημάτων της καρκινο-

παθούς, για την ψυχολογική, αλλά και κοινωνική προσφορά των νοσηλευτών στην ασθενή στο σπίτι.

Επιπλέον, τονίζεται ο τρόπος με τον οποίο πρέπει να σχεδιάζεται, να διαμορφώνεται και να εφαρμόζεται η νοσηλευτική φροντίδα, ώστε να είναι αυτή όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη.

Τελειώνοντας, θα ήθελα με τη σειρά μου να ευχαριστήσω όλους εκείνους που βοήθησαν στην συγγραφή αυτής της εργασίας. Την κ. Σισμανίδου Σοφία, προϊσταμένη του Ογκολογικού τμήματος του Π.Π.Γ.Ν.Π., τον ιατρό Σιάσο Ν., τη βιολόγο Κακαγιάννη Δ. και τέλος την εισηγήτρια της πτυχιακής Μπατζολάκη Μ., καθηγήτρια νοσηλευτικής σχολής στα ΤΕΙ των Πατρών.

Πάτρα 1999

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Νοσηλευτική Προσέγγιση Ατόμων με Καρκίνο Τραχήλου Μήτρας»

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο</u>	
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	6
1.1. ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ	6
1.2. ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ	8
1.3. ΑΛΛΑ ΟΡΓΑΝΑ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	12
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο</u>	
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	20
2.1. ΤΟ ΟΡΜΟΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	20
2.2. ΩΟΘΗΚΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ ΚΑΙ Η ΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ	20
2.3. ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΣ ΚΥΚΛΟΣ - ΕΜΜΗΝΟΡΡΥΣΙΑ	21
2.4. ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ	23
2.5. ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ	24
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο</u>	
3.1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	29
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο</u>	
4.1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	32
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο</u>	
5.1. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	34
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο</u>	
6.1. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	36
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο</u>	
7.1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	38
7.1α. Φυσική Εξέταση	38
7.1β. Επισκόπηση - Ψηλάφηση	38
7.2. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ	39
7.3. ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ	40
7.4. ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ	41
7.5. ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗ	43

7.6. ΤΡΑΧΗΛΟΓΡΑΦΙΑ	45
7.7. ΚΟΛΠΟΜΙΚΡΟΣΚΟΠΗΣΗ	47
7.8. ΒΙΟΨΙΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	47
7.9. ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ	47
7.10. ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο	
8.1. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο	
9.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10ο	
10.1. ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ Ca ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11ο	
11.1. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ	63
11.2. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	64
11.3. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	68
11.4. ΡΑΔΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	69
11.5. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	70
11.6. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	76
11.6α. Χειρουργικές Μέθοδοι	77
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12ο	
12.1. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	85
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13ο	
13.1. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ	87
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14ο	
14.1. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	92
14.2. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΣΤΑ ΖΩΑ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	92
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15ο	
15.1. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ ΚΟΛΟΒΩΜΑΤΟΣ	93
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16ο	
16.1. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	94
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 17ο	
17.1. ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ	96
17.1α. Ψυχολογικά Προβλήματα του Αρρώστου με Καρκίνο Τραχήλου Μήτρας	96

<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 18ο</u>	
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	100
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 19ο</u>	
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	111
19.1. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΗΣ	111
19.2. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΗΣ	123
19.3. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	129
19.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ	131
19.5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	135
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 20ο</u>	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	150
20.11. ΜΕΤΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΡΡΩΣΤΟΥ)	163
20.11α. Μέτρα Ασφαλείας για τον Άρρωστο - Εκπαίδευση του Αρρώστου από τη/τον Νοσηλεύτρια (-τή)	164
20.11β. Φάση Προετοιμασίας	165
20.11γ. Ενδοφλέβια Χορήγηση των Φαρμάκων	166
20.12. ΜΕΤΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	168
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 21ο</u>	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	172
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 22ο</u>	
22.1. Η ΑΛΗΘΕΙΑ ΣΤΗΝ ΑΡΡΩΣΤΗ ΑΠΟ ΤΗ ΣΚΟΠΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ	183
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 23ο</u>	
23.1. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ	188
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 24ο</u>	
24.1 ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ	192
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 25ο</u>	
25.1 Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	196
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 26ο</u>	
ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ	201
26.1. ΟΜΑΔΕΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ	201

26.2. ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ	202
26.3. ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑ	203
26.4. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ	204
26.5. ΑΝΑΚΤΗΣΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ	205
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 27^ο	
<hr/>	
27.1 Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	207
ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	
ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΔΥΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΤΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ	
Ιστορικό 1 ^{ης} ασθενούς	210
Πίνακες	212
Ιστορικό 2 ^{ης} ασθενούς	215
Πίνακες	225
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	228
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	244
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	246
	249

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος είναι η ασθένεια που ακόμη και σήμερα, εποχή της ραγδαίας και αλματώδους ανάπτυξης της επιστήμης και της τεχνολογίας, εξακολουθεί να φοβίζει πολύ κόσμο, να θεωρείται σαν ανίατη ασθένεια και σαν ένα στίγμα από τα μεγαλύτερα στο χώρο της ιατρικής.

Η λέξη καρκίνος σημαίνει «κάβουρας». Ίσως αυτό το όνομα δόθηκε διότι ο καρκίνος μοιάζει να εκτείνεται όπως οι δαγκάνες ενός κάβουρα και να απλώνεται μέσα στο σώμα. Ο καρκίνος αποτελείται από μια ομάδα κυττάρων που διαφέρουν από τα κανονικά κύτταρα του σώματος στο ότι, αντί να αναπτύσσονται κανονικά μ' έναν ελεγχόμενο τρόπο για να σχηματίσουν υγιείς ιστούς, φαίνεται να βρίσκονται έξω από κάθε έλεγχο και εξαπλώνονται γρήγορα μέσα στο σώμα, είτε με το αίμα ή κατευθείαν μέσα από τους ιστούς, σκοτώνοντας τα φυσιολογικά κύτταρα όσο αναπτύσσονται.

Η βιολογική συμπεριφορά των περισσότερων καρκίνων αλλάζει με τη χημειοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία ή ορισμένους ορμονικούς χειρισμούς, ιδιαίτερα όταν η αντιμετώπιση γίνει έγκαιρα.

Η ακριβής αιτιολογία τους παραμένει ακαθόριστη. Γενικά, είναι παραδεκτό, ότι διάφορες χημικές ουσίες, ακτινοβολίες και ιοί μπορούν να δημιουργήσουν όγκους. Αυτές οι τρεις κατηγορίες ογκογόνων παραγόντων έχουν αναγνωρισθεί ως αιτίες του καρκίνου, αλλά δυστυχώς για τον τρόπο δράσης τους, λίγα είναι γνωστά.

Σήμερα οι επιστήμονες παραδέχονται ότι ο καρκίνος ξεκινά από μικρές ομάδες κυττάρων που έχουν ξεφύγει από τους φυσιολογικούς μηχανισμούς του οργανισμού στον οποίο ανήκουν. Με την πρόοδο που σημειώνεται στην τελειοποίηση των διαφόρων βιοχημικών και τεχνικών οργάνων (κυτταροκαλλιέργειες, ηλεκτρονικά μικροσκόπια, φασματογράφοι, κ.ά.) είναι δυνατόν να μελετηθεί η αλληλεπίδραση κυττάρων και καρκινογόνων

παραγόντων στο αρχικό στάδιο και να αρχίσει έτσι η διαλεύκανση των πολύπλοκων μηχανισμών της καρκινογένεσης.

Ο γυναικείος πληθυσμός πολύ συχνά προσβάλλεται από διάφορες μορφές καρκίνου, συνήθως μαστού και γεννητικών οργάνων. Μια από τις πιο συνηθισμένες μορφές καρκίνου είναι της μήτρας και πιο συγκεκριμένα του τραχήλου ο οποίος εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό από τα άλλα μέρη της. Αντίθετα από τους πολύποδες που βλαστάνουν από τον τραχηλικό σωλήνα ή την εσωτερική επιφάνεια του τραχήλου, ο καρκίνος αφορά όλη την εξωτερική επιφάνεια του τραχήλου και επομένως είναι προσιτός στη διάγνωση κατά τη συνηθισμένη κολπική εξέταση.

Δυστυχώς όμως ένας μεγάλος αριθμός γυναικών που πάσχει από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, είτε από φόβο, είτε διότι αγνοούν τα πλεονεκτήματα της ετήσιας γυναικολογικής εξέτασης, δεν διαγιγνώσκονται εγκαίρως. Το μέγεθος αυτής της τραγωδίας φαίνεται ολοκάθαρα από το γεγονός ότι περίπου 10.000 γυναίκες πεθαίνουν κάθε χρόνο στις ΗΠΑ από προχωρημένο καρκίνο του τραχήλου.

Τελειώνοντας, αξιοσημείωτο είναι ότι η προσφορά των υπηρεσιών στον άνθρωπο που έχει καρκίνο είναι σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα αλλά και σπουδαιότερα καθήκοντα που δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας είναι εκείνο το σύστημα του οργανισμού της, που της εξασφαλίζει την αναπαραγωγή και τη διαίωνιση του είδους. Η φύση, άγνωστο για ποιο λόγο, έταξε η αποστολή του να είναι περιορισμένη. Να μπορεί να πραγματοποιηθεί από την ήβη ως την εμμηνόπαυση και για λίγες ημέρες, εκείνες, που εξασφαλίζουν τις προϋποθέσεις της συνάντησης ωαρίου και σπερματοζωαρίου.

Τα όργανα, που αποτελούν το γεννητικό σύστημα της γυναίκας, τα διακρίνουμε σε *εξωτερικά* και *εσωτερικά*. Όριο ανάμεσά τους είναι ο παρθενικός υμένας.

1.1. ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας αποτελούν το αιδοίο.

Το αιδοίο αποτελείται από το εφήβαιο ή όρος της Αφροδίτης, τα μεγάλα και τα μικρά χείλη, την κλειτορίδα, τον πρόδομο του κόλπου, τους βολβούς του προδόμου, τους βαρθολίνειους αδένες, τον παρθενικό υμένα, το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και τους παραουρηθρικούς αδένες¹.

1.1α. Εφήβαιο και Μεγάλα Χείλη

Το εφήβαιο είναι ένα έπαρμα λιπώδους ιστού που βρίσκεται πάνω από την ηβική σύμφυση και καλύπτεται με δέρμα που εμφανίζει τρίχωση. Τα χείλη αποτελούν πτυχές του δέρματος και του λίπους οι οποίες αρχίζουν από το εφήβαιο και καταλήγουν στο περίνεο.

1.1β. Κλειτορίδα και Μικρά Χείλη

Η κλειτορίδα αντιστοιχεί στο πέος και σχηματίζεται με τον ίδιο τρόπο, από δύο σηραγγώδη σώματα και μια βάλανο με σπογγώδη στυτικό ιστό του οποίου η αιμάτωση είναι πλούσια και γίνεται από την αρτηρία της κλειτορίδας. Η νεύρωση της κλειτορίδας είναι άφθονη. Τα μικρά χείλη είναι δύο δερματικές πτυχές, που περικλείουν την ουρήθρα και την είσοδο του κόλπου.

Ο *πρόδρομος* του κόλπου είναι η περιοχή που βρίσκεται ανάμεσα στα μικρά χείλη. Σ' αυτόν εκβάλλουν η ουρήθρα, το στόμιο του κόλπου και οι πόροι των βαρθολινείων αδένων.

Παρθενικός υμένας. Ο υμένας είναι μια λεπτή πτυχή ιστού που καλύπτεται με πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο και φέρει μια μικρή οπή (μερικές φορές πολλές) για τη δίοδο του αίματος της εμμήνου ρύσεως.

Ο υμένας σχίζεται κατά τη συνουσία και εξαφανίζεται κατά τον τοκετό. Μικρές αποφύσεις δέρματος παραμένουν και ονομάζονται μύρτα. Η παρουσία του υμένα δεν αποτελεί ιατροδικαστική απόδειξη ότι η γυναίκα είναι παρθένα ή έχει γεννήσει².

1.1γ. Βολβοί του Προδόμου

Αυτοί είναι δύο σχηματισμοί όμοιοι με αμύγδαλα, που βρίσκονται στα πλάγια τοιχώματα του κόλπου και σκεπάζονται από τους βολβουσηραγγώδεις μυς.

1.1δ. Βαρθολίνειοι Αδένες

Αυτοί είναι δύο μικροί στρογγυλοί και σε σχήμα φασολιού αδένες που βρίσκονται πίσω από τους βολβούς του προδόμου, βαθιά, κάτω από το πίσω μέρος των μικρών χειλέων.

1.1ε. Παραουρηθικοί Αδένες

Αυτοί αποτελούν κρύπτες, που βρίσκονται ανάμεσα από την κλειτορίδα και το εξωτερικό στόμιο της ουρήθρας και γύρω από αυτό και φέρνουν το έκκριμά τους στην ουρήθρα.

1.2. ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Στα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας ανήκουν: ο κόλπος ή κολεός, η μήτρα, οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί και οι ωothήκες. Κάθε σάλπιγγα μαζί με τη σύστοιχη ωοθήκη αποτελούν το *εξάρτημα*.

1.2α. Κόλπος ή Κολεός

Περιγραφή. Ο κόλπος αποτελεί μυϊκό σωλήνα, μήκους 8-10 εκ. περίπου, που εκτείνεται ανάμεσα στον παρθενικό υμένα και τη μήτρα.

Το σχήμα του κόλπου είναι κυλινδρικό με μικρή διάταση στο ανώτερο τμήμα του και έχει δύο άκρα.

Έχει, επίσης, τέσσερα τοιχώματα: το πρόσθιο, το οπίσθιο και τα δύο πλάγια: το αριστερό και το δεξιό.

Το πάνω άκρο του κόλπου περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας έτσι, ώστε η κάτω μοίρα του τραχήλου να προβάλλει μέσα στον κόλπο. Γύρω από την κοιλιακή αυτή μοίρα του τραχήλου και τα κοιλιακά τοιχώματα σχηματίζονται οι θόλοι, που, για λόγους περιγραφικούς, διακρίνονται σε πρόσθιο, οπίσθιο, δεξιό και αριστερό.

Υφή. Τα κοιλιακά τοιχώματα αποτελούνται από τρεις στοιβάδες: την εξωτερική, τη μέση και την εσωτερική. Το επιθήλιο του κόλπου αποτελείται από αρκετά στρώματα πλακώδους επιθηλίου χωρίς κερατινοποίηση. Σχηματίζει θηλές που εισέρχονται στο ινώδες χόριο. Στα κορίτσια είναι λεπτό-

τερο και απουσιάζουν οι πτυχώσεις. Η κατάσταση αυτή επανεμφανίζεται στις ηλικιωμένες γυναίκες.

1.2β. Μήτρα

Περιγραφή. Η μήτρα είναι κοίλο όργανο με παχιά μυϊκά τοιχώματα. Έχει σχήμα αχλαδιού αποπλατυσμένου από εμπρός προς τα πίσω. Το βάρος της στην άτοκη γυναίκα είναι περίπου 40 γρ. και στη γυναίκα που γέννησε 70 γρ. Τα τοιχώματά της έχουν πάχος 2 εκ. Και το μήκος της είναι 7,5 εκ. περίπου.

Η μήτρα αποτελείται από δύο τμήματα: το πάνω, που είναι ογκώδες και τριγωνικό και λέγεται *σώμα*, και το κάτω, που είναι στενό και κυλινδρικό και λέγεται *τράχηλος*. Ανάμεσα από τον τράχηλο και το σώμα υπάρχει ο *ισθμός*.

Σώμα μήτρας. Αυτό αποτελείται από παχύ μυϊκό τοίχωμα που περικλείει την ενδομήτρια κοιλότητα.

1.2γ. Τράχηλος

Ο τράχηλος της μήτρας διακρίνεται σε δύο μοίρες: την *υπερκοιλική*, που βρίσκεται σε συνέχεια με το σώμα της μήτρας, και την *ενδοκοιλική*, που είναι συνέχεια της πρώτης και προβάλλει μέσα στον κόλπο σχηματίζοντας τους θόλους, που αναφέραμε.

Ο αυλός του τραχήλου λέγεται *ενδοτράχηλος* και έχει σχήμα ατράκτου και προς τα πάνω οδηγεί στην ενδομήτρια κοιλότητα με το εσωτερικό στόμιο, και προς τα κάτω στην κοιλτική κοιλότητα με το εξωτερικό στόμιο.

Το εξωτερικό στόμιο του τραχήλου στις άτεκνες γυναίκες είναι στρογγυλό, ενώ σ' αυτές, που γέννησαν ή έκαναν επεμβάσεις στην κοιλότητα της μήτρας, εμφανίζεται σαν εγκάρσια σχισμή¹.

Υφή. Το τοίχωμα της μήτρας αποτελείται από τρεις χιτώνες, το ενδομήτριο (βλεννογόνο), το μυομήτριο (μυϊκό χιτώνα) και το περιμήτριο. Το ενδομήτριο έχει πάχος 2-8 mm. Εδώ υπάρχουν οι αδένες του τραχήλου, που παράγουν την προστατευτική βλέννα, το μυομήτριο έχει πάχος 2 cm και εμφανίζεται ακαθόριστα τρίστοιβο. Το περιμήτριο είναι το περιτόναιο που περιβάλλει τη μήτρα και προσφύεται στο μυομήτριο³.

Στήριξη. Στην φυσιολογική θέση κρατάνε τη μήτρα τα παρακάτω στοιχεία:

- α) *Στρογγύλοι σύνδεσμοι.*
- β) *Πλατείς σύνδεσμοι.*
- γ) *Πλάγιοι σύνδεσμοι (λέγονται και κύριοι ή εγκάρσιοι σύνδεσμοι).*
- δ) *Περομητριάιοι σύνδεσμοι.*
- ε) *Μητροκυστικοί σύνδεσμοι.*

Η υφή του τραχήλου δεν είναι όμοια με την υφή του σώματος της μήτρας, γιατί το μεγαλύτερο τμήμα του δεν καλύπτεται από ορογόνο χιτώνα, γιατί έχει περισσότερο συνδετικό ιστό και λιγότερες μυϊκές ίνες και γιατί δεν διαθέτει συσταλτικότητα.

Ο αυλός του τραχήλου, ο *ενδοτράχηλος*, καλύπτεται από κυλινδρικό επιθήλιο, που εμφανίζει καταδύσεις μέσα στο μυϊκό τοίχωμα. Το επιθήλιο αυτών των καταδύσεων, που δεν αποτελούν ουσιαστικούς αδένες, παρακολουθεί τις μεταβολές του ωοθηκικού κύκλου.

Τα κύτταρα του επιθηλίου του ενδοτραχήλου είναι δύο ειδών. Αυτά, που έχουν βλεφαρίδες και αυτά που δεν έχουν. Οι βλεφαρίδες των βλεφαριδοφόρων κυττάρων βρίσκονται στην επιφάνειά τους και κινούνται προς το εξωτερικό στόμιο του τραχήλου υποβοηθώντας τη ροή της βλέννας προς τον κόλπο.

Τα κύτταρα, δεν έχουν βλεφαρίδες, παράγουν βλέννα και με ρήξη της μεμβράνης τους τη στέλνουν στον ενδοτράχηλο.

Στην πρόσθια και στην οπίσθια επιφάνεια του ενδοτραχήλου υπάρχουν πτυχές ευδιάκριτες, όταν το εξωτερικό τραχηλικό στόμιο είναι ανοιχτό, οι *φοινικοειδείς πτυχές*, γιατί μοιάζουν με φύλλα φοίνικα.

Η κοιλική μοίρα του τραχήλου καλύπτεται από το ίδιο πλακώδες επιθήλιο, που καλύπτεται και ο κόλπος, ως το όριο του εξωτερικού τραχηλικού στομίου. Το επιθήλιο αυτό επηρεάζεται από την ορμονική ωοθηκική δραστηριότητα, όχι όμως το κοιλικό. Κάτω από το πλακώδες επιθήλιο της ενδοκοιλικής μοίρας του τραχήλου υπάρχει η *βασική μεμβράνη* που φέρνει το επιθήλιο σε επαφή με τη μυϊκή στοιβάδα του τραχήλου. Στο εξωτερικό στόμιο του τραχήλου είναι δυνατό να ανευρεθούν φραγμένες τραχηλικές καταδύσεις, που σχηματίζουν τα *ωάρια του Naboth*¹.

1.2δ. Σάλπιγγες ή Ωαγωγοί

Περιγραφή. Οι σάλπιγγες αποτελούν δύο λεπτούς σωλήνες, μήκους 10-12 εκ., που εκτείνονται ανάμεσα από τα κέρατα της μήτρας και τις ωοθήκες. Αποστολή τους είναι να μεταφέρουν ωάρια των ωοθηκών μέσα στον αυλό τους, για να συναντήσουν τα σπερματοζωάρια και να πετύχουν σύλληψη.

Οι σάλπιγγες αποτελούνται από:

Ενδοτοιχωματικό τμήμα

Μήκους 1 cm
και πολύ στενό
(λιγότερο από 1 mm).

Ισθμός

Μήκους 2 cm
ευθύς, διαμέτρου
1 mm.

Λήκυθος

Μήκους 5 cm
με λεπτό τοίχωμα,
κυματοειδής.

Κώδωνας

Μήκους 2 cm. Η τελική
διεύρυνση, μαζί
με τους κροσσούς βοηθά
στην έλξη του ωαρίου.

Υφή. Η σάλπιγγα αποτελείται από βλεννογόνο, μυϊκό χιτώνα και ορογόνο. Ο βλεννογόνος έχει απλό υψηλό κυλινδρικό επιθήλιο με κροσσωτά και αδενικά κύτταρα. Ο μυϊκός χιτώνας χρησιμεύει για τη μετακίνηση του ωαρίου, του σπέρματος και των υγρών του ωαγωγού. Ο ορογόνος χιτώνας επιτρέπει τη μετακίνηση του ωαγωγού σε σχέση με το περιβάλλον του². (Βλ. Εικόνα 1, 2).

1.3. ΑΛΛΑ ΟΡΓΑΝΑ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Στα όργανα αυτά θα αναφερθούμε περιληπτικά στα σημεία εκείνα της ανατομικής τους, που έχουν σχέση με τη γυναικολογία.

1.3α. Ουρήθρα

Η γυναικεία ουρήθρα αποτελεί το λεπτό σωλήνα, μήκους 3,5 cm περίπου, που εκτείνεται ανάμεσα από το ουρηθρικό στόμιο της ουροδόχου κύστεως και τον πρόδομο του κολεού, όπου εκβάλλει με το εξωτερικό στόμιό της.

1.3β. Ουροδόχος Κύστη

Η ουροδόχος κύστη είναι κοίλο όργανο, που βρίσκεται ανάμεσα από την ηβική σύμφυση και τη μήτρα και δέχεται τα ούρα των νεφρών με τους δύο ουρητήρες.

1.3γ. Ουρητήρες

Οι ουρητήρες είναι δύο ινομυώδεις σωλήνες μήκους 30 cm περίπου, που αποτελούνται από ορογόνο χιτώνα (μόνο από την πρόσθια επιφάνειά τους), μυϊκό, ινώδη και βλεννογόνο.

1.3δ. Ορθό

Το ορθό ή απευθυσμένο έντερο παριστάνει τη συνέχεια του σιγμοειδούς, που αποτελεί τη συνέχεια του κατιόντος κόλου, έχει μήκος 25-38 cm, αρχίζει στο ύψος της έξω λαγόνιας αρτηρίας και τελειώνει στο ύψος του τρίτου ιερού σπονδύλου. Το ορθό έχει μήκος 12-15 cm περίπου και βρίσκεται μπροστά από την πυελική επιφάνεια του ιερού οστού και του κόκκυγα.

1.3ε. Πυελικό Έδαφος

Το πυελικό έδαφος αντιστοιχεί στην περιοχή του κάτω στομίου της μικρής πυέλου. Προς τα εμπρός έχει την ηβική σύμφυση και τους ηβοϊσχιακούς κλάδους, στα πλάγια στα ισχιακά κυρτώματα και πίσω του κόκκυγα.

Επειδή στο πυελικό έδαφος στηρίζονται όργανα, που βρίσκονται μέσα στην πύελο, αυτό διαθέτει ισχυρό τοίχωμα από δέρμα, μύες και περιτονίες. Επίσης βοηθάει στη συγκράτηση κλειστού του κόλπου και του ορθού, στην αποπάτηση, στην εξώθηση του εμβρύου κατά τον τοκετό και στη στροφή της κεφαλής του.

Μύες. Οι μύες του πυελικού εδάφους βρίσκονται σε τρεις στοιβάδες την εσωτερική, τη μέση και την εξωτερική.

Εξωτερική στοιβάδα: Αυτή αποτελείται από τους δύο ισχιοσηραγγώδεις, τους δύο βολβοσηραγγώδεις μύες, τον επιφανειακό και τον έξω σφιγκτήρα του πρωκτού μυός.

Μέση στοιβάδα: Αποτελείται από τον στο βάθος εγκάρσιο και τον ουρηθροκολεϊκό μυ. Η μέση στοιβάδα δεν επεκτείνεται ως την πρωκτική μοίρα.

Εσωτερική στοιβάδα: Αυτή αποτελείται από τον ανελκτήρα μυ του πρωκτού.

1.3στ. Λεμφαγγεία

Γενικά, τα λεμφαγγεία της πυέλου αποχετεύουν την λέμφο τους στους παραορτικούς και στους πυελικούς λεμφαδένες.

Παραορτικοί λεμφαδένες: Δέχονται λεμφαγγεία από τους νεφρούς, επινεφρίδια, ωθήκες, σάλπιγγες, πυθμένα της μήτρας και από τους κοινούς λαγόνιους λεμφαδένες.

Πυελικοί λεμφαδένες: Αυτοί χωρίζονται σε ομάδες, ανάλογα με τα λεμφαγγεία, που δέχονται και είναι οι κοινοί λαγόνιοι, οι εξωτερικοί λαγόνιοι, οι εσωτερικοί λαγόνιοι και οι θυρεοειδείς.

1.3ζ. Αγγείωση της Πυέλου

Αρτηρίες

Η αιμάτωση των πυελικών οργάνων πραγματοποιείται από τις παρακάτω αρτηρίες:

- α) Ωθηκικές λαγόνιες αρτηρίες.
- β) Εσωτερικές λαγόνιες αρτηρίες.
- γ) Μητριάιες αρτηρίες.
- δ) Εσωτερικές αιδοϊκές αρτηρίες.
- ε) Άνω αιμορροϊδικές αρτηρίες.

Φλέβες

Οι φλέβες της πυέλου αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν το κυστικό, το αιμορροϊδικό και το μητροκολπικό πλέγμα.

Κυστικό πλέγμα: Αυτό περιβάλλει την ουροδόχο κύστη.

Αιμορροϊδικό πλέγμα: Αυτό περιβάλλει το κατώτερο άκρο του ορθού.

Μητροκολπικό πλέγμα: Αυτό βρίσκεται ανάμεσα από τα πέταλα του πλατύ συνδέσμου και φέρνει με τις μητριαίες φλέβες το αίμα στις εσωτερικές λαγόνιες φλέβες.

1.3η. Νεύρωση Γεννητικών Οργάνων

Συνοπτικά, νεύρωση των γεννητικών οργάνων της γυναίκας ξεχωριστά για κάθε όργανο, γίνεται όπως παρακάτω:

Εφηβαίου: Από το λαγονοβουβωνικό νεύρο.

Περινέου: Από αιμορροϊδικούς κλάδους των αιδοϊκών νεύρων και περινεϊκούς των μητροδερματικών.

Μεγάλων χειλέων: Από τα αιμορροϊδικά νεύρα.

Μικρών χειλέων: Από τα αιμορροϊδικά νεύρα.

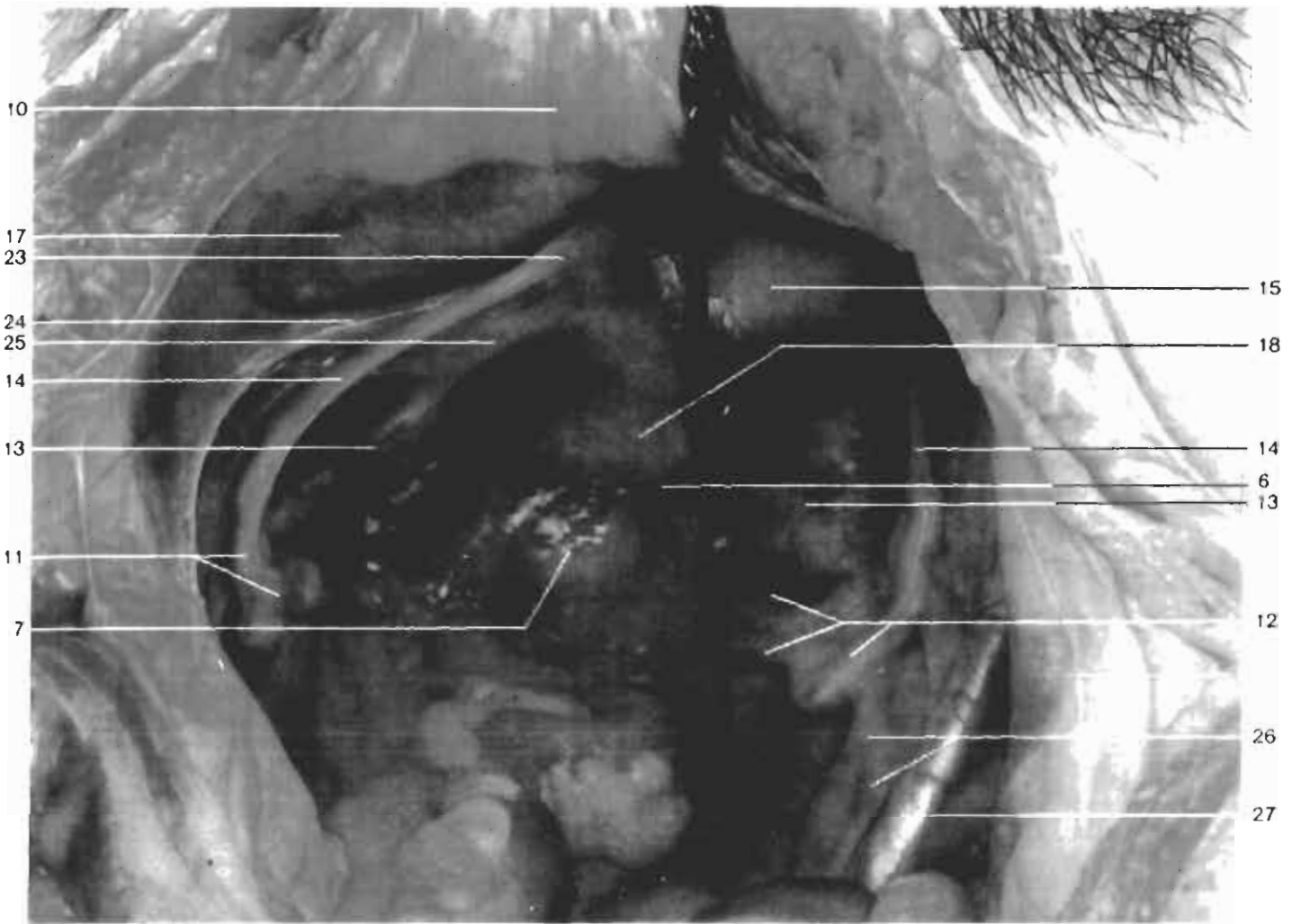
Κλειτορίδας: Από τα υπογάστρια, αιδοϊκά και πυελικά συμπαθητικά νεύρα.

Κόλπου: Από το μητροκολπικό πλέγμα.

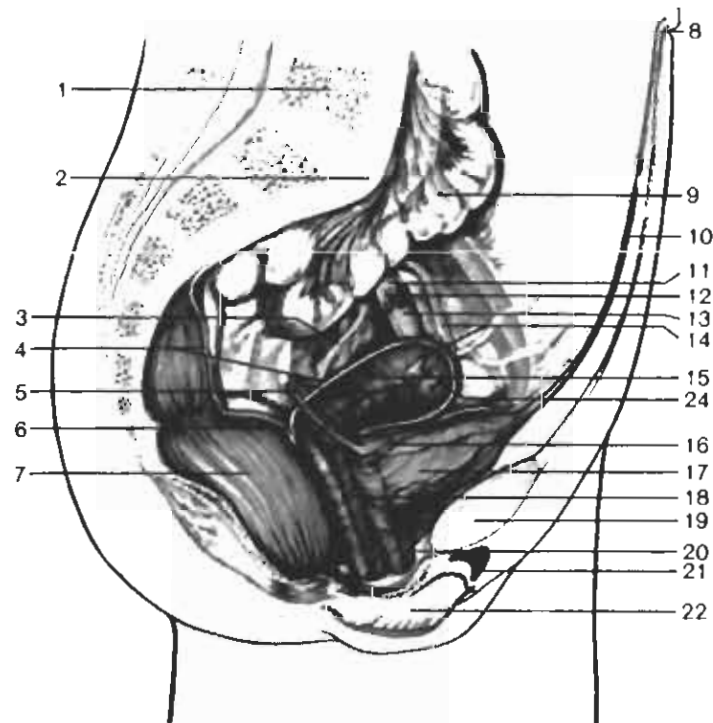
Μήτρας: Από το μητροκολπικό πλέγμα, που βρίσκεται ανάμεσα στον τράχηλο και τους κολπικούς θόλους. Το μεγαλύτερο γάγγλιο του πλέγματος αυτού περιγράφεται ως τραχηλικό γάγγλιο του Frankenhauser.

Σαλπίνγων: Από το ωθηκικό και μητροκολπικό πλέγμα.

Ωθηκών: Από τους κλάδους του αορτικού και του νεφρικού συμπαθητικού πλέγματος¹. (Βλ. Εικόνα 3, 4).

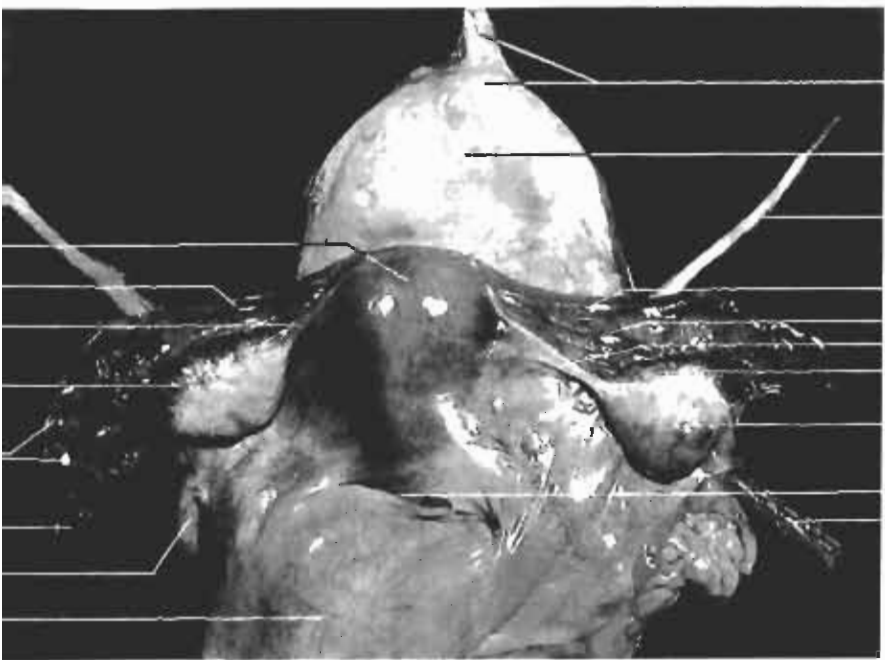


Γυναικεία έσω γεννητικά όργανα. Κοιλότητα της πυέλου εκ των ανω. Η μήτρα έχει απωθηθεί προς τα δεξιά



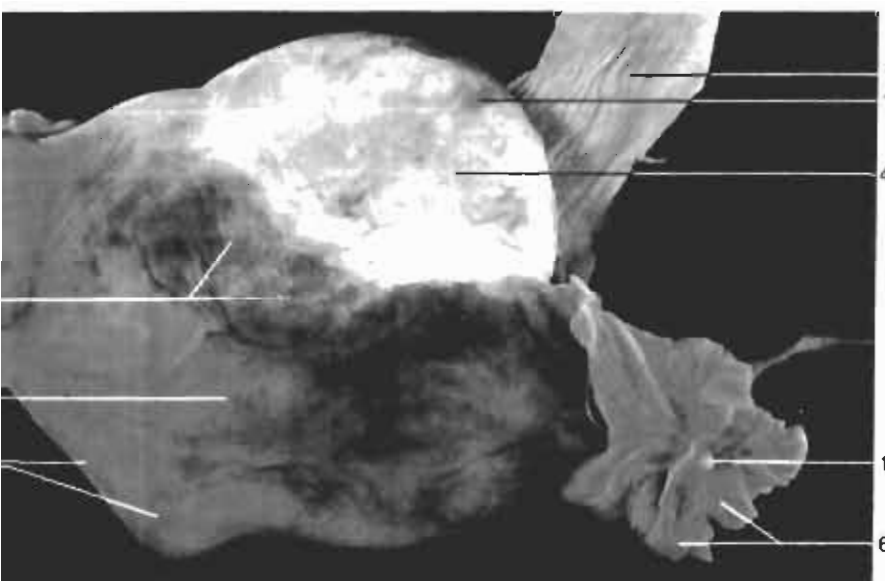
Τοπογραφικές ανατομικές σχέσεις των έσω γεννητικών οργάνων (σχηματικά).

- 1 Σώμα του 5ου οσφρικού σπονδύλου
- 2 Ακρωτήριο των μαιευτρών
- 3 Αριστερός ουρητήρας
- 4 Περιτοναίο
- 5 Δεξιός ουρητήρας
- 6 Ευθυμητρικό κοιλίωμα
- 7 Ορθο
- 8 Ομφαλος
- 9 Σιγμοειδές κολο
- 10 Μέσος ομφαλοκυστικός συνδεσμός με τον ουραχο
- 11 Ληκυθός του वाγώνου
- 12 Κροσσοί του वाγώνου
- 13 Ωθηκή
- 14 Ωαγωγός
- 15 Μήτρα
- 16 Ευθυμητρικό κοιλίωμα
- 17 Ουροδοχος κυστή
- 18 Κάλκος
- 19 Ηβική σιμφυση
- 20 Ουρηθρα
- 21 Κλειτοριδα
- 22 Μικρο χείλος του αιδοίου
- 23 Εκβολη του वाγώνου στη μήτρα
- 24 Στρογγυλος συνδεσμος της μήτρας
- 25 Ωθηκικός συνδεσμος
- 26 Κρεμαστήρας συνδεσμος της ωθηκίς
- 27 Δεξια κοινή λαγονία αρτηρία (σκεπασμένη με το περιτοναίο)

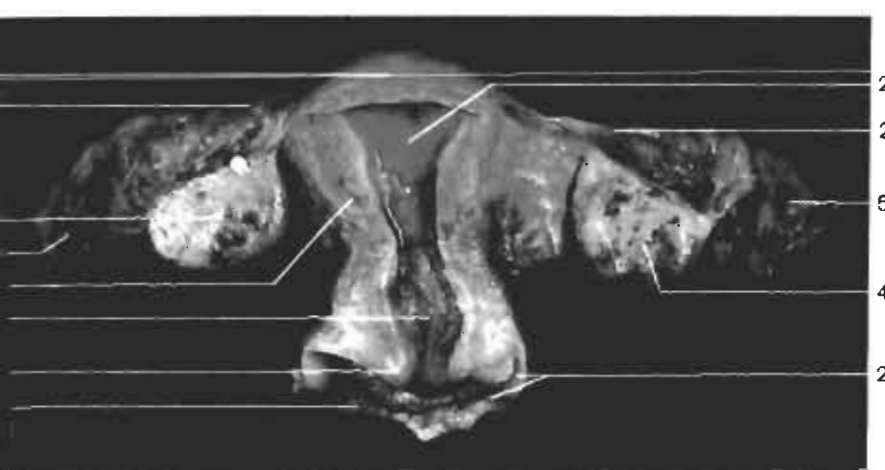


- 1 Πυθμενας της μητρας
- 2 Ισθμος του ωαγωγου
- 3 Ίδιος συνδεσμος της ωθηκης (μητροωθηκικος)
- 4 Ωθηκη
- 5 Ληκυθος του ωαγωγου
- 6 Κροσσοι του ωαγωγου
- 7 Ουρητηρας
- 8 Ορθο
- 9 Καρυκη της ουροδοχου κυστης και μεσος αιμφολοκυστικος συνδεσμος
- 10 Ουροδοχος κυστη
- 11 Στρογγυλος συνδεσμος της μητρας
- 12 Μεσοσαλπγγιο
- 13 Μεσοωθηκιο
- 14 Ευθυμητρικο κολπωμα
- 15 Κρεμαστηρας συνδεσμος της ωθηκης
- 16 Ουλη στην ωθηκη (μετα ωθυλακιωρηξια)
- 17 Κοιλιακο στομιο του ωαγωγου
- 18 Σωμα της μητρας
- 19 Τραχηλος της μητρας
- 20 Ενδοκολεβη μοιρα του τραχηλου της μητρας
- 21 Μητρα
- 22 Βλεννογονος της μητρας (ενδομητριο)
- 23 Προσθιος θολος του κολπου

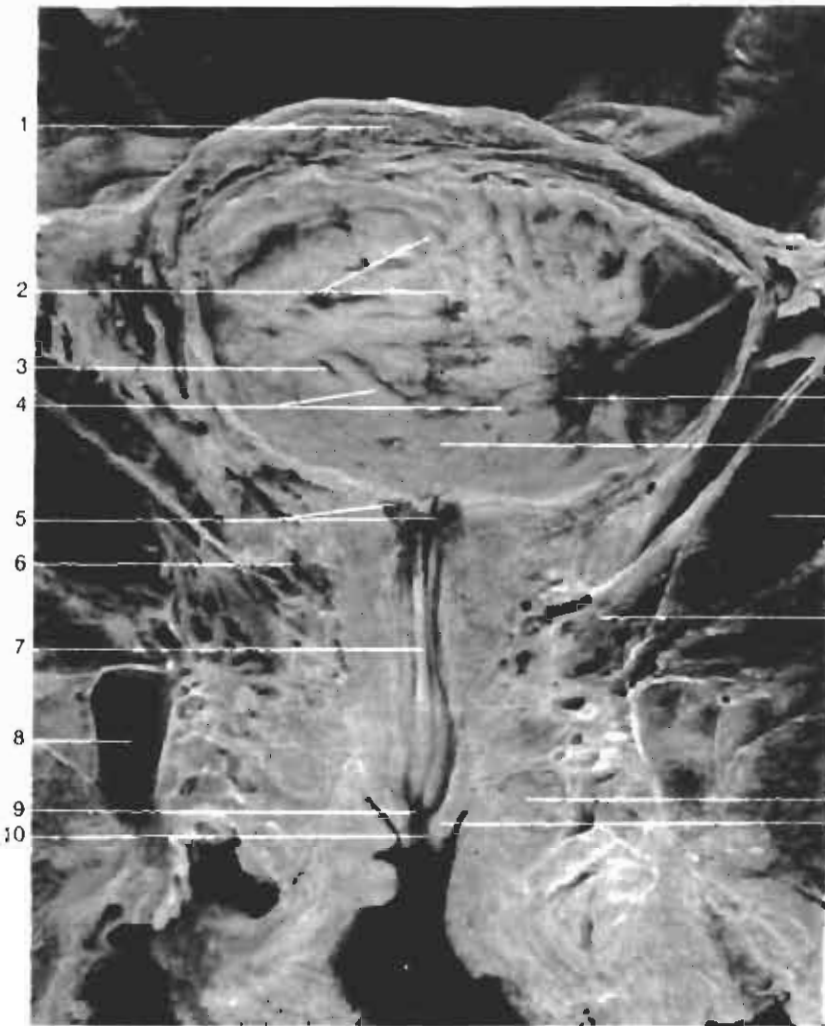
Γυναίκα έσω γεννητικά όργανα (οπίσθια άνω άποψη).



Εξιά ωθήκη και ωαγωγός (οπίσθια άνω άποψη). Οι κροσσοί του ωαγωγού έχουν διασπείρει για να φανεί το κοιλιακό στόμιο του ωαγωγού.

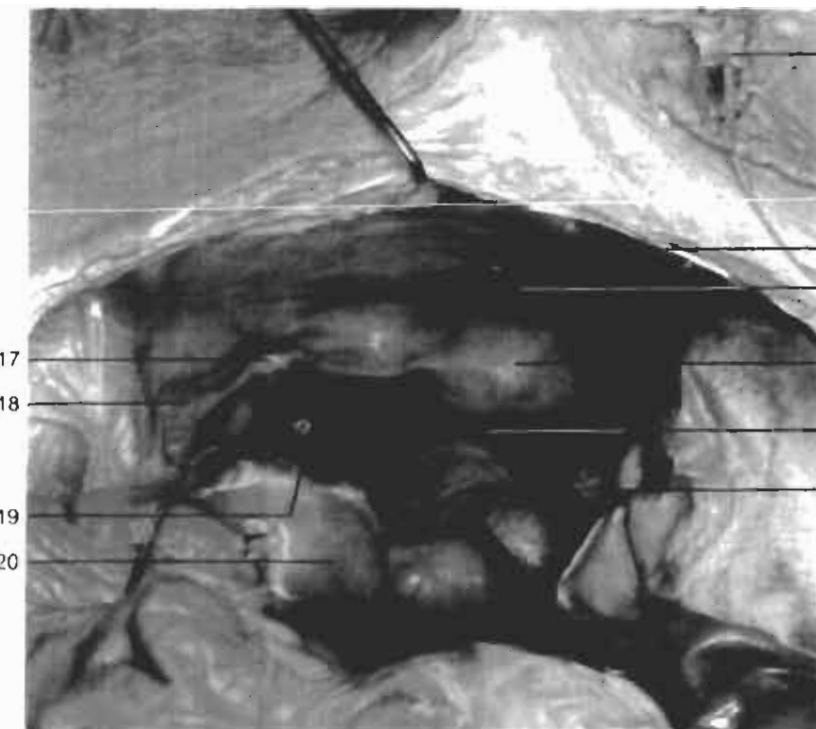


Μητρα, ωαγωγός και ωθήκη (οπίσθια άποψη). Το οπίσθιο τοίχωμα της μήτρας έχει ανοίξει

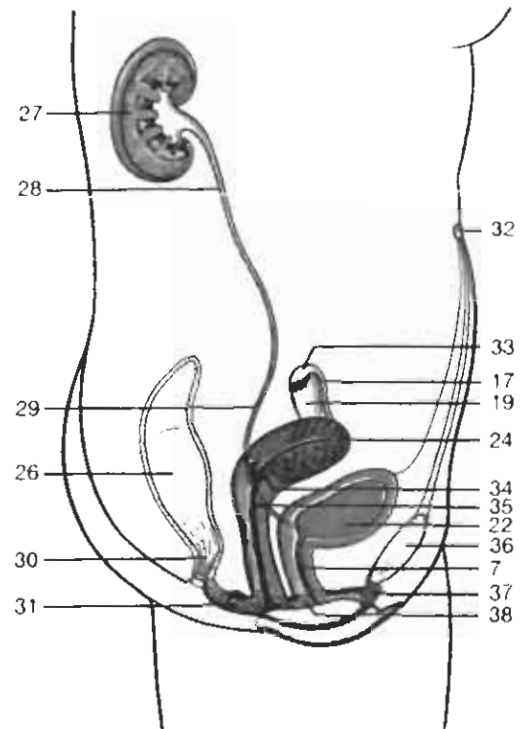


Μετωπιαία διατομή της γυναικείας ουροδόχου κύστης και ουρήθρας (προσθια αποψη).

- 1 Μυϊκός χιτώνας της ουροδόχου κύστης
- 2 Πτυχές του βλεννογονού της κύστης
- 3 Δεξιο ουρητηρικό στόμιο
- 4 Ουρητηρικό ογκώμα
- 5 Έσω στόμιο της ουρήθρας
- 6 Κυστεομητρικό φλεβώδες πλέγμα
- 7 Ουρήθρα
- 8 Ηβικό οστό (κομμένο)
- 9 Έξω στόμιο της ουρήθρας
- 10 Προδομος του κολεού
- 11 Αριστερο ουρητηρικό στόμιο
- 12 Κυστικό τρίγωνο
- 13 Έσω θυροειδής μυς
- 14 Ανεκτήρας του πρωκτού μυς
- 15 Βολβός του προδому
- 16 Αριστερο μικρο χείλος
- 17 Ωαγωγός
- 18 Μεσοσαλπγγιο
- 19 Ωθήκη
- 20 Σιγμοειδές κολο
- 21 Σαφήνες ανοίγματα
- 22 Ουροδόχος κύστη
- 23 Κυστεομητρικό κολπώμα
- 24 Πυθμένας της μήτρας
- 25 Ευθυμητρικό κολπώμα
- 26 Ληκυθός του ορθού
- 27 Νεφρός
- 28 Κοιλιακή μοίρα του ουρητήρα
- 29 Πυελική μοίρα του ουρητήρα
- 30 Πρωκτικός σφιγκτήρας
- 31 Περίνεο
- 32 Ομφαλός
- 33 Ληκυθός του ωαγωγού
- 34 Ενδοκοιλιακή μοίρα του τραχηλού της μήτρας
- 35 Κολέος
- 36 Ηβική συμφυση
- 37 Κλειτοριδα
- 38 Εν τω βάθει εγκάρσιος μυς του περινέου



Γυναικεία έσω γεννητικά όργανα. Πυελική κοιλότητα (εκ των άνω).

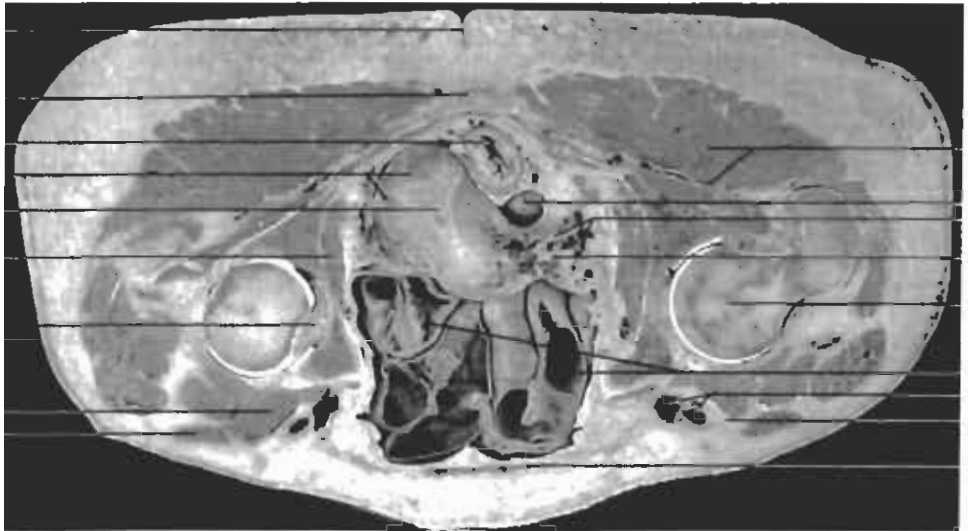


Γυναικείο ουραποητικό και γεννητικό σύστημα (μесе οβελιαία διατομή, σχηματικά)



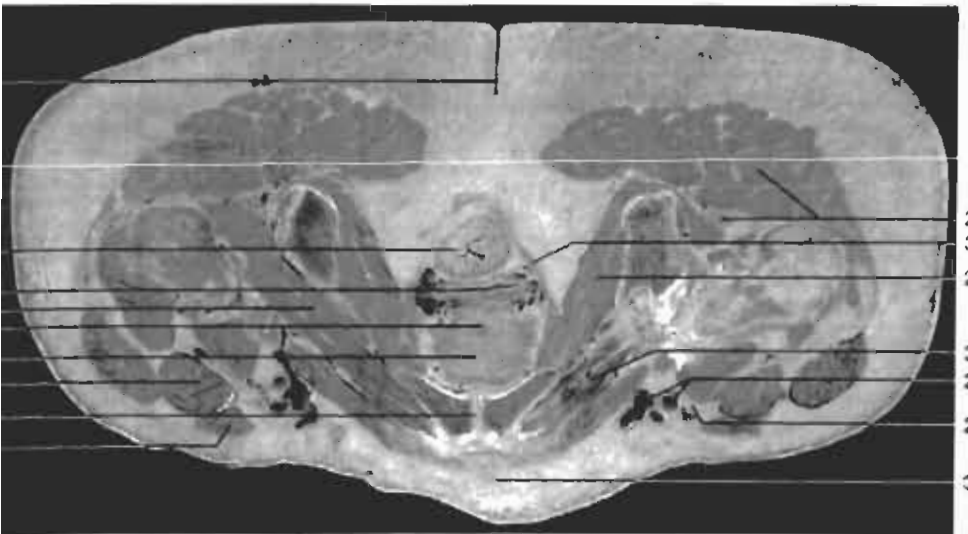
- 1 Λαγονιο οστο
- 2 Ορθο
- 3 Ευθυμητρική πτυχή
- 4 Ωσθήκη
- 5 Ωαγωγός
- 6 Ουροδόχος κύστη
- 7 Ουρήθρα
- 8 Μικρο χείλος
- 9 Ευθυμητρικό κόλπωμα του Douglas
- 10 Μήτρα, κυστεομητρικό κόλπωμα
- 11 Στρογγυλός συνδεσμός κεφαλής του μηριαίου
- 12 Κεφαλή του μηριαίου
- 13 Προδομος του κολεου
- 14 Μεγαλο χείλος του αιδοιου
- 15 Πρωκτική σχισμή
- 16 Κόκκυγας
- 17 Ορθο
- 18 Μυομήτριο
- 19 Κοιλότητα της μήτρας
- 20 Έσω θυροειδής μυς
- 21 Λαγονοφυΐτης μυς
- 22 Ραπτικός μυς
- 23 Ισχιακό νευρο, μεγάλος γλουτιαίος μυς
- 24 Μητριαίο φλεβοδες πλεγμα
- 25 Πλάτος συνδεσμος της μήτρας
- 26 Λεπτο εντερο
- 27 Μηριαία αρτηρία και φλεβα
- 28 Μηριαίο νευρο
- 29 Πυραμοειδής μυς
- 30 Ορθο, πρωκτικός σωληνας
- 31 Κολεος
- 32 Σφιγκτήρας της ουρηθρας (ουροδοχος κυστη)
- 33 Ηβική συμφύση
- 34 Ανελεκτηρας του πρωκτου μυς
- 35 Έξω θυροειδής μυς
- 36 Εφηβαιο

Μετωπιαία διατομή της γυναικείας πυέλου (βλ. Μαγνητική τομογραφία στην απέναντι σελίδα).



- 23
- 9
- 24
- 25
- 12
- 26
- 27
- 28
- 29

Οριζόντια διατομή της γυναικείας πυέλου στα επίπεδο της μήτρας (εκ των κάτω). Η μήτρα έχει οπίσθια κάμψη προς τα αριστερά.



- 23
- 34
- 20
- 35
- 27
- 28
- 36

Οριζόντια διατομή της γυναικείας πυέλου στο επίπεδο του έξω σφιγκτήρα της ουρηθρας και του κολεου (εκ των κάτω).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

2.1. ΤΟ ΟΡΜΟΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Το ορμονικό σύστημα της γυναίκας περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες ορμονών:

1. Μια υποθαλαμική εκλυτική ορμόνη (την εκλυτική ορμόνη της ωχρινοτρόπου ορμόνης, LHRH),
2. Τις ορμόνες της πρόσθιας υπόφυσης: ωθυλακιοτρόπο (FSH) και ωχρινοτρόπο ορμόνη (LH), που εκκρίνονται με την επίδραση της υποθαλαμικής εκλυτικής ορμόνης (LHRH), και
3. Τις ορμόνες των ωθηκών: οιστρογόνα και προγεστερόνη (ωχρίνη) που εκκρίνονται από τις ωθήκες με την επίδραση των γοναδοτρόπων ορμονών (FSH και LH).

Οι διάφορες αυτές ορμόνες δεν εκκρίνονται συνεχώς σε σταθερές ποσότητες, αλλά με ρυθμό που διαφέρει σημαντικά κατά τη διάρκεια των διαφόρων φάσεων του κύκλου της γυναίκας⁴.

2.2. ΩΟΘΗΚΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ ΚΑΙ Η ΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ

Από την εγκατάσταση της ήβης μέχρι την εμμηνόπαυση στο γεννητικό σύστημα του θήλεος συμβαίνουν κυκλικές μεταβολές τόσο στις ωθήκες όσο και στο ενδομήτριο, κόλπο, τράχηλο, με σημείο αφετηρίας την Ε. Ρ. Στις εναλλαγές αυτές πρωτεύοντα ρόλο παίζει το σύστημα *υποθάλαμος - υπόφυση*. Από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης εκκρίνονται ορμόνες

(γοναδοτροπίνες) που έχουν σαν σκοπό: α) FSH την ωρίμανση του ωοθυλακίου, β) LH την πρόκληση ωορρηξίας μαζί με την FSH και το σχηματισμό του ωχρού σωματίου μόνον η LH ή ICSH, γ) προλακτίνη που σχετίζεται τόσο με τη γαλακτοφορία όσο και την εκκριτική λειτουργία του ωχρού σωματίου. Η ωοθήκη δέχεται την επίδραση των γοναδοτροπινών και δια της Α) FSH ωριμάζει το ωοθυλάκιο η κοκκώδης στοιβάδα του οποίου εκκρίνει τα οιστρογόνα που προκαλούν: 1) υπερπλασία της μήτρας, β) υπερτροφία του ενδομητρίου, 3) υπερκεράτωση του επιθηλίου του κόλπου, 4) έκκριση τραχηλικής βλέννης, 5) δευτερογενείς χαρακτήρες του φύλου. Δια της Β) LH ή LCSH προκαλείται η ωορρηξία και η μετατροπή της θήκης του ωαρίου σε *ωχρό σωματίο* που εκκρίνει την προγεστερόνη μέσω της οποίας τροποποιείται: α) η υφή του ενδομητρίου, β) μετριάζεται η κερατινοποίηση του επιθηλίου του κόλπου και γ) τροποποιείται η έκκριση της τραχηλικής βλέννης. Η ζωή του ωχρού σωματίου είναι φυσιολογικά 14 ημέρες, στην κύηση μεταπίπτει σε *ωχρό σωματίο της κύησης*. Το ωάριο κατά τη στιγμή της ωορρηξίας εξέρχεται από το ωοθυλάκιο από ειδικό σημείο αυτού που λέγεται *στίγμα*. Ελεύθερο στην επιφάνεια της ωοθήκης ή γονιμοποιείται από σπερματοζωάριο (αν έχει προηγηθεί συνουσία) ή εκφυλίζεται. Πριν την ωορρηξία τα χρωματοσώματά του υφίστανται μείωση ή μιτωτική διαίρεση, το ήμισυ των οποίων σχηματίζει το πολικό σωματίο.

Η μειωτική διαίρεση είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την γονιμοποίηση, διότι και το σπερματοζωάριο περιέχει το ήμισυ του φυσιολογικού αριθμού των χρωμοσωμάτων⁵. (Βλ. Εικόνα 5, 6).

2.3. ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΣ ΚΥΚΛΟΣ - ΕΜΜΗΝΟΡΡΥΣΙΑ

Όσα συμβαίνουν στο ενδομήτριο κατά τη διάρκεια του ωοθηκικού κύκλου, αναφέρονται ως *ενδομήτριος κύκλος*. Στον κύκλο αυτό διακρίνουμε τρεις φάσεις: την παραγωγική, την εκκριτική και την εμμηνορρυσία.

Παραγωγική φάση. Η φάση αυτή βρίσκεται κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων ορμονών των ωοθηκών. Αρχίζει μετά τη λήξη της εμμηνορρυσίας και τελειώνει με την ωοθυλακιορρηξία. Η παραγωγική φάση διακρίνεται στην αρχόμενη (από την 4η - 9η ημέρα) και στην προχωρημένη (από την 9η - 13 ημέρα).

Εκκριτική φάση. Η φάση αυτή βρίσκεται ουσιαστικά κάτω από την επίδραση της προγεστερόνης του ωχρού σωματίου, αλλά και κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων, που εξακολουθούν να παράγονται. Η εκκριτική φάση αρχίζει με την ωοθυλακιορρηξία και τελειώνει με την έναρξη της εμμηνορρυσίας. Τη διακρίνουμε στην αρχόμενη (14η - 19η ημέρα), τη μέση (20ή - 24η ημέρα) και την προχωρημένη (25η - 27η ημέρα) εκκριτική φάση.

Εμμηνορρυσία. Στην περίπτωση που δεν συμβεί εγκυμοσύνη, τότε το ενδομήτριο της εκκριτικής φάσης χάνει την υποστήριξή του από το ωχρό σωματίο, που υποστρέφεται, και την υποστήριξη των οιστρογόνων ορμονών, με αποτέλεσμα να συρρικνωθεί, να συσπασθούν και να εμφραχθούν οι τελικοί κλάδοι των σπειροειδών αρτηριών και να διαταραχθεί η αιμάτωση των επιφανειακών στοιβάδων, που αποτελούν τη λειτουργική του στοιβάδα. Έτσι, αυτό αποσπάται και πέφτει με τη μορφή αιμορραγίας.

Την απόπτωση αυτής της λειτουργικής στοιβάδας τη χαρακτηρίζουμε ως *εμμηνορρυσία*.

Την έναρξη της αιμορραγίας την προκαλεί η ρυθμική σύσπασση και διαστολή της βασικής μοίρας των σπειροειδών αρτηριών, που συνεπάγεται ισχαιμία και νέκρωση της περιοχής, που αιματώνεται από αυτές. Η σύσπασση αυτή συμβαίνει με άγνωστο μηχανισμό.

Τα συστατικά της εμμηνορρυσίας αποτελούνται από στοιχεία ιστών της λειτουργικής στοιβάδας του ενδομητρίου, αγγειακό δίκτυο των τελικών σπειροειδών αρτηριών, αίμα (αρτηριακό 75%, φλεβικό 25%), βλέννα και επιθηλιακά κύτταρα από τον ενδοτράχηλο και τον κόλπο¹.

Η έμμηνη ρύση εμφανίζεται συνήθως σε ηλικία 9 με 16 ετών και διαρκεί κατά προσέγγιση μέχρι τα 50, οπότε επέρχεται η εμμηνόπαυση, διακοπτόμενη μόνο κατά τις περιόδους κύησης⁶.

Ένας ολοκληρωμένος κύκλος κρατάει περίπου 28 ημέρες. Εάν αρχίζει η εμμηνορροσία στα 13 η γυναίκα θα έχει περίπου 455 κύκλους για 35 χρόνια⁷.

Ο χρόνος εμφάνισής της εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως την κληρονομικότητα, τη φυλή, το κλίμα, την ιδιοσυγκρασία, τον τρόπο διαβίωσης, τις ασθένειες κ.λ.π.¹. (Βλ. Εικόνα 7).

2.4. ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ

Γονιμοποίηση είναι το σμίξιμο του ώριμου ωαρίου, που απελευθερώνεται μετά την ωοθυλακιορρηξία, με το σπερματοζωάριο και ο σχηματισμός ενός νέου κυττάρου, που το ονομάζουμε ζυγώτη. Από το ζυγώτη θα προκύψει ένας νέος οργανισμός¹.

Κατά τη διαδικασία της σεξουαλικής επαφής το σπέρμα με ρυθμό περίπου 360 εκατομμύρια σπερματοζωάρια ανά εκσπερμάτωση εναποτίθεται μέσα στον γυναικείο κόλπο. Το σπέρμα ταξιδεύει με ταχύτητα περίπου 1 έως 5 mm το λεπτό. Όταν το σπέρμα φτάσει στο ωάριο περιβάλλει την εξωτερική του επιφάνεια. Προσπαθώντας να μπει μόνο το πιο δυνατό σπερματοζωάριο μπορεί να διασωθεί από την τοξικότητα των κολπικών εκκρίσεων και να προσβάλλει τον προστατευτικό ακτινωτό στέφανο που περιβάλλει το ωάριο. Με επαναλαμβανόμενες επιθέσεις το σπέρμα απελευθερώνει ένζυμα (υαλουρονιδάση) και σταδιακά διασπά την προστασία του ωαρίου. Τέλος η εκτεθειμένη περιοχή της μεμβράνης επιτρέπει σε ένα σπερματοζωάριο να εισβάλλει στο ωάριο. Ο πυρήνας του σπέρματος κινείται για να συνδυαστεί με τον πυρήνα του ωαρίου και να σχηματιστεί το ζυγώτο. Αυτή τη στιγμή τα χαρακτηριστικά που κληρονομούνται καθώς και το φύλο του νέου ατόμου αποφασίζονται και δεν μπορούν να αλλάξουν. Ο

πατέρας προσδιορίζει το φύλο, ενώ τα άλλα χαρακτηριστικά έρχονται σε συνδυασμό και από τους δύο γονείς. Σε αυτό το σημείο έχει ολοκληρωθεί η σύλληψη⁷. (Βλ. Εικόνα 8).

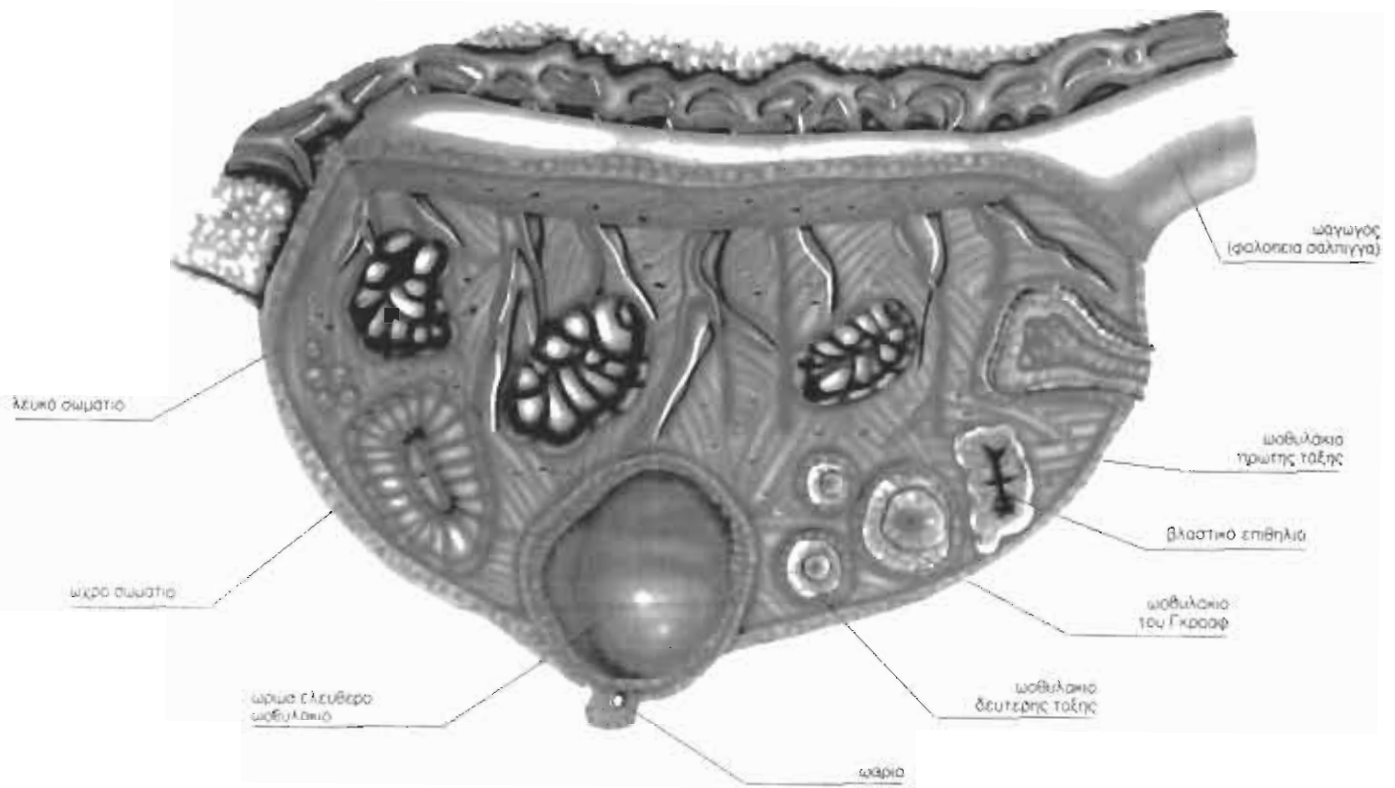
2.5. ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Όταν η γυναίκα φτάσει στην ηλικία, κατά μέσον όρο, των 40-50 χρόνων, οι γενετήσιοι κύκλοι βαθμιαία γίνονται ακανόνιστοι και πολλοί απ' αυτούς δεν συνοδεύονται από ωορρηξία. Μετά από λίγους μήνες ως λίγα χρόνια οι κύκλοι σταματούν οριστικά. Η διακοπή αυτή λέγεται εμμηνόπαυση.

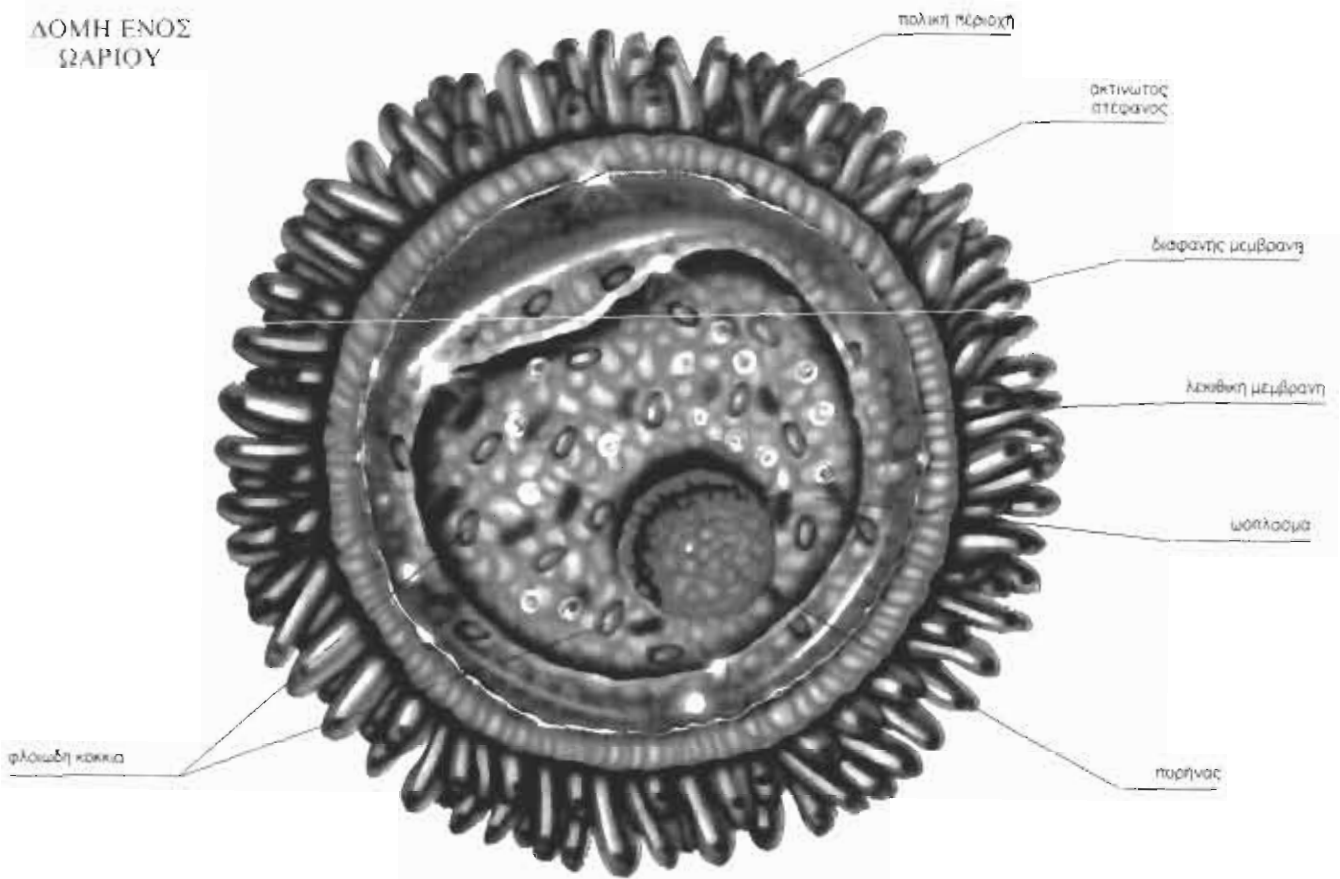
Αίτιο της εμμηνόπαυσης είναι η εξάντληση των ωοθηκών. Με άλλα λόγια, στη διάρκεια της αναπαραγωγικής περιόδου της γυναίκας με κάθε γενετήσιο κύκλο πολλά πρωτογενή ωοθυλάκια εξελίσσονται σε κυστικά και, τελικά, όλα σχεδόν τα ωάρια είτε εκφυλίζονται είτε βγαίνουν από τις ωοθήκες με την ωορρηξία. Έτσι, σε ηλικία περίπου 45 χρόνων, έχουν απομείνει πολύ λίγα πρωτογενή ωοθυλάκια για να διεγερθούν από την FSH και την LH, ενώ και η παραγωγή οιστρογόνων από τις ωοθήκες ελαττώνεται, καθώς ο αριθμός των πρωτογενών ωοθυλακίων πλησιάζει στο μηδέν. Όταν η παραγωγή οιστρογόνων ελαττωθεί τόσο ώστε η συγκέντρωσή τους να είναι μικρότερη από μια κρίσιμη τιμή, τα οιστρογόνα δεν μπορούν πια να αναστείλουν την FSH και την LH σε βαθμό ικανοποιητικό ώστε να προκληθούν κυκλικές ρυθμικές διακυμάνσεις. Κατά συνέπεια, οι γοναδοτροπίνες (και κυρίως η FSH), από το σημείο αυτό και μετά εκκρίνονται συνεχώς σε μεγάλες ποσότητες. Για λίγο διάστημα μετά την εμμηνόπαυση εξακολουθούν να παράγονται οιστρογόνα σε ποσότητες μικρότερες από τις κρίσιμες, αλλά σε λίγα χρόνια, όταν μετατραπούν σε άτηρητα και τα τελευταία πρωτογενή ωοθυλάκια που έχουν απομείνει, η παραγωγή οιστρογόνων από τις ωοθήκες σχεδόν μηδενίζεται.

4. Γεννητικά όργανα της γυναίκας

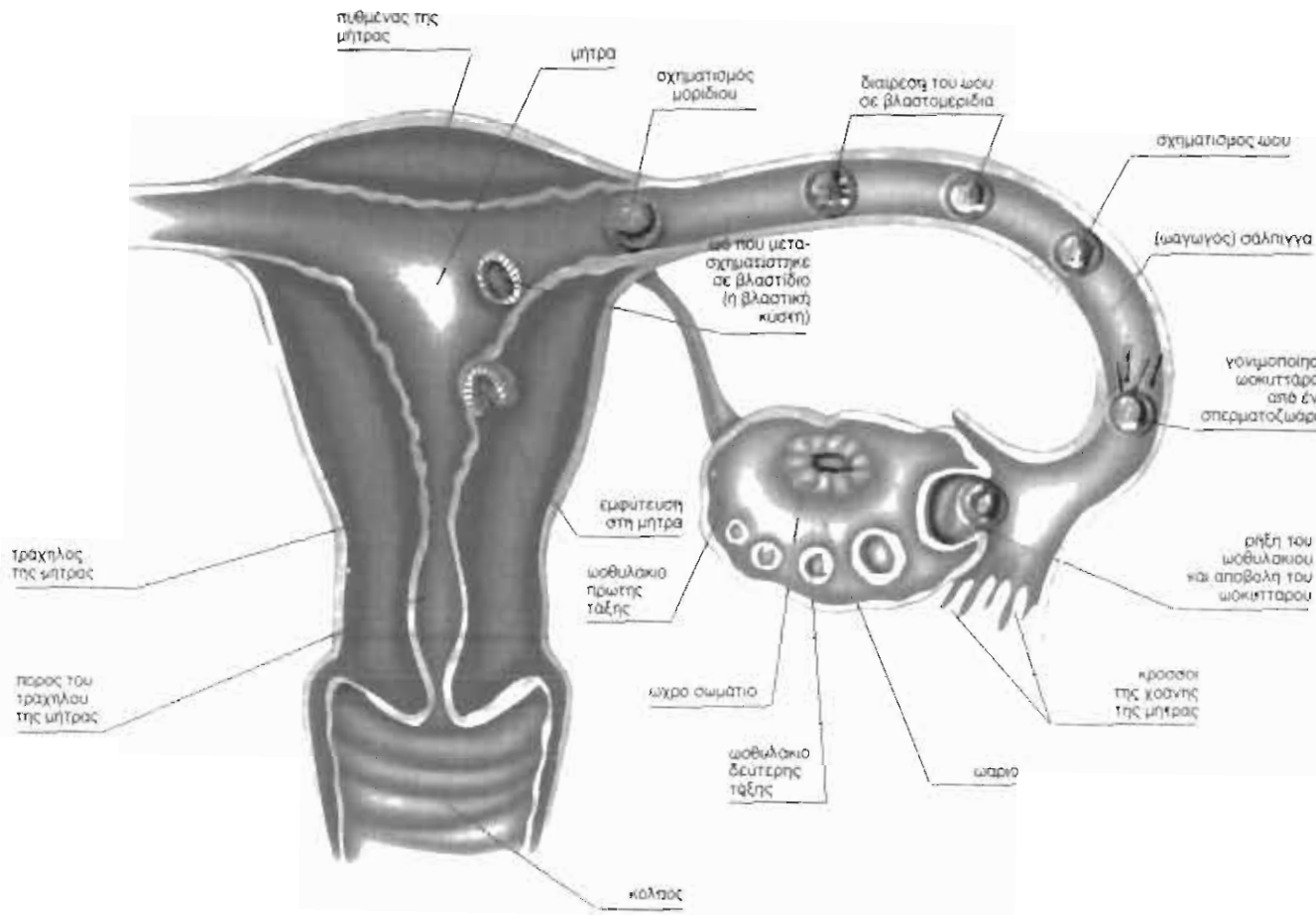
ΛΙΑΤΟΜΗ ΤΗΣ ΩΟΘΗΚΗΣ



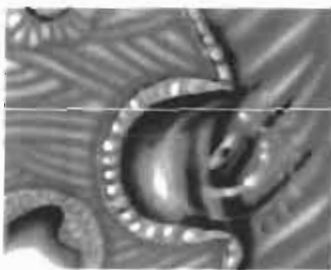
ΔΟΜΗ ΕΝΟΣ ΩΑΡΙΟΥ



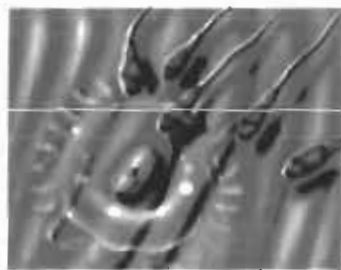
6. Γένεση και πορεία ενός γονιμοποιηθέντος ωοκυττάρου



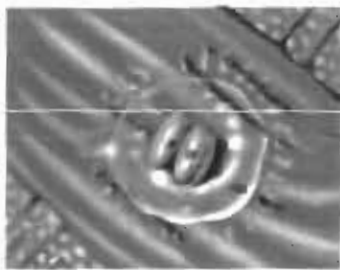
ΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΓΕΝΕΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ (ΩΟΚΥΤΤΑΡΟ+ΣΠΕΡΜΑΤΟΖΩΑΡΙΟ) ΜΕΧΡΙ ΤΟΝ ΕΜΦΩΛΕΑΣΜΟ ΣΤΗ ΜΗΤΡΑ



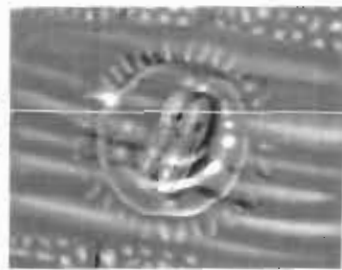
ρήξη του ωοθυλακίου και αποβολή του ωοκυττάρου (ωαρίου)



γονιμοποίηση του ωοκυττάρου από ένα σπερματοζωάριο και σχηματισμός του ζυγώτη



Διαίρεση του ζυγώτη, πορεία προς τη μήτρα, δύο βλαστομερίδια



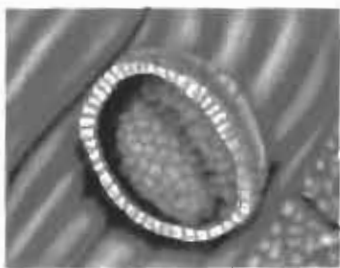
Διαίρεση του ζυγώτη, πορεία προς τη μήτρα, τέσσερα βλαστομερίδια



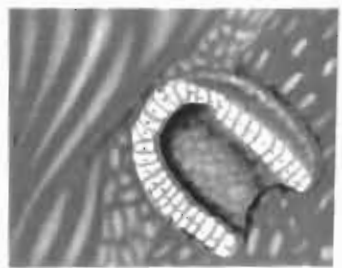
Διαίρεση του ζυγώτη, πορεία προς τη μήτρα, οκτώ βλαστομερίδια



σχηματισμός μωρίδιου, ενός συσσωματωματός 32 βλαστομεριδίων



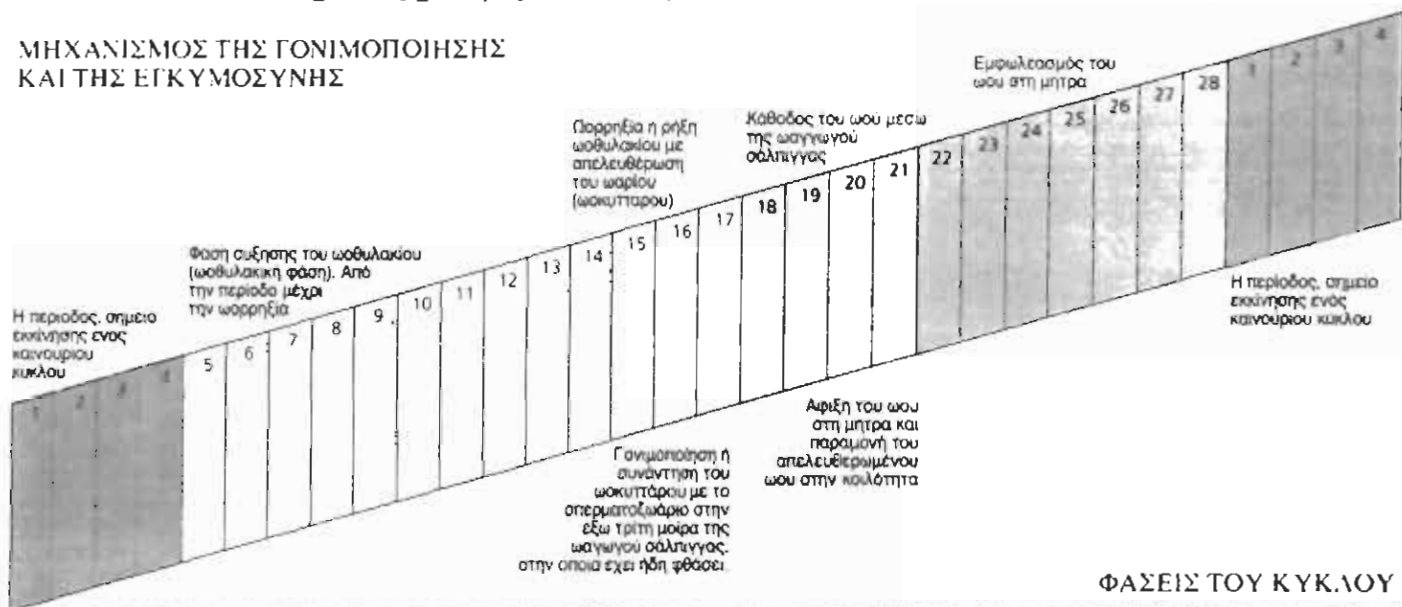
το μωρίδιο με τα βλαστομερίδια σε κατάσταση βλαστιδίου



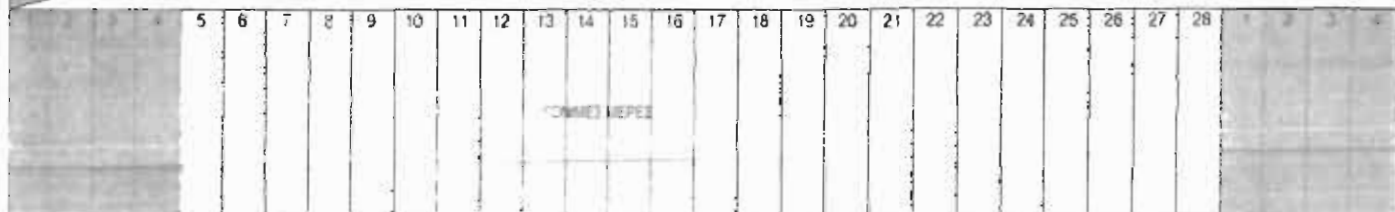
εμφύτευση του μωριδίου στα τοιχώματα της μήτρας

7. Ο κύκλος της εμμηνορρυσίας

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

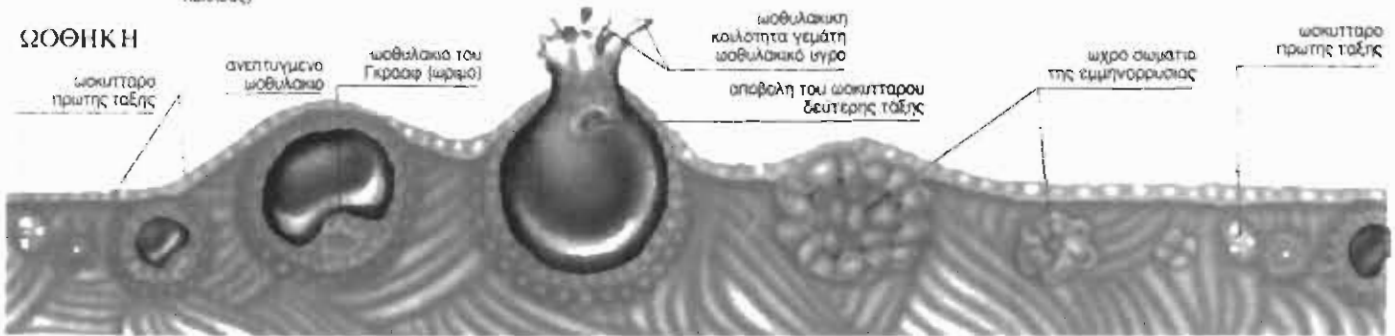


ΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΥ

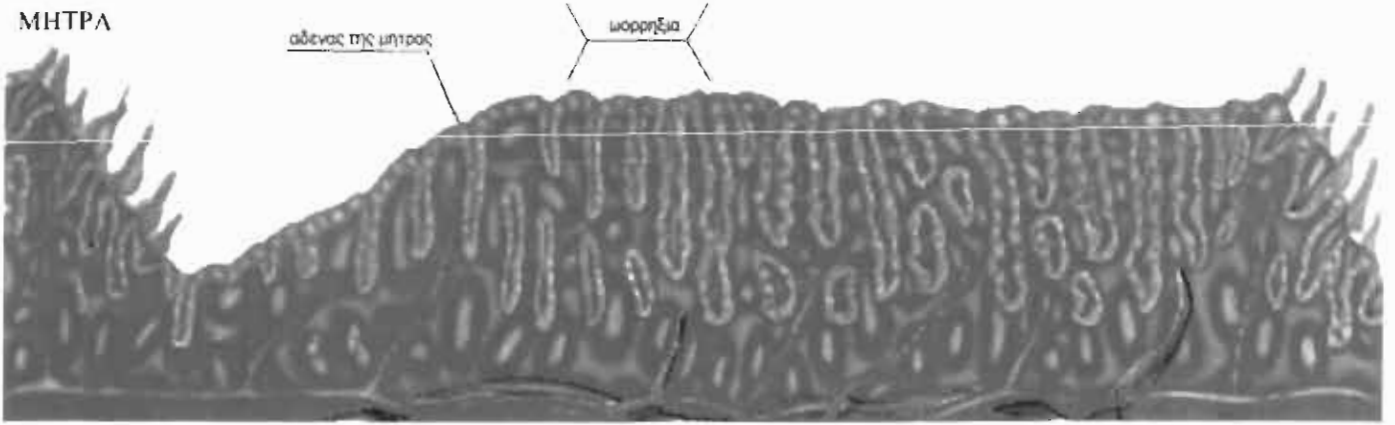


1. Η περίοδος της οποίας η διάρκεια είναι κυμαινόμενη
2. Φάση αύξησης του ωοθυλακίου (μπορεί να διαρκέσει και πάνω από 14 μέρες, σε μεγάλους κύκλους)
3. Πορρηξία, η ημερομηνία της οποίας είναι αδύνατον να προσδιοριστεί εκ των προτέρων
4. Φάση εκκίνησης του χώρου σωματίου, στην οποία μόνο η θερμική καμπύλη μπορεί να προσδιοριστεί με βεβαιότητα
1. Η περίοδος της οποίας η διάρκεια είναι κυμαινόμενη

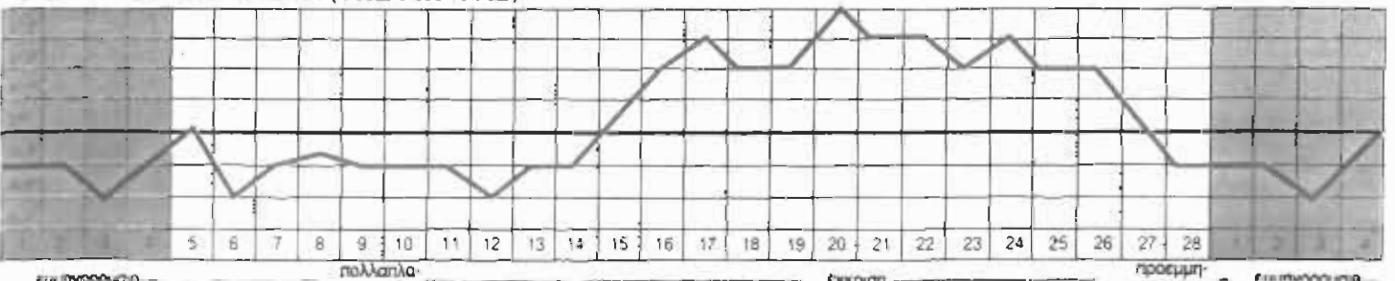
ΩΟΘΗΚΗ



ΜΗΤΡΑ

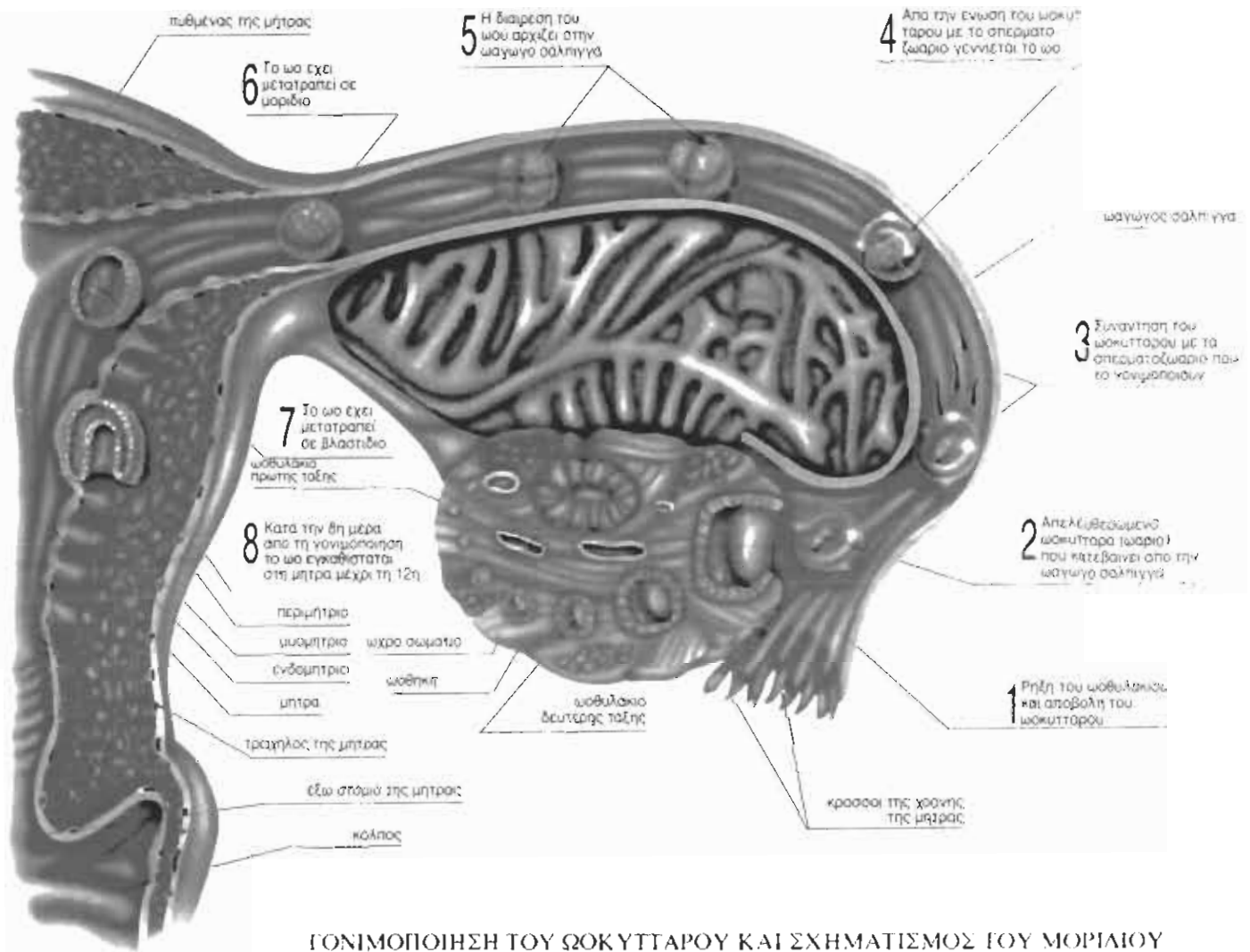


ΒΑΣΙΚΗ ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ (ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ)

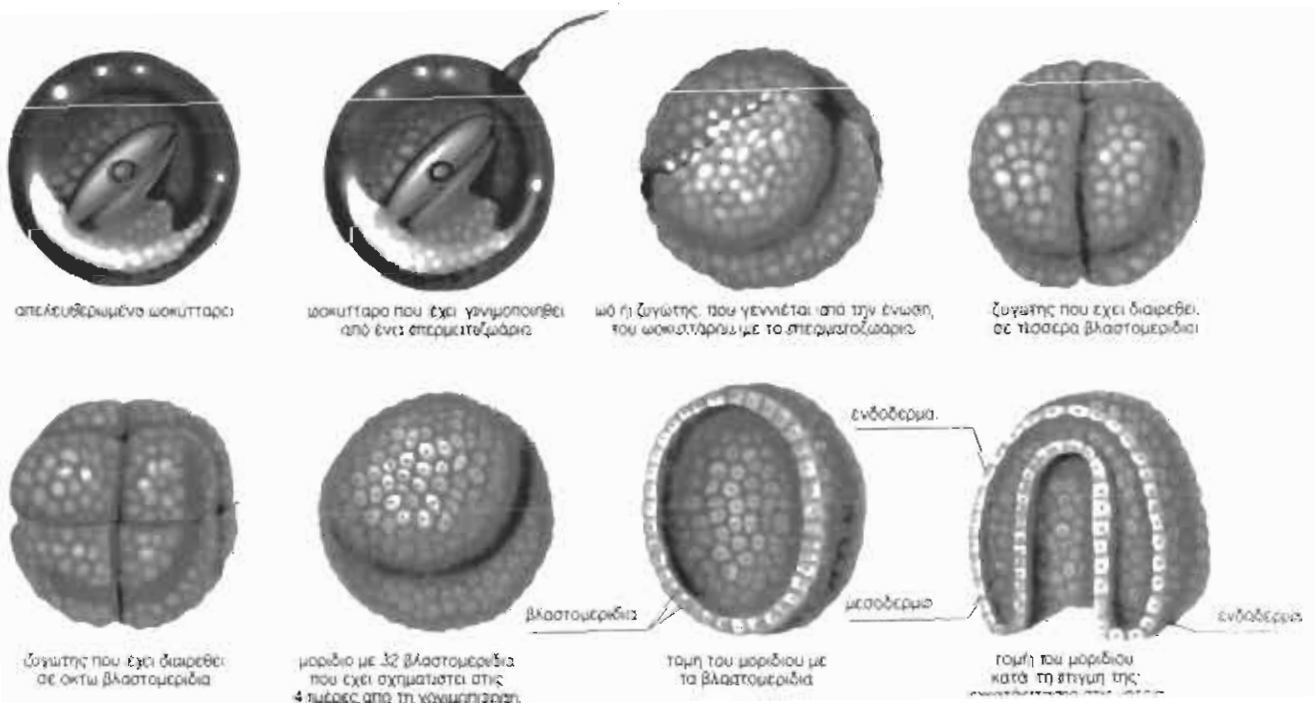


Η γονιμοποίηση

ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΕΜΦΩΛΕΑΣΜΟΣ



ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΩΟΚΥΤΤΑΡΟΥ ΚΑΙ ΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΜΟΡΙΔΙΟΥ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

3.1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Από τις κύριες νεοπλασίες των γεννητικών οργάνων της γυναίκας, η νεοπλασία του τραχήλου είναι η πιο σημαντική για τρεις λόγους: (α) παρουσιάζει πιο υψηλή επίπτωση (αλλά όχι θνησιμότητα) από εκείνη της νεοπλασίας του ενδομητρίου ή των ωοθηκών, (β) παρουσιάζει ιδιαίτερα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά που τη διακρίνουν τελείως από τις πιο πάνω νεοπλασίες και (γ) έχει μεγάλη κοινωνική σημασία, διότι πλήττει συχνά τις νεαρές γυναίκες⁸.

Η ηλικία εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου είναι μεταξύ των 48 και 55 ετών. Η αιχμή εμφάνισης του καρκίνου *in situ* αυξάνει μεταξύ των ηλικιών 25 έως και 40 ετών.

Ο καρκίνος του τραχήλου είναι περισσότερο συχνός στις γυναίκες χαμηλής κοινωνικοοικονομικής στάθμης, γυναίκες που ξεκίνησαν την ενεργό σεξουαλική ζωή σε νεαρή ηλικία, γυναίκες με μεγάλο αριθμό σεξουαλικών συντρόφων, γυναίκες που γέννησαν νέες, γυναίκες με εναλλαγή συντρόφων και στις πόρνες. Αντίθετα, η ασθένεια είναι λιγότερο συχνή στις μονογαμικές γυναίκες, στις γυναίκες που δεν έχουν καθόλου σεξουαλική ζωή (όπως στις καλόγριες) και στις γυναίκες που δεν έχουν παιδιά.

Ο συγκεκριμένος καρκίνος είναι σχετικά σπάνιος στις Εβραίες και στις Μουσουλμάνες.

Το ότι η συχνότητα της νόσου είναι χαμηλή στις Εβραίες συνδέθηκε με το γεγονός της περιτομής των ανδρών και ίσως λόγω κληρονομικής ανοσίας. Η εμπλοκή πάντως της περιτομής των Εβραίων σαν προστατευτικού

παράγοντα οδήγησε στην εξέταση και άλλων εθνικών ομάδων που κάνουν περιτομή.

Τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών συνηγορούν στο ότι οι διαφορές στην συχνότητα μεταξύ των συγκρινόμενων εθνικών ομάδων δεν μπορούν να αποδοθούν μόνο στην περιτομή, αλλά πρέπει να οφείλονται και σε άλλους συνοδούς παράγοντες (συνήθως μόρφωση, υγιεινή κ.λ.π.).

Ο τραχηλικός καρκίνος συμβαίνει πιο συχνά στις γυναίκες της Βορείου Αφρικής από ότι στις Ευρωπαίες και στις Αμερικανίδες πιθανόν, γιατί οι τελευταίες έχουν καλύτερες συνθήκες υγιεινής.

Χημικοί ερεθιστικοί παράγοντες δεν έχουν σαφώς συσχετισθεί με αυξημένη πιθανότητα πρόκλησης τραχηλικού καρκίνου στις γυναίκες, αν και παρόμοιος καρκίνος έχει αναπαραχθεί. Συγκεκριμένα, ο καρκίνος του τραχήλου στα τρωκτικά έχει παραχθεί με την επανειλημμένη τοποθέτηση ανθρώπινου σμήγματος.

Ορμονικοί παράγοντες στη μορφή των αντισυλληπτικών δεν έχουν σαφή συσχέτιση με τον καρκίνο του τραχήλου, αλλά η χρήση διαιθυλστυλβεστρόλης (DES) σε έγκυες γυναίκες έδειξε αυξημένη πιθανότητα τραχηλικού καρκίνου στις ίδιες αλλά και σε απογόνους τους.

Οι λοιμώδεις παράγοντες μπορούν να διαδραματίσουν κάποιο ρόλο στην ανάπτυξη τραχηλικού καρκίνου. Ο συγκεκριμένος τύπος καρκίνου μπορεί να χαρακτηριστεί ως σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Η ασθένεια συνδυάζεται με τον ολικό αριθμό των ερωτικών συντρόφων, που είχε μια γυναίκα στην μέχρι τώρα ερωτική της ζωή⁹.

Η ταυτοποίηση του ιού του απλού έρπητα τύπου 2 (HSV-2) και η ανεύρεση υψηλού τίτλου αντισωμάτων εναντίον του ιού στον τραχηλικό καρκίνος είναι αποδείξεις σαφής συσχέτισης μεταξύ της ασθένειας και επίδρασης.

Παρατηρείται περίπου στο 30% των περιπτώσεων των CNI I, II, 20% των περιπτώσεων του CNI III και 15% των περιπτώσεων μικροδιηθητικού καρκίνου¹⁰.

Άλλες σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, όπως χλαμύδια και τριχομονάδες δεν θεωρούνται αιτιολογικοί παράγοντες καρκίνου τραχήλου της μήτρας.

Ο ιός HPV (ανθρώπινος ιός κονδυλωμάτων HPV) φαίνεται να σχετίζεται με την ανάπτυξη τραχηλικής νεοπλασίας⁹.

Από πολυκεντρική έρευνα που έγινε στη Λατινική Αμερική αποδείχθηκε ότι η HPV φλεγμονή του γυναικείου γεννητικού συστήματος παίζει πολύ σπουδαίο ρόλο στην παθογένεια του τραχηλικού καρκίνου¹⁰.

Οι ιοί των κονδυλωμάτων 16 και 18 έχουν ενοχοποιηθεί¹¹.

Το προσωπικό και το παθητικό κάπνισμα είναι επίσης παράγοντες που διερευνήθηκαν στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Το προσωπικό κάπνισμα φάνηκε να αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο του τραχήλου και ο σχετικός κίνδυνος φάνηκε περίπου 35. Ο κίνδυνος για τις παθητικές καπνίστριες φαίνεται μεγαλύτερος σε εκείνες που είναι παράλληλα ενεργές καπνίστριες⁹.

Η σχέση μεταξύ καπνίσματος και τραχηλικής δυσπλασίας θα μπορούσε να εξηγηθεί από το ότι κάποια ουσία που περιέχεται στον καπνό του τσιγάρου, καταστέλλει τον ανοσοποιητικό μηχανισμό και έτσι επιτρέπει σε μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ουσία να προκαλέσει ανώμαλη κυτταρική ανάπτυξη, που καταλήγει στην τραχηλική δυσπλασία¹⁰.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

4.1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Επειδή πολλοί παράγοντες, που συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης νεοπλασίας του τραχήλου, έχουν σχέση με την σεξουαλική πράξη, πιθανολογείται ότι ο καρκίνος του τραχήλου είναι αφροδίσιο νόσημα. Ο παράγοντας ή οι παράγοντες, που προκαλούν την νόσο πρέπει να μεταδίδονται στη διάρκεια της συνουσίας. Η μόλυνση γίνεται συνήθως σε νεαρή ηλικία και φαίνεται ότι η επίδραση του παράγοντα ή των παραγόντων, θα πρέπει να υφίσταται για μεγάλο χρονικό διάστημα, ώσπου να αναπτυχθεί το νεόπλασμα.

Μεταξύ εκείνων των παραγόντων, οι οποίοι έχουν ενοχοποιηθεί, ο ιός του απλού έρπητα (τύπος 2) συζητείται περισσότερο.

Μια άλλη θεωρία σχετική με την αιτιολογία του τραχηλικού καρκινώματος υποστηρίζει σαν σημαντικό παράγοντα το *ανδρικό σπέρμα*. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, το DNA του πυρήνα των σπερματοζωαρίων μπορεί να είναι καρκινογόνο.

Στο σπέρμα υπάρχουν δύο βασικές πρωτεΐνες: 1) οι *πρωταμίνες* και 2) οι *ιστόνες*. Οι πρωταμίνες έχουν μια σημαντική ικανότητα να συνδέονται με το DNA των κυττάρων καθώς και με τα επιφανειακά μικροϊνίδια, η αύξηση των οποίων αποτελεί σταθερό εύρημα στα νεοπλασματικά κύτταρα. Βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ της συχνότητας του τραχηλικού καρκίνου και της κοινωνικής θέσης των ανδρών, ειδικά αυτών με υψηλή αναλογία πρωταμινών/ιστονών.

Οι γυναίκες ανδρών χαμηλής κοινωνικής θέσης έχουν 2 έως 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του τραχήλου, σε σύ-

γκριση με αυτές ανώτερων κοινωνικών τάξεων. Οι άνδρες αυτοί έχουν χαρακτηρισθεί επιδημιολογικά σαν «υψηλού κινδύνου».

Σήμερα δεν υπάρχουν πειστικές ενδείξεις για την καρκινογόνο ικανότητα του σπερματικού DNA. Εξάλλου είναι πολύ πιθανό οι άνδρες «υψηλού κινδύνου» να έχουν ασυμπτωματικές φλεγμονές του ουροποιογεννητικού συστήματος, οφειλόμενες στο ιό HSV-2 και έτσι να είναι φορείς και μεταδότες αυτού του ιού.

Ένας άλλος ιός έχει επίσης ενοχοποιηθεί σαν αίτιο της τραχηλικής νεοπλασίας. Αυτός είναι ο ιός που προκαλεί στον άνθρωπο θηλώματα (Human Papilloma Virus - HPV).

Σύμφωνα με τους υποστηρικτές της θεωρίας αυτής κονδυλωματώδεις βλάβες του τραχήλου μπορεί να εξελιχθούν σε ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία.

Αυξημένος κίνδυνος δυσπλασίας παρατηρείται σε γυναίκες με πεσμένα επίπεδα βιταμίνης A ή βιταμίνης C. Αναφέρονται σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα προδρόμου της βιταμίνης A (βήτα καροτίνης) και βιταμίνης C σε ασθενείς με διηθητικό καρκίνο του τραχήλου.

Όσον αφορά τις διαιτολογικές συνήθειες, έγινε μια μεγάλη έρευνα για να ελέγξει τη σημασία της πρόσληψης βιταμίνης A, C, E και φυλλικού οξέως για τον κίνδυνο καρκίνου του τραχήλου. Φάνηκε ότι γυναίκες που κατανάλωναν πράσινα και κίτρινα λαχανικά και χυμούς φρούτων είχαν μικρότερο κίνδυνο για καρκίνο του τραχήλου. Επίσης η, σε μεγάλες ποσότητες, διαιτητική λήψη καροτίνης σχετιζόταν με μικρότερο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου, ιδιαίτερα του πλακώδους τύπου. Υπήρξε μια αντίστροφη σχέση μεταξύ της κατανάλωσης βιταμίνης C και του τραχηλικού καρκίνου. Η υψηλή κατανάλωση επίσης βιταμίνης E συνδυάζεται με ελαττωμένο κίνδυνο. Η πρόσληψη προδρόμων της βιταμίνης A και φυλλικού οξέως δεν σχετιζόταν με τον κίνδυνο του τραχηλικού καρκίνου¹⁰.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

5.1. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Η εγκατάσταση και η έναρξη του καρκίνου είναι συνήθως σιωπηλή και ύπουλη. Τα πρώτα συμπτώματα που παρουσιάζει η άρρωστη είναι τόσο ελαφρά που παραβλέπονται. Όταν όμως ο καρκίνος μεγαλώσει αρκετά τότε προκαλεί ένα ή περισσότερα από τα συμπτώματα που θα αναφερθούν στη συνέχεια¹².

Τα συμπτώματα εξαρτώνται από τη μορφή και τα στάδια εξέλιξης του καρκίνου. Στις δυσπλασίες, στο προδιηθητικό και στο μικροδιηθητικό καρκίνωμα στην αρχή υπάρχει κολπική υπερέκκριση, πυώδης ή αιματηρή και σταγονοειδής αιμορραγία μετά τη συνουσία ή την κολπική πλύση¹.

Η λευκόρροια σιγά-σιγά αυξάνει σε ποσότητα, γίνεται σκοτεινού χρώματος και κάκοσμη εξαιτίας της νέκρωσης και της μόλυνσης της μάζας του όγκου. Η αιμορραγία συμβαίνει σε ακανόνιστα χρονικά διαστήματα, ανεξάρτητα από την περίοδο ή και μετά την κλιμακτήριο (μητρορραγία) και οφείλεται στην αρχόμενη εξέλκωση. Αρχικά η αιμορραγία μπορεί να είναι πολύ μικρή σε ποσότητα, καθώς όμως η νόσος προχωρεί η αιμορραγία γίνεται πιο σταθερή.

Σε προχωρημένες καταστάσεις παρουσιάζονται πόνοι στο υπογάστριο και οσφυαλγία, που τυχαίνει και να λείπουν εντελώς όσο δεν πιέζονται από καρκινικές μάζες ή διηθήσεις μεγαλύτερα αισθητικά νεύρα.

Η επέκταση του καρκίνου στην ουροδόχο κύστη προκαλεί συμπτωματική και κάποτε βαριά κυστίτιδα με αιματουρία και κυστεοκολπικά συρίγγια, στους ουρητήρες προκαλεί απόφραξη, ενώ στο ορθό ακράτεια κοπράνων και ορθοκολπικά συρίγγια.

Όταν οι καρκινικές διηθήσεις πιέζουν αγγεία και νεύρα οι πόνοι γίνονται αφόρητοι και παρουσιάζονται οιδήματα των κάτω άκρων¹³.

Η καχεξία είναι χαρακτηριστική στις προχωρημένες περιπτώσεις. Η ασθενής εμφανίζει ελαφρά πυρετική κίνηση και παρουσιάζει σημεία απώλειας σωματικού βάρους και αναιμία. Αισθάνεται επίσης καταβολή δυνάμεων και φόβο. Τα παραπάνω είναι αποτέλεσμα της παρατεταμένης φλεγμονής².

Η τελική εικόνα είναι η μεγάλου βαθμού απίσχαυση και αναιμία, συχνά δε, υπάρχει και διαλείπων πυρετός οφειλόμενος σε δευτεροπαθή μόλυνση, περιτονίτιδα και σχηματισμό αποστημάτων στην εξελκωμένη μάζα του όγκου¹³.

Σε περισσότερο προχωρημένα στάδια υπάρχουν συμπτώματα πίεσης από διήθηση, δηλ. οιδήματα των σκελών από φλεβική ή λεμφική έμφραξη, πνευμονεφρίτιδα, υδρονέφρωση, στην οποία οφείλεται, τις περισσότερες φορές, ο θάνατος¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

6.1. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Στην τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία περιλαμβάνονται οι τύποι CIN I, CIN II, CIN III (όπου CIN: Cervical Intraepithelial Neoplasia). Ο όρος CIN προτάθηκε για πρώτη φορά από τον Richard το 1967.

Στο CIN I περιλαμβάνεται η ήπια δυσπλασία, στο CIN II η μέτρια δυσπλασία και στο CIN III η βαριά δυσπλασία και το καρκίνωμα *in situ*⁹.

Ανεξάρτητα από το βαθμό η ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία χαρακτηρίζεται από ένα ανώμαλο επιθήλιο στο οποίο ο προσανατολισμός και η ωρίμανση των κυττάρων έχει διαταραχθεί και τα κύτταρα παρουσιάζουν μεταβολές του πυρήνα και του κυτταροπλάσματος.

Υπολογίστηκε ότι ο μέσος χρόνος για να γίνει μια πολύ ελαφρού βαθμού δυσπλασία *in situ* καρκίνωμα είναι 6 χρόνια, μια ελαφρού βαθμού 3, μια μετρίου βαθμού 2 και μια βαριά δυσπλασία 1 χρόνος¹⁰.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι παρατηρήσεις αυτές έγιναν σε μεγάλο αριθμό γυναικών και ότι δεν μπορούν με αντικειμενικό τρόπο να προκαθορίσουν σε μια συγκεκριμένη γυναίκα, αν θα εξαφανισθεί ή θα επιμείνει η δυσπλασία, αν θα μεταπέσει σε μεγαλύτερο βαθμό ή θα γίνει διηθητικό νεόπλασμα. Με τα παραπάνω δεδομένα, της μη δυνατότητας δηλαδή προκαθορισμού σε ποια ασθενή θα γίνει μια ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία διηθητικό καρκίνωμα σε δεδομένο χρόνο, θα πρέπει αν διαπιστωθεί μια CIN ανεξάρτητα από το βαθμό της να θεραπευτεί για να μη μεταπέσει σε διηθητικό καρκίνωμα.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι τα δεδομένα δείχνουν ότι δυσπλασία και *in situ* καρκίνωμα αποτελούν μέρος μιας επεξεργασίας η

οποία καταλήγει στο διηθητικό καρκίνωμα. Επομένως η θεραπεία των προδιηθητικών βλαβών του τραχήλου δεν θα πρέπει να στηρίζεται μόνο στη διάκριση δυσπλασία in situ καρκίνωμα, αλλά θα πρέπει να εξατομικεύεται και να λαμβάνεται υπ' όψιν για την θεραπεία, τόσο η ιστολογική εικόνα, όσο και ο εντοπισμός και η κατανομή της ενδοεπιθηλιακής βλάβης⁹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

7.1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

7.1α. Φυσική Εξέταση

Η διάγνωση του καρκίνου γίνεται:

(α) Με τη γενική κλινική και εργαστηριακή εξέταση του αρρώστου (ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό, φυσική εξέταση και γενικές εξετάσεις).

(β) Με τη βοήθεια ειδικών εξετάσεων, όπως ακτινογραφίες, τραχηλοσκόπηση, ιστολογία τραχήλου, κυτταρολογικό έλεγχο, κ.ά.

Η έγκαιρη διάγνωση επιτυγχάνεται με την άμεση επίσκεψη στο γυναικολόγο για έλεγχο:

- ενός κνησμού που επιμένει,
- μιας οξείας φλεγμονής,
- μιας αιμορραγίας μετά από σεξουαλική επαφή,
- μιας διαταραχής της εμμήνου ρύσεως¹⁴.

7.1β. Επισκόπηση - Ψηλάφηση

Προκειμένου να διαγνώσουμε τον καρκίνο προβαίνουμε στις παρακάτω εξετάσεις:

Κλινική Εξέταση. Η κλινική εξέταση επιτυγχάνεται με την επισκόπηση και την ψηλάφηση.

Επισκόπηση

Αν πρόκειται για δυσπλασία, με την επισκόπηση δε θα διαπιστώσουμε την ύπαρξη αλλοίωσης του επιθηλίου του, γιατί η βλάβη δεν είναι φανερή.

Αν πρόκειται για καρκίνωμα *in situ*, ο τράχηλος, είτε θα εμφανίζεται φυσιολογικός είτε θα εμφανίζει ερυθρότητα ή ελαφρά διάβρωση στη λευκοπλακική εστία. Γενικά, σε πρώιμο στάδιο, ο καρκίνος μοιάζει με τραχηλίτιδα.

Σε καρκίνωμα προχωρημένου σταδίου, η πάθηση κάνει την εμφάνισή της με τη μορφή ψευδοδιάβρωσης, ανώμαλης εξέγκωσης, που μοιάζει με κρατήρα, ή μάζας που μοιάζει με ανθοκράμβη (κουνουπίδι), αν πρόκειται για εξωφυτική μορφή του. Αν όμως πρόκειται για ενδοφυτική μορφή, τότε ο τράχηλος εμφανίζεται παχύς και μοιάζει με βαρέλι. Η ψευδοδιάβρωση, η εξέγκωση και η εξωφυτική του μορφή εύκολα αιμορραγούν και, όσο προχωρήσει η διήθηση, οι ιστοί γίνονται περισσότερο εύθρυπτοι και αιμορραγούν περισσότερο.

Ψηλάφηση

Στην αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση από τον κόλπο ή το ορθό, θα ψηλαφήσουμε την καρκινωματώδη μάζα, όταν αυτή είναι τόσο εξωφυτική και την περιορισμένης κινητικότητας μήτρα, γιατί αυτή καθηλώθηκε από τη διήθηση¹.

7.2. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Περιλαμβάνουν:

- Τη λεμφαγγείο-λεμφαδενογραφία, για την εκτίμηση της έκτασης των λεμφαδενικών μεταστάσεων.
- Την ακτινογραφία θώρακα, της σπονδυλικής στήλης και της πυέλου, για τον έλεγχο μεταστάσεων.
- Την υπερηχογράφηση, την αξονική και μαγνητική τομογραφία, για την εκτίμηση της έκτασης της πάθησης. Χρησιμοποιείται συχνά για την εκτίμηση εξωτραχηλικής επέκτασης του όγκου⁹.

- Την πνευμογραφία, για τον έλεγχο των ουρητήρων και νεφρών.

7.3. ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ

Περιλαμβάνει:

- 1) Την *τραχηλοσκόπηση* και στη συνέχεια τη δοκιμασία *Schiller*, στην οποία χρησιμοποιούμε διάλυμα Lugol (1% ιώδιο και 2% ιωδιούχο κάλιο), που έχει την ιδιότητα να βάφει καφεκίτρινα τα φυσιολογικά κύτταρα του τραχήλου και να αφήνει άβαφα τα παθολογικά, γιατί δεν περιέχουν γλυκογόνο. Η δοκιμασία Schiller μας βοηθάει να εντοπίσουμε την πάσχουσα περιοχή, προκειμένου να εκτελέσουμε ιστοληψία του τραχήλου.

Στην τραχηλοσκόπηση χρησιμοποιούμε διάλυμα οξικού οξέως 3% που καθαρίζει τον τράχηλο και ρευστοποιεί τη βλέννα του. Ελέγχουμε με αυτή τη ζώνη μετάπτωσης του πλακώδους επιθηλίου, όπου συμβαίνει η πλακώδης μεταπλασία, και αναζητάμε την ύπαρξη λευκοπλακίας, διάστιξης, μωσαϊκού, άτυπης αγγείωσης, εκτοπίας και καρκίνου στη διηθητική του μορφή. Σ' αυτόν διαπιστώνεται η ύπαρξη κιτρινωπού επιθηλίου με περιοχές που στο άγγιγμά τους αιμορραγούν, εξελκώσεις με χείλη λευκά από το οξικό οξύ, έντονο μωσαϊκό, αγγεία σε σχήμα κόμματος ή τερμπουσόν κ.λ.π.

Τα τραχηλικά ευρήματα, ανάλογα με τη μορφή της βλάβης, βαθμολογούνται από 0-2, εκτιμώντας τα όρια της αλλοίωσης, το χρώμα, τα αγγεία και την απόχρωση του ιωδίου. Η τραχηλοσκόπηση, σε ηλικιωμένες γυναίκες σε ποσοστό μεγαλύτερο από 50% δεν εντοπίζει όλη τη βλάβη, γιατί η ζώνη μεταπλασίας βρίσκεται μέσα στον τραχηλικό αυλό.

- 2) Την *κυστεοσκόπηση*, που σε περίπτωση προσβολής της ουροδόχου κύστης, θα βρούμε φουσαλιδώδες οίδημα ή διήθηση.

- 3) Την *πρωκτοσκόπηση*, όταν υπάρχουν συμπτώματα από το ορθό¹.

7.4. ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ

Στην τελευταία δεκαετία φαίνεται ότι υπάρχει δραματική μεταβολή στην φυσική ιστορία του καρκίνου του τραχήλου και των προκαρκινικών σταδίων του. Αυτό αφορά την αύξηση της συχνότητας εμφάνισής της (για μερικούς 10πλάσια εμφάνιση σε ηλικία μικρότερη από τα 35) και την αύξηση των χαμηλής διαφοροποίησης και επομένως μεγαλύτερης κακοήθειας μορφών σε υψηλό βαθμό λεμφαδενικών μεταστάσεων. Όλα αυτά δείχνουν πόσο μεγάλη σημασία έχει ο προληπτικός έλεγχος με το τεστ Παπανικολάου. Η κυτταρολογία πατέρας της οποίας θεωρείται ο Έλληνας Γεώργιος Παπανικολάου, εμφανίστηκε σαν διαγνωστικό μέσο πριν 50 περίπου χρόνια, χάρη στις άοκνες προσπάθειές του και την εμπειριστατωμένη έρευνά του. Σήμερα με τη βοήθεια και άλλων παραϊατρικών επιστημών και οργάνων όπως η μοριακή βιολογία, η ανοσοϊστοχημεία, το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο, η κυτταρομετρία με Η/Υ, έχει εξελιχθεί σε επίπεδο υψηλής διαγνωστικής ακρίβειας και είναι υποχρέωση του κάθε επιστήμονα να γνωρίζει τις δυνατότητές του.

Υλικό γυναικολογικό για κυτταρολογική εξέταση μπορεί να ληφθεί απ' ευθείας από το σημείο που θέλουμε να εξετάσουμε με σπάτουλα, βαμβάκοφόρο στυλεό ή ψύκτρα (βουρτσάκι). Οι τρόποι λήψης υλικού γίνονται σε εξωτερικό ιατρείο χωρίς αναισθησία. Αμέσως μετά, το υλικό επιχρίεται σε οινόπνευμα 96% επί 15' ή με ειδικό spray. Μετά την μονιμοποίηση το υλικό βάφεται με χρώση Παπανικολάου και ακολουθεί η μικροσκόπηση¹⁰.

Το τεστ Παπανικολάου είναι η πιο διαδεδομένη κυτταρολογική εξέταση και αφορά κυρίως την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Σε χώρες που έχει χρησιμοποιηθεί σαν μαζικός έλεγχος (screening test),

όπως στις ΗΠΑ, και υπάρχουν στατιστικά στοιχεία, παρατηρείται ραγδαία ελάττωση του διηθητικού καρκινώματος⁹.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν παρόμοιες στατιστικές και δε γίνεται συστηματικός έλεγχος ούτε μαζικός προληπτικός έλεγχος¹⁰.

Το 1988 το Αμερικανικό Κολέγιο Γυναικολόγων και το Αμερικανικό Συμβούλιο Καρκίνου συμφώνησαν στην κάτωθι ανακοίνωση: «Όλες οι γυναίκες που πρόκειται ή έχουν αρχίσει ενεργό σεξουαλική ζωή ή έχουν φτάσει σε ηλικία των 18 ετών θα πρέπει να υποβάλλονται σε ένα ετήσιο έλεγχο με Pap test και γυναικολογική εξέταση»⁹.

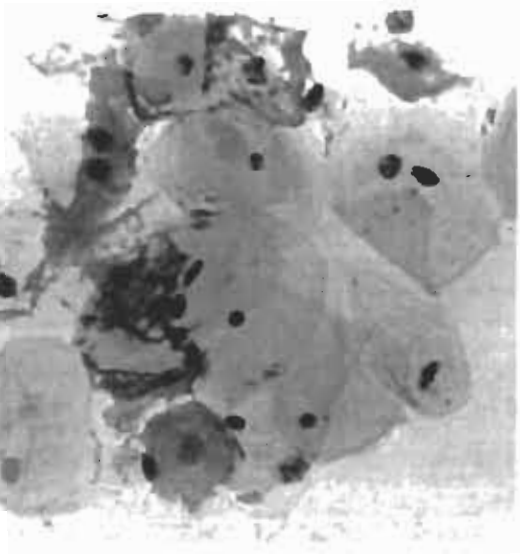
Ανωμαλίες του τραχήλου θα παρουσιαστούν στο επίχρισμα μόνο αν τα κύτταρα της επιφάνειας του επιθηλίου είναι ανώμαλα. Υπερπλασία του πλακώδους επιθηλίου είναι δυνατόν να μην καταδειχτεί στο Pap test, αλλά υπερκεράτωση, δυσκαρίωση που είναι προκαρκινική αλλοίωση θα φανούν¹⁵.

Οι δυσκαρίώσεις διακρίνονται σε: α) ελαφρά, β) μέτρια και γ) έντονη δυσκαρίωση.

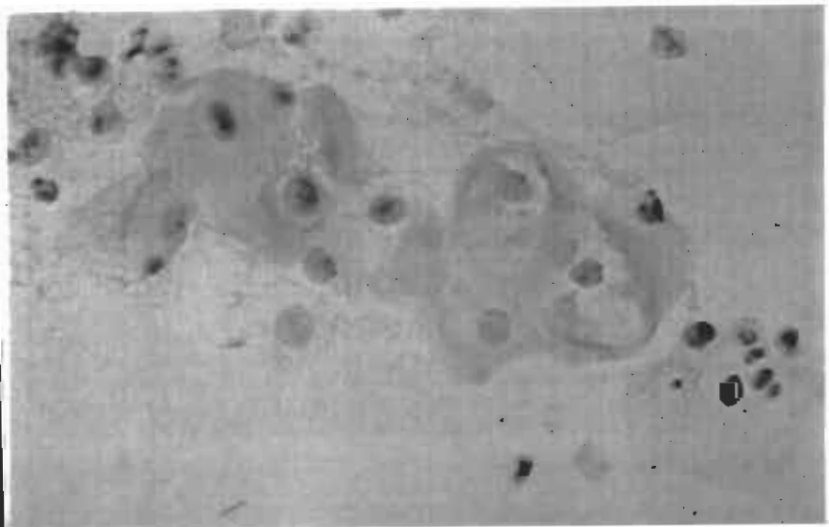
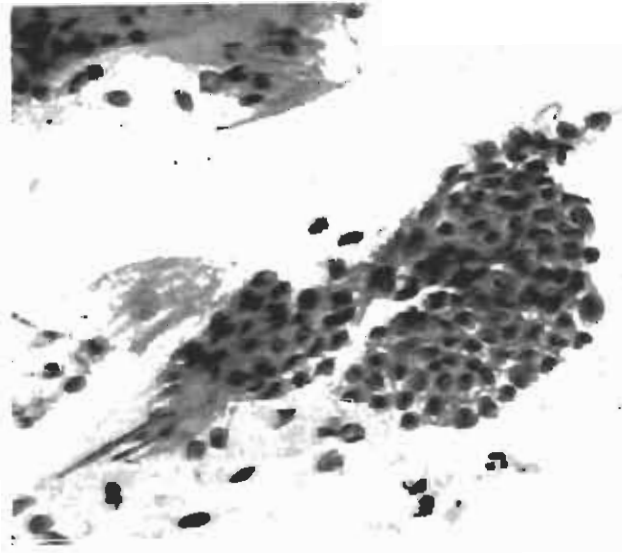
Η δυσκαρίωση σαν κυτταρική ατυπία αφορά τον πυρήνα ο οποίος μεγαλώνει με αποτέλεσμα να διαταράσσεται η σχέση πυρήνα/πρωτόπλασμα. Οι αλλαγές του πυρήνα είναι αύξουσες και ανάλογα με την έντασή τους χαρακτηρίζουν την ελαφρά, μέτρια και έντονη βαθμίδα. Όταν όμως φτάσουμε στην έντονη δυσκαρύωση, στα βασικά κύτταρα, τότε έχουμε φτάσει στο καρκίνωμα *in situ*. Ως εδώ είναι ενδοθηλιακές οι νεοπλασίες (CIN). Παραμένει η βασική μεμβράνη ανέπαφη, που αν ραγεί και προχωρήσει η κακοήθεια, το καρκίνωμα θα είναι πια διηθητικό. (Βλ. Εικόνα 9, 10).

ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ

Φυσιολογικό πλακώδες επιθήλιο (Pap test)

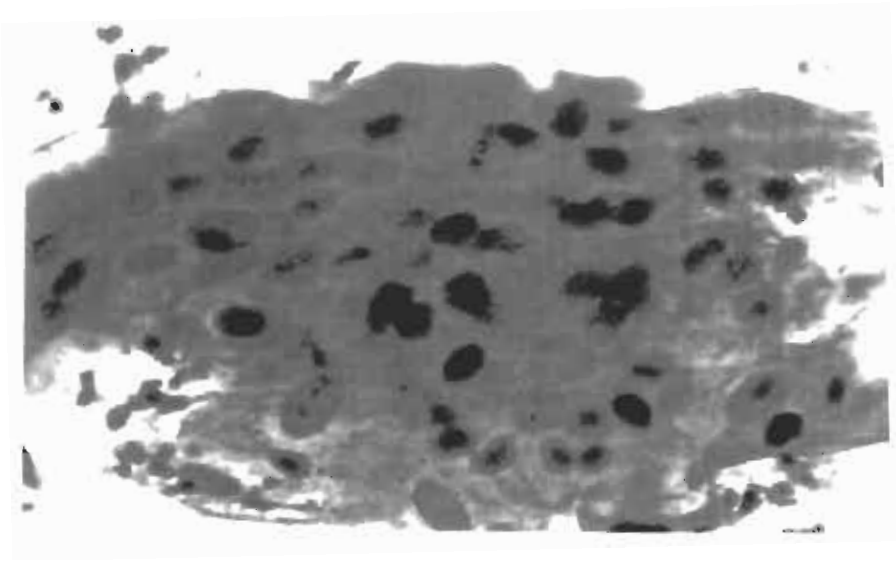


Φυσιολογικά κύτταρα ενδοτριχήλου αδενικά (Pap test)

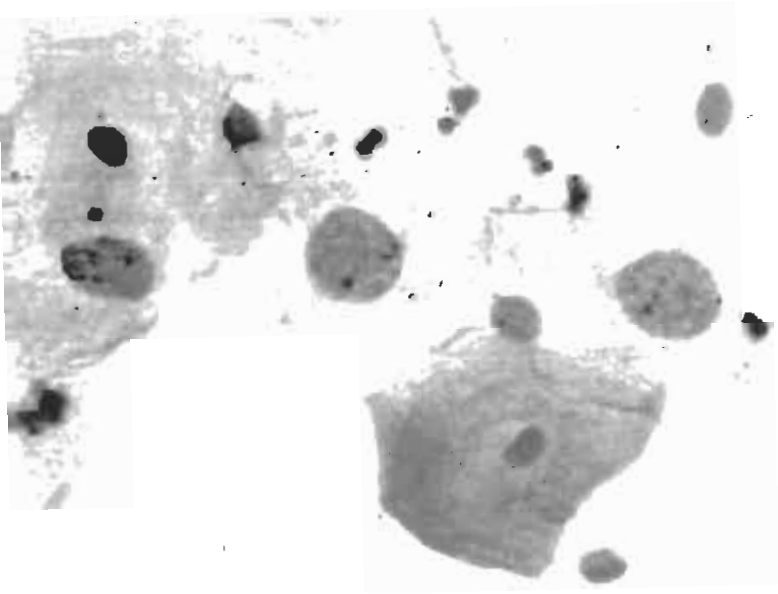


Κοιλοκύττωση σε Η.Ρ.Υ. (Hu-...)

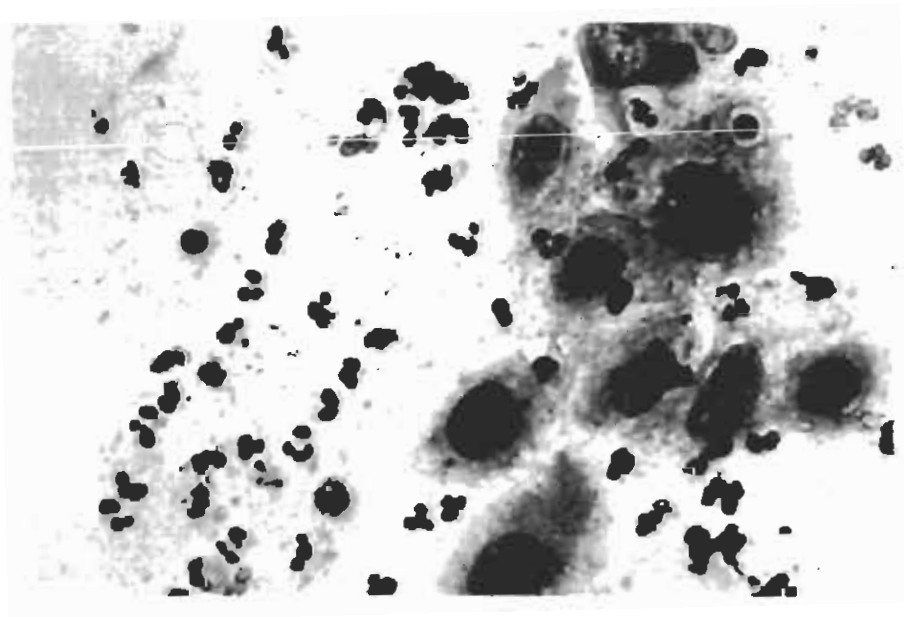
Δυσκεράτωση σε Η.Ρ.Υ.
(Pap test)



CIN I (Pap test)



CIN II (Pap test)



Κολποτραχηλικό Επίχρισμα ταξινομημένο κατά Παπανικολάου και Bethesda	
Κατηγορία IA	<ul style="list-style-type: none"> ■ δεν ανευρίσκονται άτυπα κύτταρα
Κατηγορία IB	<ul style="list-style-type: none"> ■ δεν ανευρίσκονται άτυπα κύτταρα ■ ήπια προς μέτρια φλεγμονή
Κατηγορία II	<ul style="list-style-type: none"> ■ άτυπα πλακώδη και αδενικά κύτταρα υπόπτου εκτιμήσεως
Κατηγορία IIIA	<ul style="list-style-type: none"> ■ μικρού βαθμού βλάβη πλακωδών ενδοεπιθηλιακών κυττάρων. Περιλαμβάνει: <ol style="list-style-type: none"> I. HPV με ή χωρίς δυσπλασία II. CIN I (ήπια δυσπλασία πλακώδους επιθηλίου)
Κατηγορία IIIB	<ul style="list-style-type: none"> ■ μεγάλου βαθμού βλάβη πλακωδών ενδοεπιθηλιακών κυττάρων. <ol style="list-style-type: none"> I. CIN II (μέτρια δυσπλασία πλακώδους επιθηλίου. II. CIN III (βαριά δυσπλασία πλακώδους επιθηλίου) III. Διηθητικό καρκίνωμα IV. Αδενοκαρκίνωμα

Η κυτταρολογία λοιπόν, προλαμβάνει το διηθητικό καρκίνωμα με το Pap test και όταν διαγνωστεί ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία μη αναστρέψιμη επεμβαίνει ο γυναικολόγος και η άρρωστη έχει σωθεί¹⁰.

7.5. ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗ

Αν και η κολποσκόπηση αναπτύχθηκε από τον Hinselmann το 1952 και είχε ευρέως χρησιμοποιηθεί στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική για τη διάγνωση των παθήσεων του τραχήλου, η τεχνική δείχνει να κερδίζει δημοσιότητα στις Ηνωμένες Πολιτείες και στην Αγγλία. Στα πρόσφατα χρόνια,

οι κυτταρολογικές τεχνικές έχουν τελειοποιηθεί τόσο, ώστε όλο και περισσότερα προβλήματα παρουσιάζονται στο να βρίσκει κανείς μικρές ύποπτες περιοχές του κόλπου για κλινική έρευνα. Η κυτταρολογία και η κολποσκόπηση συμπληρώνουν η μία την άλλη και χρησιμοποιώντας και τις δύο τεχνικές φτάνουμε σε υψηλά ποσοστά διάγνωσης¹⁵.

Όταν ένα ανώμαλο επίχρισμα ή μια κλινική εξέταση οδηγούν στην υποψία ότι υπάρχει δυσπλασία ο γυναικολόγος πρέπει να ακολουθήσει ορισμένους κανόνες. Είναι απαραίτητο να περιμένουμε ακόμη και ένα μήνα μέχρι να γίνει η κολποσκόπηση για να βρούμε τον τράχηλο σε περίοδο λήψης αντισυλληπτικών χαπιών ή θεραπεία για κάποια μόλυνση. Σε γυναίκες στην εμμηνόπαυση η κολποσκόπηση και οι βιοψίες θα πρέπει να ακολουθήσουν μετά χορήγηση οιστρογόνων. Η κολποσκόπηση είναι το κλειδί που θα μας δείξει με εύκολο τρόπο και χωρίς χειρουργική επέμβαση τη θέση συνένωσης πλακώδους-κυλινδρικού επιθηλίου όπου πιθανόν να υπάρχει δυσπλασία ή ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα.

Για μια κολποσκόπηση απαιτούνται μητροσκόπια, λαβίδες, ψαλίδι βιοψίας, μικρό ξέστρο, ενδοτραχηλικό μητροσκόπιο, μόλη, διαθερμία, τολύπια, φυσιολογικός ορός, οξικό οξύ 1-3%, Lugol και τα απαραίτητα για το test Pap.

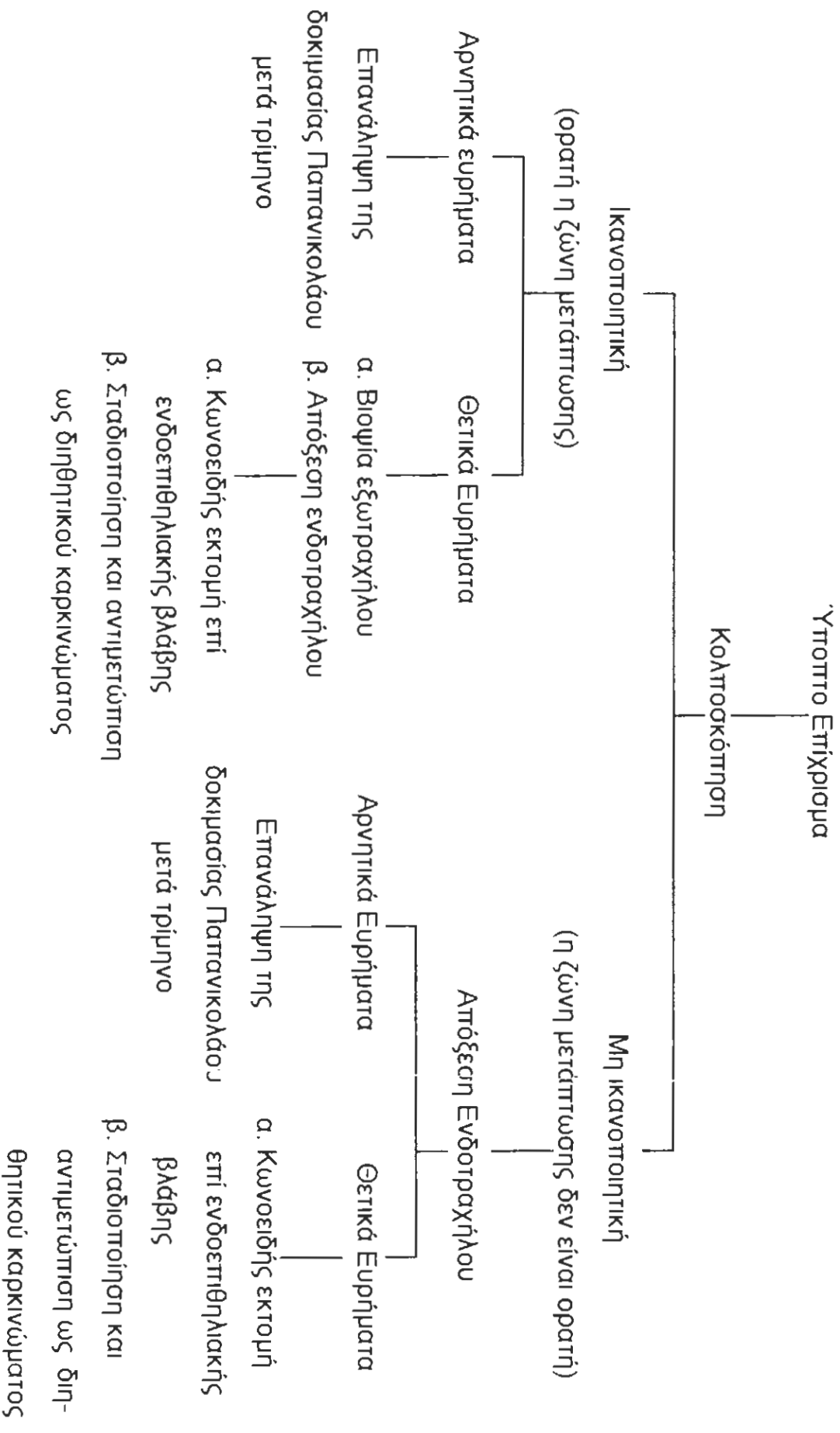
Το κατάλληλο μητροσκόπιο μπαίνει μέσα στον κόλπο. Πρέπει να ανακαλύπτεται όσο το δυνατόν περισσότερος τράχηλος και το ανώτερο του κόλπου. Ο τράχηλος και ο κόλπος καθαρίζονται με βαμβακυφόρο στυλεό και στη συνέχεια με φυσιολογικό ορό. Μετά παρατηρούμε.

Στη συνέχεια τοποθετούμε οξικό οξύ οπότε γίνεται ορατή η συμβολή πλακώδους και κυλινδρικού επιθηλίου και οι θηλές του αδενικού βλεννογόνου. (Βλ. Εικόνα 11)

Η κολποσκόπηση πρέπει να περιλαμβάνει την εξέταση του εξωτραχήλου, του τραχηλιακού στομίου, την ζώνη μετάπτωσης, τους κολπικούς θόλους και τα κολπικά τοιχώματα¹⁰.

7.6. ΤΡΑΧΗΛΟΓΡΑΦΙΑ

Εισήχθηκε ως μέθοδος για την απεικόνιση του τραχήλου το 1981. Μια κάμερα 35 mm χρησιμοποιείται για φωτογράφιση του τραχήλου μετά την τοποθέτηση οξικού οξέος. Αυτές οι φωτογραφίες είναι δυνατόν να ληφθούν με πολύ λίγη εκπαίδευση και το φιλμ στέλνεται κατόπιν στο εργαστήριο. Εκεί αναλύεται από έναν έμπειρο κολποσκόπο. Οι ασθενείς ταξινομούνται σ' αυτές που έχουν φυσιολογική ζώνη μετάπτωσης (πολύ μικρός κίνδυνος για τραχηλική νεοπλασία), ανώμαλη ζώνη μετάπτωσης (υψηλός κίνδυνος για τραχηλική νεοπλασία) ή ένα μη ικανοποιητικό αποτέλεσμα (εδώ χρειάζεται περαιτέρω έρευνα).



7.7. ΚΟΛΠΟΜΙΚΡΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η τεχνική αυτή έχει μεγαλύτερες δυνατότητες από ότι η κολποσκόπηση. Το τραχηλικό επιθήλιο βάφεται με Meyer αιματοξυλίνη ή μπλε της τολουϊδίνης έτσι ώστε η ιστολογική επιφάνεια του τραχήλου να παρατηρηθεί. Αυτή η τεχνική δεν είναι ευρέως διαδεδομένη και δεν χρησιμοποιείται ως ρουτίνα διαγνωστικής προσέγγισης.

7.8. ΒΙΟΨΙΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Η τραχηλική βιοψία ενδείκνυται όταν υπάρχει μια ευμεγέθους ορατή περιοχή του τραχήλου. Εάν δεν υπάρχει ορατή περιοχή, αλλά το επίχρισμα από το Pap test δεν είναι φυσιολογικό, τότε η βιοψία εφαρμόζεται κάτω από την καθοδήγηση της εξέτασης μέσω κολποσκοπίου.

Σε ασθενείς με CIN, μικρές βιοψίες που παίρνονται χρησιμοποιώντας, για παράδειγμα, ένα Karvogkian ή παρόμοιο όργανο βιοψίας, είναι συνήθως πολύ ακριβείς για τη διάγνωση. Όμως σε ασθενείς που είναι ύποπτες να έχουν διηθητικό καρκίνο, μια μεγαλύτερη βιοψία είναι συνήθως χρήσιμη για τον καθορισμό της καρκινικής διήθησης.

Εάν δεν υπάρχει δυνατότητα κολποσκόπησης, τότε πολλαπλές βιοψίες θα πρέπει να παίρνονται από τις ύποπτες περιοχές κατόπιν χρωματισμού του τραχήλου με διάλυμα ιωδίου (Schiller's 0,3% ή Lugol 5%)¹⁵. (Βλ. Εικόνα 12).

7.9. ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

- Γενική αίματος
- Βιοχημικός έλεγχος ηπατικής λειτουργίας.
- Βιοχημικός έλεγχος νεφρικής λειτουργίας.

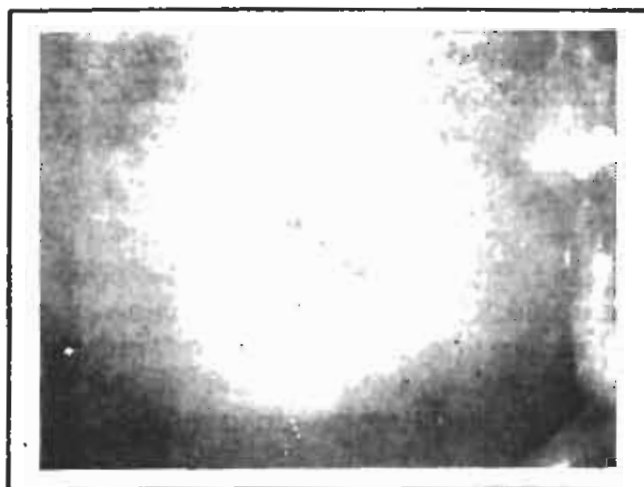
- Έλεγχος για την ανεύρεση καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA), γιατί αυτό βρέθηκε στον ορό του αίματος σε περίπτωση καρκίνου του τραχήλου, ανεξάρτητα από το στάδιό του¹.

Επίσης πρέπει να μετράμε τα επίπεδα στον ορό του αντιγόνου για το επιθηλιακό καρκίνωμα (SCCA). Το SCCA βρίσκεται αυξημένο στο 50% όλων των γυναικών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ενώ το CEA είναι αυξημένο στο 20% των αντίστοιχων περιπτώσεων. Αν και το CEA και το SCCA δεν είναι αρκετά ακριβείς μέθοδοι ώστε να χρησιμοποιούνται για πληθυσμιακό έλεγχο, εντούτοις είναι χρήσιμα για να παρακολουθούμε την ανταπόκριση στη θεραπεία και να ανευρίσκουμε ενδεχόμενη υποτροπή της νόσου¹⁶.

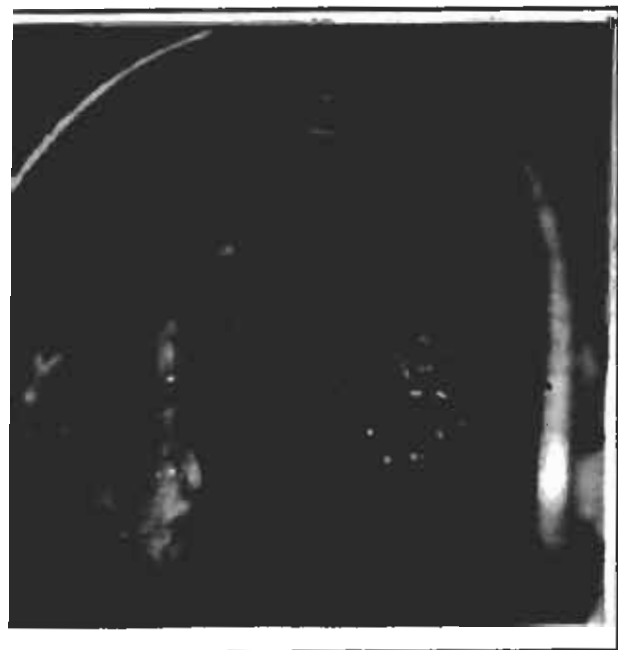
7.10. ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Αυτές περιλαμβάνουν:

- 1) Την ιστοληψία του τραχήλου μετά από δοκιμασία Schiller. Τα τεμαχίδια που θα ληφθούν, πρέπει να αντιπροσωπεύουν και τα τέσσερα τεταρτημόρια του τραχήλου.
- 2) Την κωνοειδή εκτομή του τραχήλου μετά διαγνωστική απόξεση του ενδομητρίου. Η κωνοειδής εκτομή μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο για την διάγνωση, όσο για τη θεραπεία. Είναι αφήσιμη στο να τεθεί η διάγνωση της τραχηλικής ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας και στην απομάκρυνση της πιθανότητας διηθητικού καρκινώματος, αφού το καρκίνωμα *in situ* υπάρχει στην περιφέρεια ενός διηθητικού καρκινώματος¹⁵.
- 3) Την ιστοληψία των παραμητρίων με παρακέντηση, μέσω των πλαγίων κολπικών θόλων, για τη διαπίστωση διήθησής τους¹.

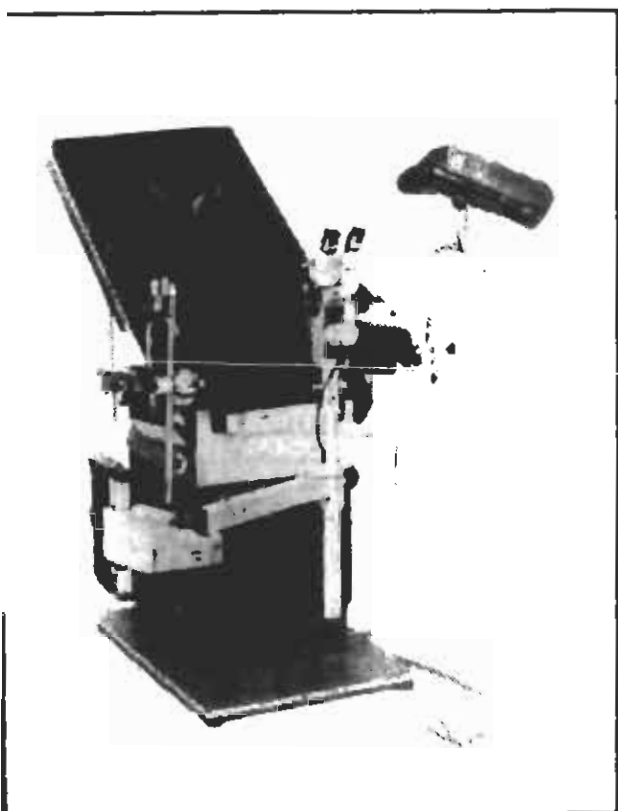


Κολποσκοπική εμφάνιση φυσιολογικού τραχήλου



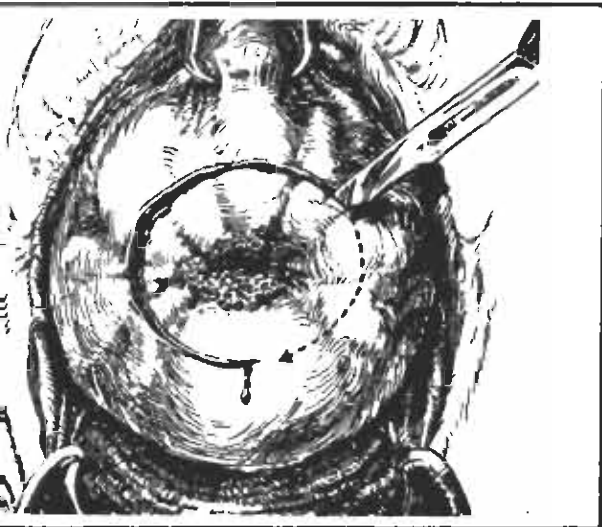
Δοκιμασία Schiller

1. Λευκοπλακία, 2. Αρχόμενος καρκίνος.

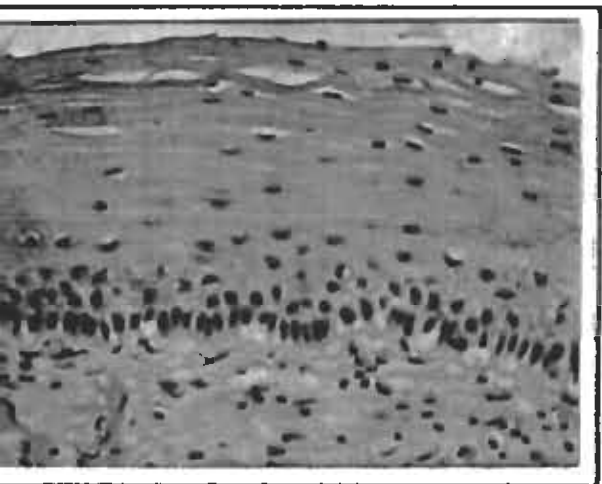


Κολποσκόπιο

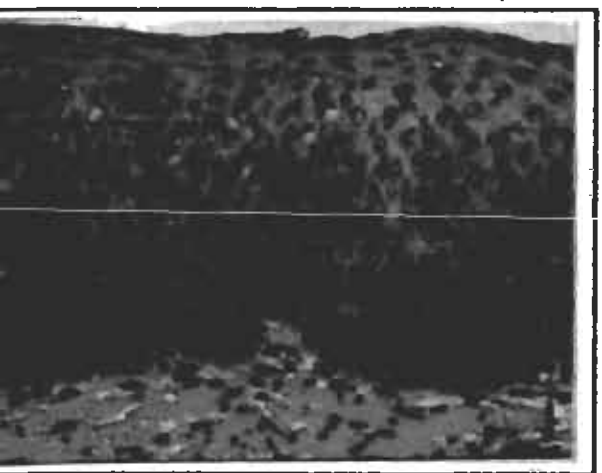
(Burke)



Ιστοληψία τραχήλου με νυστέρι



στολογικό παρασκεύασμα τραχήλου
Φυσιολογική εικόνα.

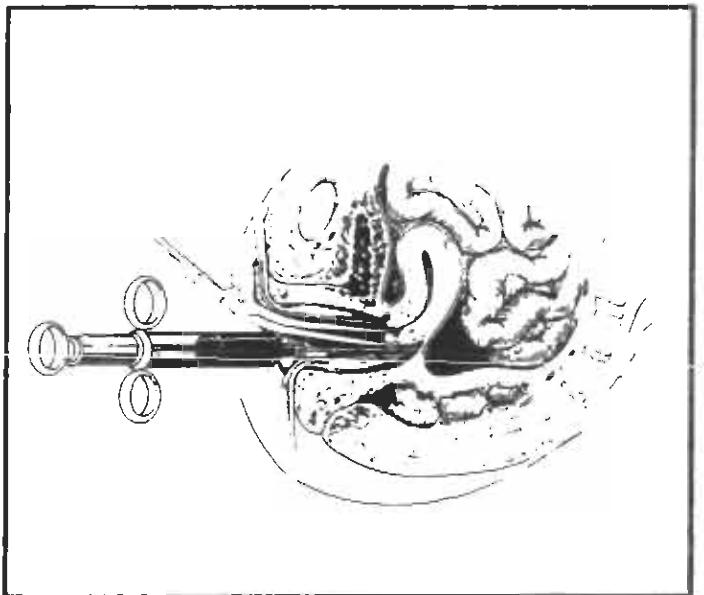


στολογικό παρασκεύασμα τραχήλου
Μέτρια δυσπλασία.



Ιστοληψία τραχήλου με λαβίδα

(Netter)



Παρακέντηση δουγλάσειου

(Benson)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο

8.1. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Αυτή θα γίνει από την οξεία και χρόνια τραχηλίτιδα¹.

Η τραχηλίτιδα με εκτοπία είναι η συχνότερη βλάβη του τραχήλου και αν είναι εξωφυσική δυνατό να γίνει περισσότερο παραπλανητική.

Η φυματίωση του τραχήλου είναι σπάνια. Σχεδόν πάντοτε υπάρχει ιστορικό φυματίωσης των γεννητικών οργάνων.

Οι βλεννώσεις τραχηλικοί πολύποδες, αν μολυνθούν, μπορεί να παρουσιάσουν μια πολύ ύποπτη εμφάνιση.

Το πρωτοπαθές συφιδιλικό έλκος δυνατόν να εμφανιστεί στον τράχηλο εξελκωμένο και σκληρό².

Τέλος, η διαφορική διάγνωση θα γίνει από το τραχηλικό εκτρόπιο, τα κονδυλώματα, την αδένωση, το νεκρωμένο έμισχο υποβλεννογόνο ινομύωμα που προβάλλει στο εξωτερικό τραχηλικό στόμιο¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο

9.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η διαδικασία της κλινικής σταδιοποίησης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας περιλαμβάνει τη φυσική εξέταση (ψηλάφηση, γυναικολογική εξέταση), εργαστηριακές εξετάσεις και ραδιογραφικές απεικονίσεις (ακτινογραφίες, υπέρηχοι, CT).

Το 1985 το Συμβούλιο Ογκολογίας της FIGO (FIGO = Διεθνής Ομοσπονδία Γυναικολόγων - Μαιευτήρων), έκανε αλλαγές στην σταδιοποίηση της FIGO. Η νέα σταδιοποίηση είναι η παρακάτω⁹:

Στάδιο 0: Ενδοεπιθηλιακός καρκίνος στο προεισδυτικό στάδιο (in situ)¹³.

Στο στάδιο αυτό ο καρκίνος βρίσκεται μέσα στο επιθήλιο και δεν πέρασε τη βασική μεμβράνη του τραχήλου¹.

Στάδιο I: Αρχόμενος καρκίνος του τραχήλου¹³.

Iα: Υπάρχει διήθηση του στρώματος του τραχήλου (μικροκαρκίνωμα).

Iα1: Ελάχιστη διήθηση του στρώματος.

Iα2: Διήθηση του στρώματος σε βάθος και μεγαλύτερο από 5 mm (από τη βάση του επιθηλίου ή του αδένου) και πλάτος μεγαλύτερο από 7 mm.

Iβ: Υπάρχει διήθηση που σχηματίζει όγκο μεγαλύτερο από τις παραπάνω διαστάσεις, που είναι δυνατόν να μην είναι εμφανής κλινικά¹.

Στάδιο II: Ελαφρά μορφή¹³.

Ο καρκίνος εκτείνεται πέρα από τον τράχηλο, αλλά δε φτάνει ως το πυελικό τοίχωμα ή το κάτω τριτημόριο του κόλπου.

IIα: Δεν υπάρχει διήθηση παραμητρίων.

IIβ: Υπάρχει διήθηση παραμητρίων¹.

Στάδιο III: Βαριά μορφή.

Η καρκινική διήθηση έχει προχωρήσει προς τους κοιλιακούς θόλους, τα κοιλιακά τοιχώματα (2/3). Τα παραμητρία έχουν τελείως διηθηθεί από τον καρκίνο οπότε δεν υπάρχει ελεύθερος χώρος ανάμεσα στον όγκο και τα πυελικά τοιχώματα, ενώ η μήτρα είναι ακίνητη.

IIIα: Υπάρχει διήθηση του κάτω τριτημορίου του κόλπου αλλά όχι του πυελικού τοιχώματος.

IIIβ: Υπάρχει διήθηση του πλαγίου πυελικού τοιχώματος και ή είναι αιτία υδρονέφρωσης ή μη λειτουργικού νεφρού που δεν προϋπήρχε.

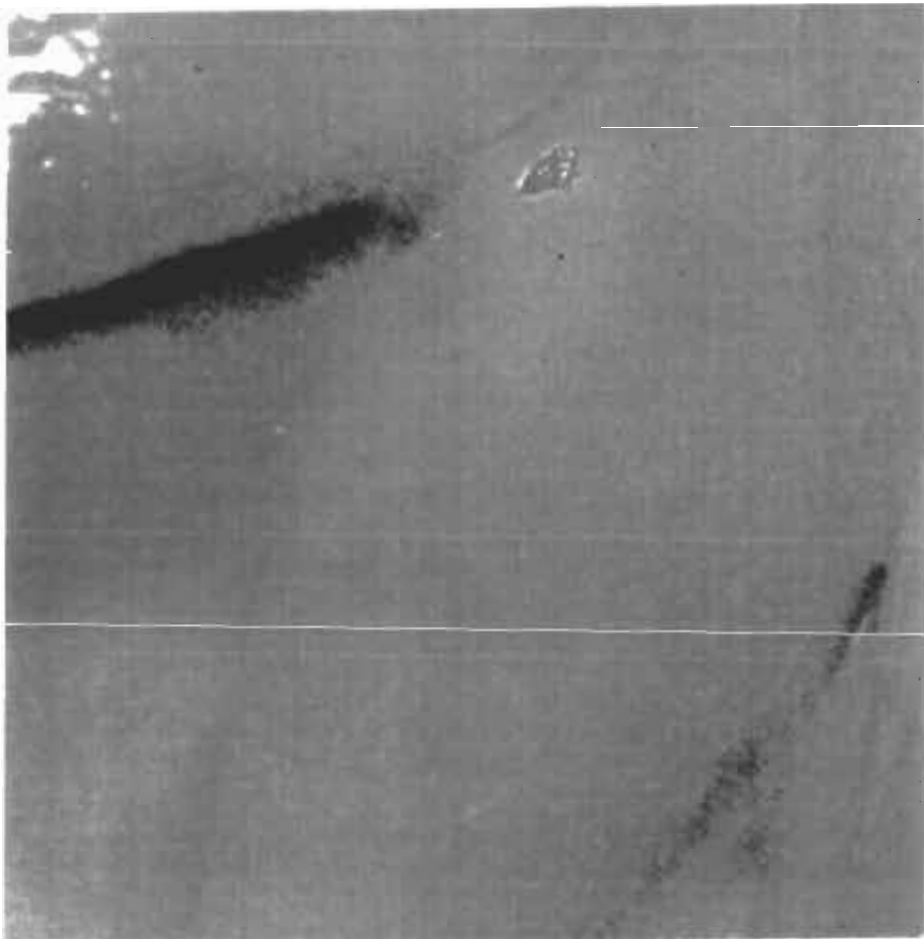
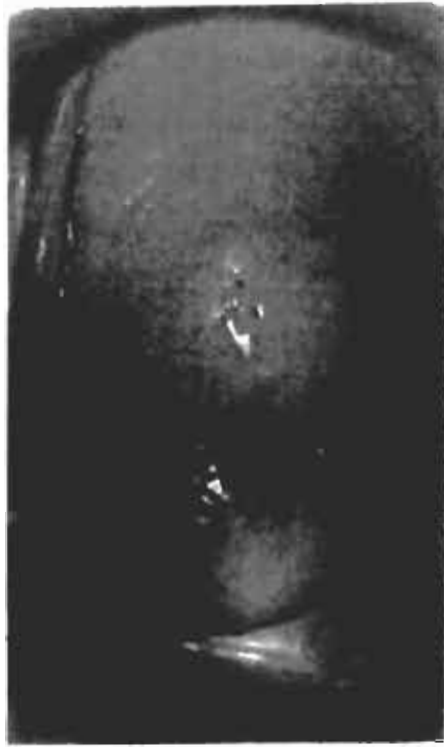
Στάδιο IV: Απελπιστική μορφή.

Ο καρκίνος εκτείνεται πέρα από την πύελο και έχει διηθήσει το βλεννογόνο της ουροδόχου κύστης και του ορθού.

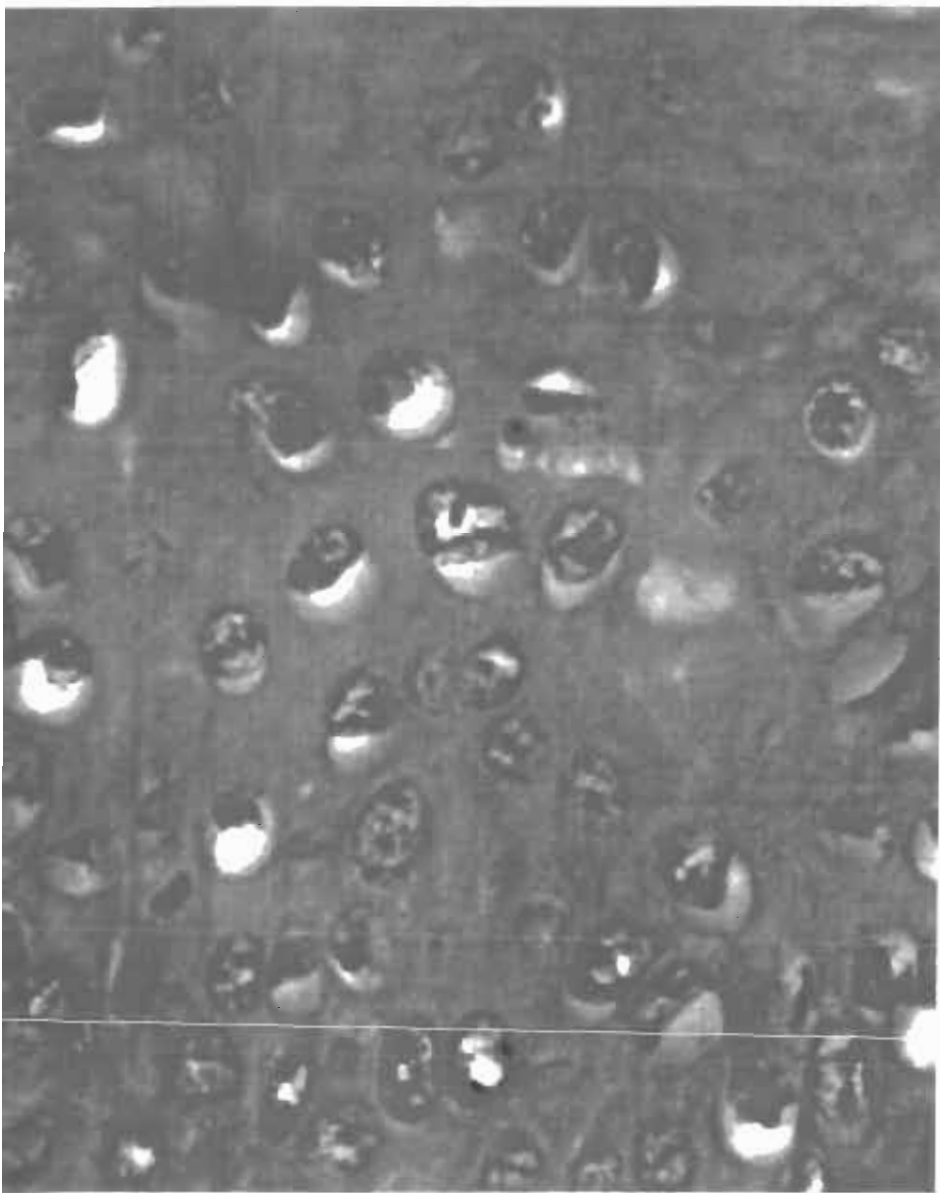
IVα: Υπάρχει επέκταση του όγκου στα παρακείμενα όργανα.

IVβ: Όλοι οι υπογαστρικοί ιστοί καθώς και τα οστά της λεκάνης είναι διηθημένα¹³.

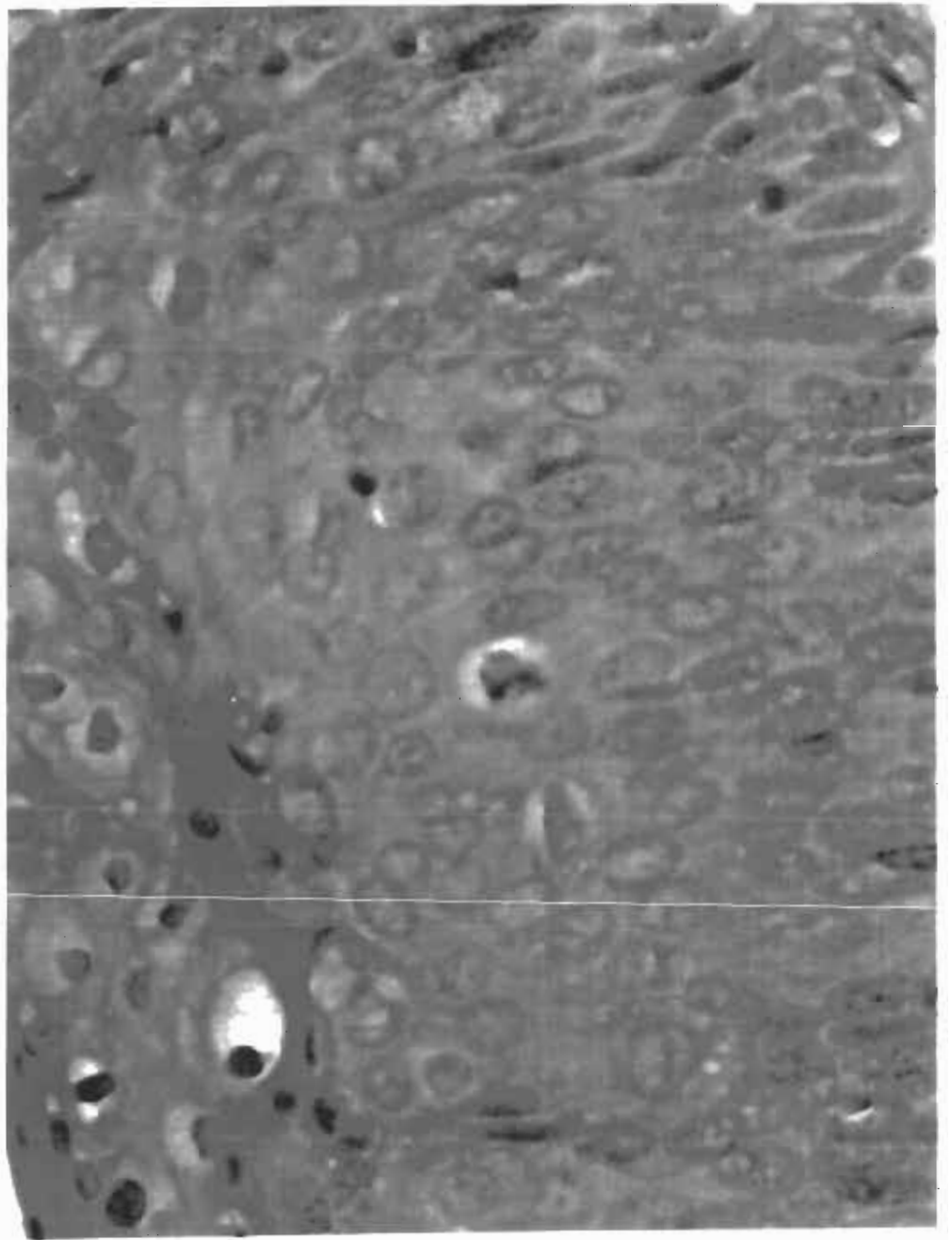
(Βλ. Εικόνα 13, 14, 15, 16, 17).



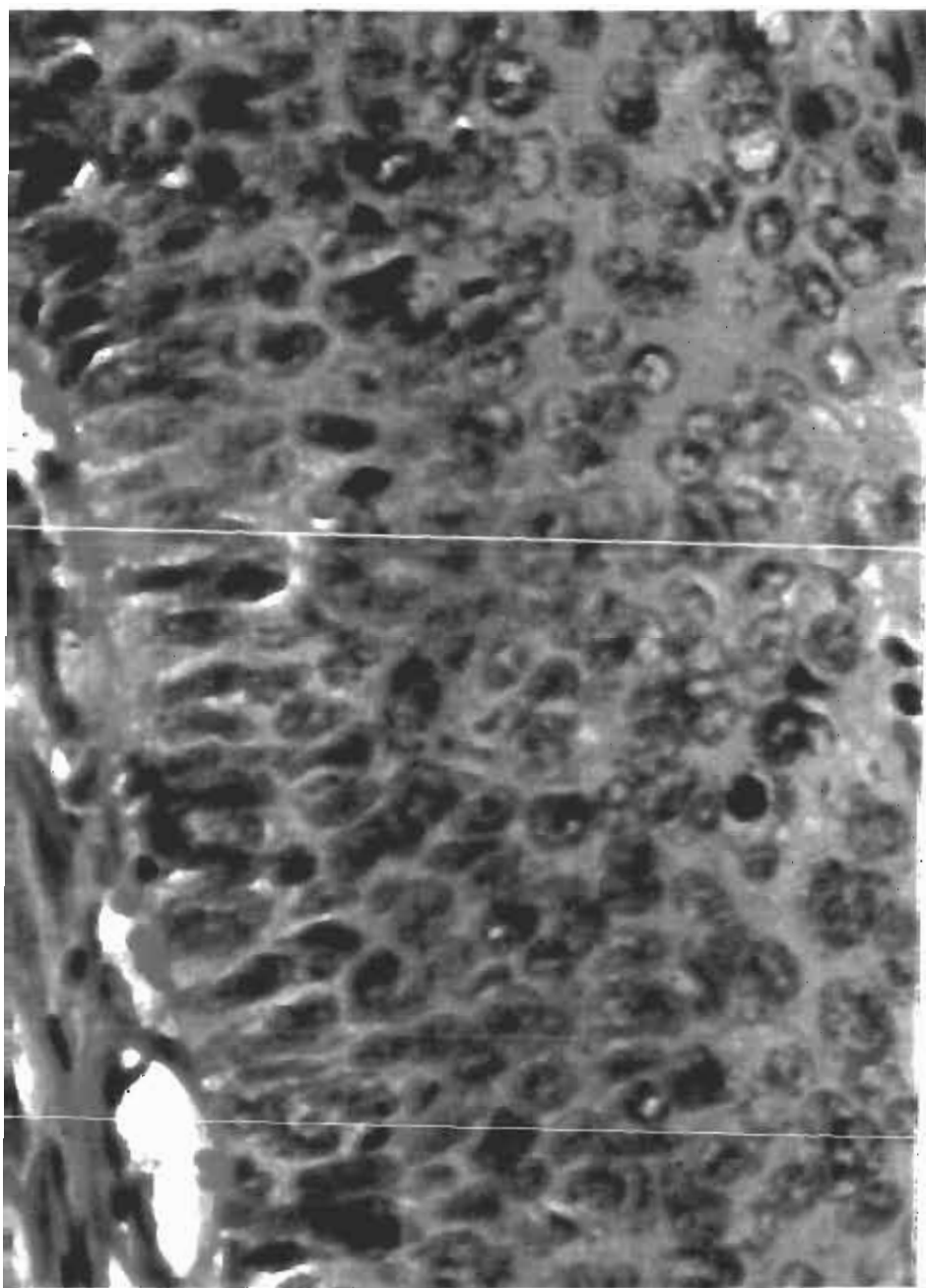
Φυσιολογικός τράχηλος.



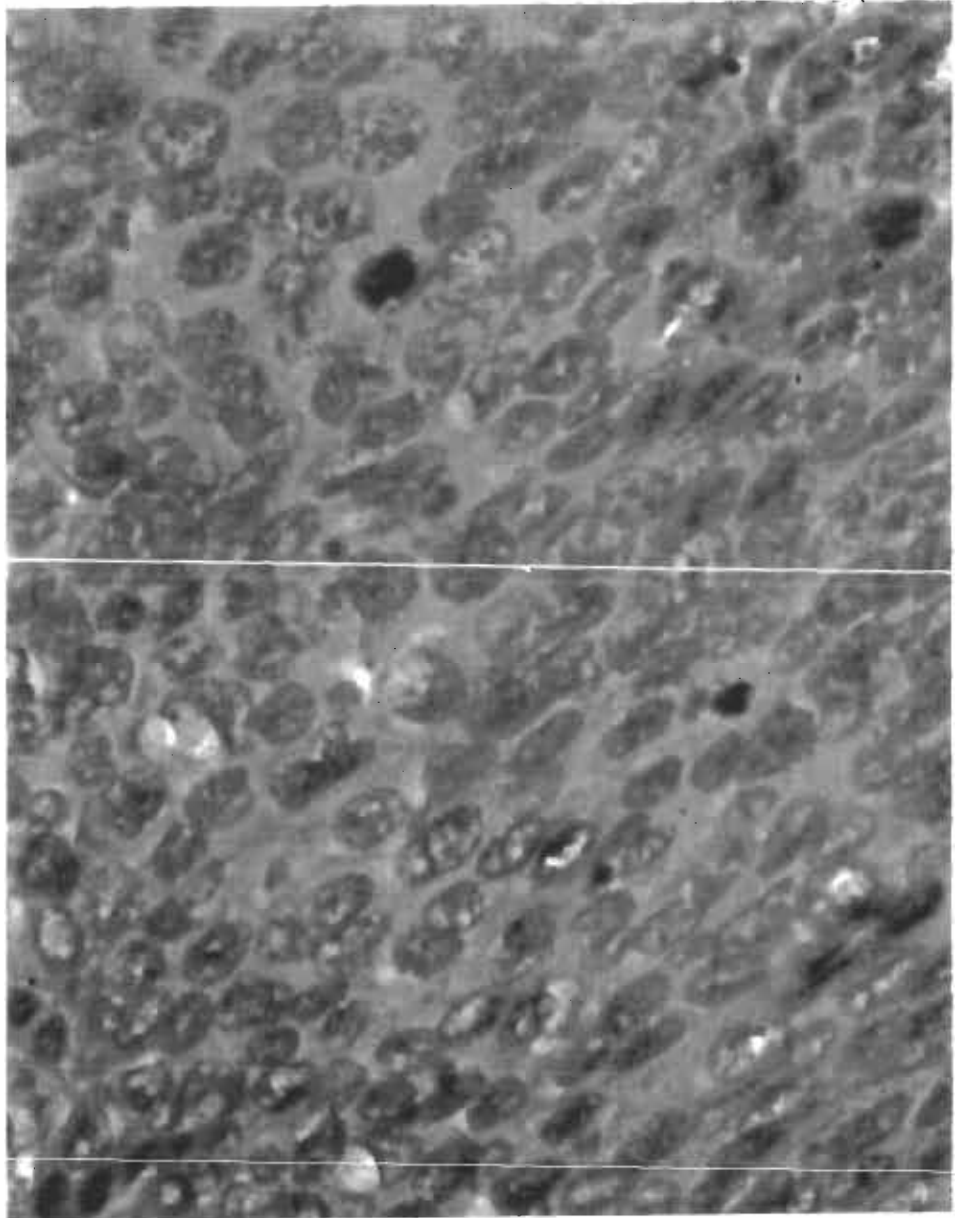
Ελαφρού βαθμού δυσπλασία



Υψηλού βαθμού δυσπλασία
(CIN 2)



Βαρεία_δυσπλασία (CIN 3)



επιθηλιακό (IN SITU)
καρκίνωμα (CIN 3)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10ο

10.1. ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ Ca ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Για τοπικούς λόγους και συνθήκες του περιβάλλοντος ή για λόγους των ίδιων των κυττάρων όλα τα καρκινικά κύτταρα δεν εξελίσσονται. Μερικά θα νεκρωθούν από έλλειψη δυνατοτήτων διατροφής, άλλα θα καταστραφούν από μηχανισμούς άμυνας, άλλα θα χάσουν προσωρινά ή μόνιμα την δυνατότητα διπλασιασμού, άλλα θα επεκταθούν στους γύρω ιστούς και άλλα θα μετακινηθούν με διάφορους τρόπους σε άλλα όργανα για να δημιουργηθούν οι μεταστάσεις¹².

Ο καρκίνος του τραχήλου, όταν βρίσκεται στο προδιηθητικό του στάδιο, δυνατό να παραμείνει για πολλά χρόνια. Όταν όμως πάρει διηθητικό χαρακτήρα, τότε κάνει εύκολα μεταστάσεις. Αυτές πραγματοποιούνται είτε κατά συνέχεια ιστών είτε με τη λεμφική οδό.

Σπάνια παρατηρείται μετάσταση με την αιματική οδό και όχι τόσο με τις αρτηρίες, όσο με τις φλέβες. Όταν διηθηθούν, οι παραορτικοί λεμφαδένες, η διασπορά γίνεται με την αιματική οδό¹.

Η μετάσταση με την κυκλοφορία του αίματος είναι χαρακτηριστικό στοιχείο της σοβαρότητας του καρκίνου και ευθύνεται για τους περισσότερους θανάτους, ενώ περιορίζει πολύ τη δυνατότητα εφαρμογής, τόσο της χειρουργικής θεραπείας, όσο και της ακτινοθεραπείας¹².

Με τη λεμφική οδό οι μεταστάσεις αφορούν στους επιχώριους λεμφαδένες, δηλ. στους παραμήτριους, υπογάστριους και ιερούς. Ειδικότερα, οι λεμφαδένες που προσβάλλονται, είναι της εξωτερικής λαγόνιας αρτηρίας, που έχει τρεις αλυσίδες (εσωτερική, μέση, εξωτερική), της εσωτερικής λαγόνιας, του θυρεοειδούς νεύρου και οι παραορτικοί λεμφαδένες.

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

Βρέθηκε πως στα στάδια Ια και Ιβ οι λεμφαδενικές μεταστάσεις φτάνουν στο 12-15%, στα στάδια ΙΙα και ΙΙβ στο 25-30%, στο στάδιο ΙΙΙ στο 35-40% και στο στάδιο ΙV στο 80%¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11ο

11.1. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Τόσο τα επιθηλιακά καρκινώματα όσο και τα αδενοκαρκινώματα αντιμετωπίζονται γενικά με παρόμοιο τρόπο. Η ριζική χειρουργική επέμβαση και η ακτινοθεραπεία είναι εξίσου αποτελεσματικές μέθοδοι θεραπείας για τα πρώιμα στάδια της νόσου (Στάδια Ια, Ιβ και τους μικρούς όγκους του Σταδίου ΙΙα).

Για τα καρκινώματα που έχουν επεκταθεί πέραν του σταδίου ΙΙα, η θεραπεία συνίσταται μόνο σε ακτινοβολία ή σε ακτινοβολία σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία. Όγκοι ακόμα μεγαλύτερου σταδίου αντιμετωπίζονται με υψηλότερες δόσεις ακτινοβολίας¹⁶.

Το ποσοστό επιτυχίας της θεραπείας του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι αυξημένο, αλλά η επιβίωση εξαρτάται κυρίως από την έγκαιρη διάγνωση και κυρίως:

- α) Όταν ο καρκίνος δεν έχει επεκταθεί πέρα από την μήτρα¹⁷.
- β) Την αντιμετώπιση που θα πρέπει να γίνεται σε ογκολογικά κέντρα τα οποία είναι στελεχωμένα από άτομα με μεγάλη εμπειρία στις κακοήθεις καταστάσεις και είναι εξοπλισμένα με τα πιο σύγχρονα, προσφέροντας υψηλού επιπέδου ιατρική περίθαλψη.

Πριν από την εφαρμογή της θεραπείας θα πρέπει να αντιμετωπίζονται πρώτα οι τυχόν προϋπάρχουσες επιπλοκές (αναιμία, σηπτική κατάσταση). Αν η εγχείρηση γίνει σε ασθενή που εμφανίζει αναιμία, μπορεί να οδηγήσει σε καταπληξία (shock), αφού η αιμορραγία αποτελεί συνήθως πρόβλημα στη διάρκεια της επέμβασης. Στην περίπτωση της ακτινοθεραπείας, η αναιμία συχνά προκαλεί σχετική ανοξία στον όγκο⁹.

11.2. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η εφαρμογή της ακτινοθεραπείας στη θεραπεία του τραχήλου της μήτρας για πρώτη φορά παρουσιάστηκε το 1913 στο Congress στο Hale. Παρά μια μικρή οπισθοδρόμηση μετά την ακτινοβολία, όσον αφορά την κινητικότητα των κυττάρων και χαμηλή αύξηση, καμία διαφορά στον έλεγχο του καρκίνου ή στην επιβίωση δεν παρατηρήθηκε για τα αδενοκαρκινώματα σε σύγκριση με τα επιδερμοειδή καρκινώματα. Επειδή ο ενδοτράχηλος ιστολογικά εμπλέκεται με αδενοκαρκίνωμα, ένας συνδυασμός ακτινοβολίας και υστερεκτομής είναι απαραίτητος.

Εξωτερική ακτινοβολία. Η εξωτερική ακτινοβολία χρησιμοποιείται για τη θεραπεία ολόκληρης της πυέλου και των παραμητρίων, περιλαμβανομένων και των λεμφαδένων του ιλιακού πλέγματος, αλλά η κεντρική νόσος (π.χ. κόλπος, τράχηλος και μεσαία παραμήτρια) πρωταρχικώς ακτινοβολείται με πηγές ακτινοβολίας εντός των κοιλοτήτων.

Μερικές φορές η ακτινοβολία εντός της κοιλότητας εφαρμόζεται (5000 - 6000 mgh) πριν την ριζική υστερεκτομή με λεμφαδενεκτομή. Βραχυθεραπεία μπορεί να συνδυαστεί με εξωτερική ακτινοβολία (2000 cGy σε όλη την πύελο), σε εκείνη την περίπτωση όπου ριζική υστερεκτομή μετά εκτεταμένης λεμφαδενεκτομής προτιμάται. Σε άλλες ασθενείς, 2000 cGy εφαρμόζεται σε ολόκληρη την πύελο και 3000 cGy στα παραμήτρια, καθώς και πηγή εντός της κοιλότητας (5000 - 6000 cGy), ακολουθούμενη μετά 4-6 εβδομάδες από υστερεκτομή.

Η αιτιολογία εκτέλεσης και χειρουργικής επέμβασης μετά τη θεραπεία με ακτινοβολία ήταν η προβαλλόμενη ανικανότητα της ακτινοβολίας για ολοκληρωτική εκρίζωση του όγκου από τις αρχικές εστίες ή η εξαφάνιση των προσβεβλημένων λεμφαδένων. Μερικοί γυναικολόγοι επίσης, πιστεύουν ότι το χειρουργείο αφήνει ένα περισσότερο λειτουργικό κόλπο σε σεξουαλικά ενεργούς ασθενείς.

Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία. Εάν βρεθούν μεταστατικοί λεμφαδένες ή περιοχές θετικές για όγκο μετά την υστερεκτομή, η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία είναι αιτιολογημένη. Εάν δοθεί μόνο εντός της κοιλότητας θεραπεία προεγχειρητικά, 2000 cGy εφαρμόζεται σε ολόκληρη την πύελο και 3000 cGy στα παραμήτρια. Εάν όμως είχε δοθεί εξωτερική θεραπεία προεγχειρητικά, επιπρόσθετα μπορεί να δοθεί μια δόση 5500 cGy στα παραμήτρια.

Για εκείνες τις ασθενείς που δεν είχαν ακτινοβληθεί προεγχειρητικά και και σε εκείνες που η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία ενδείκνυται εξαιτίας θετικών εστιών όγκου, προτείνεται ένας συνδυασμός εξωτερικής ακτινοβολίας 2000 cGy σε ολόκληρη την πύελο και 3000 cGy στα παραμήτρια, ακολουθούμενος από ακτινοβόληση εντός της κοιλότητας 6000 cGy για το βλεννογόνο του κόλπου. Για τις ασθενείς με θετικούς πνευλικούς ή παραορτικούς λεμφαδένες μόνο εξωτερική ακτινοβόληση (5000 cGy) μπορεί να εφαρμοστεί.

Για τις ασθενείς που λαμβάνουν μετεγχειρητική ακτινοβολία, επιπλέον φροντίδα μπορεί να παρθεί σχεδιάζοντας θεραπευτικές τεχνικές που περιλαμβάνουν εντός της κοιλότητας πηγές. Εξαιτίας της χειρουργικής εξαίρεσης της μήτρας, η ουροδόχος κύστη και το σιγμοειδές είναι δυνατό να είναι πιο κοντά στις πηγές ακτινοβολίας απ' ό τι στις ασθενείς με άθικτη τη μήτρα. Τα αγγεία της περιοχής μπορεί να επηρεαστούν από τη χειρουργική διαδικασία, και οι επαφές μπορούν να εμποδίσουν την κινησιοποίηση του λεπτού εντέρου, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο επιπλοκών.

Υπερβαρικό οξυγόνο, υπερθερμία σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία. Πολλές ανακοινώσεις έχουν δείξει την αποτελεσματικότητα του υπερβαρικού οξυγόνου σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία στη θεραπεία πολλών καρκίνων του ανθρώπου, συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Ο Watson και συνεργάτες του, σε μια

τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμασία 320 ασθενών (Σταδίων III και IVa), ανακοίνωσαν ποσοστό 33% πενταετούς επιβίωσης στην ομάδα που θεραπεύτηκε με οξυγόνο και 27% στην ομάδα ελέγχου θεραπευμένου στον αέρα ($P=0,08$). Η μεγαλύτερη βελτίωση στην επιβίωση παρατηρήθηκε σε γυναίκες νεότερες από 55 ετών, στις οποίες το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης ήταν 50% σε εκείνες που θεραπεύτηκαν με οξυγόνο, εν αντιθέσει με το 30% για εκείνες που θεραπεύτηκαν στον αέρα. Η τοπική υποτροπή ήταν 33% για 161 ασθενείς που θεραπεύτηκαν με οξυγόνο και 53% για 159% ασθενείς που θεραπεύτηκαν στον αέρα. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική ($P=0,001$). Η νοσηρότητα για τις ασθενείς που θεραπεύτηκαν με οξυγόνο ήταν μεγαλύτερη (20 σοβαρές και 13 ήπιες επιπλοκές), από ότι σε εκείνες που θεραπεύτηκαν στον αέρα (6 σοβαρές και 8 ήπιες).

Ο Fletcher και συνεργάτες του ανέφεραν ότι 233 ασθενείς με στάδια IIβ, III ή IV δεν είχαν σημαντικό όφελος στην επιβίωση ή στον έλεγχο του όγκου είτε θεραπεύτηκαν με ακτινοβολία στον αέρα ή στο υπερβαρικό οξυγόνο. Η νοσηρότητα ήταν μεγαλύτερη στις ασθενείς του υπερβαρικού οξυγόνου από ότι στην ομάδα ελέγχου.

Υπερθερμία και ακτινοβολία. Εξαιτίας των τεχνικών ορίων στο να επιδέχονται θερμότητα μεγάλα τμήματα του σώματος όπως η πύελος, η προσφορά της υπερθερμίας στη θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου ήταν ελάχιστο. Ο Hornback και συνεργάτες του ανέφεραν μια τυχαιοποιημένη μελέτη που καταδεικνύει ότι ο συνδυασμός υπερθερμίας μικροκυμάτων και ακτινοβολίας (433 mgh) βελτίωσε μια ομάδα ελέγχου 79 ασθενών με στάδιο IIIβ συγκρινόμενη με την ομάδα ελέγχου που κυρίως έλαβε ακτινοθεραπεία. Ωστόσο τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης ήταν παρόμοια και στις δύο ομάδες.

Ο Sharma και συνεργάτες του ανέφεραν ένα ποσοστό 70% ελεύθερης νόσου για 18 μήνες σε 20 ασθενείς με στάδιο IIβ ή III, που έλαβαν συνδυα-

σμό υπερθερμίας και ακτινοβολίας (π.χ. 13,5 MHz, 42⁰C - 43⁰C, 30 λεπτά πριν την ακτινοθεραπεία) συγκρινόμενο με ποσοστό 50% ελεύθερης νόσου για 22 ασθενείς που έλαβαν μόνο ακτινοβολία.

Επακόλουθα της ακτινοθεραπείας. Οι μεγάλες επιπλοκές της ακτινοθεραπείας για τα στάδια I και IIa καρκίνου του τραχήλου της μήτρας κυμαίνεται μεταξύ 3% έως 5% και για τα στάδια III και IIIa μεταξύ 10% έως 15%. Οι περισσότερες συχνές επιπλοκές είναι:

- Εντερικές επιπλοκές: πρωκτίτιδα, εντερικά έλκη, στενώσεις του σιγμοειδούς, εκκολποματίτιδα, απόφραξη λεπτού εντέρου, διάτρηση λεπτού εντέρου, δυσαπορρόφηση.
- Επιπλοκές ουροποιητικού: Χρόνια κυστίτιδα, έλκος κύστεως, στένωση ουρητήρα, στένωση ουρήθρας, ακράτεια, κυστεοκήλη.
- Άλλες επιπλοκές: Πυελικά αποστήματα, πνευμονική εμβολή, υποδόρια ίνωση, νέκρωση θόλου του κόλπου, οίδημα ποδός, αιμορραγία, στένωση κόλπου, θρομβοφλεβίτιδα, αρτηριοσκλήρωση, θρόμβωση πυελικών αγγείων, νευροπάθεια.

Εάν η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία συνδυαστεί με χειρουργική επέμβαση, η συχνότητα των επιπλοκών είναι κάπως υψηλότερη (5-10%) εξαιτίας της βλάβης στους ουρητήρες και στην κύστη. Η δόση και η τεχνική της ακτινοθεραπείας καθώς και η διαδικασία της επέμβασης είναι σημαντικά στο να καθορίσουν τη νοσηρότητα της συνδυασμένης θεραπείας.

Η λαπαροτομία καθορισμού του σταδίου προ της θεραπείας μπορεί να οδηγήσει σε μια σημαντική αύξηση στη συχνότητα των επιπλοκών, ειδικά εάν η ακτινοβολία (5000-5500 cGy) δόθηκε εξαιτίας των μεταστάσεων στους παραορτικούς λεμφαδένες. Οι συχνότερες επιπλοκές της επέμβασης είναι πνευμονία, θρομβοφλεβίτιδα, καρδιαγγειακό επεισόδιο, ηπατίτιδα και εκσπλάχνωση.

Οι βελτιώσεις στην αναισθησία, στην τεχνική του χειρουργείου και των αντιβιοτικών έχουν ελαττώσει τη νοσηρότητα της ριζικής υστερεκτομής και της πνευλικής λεμφαδενεκτομής στο 1% ή και λιγότερο⁹.

11.3. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Δεν υπάρχει αξιόπιστη μέθοδος αφαίρεσης των καρκινικών κυττάρων που έχουν εισέλθει στα λεμφαγγεία της πυέλου και επομένως υπάρχει ένα θεωρητικό πλεονέκτημα που επιτυγχάνεται από την ακτινοθεραπεία η οποία ακολουθεί τη χειρουργική επέμβαση, είτε πρόκειται για ριζική υστερεκτομία με λεμφαδενεκτομία είτε μόνο λεμφαδενεκτομία. Παρ' ότι έχουν αναφερθεί μερικά καλά αποτελέσματα, το ποσοστό επιβίωσης δεν είναι σημαντικά μεγαλύτερο στη συνδυασμένη θεραπεία, πέρα από τη διχογνωμία που υπάρχει μεταξύ των γιατρών.

1. Στα αρχικά στάδια της νόσου τα αποτελέσματα είναι ικανοποιητικά και στις δύο μεθόδους, αλλά είναι δύσκολο για το γυναικολόγο να πείσει τόσο τον εαυτό του όσο και την ασθενή του ότι μια επικίνδυνη επέμβαση ακρωτηριασμού έχει στατιστική μόνο διαφορά στο ποσοστό της επιβίωσης.
2. Είναι γνωστό ότι οι πνευλικοί λεμφαδένες που αφαιρούνται μετά την ακτινοβολία, συχνά περιέχουν μη επηρεασμένα καρκινικά κύτταρα, παρ' ότι ο αρχικός όγκος έχει καταστραφεί. Η τοπική λεμφαδενεκτομία χωρίς υστερεκτομία φαίνεται μια λογική συμπληρωματική θεραπεία, αλλά η επέμβαση έχει τους κινδύνους της, όπως η αιμορραγία και η θρόμβωση. Η παραπάνω χειρουργική επέμβαση είναι άσκοπη αν δεν υπάρχει προσβολή των λεμφαδένων.
3. Η ακτινοθεραπεία για να εμφανίσει το μέγιστο της δράσης της, απαιτεί καλή αιμάτωση του όγκου και του υποστρώματός του. Έτσι η ακτινοβολία θα πρέπει να προηγείται της επέμβασης. Αυτό όμως

δημιουργεί μεγαλύτερη δυσκολία στο χειρουργό που πρέπει να χειρουργήσει ένα περισσότερο ινώδη και χωρίς αγγεία ιστό, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η πιθανότητα δημιουργίας ενός ουρητηρικού συριγγίου. Στην Αγγλία όταν εφαρμόζεται η συνδυασμένη θεραπεία συνήθως παραλείπεται η εξωτερική ακτινοβολία και η εγχείρηση εκτελείται 4 εβδομάδες μετά την εφαρμογή του ραδίου, όταν ελαττωθεί η αυξημένη αγγείωση και η ίνωση είναι ακόμη περιορισμένη².

11.4. ΡΑΔΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όταν για οποιονδήποτε λόγο ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας στο 1ο και 2ο στάδιο κριθεί μη εγχειρήσιμος ή η καρκινική διήθηση έχει προχωρήσει στο 3ο και 4ο στάδιο, τότε εφαρμόζεται μόνο ακτινοβολία. Σήμερα έχουν χρησιμοποιηθεί πολλοί τέτοιοι τρόποι θεραπείας του τραχηλικού καρκίνου, όπως η εμφύτευση βελονών ραδίου μέσα στον όγκο, η ενδοκολπική ακτινοβολήση με ακτίνες Röntgen και τελευταία η ενδοϊστική έγχυση ραδιοϊσοτόπων.

Ράδιο, Cesium-137 ή ραδιενεργό κοβάλτιο εισάγονται μέσα στον ενδοτραχηλικό σωλήνα και τον κόλπο, για ένα ορισμένο χρόνο· το ράδιο (ή το Cesium) τοποθετείται με τη μορφή βελονών. Για την αποφυγή όμως καταστροφής των παρακείμενων ιστών από την ακτινοβολία α και β (μαλακή ακτινοβολία) τα ραδιενεργά στοιχεία πριν από τη χρησιμοποίησή τους τοποθετούνται μέσα σε υποδοχείς (ειδικές θήκες από πλατίνα) για την απορρόφηση της ακτινοβολίας α και β. Οι υποδοχείς αυτοί απορροφούν το μεγαλύτερο μέρος της ακτινοβολίας α και β και αφήνουν να περάσει από το τοίχωμά τους η ακτινοβολία γ (σκληρή ακτινοβολία), που διεισδύει μέσα στον όγκο.

Μια τέτοια θεραπεία μπορεί να συμπληρωθεί με εξωτερική ακτινοβολία (ακτίνες Röntgen ή τηλεθεραπεία με κοβάλτιο), που εφαρμόζεται στην

πύελο, σε μια προσπάθεια αναχαίτισης και καταστροφής των παραμητρικών, γαγγλιακών και άλλων διηθήσεων της μικρής πυέλου.

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

Μια πολύ δημοφιλής μέθοδος θεραπείας περιλαμβάνει τη χρησιμοποίηση εξωτερικής ακτινοβολίας, στη συνέχεια την τοποθέτηση βελονών ραδίου και στο τέλος επιστροφή πάλι στην εξωτερική ακτινοβολία. Η θεραπεία αυτή διαρκεί περίπου 5-6 εβδομάδες¹³.

11.5. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Επειδή η αποτελεσματική θεραπεία που περιλαμβάνει τη χειρουργική και ραδιοθεραπεία είναι διαθέσιμες για τις περισσότερους ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, η χημειοθεραπεία δεν έχει μελετηθεί σε έκταση. Ωστόσο η χημειοθεραπεία θα μπορούσε να παίξει έναν σημαντικό ρόλο. Οι ασθενείς που θα μπορούσαν να είναι καλοί υποψήφιοι για χημειοθεραπεία είναι εκείνες που ανήκουν στο Στάδιο III ή IV της νόσου, εκείνες με υποτροπιάζουσα νόσο μετά το χειρουργείο και την ακτινοθεραπεία, εκείνες με μεταστάσεις στους πνευλικούς και παραορτικούς λεμφαδένες και εκείνες με μικρό ποσοστό επιτυχούς έκβασης της θεραπείας με τα συνηθισμένα μέτρα.

Διάφορες νέες μελέτες προσέγγισης της νόσου χρησιμοποιούν τη χημειοθεραπεία και μελετούν τα αποτελέσματα. Η τοπικότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και η περιοχική αγγειοποίηση της πυέλου αποτελούν την αιτιολογία μελέτης περιοχικής έγχυσης χημειοθεραπευτικών φαρμάκων με την τεχνική της ενδοαρτηριακής έγχυσης. Η χημειοθεραπεία μελετήθηκε σαν ένας παράγοντας που ευαισθητοποιεί και αυξάνει την αποτελεσματικότητα της συμβατικής ραδιοθεραπείας, και χρησιμοποιείται σε συνεργασία με την ακτινοθεραπεία.

Οι παράγοντες που περιπλέκουν την αποτελεσματική χρήση της χημειοθεραπείας στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι η ελαττωμένη πνευλική αγγειακή έγχυση, η περιορισμένη εφεδρεία σε νωτιαίο μυελό και η φτωχή νεφρική λειτουργία σχετιζόμενη με την απόφραξη του ουρητήρα εξαιτίας του όγκου ή της ίνωσης.

11.5α. Θεραπεία με Ένα Χημειοθεραπευτικό Παράγοντα

Ο παρακάτω πίνακας δείχνει τους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες που χρησιμοποιούνται και την δραστηριότητά τους ενάντια στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

ΦΑΡΜΑΚΑ	Νο των ασθενών που ανταποκρίθηκαν / Αριθμός θεραπευμένων
Αλκυλιωτικοί παράγοντες	
Κυκλοφωσφαμίδη	38 / 251 (15%)
Χλωραμβουκίλη	11 / 44 (25%)
Διβρωμοδοουσιτόλη	16 / 55 (29%)
Διαχυδρογαλασιτόλη	7 / 36 (19%)
Ιφωσφαμίδη	25 / 84 (29%)
Αντιμεταβολίτες	
5-Φλουορακίλη	65 / 348 (20%)
Μεθοτρεξάτη	17 / 96 (18%)
Μιτωτικοί αναστολείς	
Βινκριστίνη	10 / 55 (18%)
Αντιβιοτικά εναντίον του όγκου	
Δοξορουμπικίνη	33 / 205 (16%)
Βλεομυκίνη	17 / 172 (10%)
Άλλοι παράγοντες	
CIS - πλατίνα	182 / 785 (23%)
Ισοπλατίνα	19 / 177 (11%)
Καρβοπλατίνα	27 / 175 (15%)
Πιπραζινεδιόνη	5 / 38 (13%)
Εξαμεθυλμελαμίνη	12 / 64 (19%)

Οι πληροφορίες αυτές συγκεντρώθηκαν από τη βιβλιογραφία στην οποία διάφορα κριτήρια απόκρισης στη νόσο χρησιμοποιήθηκαν. Δραστηριότητα σε καλά σχεδιασμένες μελέτες με επαρκή αριθμό ασθενών πιστοποιήθηκε για τους εξής παράγοντες: CIS-πλατίνα, φωσφαμίδη και διβρωμοδουσιτόλη.

Η CIS-πλατίνα είναι εκείνος ο μονός χημειοθεραπευτικός παράγοντας με την καλύτερα πιστοποιημένη δραστηριότητα εναντίον του καρκίνου τραχήλου της μήτρας. Το GOG (Gynecologist Oncology) εκτίμησε 782 ασθενείς με προγράμματα που χρησιμοποιούσαν ποικίλες δόσεις. Αντικειμενικές αποκρίσεις επήλθαν στο 23% των ασθενών, με μικρή απόδειξη για καλύτερες αποκρίσεις μετά από αύξηση των δόσεων. Εγχύσεις διάρκειας 24 ωρών συνδέθηκαν με σημαντικά ελάχιστα συμπτώματα ναυτίας και εμέτου απ' ότι με bolus χορήγηση.

Η χρήση της φωσφαμίδης, ενός αλκυλιωτικού παράγοντα, παρουσίασε ανταπόκριση σε ποσοστό 29% σε σύνολο 84 ασθενών σε Ευρωπαϊκές δοκιμασίες, αν και χαμηλότερα ποσοστά απόκρισης (14%) παρουσιάστηκαν σε μελέτες της GOG.

Διβρωμοδουσιτόλη παρουσίασε ανταπόκριση σε 55 ασθενείς (ποσοστό 29%) σε δοκιμασίες της GOG.

11.5β. Ενδαρτηριακή Χημειοθεραπεία

Ενδαρτηριακή έγχυση των χημειοθεραπευτικών παραγόντων για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας παρουσίαζε ενδιαφέρον εξαιτίας απευθείας έγχυσης σε αρτηρία της περιοχής εξάπλωσης του όγκου. Δυστυχώς οι ανταποκρίσεις ήταν οριακές και η τοξικότητα σημαντική. Ο Morrow και συνεργάτες και ο Swenerton και συνεργάτες του, ο καθένας τους μελέτησε 20 ασθενείς που θεραπεύτηκαν με μπλεομυκίνη ή συνδυασμό από μπλεομυκίνη, κιτομυκίνη C και βινκριτίνη. Στην ομάδα του Morrow παρατηρήθη-

καν 2 από 20 οπισθοδρομήσεις, ενώ στην ομάδα του Swenerton αναφέρθηκαν 3 από 20 ασθενείς.

Η ενδαρτηριακή έγχυση συνεχίζεται να εκτιμάται χρησιμοποιώντας εγχύσεις μονών ή συνδυασμών φαρμάκων μέσα σε αρτηρίες του ιλιακού πλέγματος. Λίγες μελέτες ανέφεραν μια μείωση στους συνδυασμούς και μερικές ανταποκρίσεις. Ωστόσο τυχαίοποιημένες συγκρίσεις είναι απαραίτητες για την εγκαθίδρυση των πραγματικών οφέλων από την ενδαρτηριακή έγχυση χημειοθεραπευτικών.

11.5γ. Χημειοθεραπεία σαν Ακτινευαισθητήρας

Το συνεχιζόμενο ενδιαφέρον στη χρήση των χημειοθεραπευτικών παραγόντων σαν ακτινευαισθησία ενεργοποιήθηκε από τα αρχικά θετικά αποτελέσματα με την υδροξουρία (υδρία). Ο Piver και οι συνεργάτες του μελέτησαν 130 ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σταδίου IIβ και IIIβ, σε μια τυχαίοποιημένη μελέτη στην οποία οι ασθενείς λάμβαναν ραδιοθεραπεία με ή χωρίς υδροξουρία. Στους ασθενείς με κλινικό στάδιο IIβ, σημαντική βελτίωση με διετή πρόγνωση παρουσίασε η ομάδα που έλαβε υδροξουρία (74%) συγκρινόμενη με την ομάδα που έλαβε ραδιοθεραπεία και Placebo (εικονικό φάρμακο) (43,5%). Οι ασθενείς κλινικού σταδίου IIIβ, σε ποσοστό 52% από αυτές που έλαβαν υδροξουρία ήταν ζωντανές μέσα σε 2 χρόνια συγκρινόμενες με το 33% από αυτές που έλαβαν Placebo ή ακτινοβολία.

Ο Hreshchyshyn και συνεργάτες και ο Piver και συνεργάτες του σύγκριναν τη θεραπεία με υδροξουρία και τη θεραπεία με placebo σε συνδυασμό με ακτινοβολία σε στάδια IIIβ και IV καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Σε 104 επιλεγμένες ασθενείς, η ολοκληρωμένη ανταπόκριση ήταν 68% για την ομάδα που θεραπεύτηκε με υδροξουρία και 48% για την ομάδα placebo. Το προσδόκιμο επιβίωσης ήταν σημαντικά μεγαλύτερο για

τις ασθενείς που έλαβαν υδροξουρία. Ωστόσο η αιματολογική τοξικότητα ήταν περισσότερο συχνή και βαρύτερη σ' αυτές τις ασθενείς. Τα αποτελέσματα από αυτές τις μελέτες εξακολουθούν να είναι αμφισβητήσιμα διότι οι ασθενείς δεν είχαν όλες σταδιοποιηθεί χειρουργικά και ουσιαστικοί αριθμοί τυχαιοποιημένων ασθενών δεν είχαν εκτιμηθεί. Επιπλέον, μόνο με αποτελεσματική ραδιοθεραπεία οι Fletcher, Perez και συνεργάτες τους παρουσίασαν παρόμοιο προσδόκιμο επιβίωσης και έλεγχο του όγκου με εκείνη την ομάδα ασθενών που επιπρόσθετα έλαβε και υδροξουρία.

Η πιο πρόσφατη δοκιμασία της GOG συνέκρινε την υδροξουρία με τη μισονιδαζόλη σε ασθενείς με στάδιο από IIβ έως IVα και αρνητικούς παραορτικούς λεμφαδένες. Το διάστημα ελεύθερης νόσου ήταν προκαταβολικά καλύτερο για τη θεραπεία με υδροξουρία ($P=0,08$), αλλά όμως η επιβίωση δεν ήταν σημαντικά διαφορετική μεταξύ της ομάδας που έλαβε ως θεραπεία υδροξουρία (34% θνησιμότητα) και της ομάδας που έλαβε μισονιδαζόλη (39% θνησιμότητα). Υποτροπή της νόσου απομονωμένη στην πύελο ήταν περισσότερο συχνή στις ασθενείς που θεραπεύτηκαν με μισονιδαζόλη (24%) παρά σε εκείνες που θεραπεύτηκαν με υδροξουρία (18%). Η τρέχουσα δοκιμασία της GOG συγκρίνει την επικουρία της υδροξουρίας με CIS-πλατίνα και 5-FU (φθοριοουρακίλη).

11.5δ. Νεοεπικουρική Χημειοθεραπεία σε Τοπικά Προχωρημένη Νόσο

Πολλές δοκιμασίες χρησιμοποίησαν τη χημειοθεραπεία (πιο συχνά τη CIS-πλατίνα ή CIS-πλατίνα και 5-FU) σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία για τη θεραπεία ασθενών με τοπικά προχωρημένο ή υποτροπιάζων καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Μελέτες από το νοσοκομείο Princess Margaret περιλάμβαναν 200 ασθενείς θεραπευθείσες με νεοεπικουρική χημειοθεραπεία (μιτομυσίνη C

και 5-FU) και πυελική ακτινοβολία. Ο τοπικός έλεγχος της νόσου για τρία χρόνια για τις ασθενείς σταδίου Ιβ και ΙΙ ήταν 85% και 50% για τις ασθενείς σταδίου ΙΙΙ και ΙV. Για όλα τα στάδια το ποσοστό του τοπικού ελέγχου της νόσου ήταν 58% όταν χρησιμοποιούνταν μόνο η ακτινοβολία. Τα τοξικά αποτελέσματα από αυτές τις διαδικασίες ήταν σημαντικά, ειδικά για την κύστη και το έντερο.

Άλλοι ερευνητές χρησιμοποίησαν τη CIS-πλατίνα με ή χωρίς 5-FU σε μη τυχαιοποιημένες νεοεπικουρικές δοκιμασίες και ανακοίνωσαν ενθαρρυντικά αποτελέσματα.

Μία τυχαιοποιημένη δοκιμασία σύγκρινε την ακτινοθεραπεία (25 ασθενείς) και την ακτινοθεραπεία με χορήγηση μία φορά την εβδομάδα του φαρμάκου CIS-πλατίνα (22 ασθενείς) καθώς και την ακτινοθεραπεία με χορήγηση δύο φορές εβδομαδιαίως του ίδιου φαρμάκου (17 ασθενείς). Συγκεντρωτικά οι ανταποκρίσεις ήταν όμοιες και στις τρεις ομάδες ασθενών, καθώς και το πενταετές ποσοστό επιβίωσης (45%). Το εάν η νεοεπικουρική χημειοθεραπεία μπορεί να προάγει σημαντική βελτίωση σε μεγάλα διαστήματα επιβίωσης δεν είναι ακόμα ξεκάθαρο.

11.5ε. Τάσεις στη Θεραπεία του Καρκίνου του Τραχήλου της Μήτρας

Συντηρητική θεραπεία είναι το καλύτερο για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σταδίου 0 (CIN-3). Μελέτες έδειξαν ότι η κωνοειδής εκτομή του τραχήλου με υγιή χείλη εκτομής και κλειστό follow up (ο γενόμενος έλεγχος μετά επέμβαση για καρκίνο) είναι επαρκής για τις περισσότερες ασθενείς με μικροδιηθητικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (< 3mm και χωρίς λεμφοαγγειακή διασπορά). Για ασθενείς με στάδιο Ιβ ή ΙΙα ο καθορισμός των υποομάδων υψηλού κινδύνου είναι δυνατό να επιτρέψει την άμεση εφαρμογή επικουρικής θεραπείας με απώτερες βελτιώσεις της επιβίωσης.

Ο συνδυασμός θεραπείας όπως ακτινοβολίας και χημειοθεραπείας είναι δυνατό να βελτιώσει την επιβίωση σε προχωρημένη νόσο. Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα της νεοεπικουρικής χημειοθεραπείας ακολουθούμενης από χειρουργική επέμβαση ή ακτινοβολία είναι δυνατό να εκτιμηθούν απώτερα με μελέτες. Όλοι οι ασθενείς με προχωρημένο και υποτροπιάζων καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι δυνατό να μελετηθούν σε διάφορες δοκιμασίες⁹.

11.6. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Επειδή η ακτινοθεραπεία είναι προσιτή και σχετικά αποτελεσματική με ελάχιστους κινδύνους, πρέπει απαραίτητα να δικαιολογηθεί η προσφυγή στη χειρουργική επέμβαση. Αυτή μπορεί να προσφέρεται σαν την μοναδική θεραπεία ή να γίνεται για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της ακτινοθεραπείας. Οποιοσδήποτε κι αν είναι ο λόγος, η εκτέλεση της χειρουργικής επέμβασης απαιτεί την ύπαρξη των παρακάτω προϋποθέσεων.

1. Ο γυναικολόγος πρέπει να είναι ειδικός και ιδιαίτερα έμπειρος στη ριζική επέμβαση και να εργάζεται σε νοσοκομείο που παρέχει υψηλό επίπεδο κλινικών και εργαστηριακών μέσων.
2. Η ασθενής να είναι «κατάλληλη για χειρουργείο» - σε καλή κατάσταση, όχι ιδιαίτερα παχύσαρκη και ηλικιωμένη.
3. Ο όγκος πρέπει να είναι «εγχειρήσιμος» - να μην είναι καθηλωμένος στο πυελικό τοίχωμα. Αν ο όγκος είναι εγχειρήσιμος εκτιμάται τελικά από το χειρουργό μετά τη διάνοιξη της κοιλιάς.
4. Η ασθενής πρέπει να κατατοπιστεί με αρκετές πληροφορίες, ώστε να μπορεί να διαλέξει μεταξύ της χειρουργικής επέμβασης και της ακτινοθεραπείας. Αν αυτή έχει σεξουαλική δραστηριότητα, θα πρέπει να γνωρίζει ότι η ριζική επέμβαση περιλαμβάνει την εκτομή του κόλπου.

Η επέμβαση αυτή επιβάλλεται σε μερικές ασθενείς, όπως:

- α) Σε εκείνες που ο όγκος έχει αποδειχθεί ακτινοάντοχος, και
- β) Σε εκείνες που ο όγκος έχει διηθήσει την ουροδόχο κύστη ή το ορθό².

11.6α. Χειρουργικές Μέθοδοι

Οι κυριότερες χειρουργικές μέθοδοι θεραπείας της νεοπλασίας του τραχήλου είναι οι εξής:

Ηλεκτροκαυτηρίαση. Είναι μέθοδος απλή, που δεν απαιτεί ειδική εκπαίδευση από τον ιατρό, ούτε και δαπανηρό εξοπλισμό. Δίνει καλά θεραπευτικά αποτελέσματα στο 85-95% των περιπτώσεων. Η μέθοδος στοχεύει στην καταστροφή όλης της ζώνης μετάπτωσης και του παρακείμενου κυλινδρικού επιθηλίου σε βάθος 1-1,5 cm. Μειονεκτήματά της είναι η ανάγκη για αναλγησία, η δημιουργία ίνωσης (ουλής) στον τράχηλο εξαιτίας της θερμικής βλάβης που προκαλεί στους παρακείμενους ιστούς, καθώς επίσης και το ότι δεν ελέγχεται το βάθος καταστροφής στους ιστούς, όπου εφαρμόζεται.

Θερμοπληξία. Είναι μέθοδος ανάλογη με την προηγούμενη. Εκτελείται με συσκευή που σχεδιάστηκε από τον Semm, η οποία αναπτύσσει θερμοκρασία 50-120°C στους ιστούς και κατ' αυτόν τον τρόπο δρα σε βάθος 3-4 mm, χωρίς να απαιτείται αναλγησία. Το θεραπευτικό εύρος κυμαίνεται και εξαρτάται από τη γεωμετρική επέκταση της βλάβης στον τράχηλο.

Κρυοπηξία. Είναι και αυτή απλή μέθοδος, που δεν απαιτείται αναλγησία. Χαρακτηρίζεται από την έλλειψη επιπλοκών και γι' αυτό εφαρμόζεται ευρέως στο εξωτερικό ιατρείο. Το θεραπευτικό της εύρος κυμαίνεται από 27-95%. Αυτή η διακύμανση οφείλεται στο ότι η καταστροφή του ιστού με την εφαρμογή του κρυοδίου φθάνει σε βάθος 3-4 mm, ενώ η βλάβη μπορεί

να επεκτείνεται βαθύτερα. Και αυτή η μέθοδος ενοχοποιείται για τη δημιουργία σχετικής ίνωσης¹⁸.

Προϋπόθεση της κρυστοπηξίας αποτελεί η καλή εκτίμηση της έκτασης της βλάβης και της βαρύτητας για να μην διαφύγει από την προσοχή διηθητικός καρκίνος. Αυτά απαιτούν κολποσκόπηση από έμπειρο γυναικολόγο, πολλαπλές βιοψίες από αντιπροσωπευτικά σημεία της βλάβης και ενδοτραχηλική απόξεση¹.

Εξάχνωση με Laser. Αποτελεί την πλέον σύγχρονη μέθοδο αντιμετώπισης των ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών του τραχήλου. Μπορεί να εφαρμοστεί σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου χωρίς νάρκωση, αν και μπορεί να χρησιμοποιηθεί τοπική αναλγησία. Η αποτελεσματικότητά της είναι αρκετά υψηλή (95-98%) και αυτό διότι ο ιατρός έχει τη δυνατότητα να επιλέξει το βάθος καταστροφής του ιστού. Επιπλέον, η θεραπευτική διαδικασία γίνεται δια μέσου του κολποσκοπίου υπό ταυτόχρονο κολποσκοπικό έλεγχο, ώστε η καταστροφή των προσβεβλημένων ιστών να είναι ακριβής. Περιμετρικά της καταστροφής ή αφαίρεσης της βλάβης, «σαρώνεται» η περιοχή με τη δέσμη των ακτίνων Laser, με σκοπό την εξουδετέρωση των λανθάνουσών μολύνσεων που πιθανώς να βρίσκονται στην περιοχή. Η επούλωση του τραύματος είναι άριστη και γρήγορη, χωρίς να δημιουργείται ίνωση στον τράχηλο, αφού δεν υπάρχει θερμική επίδραση στους παρακείμενους ιστούς ή αυτή είναι ελάχιστη. Η θερμική επίδραση εξαρτάται από την πείρα του ιατρού που χρησιμοποιεί Laser και από την ισχύ που χρησιμοποιείται για την επέμβαση. Ισχύς της συσκευής 25 Watts ή και περισσότερο και χρησιμοποίηση super pulse, είναι στοιχεία που βοηθούν σημαντικά στην ελαχιστοποίηση των θερμικών βλαβών και κατά συνέπεια της ίνωσης των ιστών.

Ως μειονεκτήματα της μεθόδου αναφέρονται το υψηλό κόστος της συσκευής και του λοιπού εξοπλισμού και η απαιτούμενη εξειδίκευση του ιατρού για τη χρησιμοποίησή τους με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα.

Ανεξάρτητα από το είδος της μεθόδου που θα χρησιμοποιηθεί, για να επιχειρηθεί τοπική καταστροφική θεραπεία θα πρέπει να συντρέχουν ορισμένες προϋποθέσεις.

11.6β. Προϋποθέσεις Τοπικής Καταστροφικής Θεραπείας

- α) Ο κολποσκόπος να είναι κατηγορηματικός ότι δεν υπάρχει διηθητική καρκινική βλάβη στη ζώνη μετάπτωσης και ότι τα όρια της βλάβης είναι ορατά.
- β) Να υπάρχει συμφωνία μεταξύ κυτταρολογικής, κολποσκοπικής και ιστολογικής εξέτασης ότι πρόκειται για CIN βλάβη και όχι για καρκίνο.
- γ) Η CIN βλάβη να καταλαμβάνει τον εξωτράχηλο μέχρι το έξω τραχηλικό στόμιο ή κατώτερα, χωρίς ενδοτραχηλική επέκταση¹⁸.

11.6γ. Κωνοειδής Εκτομή του Τραχήλου

Αυτή θα την εκτελέσουμε σε σοβαρή δυσπλασία του επιθηλίου του τραχήλου και στο καρκίνωμα *in situ* σε νέες γυναίκες, για να μην τις στερήσουμε από τη μήτρα τους. Η κωνοειδής εκτομή επιβάλλει, όχι μόνο την εξαίρεση τμήματος της ενδοκολπικής μοίρας του τραχήλου, αλλά και του ενδοτραχηλικού βλεννογόνου¹.

Στην περίπτωση που η κυτταρολογική εξέταση δείξει βλάβη στον ενδοτράχηλο με αρνητική προηγούμενη κολποσκόπηση, τότε είναι χρήσιμη η βοήθεια του μικροϋστεροσκοπίου ή ελλείψει αυτού η κλασματική απόξεση για τον καθορισμό του ύψους της βλάβης στον ενδοτράχηλο, ώστε να αφαιρεθεί ανάλογο τμήμα που να περιέχει τη βλάβη¹⁸.

Αν ο ιστολογικός έλεγχος του εγχειρητικού παρασκευάσματος αποδείξει πως η διήθηση δεν πέρασε τη βασική μεμβράνη, τότε η επέμβαση κρίνεται ικανοποιητική και απομένει η κάθε 3-6 μήνες παρακολούθηση της άρρωστης με κυτταρολογικό έλεγχο για πέντε χρόνια και μετά σε αραιότερα χρονικά διαστήματα¹.

Η κωνοειδής εκτομή εξασφαλίζει μεγαλύτερο ποσοστό επιτυχούς αντιμετώπισης έναντι των άλλων θεραπευτικών προσπαθειών, αλλά δεν στερείται επιπλοκών. Οι κυριότερες από αυτές είναι:

- α) Μετεγχειρητικές αιμορραγίες (4-21%).
- β) Στένωση τραχηλικού στομίου (3-31%).
- γ) Επιπλοκές στην κύηση.
- δ) Ατελής εξαίρεση της βλάβης (5,5-32%).

Πιστεύεται ότι αυτές οι επιπλοκές ελαχιστοποιούνται ή τουλάχιστον μειώνονται σημαντικά εάν η εκτομή πραγματοποιηθεί με τη χρήση Laser. Αλλά και από καθαρά τεχνική άποψη, η ευχέρεια χειρουργικών χειρισμών που προσφέρεται στον ιατρό, εκτελούμενων δια μέσου κολποσκοπίου, είναι εντυπωσιακή, με αποτέλεσμα η επέμβαση να γίνεται ευκολότερη, ταχύτερη και αναίμακτη.

Την τελευταία δεκαετία, η κωνοειδής εκτομή, ιδιαίτερα όταν πραγματοποιείται με ακτίνες Laser, έχει τροποποιηθεί και αντί του παραδοσιακού κώνου αφαιρείται κυλινδρικό τμήμα του τραχήλου.

Προϋποθέσεις αφαίρεσης κυλινδρικού τμήματος του τραχήλου αντί της παραδοσιακής κωνοειδούς εκτομής.

- α) Διαφωνία κολποσκόπησης, κυτταρολογικής και ιστολογικής εξέτασης.
- β) Κολποσκοπικά οι βλάβες επεκτείνονται στον ενδοτράχηλο, ώστε να απαιτείται ιστός για την ιστολογική τεκμηρίωση της βλάβης.

- γ) Όταν η κυτταρολογική ή η κολποσκοπική εξέταση πιθανολογούν την ύπαρξη διηθητικού καρκίνου, που όμως δεν διαπιστώθηκε με προηγούμενη κολποσκοπικά κατευθυνόμενη βιοψία.
- δ) Μη ικανοποιητική κολποσκόπηση¹⁸.

11.6δ. Ακρωτηριασμός του Τραχήλου

Ο ακρωτηριασμός εκτελείται στις ίδιες περιπτώσεις με την κωνοειδή εκτομή του τραχήλου, σε ηλικιωμένες γυναίκες και όταν υπάρχει κάποιος βαθμός πρόπτωσης της μήτρας ή επιμήκυνσης του τραχήλου. Συνδυάζεται με κολποπερινεορραφία. Η παρακολούθηση είναι ίδια, όπως στην κωνοειδή εκτομή¹.

Η πιο γνωστή επέμβαση συνίσταται στην αφαίρεση της μήτρας, των εξαρτημάτων του μεγαλύτερου τμήματος του κόλπου και του ινο-λιπώδους στρώματος της πυέλου μαζί με τις λεμφαδένες. Αυτή είναι γνωστή σαν υστερεκτομία κατά «Wertheim».

11.6ε. Ριζική Υστερεκτομία

Μετά την αφαίρεση της μήτρας το κολόβωμα του κόλπου συνήθως κλείνεται αν και μερικές φορές απαιτείται η τοποθέτηση παροχέτευσης λόγω της τριχοειδικής αιμορραγίας.

Το ουσιαστικό τελικό αποτέλεσμα είναι ο πλήρης καθαρισμός της πυέλου μέχρι την περιτονία του μυός, αφήνοντας μόνο τα αγγεία, τα νεύρα, το ορθό και την ουροδόχο κύστη.

11.6στ. Ριζική Κολπική Υστερεκτομία

Επίσης είναι δυνατό να γίνει μια εκτεταμένη κολπική υστερεκτομία. Αυτή είναι γνωστή σαν εγχείρηση του Schauta, αλλά επειδή παρουσιάζει

τεχνικές δυσκολίες και αδυναμία αφαίρεσης των λεμφαδένων από την κοιλιακή οδό δεν εκτελείται συχνά.

Μερικοί χειρουργοί που έχουν εξειδικευθεί σε αυτή την επέμβαση, αναφέρουν ικανοποιητικά αποτελέσματα, αν και δεν είναι καλύτερα από εκείνα της κοιλιακής επέμβασης ή της ακτινοθεραπείας.

11.6ζ. Εγχείρηση του Shauta

Ο σκοπός της επέμβασης είναι η αφαίρεση των ωοθηκών, των σαλπίγγων της μήτρας και του κόλπου μέσω του αιδοίου².

11.6η. Επιπλοκές της Ριζικής Χειρουργικής Επέμβασης

A. Κατά την Εγχείρηση

1. Αιμορραγία.

Υπάρχει μια συνεχής τριχοειδική αιμορραγία στη διάρκεια μιας εκτεταμένης αποκόλλησης και είναι δυνατό να τραυματιστεί απότομα μια μεγάλη φλέβα.

2. Καταπληξία (Shock).

Αυτή δημιουργείται μετά από μια μεγάλη επέμβαση στην οποία υπάρχει συνεχής απώλεια αίματος, με αποτέλεσμα την ελάττωση του όγκου του αίματος και την οξέωση. Η ριζική χειρουργική επέμβαση απαιτεί υψηλού επιπέδου αναισθησία.

3. Τραυματισμός γειτονικών οργάνων.

Η παρουσία κακοήθους ή φλεγμονώδους ιστού έχει σαν αποτέλεσμα τον εύκολο τραυματισμό της ουροδόχου κύστης ή του ορθού κατά την αποκόλλησή τους από τον κόλπο. Ο ουρητήρας μπορεί να τραυματιστεί σε οποιοδήποτε σημείο μέσα στην πύελο, αλλά ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι κοντά στον κρεμαστήρα σύνδεσμο καθώς και στην περιοχή που γειτνιάζει

με τον τράχηλο και τον κόλπο. Αν ο όγκος έχει επεκταθεί πλάγια, η αποκόλληση είναι εξαιρετικά δύσκολη.

4. Εκτίμηση της δυνατότητας για επέμβαση.

Μερικές φορές αμέσως μετά τη διάνοιξη της κοιλιάς βρίσκονται απομακρυσμένες ή περιτοναϊκές μεταστάσεις. Σε σπάνιες περιπτώσεις ο χειρουργός κατά την πορεία της επέμβασης, θα διαπιστώσει ότι είναι αδύνατος ο πλήρης καθαρισμός ή ότι είναι αρκετά επικίνδυνος για τον ασθενή.

B. Μετεγχειρητικές

1. Ουρητηρητικό συρίγγιο.

2. Επιπλοκές της εκτροπής των ούρων.

3. Κατακράτηση ούρων.

Η ουροδόχος κύστη πέφτει μέσα στην πύελο και δημιουργεί στάση των ούρων και φλεγμονή. Επίσης αναστέλλεται ο τόνος της ουροδόχου κύστης για αρκετές ημέρες. Η πυελογραφία που γίνεται μετά από αρκετούς μήνες, συχνά δείχνει την ατονία της ουροδόχου κύστης και τη στένωση του κατώτερου τμήματος του ουρητήρα από ίνωση, ενώ το ανώτερο τμήμα παρουσιάζει διαστολή και υδρονέφρωση.

4. Ο ειλεός δεν είναι σπάνιος.

5. Απόφραξη.

Αυτή προκαλείται από τη μετατόπιση των σπλάγχων και την εκτέλεση της κολοστομίας.

6. Σήψη.

Αυτή προκαλεί θρόμβωση και αναιμία.

7. Θρόμβωση και Εμβολή.

Οι κίνδυνοι αυτοί υπάρχουν πάντοτε κατά την επέμβαση στην πύελο. Σπάνια παρατηρείται θρόμβωση μιας μεγάλης αρτηρίας της πυέλου.

8. Σχηματισμός λεμφοκύστης.

Μερικές φορές σχηματίζονται κύστεις στην πύελο, που περιέχουν λεμφικό εξίδρωμα. Η κύστη δυνατό να φτάσει στο μέγεθος κύησης 20 εβδομάδων και να εκληφθεί σαν υποτροπή της νόσου. Οι συλλογές αυτές πρέπει να εξετάζονται και να αφαιρούνται².

11.60. Πυελική Εξεντέρωση

Η εξεντέρωση αποτελεί τολμηρή εγχείρηση, που την πρότεινε ο Brunschwing και που έχει άμεση θνησιμότητα μέχρι 10%¹.

Αν υπάρχει διήθηση της ουροδόχου κύστης ή του ορθού ή και των δύο, τότε τα όργανα αυτά αφαιρούνται μαζί με εκείνα του γεννητικού σωλήνα και των πυελικών λεμφαδένων².

Τη διακρίνουμε σε:

- α) πρόσθια (εξαίρεση της μήτρας, του κόλπου και της ουροδόχου κύστης και εμφύτευση των ουρητήρων στο έντερο.
- β) οπίσθια (εξαίρεση της μήτρας, του κόλπου, του απευθυσμένου και κολοστομία).
- γ) ολική (εξαίρεση της μήτρας, του κόλπου, της κύστης, του απευθυσμένου και εμφύτευση των ουρητήρων στο έντερο και κολοστομία)¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12ο

12.1. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Οι κυριότερες μέθοδοι αναλγησίας στο χρόνιο πόνο του καρκίνου μπορεί να διακριθούν σε τρεις ομάδες:

1. Στις εξειδικευμένες, όπως ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία και ορισμένες παρηγορητικές επεμβάσεις, που συνήθως εφαρμόζονται στα αρχικά ή ενδιάμεσα στάδια της νόσου και επηρεάζουν τον πόνο.
2. Στη συστηματική χρήση φαρμάκων αναλγητικών και μη, φυσικοθεραπεία, νευροδιεγέρσεις που έχουν εφαρμογή σε όλα τα στάδια της νόσου.
3. Στις επεμβατικές μεθόδους, όπως η νευρόλυση, η έγχυση ναρκωτικών στο ΚΝΣ ή νευροχειρουργικές επεμβάσεις.

Φαρμακευτική αγωγή. Σ' αυτή χρησιμοποιούνται:

- Κοινά αναλγητικά μη οπιοειδή.
- Ελαφρά οπιοειδή.
- Ισχυρά οπιοειδή.
- Επικουρικά - ψυχοτρόπα και στεροειδή.

Ο συνδυασμός αναλγητικών, ναρκωτικών και επικουρικών φαρμάκων σήμερα αποτελεί την πιο ευρέως διαδεδομένη πρακτική μέθοδο αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου. Η σωστή τακτική επιβάλλει τη λήψη φαρμάκων πριν περάσει η ενέργεια της προηγούμενης δόσης, ώστε ο άρρωστος να βρίσκεται υπό τη συνεχή επίδρασή του. Τα επικουρικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση ειδικών μορφών πόνου και την ανακούφιση από άλλα συμπτώματα που συνήθως εμφανίζονται στους καρκινο-

παθείς. Τέτοια είναι: Αντιεπιληπτικά για νευρολογικούς πόνους. Αγχολυτικά για την αντιμετώπιση του άγχους και του φόβου που αυξάνουν τον πόνο. Αντικαταθλιπτικά για την κατάθλιψη που συνήθως συνοδεύει τη νόσο και αυξάνει τον πόνο. Κορτικοειδή, τα οποία αυξάνουν την αναλγητική δράση άλλων φαρμάκων, έμμεσα βελτιώνουν τη διάθεση και την όρεξη και έχουν αντιφλογιστική ιδιότητα.

Τα αναλγητικά οπιοειδή χορηγούνται από όλες τις οδούς ανάλογα με την περίπτωση. Καινούργιες μέθοδοι αναλγητικών φαρμάκων είναι η επισκληρίδια ή ενδορραχιαία χορήγηση ναρκωτικών μέσω μονίμου καθετήρα. Παρέχει ισχυρότατη και μεγάλης διάρκειας αναλγησία με ασήμαντες παρενέργειες. Απαιτείται ειδική εμπειρία για την τοποθέτηση του καθετήρα από αναισθησιολόγο ή νευροχειρουργό. Ο καθετήρας τοποθετείται διαδερμικά και μπορεί να παραμείνει για μήνες. Μπορεί ακόμα να συνοδεύεται από φορητή ή μη συσκευή ελεγχόμενης αναλγησίας από τον ίδιο τον άρρωστο, έτσι ώστε να αναλάβει τις καθημερινές του δραστηριότητες.

Άλλες μέθοδοι αναλγησίας. Η χημική νευρόλυση, δηλαδή χημική διακοπή νευρικής οδού με αλκοόλη ή φαινόλη. Η ηλεκτρική διέγερση του ΚΝΣ και ο ηλεκτροβελονισμός. Προσφέρουν ανεπαρκή ανακούφιση στον καρκινικό πόνο, κυρίως λόγω της μικρής διάρκειας αναλγησίας.

Νευροχειρουργικές επεμβάσεις. Γίνονται όταν αποτυγχάνουν οι άλλες θεραπείες ή ακόμα όταν απαιτείται γρήγορη αναλγησία, σε επιδείνωση ή απειλή της ποιότητας της ζωής του αρρώστου. Πάντοτε υπό ορισμένες προϋποθέσεις και βάσει της εκτίμησης της κατάστασης του αρρώστου¹⁹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13ο

13.1. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ

Καρκίνωμα in situ (Στάδιο 0)

Αν και η οριστική θεραπεία για την τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία βαθμού 3 (σοβαρή δυσπλασία και καρκίνωμα in situ) είναι η κωνοειδής εκτομή του τραχήλου, επιλεγμένες ασθενείς είναι δυνατόν να χειριστούν θεραπευτικά με κρυοπηξία ή εξάχνωση με λέιζερ¹⁶.

Γενικά, χρησιμοποιούνται:

- 1) Ηλεκτροπηξία (με αναισθησία ή χωρίς) μεταξύ της 6ης και 10ης ημέρας με κολποσκοπικό έλεγχο.
- 2) Κρυοπηξία. Χρησιμοποιείται πρωτοξειδίο του αζώτου, ενώ η θερμοκρασία μπορεί να φτάσει ως 180°C.
- 3) Laser.
- 4) Κωνοειδής εκτομή του τραχήλου (σε σοβαρή δυσπλασία, στο καρκίνωμα in situ και σε νέες γυναίκες που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία). Νεότερη μέθοδος αποτελεί η εκτομή της ζώνης μετάπτωσης με αγκύλη διαθερμίας (LLETZ = Large Loop Excision of Transformation Zone).
- 5) Ακρωτηριασμός τραχήλου.
- 6) Σφηνοειδής βιοψία.
- 7) Πολλαπλή βιοψία.
- 8) Ολική υστερεκτομή¹⁰.

Στάδιο Ia1

Στο Στάδιο I ο καρκίνος περιορίζεται στον τράχηλο. Στο Στάδιο Ia ο καρκίνος του τραχήλου διαγιγνώσκεται μόνο ιστολογικά (με το μικροσκό-

πιο). Κατά το Στάδιο Ia1 υπάρχει ελάχιστη διήθηση που διαπιστώνεται ιστολογικά.

Θεραπεία εκλογής. Η νόσος αυτού του σταδίου αντιμετωπίζεται συνήθως με κωνοειδή εκτομή του τραχήλου ή υστερεκτομή.

Πενταετής επιβίωση 100%.

Στάδιο Ia2

Θεραπεία εκλογής. Όταν το βάθος της διήθησης δεν υπερβαίνει τα 3 mm από την επιφάνεια και δεν υπάρχει συμμετοχή του αγγειακού χώρου, εκτελείται συνήθως κοιλιακή υστερεκτομή. Σε νεότερες γυναίκες δεν είναι απαραίτητο να αφαιρεθούν οι ωοθήκες. Η πενταετής επιβίωση είναι 100%.

Η θεραπεία στις γυναίκες με καρκίνο που διηθεί τον τράχηλο σε βάθος μεγαλύτερο των 3 mm ή σε μικρότερο βάθος αλλά με αγγειακή συμμετοχή είναι η ίδια με την θεραπεία του Σταδίου Ib.

Πενταετής επιβίωση 80% έως 90%.

Στάδιο Ib

Θεραπεία εκλογής. Υπάρχουν δύο εναλλακτικοί τρόποι θεραπείας. Η μία μέθοδος είναι η ριζική υστερεκτομή με συνοδό αφαίρεση των πυελικών λεμφαδενικών αμφοτερόπλευρα. Ο άλλος τρόπος είναι η εξωτερική ακτινοβολία (συνολική δόση 4000 cGy χορηγούμενη διακεκομμένα πέντε ημέρες την εβδομάδα και για διάστημα πέντε εβδομάδων) που ακολουθείται από ενδοτραχηλική εισαγωγή ραδιενεργού καισίου για δύο ημέρες, επαναλαμβανόμενη έπειτα από δύο εβδομάδες. Οι δύο μέθοδοι έχουν τα ίδια ποσοστά ίασης, οπότε η επιλογή εξαρτάται από την εξειδίκευση του ιατρού, την ηλικία της ασθενούς και τη γενική κατάσταση της υγείας της.

Συνήθως οι μικρής έκτασης βλάβες αντιμετωπίζονται χειρουργικά, ενώ οι μεγάλοι όγκοι με ακτινοβολία. Οι μεταστάσεις στους πνευλικούς λεμφαδένες αντιμετωπίζονται συνήθως με ακτινοθεραπεία πυέλου επί πέντε εβδομάδες, αφού προηγηθεί χειρουργική επέμβαση.

Οι μεγάλες βλάβες που περιορίζονται στον τράχηλο αντιμετωπίζονται με εξωτερική ακτινοβολία πέντε ημέρες την εβδομάδα και επί πέντε εβδομάδες. Έπειτα από δύο εβδομάδες εισάγεται ραδιενεργό καίσιο και έξι εβδομάδες αργότερα ακολουθεί υστερεκτομή και χειρουργική σταδιοποίηση.

Πενταετής επιβίωση 80% - 90%.

Στάδιο IIa

Θεραπεία εκλογής. Η καθιερωμένη θεραπεία περιλαμβάνει είτε ριζική υστερεκτομή και αφαίρεση των λεμφαδένων της πυέλου είτε εξωτερική ακτινοβολία ακολουθούμενη από ενδοτραχηλική εισαγωγή ραδιενεργού καισίου μία ή δύο φορές. Στις γυναίκες με εκτεταμένες βλάβες στον τράχηλο ασκείται ορισμένες φορές προεγχειρητική ακτινοθεραπεία (4000 cGy χορηγούμενη σε διακεκομμένες δόσεις για πάνω από πέντε εβδομάδες, δύο εβδομάδες αργότερα εισάγεται ενδοτραχηλικά ραδιενεργό καίσιο για 72 ώρες). Ακολουθεί υστερεκτομή και λαμβάνεται δείγμα λεμφαδένων για βιοψία.

Οι γυναίκες με μεταστατική νόσο στους πνευλικούς λεμφαδένες αντιμετωπίζονται συνήθως με εξωτερική ακτινοθεραπεία πυέλου για πέντε εβδομάδες μετά την επέμβαση.

Πενταετής επιβίωση περίπου 75% - 50%.

Στάδιο IIβ

Θεραπεία εκλογής. Εφαρμόζεται εξωτερική ακτινοθεραπεία σε διακεκομμένες δόσεις επί πέντε εβδομάδες και ακολουθεί εισαγωγή ραδιενεργού καισίου δύο φορές, σε διάστημα 36 έως 48 ωρών.

Πενταετής επιβίωση 66% έως 80%.

- Ακτινοθεραπεία χορηγούμενη ταυτόχρονη με χημειοθεραπεία (cisplatin + 5-fluorouracil + mitomycin-C ή bleomycin + mitomycin-C).
- Αξιολογούνται τα αποτελέσματα από τη διάμεση ακτινοθεραπεία με περιοδική εμφύτευση στον όγκο ραδιενεργού ιριδίου.
- Επίσης μελετάται η υπερθερμία, μια μέθοδος όπου χρησιμοποιείται ακτινοθεραπεία και θερμότητα.

Στάδιο IIIα ή IIIβ

Θεραπεία εκλογής. Η καθιερωμένη θεραπεία συνίσταται σε εξωτερική ακτινοβολία και στη συνέχεια τοποθέτηση ραδιενεργού καισίου δύο φορές.

Στάδιο IVα

Το στάδιο IV ορίζεται όταν ο καρκίνος έχει διασπαρεί σε απομακρυσμένα όργανα πέραν της πυέλου ή έχει προσβάλει την ουροδόχο κύστη ή το ορθό. Το Στάδιο IVα σημαίνει ότι έχει αποδειχθεί με βιοψία η διήθηση είτε της ουροδόχου κύστης είτε του ορθού.

Θεραπεία εκλογής. Το στάδιο αυτό αντιμετωπίζεται συνήθως με ακτινοθεραπεία ή με χειρουργική αφαίρεση της μήτρας, του κόλπου, της ουροδόχου κύστης και/ή του ορθού (πυελική εκσπλάγγνωση).

Πενταετής επιβίωση 20% - 30%.

Στάδιο IVβ

Στο Στάδιο αυτό υπάρχει διασπορά σε απομακρυσμένα όργανα.

Θεραπεία εκλογής. Η ακτινοβολία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να ανακουφίσει από τα συμπτώματα της νόσου στην πύελο ή τις μεμονωμένες απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Ορισμένα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι χρήσιμα για την αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, αλλά σπάνια θεραπεύουν τη νόσο. Σ' αυτά συγκαταλλέγονται η cisplatin ή carboplatin, όπου το ποσοστό ανταπόκρισης είναι 15% - 25% και η infosfamide, με αντίστοιχο ποσοστό περί το 30%.

Στους συνδυασμούς χημειοθεραπείας που περιλαμβάνουν cisplatin + etoposide + bleomycin το ποσοστό ανταπόκρισης ανέρχεται στο 50%. Άλλου συνδυασμοί φαρμάκων που έχουν χρησιμοποιηθεί σε γυναίκες με μεταστατική νόσο είναι: mitomycin-C + 5-fluorouracil + cisplatin, Velban + bleomycin + cisplatin και cisplatin ή carboplatin + infosfamide.

Πειραματική. Πολλά από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην καθιερωμένη θεραπεία έχουν δοκιμαστεί σε διαφορετικούς συνδυασμούς και δόσεις¹⁶.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14ο

14.1. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Για τα πρώτα δύο χρόνια μετά τη θεραπεία συνίσταται εξέταση τραχηλικού επιχρίσματος κατά Παπανικολάου και προσεκτική κλινική εξέταση της πυέλου, της κοιλιάς και των λεμφαδένων ανά τρίμηνο, ενώ για τα επόμενα τρία χρόνια ανά εξάμηνο.

Όταν δεν υπάρχουν συμπτώματα δεν απαιτούνται συστηματικές ακτινογραφίες του θώρακα ή αξονικές τομογραφίες κοιλιάς και πυέλου.

Ο γιατρός πρέπει να μετράει σε κάθε επίσκεψη τα επίπεδα καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου και/ή αντιγόνου του επιθηλιακού καρκινώματος του ορού αν ήταν αυξημένα πριν αρχίσει η θεραπεία¹⁶.

14.2. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΕΜΒΟΛΙΑ ΣΤΑ ΖΩΑ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Η μόλυνση με υψηλού κινδύνου τύπους HPV εμπλεκόταν στα πρώιμα στάδια ανάπτυξης τραχηλικού καρκίνου. Οι ογκοπρωτεΐνες E₆ και E₇ που κωδικοποιούνται ιικά συμπεριφέρονται σαν ειδικά αντιγόνα για τον όγκο και αντιπροσωπευτικοί στόχοι για ένα εμβόλιο για τον έλεγχο των όγκων που προκαλούνται από HPV. Χρησιμοποιώντας άλλες πρωτεΐνες ή πεπτίδια που έχουν τη βάση τους στις ογκοπρωτεΐνες E₆ και E₇ των HPV16 και 18, η φάση I κλινικών δοκιμασιών για τα θεραπευτικά εμβόλια εναντίον των προκαλούμενων από HPV καρκίνων, έχουν προσφάτως ανακοινωθεί. Αν και η αποτελεσματικότητα αυτών των εμβολίων δεν μπορεί να εκτιμηθεί σε τέτοιες μικρές μελέτες, εντούτοις έκαναν ένα σημαντικό βήμα προς την κατεύθυνση της ανάπτυξης θεραπευτικών εμβολίων εναντίον του καρκίνου της μήτρας. Ένας εμβολιασμός με πολυτοπικό DNA σε συνδυαστική προσέγγιση με ανοσολογικές κυτταροκίνες μπορούν να προσφέρουν μια εξαιρετική στρατηγική για να μειώσουν τον κίνδυνο υποτροπής και μετάστασης ακολουθώντας κατάλληλες θεραπείες²⁰.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15ο

15.1. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ ΚΟΛΟΒΩΜΑΤΟΣ

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

15.2. ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Η θέση της υποτροπής μπορεί να βρίσκεται στον κόλπο, στον τράχηλο, στη μήτρα, που παρέμεινε, στην ουροδόχο κύστη, στο ορθό, στα πνευμονικά τοιχώματα, σε περιφερειακούς λεμφαδένες, στους πνεύμονες, στο έξω στόμιο της ουρήθρας κ.λ.π.

Η διάγνωση υποτροπής στηρίζεται στα κλινικά συμπτώματα στην απώλεια βάρους, στο άλγος, στην κολπική υπερέκκριση, στην αιμορραγία, στο οίδημα των σκελών και στις εργαστηριακές εξετάσεις. Η επιβεβαίωση της υποτροπής με ιστολογικό έλεγχο, όταν αυτή είναι σε προσιτό σημείο, είναι απαραίτητη. Σε όλες τις περιπτώσεις απαιτείται η εκτέλεση κυστεοσκόπησης, πνευμογραφίας, ακτινολογικός έλεγχος σπονδυλικής στήλης και θώρακα, σπινθηρογράφημα συκωτιού, διάβαση εντέρου, και, τέλος, ερευνητική λαπαροτομία.

Θεραπευτικά, την υποτροπή του καρκίνου του τραχήλου την αντιμετωπίζουν με εγχείρηση, όπου αυτή είναι εφικτή, και με ακτινοθεραπεία. Επίσης εφαρμόζουμε χημειοθεραπεία για την ανακούφιση της άρρωστης και εγχειρήσεις που αποβλέπουν στη διατομή νεύρων¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16ο

16.1. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η συνύπαρξη κλινικά αναγνωρίσιμου καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και εγκυμοσύνης είναι εξαιρετικά σπάνια και συνήθως της τάξης μιας περίπτωσης στις 2.500 ως 3.000 εγκυμοσύνες. Περισσότερο συχνή είναι η ανεύρεση θετικής κυτταρολογικής εξέτασης σε τραχηλικό επίχρισμα που λαμβάνεται στις εξετάσεις ρουτίνας των επιτόκων. Σε μια τέτοια περίπτωση η κολποσκόπηση θα μπορούσε να προταθεί και εάν είναι απαραίτητο να γίνει βιοψία κατευθυνόμενη με κολποσκόπιο όπως ακριβώς και στις έγκυες γυναίκες¹⁵.

Τα συμπτώματα στην εγκυμοσύνη δεν διαφέρουν από αυτά μιας μη εγκύου γυναίκας, αλλά η διάγνωση είναι δυνατόν να τεθεί καθυστερημένα για διάφορους λόγους: το νεαρό της ηλικίας της ασθενούς (κατά μέσο όρο τα 32 χρόνια), ο εγκύμων τράχηλος της μήτρας τυπικά μοιάζει ανώμαλος, ο κολποσκοπικός χειρισμός του εγκύμονος τραχήλου είναι συχνά δύσκολος.

Η θεραπεία του τραχηλικού καρκίνου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πολύπλοκη εξαιτίας διαφόρων λόγων εν συγκρίσει με την αντιμετώπιση του ίδιου καρκίνου στις άλλες ασθενείς.

Ο πιο σημαντικός λόγος είναι ότι υπάρχουν δύο «ζωές» που πρέπει να αξιολογηθούν εξίσου σημαντικά, δεύτερο η κωνοειδής βιοψία του τραχήλου σαν στάνταρ μέθοδος διάγνωσης και αντιμετώπισης φέρει αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας και αποβολής ή πρόωρου τοκετού και τρίτο ενδοτραχηλικοί θεραπευτικοί χειρισμοί δεν μπορούν να εφαρμοστούν εξαιτίας κινδύνου καθήλωσης των αμνιοτικών μεμβρανών²¹.

Οι περισσότεροι γυναικολόγοι προτιμούν:

- 1) Σε ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες και καρκίνωμα in situ η κολποσκοπική εκτίμηση, και η παρακολούθηση είναι αρκετές, εφόσον

δεν υπάρχουν ενδείξεις διήθησης. Αν υπάρχουν αμφιβολίες πρέπει να γίνει κωνοειδής εκτομή στο δεύτερο τρίμηνο, γιατί στο πρώτο τρίμηνο υπάρχει κίνδυνος αυτόματης έκτρωσης μέχρι 33%.

- 2) Σε διηθητικό καρκίνο, αν η κωνοειδής εκτομή δείξει διήθηση κάτω από 3 mm, δεν υπάρχει διήθηση αγγείων και τα χείλη εκτομής είναι ελεύθερα, η εγκυμοσύνη μπορεί να συνεχισθεί και να γίνει υστερεκτομία στην λοχεία. Αν η διήθηση είναι 3-5 mm, τότε η εγκυμοσύνη μπορεί να συνεχισθεί ως το τέλος και να γίνει υστερεκτομία με λεμφαδενεκτομία μετά από κάθετη καισαρική τομή.
- 3) Στο Στάδιο Ιβ, όταν η γυναίκα βρίσκεται στο πρώτο τρίμηνο, η θεραπεία είναι ριζική υστερεκτομία και λεμφαδενεκτομία μετά από υστερεκτομία. Αν η εγκυμοσύνη πλησιάζει στο τρίτο τρίμηνο, καθυστέρηση μεγαλύτερη από 4 εβδομάδες πρέπει να αποφεύγεται. Η θεραπεία είναι εγχειρητική με καισαρική τομή και ριζική υστερεκτομία και λεμφαδενεκτομία. Μπορεί να δοθούν στεροειδή και να γίνει αμνιοπαρακέντηση για την πνευμονική ωριμότητα.
- 4) Στο II - IV γίνεται ακτινοθεραπεία. Στο πρώτο τρίμηνο αρχίζει ως εξωτερική και συνήθως μετά από 4.000 rads επέρχεται αυτόματη έκτρωση. Ακολουθεί εκκένωση της μήτρας και συνέχιση της ακτινοθεραπείας.

Στο δεύτερο και τρίτο τρίμηνο προηγείται υστερεκτομία ή κάθετη καισαρική. Αν είναι δυνατή μικρή παράταση της εγκυμοσύνης προτιμάται, με την προϋπόθεση ελέγχου της κατάστασης του εμβρύου¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 17ο

17.1. ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Παλαιότερα ο καρκίνος ισοδυναμούσε στην κυριολεξία με θανατική καταδίκη. Ωστόσο σήμερα συνεχώς περισσότεροι άνθρωποι μαθαίνουν να τον βλέπουν από διαφορετικό πρίσμα και να συνειδητοποιούν ότι η ζωή με τον καρκίνο σημαίνει εξοικείωση με μια χρόνια πάθηση. Μαθαίνουν δηλαδή να αντιμετωπίζουν τα συμπτώματα και τις θεραπευτικές αγωγές και ταυτόχρονα να επιστρέφουν σε όσο το δυνατόν περισσότερες φυσιολογικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής¹⁶.

17.1α. Ψυχολογικά Προβλήματα του Αρρώστου με Καρκίνο Τραχήλου Μήτρας

Το άτομο στο οποίο διαγνώστηκε ότι πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, που επηρεάζουν τόσο την πορεία και έκβαση της αρρώστιας τους, όσο και όλες τις διαστάσεις και την ποιότητα της ζωής τους²². Και αυτό επειδή ο καρκίνος είναι συνώνυμος με έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αναπηρία, εγκατάλειψη ή παθητική και αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας. Ακόμη και οι συγγενείς της συνήθως έχουν αισθήματα φόβου, ανησυχίας και αγωνίας. Παράλληλα, η άρρωστη πολλές φορές δοκιμάζει μελαγχολία, θυμό, μοναξιά, ντροπή και απογοήτευση.

Η άρνηση της αποδοχής της διάγνωσης της αρρώστιας, όχι σπάνια αποτελεί την πρώτη αντίδραση του καρκινοπαθή σε αυτή. Η άρνηση της αρρώστειας μπορεί να χαρακτηριστεί σαν καλή αντίδραση του αρρώστου με καρκίνο κακής πρόγνωσης¹². Προσοχή χρειάζεται στη συμπεριφορά αυ-

τή του αρρώστου, επειδή μπορεί να αρνηθεί τη θεραπεία και την παρακολούθησή του από γιατρό¹⁶.

Μετά την άρνηση συνήθως εμφανίζεται ο θυμός, ο οποίος στρέφεται προς τα μέλη της οικογένειάς του, τα μέλη της ομάδας υγείας και άλλους (Μάνος, 1993). Εκδηλώνεται κατά την Ross (1969) με αντίδραση, απαιτητική συμπεριφορά. Η τρίτη φάση που διέρχεται ο άρρωστος είναι της συνδιαλλαγής κατά την οποία συνήθως είναι ήρεμος και προσπαθεί με κάποιο αντάλλαγμα, κυρίως με τον Θεό να επιτύχει τη θεραπεία της αρρώστιας του ή την αναβολή του μοιραίου¹². Όταν όμως ο άρρωστος αρχίζει να αντιλαμβάνεται τις συνέπειες της αρρώστιας και πως τίποτα δεν μπορεί να διαφοροποιηθεί τότε μελαγχολεί και η φάση αυτή ονομάζεται φάση της κατάθλιψης. Στην κατάθλιψη ο μοναδικός ή ο πιο κατάλληλος τρόπος βοήθειας του αρρώστου είναι να καθίσουμε κοντά του και να τον αφήσουμε να εκφράσει μόνος του τα αισθήματα λύπης που δοκιμάζει. Να τον ακούσουμε, να του δείξουμε κατανόηση και να μην προσπαθήσουμε να τον βγάλουμε από τον κόσμο της πραγματικότητας. Τα διαζύγια επίσης στη φάση αυτή είναι συχνά στις οικογένειες των αρρώστων αυτών²². Όχι μόνο γενετικοί παράγοντες επηρεάζουν τις διαταραγμένες σχέσεις των μανιακών και καταθλιπτικών αρρώστων, αλλά και οι επακόλουθες ψυχοκοινωνικές εντάσεις στο περιβάλλον της οικογένειας είναι βλαπτικές²². Σ' αυτό το στάδιο και υπό παρόμοια δεδομένα η οικογενειακή ψυχοθεραπεία συνίσταται για οριακά άτομα, στα οποία επικρατεί το καταθλιπτικό στοιχείο και τα οποία εξαρτώνται με κάποιο άμεσο τρόπο από την οικογένεια. Γενικά η εντύπωση πως καταθλιπτικού τύπου αντιδράσεις είναι συχνές σε καρκινοπαθείς είναι κοινή μεταξύ των ασχολούμενων με την Ογκολογία, είναι μάλιστα μια πανάρχαια εντύπωση που ήδη περιγράφεται από τον Γαληνό στα συγγράμματά του, του 2ου μ.Χ. αιώνα²³. Πλήθος από νεότερες εργασίες έχουν ασχοληθεί με την πλευρά αυτή της προσωπικότητας των καρκινοπαθών και το σύνδρομο «Hopelessness and Helplessness» έχει περιγραφεί σε

ασθενείς με καρκίνο . Παρ' όλα αυτά τέτοια χαρακτηριστικά δεν γίνονται αποδεκτά από όλους, μπορεί δε συχνά να συναρτώνται από τον τόπο, το πολιτιστικό επίπεδο, τις κοινωνικές συνθήκες, τα υποστηρικτικά συστήματα κ.λ.π.

Μια σχετική εργασία για την αυτοαναφερόμενη κατάθλιψη σε καρκινοπαθείς έγινε από τους Χ. Ζουμπλιό, Ι. Σταυρακάκη, Γ. Ρηγάτο και Γ. Σαραντόγλου, στην οποία μελετήθηκαν 72 καρκινοπαθείς, όλοι με ιστολογικά επιβεβαιωμένη νόσο που νοσηλεύονταν στην Α΄ Παθολογική - Ογκολογική Κλινική του Ελληνικού Αντικαρκινικού Ινστιτούτου - Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας». Για τον προσδιορισμό της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο του Beck (Beck Depression Inventory, BDI). Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γινόταν με την παρουσία γιατρού που εξηγούσε απλώς τον τρόπο συμπλήρωσης και έλυne τυχόν απορίες του εξεταζόμενου χωρίς να τον επηρεάζει. Οι ασθενείς που περιελήφθησαν στη μελέτη δεν έπαιρναν οπιούχα αναλγητικά, ηρεμιστικά ή ψυχοφάρμακα ούτε κορτικοειδή. Οι βαρύνουσες έννοιες και καταστάσεις που διερευνώνται με το ερωτηματολόγιο είναι η στενοχώρια, η προοπτική για το μέλλον, η αίσθηση της αποτυχίας, η δυσαρέσκεια, η αίσθηση αχρηστίας, το μίσος του εαυτού, η τάση αυτοκτονίας, το ενδιαφέρον για τους άλλους, η ευχέρεια λήψης αποφάσεων, η αίσθηση ασχήμιας, η αίσθηση ανικανότητας στη δουλειά, η εύκολη κούραση και η όρεξη για φαγητό. Η βαθμολογία αντανακλά σε τρία επίπεδα σοβαρότητας της κατάθλιψης, δηλαδή: καθόλου κατάθλιψη, ελαφρά κατάθλιψη και σοβαρή κατάθλιψη, γίνεται δε με αριθμητικό σύστημα (0-3 βαθμοί).

Συμπερασματικά, κατάθλιψη ελαφρά ή κλινική διαπιστώνεται μεταξύ των καρκινοπαθών σε σημαντικό ποσοστό (περίπου 33%) και αρχίζει με τη διάγνωση, είναι δε συχνότερη στις γυναίκες. Αυτό το στοιχείο πρέπει να συνεκτιμάται τόσο στη σημειολογία όσο και στην αντιμετώπιση των ασθενών²⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 18ο

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η νοσηλευτική, ψυχολογική και κοινωνική προσφορά της νοσηλεύτριας (-τή) στον καρκινοπαθή είναι σήμερα διεθνώς αναγνωρισμένη, μια που η/ο νοσηλεύτρια (-τής) καλείται να χορηγήσει τις πολύπλοκες σύγχρονες θεραπευτικές αγωγές και να αντιμετωπίσει τα ποικίλα προβλήματα που επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής του.

Η νοσηλευτική είναι έργο ευθύνης γιατί υπηρετεί τον άνθρωπο. Ευσυνειδησία, αξιοπιστία, ακρίβεια, συναίσθηση καθήκοντος, επαγγελματικό ήθος είναι τα κύρια στοιχεία που πρέπει να συνθέτουν την προσωπικότητα του νοσηλευτή.

Ο στόχος της νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει την άρρωστη να διατηρήσει τις δυνάμεις της και την ακεραιότητά της και να τα χρησιμοποιήσει, για την καταπολέμηση των κακοήθων κυττάρων, να ανεχθεί τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την αρρώστια. Ακόμη, οι γνώσεις και οι δεξιότητες βοηθούν τη νοσηλεύτρια (-τή) να προβλέψει, αλλά και να παρεμποδίσει την εμφάνιση των προβλημάτων αυτών¹².

18.1. ΠΥΕΛΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η πυελική εξέταση είναι μια επισκόπηση των έξω γεννητικών οργάνων για σημεία φλεγμονής, διόγκωσης, αιμορραγίας, εκροή υγρών ή τοπικές δερματικές και επιθηλιακές αλλαγές. Για την επισκόπηση του κόλπου

και του τραχήλου της μήτρας χρησιμοποιούνται οι κολποδιαστολείς (βάλβες).

α. Ετοιμασία της άρρωστης.

- (1) Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης. Η άρρωστη χρειάζεται ενθάρρυνση, κατανόηση και επιδέξιο χειρισμό τόσο των συγκινησιακών όσο και των φυσικών της προβλημάτων.
- (2) Παροχή συμβουλών στην άρρωστη για αποφυγή συνουσίας και κολπικής πλύσης 24 πριν από την εξέταση, σε περίπτωση που θα ληφθεί κολπικό έκκριμα για κυτταρολογική εξέταση.
- (3) Παρότρυνση της άρρωστης για κένωση της κύστης και του εντέρου πριν από την εξέταση, γιατί έτσι εξασφαλίζεται χαλάρωση των περινεϊκών ιστών.
- (4) Αφαίρεση των περιττών ενδυμάτων, για να επιτραπεί ικανοποιητική έκθεση των γεννητικών οργάνων και η εξέταση της κοιλιάς.
- (5) Αποφυγή υπερβολικής έκθεσης της άρρωστης.

β. Θέσεις της άρρωστης για εξέταση.

- (1) Θέση λιθοτομής. Η άρρωστη τοποθετείται σε υπτία θέση με τα γόνατα και τα ισχία σε κάμψη και απαγωγή και τους γλουτούς στο χείλος της εξεταστικής τράπεζας. Τα πόδια ακουμπούν πάνω σε ειδικά στηρίγματα. Στη θέση αυτή τα γεννητικά όργανα είναι προσιτά για επισκόπηση και ψηλάφηση. Η άρρωστη καλύπτεται με ένα σεντόνι τοποθετημένο διαγώνια. Η μία γωνία βρίσκεται πάνω στον θώρακα και η αντίθετή της στην ηβική χώρα. Κάθε μία από τις άλλες γωνίες τυλίγεται γύρω από το κάτω άκρο. Όταν η εξέταση γίνεται στο κρεβάτι, η άρρωστη τοποθετείται εγκάρσια στο κρεβάτι με τα ισχία μόλις να εξέχουν από το χείλος του κρεβατιού. Τα πέλματα ακουμπούν στα γόνατα του εξεταστή ή σε δύο καρέκλες που τοποθετούνται κοντά στο κρεβάτι.

- (2) Θέση Sims. Η άρρωστη τοποθετείται σε πλάγια θέση, συνήθως αριστερά, με το αριστερό της χέρι πίσω από την πλάτη της. Ο δεξιός μηρός και το γόνατο κάμπτονται όσο γίνεται περισσότερο το δε αριστερό πόδι διατηρείται μερικώς κεκαμμένο. Η άρρωστη καλύπτεται όπως και πιο πάνω για εύκολη έκθεση των γεννητικών οργάνων.
- (3) Θέση γόνατα - θώρακας. Η άρρωστη γονατίζει πάνω στο τραπέζι, με τα πόδια να εξέχουν ελαφρά από το χείλος της εξεταστικής τράπεζας.
- Τα γόνατα αποχωρίζονται και οι μηροί διατηρούνται σε ορθία γωνία προς το τραπέζι.
 - Η άρρωστη γυρίζει το κεφάλι της προς τη μία πλευρά, το δε πρόσωπό της και ο θώρακάς της ακουμπούν πάνω σ' ένα μαλακό μαξιλάρι.
 - Με τα χέρια της πιάνει τα πλάγια της εξεταστικής τράπεζας.
 - Μετά την τοποθέτησή της σε άνετη θέση, η άρρωστη καλύπτεται για μείωση του αισθήματος ντροπής.

γ. Διαδικασία πυελικής εξέτασης.

(1) Αρχικά, γίνεται επισκόπηση του αιδοίου για ύπαρξη ανωμαλιών, ερεθισμού, οιδήματος ή έκκρισης. Την επισκόπηση διευκολύνει ο καλός φωτισμός. Τα μεγάλα και τα μικρά χείλη ανοίγονται και εξετάζεται ο πρόδομος του αιδοίου.

Η επισκόπηση και η ψηλάφηση των έξω γεννητικών οργάνων δεν πρέπει να διαρκεί περισσότερο από 1-2 min, εκτός αν διαπιστωθούν παθολογικά ευρήματα, όπως εξέλκωση του αιδοίου ή των χειλέων.

(2) Η επισκόπηση του κόλπου γίνεται με τη βοήθεια του κολποδιαστολέα. Της επισκόπησης του κόλπου προηγείται η δακτυλική

κολπική εξέταση. Επειδή υπάρχουν διάφορα μεγέθη κολποδιαστολέων, η νοσοκόμος επιλέγει εκείνο που είναι κατάλληλο για την ηλικία, το μέγεθος και της αναλογίες της άρρωστης· για άρρωστες π.χ. με μικρό κόλπο χρησιμοποιούνται μικρότεροι κολποδιαστολείς. Ο κολποδιαστολέας πριν από τη χρήση του θερμαίνεται και γλισχραίνεται. Με την άρρωση σε θέση λιθοτομής, εισάγεται ο κολποδιαστολέας στον κόλπο με ελαφρά πίεση και περιστρέφεται, για να ακολουθήσει την περίμετρο του κολπικού σωλήνα. Εάν πρόκειται να ληφθεί έκκριμα για κυτταρολογική εξέταση, δεν χρησιμοποιείται γλισχραντικό, ο δε κολποδιαστολέας υγραίνεται με νερό για να διευκολυνθεί η είσοδός του. Οι γυναίκες θα πρέπει να κάνουν τουλάχιστον μια φορά το χρόνο Pap-test ή πιο συχνά, εάν εμφανιστούν σημεία και συμπτώματα δυνητικής κακοπήθειας, όπως αιμορραγία στα μεσοδιαστήματα της έμμηνης ρύσης. Γι' αυτό το λόγο το test Παπανικολάου είναι εξέταση ρουτίνας κατά την πυελική εξέταση της άρρωστης, αν αυτό δεν έχει γίνει μέσα στον τελευταίο χρόνο. Μετά την εισαγωγή του κολποδιαστολέα ανοίγονται οι λεπίδες του και αποκαλύπτεται ο τράχηλος. Για να τοποθετηθεί στον τράχηλο ο κολποδιαστολέας, ίσως χρειαστεί να γίνουν ορισμένοι χειρισμοί. Ο τράχηλος εντοπίζεται από το έντονο ερυθρό χρώμα του, που διαχωρίζεται από το ελαφρό ρόδινο χρώμα του κολπικού βλεννογόνου.

Η επισκόπηση του τραχήλου περιλαμβάνει σημείωση του χρώματος, όπως παθολογική ερυθρότητα και ύπαρξη αλλοίωσης, εξέλκωσης, πολύποδα ή αιμορραγίας. Το κολπικό τοίχωμα επίσης επισκοπείται για εξέλκωση, πολύποδες ή άλλες αλλοιώσεις. Παρατηρούνται το χρώμα και η υφή του. Κολπική έκκριση μπορεί να είναι ενδεικτική φλεγμονής ή λοίμωξης. Η λευκόρροια είναι συχνά

φυσιολογική αλλά μπορεί να σημαίνει και δυσλειτουργία. Λευκωπή, κιτρινωπή ή καφεοειδής έκκριση μπορεί να σημαίνει φλεγμονή ή λοίμωξη.

- (3) Η αμφίχειρη πυελική εξέταση ακολουθεί μετά τη λήψη εκκρίματος για Pap-test και την αφαίρεση του κολποδιαστολέα. Γίνεται με τον δείκτη και τον μέσο δάκτυλο του ενός χεριού, που τοποθετούνται μέσα στον κόλπο, ενώ το άλλο χέρι τοποθετείται στα κοιλιακά τοιχώματα. Με τον τρόπο αυτό εξετάζονται τα εσωτερικά όργανα για μάζες. Τα δάκτυλα που βρίσκονται μέσα στον κόλπο ψάχνουν πρώτα να βρουν τον τράχηλο της μήτρας, ενώ με το άλλο χέρι πιέζεται το υπογάστριο από τα κοιλιακά τοιχώματα, ώστε τα δάκτυλα που βρίσκονται μέσα στον κόλπο να συναντήσουν πίσω από τον πρόσθιο κολπικό θόλο το σώμα της μήτρας. Με τον χειρισμό αυτό γίνεται αντιληπτό το μέγεθος, η θέση και η κινητικότητα της μήτρας. Με τη βοήθεια πάντα του άλλου χεριού που πιέζει τα κοιλιακά τοιχώματα, τα ενδοκολπικά δάκτυλα αναζητούν τις σάλπιγγες και τις ωοθήκες. Οι ωοθήκες είναι σκληρές και κινητές αλλά ευαίσθητες στην ψηλάφηση και πρώτα πρέπει να εντοπιστούν και να κρατηθούν σε θέση εξέτασης με τα δάκτυλα που βρίσκονται στον κόλπο, βοηθούμενα από το χέρι, που είναι πάνω στην κοιλιά. Οι σάλπιγγες φυσιολογικά δεν ψηλαφούνται.
- (4) Η εξέταση συμπληρώνεται με την ορθοκολπική εξέταση. Μέσα στον κόλπο εισάγεται ο δείκτης και στο ορθό ο μέσος δάκτυλος, ενώ με το άλλο χέρι ψηλαφείται η κοιλιά και την παρουσία παθολογικών μαζών, αδένων κ.λ.π. Η δακτυλική εξέταση μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία, εάν ο κολπικός ή ο τραχηλικός βλεννογόνος είναι λεπτός και η λειτουργία του έχει διαταραχτεί.

δ. Νοσηλευτικά καθήκοντα.

- (1) Εξασφάλιση άνεσης στην άρρωστη με την παρουσία της νοσοκόμου κατά την ώρα της εξέτασης.
- (2) Ενθάρρυνση της άρρωστης να χαλαρώσει, να είναι ήρεμη και να αναπνέει βαθιά.
- (3) Εξασφάλιση του κατάλληλου φωτισμού και των απαραίτητων αντικειμένων για την εξέταση.
- (4) Βοήθεια του γιατρού, κατά την ώρα της εξέτασης.
- (5) Καθαρισμός της περινεϊκής χώρας από τις εκκρίσεις και το γλισχραντικό μετά το τέλος της εξέτασης.
- (6) Τοποθέτηση της άρρωστης σε άνετη θέση, μόλις τελειώσει η εξέταση.
- (7) Παροχή χρόνου στην άρρωστη να μείνει για λίγα λεπτά στην καθιστή θέση πάνω στο εξεταστικό τραπέζι, για να ανακτήσει την ισορροπία της προτού κατέβει.
- (8) Επίλυση αποριών της άρρωστης και διασαφήνιση των ιατρικών οδηγιών.
- (9) Βοήθεια άρρωστης να ντυθεί, αν τη χρειάζεται.

18.2. ΚΟΛΠΙΚΟ ΕΠΙΧΡΙΣΜΑ (Pap-test)

Γίνεται, όπως προαναφέρθηκε, για την ανίχνευση τραχηλικής δυσπλασίας και/ή καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Η λήψη κολπικού εκκρίματος για κυτταρολογική εξέταση κατά Παπα-νικολάου γίνεται με τη χρήση σπειλεού, πιπέτας ή ξύλινης σπάτουλας. Με το ένα άκρο της σπάτουλας Ayre ή άλλης παρόμοιας παίρνεται ένα παχύ δείγμα κολπικού εκκρίματος από τον οπίσθιο θόλο και επιστρώνεται σε αντικειμενοφόρο πλάκα. Στη συνέχεια το μακρύτερο τμήμα του άλλου άκρου της σπάτουλας τοποθετείται στο τραχηλικό στόμιο και η σπάτουλα περι-

στρέφεται κατά ένα πλήρη κύκλο. Έτσι παίρνεται ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα τραχηλικού εκκρίματος και επιστρώνεται σε αντικειμενοφόρο πλάκα με μια απλή κυκλική κίνηση.

Σε κάθε αντικειμενοφόρο πλάκα σημειώνεται η προέλευση του εκκρίματος. Επίσης στο παραπτεμπτικό σημειώνεται η ημερομηνία της τελευταίας έμμηνης ρήσης και εάν η γυναίκα έπαιρνε οιστρογόνα ή αντισυλληπτικά χάπια. Πριν ξεραθεί το έκκριμα οι αντικειμενοφόροι πλάκες τοποθετούνται μέσα σε γυάλινο δοχείο με αιθέρα και αιθυλική αλκοόλη και στέλνονται στο κυτταρολογικό εργαστήριο.

Κάθε επαφή με τον κόλπο θα πρέπει να αποφεύγεται για 24 ώρες πριν από την λήψη του κολπικού εκκρίματος για κυτταρολογική εξέταση, γιατί τόσο η συνουσία όσο και η κολπική εξέταση αλλοιώνουν τα κύτταρα των επιχρισμάτων.

Τα κυτταρολογικά ευρήματα βάσει της διαίρεσης κατά Παπανικολάου διακρίνονται σε πέντε κατηγορίες:

Κλάση I: Απουσία άτυπων ή παθολογικών κυττάρων.

Κλάση II: Άτυπα κύτταρα, δίχως όμως χαρακτηριστικές κακοήθους εξαλλαγής (φλεγμονές).

Κλάση III: Δυσκαρύωση και κύτταρα ύποπτα για κακοήθη νεοπλασία.

Κλάση IV: Μεμονωμένα κακοήθη κύτταρα.

Κλάση V: Σωροί κακοήθων κυττάρων.

18.3. ΒΙΟΨΙΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Γίνεται για τη διαπίστωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Είναι προτιμότερο να γίνεται σε χρόνο που ο τράχηλος έχει τη λιγότερη αιμάτωση (συνήθως μία εβδομάδα μετά το τέλος της έμμηνης ρύσης).

α. Ετοιμασία της άρρωστης.

- (1) Εξηγείται στην άρρωστη η φύση της διαδικασίας.
- (2) Τοποθετείται σε θέση λιθοτομής και καλύπτεται.
- (3) Ενημερώνεται ότι δεν θα της γίνει καμία αναισθησία, γιατί ο τράχηλος δεν έχει υποδοχείς του πόνου.

β. Διαδικασία.

Μετά την τοποθέτηση του κολποδιαστολέα στον κόλπο και την κανονική αποκάλυψη του τραχήλου, ο χειρουργός με τη χρήση ειδικών λαβίδων βιοψίας παίρνει ένα τεμάχιο τραχηλικού ιστού. Το τεμάχιο αυτό τοποθετείται σε φορμόλη 10% και αποστέλλεται στο εργαστήριο αφού προηγουμένως επισημανθεί. Σε περίπτωση αιμορραγίας, γίνεται ραφή και πωματισμός για αιμόσταση.

γ. Μετέπειτα φροντίδα της άρρωστης.

- (1) Προτού φύγει η άρρωστη είναι απαραίτητο να ξεκουραστεί για λίγο μετά τη διαδικασία.
- (2) Δίνονται στην άρρωστη οδηγίες:
 - (α) Να αποφεύγει να σηκώνει βαριά αντικείμενα για 24 ώρες.
 - (β) Ο πωματισμός μπορεί να μείνει στη θέση του για 12-24 ώρες ανάλογα με την εντολή του γιατρού.
 - (γ) Ενδέχεται να παρατηρηθεί κάποια αιμορραγία. Εάν η αιμορραγία αυτή είναι περισσότερη απ' ό,τι σε μια φυσιολογική έμμηνη ρύση, πρέπει να αναφερθεί αμέσως στο γιατρό.
 - (δ) Να πάρει οδηγίες από το γιατρό σχετικά με τις πλύσεις και τις σεξουαλικές της επαφές (αποφεύγονται για αρκετές εβδομάδες μετά τη βιοψία).

18.4. ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ SCHILLER

Γίνεται για τη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Τόσο η δοκιμασία Schiller όσο και τα ευρήματα της κολποσκόπησης και των κολπικών επιχρισμάτων δεν πρέπει να αποτελούν το μοναδικό διαγνωστικό κριτήριο, αλλά πάντοτε είναι ανάγκη να γίνεται και ιστολογική εξέταση.

Η δοκιμασία Schiller στηρίζεται στην ιδιότητα που έχει το γλυκογόνο να απορροφά το ιώδιο (τα καρκινικά κύτταρα στερούνται γλυκογόνου). Η ύποπτη περιοχή του τραχήλου αλείφεται με διάλυμα ιωδίου 2%.

Αρνητικά αποτελέσματα: Όλη η επιφάνεια παίρνει ένα βαθύ καφέ χρώμα ενδεικτικό αντίδρασης μεταξύ ιωδίου και γλυκογόνου των φυσιολογικών κυττάρων.

Θετικά αποτελέσματα: Οι ιστοί δεν χρωματίζονται καφέ· ενδεικτικό ύπαρξης άωρων κυττάρων· πρέπει να γίνει βιοψία.

Η άρρωση ετοιμάζεται όπως για την πυελική εξέταση. Μετά τη δοκιμασία συμβουλεύεται να φορέι μια σερβιέτα για μερικές ώρες για να αποφευχθεί η χρώση των εσωρούχων της.

18.5. ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η κολποσκόπηση είναι μια στερεοσκοπική εξέταση και γίνεται με τη χρήση του κολποσκοπίου, που είναι ένα διόφθαλμο όργανο με έντονη φωτεινή πηγή. Στην κολποσκόπηση επισκοπείται κυρίως η ενδοκολπική μοίρα του τραχήλου και ιδιαίτερα το καλυπτικό της επιθήλιο. Γίνεται για τον καθορισμό της επέκτασης του παθολογικού πλακώδους επιθηλίου και τον εντοπισμό περιοχών για λήψη ιστού για βιοψία. Ενδείκνυται σε περιπτώσεις που υπάρχει υποψία τραχηλικής αλλοίωσης, μετά από ανεύρεση άτυπων κυττάρων σε κυτταρολογική εξέταση κολπικού ή τραχηλικού εκκρίματος και

σε περιπτώσεις προηγούμενης θεραπείας για δυσπλασία ή καρκίνο του τραχήλου.

Η ετοιμασία της άρρωστης είναι όμοια με εκείνη της πυελικής εξέτασης. Επιπρόσθετες εξηγήσεις δίνονται στην άρρωστη σχετικά με το τι πρέπει να περιμένει από την εξέταση αυτή. Μετά την εξέταση τοποθετείται ένα ταμπόν στον κόλπο για την απορρόφηση των εκκρίσεων. Το ταμπόν αφαιρείται μετά 5-6 ώρες.

18.6. ΙΣΤΟΛΗΨΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Είναι μια μέθοδος εξέτασης και θεραπείας κατά την οποία γίνεται διαστολή του τραχηλικού σωλήνα με διαστολέα και απόξεση της κοιλότητας της μήτρας με ξέστρο (Δ και Α). Ο τράχηλος αποξέεται πρώτα χωρίς διαστολή.

Σκοποί

- α. Για λήψη ενδομητρικού και ενδοτραχηλικού ιστού για εξέταση.
- β. Για έλεγχο παθολογικής αιμορραγίας της μήτρας.
- γ. Σαν θεραπευτικό μέτρο για ατελή έκτρωση.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση

- α. Προεγχειρητική φροντίδα.
 - (1) Ενημέρωση της άρρωστης για τη φύση της επέμβασης που πρόκειται να της γίνει (συνήθως γίνεται από τον γυναικολόγο).
 - (2) Απάντηση σε ερωτήσεις, που ενδέχεται να έχει η άρρωστη σχετικά με την Δ και Α.
 - (3) Έλεγχος εάν έχει γίνει ξύρισμα της περινεϊκής χώρας (μερικοί γιατροί δεν το προτιμούν).
 - (4) Υποκλυσμός για κένωση του εντέρου και παρότρυνση της άρρωστης να ουρήσει πριν από την εξέταση.

(5) Εξασφάλιση γραπτής συγκατάθεσης.

β. Μετεγχειρητική φροντίδα.

(1) Έλεγχος εάν οι περινεϊκές γάζες κρατούνται στη θέση τους με ταφοειδή επίδεσμο.

(2) Αντικατάσταση των περινεϊκών γαζών, κάθε φορά που χρειάζεται, με αποστειρωμένες γάζες.

(3) Αναφορά υπερβολικής αιμορραγίας.

(4) Σύσταση να παραμείνει η άρρωστη στο κρεβάτι το υπόλοιπο της ημέρας.

(5) Χορήγηση ήπιων αναλγητικών για χαμηλό πόνο στη ράχη και πνευλική δυσφορία.

(6) Χορήγηση τροφής ανάλογα με την επιθυμία της άρρωστης¹³.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 19ο

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

19.1. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩ- ΣΤΗΣ

Εάν κάθε ασθενής, που εισέρχεται στο νοσοκομείο, κατέχεται από αισθήματα φόβου και ανησυχίας, αυτός που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, έχει περισσότερο έντονα αυτά τα συναισθήματα, ο βαθμός των οποίων επηρεάζεται από τη σοβαρότητα της εγχειρήσεως και τη νευροψυχική κατάσταση του αρρώστου.

Ο φόβος και η ανησυχία του ασθενούς μπορεί να οφείλονται σε άγνοια, προκατάληψη, παρανόηση, επηρεασμό, το άγνωστο της μετεγχειρητικής εξέλιξης της καταστάσεώς του καθώς και σε οικονομικά προβλήματα.

Ο/η νοσηλεύτης/-τρια με τη λεπτότητα, την ευγένεια, την κατανόηση και την ευσυνειδησία, κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, καλείται να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα και να αποκτήσει εμπιστοσύνη προς το ίδρυμα (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό).

Η προετοιμασία της νοσηλεύτριας, ώστε να απαντά κάθε φορά στα ερωτήματα του αρρώστου, χωρίς να επεμβαίνει σε αρμοδιότητες άλλων ειδικοτήτων, όπως ιατρών κ.λ.π., καθώς και η προετοιμασία του ασθενούς από την νοσηλεύτρια με επεξηγήσεις και οδηγίες που αφορούν ορισμένες νοσηλίες, δημιουργούν στον ασθενή κλίμα αισθήματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας για το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται. Αυτό συντελεί στη μείωση ή και εξάλειψη των συναισθημάτων φόβου και ανησυχίας που προέρ-

χονται από το άγνωστο. Ακόμη, ο/η νοσηλευτής/-τρια μπορεί να ζητήσει τη βοήθεια άλλων υπηρεσιών, όπως του ιερέα του ιδρύματος, της κοινωνικής υπηρεσίας κ.ά, όταν θέματα οικογενειακά, οικονομικά κ.λ.π. προκαλούν ανησυχία στον ασθενή.

Φόβοι, ανησυχίες και ερωτήματα εμφανίζονται και στους οικείους των ασθενών. Η νοσηλεύτρια, περιοριζόμενη στον κύκλο των αρμοδιοτήτων της, οφείλει να πλησιάσει τους οικείους του ασθενούς, για να διαλύσει τους φόβους και τις ανησυχίες τους και να απαντήσει στα πολλά τους ερωτήματα.

Η προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενούς συνίσταται σε:

- Γενική Προεγχειρητική
- Τοπική
- Τελική²⁵.

Σκοπός της προεγχειρητικής ετοιμασίας του αρρώστου είναι:

- ⊙ Η καλύτερη δυνατή εξασφάλιση ψυχολογικής, σωματικής και φυσικής προεγχειρητικής κατάστασης του αρρώστου.
- ⊙ Η ελάττωση του κινδύνου των λοιμώξεων με την μείωση πηγών μόλυνσης και ενίσχυση της αντίστασης του οργανισμού του αρρώστου.
- ⊙ Η πρόληψη των επιπλοκών και η επιτάχυνση της ανάρρωσης του αρρώστου.

19.1α. Ψυχολογική Προετοιμασία

Η χειρουργική επέμβαση προκαλεί κάποιο stress στον άρρωστο, το οποίο όσο πιο έντονο είναι τόσο περισσότερο μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ομαλή λειτουργία του όλου οργανισμού. Συνήθως η ανησυχία και η αγωνία του αρρώστου προέρχονται από φόβο για:

- Το άγνωστο περιβάλλον των ανθρώπων, των περιέργων συσκευών και μηχανημάτων που βλέπει γύρω του κ.ά.
- Τη νάρκωση και τον πόνο. Διερωτάται ο άρρωστος: Θα ξυπνήσω, θα πονώ, θα αισθάνομαι, τι γίνεται την ώρα της επέμβασης;
- Τη σκέψη για μια πιθανή αναπηρία μόνιμη ή παροδική, την απώλεια εργασίας του, τις ανάγκες συντήρησης της οικογένειάς του.
- Το αίσθημα της ανασφάλειας και του θανάτου.

Τα παραπάνω συναισθήματα εκδηλώνονται με διάφορους τρόπους. Άλλοτε με ανησυχία, άλλοτε με σιωπή και εσωτερίκευση και άλλοτε με ατέλειωτες ερωτήσεις και απορίες. Οι νοσηλευτές καλούνται να ανταποκριθούν στις παραπάνω περιπτώσεις και να συμπεριφερθούν με κρίση, σύνεση, στοργή, ενδιαφέρον και κατανόηση. Να ακούσουν περισσότερο και λιγότερο να μιλήσουν. Να δώσουν λογικές πληροφορίες και εξηγήσεις στα πλαίσια της αρμοδιότητάς τους. Έτσι θα μειωθεί το άγχος και η ανησυχία, θα εμπνεύσουν το αίσθημα της ασφάλειας και θα πετύχουν καλύτερη συνεργασία.

19.1β. Γραπτή Συγκατάθεση για τη Διενέργεια της Επέμβασης

Πριν από κάθε εγχείρηση απαιτείται γραπτή συγκατάθεση του αρρώστου ή των συγγενών του για την εκτέλεση της εγχείρησης που θα γίνει. Συγχρόνως δίδονται πληροφορίες από το γιατρό για πιθανές επιπλοκές που μπορεί να παρουσιασθούν. Ο άρρωστος υπογράφει στο ειδικό έντυπο εφόσον έχει πνευματική διαύγεια. Σε περίπτωση ασθενούς σε κωματώδη κατάσταση υπογράφει υπεύθυνο μέλος της οικογένειάς του. Σε επείγουσες καταστάσεις που απειλείται η ζωή του αρρώστου η επέμβαση γίνεται χωρίς άδεια. Επιδιώκεται όμως και σ' αυτές τις περιπτώσεις προφορική επικοινωνία ή και τηλεφωνική αν υπάρχει δυνατότητα.

19.1γ. Γενική Προεγχειρητική Μελέτη της Άρρωστης

Πριν από κάθε άλλη εξέταση ή θεραπεία προηγείται η κλινική εξέταση και λήψη του ιστορικού όπου λαμβάνονται σοβαρά υπόψη τα παρακάτω:

Ηλικία αρρώστου. Τα ηλικιωμένα άτομα αντιδρούν με βραδύτερο ρυθμό στις τραυματικές βλάβες και οι αντιδράσεις είναι λιγότερο εμφανείς. Η αφυδάτωση είναι εύκολη. Χρόνια νοσήματα όπως αναπνευστικά, κυκλοφορικά επιβαρύνουν την μετεγχειρητική κατάσταση του αρρώστου και πρέπει να αντιμετωπίζονται έγκαιρα.

Παχυσαρκία. Προδιαθέτει σε πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως διαπύηση τραύματος και εκσπλάχνωση, θρομβοφλεβίτιδα, πνευμονικές επιπλοκές. Ακόμα τα παχύσαρκα άτομα δεν αντέχουν στην αφυδάτωση και παρουσιάζουν ευκολότερο shock.

Θρέψη - υδατοηλεκτρολυτική ισορροπία. Η καλή θρέψη και ενυδάτωση στην προεγχειρητική περίοδο είναι απόλυτα αναγκαία, διότι βοηθά τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο του αζώτου και ελλιπή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών, χωρίς να παρουσιάσει σοβαρές επιπτώσεις. Ο άρρωστος με κακή θρέψη έχει μικρή αντοχή στο χειρουργικό stress και είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις, διότι έχει μειωμένη αντίσταση του οργανισμού, ευκολότερα μπορεί να παρουσιάσει shock και αιμορραγία λόγω της υποπρωτεϊναιμίας. Καθυστερεί επίσης η επούλωση του τραύματος από την ελάττωση της πρωτεΐνης και της βιταμίνης C. Γι' αυτό η αναπλήρωσή τους θεωρείται αναγκαία. Ο έλεγχος των ηλεκτρολυτων καθώς και η ανάταξη πιθανής υπάρχουσας αναιμίας και η διόρθωσή τους είναι από τα βασικότερα που πρέπει να προηγούνται της επέμβασης.

Φάρμακα. Αν ο άρρωστος παίρνει φάρμακα όπως κορτικοειδή, διουρητικά, αντιβιοτικά, λαμβάνεται υπόψη και κρίνεται αν πρέπει ή όχι να συνεχισθούν ή μειωθούν ανάλογα με την περίπτωση. Διότι η αντίσδρασή

τους με τα αναισθητικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσει προβλήματα όπως αύξηση αρτηριακής πίεσης, υπόταση ή shock²⁶.

Διαγνωστικές εξετάσεις. Γενικές διαγνωστικές εξετάσεις που γίνονται συνήθως σε όλους τους αρρώστους που πρόκειται να χειρουργηθούν σημειώνονται στον πίνακα. Ανάλογα με την συγκεκριμένη περίπτωση ακολουθεί και σειρά ειδικών εξετάσεων.

19.1δ. Γενικές Διαγνωστικές Εξετάσεις πριν την Εγχείρηση

Στη γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνεται η εξέταση του ασθενούς που θα χειρουργηθεί από:

1. Χειρουργό, για εκτίμηση της κατάστασως του ασθενούς, επιβεβαίωση ακριβούς διαγνώσεως και λήψη ιστορικού.
2. Παθολόγο, για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων.

Εάν παρουσιαστεί ανωμαλία σε κάποιο από τα συστήματα, καλείται ο ειδικός για το σύστημα αυτό ιατρός προς ακριβέστερη μελέτη και αντιμετώπιση της κατάστασως. Εάν πρόκειται για εγχείρηση καρδιάς, καρδιολόγοι θα παρακολουθήσουν και προετοιμάσουν τον ασθενή.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις πριν από κάθε εγχείρηση είναι:

1. Εξέταση αίματος: γενική αίματος (λευκά-ερυθρά), τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, χρόνος ροής και πήξεως αίματος, ομάδα και Rhesus αίματος, σάκχαρο και ουρία αίματος και,
2. Γενική ούρων.

Μετά την οριστική απόφαση για εγχείρηση του ασθενούς, καλείται ο αναισθησιολόγος, για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος. Η εξέταση αυτή αποσκοπεί να καθορίσει το είδος της ναρκώσεως (τοπική, γενική κ.λ.π.) και το είδος του αναισθητικού ή των αναισθητικών.

Παρενθετικώς σημειώνεται ότι το έργο και η ευθύνη του αναισθησιολόγου περιλαμβάνει τη λήψη αποφάσεως κατά πόσον ο ασθενής μπορεί ακίνδυνα να πάρει νάρκωση, τον καθορισμό του είδους της ναρκώσεως και του ναρκωτικού, τη χορήγηση της ναρκώσεως και τέλος την παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την τέλεια απονάρκωσή του.

19.1ε. Προεγχειρητική Ετοιμασία

Καθαριότητα του ασθενούς. Αυτή συνίσταται σε:

1. Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα. Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα αποβλέπει:

- Στην αποφυγή της εκκενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι.
- Στην ευχερέστερη διενέργεια της επεμβάσεως από τον χειρουργό σε εγχειρήσεις κοιλιάς και πυέλου, λόγω μη διατάσεως των εντερικών ελίκων και,
- Στην 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 και εξασθένηση του οργανισμού καθώς 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. Με αυτούς επιτυγχάνεται η καθαριότητα του κατώτερου τμήματος του παχέος εντέρου.

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τα αποτελέσματα των υποκλυσμών και, εάν είναι αρνητικά, ενημερώνει την Προϊσταμένη αδελφή του τμήματος 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 ακάθατο δέρμα.

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

Κατά το διάστημα του λουτρού παρακολουθείται η υγεία του δέρματος και γίνεται προσεκτική καθαριότητα ορισμένων σημείων, όπως ομφαλού κ.ά. Τέλος γίνεται περιποίηση νυχιών.

Στην 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 αϋπνία και η κόπωση από αυτήν προδιαθέτουν στη μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία και ακόμη στην εμφάνιση επιπλοκών.

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

Προετοιμασία και εκπαίδευση ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων, αναπνευστικών μυών κ.λ.π.²⁵ Οι νοσηλευτές έχουν πολλές ευκαιρίες διδασκαλίας σε ποικιλία περιπτώσεων μία από τις οποίες είναι και η προεγχειρητική περίοδος. Στην περίοδο αυτή δεν είναι αρκετή για τον άρρωστο μια τυπική και απλή πληροφόρηση. Οι νοσηλευτές χρειάζεται

να διαθέτουν γνώσεις, ενδιαφέρον, στοργή και αγάπη για να προετοιμάσουν σωστά τον άρρωστο. Στη διδασκαλία περιλαμβάνονται:

- Πληροφόρηση για την ετοιμασία δέρματος, τον καθαρισμό υπκλυσμό, τη λήψη υγρών και διατροφής που πρόκειται να γίνουν την προηγούμενη της επέμβασης και ό,τι σχετικό με την ημέρα της επέμβασης.
- Επίδειξη του πώς πρέπει να παίρνει βαθιές αναπνοές και να βήχει για την πρόληψη πνευμονικών επιπλοκών, ιδιαίτερα τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες. Οι βαθιές αναπνοές και ο βήχας βοηθούν τον άρρωστο να αποβάλλει το αναισθητικό φάρμακο, να προληφθεί το collapsus των κυψελίδων και να αποκολληθούν και αποβληθούν οι εκκρίσεις από τους βρόγχους για την πρόληψη πνευμονίας. Οι νοσηλευτές τονίζουν ότι πρέπει να γίνονται συχνά σε διάφορες θέσεις π.χ. ημικαθιστή ή πλάγια, διότι έτσι εκπνύσσονται οι πνεύμονες και γίνεται καλύτερη οξυγόνωσή τους²⁶.

Προσανατολισμό ασθενούς στο νέο δωμάτιο, στο οποίο θα μεταφερθεί μετά την εγχείρηση, όταν μάλιστα πρόκειται να νοσηλευτεί αυτός σε μονάδα εντατικής παρακολούθησως. Αυτό γίνεται, για να μην ανησυχήσει ο ασθενής, όταν κατά την αφύπνιση βρεθεί σε άγνωστο περιβάλλον, εξοπλισμένα με άγνωστα και περίεργα γι' αυτόν μηχανήματα²⁵.

Διατροφή. Την προηγούμενη ημέρα ο άρρωστος παίρνει ελαφρά τροφή και 6-8 ώρες πριν από την επέμβαση τίποτα από το στόμα. Ή ο άδειο στομάχι μειώνει την πιθανότητα διάτασής του και εισρόφησης κατά και μετά την αναισθησία. Πολύ αφυδατωμένα άτομα μπορεί να πάρουν υγρά και λίγο πριν την εγχείρηση. Αν η λήψη υγρών είναι αδύνατη από το στόμα χορηγούνται ενδοφλέβια. Σε ειδικές περιπτώσεις τροποποιείται η παραπάνω διεργασία, π.χ. σε εγχείρηση του παχέος εντέρου πρέπει να είναι τελείως

απαλλαγμένο από περιεχόμενο γι' αυτό χορηγούνται 3-4 ημέρες τροφές χωρίς υπόλειμμα και πολλά υγρά²⁶.

19.1στ. Τοπική Προεγχειρητική Ετοιμασία

Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Αυτή συνίσταται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις.

Η θέση και η έκταση της προετοιμασίας του εγχειρητικού πεδίου εξαρτάται από το είδος της εγχειρήσεως και πρέπει να περιλαμβάνει αρκετή έκταση γύρω από το σημείο της τομής²⁵.

Σειρά εργασιών.

- Ενημερώστε τον άρρωστο τι πρόκειται να του γίνει. Τοποθετείστε παραβάν ή τραβήξτε τις κουρτίνες.
- Κατεβάστε τα κλινοσκεπάσματα ριπιδοειδώς και τοποθετείστε την κουβέρτα νοσηλείας ή αφήστε το σενδόνι.
- Φορέστε τα ποδονάρια αν πρόκειται για ετοιμασία της ηβικής χώρας.
- Τοποθετείστε το αδιάβροχο με το τετράγωνο κάτω από τον άρρωστο στο ύψος του εγχειρητικού πεδίου για να προφυλάξετε τα λευχίματα.
- Σαπουνίστε το δέρμα της περιοχής πολύ καλά.
- Ξυρίστε την περιοχή τεντώνοντας το δέρμα για να μην τραυματισθεί.
- Ξεπλύνετε το δέρμα και στεγνώστε καλά.

- Καθαρίστε καλά τον ομφαλό με τολύπιο και βενζίνη σε περίπτωση εγχείρησης κοιλίας.
- Τακτοποιείτε τα χρησιμοποιηθέντα αντικείμενα.
- Ενημερώστε το δελτίο νοσηλείας²⁶.

19.1ζ. Τελική Προεγχειρητική Ετοιμασία

Προεγχειρητική ετοιμασία την ημέρα της επέμβασης
Νηστεία. Το πρωί της ίδιας ημέρας ο άρρωστος μένει νηστικός. Δεν παίρνει τίποτε από το στόμα περίπου 6-8 ώρες για τους λόγους που σημειώθηκαν παραπάνω.

Ταυτότητα. Για την πρόληψη πιθανού λάθους τοποθετείται ταυτότητα χεριού με το ονοματεπώνυμο του αρρώστου και την κλινική που ανήκει. Η ταυτότητα ελέγχεται στην αίθουσα παραλαβής στο χειρουργείο από τους νοσηλευτές για τον ίδιο λόγο.

Λήψη ζωτικών σημείων. Η λήψη των ζωτικών σημείων προηγείται ως βασικό κριτήριο της γενικής κατάστασης του αρρώστου. Σε περίπτωση κάποιου προβλήματος π.χ. πυρετό, οι νοσηλευτές αναφέρονται στον υπεύθυνο γιατρό για να ληφθεί απόφαση πιθανής αναβολής της επέμβασης.

Φακοί επαφής. Φακοί επαφής ή γυαλιά αφαιρούνται διότι μπορεί να σπάζσουν και να τραυματίσουν τον άρρωστο αλλά και για τον εύκολο έλεγχο της κόρης του οφθαλμού κυρίως κατά την νάρκωση.

Αφαίρεση κοσμημάτων και οδοντοστοιχίας. Δακτυλίδια και άλλα κοσμήματα αφαιρούνται, διότι μπορεί να χαθούν. Αν έχει κοντά του οικείους παραδίδονται σ' αυτούς διαφορετικά καταγράφονται, υπογράφει ο άρρωστος και παραδίδονται στην προϊσταμένη του τμήματος. Άλλος λόγος που αφαιρούνται τα κοσμήματα είναι ότι υπάρχει περίπτωση να έλθουν σε επαφή με το μεταλλικό πλαίσιο της χειρουργικής τράπεζας και να προκλη-

θεί έγκαυμα από διαθερμία. Αφαιρούνται επίσης φουρκέτες, τσιμπιδάκια για την πρόληψη τραυματισμού. Αφαιρείται και η οδοντοστοιχία ή τα πρόσθετα δόντια, διότι λόγω της μυϊκής χάλασης που προκαλείται από τη νάρκωση είναι δυνατόν να μετακινηθούν και να αποφράξουν την αναπνευστική οδό με σοβαρές συνέπειες, ασφυξίας ή και θανάτου. Τοποθετούνται σε ποτήρι ή δοχείο ατομικό του αρρώστου με το όνομά του και φυλάσσονται στο κομοδίνο του.

Νύχια - Χείλη. Αν η άρρωστη έχει βαμμένα νύχια ή χείλη καθαρίζονται, διότι κατά την εγχείρηση γίνεται έλεγχος από τα σημεία αυτά για την καλή ή κακή οξυγόνωση του αρρώστου. Η κυάνωση των νυχιών και των χειλέων είναι σημείο κακής οξυγόνωσης. Ας μην παραλείπεται η ενημέρωση της αρρώστου για το λόγο που αφαιρείται το μακιγιάζ για να μην αισθανθεί δυσάρεστα.

Κένωση κύστεως. Πριν από την επέμβαση ο άρρωστος πρέπει να ουρήσει. Αν δεν μπορεί φυσιολογικά να κενωθεί η κύστη για οποιοδήποτε λόγο, ενεργείται καθετηριασμός κύστεως διότι μια γεμάτη κύστη μπορεί να κενωθεί πάνω στη χειρουργική τράπεζα λόγω μυϊκής χάλασής της από τη νάρκωση ή να τρωθεί κατά την επέμβαση. Υπάρχουν περιπτώσεις ειδικές που τοποθετείται προεγχειρητικά καθετήρας όπως σε γυναικολογικές επεμβάσεις για τον κίνδυνο τρώσεως της διατεταμένης κύστεως κατά την εγχείρηση γειτονικών οργάνων και σε μικρά παιδιά που η συνεργασία τους είναι δύσκολη.

Προνάρκωση. Ο τρόπος που γίνεται η προνάρκωση διαφέρει στα διάφορα Νοσοκομεία και τις κλινικές. Όταν γίνεται στο τμήμα χορηγείται 30'-1 ώρα πριν ξεκινήσει ο άρρωστος για το χειρουργείο. Περιλαμβάνει τη χορήγηση πεθιδίνης (0,05 gr ήτοι το ½ της φύσιγγας) ως ναρκωτικό - αναλγητικό και ατροπίνη (0,50 gr ήτοι το ½ της φύσιγγας) για την αναστολή των εκκρίσεων. Δίδονται εξηγήσεις στον άρρωστο ότι με την προνάρκωση

θα αισθανθεί μια γενική μυϊκή χαλάρωση και υπνηλία χωρίς να χάσει τις αισθήσεις του καθώς και ξηρότητα στόματος. Ακόμα ότι πρέπει να μείνει στο κρεβάτι του για την πρόληψη πτώσεως αν επιχειρήσει να σηκωθεί. Οι συγγενείς του μπορούν να μείνουν κοντά του μέχρι να μεταφερθεί στο χειρουργείο.

Προεγχειρητικό δελτίο. Ο υπεύθυνος στο τμήμα νοσηλεύτης ή νοσηλεύτρια, που ετοιμάζει τον άρρωστο για το χειρουργείο, συμπληρώνει όλα τα στοιχεία στο προεγχειρητικό δελτίο. Με τη συμπλήρωση του δελτίου γίνεται συγχρόνως και ο έλεγχος αν έγιναν όλα όσα αφορούν την προετοιμασία του αρρώστου. Το προεγχειρητικό δελτίο, το βιβλιάριο του αρρώστου, ο φάκελος ιστορικού του και τα φάρμακα - αν έχει - συνοδεύουν τον άρρωστο στο χειρουργείο.

Ειδική στολή χειρουργείου. Αντικαθίστανται τα ενδύματα και τα εσώρουχά του με χειρουργικό πουκάμισο, ποδονάρια και κάλυμμα κεφαλής για λόγους καθαριότητας και διευκόλυνσης των χειρουργών στην επέμβαση. Η ετοιμασία γίνεται στο κρεβάτι του αρρώστου όταν ο άρρωστος είναι κλινήρης. Συχνά οι περιπατητικοί άρρωστοι ανεβαίνουν στο φορείο και γίνεται εκεί η ετοιμασία τους.

Μεταφορά αρρώστου στο χειρουργείο. Η μεταφορά του αρρώστου από το τμήμα στο χειρουργείο γίνεται από προσωπικό και φορείο του χειρουργείου βάσει του προγράμματος των χειρουργείων. Πριν μεταφερθεί από το κρεβάτι στο φορείο σκεπάζεται καλά με κουβέρτα νοσηλείας ή σεντόνι και με ήπιες κινήσεις και συντονισμένο βηματισμό μεταφέρεται στο φορείο, το οποίο έχει κατάλληλα τοποθετηθεί κοντά στο κρεβάτι του αρρώστου. Μετά την τοποθέτησή του στο φορείο σκεπάζεται καλά και συνοδεύεται από υπεύθυνο νοσηλευτή μέχρι τον ανελκυστήρα ή και μέχρι το χειρουργείο αν υπάρχει δυνατότητα ή ειδικός λόγος.

Ενημέρωση διαγράμματος και δελτίου νοσηλείας. Ο νοσηλευτής σημειώνει στο ατομικό διάγραμμα του αρρώστου τα ζωτικά σημεία και το σημείο επέμβασης καθώς και στο δελτίο νοσηλείας την ώρα αναχώρησης, την κατάσταση του αρρώστου, αν τον συνοδεύουν φάρμακα κ.λ.π.

Υποδοχή του αρρώστου στο χειρουργείο. Η υποδοχή του αρρώστου στο χειρουργείο έχει μεγάλη σημασία. Ο άρρωστος ανήσυχος και επηρεασμένος ψυχολογικά παρακολουθεί τους πάντες και τα πάντα γύρω του και διαμορφώνει την πρώτη - ίσως και τελευταία - εντύπωση της χειρουργικής του εμπειρίας από τον τρόπο υποδοχής που θα τύχει μπαίνοντας στον χώρο αυτόν. Γι' αυτό οι νοσηλευτές που γνωρίζουν την ψυχολογική του κατάσταση τον υποδέχονται με καλοσύνη και ευγένεια, του μιλούν με το όνομά του, εξηγούν τυχόν απορίες, τον ενημερώνουν για το χώρο που βρίσκεται, την ώρα περίπου που θα τον πάρουν στην αίθουσα του χειρουργείου και ό,τι άλλο σχετικό κρίνεται απαραίτητο. Συγχρόνως ελέγχεται η ταυτότητά του, το προεγχειρητικό δελτίο, τα ζωτικά του σημεία και η γενική του κατάσταση.

Οικογένεια του αρρώστου. Οι συγγενείς του αρρώστου συνήθως τον συνοδεύουν από το θάλαμό του μέχρι και έξω από το χειρουργείο και περιμένουν στην αίθουσα αναμονής. Έχουν ενημερωθεί σχετικά για την επέμβαση και τη γενική κατάσταση του αρρώστου από τον υπεύθυνο γιατρό της κλινικής. Μετά την επέμβαση ο γιατρός συνήθως βλέπει τους άμεσους συγγενείς και τους ενημερώνει για την πορεία της επέμβασης.

19.2. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΗΣ

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου αρχίζει μετά το τέλος της εγχείρησης και φθάνει μέχρι την έξοδο του αρρώστου και στη συ-

νέχει την πλήρη αποκατάστασή του. Είναι μια περίοδος εντατικής παρακολούθησης και φροντίδας του χειρουργημένου αρρώστου. Έχει σκοπό:

- ⊙ Την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο.
- ⊙ Τη διαπίστωση και αντιμετώπιση των αναγκών του.
- ⊙ Την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών.
- ⊙ Την πρόληψη περαιτέρω βλαβών, κατακλίσεις, παραμορφώσεις.
- ⊙ Τη βοήθεια του αρρώστου να ανεξαρτητοποιηθεί από τη φροντίδα των άλλων το συντομότερο και να ανακτήσει τις δυνάμεις του.

19.2α. Ο άρρωστος στην Αίθουσα Ανάνηψης

Μετά το τέλος της επέμβασης ο άρρωστος μεταφέρεται με φορείο από την αίθουσα χειρουργείου στην αίθουσα ανάνηψης. Η αίθουσα ανάνηψης είναι αυτή όπου παραμένει ο άρρωστος μέχρι να διαπιστωθεί ότι έχει συνέλθει από τη νάρκωση και έχουν σταθεροποιηθεί τα ζωτικά του σημεία. Είναι χώρος εξοπλισμένος με όλα τα αντικείμενα και τις συσκευές (σφυγμομανόμετρο, ακουστικά, αναρροφητήρας, συσκευή οξυγόνου, διαλύματα και φάρμακα) που χρειάζονται για την άμεση αντιμετώπιση πιθανών επιπλοκών. Στην ανάνηψη ο άρρωστος βρίσκεται κάτω από συνεχή παρακολούθηση από ειδικευμένους νοσηλευτές. Πρακτικά με την παραμονή και παρακολούθηση του αρρώστου στην αίθουσα ανάνηψης έχουν μειωθεί ή εξαφανισθεί οι κίνδυνοι των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Ευθύνες των νοσηλευτών στην αίθουσα ανάνηψης. Οι ευθύνες του νοσηλευτή στην αίθουσα ανάνηψης συνοψίζονται στις παρακάτω ενέργειες:

- Σημειώνει την ώρα προσέλευσης του αρρώστου στην ανάνηψη.
- Παίρνει τα ζωτικά σημεία για τον έλεγχο της γενικής κατάστασής του και τα καταγράφει με ακρίβεια.

- Φροντίζει να διατηρηθεί η αεροφόρος οδός ανοικτή με κατάλληλη θέση, το κεφάλι πλάγια, για να μη γίνει εισρόφηση εμεσμάτων σε περίπτωση εμετού. Διατηρεί επίσης τον αεραγωγό ή ενδοτραχειακό σωλήνα στη θέση του.
- Παρατηρεί και παρακολουθεί:
 - Την ενδοφλέβια έγχυση ορού ή μετάγγισης.
 - Τον τύπο του διαλύματος, ποσόν, ρυθμό ροής και το σημείο φλεβοκέντησης για να μη μετακινηθεί η βελόνα και σπάσει η φλέβα.
 - Τις συνδέσεις και τη λειτουργία των παροχετεύσεων - όταν υπάρχουν - ποσότητα και χρώμα υγρών καθώς και την κατάσταση του τραύματος.
 - Ελέγχει τη θέση της μάσκας - αν παίρνει οξυγόνο - και τη λειτουργία της συσκευής.
- Ελέγχει το χρώμα των νυχιών, χειλέων, δέρματος για κυάνωση, καθώς και αν το δέρμα είναι υγρό, ξηρό, ψυχρό ή θερμό.
- Παρακολουθεί το επίπεδο συνείδησης και την παρουσία ή απουσία αντανακλαστικών των βλεφάρων, του βήχα, της κατάποσης.
- Παρακολουθεί γενικότερα για εμφάνιση επιπλοκών, οι οποίες αναπτύσσονται παρακάτω²⁶.
- Παρακολουθεί τις γάζες του τραύματος για διαπίστωση αιμορραγίας¹³.

Όταν ο άρρωστος συνέλθει από τη νάρκωση μεταφέρεται στο νοσηλευτικό τμήμα. Κατά την απουσία του στο χειρουργείο, ετοιμάζεται το χειρουργικό κρεβάτι στο τμήμα καθώς και το περιβάλλον του θαλάμου ανάλογα με την περίπτωση. Σε συνήθεις χειρουργικές επεμβάσεις το κρεβάτι στρώνεται όπως και το απλό με μικρές διαφορές. Για ειδικές περιπτώσεις γίνονται τροποποιήσεις ανάλογα με τις ανάγκες του αρρώστου²⁶.

19.2β. Προετοιμασία Κλίνης και Θαλάμου του Ασθενούς

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

Το κρεβάτι που θα δεχτεί τον χειρουργημένο με γενική νάρκωση ασθενή θα 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 ανοιχτό από 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 πλάγιο χείλος του στρώματος, προς το μέρος του κομοδίνου, τοποθετείται χάρτινη σακούλα. Στο κρεβάτι ακόμη μπορεί να τοποθετηθούν διάφορα εξαρτήματα. Αυτό ρυθμίζεται από το είδος της εγχείρησης, στην οποία θα υποβληθεί ο ασθενής και την εξέλιξή της.

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

Ακόμη πάνω στο κομοδίνο τοποθετείται ποτήρι με δροσερό νερό, Port Cotton, νεφροειδές και κάψα με κομμάτια χαρτοβάμβακα και τολύπια βαμ-

βάκι. Το κομοδίνο τέλος, απομακρύνεται λίγο από το κρεβάτι του αρρώστου για να τον προφυλάξουμε σε περίπτωση διεγέρσεων του²⁵.

19. 2γ. Επιστροφή του Αρρώστου στο Νοσηλευτικό Τμήμα

Επιστρέφοντας ο άρρωστος από το χειρουργείο στη νοσηλευτική μονάδα, ο νοσηλευτής του τμήματος ενεργεί τα παρακάτω:

- Φροντίζει με άλλους δύο για τη μεταφορά του αρρώστου από το φορείο στο κρεβάτι του με ήπιες κινήσεις και συγχρονισμένο βήδισμα.
- Τακτοποιεί τον άρρωστο στην κατάλληλη για κάθε περίπτωση θέση. Κακή τοποθέτηση στο κρεβάτι μετά την εγχείρηση συντελεί στην εμφάνιση επιπλοκών από το αναπνευστικό, κυκλοφορικό, πεπτικό, ουροποιητικό σύστημα, το τραύμα και τους μυς. Συνήθεις θέσεις που δίδονται στον άρρωστο επιστρέφοντας από το χειρουργείο είναι ύπτια με το κεφάλι πλάγια για την πρόληψη εισρόφησης εμεσμάτων και πνιγμού σε περίπτωση εμέτων καθώς και πτώσεως της γλώσσας προς τα πίσω, Fowler, ημι-Fowler.
- Ελέγχει:
 - Τα ζωτικά σημεία για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης.
 - Το τραύμα μήπως αιμορραγεί (εξωτερικές γάζες).
 - Τις παροχετεύσεις (συνδέσεις και λειτουργία τους).
 - Το επίπεδο συνείδησης και κίνησης των κάτω άκρων που αφορούν την νευρολογική κατάσταση του αρρώστου.
- Εκτιμά την λειτουργία των νεφρών:
 - Ποσό ούρων, μέτρηση και αναγραφή σε ειδικό πίνακα προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, πιθανή επίσχεση ούρων και αντιμετώπιση. Αν έχει καθετήρα κύστεως ελέγχει τη θέση και τη λειτουργία του.

- Τον προστατεύει από ρεύματα αέρα να μην κρυώσει.
- Εκτιμά τον πόνο και τη δυσφορία και φροντίζει για την ανακούφισή του.
- Παρακολουθεί την ενδοφλέβια έγχυση, τύπο διαλύματος, ποσόν, ρυθμό ροής και προβλέπει για την έγκαιρη αντικατάσταση της φιάλης. Ελέγχει το σημείο φλεβοκέντησης. Αν ο άρρωστος είναι ανήσυχος και κρίνεται αναγκαίο, ακινητοποιεί με νάρθηκα το χέρι του για να μη σπάσει η φλέβα.
- Ενθαρρύνει τον άρρωστο να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει, να κάνει ασκήσεις των κάτω άκρων και να αλλάζει συχνά θέση.
- Τοποθετεί νεφροειδές, χαρτοβάμβακο ή χαρτομάνηλα κοντά του, καθώς και το κουδούνι για να διευκολύνεται η επικοινωνία του.
- Συμβουλευεται και διεκπεραιώνει τις ιατρικές οδηγίες και οργανώνει τη νοσηλευτική φροντίδα του 24ώρου.
- Ακούει με προσοχή τα παράπονα και ενοχλήματα του αρρώστου. Υποστηρίζει ψυχολογικά τον άρρωστο και τους συγγενείς.
- Ενημερώνει το δελτίο νοσηλείας και σημειώνει:
 - Ώρα επιστροφής του αρρώστου από το χειρουργείο.
 - Ζωτικά σημεία και γενική κατάσταση του αρρώστου.
 - Ενδοφλέβια έγχυση ορού, μετάγγιση ή άλλου διαλύματος.
 - Αν έχει παροχέτευση, καθετήρα, αν παίρνει οξυγόνο και ό,τι άλλο σχετικό.

Σίτιση του αρρώστου. Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες χορηγούνται ενδοφλέβια διαλύματα γλυκόζης και ηλεκτρολυτών περίπου 3 λίτρα ημερησίως. Η χορήγηση μεγαλύτερης ποσότητας αποφεύγεται για την πρόληψη υπερφόρτωσης του κυκλοφορικού συστήματος και άλλων διαταραχών. Τα παρεντερικά διαλύματα συνοδεύονται απαραίτητα με σύμπλεγμα βιταμινών Β και C, όταν μάλιστα παρατείνεται η παρεντερική χορήγησή

τους πέραν των 2-3 ημερών. Η χορήγηση υγρών από το στόμα και η προοδευτική σίτιση του αρρώστου εξαρτάται από το είδος της επέμβασης και τη γενική κατάσταση του αρρώστου. Η χορήγηση υγρών από το στόμα αρχίζει από την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα. Αν όμως ο άρρωστος έχει εμέτους ή έχει χειρουργηθεί στον πεπτικό σωλήνα τότε καθυστερεί η λήψη από το στόμα και παρατείνεται η παρεντερική σίτιση. Οι νοσηλευτές ενθαρρύνουν τον άρρωστο να παίρνει υγρά και στη συνέχεια τροφή για αναπλήρωση των απωλειών τους. Όσο συντομότερα αρχίζει η καλή διατροφή του αρρώστου τόσο μειώνεται η πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών και η διάρκεια ανάρρωσης.

Έγερση του αρρώστου. Όπως σημειώνεται και παραπάνω, σήμερα υπάρχει η τάση οι άρρωστοι να σηκώνονται έγκαιρα από το κρεβάτι στις πρώτες 24-48 ώρες για τους παρακάτω λόγους:

- Πρόληψη επιπλοκών από τα διάφορα συστήματα. Από το αναπνευστικό βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας, από το πεπτικό κινητοποίηση του εντέρου, από το κυκλοφορικό καλή κυκλοφορία και πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας.
- Μείωση του εγχειρητικού πόνου.
- Επάνοδο στην πλήρη δίαιτα σε συντομότερο χρόνο.
- Ελάττωση του χρόνου παραμονής στο Νοσοκομείο.

Παρά ταύτα η πρώτη μετεγχειρητική έγερση του αρρώστου μπορεί να παρουσιάσει δυσκολίες και χρειάζεται υπεύθυνη νοσηλευτική φροντίδα²⁶.

19.3. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Εξαιρετικά βασικός τομέας της μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς είναι η παρακολούθηση και παρατήρησή του. Εφόσον η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί συνέχεια της εγχειρήσεως, ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει το είδος και το αποτέλεσμα της, για να

προσαρμόσει τη φροντίδα του στις ειδικές ανάγκες και να κάνει έγκαιρα παρατηρήσεις.

Η μέτρηση των σφυγμών, αναπνοών, η λήψη της θερμοκρασίας, η μέτρηση της αρτηριακής πίεσεως και η παρατήρηση του χρώματος του ασθενούς βοηθούν στην εκτίμηση της καταστάσεώς του. Ακόμη ο νοσηλευτής παρακολουθεί τους εμέτους (ποιόν, ποσόν), τους οποίους δυνατό να εμφανίσει ο ασθενής, καθώς και τα ούρα (ποσό, χρώμα, κ.λ.π.)

Βασικό επίσης καθήκον του νοσηλευτή αποτελεί η προφύλαξη του ασθενούς από ψύξη, για την αποφυγή επιπλοκών από το αναπνευστικό σύστημα, η συχνή αλλαγή θέσεως του ασθενούς, για την αποφυγή υποστατικής πνευμονίας, οι κινήσεις των κάτω άκρων, για αποφυγή φλεβίτιδας, οι συχνές και επιμελημένες πλύσεις στόματος, για πρόληψη παρωτίτιδας και στοματίτιδας, η παρακολούθηση των παροχετεύσεων σε διασωληνώσεις τραυμάτων, σχετικά με την καλή λειτουργία και αποτελεσματικότητά τους, και τέλος η παρακολούθηση της ψυχικής και διανοητικής κατάστασης του ασθενούς.

Οι παραπάνω ενέργειες και παρατηρήσεις του νοσηλευτή και κάθε τι σχετικό με τον χειρουργημένο πρέπει να αναγράφονται στο νοσηλευτικό δελτίο, για ενημέρωση της ομάδας υγείας ή και να αναφέρονται στο αρμόδιο πρόσωπο, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο.

Η ακριβής ενημέρωση της ομάδας υγείας για την εξέλιξη της κατάστασης του ασθενούς βοηθά πολύ στο ανακουφιστικό και θεραπευτικό της έργο.

Μετά από μία εγχείρηση αντιμετωπίζει ο ασθενής την εμφάνιση ανεπιθύμητων καταστάσεων, που τον κουράζουν και τον ταλαιπωρούν ή και επιβραδύνουν την ανάρρωσή του. Οι ανεπιθύμητες αυτές καταστάσεις ονομάζονται δυσχέρειες ή επιπλοκές και αποτελεί βασικό καθήκον και ευθύνη του νοσηλευτή η προσπάθεια να προφυλάξει από αυτές τον ασθενή.

Η γνώση των παραγόντων, που συντελούν στην εμφάνιση μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών και στην προφύλαξη από αυτές, καθώς και η γνώση των πρώτων συμπτωμάτων των μετεγχειρητικών επιπλοκών, βοηθά στην πρόληψη ή έγκαιρη διάγνωσή τους²⁵.

19.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ

19.4α. Πόνος

Ο πόνος είναι μια από τις πιο πρώιμες μετεγχειρητικές δυσχέριες. Ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται στο τραύμα γι' αυτό χορηγούμε, με ιατρική εντολή, μορφίνη ή παρόμοια ναρκωτικά. Ο ισχυρότερος πόνος εμφανίζεται τις πρώτες 12-36 ώρες και υποχωρεί μετά από 48 ώρες. Όταν η άρρωστη πονά, οι νοσηλευτές οφείλουν:

- α) Να εντοπίζουν τον πόνο.
- β) Να διαπιστώνουν αν είναι συνεχής ή διαλείπων, αμβλύς ή οξύς.
- γ) Να διαπιστώνουν αν ακτινοβολεί, και προς τα πού, αν έχει σχέση με την αναπνοή, αν επιδεινώνεται τη νύχτα.
- δ) Να καταγράφει τις διαπιστώσεις του και να τις γνωστοποιεί στο χειρουργό και στον αναισθησιολόγο²⁷.

Νοσηλευτική φροντίδα άρρωστης.

- Ρωτήστε τον άρρωστο πού και πώς πονά. Παρατηρείστε και ψηλαφήστε, αν είναι εφικτό, την περιοχή για τυχόν ερυθρότητα, οίδημα, αυξημένη θερμοκρασία, εκσπλάγχνωση, κ.ά.
- Δημιουργείστε περιβάλλον ήρεμο, ρυθμίστε τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος ανάλογα με την εποχή και τον αερισμό του θαλάμου.

- Τοποθετείστε μαξιλάρια αναπνευστικά, υποστηρίξτε τα κάτω άκρα με υποπόδιο, ελέγχετε τις παροχετεύσεις μήπως ασκούν πίεση στο σώμα και στο τραύμα του αρρώστου.
- Συστήστε στον άρρωστο να αλλάζει συχνά θέση και κάνετε ελαφρό massage σε περιοχές που πιέζονται.
- Χαλαρώστε την περίδεση του τραύματος, αν είναι σφικτή και ελέγχεται αν το τραύμα είναι στεγνό.
- Ενθαρρύνετε τον άρρωστο να εκφράσει την ανησυχία του και να μιλήσει για τον πόνο του, να ακούσει μουσική ή τηλεόραση, διότι όταν αποσπάται η προσοχή αυξάνει το όριο ανοχής του πόνου. Αν δεν είναι δυνατή η απόσπαση της προσοχής, αυτό σημαίνει έντονο πόνο και δυσφορία.
- Χορηγείστε αναλγητικά φάρμακα σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Ισχυρά αναλγητικά - ναρκωτικά χορηγούνται με προσοχή και εφόσον ενδείκνυνται, διότι μπορεί να προκαλέσουν καταστολή του αναπνευστικού κέντρου και μείωση της αναπνευστικής λειτουργίας, συστολή των βρογχιολίων και κατακράτηση των εκκρίσεων με συνέπεια την πνευμονία ή την βρογχεκτασία. Άλλωστε κάτω από την επήρεια του ναρκωτικού ο άρρωστος δεν μπορεί να βήχει ούτε να κινείται²⁶.
- Αν και ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται συνήθως στην εγχείρηση, ο νοσοκόμος δεν πρέπει να παραλείπει να εξετάζει διεξοδικά το τραύμα για διαπίστωση και άλλων παραγόντων που μπορεί να επιδεινώνουν τον πόνο. Τέτοιοι παράγοντες είναι: Καρφίτσες ασφαλείας, σωλήνες παροχέτευσης, σφικτές επιδέσεις. Η μορφίνη πρέπει να αντικαθίσταται όσο πιο γρήγορα γίνεται με κωδεΐνη, ασπιρίνη κ.λ.π. Εξάλλου χαμηλή και ασταθής αρτηριακή πίεση απο-

τελεί προειδοποίηση για χορήγηση της μορφίνης με επιφύλαξη γιατί μπορεί να προκαλέσει shock²⁷.

19.4β. Ναυτία και Έμετοι

Με την πρόοδο της αναισθησιολογίας σήμερα έχουν περιορισθεί η μετεγχειρητική ναυτία και οι έμετοι. Όμως υπάρχει ένα ποσοστό αρρώστων που παρουσιάζει αυτό το πρόβλημα.

Τα αίτια της ναυτίας και των εμέτων μπορεί να είναι:

- Η συλλογή υγρών στο στομάχι πριν αρχίσει ο περισταλτισμός του εντέρου.
- Η διάταση της κοιλίας λόγω των χειρισμών που έγιναν στα ενδοκοιλιακά όργανα κατά την επέμβαση.
- Η χορήγηση μορφίνης, διότι σε μερικά άτομα προκαλεί εμέτους.
- Η επίδραση της νάρκωσης.
- Ψυχολογικές επιδράσεις.

Νοσηλευτική φροντίδα άρρωστης.

- Τοποθετείστε ρινογαστρικό σωλήνα προεγχειρητικά για την πρόληψη για την πρόληψη των εμέτων και της διάτασης του εντέρου (τυμπανισμού), ιδιαίτερα σε επεμβάσεις πεπτικού σωλήνα.
- Ελέγχετε αν ο άρρωστος είναι ευαίσθητος στη μορφίνη.
- Ενθαρρύνετε τον άρρωστο να παίρνει βαθιές αναπνοές για να αποβάλλει το αναισθητικό φάρμακο.
- Πιέστε την περιοχή του τραύματος κατά τον έμετο για την πρόληψη ρήξεως των ραμμάτων.
- Γυρίστε το κεφάλι πλάγια όταν είναι σε ύπτια θέση για να μην κάνει εισρόφηση εμεσμάτων και απόφραξη της αναπνευστικής οδού.

- Έχετε πάντα κοντά στον άρρωστο νεφροειδές. Απομακρύνετε έγκαιρα τον έμετο και φροντίστε το στόμα του αρρώστου και τα λευχίματα αν έχουν λερωθεί.
- Χορηγείστε αντιεμετικά σύμφωνα με ιατρική οδηγία αν ενδείκνυται.
- Κάνετε συχνή αναρρόφηση, αν έχει ρινογαστρικό σωλήνα και σημειώνετε ποσόν και ποιότητα υγρών.
- Σημειώνετε στο δελτίο νοσηλείας και αναφέρετε στο γιατρό περιπτώσεις παρατεταμένων εμέτων για τον έλεγχο της αιτιολογίας.
- Παρακολουθείτε τον άρρωστο για εμφάνιση μετεωρισμού κοιλίας και λόξυγγα, που συχνά δηλώνουν κατακράτηση γαστρικών υγρών και υποψία παραλυτικού ειλεού.

19.4γ. Δίψα

Η δίψα είναι πολύ συνηθισμένο μετεγχειρητικό πρόβλημα. Μπορεί να οφείλεται:

- Στην αναστολή των εκκρίσεων από την ατροπίνη.
- Στην απώλεια υγρών από την αναπνοή, απώλεια αίματος, υγρών παροχετεύσεων.
- Στην προεγχειρητική στέρση υγρών για αρκετές ώρες.

Νοσηλευτική φροντίδα άρρωστης.

- Χορηγείστε υγρά παρεντερικά. Υγραίνετε τα χείλη του με βρεγμένη γάζα ή τολύπιο. Αν δεν έχει εμέτους χορηγείστε προσδευτικά υγρά από το στόμα για την ενυδάτωσή του και τη ρευστοποίηση των εκκρίσεων, εκτός αν είναι χειρουργημένος στο γαστρεντερικό σωλήνα.
- Φροντίστε το στόμα του αρρώστου με αντισηπτικό διάλυμα.

19.4δ. Ανησυχία - Δυσφορία

Τα αίτια που προκαλούν την ανησυχία και τη δυσφορία είναι:

- Βρεγμένο επιδερμικό υλικό του τραύματος.
- Πόνος, λόξυγγας, δίψα, επίσχεση ούρων.
- Τυμπανισμός (μετεωρισμός) κοιλίας.
- Αϋπνία, θόρυβοι του περιβάλλοντος²⁶.
- Αναστολή των εκκρίσεων μετά την ένεση ατροπίνης προεγχειρητικά.
- Απώλεια μεγάλης ποσότητας υγρών κατά τη διάρκεια της εγχείρησης²⁷.

Νοσηλευτική φροντίδα άρρωστης.

- Ελέγχετε τις παροχετεύσεις αν λειτουργούν σωστά και το τραύμα και κάνετε αλλαγή αν κρίνεται αναγκαίο.
- Κάνετε διάλογο με τον άρρωστο. Ίσως η αυτοέκφραση καταστείλει την ανησυχία του.
- Διατηρείτε τον άρρωστο στεγνό και καθαρό.
- Φροντίστε για την κένωση της ουροδόχου κύστεως.
- Αντιμετωπίστε τον τυμπανισμό
- Εξασφαλίστε ήρεμο περιβάλλον - περιορισμό θορύβων.
- Ανακουφίστε τον άρρωστο από τον πόνο²⁶.

19.5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

19.5α. Επιπλοκές από το Κυκλοφορικό Σύστημα

- Ολιγαιμικό Shock

Οφείλεται σε μεγάλη απώλεια αίματος, πλάσματος και ηλεκτρολυτών από εσωτερική ή εξωτερική αιμορραγία, ακατάσχετους εμέτους, διάρροια και μεγάλη εφίδρωση. Αποτέλεσμα των παραπάνω απωλειών είναι η ελάττωση της κυκλοφορίας του αίματος με συνέπεια την ελαττωμένη αντιρρόπηση των αναγκών της κυκλοφορίας.

Κλινική εικόνα

Ο άρρωστος σε κατάσταση Shock-καταπληξία εμφανίζει ωχρότητα προσώπου, ψυχρότητα και εφίδρωση δέρματος, ταχυσφυγμία και υπόταση, ανησυχία, ναυτία και εμέτους. Τις περισσότερες όμως φορές συνοδεύεται και από διαταραχές άλλων οργάνων, όπως είναι η αναπνευστική λειτουργία, δύσπνοια, η νεφρική με ολιγουρία, διαταραχές πήκτικότητας, σε αναφυλακτικό Shock, εξάνθημα δέρματος, οίδημα προσώπου, λάρυγγος, σπασμοί, κ.λ.π. Οι παραπάνω κλινικές εκδηλώσεις μπορεί να επιδεινωθούν, οπότε η κατάσταση του αρρώστου επιβαρύνεται. Η καλύτερη θεραπεία για το Shock είναι πρώτα η πρόληψη και δεύτερον η στενή παρακολούθηση του αρρώστου, η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων και η άμεση αντιμετώπισή τους.

Γενικές αρχές για την αντιμετώπιση του Shock

- Διατηρείστε ανοικτή την αεροφόρο οδό.
- Χορηγείστε οξυγόνο και υποβοηθείστε την αναπνοή. Εκκρίσεις ή πρήγματα αίματος πρέπει να απομακρύνονται για την απελευθέρωση της αναπνευστικής οδού και την αποτελεσματική χρήση του οξυγόνου.
- Τοποθετείστε τον άρρωστο σε ύπτια θέση με ανυψωμένα τα πόδια περίπου 30⁰ και ελαφρά χαμηλότερα από το σώμα το κεφάλι για τη βελτίωση της αιμάτωσης του εγκεφάλου και την πρόληψη εισρόφησης εμεσμάτων. Αποφεύγετε τη θέση Trendelenburg γιατί επιβαρύν-

νεται η λειτουργία της καρδιάς και δυσχεραίνεται η λειτουργία της αναπνοής.

- Πάρτε τα ζωτικά σημεία, αξιολογείστε τα και σημειώστε αυτά με ακρίβεια στο διάγραμμα του αρρώστου.
- Εξασφαλίστε φλεβική γραμμή με καθετήρα μεγάλου εύρους. Με τη φλεβοκέντηση πάρτε αίμα για τον προσδιορισμό του αιματοκρίτη για ομάδα, Rhesus και διασταύρωση αίματος, αιμοκαλλιέργεια σε σηπτικό Shock και test ευαισθησίας για την αντιβίωση. Μετά την αιμοληψία αρχίστε αμέσως τη χορήγηση υγρών με μορφή κυρίως κρυσταλλικών διαλυμάτων, όπως φυσιολογικό ορό ή Ringer's. Αίμα χορηγείται συνήθως εφόσον ο αιματοκρίτης είναι κάτω του 30%. Διότι πιστεύεται ότι τα ερυθροκύτταρα διατηρούν την ικανότητα μεταφοράς οξυγόνου και με χαμηλό ποσοστό αιμοσφαιρίνης και ότι ακόμα η μεταφορά αίματος στους ιστούς γίνεται ευκολότερα με ελαττωμένη γλοιότητα αίματος.
- Ελέγχετε την αιμορραγία όταν είναι εμφανής. Εφαρμόστε ίσχαιμο επίδεσμο όταν υπάρχει δυνατότητα.
- Εφαρμόστε «αντι-Shock ένδυμα» ή «Pneumatic Anti-Shock Garment» σε ειδικές περιπτώσεις. Όπως η ανύψωση των ποδιών είναι αποτελεσματική στην απλή λιποθυμία, έτσι το ένδυμα αυτό μπορεί να κινητοποιήσει αίμα από τα κάτω άκρα και την κοιλιακή χώρα προς την κυκλοφορία της καρδιάς, του εγκεφάλου και των πνευμόνων για παροδική ανύψωση της πίεσης του αίματος. Έχει υπολογισθεί ότι 30% του καρδιαγγειακού όγκου μπορεί να κινητοποιηθεί και να χρησιμοποιηθεί με την εφαρμογή αυτής της ενδυμασίας. Η αφαίρεσή της πρέπει να γίνεται με προσοχή και με βαθμιαία αφαίρεση του αέρα διότι μπορεί να ελαττωθεί απότομα η πίεση και ο άρρωστος να ξαναπέσει σε Shock. Ο χειρισμός της στολής αυτής

πρέπει να γίνεται από έμπειρο προσωπικό που θα τηρεί με ακρίβεια τις ειδικές αρχές χρήσεώς της.

- Χορηγείστε μισό ποτήρι νερό κάθε 15' εφόσον ο άρρωστος δεν έχει ναυτία και έμετο και έχει καλό επίπεδο συνείδησης. Η χορήγηση υγρών αντενδείκνυται σε αρρώστους με απώλεια συνείδησης και σπασμούς.
- Διατηρείστε τον άρρωστο ζεστό. Σκεπάστε τον αν είναι κρύο το περιβάλλον για την πρόληψη απώλειας θερμαντικού. Το ρίγος επιβαρύνει σημαντικά την κυκλοφορία του αίματος και αυξάνει τις ανάγκες σε οξυγόνο. Μην υπερθερμαίνεται τον άρρωστο διότι θα προκαλέσετε εφίδρωση και απώλεια υγρών και ηλεκτρολυτών. Μην τοποθετείτε θερμοφόρα κατ' ευθείαν στο σώμα του αρρώστου διότι προκαλείται επιπολής διαστολή, υπεραιμία και εν τω βάθει μείωση της κυκλοφορίας.
- Τοποθετείστε καθετήρα Foley για έλεγχο του ποσού των ούρων και πιθανή αιμορραγία.
- Πάρτε δείγματα αίματος για έλεγχο του PH και αερίων αίματος pO_2 , pCO_2 σε βαρύ shock ή αναπνευστική ανεπάρκεια.
- Αντιμετωπίστε τον πόνο και το άγχος του αρρώστου.
- Παρακολουθείστε με μόνιτορ τον καρδιακό ρυθμό αν υπάρχει δυνατότητα.
- Χορηγείστε φάρμακα κατόπιν ιατρικής οδηγίας και με πολύ προσοχή, όπως διττανθρακικό νάτριο για τη διόρθωση της οξέωσης βάσει του PH του αίματος, αγγειοδραστικά και στεροειδή σε αλλεργικό ή σηπτικό Shock, δακτυλίτιδα και isuprel σε καρδιογενές Shock.
- Παρακολουθείστε και καταγράψτε με ακρίβεια τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. Απαιτείται μέτρηση ούρων ανά ώρα

καθώς και το ειδικό βάρος τους. Ποσότητα ούρων 40-50 ml ανά ώρα θεωρείται ικανοποιητική²⁷.

- Αιμορραγία

Οι μετεγχειρητικές αιμορραγίες διακρίνονται σε: 1) πρωτογενείς, που είναι αυτές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, 2) διάμεσες, που είναι αυτές που συμβαίνουν τις πρώτες ώρες μετά την εγχείρηση, και οφείλονται στην αποκατάσταση της αρτηριακής πίεσης που απομακρύνει ατελείς θρόμβους από μη απολινωμένα αγγεία και 3) δευτερογενείς, που συμβαίνουν αρκετό χρόνο μετά την επέμβαση και οφείλονται σε ολίσθηση απολίνωσης εξαιτίας φλεγμονής.

Ακόμη διακρίνουμε: 1) την τριχοειδική αιμορραγία, που χαρακτηρίζεται από βραδεία και από μεγάλη επιφάνεια έξοδο του αίματος, 2) τη φλεβική, που χαρακτηρίζεται από ταχεία σκοτεινού χρώματος έξοδο αίματος και 3) την αρτηριακή, που χαρακτηρίζεται από έξοδο αίματος ζωηρού κόκκινου χρώματος που εξακοντίζεται σε κάθε καρδιακό παλμό.

Συμπτώματα

Ο άρρωστος είναι αγχώδης, ανήσυχος και κινείται συνεχώς, διψά, το δέρμα του είναι κρύο, υγρό και ωχρο. Ο σφυγμός συχνός και μικρός, η θερμοκρασία πέφτει, οι αναπνοές συχνές και βαθιές. Με τη συνέχιση της αιμορραγίας ελαττώνονται: η κεντρική φλεβική πίεση, η αρτηριακή πίεση καθώς και ο αιματοκρίτης. Χείλη και επιπεφυκότες είναι ωχροί. Βλέπει κηλίδες μπροστά στα μάτια του, ακούει να κτυπούν κουδούνια. Εξασθενεί συνεχώς ως το τέλος.

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου

- Τοποθέτηση του αρρώστου σε θέση shock.
- Χορήγηση μορφίνης για να ηρεμήσει ο άρρωστος.
- Τοποθέτηση του αιμορραγούντος σημείου σε ανάρροπη θέση, κάλυψη με γάζα και πιεστική επίδεση.

- Μετάγγιση αίματος.
- Αν δεν υπάρχει διαθέσιμο αίμα, δίνεται πλάσμα, ή υποκατάστατά του, φυσιολογικό διάλυμα χλωριούχου νατρίου ή γλυκόζης.

Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι η ταχεία χορήγηση μπορεί να αυξήσει πολύ την πίεση και να ξαναρχίσει η αιμορραγία²⁷.

- Φλεβίτιδα - Θρομβοφλεβίτιδα

Η φλεβίτιδα είναι φλεγμονή των επιπολής φλεβών. Είναι συνέπεια ενδοφλέβιας θεραπείας. Οφείλεται σε ερεθισμό που μπορεί να προκαλέσει - σαν ξένο σώμα - ο φλεβοκαθετήρας, η βελόνα ή και υπέρτονα διαλύματα. Εκδηλώνεται τοπικά με τα στοιχεία της φλεγμονής: ερυθρότητα, θερμότητα, πόνο και οίδημα στο σημείο φλεβοκέντησης συχνά και κατά μήκος της φλέβας.

Εκδηλώνεται αρχικά με πόνο και σύσπαση στη γαστροκνημιαία περιοχή ή πόνο κατά τη ραχιαία κάμψη του άκρου ποδός και του γόνατος. Είναι επίσης αισθητός ο πόνος κατά την πίεση. Στη συνέχεια παρουσιάζει ερυθρότητα, θερμότητα και οίδημα, πιθανόν και πυρετό. Στη φλεγμαίνουσα περιοχή η φλέβα μπορεί κατά την ψηλάφηση να είναι σαν σκληρή κινητή μάζα. Στις περιπτώσεις αυτές υπάρχει κίνδυνος απόσπασης θρόμβου και πρόκλησης πνευμονικής εμβολής.

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου

Η φλεβίτιδα προλαμβάνεται με αλλαγή της θέσεως φλεβοκέντησης. Παραμονή καθετήρα ή βελόνας στην ίδια θέση πέρα από 72 ώρες προδιαθέτει για φλεγμονή, η οποία αντιμετωπίζεται με θερμά επιθέματα ή αντιφλογιστική αλοιφή.

Η θρομβοφλεβίτιδα προλαμβάνεται με την καλή ενυδάτωση του αρρώστου, διότι μειώνεται η γλοιότητα του αίματος· την ενθάρρυνση του αρρώστου να κινεί τα πόδια του όταν είναι κλινήρης και την έγκαιρη έγερση·

τη χρήση ελαστικών καλτσών ή την περιδέση των κάτω άκρων με ελαστικό επίδεσμο κατά την έγερση για την πρόληψη οιδήματος και λίμνασης του αίματος στα κάτω άκρα· την αποφυγή άσκησης πίεσης στα κάτω άκρα, όπως υποστήριξη κάτω από τα γόνατα. Αντιμετωπίζεται με πλήρη ανάπαυση και ανύψωση του άκρου, εφαρμογή θερμών επιθεμάτων, αντιπηκτική αγωγή σύμφωνα με ιατρική οδηγία, καθώς και εξέταση αίματος για προσδιορισμό του χρόνου προθρομβίνης και πήξεως²⁶.

19.5β. Επιπλοκές από το Αναπνευστικό Σύστημα

Οι επιπλοκές από το αναπνευστικό είναι οι συχνότερες και σοβαρότερες από αυτές που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές. Γι' αυτό, αν υπάρχει οξεία νόσος του αναπνευστικού, η επέμβαση αναβάλλεται, εκτός αν είναι επείγουσα. Οι επιπλοκές που συνήθως εμφανίζονται είναι οι εξής.

- Ατελεκτασία

Η τέλεια απόφραξη βρόγχου από βλεννώδες έμβολο εμποδίζει τον αερισμό του παρεγχύματος που αερίζεται απ' αυτόν, με αποτέλεσμα την μη έκπτυξη του πνευμονικού ιστού²⁷.

Αίτια πρόκλησής της είναι: 1) Η ανεπαρκής προσπάθεια για αποτελεσματικό βήχα, 2) Η χρήση διαφόρων φαρμάκων όπως η ατροπίνη και άλλα συγγενή, τα οποία καθιστούν τις εκκρίσεις παχύρρευστες, 3) Η επίδραση του αναισθητικού και των ναρκωτικών φαρμάκων που επηρεάζουν το αντανακλαστικό του βήχα. Η μετεγχειρητική ατελεκτασία εμφανίζεται συνήθως 2-3 ημέρες μετά την εγχείρηση.

Κλινικά ευρήματα είναι ο βήχας και η δύσπνοια και σε απόφραξη ολόκληρου του πνεύμονα η κυάνωση.

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου

Για την πρόληψη και την καταπολέμηση της ατελεκτασίας συνιστούνται τα παρακάτω:

- Παρακινείτε τον άρρωστο να αναπνέει βαθιά, να βήχει, να αποβάλλει τις εκκρίσεις, να αλλάζει συχνά θέση στο κρεβάτι και φροντίστε για την έγκαιρη έγερση.
- Αποφεύγετε τη χρήση φαρμάκων ηρεμιστικών που καταστέλλουν το αντανακλαστικό του βήχα, εκτός μικρών δόσεων αναλγητικών για την καταπολέμηση του μετεγχειρητικού πόνου, διότι ο άρρωστος όταν πονάει δεν μπορεί να βήξει και να αναπνεύσει βαθιά.
- Φροντίστε για την καλή ενυδάτωση του αρρώστου που έχει σαν αποτέλεσμα τη ρευστοποίηση των εκκρίσεων με χορήγηση υγρών από το στόμα ή παρεντερικά, με εισπνοές υδρατμών ή βλεννολυτικών φαρμάκων σύμφωνα με ιατρική οδηγία²⁶.

- Βρογχίτιδα

Παρουσιάζεται συνήθως τις 5-6 πρώτες ημέρες. Τα συμπτώματα είναι: βήχας με απόχρεμψη χωρίς αξιόλογη ανύψωση της θερμοκρασίας και αύξηση της συχνότητας του σφυγμού.

- Υποστατική Πνευμονική Συμφόρηση

Το αίμα λιμνάζει στα κατώτερα τμήματα του πνεύμονα εξαιτίας ανεπαρκούς καρδιαγγειακής λειτουργίας και μειωμένης κίνησης του αρρώστου από στο κρεβάτι. Πολλές φορές τα συμπτώματα δεν είναι έκδηλα για αρκετό χρόνο, και μπορεί να περιορίζονται σε μικρή αύξηση της θερμοκρασίας, των σφίξεων και των αναπνοών και σε ελαφρό βήχα. Μια κλινική εξέταση, όμως, δείχνει αμβλύτητα και ρόγχους στα κατώτερα μέρη του πνευμονικού παρεγχύματος. Αν η κατάσταση μείνει αθεράπευτη, μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο. Αν η κατάσταση του αρρώστου το επιτρέπει πρέπει να γυρίζει συχνά στο κρεβάτι και να του χορηγούνται καρδιοτονωτικά.

Πρόληψη - Αντιμετώπιση των πνευμονικών επιπλοκών

Η προσεκτική παρατήρηση και φροντίδα του αρρώστου πρέπει να είναι συνεχής όλη την πρώτη μετεγχειρητική εβδομάδα. Σημεία που πρέπει

να θεωρούνται σοβαρά και να αναφέρονται αμέσως είναι: αύξηση θερμοκρασίας, σφίξεων, αναπνοών που συνοδεύονται από θωρακικό πόνο, δύσπνοια και βήχα, ενώ ο άρρωστος μπορεί να είναι αγχώδης και ανήσυχος.

Η προφυλακτική αγωγή στις καταστάσεις αυτές περιλαμβάνει μέτρα για την προαγωγή του αερισμού των πνευμόνων. Έτσι στο σχέδιο φροντίδας του αρρώστου περιλαμβάνονται τουλάχιστο 10 βαθιές αναπνοές κάθε ώρα. Συχνά για την πλήρη έκπτυξη των πνευμόνων χρησιμοποιούνται διάφορες συσκευές όπως σπιρόμετρο, φιάλη εμφύσησης ή αναπνευστήρας Adler. Το γύρισμα του αρρώστου από το ένα πλάγιο στο άλλο προκαλεί συνήθως βήχα που απομακρύνει τις βλεννώδεις εκκρίσεις από το βρογχικό δένδρο και προάγει τον αερισμό. Αν οι βλέννες δεν απομακρύνονται μπορεί, σε ορισμένες περιπτώσεις, να χρησιμοποιηθεί αναρρόφηση μέσα από βρογχοσκόπιο. Ένα από τα αποτελεσματικότερα προφυλακτικά μέτρα κατά των πνευμονικών επιπλοκών είναι η έγκαιρη έγερση του αρρώστου και η δραστηριοποίησή του. Αυτή αυξάνει το μεταβολικό ρυθμό και, κατά συνέπεια, βελτιώνει τον αερισμό και όλες τις λειτουργίες του σώματος. Ο άρρωστος πρέπει να παίρνει πολλά υγρά, αποχρεμπτικά και αντιβιοτικά.

Η πιο αποτελεσματική μέθοδος θεραπείας της βρογχίτιδας είναι η εισπνοή ομίχλης ή ατμών.

Στη λοβώδη πνευμονία και βρογχοπνευμονία ο άρρωστος προτρέπεται να παίρνει υγρά, ενώ παράλληλα του χορηγούνται αποχρεμπτικά και δυναμωτικά φάρμακα. Οι περισσότεροι άρρωστοι θεραπεύονται αποτελεσματικά με χορήγηση αντιβιοτικών²⁷.

19.5γ. Επιπλοκές από το Πεπτικό Σύστημα

- Δυσκοιλιότητα

Αίτια: Ο ερεθισμός ή τραυματισμός του εντέρου κατά την επέμβαση, τοπική φλεγμονή, περιτονίτιδα. Η δυσκοιλιότητα ημερών μπορεί να προκαλέσει ενσφήνωση κοπράνων - κοπρόσταση.

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου

- Έγκαιρη έγερση για την αύξηση του περισταλισμού του εντέρου.
- Λήψη υγρών προάγει την ενυδάτωση του αρρώστου και διατηρεί το περιεχόμενο του εντέρου μαλακό.
- Χορήγηση τροφής προοδευτικά, που αυξάνει τον περισταλισμό όπως τροφές που αφήνουν υπόλειμμα.
- Αν πριν την εγχείρηση είχε δυσκοιλιότητα και έπαιρνε υπακτικά επανέρχεται στο αρχικό πρόγραμμα το συντομότερο δυνατόν²⁶.

- Λόξυγγας

Παρουσιάζεται συχνά μετά από ενδοκοιλιακές επεμβάσεις. Μπορεί να εκδηλωθεί με ελαφρά μορφή που υποχωρεί αυτόματα ή με απλή θεραπεία. Αν ο λόξυγγας επιμένει μπορεί να παρατηρηθούν συμπτώματα έντονης δυσφορίας και σοβαρές διαταραχές όπως έμετοι, διαταραχή της οξεοβασικής ισορροπίας και της ισορροπίας υγρών, κακή θρέψη, εξάντληση και πιθανή ρήξη τραύματος.

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου

- Εκτελούνται αναρροφήσεις από το στομάχι και το έντερο, ενώ αφαιρούνται σωλήνες παροχέτευσης.
- Δίνεται μισό ποτήρι μέσα στο οποίο διαλύεται ένα κουταλάκι σόδας.
- Λαμβάνεται από το στόμα ξύδι, αλάτι ή ζάχαρη και κατακρατείται η αναπνοή με σύγχρονη λήψη κρύου νερού.

- Προτείνεται στην άρρωση να πιέσει τους οφθαλμικούς βολβούς με κλειστά βλέφαρα για λίγα λεπτά.
- Μπορεί επίσης να προκληθεί έμετος και να εκτελεστεί πλύση στομάχου σαν μέτρα κατά του λόξυγγα²⁷.

19.5δ. Επιπλοκές από το Ουροποιητικό Σύστημα

- Διάταση κύστεως (επίσχεση ούρων)

Αίτια μπορεί να είναι τα παρακάτω:

- Σπασμός του σφιγκτήρα της ουρήθρας.
- Ακινησία του αρρώστου. Λόγω έλλειψης μυϊκής δραστηριότητας μειώνεται και ο τόνος των λείων μυών επομένως και της κύστεως.
- Η ύπτια θέση μειώνει τη δυνατότητα χαλάρωσης των μυών του περινέου και του έξω σφιγκτήρα της κύστεως.

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου

- Φροντίστε να πετύχετε πρώτα τη φυσιολογική ούρηση με φυσικά μέσα και κατόπιν επιχειρείτε καθετηριασμό κύστεως, διότι υπάρχει ο κίνδυνος της ουρολοίμωξης. Φυσικά μέσα που μπορεί να επιδράσουν είναι:
- Η χορήγηση υγρών.
- Το άνοιγμα της βρύσης. Ο θόρυβος του νερού που τρέχει επηρεάζει αντανακλαστικά την ουρήθρα.
- Η έγερση του αρρώστου σε καθιστή ή ημικαθιστή θέση και αν επιτρέπεται η βάδιση.
- Το χύσιμο χλιαρού νερού στο περίνεο, διότι προκαλεί μυϊκή χαλάρωση.

Αν τα παραπάνω φυσικά μέτρα δεν αποδώσουν και η επίσχεση επιτείνεται, τότε σε συνεννόηση με το γιατρό της κλινικής γίνεται καθετηριασμός κύστεως.

19.5ε. Διαταραχή Ύδατος και Ηλεκτρολυτών

Η διαταραχή ύδατος και ηλεκτρολυτών μπορεί να είναι αποτέλεσμα συνδυασμού των παρακάτω:

- Αντίδραση του οργανισμού προς το χειρουργικό stress.
- Σημαντική απώλεια υγρών, αίματος, πλάσματος από εμέτους ή μεγάλη εφίδρωση.
- Ακατάλληλο τρόπο χορήγησης υγρών και ηλεκτρολυτών, όπως ταχεία χορήγηση με αποτέλεσμα την υπερφόρτωση ή μη σωστή αναπλήρωση των απωλειών π.χ. του καλίου με συνέπεια την υποκαλιαιμία.

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου

- Αντιμετωπίστε τη δίψα του αρρώστου με χορήγηση υγρών από το στόμα, όταν μπορεί να πάρει, αφού συμβουλευθείτε τις ιατρικές οδηγίες αν ο άρρωστος πρέπει να πάρει υγρά από το στόμα. Βεβαιωθείτε ότι ο άρρωστος έχει συνέλθει από τη νάρκωση, δεν έχει ναυτία και εμέτους και αν αποκαταστάθηκε το αντανακλαστικό της κατάποσης. Για να το διαπιστώσετε συστήστε στον άρρωστο να κάνει κινήσεις κατάποσης χωρίς να πιεί τίποτε. Εάν καταπίνει ελεύθερα χορηγείτε του κατά διαστήματα μικρές ποσότητες νερού με ποτήρι ή προτιμότερο με καλαμάκι. Αν με τη χορήγηση του νερού παρουσιάσει ναυτία ή έμετο διακόψτε τη χορήγηση και υπολογίστε τα υγρά που θα έπαιρνε από το στόμα να τα πάρει ενδοφλέβια.
- Φροντίστε για την αναπλήρωση των απωλεσθέντων υγρών και ηλεκτρολυτών. Συμβουλευθείτε τις ιατρικές οδηγίες σε ότι αφορά το

είδος, το ποσόν και τη ροή των ενδοφλέβιων διαλυμάτων που πρόκειται να χορηγήσετε.

- Ρυθμίστε και παρακολουθείστε τη ροή της ενδοφλέβιας έγχυσης να παραμένει στα επιθυμητά όρια για την πρόληψη υπερφόρτωσης ή και το αντίθετο μειωμένης παροχής.
- Φροντίστε για την υγιεινή της στοματικής κοιλότητας του αρρώστου.
- Σημειώστε με ακρίβεια τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά στο δελτίο νοσηλείας ή σε ειδικό πίνακα σύμφωνα με το σύστημα της κλινικής, αξιολογείτε ιδιαίτερα την ωριαία διούρηση και το ειδικό βάρος των ούρων.

19.5στ. Επιπλοκές από το Τραύμα

- Μόλυνση

Η μόλυνση γίνεται ευκολότερα σε άτομα με κακή θρέψη. Το ποσοστό αυξάνει ανάλογα με το χρόνο παραμονής του αρρώστου στο νοσοκομείο και τη διάρκεια που το τραύμα μένει ανοικτό. Η πρόληψη της μόλυνσης εξαρτάται από το προσεκτικό πλύσιμο των χεριών πριν και μετά τη φροντίδα του τραύματος, το καλό πλύσιμο και την σωστή αποστείρωση των εργαλείων και του υλικού που χρησιμοποιείται και την αυστηρή τήρηση ασηψίας και αντισηψίας κατά την τεχνική αλλαγής των τραυμάτων, γιατί διαφορετικά τα χειρουργικά τραύματα μπορεί να μολυνθούν και να διαπυηθούν.

Τοπικά συμπτώματα της μόλυνσης είναι τα στοιχεία της φλεγμονής, όπως ερυθρότητα, θερμότητα, πόνος, οίδημα. Συστηματικά είναι πυρετός, ρίγος, κεφαλαλγία, κακουχία, ανορεξία και λευκοκυττάρωση.

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου

Προληπτικά:

- Πλένετε τα χέρια σας πολύ καλά πριν και μετά τη νοσηλεία.

- Χρησιμοποιείται αποστειρωμένο υλικό στις αλλαγές του τραύματος.
- Τηρείτε αυστηρά άσηπτη τεχνική.
- Περιορίζετε την κίνηση και τα ρεύματα αέρα στο θάλαμο κατά τη διάρκεια της αλλαγής των τραυμάτων (επισκεπτήριο, σκούπισμα, στρώσιμο κρεβατιών, ανοικτά παράθυρα).
- Διατηρείτε τον άρρωστο καθαρό και το τραύμα στεγνό.
- Συγκεντρώνετε το ακάθατο υλικό από το τραύμα με προσοχή και απορρίψτε το με ασφαλή τρόπο για την πρόληψη εξάπλωσης της μόλυνσης και σε άλλους αρρώστους.
- Παρακολουθείτε τη λειτουργία των παροχετεύσεων. Η κακή λειτουργία τους συμβάλλει στην κατακράτηση υγρών στο τραύμα. Η φιάλη ή ο πλαστικός σάκκος να βρίσκεται πάντοτε χαμηλότερα από το επίπεδο του τραύματος για τον κίνδυνο παλινδρόμησης των υγρών προς το τραύμα με αποτέλεσμα τη μόλυνσή του.

Θεραπευτικά:

- Χορήγηση αντιβιοτικών και λήψη των παραπάνω προληπτικών μέτρων²⁶.

- Ρήξη τραυμάτων - Εκσπλάγχνωση

Η επιπλοκή αυτή είναι ιδιαίτερα σοβαρή σε κοιλιακά τραύματα. Οφείλεται σε ρήξη ραμμάτων, μόλυνση, βήχα και μεγάλη κοιλιακή διάταση.

Η ρήξη μπορεί να συμβεί ξαφνικά με έξοδο των εντερικών ελίκων στο κοιλιακό τοίχωμα. Προκαλεί έντονο πόνο που συνήθως συνδυάζεται με έμετο. Όταν τα χείλη του τραύματος αποχωρίζονται βαθμιαία, τα σπλάγχνα μπορεί να βγουν από το τραύμα βαθμιαία ή και καθόλου και το κύριο σύμπτωμα να είναι η απότομη έξοδος μεγάλης ποσότητας περιτοναϊκού υγρού στις γάζες.

Ο νοσηλευτής (-τρια) πρέπει αμέσως να ειδοποιήσει το γιατρό. Αν προβάλλουν εντερικές έλικες σκεπάζονται με αποστειρωμένο τετράγωνο.

Για την πρόληψη της ρήξης χρησιμοποιείται ειδικός επίδεσμος.

Η εκσπλάγγνωση είναι συχνότερη σε: αρρώστους ηλικιωμένους, καχεκτικούς, παχύσαρκους που μετά την εγχείρηση παρουσιάζουν επίμονους και βίαιους εμέτους, τυμπανισμό κοιλιάς ή πνευμονικές επιπλοκές²⁷.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 20ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Οι παρενέργειες που εμφανίζονται συνήθως είναι ναυτία, έμετος, κούραση και απώλεια μαλλιών. Το αν θα έχει και άλλες παρενέργειες ο άρρωστος, εξαρτάται από τα φάρμακα που χρησιμοποιεί και από την αντίδραση του οργανισμού του.

Υπάρχουν πάνω από 50 φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη χημειοθεραπεία, μόνα τους ή σε διαφορετικούς συνδυασμούς. Συνεπώς, είναι δύσκολο να ξέρουμε εκ των προτέρων εάν ένας συγκεκριμένος ασθενής θα έχει μια συγκεκριμένη παρενέργεια.

Μερικές παρενέργειες, π.χ. κούραση, απώλεια μαλλιών, μπορεί να αρχίσουν από τις πρώτες εβδομάδες της θεραπείας και να συνεχιστούν μέχρι το τέλος. Άλλες, όπως η ναυτία και ο έμετος μπορεί να συμβούν για λίγες μόνο ώρες κατά ή μετά τη θεραπεία. Οι περισσότερες παρενέργειες θα εξαφανιστούν βαθμιαία μόλις σταματήσει η θεραπεία.

Οι άνθρωποι που κάνουν θεραπεία ίσως αποθαρρυνθούν εξαιτίας του μήκους της θεραπείας ή των παρενεργειών. Γι' αυτό ας μιλήσουν στο γιατρό τους, οπότε τα φάρμακα ή ο προγραμματισμός της θεραπείας μπορεί να αλλάξει. Μερικές παρενέργειες μπορεί να μειώνονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Πάντως, θα πρέπει να ξέρει ο άρρωστος, ότι ο χρόνος που χρειάζεται να ξεπεράσει μερικές από τις ενοχλητικές παρενέργειες και να αποκτήσει δυνάμεις ποικίλλει από πρόσωπο σε πρόσωπο και από θεραπεία σε θεραπεία. Το πόσο γρήγορα θα αισθανθεί καλύτερα ένας άρρω-

στος εξαρτάται από πολλούς παράγοντες συμπεριλαμβανομένης της ανοσοκαταστάσεώς του και του είδους του φαρμάκου που παίρνει²⁸.

20.1. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Έχουν τις παρακάτω εκδηλώσεις.

20.1α. Ναυτία - Έμετοι

Παρακολουθείται:

- η συχνότητα των εμέτων, ο χαρακτήρας και η ποσότητά τους,
- η ανορεξία ή η αποστροφή στην τροφή, που μπορεί να έχει η ασθενής,
- η θρέψη της ασθενούς¹².

Λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα πρόληψης ναυτίας και εμέτων, όπως:

- Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων με εντολή γιατρού 30 λεπτά πριν από την εφαρμογή της χημειοθεραπείας, σε κανονικά ενδιάμεσα διαστήματα κατά τη διάρκειά της και για 2-3 δόσεις μετά την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας²⁹.
- Χορήγηση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου με άδειο στομάχι, ενώ εκπαιδεύεται ο άρρωστος και τα μέλη της οικογένειάς του πώς να εφαρμόζουν αντιεμετικά υπόθετα.
- Προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα (κατά τη διάρκεια της ημέρας, έτσι ώστε η ασθενής να μην αισθάνεται βάρος στο στομάχι)²⁸.
- Χορηγούνται τροφές σε θερμοκρασία περιβάλλοντος, μάλλον κρύες παρά ζεστές ή παγωμένες και μαλακές.

- Αποφεύγονται οι τροφές που έχουν έντονη οσμή¹², διότι προκαλούν ναυτία, ενώ ενισχύεται η άρρωστη να τρώει ξηρές τροφές, όπως τοστ, φρυγανιές, ξηρά δημητριακά ή κράκερς. Αυτές συχνά βοηθούν να ηρεμήσει ένα αναστατωμένο στομάχι²⁸.
- Ενισχύεται η ασθενής να τρώει αργά, ώστε μόνο μικρές ποσότητες τροφής να μπαίνουν στο στομάχι κάθε φορά, και να μασάει καλά την τροφή της, ώστε να τη χωνεύει πιο εύκολα.
- Αποφεύγεται να τρώει βαριά γεύματα αμέσως μετά τη θεραπεία. Την ημέρα της θεραπείας πρέπει να παίρνει τα ελαφρά του γεύματα νωρίς για καλύτερη χώνευση.
- Η ασθενής πρέπει να βγάζει τις μασέλες τις ημέρες που παίρνει τα φάρμακα της θεραπείας, διότι τα διάφορα αντικείμενα μέσα στο στόμα της αυξάνουν την τάση για έμετο, ενώ πρέπει να αναπνέει με το στόμα ανοικτό όταν έχει ναυτία.

Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση (θεραπεία) της ναυτίας και των εμέτων με:

- Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων.
- Προσφορά ανακουφιστικής φροντίδας, όπως η διατήρηση του αρρώστου καθαρού χωρίς την κακοσμία των εμέτων κ.ά.
- Ενημέρωση του αρρώστου, πως η ναυτία και οι έμετοι είναι ένας τρόπος πληροφόρησης ότι το φάρμακο δρα στα κακοήθη κύτταρα.
- Διόρθωση αν χρειάζεται της διαταραχής του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών και εξασφάλιση καλής θρέψης¹²

20.1β. Διάρροια - Σύσπαση Κοιλιακών Μυών

Παρακολουθείται:

- το χρώμα, η ποσότητα, η περιεκτικότητα της διαρροϊκής κενώσεως,

- ο άρρωστος για συμπτώματα αφυδατώσεως και μεταβολικής οξεώσεως, που σημαίνουν διαταραχή του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών.

Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση της διάρροιας με:

- Χορήγηση φαρμάκων που αναστέλλουν τη διάρροια, πάντα με οδηγία γιατρού και ενημέρωση του γιατρού αν συνεχίζεται η διάρροια, επειδή ίσως χρειαστεί αλλαγή της χημειοθεραπείας και διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών¹².
- Χορήγηση πολλών υγρών για την αντικατάσταση αυτών που χάνονται. Ιδιαίτερα, ήπια υγρά όπως χυμός μήλου, νερό, ελαφρό τσάι ή ζωμός. Τα υγρά πρέπει να πίνονται χλιαρά ή σε θερμοκρασία δωματίου. Δεν πρέπει να είναι πολύ ζεστά ή παγωμένα.
- Ενίσχυση της ασθενούς να τρώει μικρές ποσότητες φαγητού, αλλά πιο συχνά. Να μην παραλείπει γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας, ενώ αποφεύγονται οι τροφές που προκαλούν αέρια (π.χ. πουρές, φασόλια, ξηροί καρποί, λάχανο, μπρόκολο, κουνουπίδι, καρυκεύματα).
- Χορήγηση τροφών χαμηλών σε ίνες π.χ. ρύζι, μπανάνες, μαρμελάδα μήλου, τοστ, όταν η ασθενής αισθάνεται καλύτερα. Η άρρωστη σε διάρροια χάνει κάλλιο, που είναι πολύ σημαντικό για τη λειτουργία του οργανισμού. Γι' αυτό θα προσπαθήσει να αυξήσει την ποσότητα των τροφών με μεγάλη περιεκτικότητα σε κάλλιο (KCl). Οι πατάτες, οι μπανάνες και τα πορτοκάλια είναι πολύ καλές πηγές²⁸.

20.1γ. Στοματίτιδα - Έλκη (πληγές του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας)

Παρατηρείται ο βλεννογόνος της στοματικής κοιλότητας αμέσως μετά τη χορήγηση του φαρμάκου, για ξηρότητα, ερυθρότητα και λευκές κηλίδες που είναι σημεία εξελισσόμενης στοματίτιδας.

Προλαμβάνεται η στοματίτιδα με την:

- καθημερινή παρακολούθηση της στοματικής κοιλότητας για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο όταν χρησιμοποιούνται όξινες (ξινές) τροφές,
- οργάνωση προγράμματος φροντίδας της στοματικής κοιλότητας,
- επάλειψη των χειλέων με γλυκερίνη τρεις φορές την ημέρα.

Προσφέρεται βοήθεια για τη θεραπεία της στοματίτιδας με τη συνεχή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας και την προσφορά λευκής (η τροφή που δεν περιέχει καρυκεύματα και σάλτσες), χλιαρής τροφής¹².

Ο/η νοσηλεύτης (-τρια) θα πρέπει να δώσει στην άρρωστη τις ακόλουθες απλές συμβουλές, ώστε να αυξηθεί η υγρασία του στόματος και να διευκολυνθεί η κατάποση:

- Να πίνει πολλά υγρά.
- Να πιπιλίζει κομματάκια πάγου.
- Να τρώει άγλυκα μαλακά ζαχαρωτά ή τσίχλα χωρίς ζάχαρη που αυξάνουν την υγρασία.
- Να τρώει υγρές τροφές, όπως π.χ. φρούτα, παγωτό.
- Να μαλακώνει τις τροφές με βούτυρο, μαργαρίνη, σάλτσες και χυμό.
- Να βουτάει τις σκληρές και ξηρές τροφές μέσα σε καφέ, τσάι, γάλα.
- Να βάλει μαγειρευμένες τροφές στο μπλέντερ ώστε να γίνουν μαλακές και πιο εύκολες στην κατάπιση.
- Να προσπαθήσει να τρώει μαλακές τροφές, όπως παγωτό, πουτίγκα, γρανίτες, πεπόνι, παιδικές τροφές ή ζελέ.
- Να αποφεύγει τροφές με οξύ περιεχόμενο, όπως ντομάτες, πορτοκάλια και γκρέιπ-φρουτ.
- Να παίρνει τροφές που δεν ερεθίζουν το στόμα, όπως πεπόνι, χυμό ροδάκινου, αχλάδι, κολοκύθια κ.λ.π.

- Να αποφεύγει τις αλμυρές και πικάντικες τροφές.
- Οι σκληρές και γλυκές τροφές καταστρέφουν τα ούλα, γι' αυτό να βουρτσίζει τα ούλα του με μαλακή βούρτσα αμέσως μετά το φαγητό.
- Να διατηρεί το στόμα του και τα ούλα του καθαρά για να αποφύγει τη μόλυνση. Η καλή φροντίδα του στόματος κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας είναι πολύ σπουδαία, γιατί οι ιστοί του στόματος γίνονται πιο επιρρεπείς στις μολύνσεις.
- Καταπραϋντικό και θεραπευτικό για το στόμα είναι η διάλυση σόδας σε χαμομήλι (γαργάρες).
- Μπορεί επίσης να πάρει φάρμακο (με εντολή γιατρού) που κατάπραϋνει τους πόνους (xylocain viscus).
- Να χρησιμοποιεί αντισηπτικά υγρά.
- Επίσης σταγόνες Mycostatin (με εντολή γιατρού).
- Να χρησιμοποιεί κρέμα χειλέων, εάν τα χείλη της ξεραίνονται.
- Να συμβουλευτεί τον οδοντίατρό της για να της δείξει τις καλύτερες τεχνικές για το βούρτσισμα και τον καθαρισμό των δοντιών με κλωστή κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.
- Επειδή η χημειοθεραπεία κάνει πιο επιρρεπή την καταστροφή των δοντιών, ο οδοντίατρος θα μπορούσε να συστήσει τη χρησιμοποίηση φθορίου για καθημερινή χρήση.
- Να ρωτήσει τον οδοντίατρο εάν χρειάζεται κάποιες οδοντιατρικές εργασίες πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας¹⁸.

20.1δ. Ανορεξία - Απώλεια Βάρους

Προκαλούνται από την επίδραση διαφόρων παραγόντων, όπως ναυτία, έμετοι, πόνος, κόπωση, δυσφαγία, στοματίτιδα, απώλεια γεύσης.

Οι νοσηλευτές αξιολογούν, προγραμματίζουν και αντιμετωπίζουν τους παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία προβλημάτων.

- Εξασφαλίζεται καθαρό και ήρεμο περιβάλλον.
- Καλά ρυθμισμένη διαίτα για την κάλυψη θερμιδικών και θρεπτικών αναγκών της άρρωστης να παίρνει όλο το φαγητό.
- Γίνεται καθημερινός έλεγχος του βάρους του σώματος.
- Επιμελής φροντίδα του στόματος.
- Αποφυγή καπνίσματος και οίονοπνεύματος, διότι ερεθίζουν τους βλεννογόνους¹⁹.

20.2. ΚΥΣΤΙΤΙΔΑ

Ενημερώνεται ο ιατρός, αν ο ασθενής αναφέρει δυσχέρεια στην ούρηση, όπως καύσο, δυσουρία, συχνουρία. Λαμβάνεται δείγμα για καλλιέργεια ούρων¹⁹.

20.3. ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

Έχει τις παρακάτω εκδηλώσεις.

20.3α. Λευκοπενία

Παρακολουθούνται:

- Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος. Σε απότομη πτώση των λευκών διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός.
- Παρακολουθείται η θερμοκρασία του σώματος· μικρή άνοδος της θερμοκρασίας μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία.

- Παρακολουθείται το δέρμα και οι κοιλότητες για λοίμωξη. Η έγκαιρη διάγνωση της λοιμώξεως έχει ιδιαίτερη σημασία επειδή προλαμβάνονται σηψαιμικές εκδηλώσεις¹².
- Όταν νοσηλεύεται σε νοσοκομείο, πρέπει να λαμβάνονται προστατευτικά μέτρα για τις λοιμώξεις (π.χ. μονόκλινο δωμάτιο, και αν είναι δυνατόν να έχει απολυμανθεί πριν). Το προσωπικό του νοσοκομείου και οι συγγενείς να φορούν μάσκα προσώπου, γάντια και ποδιά όταν βρίσκονται στο θάλαμό του.
- Η άρρωστη να κυκλοφορεί στους διαδρόμους του νοσοκομείου με μάσκα.
- Να αποφεύγει τα ωμά φαγητά και φρούτα.
- Να ενισχυθεί με αντιβιοτικά (με εντολή γιατρού).
- Να φροντίσει να πλένει τα χέρια της συχνά για αποφυγή μολύνσεων.
- Να αποφεύγει τον συνωστισμό, καθώς και όσους πάσχουν από μεταδοτικές αρρώστιες, όπως ανεμοβλογιά, γρίππη κ.λ.π.
- Να μην κόβει τα πετσάκια των νυχιών της. Να χρησιμοποιεί κρέμα που τα αφαιρεί.
- Να αποφεύγει σκληρή οδοντόβουρτσα.
- Να χρησιμοποιεί ηλεκτρική ξυριστική μηχανή.
- Να μην ξύνει τα σπυράκια της.
- Να κάνει ένα ζεστό μπάνιο με αντισηπτικό υγρό, όπως Betadine scrub καθημερινά, και να σκουπίζεται απαλά αντί να τρίβει δυνατά το δέρμα της.
- Εάν το δέρμα της γίνει ξηρό και σκάει, να χρησιμοποιεί λοσιόν ή λάδι για να το μαλακώσει.
- Εάν κοπεί ή γδαρθεί, να καθαρίζει την περιοχή του πρωκτού, απαλά και πολύ καλά. Εάν υπάρχει ερεθισμός ή πρόβλημα αιμορροϊ-

δων, ας συμβουλευτεί το γιατρό ή τη νοσηλεύτρια (-τη) (για αποφυγή περιπρωκτικού συριγγίου).

- Μετάγγιση λευκών αιμοσφαιρίων (μόνο σε ειδικευμένα ογκολογικά κέντρα)²⁸.

20.3β. Θρομβοπενία

Παρακολουθούνται:

- Τα αιμοπετάλια (φυσιολογικές τιμές 200.000-300.000/mm³). Αν η άρρωστη έχει αιμοπετάλια κάτω από 50.000/mm³ θα πρέπει να νοσηλεύεται σε νοσοκομείο.
- Τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για πετέχειες ή αιματώματα, οι διάφορες κοιλότητες (μάτι, στόμα) για ρινο-ουλορραγίες.
- Η αρτηριακή πίεση του αίματος· σε περίπτωση που αυτή βρεθεί χαμηλή η άρρωστη πρέπει να νοσηλεύεται στο νοσοκομείο.

Προλαμβάνονται οι αιμορραγίες με μέτρα όπως:

- Περιορίζονται οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις. Αν πρέπει να γίνουν, ασκείται πίεση στο σημείο της ενέσεως για 3 λεπτά περίπου για την πρόληψη αιματώματος ή εξόδου αίματος. Ασυνήθης αιμορραγία μετά από ενδομυϊκή και υποδόρια ένεση γίνεται γνωστή στο γιατρό.
- Οποιαδήποτε περιοδική άσκηση πίεσεως σε κάποιο σημείο του σώματος, όπως ο ασκός του πιεσόμετρου κ.ά. πρέπει να είναι μικρής διάρκειας.
- Δίνονται συμβουλές στην άρρωστη να εφαρμόζει μέτρα προλήψεως αιμορραγίας από τραύματα που μπορεί να δημιουργηθούν με το βίαιο καθάρισμα της μύτης, την ακατάλληλη ξυριστική μηχανή (κατάλληλη είναι η ηλεκτρική), τη σκληρή οδοντόβουρτσα κ.ά.

Προσφέρεται βοήθεια στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας όπως, να υπάρχει πάντοτε έτοιμο αίμα στην τράπεζα αίματος. Κατά τη μετάγγιση αίματος παρακολουθείται η ροή του και η άρρωση για σημεία αντιδράσεως από το αίμα.

20.3γ. Αναιμία

Παρακολουθείται η αιμοσφαιρίνη (φυσιολογικές τιμές 14-16 g / 100 ml αίματος), ο αιματοκρίτης (φυσιολογικές τιμές 40-54% στους άνδρες και 37-47% στις γυναίκες) και η παρουσία συμπτωμάτων όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση, απάθεια¹².

- Η άρρωση πρέπει να ξεκουράζεται και να μην ξοδεύει την ενέργεια της άσκοπα.
- Στο διαιτολόγιό της να προστεθούν περισσότερα πράσινα λαχανικά, συκώτι και κόκκινο κρέας.
- Να κινείται αργά για να αποφεύγει τη ζαλάδα. Για παράδειγμα, όταν ξυπνήσει αντί να κατέβει από το κρεβάτι του γρήγορα, να καθήσει στην άκρη του κρεβατιού για λίγο.
- Η μετάγγιση αίματος είναι ένας τρόπος γρήγορης αντιμετώπισης²⁸.

20.4. ΝΕΥΡΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ

- Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα (1) ήπιης νευροπάθειας όπως ελαφρός πόνος στα χέρια και στα πόδια και απώλεια «εν τω βάθει» αντανακλαστικών των τενόντων και (2) σοβαρότερης νευροπάθειας όπως μείωση της δυνάμεως των χεριών, αταξία, απώλεια συντονισμού, πτώση του πέλματος ή του καρπού και παραλυτικός ειλεός.

- Προστατεύεται ο άρρωστος από τις νευροτοξικές επιδράσεις της χημειοθεραπείας με την έγκαιρη ενημέρωση του γιατρού για τα πρώτα λειτουργικά συμπτώματα νευροτοξικότητας του φαρμάκου. Πιθανόν να επιβάλλεται αλλαγή σχήματος χημειοθεραπείας, όταν μάλιστα οι λειτουργικές βλάβες δεν είναι αναστρέψιμες (δεν αποκαθίστανται μετά τη θεραπεία).
- Βοηθείται ο άρρωστος στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με (1) τη χρησιμοποίηση μέτρων ασφαλείας για την προστασία του, (2) τη διατήρηση των μελών του σώματός του σε φυσιολογική θέση και (3) την εξασφάλιση οδηγίας γιατρού για τη χρησιμοποίηση καθαρτικών φαρμάκων κ.ά. που θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας.

20.5. ΩΤΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ (ΤΟΞΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΑΥΤΙΩΝ)

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

20.6. ΗΠΑΤΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ

- Παρακολουθείται: (1) η λειτουργικότητα του ήπατος με τις γνωστές ηπατικές εξετάσεις, (2) η εμφάνιση συμπτωμάτων, που πιθανόν να προέρχονται από βλάβη του ήπατος, όπως πόνος στην κοιλιά, υψηλός πυρετός, διάρροια, ίκτερος.
- Ενημερώνεται αμέσως ο γιατρός όταν επιδεινωθούν τα συμπτώματα που προκαλούνται από την επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας.

- Ανακουφίζεται ο άρρωστος από τα συμπτώματα της ηπατοτοξικότητας με ανάλογες νοσηλευτικές δραστηριότητες.

20.7. ΝΕΦΡΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ

- Παρακολουθείται: (1) η λειτουργικότητα των νεφρών με τις εργαστηριακές δοκιμασίες της νεφρικής λειτουργίας, (2) ο άρρωστος για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας όπως οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων κ.ά. και (3) το ισοζύγιο λαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
- Λαμβάνονται μέτρα για τον περιορισμό του ουρικού οξέως στο αίμα και τη διατήρηση της αντιδράσεως των ούρων (PH) σε φυσιολογικά επίπεδα, με χορήγηση υγρών και φαρμάκων¹².

20.8. ΤΡΙΧΟΠΤΩΣΗ (ΑΛΩΠΕΚΙΑ)

Ο άρρωστος δεν είναι εύκολο να δεχθεί την τριχόπτωση στο κεφάλι, το πρόσωπο ή το σώμα του, γι' αυτό θα χρειαστεί κάποια ψυχολογική προσαρμογή. Ο γιατρός και ο/η νοσηλεύτης (-τρια) θα βοηθήσουν τον άρρωστο να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου²⁸.

- Γίνεται εξακρίβωση αν η άρρωστη έχει καταλάβει ότι τα μαλλιά της μπορεί να πέσουν στο διάστημα της θεραπείας, αλλά θα ξαναβγούν οκτώ περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας¹². Και ότι τα νέα μαλλιά θα έχουν διαφορετικό χρώμα, υφή και θα είναι καλύτερα σε ποιότητα.
- Εάν αισθάνεται καλύτερα με καλυμμένο το κεφάλι, μπορεί να φορεί καπέλο, μαντήλι ή τυρμπάν.
- Μπορεί αν θέλει να χρησιμοποιήσει περούκα και εάν είναι δυνατόν εγκαίρως από τα ίδια του τα μαλλιά. Ο γιατρός θα συστήσει υπο-

θερμία του κρανίου στον άρρωστο (δηλαδή να χρησιμοποιήσει κάσκα ψύξεως).

- Σε όγκους εγκεφάλου ή εγκεφαλικές μεταστάσεις να μην τη χρησιμοποιεί, γιατί εμποδίζει τα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας αν και τελευταία αποφεύγεται η χρήση της διεθνώς.
- Να μη λούζεται συχνά και να μη χρησιμοποιεί βούρτσα με σκληρές τρίχες.
- Να αποφεύγει την περμανάντ και τις βαφές κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

20.9. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

- (Κνησμός, ερυθρότητα, ξηρότητα, εγκαύματα).
 - Σε ξηρές επιφάνειες να χρησιμοποιείται λοσιόν. Εάν τα ενοχλήματα δεν υποχωρούν, να συμβουλευτείται γιατρό.
 - Προστατευτική κρέμα με δείκτη υγρασίας 15 για αποφυγή ηλιακών εγκαυμάτων (π.χ. episol).
 - Ταλκ σε κνησμό, και σε αρνητικό αποτέλεσμα, συμβουλή γιατρού.

Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων μερικές φλέβες παρουσιάζουν σκούρο χρώμα. Αυτό το φαινόμενο είναι προσωρινό.

20.10. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Οι παρενέργειες που μπορεί να συμβούν στη γεννητική σφαίρα κατά τη χημειοθεραπεία, εξαρτώνται από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, από την ηλικία του αρρώστου και από τη γενική του κατάσταση. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν επηρεάζουν την ικανότητα ή την επιθυμία για σεξ. Μερικοί άρρωστοι, όμως, βρίσκουν ότι το στρες (stress) της αρρώστειας

τους ή το πρόγραμμα της θεραπείας τους κάνει να αισθάνονται κουρασμένοι.

Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία μπορεί να παρατηρήσουν αλλαγές στην περίοδό τους. Οι κύκλοι περιόδου μπορεί να είναι ανώμαλοι ή να σταματήσουν εντελώς κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Μερικά χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν στειρότητα, που μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη. Μπορεί να έχουν εξάψεις και άλλα συμπτώματα εμμηνοπαύσεως. Επίσης κνησμό, κάψιμο ή ξηρότητα του κόλπου. Ο γυναικολόγος θα τους προτείνει μια κρέμα για να βοηθηθούν στο πρόβλημά τους. Η περίπτωση εγκυμοσύνης να συζητηθεί με το γιατρό. Αν και όλα τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα αντενδείκνυνται στην εγκυμοσύνη.

20.11. ΜΕΤΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΧΗΜΕΙΟ- ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟ- ΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΡΡΩΣΤΟΥ)

Τα μέτρα ασφαλείας μπορούμε να τα χωρίσουμε σε δύο φάσεις:

1. Τη *φάση της παραγωγής*, η οποία αφορά το υγειονομικό προσωπικό κυρίως δια των φαρμακευτικών εταιριών. Δηλαδή, η κάθε παραγωγός εταιρεία, βάσει στατιστικών και ερευνητικών στοιχείων, πρέπει να ξέρει τα κυτταροστατικά φάρμακα που παράγει πόσο ασφαλή είναι και ποια μέτρα προφυλάξεως πρέπει να παίρνει για το υγειονομικό προσωπικό που τα χειρίζεται. Δύο είναι οι οδοί μόλυνσης:
 - α. Το δέρμα, δηλαδή η άμεση επαφή του φαρμάκου με το δέρμα.
 - β. Η αναπνευστική οδός, δηλαδή η εισπνοή και η λήψη αεροδιασκορπισμένων σωματιδίων των φαρμάκων. Σ' αυτή τη φάση,

κάθε εταιρεία θα πρέπει να περιορίσει τον αεριοδιασκορπισμό σωματιδίων των φαρμάκων κατά τη διάλυσή τους (αυτά δηλαδή που συσκευάζονται υπό μορφή σκόνης): (α) με μια ειδική συσκευή εξαερισμού στη σύριγγα, (β) με τη χρησιμοποίηση φιαλιδίων με έτοιμο διάλυμα προς χρήση, π.χ. το Platinol. Με έτοιμα προς χρήση διαλύματα φαρμάκου ο αεριοδιασκορπισμός σωματιδίων των φαρμάκων υπό θετική πίεση αποφεύγεται. Επιπλέον, τα έτοιμα προς χρήση διαλύματα φαρμάκων απαιτούν λιγότερο εξοπλισμό, λιγότερους χειρισμούς, αποτρέπεται ο κίνδυνος διασποράς και κυρίως το ενδεχόμενο να χρησιμοποιηθεί λάθος διαλύτης.

2. Τη *φάση προετοιμασίας* και χορηγήσεως των φαρμάκων η οποία αφορά το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και το φαρμακοποιό.

20.11α. Μέτρα Ασφαλείας για τον Άρρωστο - Εκπαίδευση του Αρρώστου από τη/τον Νοσηλεύτρια (-τή)

Θα πρέπει εδώ να τονιστεί ο ρόλος της/του νοσηλεύτριας (-τη) τόσο στη σωστή διεκπαιρέωση της νοσηλείας, όσο και στην ενημέρωση και την εκπαίδευση του αρρώστου γύρω από τις παρενέργειες και την αντιμετώπισή τους, όσο το δυνατόν πιο ανώδυνα. Κατά την εκπαίδευση θα πρέπει:

- Να δίνονται πληροφορίες και οδηγίες από τη/το νοσηλεύτρια (-τή) σχετικώς με τη χημειοθεραπεία και εάν είναι ανάγκη, να επαναλαμβάνονται. Θα είναι δε όφελος για τον άρρωστο, οι πληροφορίες και οδηγίες να είναι γραπτές.
- Να συνιστάται η συμμετοχή συγγενών ή φίλων η οποία μπορεί να αποτελεί ιδιαίτερη υποστήριξη για τον άρρωστο.
- Να έχει επαφή, ο άρρωστος, με το νοσοκομείο όταν τελειώσει τη θεραπεία του.

20.11β. Φάση Προετοιμασίας

Ο γιατρός, αλλά και η/ο νοσηλεύτρια (-τής) πρέπει να είναι ενημερωμένοι από το ιστορικό του εάν ο άρρωστος:

- Είναι αλλεργικός.
- Είναι έγκυος.
- Θηλάζει.
- Παίρνει άλλα φάρμακα.
- Έπαιρνε φάρμακα κατά το παρελθόν και ποια φάρμακα.

Πριν την έναρξη και κατά τη διάρκεια της θεραπείας, απαιτείται να ελεγχθούν ορισμένα τοξικά φάρμακα, ώστε να γίνουν στον άρρωστο εκτός από τις εξετάσεις ρουτίνας και άλλες εξετάσεις.

- Απαιτείται η παρακολούθηση για σημάδια αφυδατώσεως και ηλεκτρολυτικής ανισορροπίας (σε διάρροια, εμέτους και απώλεια ούρων) του αρρώστου, γι' αυτό γίνεται μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών του.
- Προσοχή στην ενδοφλέβια (IV) χορήγηση ορισμένων φαρμάκων, τα οποία πρέπει να προφυλάσσονται από το φως (καλυμμένοι οροί).
- Να υπάρχει κοντά στον άρρωστο συσκευή οξυγόνου (O₂) για τυχόν αλλεργικό shock.
- Να βρίσκονται έγκαιρα στον όροφο και τοποθετημένα στον κατάλληλο χώρο (ψυγείο εάν χρειάζονται) τα φάρμακα που θα χρειαστούν για τη θεραπεία (σχήμα). Προσοχή να μην βγαίνουν την τελευταία στιγμή από το ψυγείο (όχι παγωμένα).
- Να υπάρχουν αντίδοτα των φαρμάκων. Φάρμακα για αντιμετώπιση παρενεργειών, όπως αντιεμετικά, αντιδιαρροϊκά. Γλυκογονικό ασβέστιο και χλωριούχο μαγνήσιο, για αντιμετώπιση σπασμών (εντολή γιατρού). Ακόμα, αντίδοτα για νέκρωση φλεβών, π.χ. θειϊκό νάτριο. Εφόσον οι εξετάσεις είναι φυσιολογικές και ο άρρωστος αρ-

χίζει θεραπεία, η/ο νοσηλεύτρια (-τής) πριν ξεκινήσει για το θάλαμο με το γιατρό κάνει ένα γρήγορο έλεγχο στα εξής:

1. Στο σχήμα της θεραπείας που έχει δώσει υπογεγραμμένο ο γιατρός στον όροφο ή έχει έλθει έτοιμο από το φαρμακείο.
2. Στα στοιχεία του αρρώστου.
3. Εάν βρίσκεται στο θάλαμό του ο άρρωστος (να μην απουσιάζει για κάποια εξέταση).
4. Εάν ο άρρωστος είναι ενημερωμένος για το σχήμα. Θα πρέπει να έχει προηγηθεί εκπαίδευση του αρρώστου από τη/το νοσηλεύτρια (-τή) για το σχήμα.
5. Τη γενική κατάστασή του (υψηλός πυρετός).
6. Να ελέγξει για τελευταία φορά το υλικό της.
7. Και όταν τελειώσει το σχήμα να το ελέγξει και να υπογράψει.

20.11γ. Ενδοφλέβια Χορήγηση των Φαρμάκων

Όλα τα φάρμακα πρέπει να χορηγούνται με προσοχή, ώστε να αποφεύγονται οι παρενέργειες κατά την ενδοφλέβια χορήγηση.

- Αυστηρή ανισηπτική φροντίδα πρέπει να λαμβάνεται στο στάδιο προετοιμασίας και χορηγήσεως του φαρμάκου.
- Καινούργια αποστειρωμένη βελόνα πρέπει να χρησιμοποιείται κάθε φορά που προστίθεται ένα φάρμακο στον ορό ή στο λαστιχάκι του ορού.
- Εάν ένα φάρμακο είναι γνωστό ότι προκαλεί εκδορές, πρέπει να χορηγείται πρώτο, γιατί στην αρχή η φλέβα είναι υγιής και ο κίνδυνος για έγχυση έξω από τη φλέβα είναι μικρότερος.
- Η φλέβα πρέπει να είναι σταθερή και ελαστική και κατά το δυνατόν να μην έχει τρυπηθεί πριν.

- Εξελκωμένες και ερεθισμένες περιοχές πρέπει να αποφεύγονται.
- Για το καλό όλων να μην γίνεται απόπειρα φλεβοκεντήσεως από το ίδιο πρόσωπο περισσότερες από τρεις φορές. Να συνεχίσει άλλο άτομο.
- Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων πρέπει να χρησιμοποιείται βελόνα Νο 21 ή 23, διότι αφήνοντας το φάρμακο να περάσει από λεπτή βελόνα, προστατεύεται το επιθήλιο της φλέβας.
- Κάθε φλέβα πρέπει να δοκιμάζεται με φυσιολογικό ορό (NS) πριν τη χορήγηση και να ξεπλένεται καλά μετά.
- Αν πρόκειται να δοθούν πολλά φάρμακα, η φλέβα πρέπει να ξεπλένεται καλά με φυσιολογικό ορό (NS) μεταξύ χορηγήσεως κάθε φαρμάκου, για να αποφεύγεται η αντίδραση του φαρμάκου.
- Η εφάπαξ ενδοφλέβια χορήγηση του φαρμάκου πρέπει να γίνεται βραδέως.
- Φάρμακα που φυλάσσονται στο ψυγείο μπορεί να είναι κρύα για τη φλέβα και είναι σημαντικό ο θεράπων να μπορεί να ξεχωρίσει μεταξύ αυτού και της αισθήσεως του καψίματος που προκαλείται από την έγχυση.
- Εάν αμφισβητείται η καταλληλότητα της φλέβας, η έγχυση πρέπει να επαναληφθεί σε μια άλλη φλέβα και κατά προτίμηση στο άλλο χέρι.
- Ιατρικές οδηγίες για την έγχυση έξω από τη φλέβα πρέπει να γραφούν στο δελτίο του αρρώστου και να υπογραφούν από το γιατρό, πριν αρχίσει η θεραπεία (το σχήμα).
- Να δοθούν οδηγίες στον άρρωστο ή στην οικογένειά του για συμπτώματα που πρέπει αμέσως να αναφερθούν στο γιατρό ή στη/στο νοσηλεύτρια (-τή), όπως πόνος, κάψιμο ή πρήξιμο στο σημείο της φλεβοκεντήσεως.

- Ο γιατρός ή η η/ο νοσηλεύτρια (-τής) πρέπει να διακόψει τη θεραπεία, εάν υποψιαστεί έγχυση έξω από τη φλέβα. Αυτό θα γίνει αντιληπτό:
 - α. Εάν δημιουργηθεί πρήξιμο στο σημείο της φλεβοκεντήσεως.
 - β. Εάν ο ασθενής παραπονεθεί για αίσθηση καψίματος γύρω από τη φλέβα.
 - γ. Όταν έλκοντας το έμβολο της σύριγγας το αίμα έρχεται μέσα στη σύριγγα.

Όταν υπάρχει υποψία εγχύσεως φαρμάκου έξω από τη φλέβα πρέπει:

- Να βγει αμέσως η βελόνα.
- Να σκεπαστεί με παγάκια η περιοχή.
- Να απλωθεί σε όλη την περιοχή κρέμα Hydrocortizone 1%. Να συνεχιστεί να τοποθετείται κρέμα 2 φορές την ημέρα, μέχρι να υποχωρήσει ο ερεθισμός.
- Συνιστάται προσοχή στη χρήση διττανθρακικού νατρίου (Sodium Bicarbonate), γιατί μπορεί να προκληθεί νέκρωση ιστών.

20.12. ΜΕΤΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Στη δεύτερη φάση της προετοιμασίας υπάγονται και τα μέτρα ασφαλείας υπάγονται και τα μέτρα ασφαλείας που πρέπει να λαμβάνει το υγειονομικό προσωπικό που χειρίζεται τα κυτταροστατικά φάρμακα, για να απαλλαγεί από τις μεταλλαξιογόνες και καρκινογόνες επιδράσεις που ασκούν πάνω του. Στις περιπτώσεις που τα κυτταροστατικά φάρμακα προετοιμάζονται στα νοσοκομεία, στους ορόφους ή στα εξωτερικά ιατρεία, θα πρέπει να υπάρχει διαφανές διάφραγμα μεταξύ εργαζομένων και χώρου προετοιμασίας τους. Ο ιδεώδης τρόπος θα είναι αυτά τα φάρμακα να ετοιμάζονται σε ειδικό χώρο με απαγωγό εστία με νηματική ροή αέρος, και α-

κόμα η διαδικασία αυτή να γίνεται σε ειδικό χώρο που το προσωπικό χειρίζεται μόνο χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Η προετοιμασία χημειοθεραπευτικών φαρμάκων με hood ακολουθεί τα εξής υποχρεωτικά στάδια.

Κατά τη διάλυση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων στους ορόφους ή τα εξωτερικά ιατρεία, και ειδικά για φάρμακα που πρέπει να χορηγούνται αμέσως μετά τη διάλυσή τους, απαιτούνται τα εξής εφόδια για το προσωπικό, ώστε να αποφεύγονται τα ατυχήματα:

- Πλαστική ποδιά ή φόρμα με μακριά μανίκια που να κλείνουν καλά. (Το ίδιο και κατά την έγχυση του φαρμάκου στη φλέβα).
- Μάσκα προσώπου καλής ποιότητας (ειδικά όταν διαλύονται φάρμακα υπό μορφή σκόνης).
- Προστατευτικά γυαλιά (σε ειδικές περιπτώσεις).
- Γάντια καλής ποιότητας (και να αλλάζονται κατά την έγχυση του φαρμάκου στη φλέβα).
- Ρολό απορροφητικού χαρτιού (για τα χέρια και τον πάγκο).
- Νερό.
- Διάλυμα φυσιολογικού ορού (Sodium Chloride 0,9%) για ξέπλυμα ματιών.
- Μεταλλικό δοχείο με καλό πώμα για τις βελόνες και τα αιχμηρά αντικείμενα.
- Πλαστική σακούλα για τα άχρηστα.
- Τα χέρια πρέπει να πλένονται καλά πριν φορεθούν τα γάντια, καθώς και μετά την αφαίρεση των γαντιών²⁸.
- Η πρόληψη της διασποράς σταγονιδίων φαρμάκου κατά τη διάλυσή του μπορεί να προληφθεί ή περιορισθεί με: Την κάλυψη της βελόνας αμέσως την αφαίρεσή της από το φιαλίδιο με αποστειρωμένη γάζα. Τη χρησιμοποίηση ειδικής συσκευής εξαερισμού που εφαρμόζει στη σύριγγα (όταν υπάρχει). Τη χρησιμοποίηση φιαλιδίων με

έτοιμο διάλυμα προς χρήση όπως π.χ. το Platinol. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγεται η διασπορά φαρμάκου στον αέρα, γίνονται λιγότεροι χειρισμοί, χρησιμοποιείται λιγότερο υλικό και προλαμβάνεται το ενδεχόμενο να γίνει λάθος στη χρήση του διαλύτη²⁶.

- Σε περίπτωση οποιασδήποτε μόλυνσεως του δέρματος, πρέπει να πλένεται καλά η περιοχή με σαπούνι και νερό και να σκουπίζεται καλά με απορροφητικό χαρτί. Σε περίπτωση μόλυνσεως των ματιών, ξέπλυμα με φυσιολογικό ορό και αμέσως στον οφθαλμίατρο.
- Να αναφερθεί στην προϊσταμένη του τμήματος οποιοδήποτε ατύχημα κι εκείνη να το αναφέρει στο τμήμα Εργατικών Ατυχημάτων του ασφαλιστικού φορέα του εργαζομένου.

Όταν τελειώσει η διαδικασία της διαλύσεως των φαρμάκων, όλα τα μολυσμένα υλικά, όπως μπλούζες, γάντια, κενά φιαλίδια φαρμάκων, μισοχρησιμοποιημένα φάρμακα κ.λπ. πρέπει να μαζεύονται σε δοχεία ή πλαστικές σακούλες που να δένονται καλά και να τοποθετείται επάνω κόκκινη ετικέτα με την επιγραφή «Επικίνδυνα Υλικά». Επίσης, το δοχείο με τις βελόνες πρέπει να ασφαρίζεται καλά. Το παραπάνω υλικό απομακρύνεται σύμφωνα με το σύστημα του νοσοκομείου ως μολυσμένο υλικό για κατάστροφή. Συνήθως πηγαίνει σε αποτεφρωτικό κλίβανο.

Προκειμένου να γίνει μια θεραπεία (σχήμα στέλνονται οι ιατρικές οδηγίες από το νοσηλευτικό τμήμα (υπογεγραμμένες από το θεράποντα γιατρό) στο φαρμακείο. Όταν γίνουν οι διαλύσεις των φαρμάκων και ετοιμαστεί το σχήμα, επιστρέφεται στο τμήμα συσκευασμένο, με γραμμένα τα στοιχεία του αρρώστου, το είδος και τη δόση του φαρμάκου από το φαρμακοποιό.

Τέλος, ανακεφαλαιώνοντας τα μέτρα προφύλαξης υγειονομικού προσωπικού αναφέρουμε τις συστάσεις της Αμερικανικής Επιτροπής μελέτης κυτταροστατικών φαρμάκων:

- Να φοριούνται χειρουργικά γάντια και ποδιά (όταν γίνεται η διάλυση σε απαγωγό εστία), γάντια - μάσκα - ποδιά - γυαλιά, σε ορισμένα φάρμακα (εκτός απαγωγού εστίας), διπλά τα ζεύγη γαντιών και να αλλάζονται κάθε 30 min.
- Να στρώνεται ο πάγκος με απορροφητικό χαρτί, όταν τελειώσει η διαδικασία της διαλύσεως των φαρμάκων, και να καθαρίζεται με οινόπνευμα 70%.
- Να πετιούνται τα άχρηστα υλικά σε ειδικό δοχείο με την επιγραφή «Επικίνδυνα Υλικά», να πηγαίνουν στα τοξικά υλικά του νοσοκομείου και να καίγονται σε 800°C - 1000°C (κλιβάνους).
- Κατά τη διάλυση των φαρμάκων (εκτός hood), βγάζοντας τον αέρα από τη σύριγγα, να τοποθετείται μπροστά στη βελόνα γάζα εμποτισμένη με οινόπνευμα για να μη διασκορπίζονται τα σωματίδια των φαρμάκων στην ατμόσφαιρα.
- Προσθέτοντας διαλυτικό μέσα σε ένα φιαλίδιο, μπορεί να παρουσιαστεί δυσκολία και να εκτιναχθεί το φάρμακο προς τα έξω. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να προσέξει όποιος ασχολείται με τη διάλυση να δημιουργηθεί ίση πίεση έξω και μέσα στο φιαλίδιο.
- Το προσωπικό που ασχολείται με τη χημειοθεραπεία να κάνει συχνά εξετάσεις αίματος και να είναι καλά πεπειραμένο και εκπαιδευμένο.
- Ο πιο κατάλληλος χώρος για τη διάλυση των κυτταροστατικών φαρμάκων είναι το φαρμακείο (με απαγωγό), όπως έχει πλέον καθιερωθεί σε διεθνή κλίμακα²⁸.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 21ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

21.1. ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Όταν ένα ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στον οργανισμό για θεραπευτικό σκοπό η δόση του είναι της τάξης των millicuries και γι' αυτό δεν είναι ακίνδυνο. Εφόσον όμως εφαρμοστούν τα μέτρα προστασίας γίνεται ακίνδυνο.

Το ποσό της ραδιενέργειας που παίρνει η νοσοκόμος κατά τη διάρκεια παροχής νοσηλευτικής φροντίδας στον άρρωστο εξαρτάται από τρεις παράγοντες.:

1. Την απόσταση από τη ραδιενεργό πηγή με το τετράγωνο της οποίας η ένταση μεταβάλλεται αντιστρόφως ανάλογα.
2. Το χρόνο παραμονής κοντά στον άρρωστο με τον οποίο η ένταση έχει σχέση ανάλογη.
3. Τη θωράκιση που εξαρτάται από το είδος της ακτινοβολίας που εκπέμπει το ραδιοϊσότοπο.

Το τι μέτρα, γενικά, θα παρθούν εξαρτάται από:

1. Το είδος του ραδιοϊσοτόπου.
2. Τον τρόπο εφαρμογής του.

Κάθε ραδιοϊσότοπο εκπέμπει ορισμένο είδος και ποσό ακτινοβολίας και έχει δικό του χρόνο υποδιπλασιασμού.

Στην εξωτερική εφαρμογή και στην εμφύτευση στερεάς μορφής ραδιοϊσοτόπου, που είναι κλεισμένο σε προστατευτική θήκη, το ραδιοϊσότοπο μένει σε ορισμένο σημείο, δεν μολύνει τα απεκκρίματα του αρρώστου. Όμως, ο άρρωστος είναι πηγή ραδιενέργειας και, επομένως, όταν φροντίζεται πρέπει να τηρείται η αρχή της μεγάλης απόστασης από αυτόν και του

μικρού χρόνου παραμονής κοντά σε αυτόν. Ένας άλλος κίνδυνος των δύο αυτών τρόπων εφαρμογής των ραδιοϊσοτόπων είναι η εκτόπισή τους από το σημείο εμφύτευσης ή εφαρμογής και η μόλυνση του περιβάλλοντος με ραδιενέργεια.

Στην περίπτωση έγχυσης κολλοειδούς διαλύματος ραδιοϊσοτόπου μέσα στο νεοπλασματικό ιστό και πάλι θα πρέπει να τηρούνται οι αρχές απόστασης, χρόνου. Τα απεκκρίματα του αρρώστου είναι πολύ λίγο ή καθόλου μολυσμένα, αφού το διάλυμα είναι κολλοειδές.

Στην ενδοκοιλιακή εφαρμογή που γίνεται μετά παρακέντηση πρέπει να παίρνονται μέτρα ώστε:

1. Να αποφεύγεται η διαρροή του διαλύματος από το σημείο εισαγωγής.
2. Να αποφεύγεται η μόλυνση από τυχόν μολυσμένα πύελα (όταν υπάρχει επικοινωνία ανάμεσα στην υπεζωκοτική κοιλότητα και το βρογχικό δένδρο).

Στις πιο πάνω περιπτώσεις η ελάττωση της έντασης της ακτινοβολίας που εκπέμπουν τα ραδιοϊσότοπα είναι συνάρτηση του φυσικού τους μόνο χρόνου υποδιπλασιασμού.

Στην εσωτερική χορήγηση ραδιοϊσοτόπου - που το ισότοπο δεν είναι θωρακισμένο, μπαίνει μέσα στην κυκλοφορία και αποβάλλεται από ορισμένα απεκκρίματα - οι κίνδυνοι για τη νοσοκόμο είναι περισσότεροι. Τα προστατευτικά μέτρα είναι:

1. Τήρηση αρχών απόστασης, χρόνου με βάση τα διεθνή στάνταρντ.
2. Αν τις πρώτες ώρες μετά τη λήψη από το στόμα του ραδιοϊσοτόπου ο άρρωστος κάνει έμετο, προσεκτικός καθαρισμός κάθε χώρας που μολύνθηκε.
3. Φύλαξη των απεκκριμάτων με τα οποία αποβάλλεται το ραδιοϊσότοπο ώσπου να γίνουν ακίνδυνα για το περιβάλλον.

Στην περίπτωση της εσωτερικής χορήγησης η ελάττωση έντασης της εκπεμπόμενης ακτινοβολίας είναι συνάρτηση τόσο του φυσικού όσο και του βιολογικού χρόνου υποδιπλασιασμού του ραδιοϊσοτόπου.

Το προσωπικό που δίνει φροντίδα σε αρρώστους που κάνουν ακτινοθεραπεία με ραδιενεργά ισότοπα πρέπει να φέρει δοσίμετρο (όργανο που μετρά τη δόση έκθεσης στην ακτινοβολία)²⁷.

21.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ - ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια θα έλθει σε επαφή με τον άρρωστο της. Από τη στιγμή αυτή, η νοσηλεύτρια με την ευσυνείδητη αγάπη της, το ενδιαφέρον της, την κατανόηση της θέσεως του αρρώστου και τις γνώσεις της θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στον άρρωστο ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας 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 (ακτίνες Χ - Τηλεακτινοθεραπεία) γίνονται οι πιο κάτω εφαρμογές.

Η/ο νοσηλεύτρια (-τής):

- Ενημερώνεται 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

(θεραπευτικός ή ανακουφιστικός), (4) τον αριθμό των συνεδριών που ήδη έχει κάνει και προγραμματίζεται να κάνει.

- Αξιολογεί τι και πώς αντιλαμβάνεται ο άρρωστος το είδος αυτό της θεραπείας και ανάλογα τον ενημερώνει σε συνεργασία με το γιατρό.
- Προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί τον άρρωστο για ναυτία και εμέτους ή άλλη αντίδραση, ώστε να τη διαγνώσει έγκαιρα και είναι έτοιμη/-ος να τον βοηθήσει κατάλληλα.
- Χορηγεί στον άρρωστο αναλγητικά πριν την θεραπεία, αν χρειάζεται, επειδή θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητος στην ίδια θέση για λίγα λεπτά, και τον προστατεύει από ψύξη, επειδή η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι συνήθως χαμηλή για την προστασία των μηχανημάτων.

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 θα πρέπει να κάνει μετά το διάστημα της θεραπείας;
- Θα είναι μόνος τους κατά τη διάρκεια της θεραπείας;
- Αν δεν αισθάνομαι καλά κατά το διάστημα της θεραπείας και έχω ανάγκη από βοήθεια τι θα κάνω;
- Θα εκπέμπω ακτινοβολία μετά τη θεραπεία; Αν ναι, θα πρέπει να 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,
- πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι. Την ώρα που σκουπίζεται το δέρμα, αποφεύγεται η τριβή,
- δεν βάζει αλοιφές, πούδρες, λοσιόν, εκτός και υπάρχει ιατρική εντολή,
- τόσο κατά τη θεραπεία, όσο και μετά απ' αυτή πρέπει να διατηρείται χωρίς την την επίδραση θερμότητας (να μη ζεσταίνεται πολύ),
- προστατεύεται από τον ήλιο ή το κρύο (αέρας κ.ά.),
- αποτριχώνεται (ξυρίζεται) μόνο με ηλεκτρική μηχανή. Αν υπάρχει τοπική ερυθρότητα αποφεύγεται η αποτρίχωση με οποιοδήποτε μέσο,
- δεν έρχεται σε επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή ή ερεθισμό.

2. Το διαιτολόγιό του (φαγητό) πρέπει να είναι ελαφρό, να περιέχει τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες.

3. Μετά από κάθε συνεδρία ακτινοθεραπείας (ακτινοβολία) που κάνει δεν αποτελεί πηγή ακτινοβολίας, είναι ακίνδυνος και επιστρέφει στο θάλαμό του.

Το τμήμα ακτινοθεραπείας βρίσκεται σε υπόγειους ορόφους, με ειδικές κτιριακές εγκαταστάσεις όπως τοίχοι από παχύ στρώμα τσιμέντου, επενδυμένο όταν χρειάζεται με μόλυβδο καθώς και οι πόρτες.

Η προετοιμασία του ασθενούς για την εσωτερική εφαρμογή της ακτινοθεραπείας έχει σχέση με τον τρόπο χορηγήσεώς της. Όταν το ραδιοϊσότοπο (θωρακισμένο σε βελόνες, κόκκους ή σύρμα) πρόκειται να εμφυτευθεί

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

Πάντοτε όμως ο άρρωστος ενημερώνεται για το είδος και το σκοπό της θεραπείας, το χώρο της εφαρμογής και τον τόπο της μετέπειτα νοσηλείας του.

Μετά την εφαρμογή ή χορήγηση του ραδιοϊσοτόπου ο άρρωστος έχει ανάγκη από ειδική φροντίδα.

Από τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό, (εσωτερική εφαρμογή ή εξωτερική τοποθέτηση σε επιφάνεια σώματος), ο άρρωστος απομονώνεται, επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή, που εκπέμπει ακτινοβολία μέχρι να εξαντληθεί (με τον υποδιπλασιασμό μηδενιστεί η ραδιενεργός δράση του) ή αφαιρεθεί.

Σημεία που θα βοηθήσουν τη νοσηλεύτρια στην προσφορά ακίνδυνης για τον εαυτό της και τους άλλους νοσηλευτικής φροντίδας στον άρρωστο που του έχει εφαρμοστεί θωρακισμένο ή μη θωρακισμένο ραδιοϊσότοπο είναι τα εξής:

- Ενημερώνεται από το φάκελο για (1) το είδος του ραδιοϊσοτόπου που θα χρησιμοποιηθεί, (2) τον τύπο της πηγής (θωρακισμένη ή μη θωρακισμένη), (3) τον τρόπο χορηγήσεως (από το στόμα, ενδοφλέβια, ενδοκοιλιακά ενδοϊστικά), (4) την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία, (5) το σημείο εφαρμογής (σε θωρακισμένη πηγή) και (6) τον αριθμό των ημερών που ο άρρωστος πρέπει να απομονωθεί.
- Γνωρίζει πως σε περίπτωση εφαρμογής θωρακισμένου ραδιοϊσοτόπου, το ραδιοϊσότοπο δεν κυκλοφορεί στο σώμα του αρρώστου και, επομένως, δεν μολύνει τα ούρα, το αίμα, τους εμέτους

- ή τον ιδρώτα και έτσι δε λαμβάνει κανένα μέτρο προστασίας στο χειρισμό τους.
- Η μόλυνση από θωρακισμένη πηγή προκαλείται από την άμεση επαφή με την πηγή και από την ακτινοβολία που εκπέμπει ο ιστός που ακτινοβολείται.
 - Γνωρίζει το χρόνο υποδιπλασιασμού, το είδος της ακτινοβολίας που εκπέμπει (γ ή β ακτίνες) και όταν πρόκειται για μη θωρακισμένη πηγή τον τρόπο μεταβολισμού και απεκκρίσεως του ραδιοϊσοτόπου που χρησιμοποιείται.
 - Ενημερώνεται για τους κανονισμούς του νοσοκομείου σχετικά με τα μέτρα ασφαλείας που εφαρμόζονται όταν χρησιμοποιείται ραδιενέργεια, τις οδηγίες σχετικά με το συγκεκριμένο ραδιοϊσότοπο και με ποιον θα έλθει σε επαφή σε περίπτωση μόλυνσεως χώρου, αντικειμένων κ.λπ.
 - Νοσηλεύεται ο άρρωστος σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο με τηλέφωνο, σύστημα επικοινωνίας με τη στάση (nursing station) των νοσηλευτών, παράθυρο παρακολουθήσεως του αρρώστου, ραδιόφωνο και τηλεόραση. Οι τοίχοι, η οροφή, η πόρτα και το δάπεδο του δωματίου δεν επιτρέπουν τη μόλυνση του περιβάλλοντος. Ενημερώνεται ο άρρωστος πως το μέτρο αυτό είναι παροδικό, γιατί εφαρμόζεται και πως με το τηλέφωνο και την τηλεόραση θα μειωθεί το αίσθημα της απομονώσεως.
 - Νοσηλεύει τον άρρωστο με μπλούζα και γάντια, τα οποία βάζει σε δοχεία από μολύβι, πριν φύγει από το θάλαμο.
 - Ενημερώνει τους συγγενείς και γνωστούς του αρρώστου για τον τρόπο επικοινωνίας με τον άρρωστο (μέσω του παράθυρου παρακολουθήσεως του αρρώστου), εξηγεί το σκοπό του μέτρου

αυτού και τους παροτρύνει να επικοινωνούν τηλεφωνικά μαζί του ώστε να περιορισθεί το αίσθημα της μοναξιάς.

- Στην πόρτα του δωματίου, στο φάκελο και το kardex του αρρώστου τοποθετείται το σύμβολο της ραδιενεργού ακτινοβολίας.
- Κατά την προσφορά νοσηλείας στον άρρωστο η/ο νοσηλεύτρια (-τής) γνωρίζει και λαμβάνει τα προστατευτικά μέτρα απόσταση και χρόνος για τον εαυτό της/του χωρίς όμως να εγκαταλείπεται ο άρρωστος.
- Όλοι που εργάζονται σε χώρο που υπάρχει ακτινοβολία φορούν μετρητή εκθέσεως σε ακτινοβολία που ελέγχεται περιοδικά από ειδικούς. Όταν ο μετρητής δείξει πως το άτομο που τον χρησιμοποιεί πήρε περισσότερη από την ανεκτή ποσότητα ακτινοβολίας, απομακρύνεται περιοδικά από το χώρο της ακτινοβολίας.
- Σε περίπτωση μόλυνσεως του περιβάλλοντος από ακτινοβολία, που η πηγή της βρίσκεται στον άρρωστο, ειδοποιείται αμέσως η αρμόδια υπηρεσία του ιδρύματος (τμήμα ραδιοϊσοτόπων) για να ενεργήσει ανάλογα.
- Αν θωρακισμένη πηγή ραδιοϊσοτόπου έφυγε από τη θέση που φυτεύθηκε ή τοποθετήθηκε και βρίσκεται στο κρεβάτι του αρρώστου ή το δάπεδο, πιάνεται με μακριές ειδικές λαβίδες και τοποθετείται στη θήκη της.
- Ποτέ μην πιάνετε ραδιενεργό πηγή με γυμνά χέρια.
- Πριν πεταχθεί επιδεσμικό υλικό που καλύπτει τραύμα μέσω του οποίου έγινε εμφύτευση θωρακισμένης πηγής ραδιενέργειας ελέγχεται το υλικό για εκτόπιση της πηγής. Αν στο επιδεσμικό υλικό υπάρχει η πηγή, ο χειρισμός της γίνεται όπως αναφέρεται πιο πάνω.

- Αν υπάρχει υπόνοια μόλυνσεως του περιβάλλοντος από ακτινοβολία, εντοπίζεται η μόλυνση με ειδικά όργανα από την αρμόδια υπηρεσία, η οποία πρέπει να ενημερώνεται αμέσως¹².

21.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κατά την ακτινοθεραπεία, οι περισσότερες επιπλοκές που μπορεί να προβληματίσουν τον άρρωστο είναι ίδιες με αυτές της χημειοθεραπείας, όπως ναυτία, ανορεξία, ξηρότητα στόματος, αναιμία, λευκοπενία, θρομβοπενία. Η νοσηλευτική τους αντιμετώπιση έχει αναπτυχθεί, γι' αυτό δεν επαναλαμβάνεται. Θα πρέπει να τονισθεί ότι τα παραπάνω προβλήματα-επιπλοκές έχουν περιορισθεί χάρις στη βελτίωση των μεθόδων ακτινοθεραπείας.

Εκτός από τα παραπάνω προβλήματα στην ακτινοθεραπεία, είναι δυνατόν κατά την εφαρμογή της τηλεθεραπείας να προκληθεί ακτινοδερματίτιδα και στη βραχυθεραπεία υπάρχει ο κίνδυνος της μόλυνσης του περιβάλλοντος.

Γενικά για όλες τις μεθόδους εφαρμογής της ακτινοθεραπείας η καλή προετοιμασία του αρρώστου από το νοσηλευτή παίζει σημαντικότερο ρόλο. Αυτή περιλαμβάνει:

- Ενημέρωση του αρρώστου για ό,τι πρόκειται να του γίνει, σκοπό θεραπείας, σημείο και μέθοδο εφαρμογής, αριθμό συνεδριών που θα γίνουν, κ.ά. Ακόμα πιθανά προβλήματα που μπορεί να προκύψουν, λήψη προληπτικών μέτρων και τρόπο αντιμετώπισης.
- Ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου, απαντήσεις στα ερωτήματα και τις απορίες του με κατανόηση και υπομονή.

- Διδασκαλία για το τι θα πρέπει ο ίδιος να κάνει κατά και μετά τη θεραπεία ανάλογα με τη μέθοδο εφαρμογής.

Νοσηλευτικά προβλήματα - Φροντίδα αρρώστου

1. Ακτινοδερματίτιδα από την τοπική επίδραση της ακτινοβολίας, η οποία μπορεί να είναι διαφόρου βαθμού: (α) Ερυθηματώδης μετά 1-3 εβδομάδες από την έναρξη της θεραπείας και υποχωρεί, (β) Φυσαλιδώδης μετά 1-2 εβδομάδες με επώδυνο ερυθρότητα δέρματος και οίδημα, που μπορεί να αποκατασταθεί και (γ) Εσχαροποιητική, σχεδόν αμέσως μετά την έκθεση του αρρώστου στην ακτινοβολία με επώδυνο ερυθρότητα, οίδημα, σχηματισμό φυσαλίδων που σπάζουν και δημιουργούν εξελκώσεις.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση. Συχνός έλεγχος της περιοχής που ακτινοβολείται για ερυθρότητα, ξηρότητα ή απολέπιση. Εφαρμογή κρέμας με ιατρική οδηγία. Φροντίδα δέρματος με χλιαρό νερό και ήπιους χειρισμούς, ελαφρό σκούπισμα. Σύσταση στον άρρωστο να αποφεύγει την έκθεση στον ήλιο, την υψηλή θερμοκρασία, το πολύ ψύχος, τραυματισμούς, στενά ενδύματα, αποσμητικά, καλλυντικά, φάρμακα και ξύρισμα της περιοχής, διότι ερεθίζουν και επιδεινώνουν την τοπική βλάβη και προδιαθέτουν για μολύνσεις. Διαιτολόγιο πλούσιο σε λευκώματα και βιταμίνες. Συχνός αιματολογικός έλεγχος. Προσοχή να μην αφαιρεθεί το ειδικό σημάδι από το σημείο ακτινοβολίας που καθορίζει την περιοχή.

2. Πιθανή ραδιενεργός μόλυνση του περιβάλλοντος από τον άρρωστο, ο οποίος μετά την εφαρμογή του ραδιοϊσοτόπου είναι πηγή εκπέμπουσα ακτινοβολία.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση. Καλή προετοιμασία του αρρώστου για καλύτερη αποδοχή της θεραπείας και της συνεργασίας. Απομόνωση σε ειδικά θωρακισμένο και εξοπλισμένο θάλαμο ή μοναχικό δωμάτιο. Φροντίδα να λειτουργεί το τηλέφωνο οπτικοακουστική για συχνή επικοινωνία με

το νοσηλευτικό προσωπικό και το περιβάλλον του. Ενημέρωση των συγγενών για το σκοπό της απομόνωσης και τον τρόπο επικοινωνίας με τον άρρωστο. Τοποθέτηση στην πόρτα του θαλάμου του συμβόλου της ακτινοβολίας. Τήρηση των αρχών της ακτινοπροστασίας κατά τη νοσηλεία χωρίς να εγκαταλείπεται ο άρρωστος. Εφαρμογή των ειδικών οδηγιών για το χειρισμό των μολυσμένων απεκκριμάτων. Χρήση γαντιών, μπλούζας, όταν ενδείκνυται. Σε περίπτωση εκτόπισης του ραδιοϊσοτόπου προσοχή να μην πεταχθεί. Άμεση ενημέρωση του τμήματος ραδιοϊσοτόπων για την ταχεία απομάκρυνσή του από ειδικούς. Οι νοσηλευτές κατά τη νοσηλεία απαραίτητα φέρουν δοσίμετρο για τη μέτρηση της ακτινοβολίας που παίρνουν¹⁹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 22ο

22.1. Η ΑΛΗΘΕΙΑ ΣΤΗΝ ΑΡΡΩΣΤΗ ΑΠΟ ΤΗ ΣΚΟΠΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ

Στο μακράϊωνο διάβα της ιστορίας της, μιας ατέρμονης πορείας ηρωισμού και αυταπάρνησης, η Νοσηλευτική ξεκινώντας από τη φροντίδα της μάνας στην πρωτόγονη σπηλιά εισήλθε στα Ασκληπιεία, πέρασε στην Αίγυπτο, στην Ινδία, στη Βαβυλώνα, έφθασε σε έξαρση αγάπης στους Βυζαντινούς χρόνους με την επίδραση του Χριστιανισμού για να παρακμάσει στο μεσαίωνα και να αναγεννηθεί τον 19ο αιώνα, από την δυναμική προσωπικότητα της Βρετανής νοσηλεύτριας. Καθώς περνούσε την εξέλιξή της από τέχνη σε επιστήμη και επάγγελμα ένωθε να τη δονούν τα μεγάλα προβλήματα της ύπαρξης: η ζωή και ο θάνατος. Ανάμεσά τους στεκόταν εκείνος που έπρεπε να υπηρετήσει: ο άρρωστος. Έτσι καταλαβαίνουμε πως δεν είναι απλά ένα επάγγελμα, ένας τρόπος να διοχετεύσουμε την δραστηριότητά μας. Είναι ένας μακροχρόνιος αγώνας. Ο νοσηλευτής καλείται να αναμετρηθεί με τον αντίπαλο «πόνος» πάνω στο πεδίο «άνθρωπος»³⁰.

Ειδικά στο μεγάλο πεδίο που λέγεται καρκίνος και καρκινοπαθής, ο νοσηλευτής καλείται με όλα τα εφόδια της προσωπικότητάς του και τις συσσωρευμένες γνώσεις από την μακροχρόνια μελέτη και εκπαιδευτική διαδικασία, να τα εφαρμόσει με τρόπο ανθρώπινο που πολλές φορές ξεφεύγει από τους κανόνες της Νοσηλευτικής Δεοντολογίας.

Η προσφορά αυτή λοιπόν είναι τεράστια, αν σκεφτεί κανείς πως πραγματικοί αρωγοί στο τιτάνιο έργο των γιατρών που ασχολούνται με τον

καρκινοπαθή είναι οι νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, τεχνικοί και άλλοι ειδικοί των παραϊατρικών επαγγελμάτων.

Αυτό το ρόλο και την προσφορά αυτών των ανθρώπων που φροντίζουν τους καρκινοπαθείς καλούμαστε να δείξουμε στις σελίδες που ακολουθούν.

Η νοσηλευτική ασκείται από τη χαραυγή της ιστορίας. Άλλα επαγγέλματα έχουν περάσει από διάφορες φάσεις και εκλείπουν. Οι νοσηλευτές βρίσκονται στο πλευρό της ανθρωπότητας από τότε που έχουμε γλώσσα και κοινωνία και θα συνεχίσουν να βρίσκονται εκεί όσο αρρωσταίνουν οι άνθρωποι¹⁴.

Οι αλματώδεις επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις που χαρακτηρίζουν την εποχή μας, έκαναν πιο έντονο τον ηθικό προβληματισμό στο χώρο της νοσηλευτικής.

Η εμπειρία της αρρώστιας έχει πολλές εναλλαγές. Στον ατέλειωτο δρόμο της μοναξιάς, της πάλης με το θάνατο που ειδοποιεί πως έρχεται, η ζωή παίρνει νόημα μόνο μέσα από αυθεντικές σχέσεις. Μια τέτοια σχέση βασίζεται πάνω στην αλήθεια. Σ' αυτή την αλήθεια ο άρρωστος έχει δικαίωμα.

Η ενημέρωση είναι αναγνωρισμένο δικαίωμα του αρρώστου στο χώρο της υγείας. Το 1973 η Αμερικανική Νοσοκομειακή Ένωση δημοσίευσε τον «Κώδικα Δικαιωμάτων του Αρρώστου» και ήδη στο δεύτερο άρθρο του Κώδικα τίθεται το δικαίωμα ενημέρωσης του αρρώστου. Συγκεκριμένα το κείμενο αναφέρει: «ο άρρωστος έχει δικαίωμα να λαμβάνει από τους υπευθύνους πλήρεις και ακριβείς πληροφορίες που αφορούν τη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόγνωση με όρους που αποδεδειγμένα μπορεί να κατανόησει».

Ο τρόπος που ο άρρωστος δέχεται την πληροφορία ότι έχει καρκίνο εξαρτάται από την ψυχосύνθεση, το χαρακτήρα του, από τη φιλοσοφία του για τη ζωή και το θάνατο.

Ακόμα όλες οι λέξεις δεν έχουν το ίδιο νόημα για κάθε άτομο. Οι εντυπώσεις, οι γνώσεις, οι παραστάσεις, οι ψυχολογικές και άλλες εμπειρίες του αρρώστου γύρω από τη λέξη «καρκίνος» θα ρυθμίσουν τη συμπεριφορά μας απέναντι στο αγωνιώδες ερώτημα «πρέπει ο ασθενής να γνωρίζει τη διάγνωση της αρρώστιας;».

Η απόκρυψη της συγκεκριμένης διάγνωσης ποτέ δεν μπορεί να είναι εξασφαλισμένη. Ο άρρωστος πολλές φορές πληροφορείται την αρρώστια του από άλλους αρρώστους, επισκέπτες και όχι σπάνια άτεχνα από το νοσηλεύτη του. Αυτό αποτελεί τραυματική εμπειρία.

Εφόσον ο άρρωστος αγνοεί την αρρώστια, φυσικό είναι να μην ακολουθεί τη θεραπεία, που πολλές φορές δεν έχει λογική σύνδεση με τη διάγνωση της καθώς και τις περιοδικές ιατρικές εξετάσεις του.

Δύο παράγοντες κυρίως είναι αποφασιστικοί στο αν ο άρρωστος θα πληροφορηθεί ότι πάσχει από καρκίνο:

Πρώτος: Η ψυχική δύναμη και ψυχραιμία που διαθέτει ο άρρωστος. Για να αποφασιστεί αν θα του λεχθεί η διάγνωση, ο νοσηλευτής πρέπει να εκτιμήσει την στάση του απέναντι στην αρρώστια, τι περιμένει από την ιατρική περίθαλψη, το φόβο για τον καρκίνο και το θάνατο.

Δεύτερος: Τα αισθήματα του νοσηλευτή απέναντι στην αρρώστια, που κάθε στιγμή πρέπει να εκτιμώνται. Τα συναισθήματά μας και ιδιαίτερα σε καταστάσεις άγχους και απώθησης είναι μεταδοτικά. Επιτακτική λοιπόν είναι η ανάγκη το προσωπικό που έχει αναλάβει τη φροντίδα του καρκινοπαθή να αποφεύγει συμπεριφορά που να κρύβει φόβο, τρόμο, απελπισία, λύπη.

Για να γίνει η επαφή του νοσηλευτικού προσωπικού με τον άρρωστο θεραπευτικά πρέπει να γνωρίζουμε τον άρρωστο (μόρφωσή του, αντίληψη, ωριμότητα προσωπικότητάς του, το στάδιο της αρρώστιας, την ανάγκη συνεργασίας στη θεραπεία του, το θρήσκευμά του, τις ανάγκες του), την οικογένειά του (σχέσεις μελών, οικονομική, κοινωνική θέση) και τον εαυτό μας (συναισθήματά μας απέναντι στην αρρώστια και το θάνατο, φιλοσοφική διάθεση, την εμπιστοσύνη που τρέφει ο άρρωστος για μας).

Αφού λοιπόν επιτακτική είναι η ανάγκη σωστής πληροφόρησης σχετικά με τη διάγνωση του καρκίνου - αυτό δείχνουν και οι πρόσφατες έρευνες - αυτή πρέπει να γίνει με τον καταλληλότερο για κάθε άρρωστο τρόπο, σταδιακά και με άνεση χρόνου, και να παρακολουθείται η επίπτωση της ενημέρωσης στον άρρωστο.

Τις πληροφορίες πρέπει να κατευθύνουν η συμπόνοια, η στοργή, η επαγρύπνηση, ο ανθρωπισμός, η επίγνωση της σοβαρής και ιδιόρρυθμης θέσης που βρίσκεται ο άρρωστος, η σύνεση, προσοχή, η ανοχή και ιδιαίτερα η περιποίηση με στοργή¹².

Οι απαντήσεις της νοσηλεύτριας/-τή στις ερωτήσεις των αρρώστων και οι πληροφορίες που δίνει πρέπει πάντα να συμβαδίζουν με το πνεύμα του γιατρού.

Οι άρρωστοι συνήθως είναι μέλη οικογένειας. Γι' αυτό μια διάγνωση καρκίνου, έστω και με καλή πρόγνωση, συνήθως απειλεί την οικογένεια. Η επικοινωνία της νοσηλεύτριας/-τή με τους συγγενείς του αρρώστου είναι απαραίτητη, επειδή χρειάζονται ενίσχυση. Οι συγγενείς έχουν ανάγκη να γνωρίζουν ότι οι άρρωστοί τους βρίσκονται σε έμπειρα χέρια. Η νοσηλεύτρια πρέπει να αποτελεί το συνδετικό κρίκο οικογένειας και αρρώστου, και να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συμπεριλαμβάνουν τον άρρωστο στα προβλήματα και στα σχέδια της οικογένειας με τη συμμετοχή του σ' αυτά, όσο είναι δυνατό.

Οι άρρωστοι με καρκίνο δεν χρειάζονται όλοι την ίδια ποσότητα πληροφοριών, όμως υπάρχει μια ποσότητα που τη χρειάζονται όλοι και αρκετά συχνά ο νοσηλευτής δεν είναι σε θέση να τη δώσει, μη μπορώντας να αφιερώσει τον ανάλογο χρόνο που χρειάζεται.

Σήμερα ο χρόνος δεν είναι χρήμα στα ελληνικά νοσοκομεία αλλά πολυτέλεια. Η έλλειψη προσωπικού καθώς επίσης και η δύναμη των ασθενών δεν επιτρέπουν στο νοσηλευτή να επικοινωνήσει ουσιαστικά με τον ασθενή και την οικογένειά του.

22.2. ΥΠΟΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΕΡΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Αφήνεται ο ασθενής να εκφράσει πρώτος εκείνος τις απορίες του και τους φόβους του, την αγωνία του και την επιθυμία του για πληροφόρηση. Ο νοσηλευτής (-τρια) σχηματίζει μια προσωπική εκτίμηση για την προσωπικότητα του αρρώστου. Διαπιστώνει τις δυνατότητές του και βοηθιέται να ξεπεράσει τις αδυναμίες του. Ενθαρρύνεται να εξωτερικεύσει τους φόβους και τις ανησυχίες του για τη νόσο και το θάνατο. Αποδοχή, σεβασμός, θερμό ενδιαφέρον, ετοιμότητα για παροχή βοήθειας είναι στοιχεία που πρέπει ο νοσηλευτής (-τρια) να έχει. Πρέπει να απομυθοποιεί τα ιατρικά θέματα, αποφεύγοντας την ιατρική ορολογία, χρησιμοποιώντας απλά λόγια και σαφείς έννοιες, να ακούει τον ασθενή και να χρησιμοποιεί παρόμοιες λέξεις³¹. Ακούει τις ερωτήσεις του ασθενή, τις αγωνίες του, τις ανησυχίες του. Δίνει συνέχεια μηνύματα ότι τον ακούει και τον καταλαβαίνει.

Τέλος ο νοσηλευτής (-τρια) προετοιμάζει τον καρκινοπαθή τελικού σταδίου για τη μετάβαση από την παρούσα στη μέλλουσα ζωή, προσφέροντας και δημιουργώντας ατμόσφαιρα γαλήνης και παρηγοριάς. Τέτοια ατμόσφαιρα βοηθά στην μείωση της ψυχικής έντασης, αγωνίας και άγχους, που δοκιμάζουν οι καρκινοπαθείς που βρίσκονται μπροστά στο θάνατο¹².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 23ο

23.1. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ

Τίποτε δε μπορεί να υπονομεύσει περισσότερο τη θέληση για ζωή και τη μαχητικότητα όσο τα αρνητικά συναισθήματα, που συχνά οφείλονται στη διάγνωση του καρκίνου, όπως ο θυμός, ο φόβος, η απώλεια της αυτοεκτίμησης και τα αισθήματα απομόνωσης. Αν δεν αντιμετωπιστούν αυτά τα συναισθήματα θα δημιουργήσουν την αίσθηση της πλήρους αδυναμίας και θα οδηγήσουν στην παραίτηση από τη ζωή μέσα από την αποδοχή της ματαιότητας των πάντων.

23.1α. Αντιμετώπιση του Θυμού

Κάθε άτομο αντιδρά στη διάγνωση του καρκίνου ανάλογα με την προσωπικότητά του και την ικανότητά του να προσαρμόζεται στις δυσχέρειες της ζωής. Αν κάποιος θεωρεί κάθε αντιξοότητα ως ένα επιπλέον πρόβλημα που οφείλει να το αντιμετωπίσει με αποφασιστικότητα ή απλώς ως μια ατυχία από την οποία πρέπει να κρατήσει μόνο τα καλά της σημεία, τότε η φυσιολογική θετική στάση θα τον βοηθήσει να ξεπεράσει τον αρχικό κλονισμό της διάγνωσης και τις δυσκολίες που θα ακολουθήσουν. Αν όμως το άτομο συνηθίζει να αντιδρά στις αναποδιές της ζωής με την ερώτηση «γιατί εγώ;» μπορεί να σπαταλήσει το μεγαλύτερο μέρος της ψυχικής του δύναμης θυμώνοντας εναντίον της νόσου, των «θεών» ή των ανθρώπων που του προξένησαν αυτή τη συμφορά¹⁶. Ο θυμός είναι φυσιολογική αντίδραση. Στην πραγματικότητα αν ο ασθενής δεν νιώσει θυμό και δε βρει διέξοδο να τον εκφράσει, κινδυνεύει να βυθιστεί σε μακρά περίοδο κατάθλιψης¹². Αν ο θυμός δεν αντιμετωπιστεί, καταστρέφει την ψυχική δύναμη που θα μπορούσε να διοχετευτεί στη συμφιλίωση με την ασθένεια και στην α-

πόφαση του ασθενούς να ζήσει μια όσο το δυνατόν γόνιμη και αποδοτική ζωή. Είναι απόλυτη ανάγκη να εξωτερικευτεί ο θυμός. Ο ασθενής πρέπει να μιλήσει, να φωνάξει, ακόμη και να σπάσει ό,τι βρει μπροστά του. Γενικά, οφείλει να κάνει οτιδήποτε θα τον βοηθήσει να ξεσπάσει. Στη συνέχεια, ας προσπαθήσει να διοχετεύσει την ενέργεια αυτή με θετικό τρόπο στη σωστή κατεύθυνση. Ας δηλώσει σε όλους πως δεν προτίθεται να αποχωρήσει από τη ζωή και ας ενεργοποιήσει το θυμό του παλεύοντας να διατηρηθεί στη ζωή.

23.1β. Συμφιλίωση με το Φόβο και το Άγχος

Οι περισσότεροι μόλις ακούσουν τη λέξη καρκίνος σκέφτονται αυτόματα τλαιπωρίες, μακροχρόνια αναπηρία ή τη φράση «δεν γίνεται τίποτε». Σε γενικές γραμμές σύμφωνα με τον ορισμό της Π.Ο.Υ., το άγχος είναι «ιδιότυπο βίωμα μεγάλης εσωτερικής δυσφορίας που προκαλείται από μια αόριστη εσωτερική απειλή, που, καθώς δεν έχει συγκεκριμένο αντικείμενο, δεν μπορεί αποφευχθεί από το άτομο, το οποίο και εξουθενώνεται». Αντίστοιχα το συγγενές συναίσθημα του φόβου είναι: «οξεία αυθόρμητη συναισθηματική αντίδραση, απόλυτα φυσιολογική, απέναντι σε κάποιο εξωτερικό και συγκεκριμένο κίνδυνο, που θέτει σε κατάσταση συναγερμού τον οργανισμό, ο οποίος μπορεί να τον αντιμετωπίσει με πάλη ή φυγή». Το άγχος δεν αποτελεί οπωσδήποτε παθολογική κατάσταση. Είναι ουσιώδες διεγερτικό στοιχείο (αυτής της ίδιας) της ζωής, αλλά και της κοινωνικής ζωής, μέχρι ένα σημείο, χρήσιμο στοιχείο για τη διαμόρφωση της προσωπικότητας²². Μικρής έντασης άγχος εξουδετερώνει τη ραθυμία και βοηθά το άτομο να κάνει αναπροσαρμογές ή αντικαταστάσεις παλιών τρόπων συμπεριφοράς με νέους, ωριμότερους και καταλληλότερους για τις παρούσες περιστάσεις. Η περίσσεια όμως του άγχους, αποτελεί νοσηρή εκδήλωση,

που χαρακτηρίζει διαταραχή της προσαρμοστικής ικανότητας του ανθρώπου.

Το άγχος και ο φόβος στην περίπτωση των καρκινοπαθών πηγάζουν από την άγνοια, την ελλιπή πληροφόρηση ή την υπερδιόγκωση των πληροφοριών σχετικά με τις επιπλοκές της ίδιας της νόσου αλλά και των εφαρμογών της θεραπείας. Κανείς καρκινοπαθής έχει την πείρα ή τη γνώση να αντιμετωπίζει τα γεγονότα που συχνά τον φοβίζουν και τα οποία είναι δυνατόν να εκδηλωθούν μέρα με τη μέρα, εβδομάδα με την εβδομάδα ή μήνα με το μήνα. Ο φόβος γίνεται ένας αδυσώπητος δυνάστης αν αφεθεί να κυριαρχήσει στη ζωή του ασθενούς. Κατά την άσκηση της σύγχρονης ιατρικής έχει καταγραφεί το φαινόμενο οι ασθενείς που εκλαμβάνουν τη διάγνωση του καρκίνου ως θανατική καταδίκη, να πεθαίνουν πολύ πιο σύντομα, πολύ πριν η νόσος προχωρήσει και επιφέρει αυτή το θάνατο.

Η γνώση και η κατανόηση είναι τα μόνα όπλα που θα ελευθερώσουν τον ασθενή από κάθε παράλογο φόβο. Αν θέλει να πληροφορηθεί την αλήθεια θα πρέπει να μιλήσει με τον ογκολόγο του ή κάποιο μέλος της ιατρικής του ομάδας. Δε θα πρέπει να δίνει βάση στα λεγόμενα φίλων, συγγενών και γνωστών ή να θεωρεί τα γραφόμενα στον ανεύθυνο τύπο ως «ευαγγέλιο».

Οι φόβοι μπορούν να επιλυθούν αν αντιληφθεί πλήρως τα προβλήματα που αντιμετωπίζει, αν κατανοήσει τις θεραπευτικές αγωγές και τις μεθόδους υποστήριξης που προσφέρονται και αν έχει μια λογική και ρεαλιστική εκτίμηση της αναμενόμενης δυσφορίας και των ενοχλήσεων.

23.1γ. Αντιμετώπιση της Απώλειας της Ανεξαρτησίας και του Ελέγχου

Η συνέπεια αυτή είναι αναπόφευκτη για κάθε καρκινοπαθή. Στην αρχή εξαρτάται από το ιατρικό σύστημα και στη διάρκεια της νοσηλείας του άλλα

άτομα θα του καθορίζουν πότε πρέπει να φάει, να κοιμηθεί, να πλυθεί, να περπατήσει, ακόμη και να πάει στην τουαλέτα. Ίσως επίσης αρχίσει να αισθάνεται «άχρηστος» ή να νιώσει ενοχές επειδή γίνεται βάρος στα αγαπητά του πρόσωπα. Ο αυτοσεβασμός του όμως θα ενισχυθεί αν αναλάβει πρωτοβουλίες και ευθύνες σε τομείς που μπορεί να τους χειριστεί:

- Να αναλάβει εργασίες που αφορούν την προσωπική του περίθαλψη και φροντίδα.
- Να τηρεί με μεθοδικότητα και ακρίβεια τις σωστές αναλογίες της διατροφής του και να ασκείται εφόσον του επιτρέπεται.
- Να τηρεί σχολαστικά το ιστορικό προόδου του που θα τον βοηθήσει να αποκτήσει ένα αίσθημα πληρότητας και ικανοποίησης.
- Να επιλέξει προσεκτικά κάποιες μικροδουλειές στο σπίτι, να ασχοληθεί για παράδειγμα με τα λουλούδια ή τα μικρά ζώα ή να βρει κάποια άλλη διέξοδο που θα τονώσει τις δυνάμεις και το ηθικό του.

23.1δ. Αποφυγή της Απομόνωσης

Όλες οι σοβαρές ασθένειες όπως και ο καρκίνος οδηγούν στην απομόνωση που αισθάνεται ο άνθρωπος όταν αναλογίζεται το θάνατο. Μερικοί στρέφονται τόσο πολύ στον εαυτό τους ώστε χάνουν την επαφή με τη ζωή και τους ανθρώπους.

Η απομόνωση και η μοναξιά συχνά επιβάλλονται. Αν η σκέψη του ασθενούς επικεντρώνεται στη θλίψη ή στην αυτοεγκατάλειψη ή έχει δεχτεί τη διάγνωση του καρκίνου ως θανατική καταδίκη, ενδεχομένως κόβει τους δεσμούς του με τον κόσμο και ζει σαν να βρίσκεται ήδη ανάμεσα στους νεκρούς. Αν συμβεί κάτι τέτοιο και βρεθεί απομονωμένος, δίχως τους παλιούς του φίλους, πρέπει να δημιουργήσει νέους δεσμούς, νέες γέφυρες με τους ανθρώπους, και να επιδοθεί σε δραστηριότητες που θα του ανανεώσουν το κέφι και τη θέληση να ζήσει¹⁶.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 24ο

24.1. ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ

Η ανακουφιστική φροντίδα είναι η ενεργός, ολοκληρωμένη φροντίδα ασθενών των οποίων η ασθένεια δεν ανταποκρίνεται στην θεραπευτική αγωγή. Ο έλεγχος του πόνου, των άλλων συμπτωμάτων και των ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων αποτελεί μια από τις σημαντικότερες διαστάσεις της. Στόχος της είναι η επίτευξη της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής για τους ασθενείς και τις ασθένειές τους.

Η ανακουφιστική φροντίδα παρέχεται στο νοσοκομείο, στο σπίτι και στους ξενώνες τελικής νοσηλείας. Απαιτεί προσέγγιση του ασθενούς από ομάδα η οποία αποτελείται από νοσηλεύτη, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, ογκολόγο, αναισθησιολόγο, ακτινοθεραπευτή και εθελοντές και στην οποία ηγείται εκείνος που μπορεί να αντιμετωπίσει καλύτερα τα ιδιαίτερα προβλήματα του συγκεκριμένου ασθενούς.

Ο μέγιστος ρόλος του νοσηλεύτη στην ανακουφιστική φροντίδα είναι η υπεύθυνη παροχή πληροφοριών, η καθοδήγηση και εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους, καθώς και η εξασφάλιση της φροντίδας από το νοσοκομείο στο σπίτι και στον ξενώνα τελικής νοσηλείας.

Φροντίδα στο οργανικό-βιολογικό επίπεδο. Η ανακούφιση του πόνου αποτελεί την κυριότερη παράμετρο προκειμένου να εξασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής για τον ασθενή. Η ολοκληρωμένη προσέγγιση του ασθενή με πόνο περιλαμβάνει την εκτίμηση του πόνου, τη θεραπευτική αγωγή και συνεχή φροντίδα. Ο νοσηλεύτης περισσότερο από οποιονδήποτε άλλον επαγγελματία υγείας έχει τη δυνατότητα να συμβάλλει ουσιαστικά στην ανακούφιση του πόνου ακολουθώντας μια στρατηγική συ-

νεχούς παρακολούθησης της έντασης του πόνου και της αποτελεσματικότητας της φαρμακευτικής αγωγής. Πρέπει να έχει τη δυνατότητα να ρυθμίζει τις δοσολογίες των αναλγητικών μέσα σε προδιαγεγραμμένα όρια, ώστε η φαρμακευτική αντιμετώπισή του να ανταποκρίνεται στις εκάστοτε ανάγκες του ασθενούς, όταν αυτές εκδηλώνονται σε ώρες ή σε χώρους, που δεν είναι εφικτή η τροποποίησή της από ολόκληρη την επιστημονική ομάδα. Αρμοδιότητα του νοσηλευτή είναι αφενός η χορήγηση της αναλγητικής αγωγής στο σωστό χρόνο, στη σωστή δόση και από τη σωστή οδό και αφετέρου η παρακολούθηση της ανταπόκρισής του σε αυτήν.

Στις ανάγκες που αναφέρονται στο οργανικό επίπεδο περιλαμβάνεται η αϋπνία, το άγχος, η κατάθλιψη, η ανησυχία τελικού σταδίου, η ανορεξία, η δύσπνοια, η διάρροια, η δυσκοιλιότητα, ο βήχας και η δυσφαγία. Η συνεχής παρακολούθηση του αρρώστου θα βοηθήσει το νοσηλευτή να καταγράψει το αίτιο που προκαλεί τα παραπάνω συνοδά συμπτώματα και να τον ανακουφίσει εξαλείφοντάς τα ή χορηγώντας τη σωστή φαρμακευτική αγωγή³².

Φροντίδα στο ψυχολογικό επίπεδο. Ο ασθενής που διάγει το τελευταίο στάδιο της εξέλιξης της ζωής βιώνει έντονα συναισθήματα ψυχικού πόνου, άγχους και φόβου μοναδικής έντασης και υφής, όσο μοναδικός είναι και ο ίδιος σαν προσωπικότητα.

Φοβάται για την περίοδο που οδηγεί στο θάνατο που μπορεί να συνοδεύεται από απώλεια της αξιοπρέπειας, από εξάρτηση, πόνο, εγκατάλειψη, απόρριψη, μοναξιά, αποχωρισμό από αγαπημένα πρόσωπα³³.

Ο νοσηλευτής μπορεί ν' ανακουφίσει τον ασθενή ακούγοντάς τον, ενθαρρύνοντας την έκφραση των οδυνηρών συναισθημάτων του και αναγνωρίζοντας τους φόβους του σαν αληθινούς και βάσιμους.

Η παρεχόμενη φροντίδα είναι σημαντικό να ανταποκρίνεται στις βασικές ανάγκες του ασθενούς για ασφάλεια, αυτονομία, αυτοέλεγχο, έτσι ώστε

να διατηρήσει μια θετική εικόνα για τον εαυτό του και την αξιοπρέπειά του. Η αίσθηση ασφάλειας καλλιεργείται με την αδειάλειπτη παρουσία του νοσηλευτή, το ουσιαστικό του ενδιαφέρον και την εξατομικευμένη φροντίδα που παρέχει τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του. Η καλλιέργεια της αυτονομίας και του αυτοελέγχου επιτυγχάνεται με την ενημέρωση, την προετοιμασία για ενδεχόμενες σωματικές αλλαγές, την προώθηση της αυτοφροντίδας στο μέτρο που είναι εφικτή, την ενασχόλησή του με πράγματα που τον ενδιαφέρουν, καθώς και τη δυνατότητα να αποφασίζει για θέματα που αφορούν τη φροντίδα που δέχεται, αλλά και τις συνθήκες μέσα στις οποίες επιθυμεί να ζήσει τις τελευταίες μέρες της ζωής του.

Η ανακουφιστική φροντίδα έχει την αφετηρία της στη φιλοσοφία των ξενώνων τελικής νοσηλείας. Ο ξενώνας δεν αντιπροσωπεύει μια συγκεκριμένη μορφή οργάνωσης, αλλά μια φιλοσοφία φροντίδας. Είναι ένας κοινωνικός μηχανισμός που προσδοκά την παροχή ολιστικής φροντίδας των ασθενών που πεθαίνουν και των οικογενειών τους.

Ο πρώτος ξενώνας τελικής νοσηλείας το Saint Christopher Hospice ιδρύθηκε το 1967 στο Λονδίνο από τη νοσηλεύτρια και ιατρό Cicely Saunders. Αυτός ο ξενώνας λειτούργησε σαν πρότυπο και σήμερα έχουν ιδρυθεί παρόμοιοι ξενώνες σε πολλές χώρες του κόσμου. Ο ρόλος του νοσηλευτή στον ξενώνα τελικής νοσηλείας είναι καίριος.

Στη χώρα μας δεν λειτουργούν ακόμη ξενώνες τελικής νοσηλείας. Αναμένεται να λειτουργήσουν σύντομα δύο ξενώνες που κατασκευάζει η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, ο ένας στην Αθήνα και ο άλλος στη Θεσσαλονίκη.

Στην ελληνική πραγματικότητα η ανακουφιστική φροντίδα παρέχεται πλημμελώς τις περισσότερες φορές στα γενικά ή ογκολογικά νοσοκομεία. Ανακουφιστική φροντίδα στο σπίτι παρέχεται μόνο από τις υπηρεσίες της κατ' οίκον νοσηλείας του νοσοκομείου των Αγίων Αναργύρων και του Με-

ταξά που καλύπτουν όμως περιορισμένες ανάγκες ασθενών με καρκίνο και μόνο στην Αττική.

Ο νοσηλευτής κατέχει στρατηγικής σημασίας θέση:

- όταν ενσωματώνει στο έργο του και στην ύπαρξή του τη φιλοσοφία της ανακουφιστικής φροντίδας.
- όταν επιβεβαιώνει τη ζωή και θεωρεί το θάνατο ως φυσιολογική εξέλιξη.
- όταν ανακουφίζει τα φαινόμενα αγωνίας και τον πόνο.
- όταν ολοκληρώνει την ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική πλευρά της φροντίδας του ασθενούς.
- όταν προσφέρει σύστημα υποστήριξης, ώστε οι ασθενείς να ζουν όσο το δυνατόν πιο ενεργά και δραστήρια μπορούν.
- όταν προσφέρει υποστήριξη στην οικογένεια του ασθενούς, ώστε να αντιμετωπίζει την απώλεια του αγαπημένου της προσώπου όσο το δυνατόν πιο ανώδυνα³².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 25ο

25.1. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Η κατ' οίκον νοσηλεία έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερα στο χώρο της υγείας τα τελευταία χρόνια. Η αναγκαιότητα της κατ' οίκον νοσηλείας και η θετική συμβολή αυτού του τύπου νοσηλείας για τον ασθενή και την οικογένειά του, αποτελεί μια αναμφισβήτητη πραγματικότητα.

Σκοπός της κατ' οίκον νοσηλείας είναι η παροχή συνεχιζόμενης εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας στους καρκινοπαθείς προχωρημένου ή τελικού σταδίου μέσα στο οικογενειακό τους περιβάλλον, με στόχο τον περιορισμό και την ανακούφιση των συμπτωμάτων τους²⁴.

Σήμερα η κατ' οίκον νοσηλεία για καρκινοπαθείς βρίσκεται σε μια φάση αναθεώρησης. Σκοπός της αναθεώρησης αυτής είναι να αναπτυχθεί κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να επιτραπεί μια ασφαλής και αποτελεσματική εφαρμογή της υψηλής τεχνολογίας και των παραδοσιακών υπηρεσιών υγείας στο σπίτι³⁴.

25.2. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

- α. Απαραίτητη είναι η συγκατάθεση του ασθενούς και η συνεργασία του.
- β. Να μην έχει την ανάγκη συνεχούς νοσοκομειακής φροντίδας.
- γ. Παρουσία οικογενειακού περιβάλλοντος, γιατί συμβάλλει ενεργά στη δημιουργία κλίματος ασφάλειας.
- δ. Ασφαλιστική κάλυψη και στοιχειώδη οικονομική δυνατότητα.
- ε. Δυνατότητα άμεσης και ταχείας αντιμετώπισης των εκτάκτων αναγκών σε μονάδα βραχείας νοσηλείας²⁴.

25.3. ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΕΣ

Ο νοσηλευτής (-τρια) βοηθάει τον ασθενή, αλλά και την οικογένειά του, στην ομαλή μετάβασή τους στα στάδια της νόσου και θέτει διαφορετικούς νοσηλευτικούς στόχους, που εξαρτώνται κάθε φορά από το στάδιο της ασθένειας³⁵.

Στις νοσηλευτικές φροντίδες περιλαμβάνονται:

- α. Τακτική παρακολούθηση του ασθενή και εφαρμογή ιατρικών οδηγιών από μέρους του.
- β. Πραγματοποίηση των απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων.
- γ. Αλλαγές τραυμάτων, πρόληψη κατακλίσεων και φροντίδα τους αν υπάρχουν.
- δ. Αλλαγή ουροκαθετήρων.
- ε. Φροντίδα μόνιμων φλεβοκαθετήρων (Hickman - Intraport).
- ζ. Παρεντερική χορήγηση ορών και μεταγγίσεων.
- η. Εφαρμογή Χημειοθεραπείας. Η εφαρμογή της στο σπίτι πραγματοποιείται από νοσηλευτές (-τριες) εκπαιδευμένους και έμπειρους στη χορήγηση κυτταροστατικών φαρμάκων. Το κυτταροστατικό φάρμακο, που χορηγείται πιο συχνά είναι 5-φλοουρορακίλη (5-FL). Αλλά και τα δοξορουμπικίνη, βινμπλασίνη, μιτομυκίνη C και μπλεομυκίνη μπορούν να χορηγηθούν με ασφάλεια στο σπίτι³⁶.
- θ. Φροντίδα στομίων και εκπαίδευση του αρρώστου και της οικογένειάς του²⁴.
- ι. Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς του.

Η ακριβής εκτίμηση των προβλημάτων του ασθενή, που κάθε φορά προκύπτουν, η πλήρης τεκμηρίωσή τους σε συνδυασμό με τις γρήγορες αποφάσεις και νοσηλευτικές παρεμβάσεις και τέλος η συνεχής επικοινωνία με τον ασθενή και την οικογένειά του είναι στοιχεία που πρέπει να χαρακτηρίζουν τους νοσηλευτές³⁷.

Συνηθισμένο πρόβλημα των καρκινοπαθών που μπορεί να αντιμετωπίσει στο σπίτι είναι η μετάγγιση αίματος η οποία ωστόσο παραμένει αμφιλεγόμενη και αποτελεί θέμα μεγάλης συζήτησης. Τα κριτήρια για την μετάγγιση αίματος και παραγώγων στο σπίτι είναι τα παρακάτω και πρέπει να τηρούνται αυστηρά:

- Σταθερή καρδιοαναπνευστική κατάσταση του ασθενή.
- Να μην έχει εμφανίσει αλλεργική αντίδραση σε προηγούμενες μεταγγίσεις.
- Να είναι συνεργάσιμος και να είναι σε θέση να αντιληφθεί και να ειδοποιήσει έγκαιρα, σε περίπτωση εμφάνισης συμπτωμάτων μιας αλλεργικής αντίδρασης.
- Δυνατότητα άμεσης μεταφοράς του ασθενή σε οργανωμένο ιατρικό κέντρο.

Η μετάγγιση αίματος στο σπίτι, δε συστήνεται για εκείνους τους ασθενείς που χρειάζεται να μεταγγισθούν με περισσότερες από δύο μονάδες αίματος³⁵.

Ο πόνος στον καρκινοπαθή αποτελεί την πιο συχνή και επώδυνη εκδήλωση και αρκετές φορές μάλιστα μπορεί να αποτελεί και την πρώτη εκδήλωση της νόσου. Πολλοί άνθρωποι φοβούνται περισσότερο τον πόνο και τον θάνατο. Το σπίτι του ασθενή είναι ο πιο συνηθισμένος τόπος για τη συνεχιζόμενη αντιμετώπιση του πόνου. Η πιο συνηθισμένη οδός χορήγησης των αναλγητικών είναι *per os* (από το στόμα) ενώ από πλευράς φαρμακευτικής τα οπιοειδή είναι τα συνηθέστερα φάρμακα που χρησιμοποιούνται. Η αντιμετώπιση του πόνου στο σπίτι απαιτεί:

- α. Την κλινική εκτίμηση του αρρώστου και την αξιολόγηση του πόνου με ερωτηματολόγιο.
- β. Την εκπαίδευση του ασθενή και της οικογένειάς του στην κατανόηση του χρόνιου πόνου, στην τήρηση των ιατρικών οδηγιών για τη

σωστή λήψη των αναλγητικών φαρμάκων, καθώς και γνώση των ενδεχόμενων παρενεργειών τους.

- γ. Τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού σε θέματα πόνου.
- δ. Εντατική παρακολούθηση του ασθενή και αναπροσαρμογή των χορηγούμενων δόσεων όπου αυτό απαιτείται.
- ε. Ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη του ασθενή και της οικογένειάς του.

Το κλείσιμο του εικοστού αιώνα μας υπόσχεται μετάβαση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας από τα οργανωμένα ιατρικά κέντρα στο σπίτι του ασθενή. Και αυτό γιατί ένας μεγάλος αριθμός ασθενών μετά το τέλος της ενδεδειγμένης θεραπείας που εφαρμόζεται στο Νοσοκομείο επιθυμεί την επιστροφή του στο σπίτι. Αυτό συμβαίνει σε ένα μεγάλο βαθμό στην Ελλάδα, όπου ο θεσμός της οικογένειας είναι πολύ ισχυρός και κατά συνέπεια τα μέλη της οικογένειας μοιράζονται μαζί με τους επαγγελματίες υγείας την ευθύνη για την παροχή της απαιτούμενης φροντίδας.

Η παροχή όμως ποιότητας στην φροντίδα του ασθενή στο σπίτι εξαρτάται από τις συντονισμένες προσπάθειες όλων των μελών της ομάδας, που απαρτίζουν την υπηρεσία της κατ' οίκον νοσηλείας.

Γι' αυτό το λόγο έχι μεταβεί όχι μόνο στους νοσηλευτές, αλλά και σ' αυτούς που φροντίζουν τους ασθενείς με καρκίνο, σε όλα τα στάδια της νόσου, η πρόκληση να ανταπεξέλθουν στις αυξανόμενες και πολύπλοκες οργανικές, μορφωτικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους.

Τα καθήκοντα του νοσηλευτή (-τριας) στο σπίτι είναι βαριά γιατί δεν περιορίζονται μόνο στη νοσηλεία αλλά και στην ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ασθένειας. Βέβαια αυτό είναι το κατ' επιθυμία το οποίο απέχει από την πραγματικότητα, ωστόσο θα μπορούσε να αποτελέσει (ο διευρυ-

μένος ρόλος) ένα οδηγό σημείο προς το οποίο θα μπορούσε να κατευθύνει το νοσηλευτή (-τρια) στην προσπάθειά του/της να παρέχει καλή και ανθρώπινη ποιότητα ζωής στους ασθενείς που νοσηλεύει²⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 26ο

ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

26.1. ΟΜΑΔΕΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ

Ορισμένοι χρειάζονται ειδική βοήθεια για να αντιμετωπίσουν τον καρκίνο τους και οι γιατροί τους δεν μπορούν πάντοτε να τους την προσφέρουν. Οι γιατροί νοιάζονται για την καλή ψυχολογική και φυσική κατάσταση των ασθενών τους, ωστόσο ο χρόνος των ιατρικών επισκέψεων αναλώνεται στο πλαίσιο εξήγησης των τρόπων θεραπείας, επιπλοκών και ευεργετικών τους αποτελεσμάτων. Οι γιατροί αναγνωρίζουν την ανάγκη αντιμετώπισης των ψυχολογικών προβλημάτων τους και παραπέμπουν τους ασθενείς τους σε ομάδες συμπαράστασης των καρκινοπαθών και σε ειδικευμένους συμβούλους. Πολλά νοσοκομεία, ιδίως εκείνα που διαθέτουν ογκολογικά τμήματα, συγκροτούν ομάδες υποστήριξης που σκοπός τους είναι να συμπαρασταθούν στους ασθενείς και τους συγγενείς τους, σε εβδομαδιαίες συναντήσεις.

Αλλά όμως και εκτός νοσοκομείου υπάρχουν ομάδες υποστήριξης. Δυστυχώς όμως στη χώρα μας η συγκρότηση τέτοιων ομάδων είναι ανύπαρκτη. Σε χώρες του εξωτερικού ο τρόπος οργάνωσης των ομάδων υποστήριξης, η δομή τους και το αντικείμενο που καλύπτουν ποικίλουν. Όλες όμως έχουν ένα κοινό γνώρισμα: τη συγκέντρωση ανθρώπων με κοινές εμπειρίες. Έτσι στις ομάδες αυτές ο καθένας:

- Μπορεί να διηγηθεί την περίπτωση του, να μοιραστεί την εμπειρία του και την επίδραση του καρκίνου στη ζωή του.

- Μπορεί να ακούσει τις ιστορίες των άλλων, να τους συμπαρασταθεί και έτσι να μειωθεί η αίσθηση της απομόνωσης, φόβου και μοναξιάς.
- Μπορεί να ανταλλάξει πληροφορίες που θα τον βοηθήσουν να ανταπεξέλθει σε κάποια συγκεκριμένα προβλήματα.

Όμως δεν είναι όλοι οι ασθενείς κατάλληλοι για να συμμετάσχουν σε ομάδες υποστήριξης. Μερικοί προτιμούν να ξεπερνούν μόνοι τις δυσκολίες τους. Πολλοί πάντως ευγνωμονούν τις ομάδες υποστήριξης για τη βοήθεια και τη συμπαράστασή τους στην πορεία προς την αποκατάσταση.

26.2. ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

Πολλοί δεν συνειδητοποιούν ότι το αίσθημα αυτοσεβασμού και αυτοεκτίμησης εξαρτάται καίρια από την αίσθηση ότι είναι δραστήριοι, παραγωγικοί και ικανοί να φροντίζουν τον εαυτό τους και τους άλλους. Μόνο όταν ξαφνικά τους πλήττει η ασθένεια αντιλαμβάνονται πόσο σημαντικά είναι όλα αυτά. Οπωσδήποτε, η εργασία είναι απαραίτητη για οικονομικούς λόγους, είναι όμως εξίσου βασική και για ψυχολογικούς λόγους.

Αυτό ισχύει ιδίως για τους καρκινοπαθείς. Είναι σημαντικό για την ψυχική και πνευματική ηρεμία της καρκινοπαθούς να επιστρέψει στην ενεργό παραγωγική απασχόληση. Αυτό σημαίνει είτε επιστροφή στην προηγούμενη εργασία είτε εκμάθηση μιας νέας τέχνης, μελέτη ή απασχόληση με τις καθημερινές δουλειές του σπιτιού. Ασφαλώς όμως η επιστροφή στην εργασία ίσως δημιουργήσει προβλήματα. Μια πιθανή αναπηρία είναι δυνατόν να απομακρύνει την ασθενή από την προηγούμενη ενασχόλησή της ή ίσως αντιμετωπίσει δυσμενή διάκριση εκ μέρους των συναδέλφων της. Είναι δυνατόν να παραμένουν μακριά του είτε διότι έχουν παράλογες ιδέες και αντιλήψεις είτε λόγω αόριστης πληροφόρησης σχετικά με τη νόσο¹⁶. Το σπουδαιότερο είναι η καρκινοπαθής να διατηρήσει μια θετική στάση παρά

τις προκαταλήψεις. Οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι εργασιοθεραπευτές και επαγγελματικοί σύμβουλοι μπορούν να βοηθήσουν στην ομαλή επανένταξη του στο εργασιακό δυναμικό. Ειδική όμως νομοθεσία που να ευνοεί την επαγγελματική ένταξη και επανένταξη ασθενών με καρκίνο δεν υπάρχει. Η προαγωγή της επαγγελματικής ένταξης και επανένταξης των ατόμων με καρκίνο επιβάλλεται με βάση τις θεραπευτικές εξελίξεις στον τομέα του καρκίνου και τη σύγχρονη κοινωνική αντίληψη για την επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση ατόμων με προβλήματα υγείας³⁸.

26.3. Η ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑ

Η ψυχαγωγία είναι απαραίτητη για όλους και πολύ περισσότερο για τους καρκινοπαθείς. Με την απασχόλησή του σε κάποια ευχάριστη δραστηριότητα η ασθενής εκτονώνεται και χαλαρώνει. Επίσης αποκτά μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και ευεξία. Δεν πρέπει να σταματήσει τις κοινωνικές συναναστροφές ούτε να κλειστεί μέσα στο σπίτι.

Επίσης αν η ασθενής νιώσει πιο άνετα να ασχοληθεί μόνη της με κάποια ενδιαφέροντα μπορεί να αποταθεί για υποδείξεις και ιδέες στο νοσοκομείο ή στη βιβλιοθήκη της περιοχής του. Μπορεί να ασχοληθεί με πολλά παιχνίδια, χειροτεχνίες και άλλες δραστηριότητες, άσχετα με τους σωματικούς περιορισμούς και τις δυνάμεις της¹⁶.

Η ίδια η ασθενής θα επιλέξει την ψυχαγωγική δραστηριότητα της προτίμησής της. Πρέπει πάντως να διαλέξει κάτι ευχάριστο και απολαυστικό, ώστε να την αποσπά από τα προβλήματα της ασθένειάς της. Η ψυχαγωγία ανακουφίζει από το άγχος, ενισχύει τη θετική στάση απέναντι στη ζωή και αποτελεί σπουδαιότατο παράγοντα στην πορεία προς την ανάρρωση και την αποκατάσταση.

26.4. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Με τον όρο αποκατάσταση εννοούμε την επαναφορά του καρκινοπαθούς στην κατάσταση που σωματικά, ψυχικά και κοινωνικά ήταν πριν από την διάγνωση. Η εφαρμογή αποκατάστασης απαιτεί τη συνεργασία ενός πλήθους συντελεστών δείχνοντας από μια σκοπιά ότι ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας¹⁴.

Μεταξύ των συντελεστών αυτών περιλαμβάνονται ο ασθενής, οι γιατροί, η οικογένεια και διάφοροι λειτουργοί υγείας όπως νοσηλεύτριες, κοινωνικοί επιστήμονες, ψυχολόγοι, εργασιοθεραπευτές, φυσικοθεραπευτές κ.λ.π.

Η εφαρμογή προγραμμάτων αποκαταστάσεως αρχίζει ήδη από τη διάγνωση³⁹. Αυτό έχει την έννοια της σταδιοποιημένης και τεκμηριωμένης διάγνωσης, της ενημέρωσης του αρρώστου, της επιλογής σε συνενόηση μαζί του των καλύτερων θεραπευτικών μεθόδων. Στη συνέχεια έρχεται η άρση των συνεπειών της νόσου και της θεραπείας, ώστε η καρκινοπαθής σωματικά και ψυχικά ισορροπημένη να επανενταχθεί ισότιμα στο κοινωνικό σύνολο⁴⁰.

Οι αντιλήψεις της αποκατάστασης άρχισαν πρώτα στις πιο προηγμένες χώρες εδώ και 25 χρόνια. Τα τελευταία χρόνια η κατάσταση εξελίσσεται ακόμα πιο ευνοική γι' αυτές τις αντιλήψεις. Η Διεθνής Ένωση Κατά του Καρκίνου (UICC), λόγω χάρη, καταρτίζει ειδικά σχετικά προγράμματα, ενώ ειδικοί συγκροτούν ομάδες αποκατάστασης (Rehabilitation Teams) και ιδρύονται ειδικά τμήματα σε αντικαρκινικά κέντρα.

Τα προβλήματα που έχουν ανάγκη αποκατάστασης είναι προβλήματα από τη νόσο και προβλήματα από τη θεραπεία. Προβλήματα από τη νόσο γενικά είναι: υποθρεψία, άγχος, φόβος, πόνος, κοινωνικά, οικονομικά. Τα

τοπικά προβλήματα προκύπτουν από τις επεμβάσεις και τις άλλες μορφές θεραπείας.

Παρ' όλο που στην αρχή φαίνεται ότι οι διαδικασίες της αποκατάστασης θα συνεπάγονται μια σημαντική οικονομική επιβάρυνση, αυτό δεν αληθεύει παρά μόνο ίσως για μια βραχεία μεταβατική περίοδο. Τα αποκατεστημένα άτομα δεν θα εξαρτώνται από ιδρύματα και νοσοκομειακές νοσηλείες και δεν θα είναι «ανασφαλείς συνταξιούχοι», αλλά αντίθετα θα είναι πρόθυμοι να επανενταχθούν στην παραγωγική διαδικασία είτε με το προηγούμενο είτε με κάποιο νέο επάγγελμα. Σημαντικό επικουρικό ρόλο μπορεί να παίξουν στην προώθηση και την υλοποίηση των αντιλήψεων αυτών οι κοινωνικές αντικαρκινικές ενώσεις, οι οικογένειες των καρκινοπαθών, οι όμιλοι των ασθενών και πρόθυμοι εθελοντές⁴¹.

26.5. ΑΝΑΚΤΗΣΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

Ο καρκίνος επιδρά σε όλες τις εκδηλώσεις της ζωής. Δεν είναι περίεργο λοιπόν το ότι επηρεάζει τα σεξουαλικά αισθήματα και τον τρόπο έκφρασής τους. Όμως τόσο η καρκινοπαθής όσο και ο σύζυγός της ή συντροφός της παραμένουν σεξουαλικές οντότητες, διατηρούν δηλαδή τις ίδιες ανάγκες και επιθυμίες που είχαν πριν εμφανιστεί η νόσος.

Οι μεταβολές της σωματικής εικόνας, η μειωμένη ενεργητικότητα και η αγωνία της επιβίωσης, καθώς και το άγχος λόγω των οικογενειακών και οικονομικών δυσκολιών επηρεάζουν την έκφραση της σεξουαλικότητας και δημιουργούν προβλήματα στην ερωτική επιθυμία.

Είναι πιθανό η ασθενής να υποχρεωθεί να αναπροσαρμόσει τις κανονικές σεξουαλικές συνήθειές της και τα πρότυπά του και ίσως η αλλαγή αυτή να αποτελεί πρόκληση. Οι ομάδες συμπαράστασης μπορούν να προσφέρουν κατανόηση και ενθάρρυνση. Σημαντική θεωρείται και η ελεύθερη και άνετη επικοινωνία με το σύντροφο.

Η καρκινοπαθής πρέπει να έχει κατά νου:

- Ότι την αγαπούν γι' αυτό που είναι και όχι μόνο για την εμφάνισή της, ο σύντροφος, η οικογένεια και οι φίλοι της θα την αγαπούν και θα την εκτιμούν το ίδιο, εφόσον φυσικά και η ίδια το επιτρέπει.
- Ότι όλοι είναι σεξουαλικά όντα και ότι ο ερωτισμός αποτελεί κομμάτι του εαυτού μας.

Μερικές απλές συμβουλές είναι οι εξής παρακάτω:

- α. Δώστε χρονικά περιθώρια στον εαυτό σας.
- β. Διώξτε την ένταση κατά τη συνουσία.
- γ. Μη αφήσετε τη διάγνωση να καθορίσει την ερωτική σας έκφραση.
- δ. Προγραμματίστε το σεξ ανάλογα με τις μεταβολές της ενεργητικότητάς σας.

Είναι πιθανόν να μην πετύχουν όλα από την πρώτη στιγμή. Ίσως στην αρχή τίποτε να μην είναι ιδιαίτερα απολαυστικό. Πρέπει όμως η ασθενής να δείξει κουράγιο, εμπιστοσύνη και να ξαναδοκιμάσει¹⁶.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 27ο

27.1. Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Η νοσηλευτική σήμερα με την ολιστική θεώρηση του ανθρώπου σαν μια βιο-ψυχοκοινωνική οντότητα πιστεύει ότι οι καρκινοπαθείς δεν είναι απλώς άτομα που το σώμα τους πάσχει από μια μορφή καρκίνου, αλλά ότι είναι άνθρωποι με μυαλό και αισθήματα, με προσωπικότητα και αξίες, με ελπίδες και όνειρα, με κοινωνικότητα και αλληλεξάρτηση. Δεν είναι νησάκια σε ωκεανό αλλά μέλη οικογένειας αγαπητά, πλαισιωμένα από συγγενείς και φίλους⁴².

Το θεωρητικό πλαίσιο της ογκολογικής νοσηλευτικής καλύπτει την ενότητα:

- α) Της προαγωγής της υγείας, της πρόληψης και τον ρόλο του νοσηλευτή στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου. Την πρακτική εμπειρία της ενότητας αυτής προσφέρει/εξασφαλίζει η κλινική άσκηση των σπουδαστών στα εξωτερικά ιατρεία των αντικαρκινικών νοσοκομείων, όπου τους δίνεται η ευκαιρία για παροχή πληροφοριών, ενθάρρυνση των ατόμων «υψηλού κινδύνου» να υποβληθούν σε εξετάσεις, συναισθηματική στήριξη των ασθενών που περιμένουν τα αποτελέσματα ή υποβάλλονται σε εξετάσεις.
- β) Της θεραπευτικής αγωγής, της φροντίδας και αποκατάστασης και τον ρόλο του νοσηλευτή. Το ευρύ φάσμα των γνώσεων που απαιτείται και οι συνεχώς βελτιούμενες μέθοδοι θεραπείας καθιστούν επιτακτική την ανάγκη για ευκαιρίες κλινικής εξάσκησης στην περίθαλψη των ογκολογικών αρρώστων σε όλες τις φάσεις της ασθέ-

νειας, συμπεριλαμβανομένης της φάσεως του τελικού σταδίου και πάντα υπό επιτήρηση.

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ογκολογική Νοσηλευτική Εταιρεία που έχει ήδη ξεκινήσει την εκπαίδευση των νοσηλευτών πάνω στην φροντίδα των καρκινοπαθών, πρέπει να υπάρχει ισορροπία και άμεση σχέση μεταξύ θεωρίας και κλινικής άσκησης. Κατά την κλινική άσκηση υπάρχει καθοδήγηση, συντονισμός και παρακολούθηση των σπουδαστών από το εκπαιδευτικό προσωπικό κάθε σχολής. Έμφαση δίνεται στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και στην επικοινωνία του σπουδαστή με τον άρρωστο, την οικογένεια και τα άλλα άτομα της ομάδας υγείας.

Η προσπάθεια πρέπει να επικεντρωθεί στην επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών της Ογκολογικής Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης μέσα από την πράξη. Οι σπουδαστές μαθαίνουν σε ότι εξασκούνται ή βλέπουν στην πράξη και όχι μόνον ότι τους λέγεται στην αίθουσα διδασκαλίας. Είναι σαφές ότι τα πλαίσια στα οποία παρέχεται η Ογκολογική Νοσηλευτική Εκπαίδευση μπορεί να ποικίλουν ανάλογα με την εκπαιδευτική υποδομή του εκπαιδευτικού ιδρύματος και της νοσηλευτικής μονάδας που γίνεται η εκπαίδευση των σπουδαστών.

Αν λάβουμε ακόμα υπόψη μας τα μειονεκτήματα του εκπαιδευτικού μας συστήματος, τον αριθμό των αντικαρκινικών κέντρων στην Ελλάδα και την κατάσταση που επικρατεί στα νοσοκομεία της πατρίδας μας, κατανοούμε ότι δεν είναι δυνατόν από πρακτικής πλευράς να δοθεί κάποιο υπόδειγμα ή πρότυπο του ιδανικού εκπαιδευτικού περιβάλλοντος της Ογκολογικής Νοσηλευτικής.

Τα συμπεράσματα από το 4ο Μετεκπαιδευτικό Συνέδριο Ογκολογικής Νοσηλευτικής στο Ηράκλειο της Κρήτης το 1997 ήταν τα εξής:

- Η προετοιμασία των πτυχιούχων νοσηλευτών στην ογκολογική νοσηλευτική καθ' όλη τη διάρκεια του εκπαιδευτικού τους προγράμματος δεν είναι επαρκής.
- Είναι απαραίτητη η προετοιμασία κλινικών νοσηλευτών με παρακολούθηση εκπαιδευτικών κλινικών προγραμμάτων, όπως υποστήριξη του αρρώστου με καρκίνο, οργάνωση και λειτουργία μονάδων μεταμόσχευσης μυελού των οστών, φροντίδα των αρρώστων με στομίες, εφαρμογή μεθόδων αξιολόγησης του πόνου είναι σήμερα για τους νέους νοσηλευτές μια επαγγελματική πρόκληση.

Ο καρκίνος είναι ασθένεια για την αντιμετώπιση της οποίας πολλές προσπάθειες γίνονται σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Οι προσπάθειες αυτές καλύπτουν πολλές πλευρές μεταξύ των οποίων η έρευνα, η πρόληψη, η ανίχνευση, η θεραπεία και η υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους. Υπάρχει πλευρά, που για την υλοποίησή της, δεν είναι απαραίτητη και ζωτικής σημασίας η παρουσία του νοσηλευτή; Οι γνώσεις μας σχετικά με την ασθένεια και τον έλεγχό της βελτιώνονται συνεχώς, αλλά ο καρκίνος παραμένει μία από τις μεγαλύτερες αιτίες θανάτου στην σύγχρονη κοινωνία. Και οι νοσηλευτές στον τομέα της ογκολογίας έχουν μοναδικές ευκαιρίες για διαρκή βελτίωση και αύξηση των γνώσεών τους³¹.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΔΥΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ
ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΤΟ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η νοσηλευτική διεργασία περιλαμβάνει την εφαρμογή της επιστημονικής μεθόδου αξιολόγησης των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου και συστηματικού προγραμματισμού και διεκπεραίωσης της νοσηλευτικής φροντίδας.

Η αξιολόγηση των προβλημάτων - αναγκών θα γίνει αφού πρώτα έχουμε ενημερωθεί από πηγές πληροφοριών που είναι:

- 1) Από τον άρρωστο.
- 2) Από την οικογένειά του.
- 3) Από άτομα του περιβάλλοντός του.
- 4) Από ιατρικά δελτία.

Οι πληροφορίες συλλέγονται βαθμιαία. Επικοινωνώντας με τον άρρωστο, τον παρατηρεί και τον γνωρίζει καλύτερα. Η άμεση παρατήρηση και η ικανότητα ερμηνείας σημείων και συμπτωμάτων καθώς και κάθε παρεκκλίσεως από το φυσιολογικό είναι ουσιώδη μέσα για την αξιολόγηση της καταστάσεώς του και των αναγκών του.

Μέσα από το διάλογο και την νοσηλευτική ικανότητα ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων θα κάνουμε τον ασθενή συνεργάτη στον προγραμματισμό και στην ολοκλήρωση της νοσηλευτικής διεργασίας. Αυτή εξαρτάται από την κατάσταση της σωματικής και ψυχικής του υγείας. Το νοσηλευτικό προσωπικό και ο άρρωστος μαζί αναγνωρίζουν τις ανάγκες και τα προβλήματα καθώς και της οικογένειάς του για συμμετοχή στην αντιμετώπισή τους. Μ' αυτόν τον τρόπο ο ασθενής καταλαβαίνει καλύτερα την κατάστασή του και τις ανάγκες του που σ' έναν χολολιθιακό είναι αρκετές, ώστε να συμμετέχει ενεργητικά στη φροντίδα του.

Ακόμα μέσα από την αναγνώριση, κατανόηση και αντικειμενική εκτίμηση της καταστάσεώς του καλλιεργείται και αναπτύσσεται η ικανότητά του

για δυναμική συμμετοχή του ίδιου για αποκατάσταση της υγείας του. Μ' αυτόν τον τρόπο εκπληρώνονται και οι ψυχολογικές ανάγκες για την ολοκλήρωση της προσωπικότητάς του⁴³.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ 1ης ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Γενικά στοιχεία ασθενούς

Όνοματεπώνυμο:	Π. Μ.
Έτος Γέννησης:	1950
Τόπος Γέννησης:	Αθήνα
Τόπος Μόνιμης Κατοικίας:	Πάτρα
Οικογενειακή κατάσταση:	Έγγαμη και μητέρα 2 παιδιών (φυσιολογικοί τοκετοί)
Ημερομηνία Εισόδου:	29/4/99

Κληρονομικό Ιστορικό Ασθενούς

Η μητέρα της προ 5ετίας έκανε μαστεκτομή σε ηλικία 63 ετών.

Η ασθενής είχε εμμηναρχή στην ηλικία των 13 ετών. Είχε φυσιολογική έμμηνο ρύση 28 ημερών, ενώ τελευταία έμμηνο ρύση είχε πριν 1 χρόνο.

Δεν χρησιμοποίησε ποτέ αντισυλληπτικά, δεν είχε ποτέ άλγος κατά την επαφή, ενώ πριν από 2 χρόνια σε test Pap διεγνώσθη τραχηλίτιδα ό-που και αντιμετωπίστηκε με κατάλληλη θεραπευτική αγωγή από το γυναι-κολόγο της. Δεν έχει υποβληθεί σε άλλη γυναικολογική επέμβαση.

Το μαιευτικό της ιστορικό αναφέρει 2 φυσιολογικούς τοκετούς.

Η ασθενής αναφέρει την εμφάνιση κολπικής αιμόρροιας, λευκόρροιας από 7μήνου. Ο γυναικολόγος ιατρός της σύστησε εισαγωγή στο νοσοκο-μείο, ώστε να γίνει ο απαραίτητος εργαστηριακός έλεγχος. Στις 30/4/99, υπεβλήθη σε test Pap το οποίο ανέδειξε την ύπαρξη νεοπλασματος επιθη-

λιακής αρχής χαμηλής βαθμίδας διαφοροποίησης με μορφολογικούς χαρακτηριστές εστιακά συμβατούς με πλακώδες καρκίνωμα.

Στις 10/5/99 υπεβλήθη σε βιοψία τραχήλου που ανέδειξε τμήματα ινομυώδους υποστρώματος και τμήμα τοιχώματος τραχήλου, προερχόμενα από το όριο μετάπτωσης του εξωτραχήλου στον ενδοτράχηλο διαχύτως διηθημένα από καρκίνωμα από πλακώδες επιθήλιο μέσης διαφοροποίησης.

Κατά τη γυναικολογική εξέταση ο τράχηλος εμφανίζεται σκληρός, ενώ τμήμα του οπίσθιου κολπικού θόλου, ελαφρά διηθημένο. Το σώμα της μήτρας εμφανίζεται μεγαλύτερο του φυσιολογικού.

Στις 18/5 η αξονική τομογραφία (C.T.) ανέδειξε: διόγκωση και ανομοιογενή σύσταση του τραχήλου της μήτρας στο Δ.Ε. ημιμόριο του οποίου εμφανίζεται φυσαλίδα αέρος. Τα ευρήματα αυτά οφείλονται στην αναφερόμενη μιτωτική εξεργασία η οποία επεκτείνεται στο σώμα της μήτρας και στο πέριξ λίπος, όπου στενεύει τον αριστερό ουρητήρα και προκαλεί πυελοκαλυκική διάταση. Ο οπισθοπεριτοναϊκός χώρος είναι ελεύθερος.

Στις 25/5/99 η ορθοσκόπηση δεν παρουσίασε ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα, όπως και η ουρηθροκυστεοσκόπηση που πραγματοποιήθηκε στις 27/5/99.

Μετά την διαθερμία (IV.P.) στις 26/5/99, η θέση, το σχήμα, και το μέγεθος των νεφρών εμφανίζονται φυσιολογικά. Μετά την ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικού παρατηρήθηκαν τα εξής: Ο δεξιός νεφρός παρουσιάζει έγκαιρη απέκκριση σκιαγραφικού, ο δε αριστερός νεφρός παρουσιάζει διάταση του πυελοκαλυκικού συστήματος. Καθώς και του σύστοιχου ουρητήρα σε όλο το μήκος. Μικρό εντύπωμα αναγνωρίζεται στο αριστερό πλάγιο τοίχωμα της ουροδόχου κύστεως.

Σε διάστημα ενός μηνός από τις εξετάσεις, η ασθενής ξεκίνησε εξωτερική ακτινοθεραπεία και στη συνέχεια τοποθέτηση ραδιενεργού καισίου. Κα-

τά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας η ασθενής παρουσίασε έντονα τα προβλήματα της ναυτίας, εμέτων, διαρροιών, της ακτινοδερματίτιδας.

Ο αιματολογικός έλεγχος της ασθενούς έδειξε τα εξής αποτελέσματα:

HB: 9g / 100 ml αίματος

αιματοκρίτης (HCT): 28%

αιμοπετάλια: 80.000 / mm³.

<p>ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Πτώση ηθικού μετά την ενημέρωσή της για τη διάγνωση. - Πεισμιστική διάθεση απέναντι στη ζωή. 	<ul style="list-style-type: none"> - Αλλαγή στάσης της ασθενούς. - Ενθάρρυνση της ασθενούς, ώστε να υιοθετήσει αισιόδοξη στάση απέναντι στην ασθένειά της. 	<ul style="list-style-type: none"> - Διάλογος με την ασθενή. - Δημιουργία ζεστού, φιλικού και άνετου περιβάλλοντος, ώστε να εκφράσει η ασθενής τα αισθήματά της. 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε συζήτηση με την ασθενή για να εκφράσει τα αισθήματά της. 	<p>Η ασθενής φάνηκε περισσότερο ήρεμη και ψύχραιμη μετά το διάλογο. Εξωτερικεύσε τα αισθήματά της και ανέφερε ότι είχε μεγάλη ανάγκη αυτή τη συμπαράσταση και κατανόηση.</p>

<p>ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</p>
<p>- Έντονη ανησυχία και άγχος για τη φύση της ασθένειας και τους τρόπους Θεραπείας της.</p>	<p>- Μείωση της αγωνίας και των άλλων δυσάρεστων συναισθημάτων που νιώθει. - Ενημέρωση της ασθενούς για τη φύση της ασθένειάς της και τους τρόπους Θεραπείας.</p>	<p>- Επικοινωνία με την ασθενή και ενθάρρυνσή της να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες της. - Παροχή πληροφοριών για τη φύση της ασθένειας και τους τρόπους Θεραπείας.</p>	<p>- Πραγματοποιήθηκε η συζήτηση με την ασθενή και η ενημέρωσή της για τη φύση της νόσου.</p>	<p>- Εφρασαχασμός της ασθενούς. - Καλύτερη και πιο δυνατή στάση απέναντι στην ασθένειά της.</p>

<p>ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</p> <p>- Η ασθενής παρουσιάζει ναυτία και εμέτους (κατά τη διάρκεια και μετά την ακτινοθεραπεία).</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p> <p>- Καταστολή της ναυτίας και των εμέτων. - Διατήρηση της ισορροπίας του ισοζυγίου των υγρών. - Ηρεμία και χαλάρωση της ασθενούς.</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p> <p>- Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων μετά από ιατρική εντολή. - Πρόσθεση επιπλέον υγρών προς αποφυγή αφυδάτωσης και διατήρησης ισοζυγίου υγρών σε ισορροπία. - Φροντίδα της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς πριν και μετά από κάθε γεύμα. - Τοποθέτηση νεφροειδούς στο κομοδίνο ή σακκούλας στο κρεβάτι της ασθενούς.</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p> <p>- Χορηγήθηκε συστηματικά IV 1 amp Primpevan - Χορηγήθηκαν επιπλέον υγρά (5 lit N/S 0.9%). - Παρακολούθεται καθημερινά η κατάσταση της στοματικής κοιλότητας. - Τοποθέτηση νεφροειδούς στο κομοδίνο. - Διατήρηση καθαρών κλινοσκεπασμάτων. - Παρατηρήθηκαν τα εμέσματα τα οποία έχουν καφέ χρώμα.</p>	<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</p> <p>- Περιορίστηκαν οι έμετοι και η ναυτία. - Η ασθενής νιώθει καλύτερα. Δείχνει ήρεμη και χαλαρωμένη.</p>
--	--	--	---	--

ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
		<ul style="list-style-type: none"> - Τοποθέτηση της κεφαλής της ασθενούς προς τα πλάγια για την αποφυγή επανεισρόφησης των εμεσμάτων. - Διατήρηση καθαρών κλινοσκεπασμάτων. - Παροχή εμέτου. Ποσό - συχνότητα - χαρακτηριστικά. 		

ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Διάρροιες 	<ul style="list-style-type: none"> - Να περιποιστούν οι διάρροιες. - Διατήρηση της ισορροπίας του ισοζυγίου των υγρών. - Διατήρηση ατομικής καθαριότητας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση υγρών, ώστε να αντικαταστήσει αυτά που χάνει. - Φροντίδα του δέρματος, ιδιαίτερα στην περιοχή του περινεου, για την πρόληψη του ερεθισμού. 	<ul style="list-style-type: none"> - Η ασθενής ενθαρρύνθηκε να τρώει μικρές ποσότητες φαγητού σε τακτά χρονικά διαστήματα. - Χορηγήθηκαν πολλά υγρά στην ασθενή και ελαφρά διαίτα (νερό, ελαφρό τσάι, ζυμω- χλιπρά σε θερμοκρασία δωματίου). - Πραγματοποιήθηκε η καθαριότητα του δέρματος της ασθενούς. - Διατήρηση καθαρών κλινασκετασμάτων. 	<ul style="list-style-type: none"> - Περιποιστήκαν οι διάρροιες μετά το πρώτο 24ωρο.

ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Αδυναμία-κόπωση από την επίδραση διαφόρων παραγόντων, όπως ναυτίας, εμέτων, διαρροιών. 	<ul style="list-style-type: none"> - Μείωση των συμπτωμάτων. 	<ul style="list-style-type: none"> - Περιορισμός δραστηριοτήτων που κουράζουν την ασθενή. - Παρακολούθηση της διατροφής της ασθενούς, αν είναι κατάλληλη και επαρκής. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ενεθαρρύνθηκε η ασθενής σε δραστηριότητες που δεν προκαλούν κόπωση, όπως διάβασμα. - Εξασφάλιση επαρκούς ύπνου με τη χορήγηση ηρεμιστικού μετά από ιατρική εντολή. - Δημιουργήθηκε το κατάλληλο περιβάλλον, ώστε η ασθενής να μπορεί να ξεκουραστεί. - Περιορίστηκαν οι επισκέψεις και είχε ήσυχο δωμάτιο. - Η ασθενής έλαβε μικρά και αρκετά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας. - Χορηγήθηκαν οροί, ώστε να ενισχυθεί ο οργανισμός της. 	<ul style="list-style-type: none"> - Υποχώρηση της αδυναμίας και της κόπωσης.

ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Ακτινοδερματίτιδα. Κατά τη διάρκεια και μετά την ακτινοθεραπεία. 	<ul style="list-style-type: none"> - Αλλαγή και ανακούφιση της ασθενούς από τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας. - Ενημέρωση της ασθενούς και ενθάρρυνσή της. 	<ul style="list-style-type: none"> - Έλεγχος της περιοχής του δέρματος που ακτινοβολήθηκε. - Αποφυγή τοπικής χρήσης ερεθιστικών ουσιών. - Καθαρισμός και τοποθέτηση στην περιοχή του δέρματος κατάλληλων αλοιφών. - Ενημέρωση του ασθενούς να προσέχει την ακτινοβοληθείσα περιοχή (να μην ξαπλώνει στην περιοχή του δέρματος που παρουσιάσε πρόβλημα). - Ενθαρρύνεται ο ασθενής να αποφεύγει στενά ρούχα που αυξάνουν τον τοπικό ερεθισμό. 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε έλεγχος της περιοχής που ακτινοβολήθηκε και εντοπίστηκε η περιοχή που παρουσιάζει ακτινοδερματίτιδα. - Δεν χρησιμοποιήθηκαν ερεθιστικές ουσίες. - Καθαρίστηκε η περιοχή με χλιαρό νερό. Τοποθετήθηκαν στην περιοχή αμυλούχες αλοιφές. - Ο ασθενής ενθαρρύνθηκε και δεν φόρεσε ρούχα που αυξάνουν τον ερεθισμό. 	<ul style="list-style-type: none"> - Βελτίωση της ακτινοδερματίτιδας.

ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Ξηροστομία. 	<ul style="list-style-type: none"> - Καταστολή της ξηροστομίας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ενεθέρωση ασθενούς να παίρνει πολλά υγρά. - Περιποίηση και φροντίδα των χειλέων και του στόματος για την ανακούφιση της ασθενούς. - Αποφυγή Χρήσης ερεθιστικών ουσιών. 	<ul style="list-style-type: none"> - Δόθηκαν στον ασθενή υγρά. - Έγινε επτάδειψη χειλέων με μαλακή βαζελίνη ή παραφίνη σε τακτά διαστήματα. - Περιποίηση του στόματος με νερό (με ένα σταγονόμετρο ή με μια γάζα που περιλαμβάνει πάγο τοποθετημένο μεταξύ της γλώσσας και των ούλων). - Χορηγήθηκαν στεγνόνες Mycostatin (με εντολή ιατρού). - Δεν χρησιμοποιήθηκαν ερεθιστικές ουσίες. 	<ul style="list-style-type: none"> - Μέτρια καταστολή της ξηροστομίας και βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης.

ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Αναίμια που οφείλεται στην πτώση του αιματοκρίτη. 	<ul style="list-style-type: none"> - Αύξηση της τιμής του αιματοκρίτη. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορηγούνται σιδηροσκευάσματα. - Χορηγείται τροφή πλούσια σε υδατάνθρακες και λευκώματα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Γίνεται ενδομυϊκή χορήγηση FERRUM HAUSMAN AMP 1x2 κάθε μέρα. - Χορηγείται τροφή πλούσια σε λευκώματα αλλά εύπεπτη στην άρρωστη. 	<ul style="list-style-type: none"> - Είχε αύξηση της τιμής του αιματοκρίτη (37%) μετά από 3 ημέρες από την χορήγηση των σιδηροσκευασμάτων. - Στην αύξηση του αιματοκρίτη συμβάλλει και η χορήγηση πρωτεϊνών.

ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Αλωπεκία. 	<ul style="list-style-type: none"> - Μείωση της αλωπεκίας όσο το δυνατόν και ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με το πρόβλημά της. 	<ul style="list-style-type: none"> - Βοηθείται η ασθενής να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά της, σχετικά με την αλλαγή της εξωτερικής της εμφάνισης. - Λαμβάνονται μέτρα ώστε να μειωθεί όσο το δυνατόν η αλωπεκία. 	<ul style="list-style-type: none"> - Εξηγήθηκε στην ασθενή ότι η αλωπεκία που έχει δεν είναι μόνιμη αλλά θα σταματήσει δύο με τρεις μήνες μετά το πέρας της θεραπείας. - Συστήθηκε στην ασθενή να χρησιμοποιήσει περούκα ή να φορά καπέλο. - Κατά τη χημειοθεραπεία και 15 λεπτά μετά από αυτή εφαρμόζεται πικρη με ελαστικό επίδεσμο και πταγκύστη στο κεφάλι της ασθενούς. Η ασθενής λούζεται κατά αραιά χρονικά διαστήματα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Μείωση της αλωπεκίας, αλλά τελικά τα μαλλιά της ασθενούς έπεσαν και χρησιμοποιήσε περούκα.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ 2ης ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Γενικά στοιχεία ασθενούς

Όνοματεπώνυμο:	Τ. Ε.
Έτος Γέννησης:	1941
Τόπος Γέννησης:	Πύργος Ηλείας
Τόπος Μόνιμης Κατοικίας:	Αμαλιάδα
Οικογενειακή κατάσταση:	Έγγαμη και μητέρα 4 παιδιών (φυσιολογικοί τοκετοί)
Επάγγελμα:	Οικιακά
Ημερομηνία Εισόδου:	5/5/94

Κληρονομικό Ιστορικό Ασθενούς

Το κληρονομικό της ιστορικό είναι ελεύθερο από καρκινωματώδεις καταστάσεις, ενώ το γυναικολογικό της ιστορικό αναφέρει εμμηναρχή στην ηλικία των 14 ετών. Η έμμηνος ρύση είναι φυσιολογική με διάρκεια 30 ημερών, ενώ η τελευταία έμμηνο ρύση είχε πριν 12 χρόνια.

Η ασθενής δεν αναφέρει κανένα γυναικολογικό πρόβλημα του παρελθόντος, τουλάχιστον απ' όσο ήξερε. Test Pap δεν είχε κάνει ποτέ, όπως ποτέ δεν είχε κάνει άλλη γυναικολογική επέμβαση.

Η ασθενής, Τριχοπούλου Ελένη, προσήλθε στις 4/5/94 στα εξωτερικά ιατρεία του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών με έντονα τα συμπτώματα της κοιλιακής διάτασης, της δύσπνοιας, επιδεινούμενη σταδιακά από 15νθημέρου. Εισάγεται στις 5/5/94 λόγω ασκίτη αγνώστου αιτιολογίας. Έγινε παρακέντηση κοιλίας από τους παθολόγους.

Κατά τη γυναικολογική εξέταση ο τράχηλος εμφανίζεται σε σύμφυση ενώ μεγάλη ενδοκοιλιακή μάζα είναι ψηλαφητή τόσο από το δουλγάσσειο όσο και από τα κοιλιακά τοιχώματα.

Στις 9/5 ο έλεγχος με υπερήχους της κοιλίας ήταν ουσιαστικά ανέφικτος λόγω της μεγάλης διάτασης της κοιλίας και αδυναμίας υπερήχων να προσεγγίσουν δομές σε μεγάλο βάθος. Ωστόσο παρατηρήθηκε σημαντική ποσότητα ασκίτικού υγρού.

Στις 7/5 το διακολλπικό u/s ελάσσονος πυέλου: ανάδειξε άφθονη ασκίτική συλλογή. Στο δουλγάσσειο χώρο εντοπίζεται χωροκατακτική εξεργασία που υπερβαίνει τα 13 cm σε διάμετρο. Είναι πολύχωρη με κυστικά και συμπαγή στοιχεία. Δεν ήταν δυνατή η ανάδειξη των σχέσεων της βλάβης με τα εξαρτήματα και τη μήτρα. Η αγγείωση των συμπαγών στοιχείων και των διαφραγμάτων των κυστικών στοιχείων ήταν σχετικά πτωχή.

Στις 6/5 η ουρηθροκυστεοσκόπηση έδειξε ότι η ουροδόχος κύστη ήταν μειωμένης χωρητικότητας χωρίς ειδικά ευρήματα.

Στις 6/5 η ορθοσιγμοειδοσκόπηση απέδειξε αιμορροΐδες 2ου βαθμού. Χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Η ασθενής προγραμματίζεται για τις 17/5 σε χειρουργική επέμβαση. Η ίδια παρουσιάζει έντονη ανησυχία και αγωνία για την κατάστασή της. Το άγχος είναι μεγαλύτερο λόγω της άγνοιάς της για την ασθένεια και τους τρόπους θεραπείας της.

Γίνεται ο κατάλληλος αιματολογικός και εργαστηριακός έλεγχος της ασθενούς όπου και ήταν φυσιολογικά τα αποτελέσματα.

Η ακτινογραφία θώρακος και το ηλεκτροκαρδιογράφημα ήταν κατά φύση.

Την παραμονή του χειρουργείου γίνεται η κατάλληλη προεγχειρητική ετοιμασία από νοσηλευτικής πλευράς που περιλαμβάνει την τοπική και τελική ετοιμασία.

Στις 17/5/94 υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση στη διάρκεια της οποίας έγινε υφολική υστερεκτομή με αφαίρεση τμήματος πλαγίου τοιχωματικού περιτοναίου.

Λόγω πτώσης του HCT (27%) η ασθενής μεταγγίστηκε (2 μονάδες ολικό αίμα + 2 μονάδες πλάσμα) και στις 18/5/94 στις 3:00 μ.μ. υπεβλήθη σε επείγουσα λαπαροτομία λόγω ενδοκοιλιακής αιμορραγίας.

Η ασθενής παρουσιάζει καλή μετεγχειρητική πορεία, ενώ στις 3/6/94 εξήλθε από το νοσοκομείο.

Οι ανάγκες και τα προβλήματα της ασθενούς που ακολουθούν αξιολογούνται από την είσοδό της στο νοσοκομείο, μέχρι τη στιγμή που της δόθηκε το εξιτήριο.

ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝ ΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Έντονα ψυχοκινητικά προβλήματα όσον αφορά τη φύση της ασθένειας και τους τρόπους θεραπείας της. 	<ul style="list-style-type: none"> - Εξασφάλιση καλής ψυχολογικής υποστήριξης. 	<ul style="list-style-type: none"> - Κατανόηση των πολύπλοκων προβλημάτων της άρρωστης. - Ειλικρινή συμπράταση. - Παροχή πληροφοριών για τη φύση της ασθένειάς της και το είδος θεραπείας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Εκδόθηκαν πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της, δίνοντας λεπτομερείς αλλά διακριτικές διευκρινίσεις. 	<ul style="list-style-type: none"> - Η ασθενής μετά τη συζήτηση φάνηκε περισσότερο ήρεμη.

ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Αγωνία, φόβος και άγχος για την διεξαγωγή της εγχείρησης. 	<ul style="list-style-type: none"> - Μείωση της αγωνίας και των άλλων δυσάρεστων συνασθημάτων που νιώθει η ασθενής. - Εξασφάλιση καλής ψυχολογικής κατάστασης. 	<ul style="list-style-type: none"> - Επικοινωνία με την ασθενή και ενθάρρυνσή της να εκδηλώσει τους φόβους και τις ανησυχίες της. - Παροχή πληροφοριών για το είδος και την αναγκαιότητα της επέμβασης. - Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς για την καλή και επιτυχή έκβαση της επέμβασης αλλά και της πορείας της μετεγχειρητικά. - Χορήγηση ηρεμιστικού την παραμονή του χειρουργείου. 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε συζήτηση με την ασθενή για να εκφράσει τα συναισθήματά της. - Εκδόθηκαν πληροφορίες σχετικά με το είδος της επέμβασης και την κατάστασή της μετεγχειρητικά. - Διαβεβαιώθηκε η ασθενής για την επιτυχία της επέμβασης και την ομαλή μετεγχειρητική της κατάσταση. - Κατόπιν ιατρικής εντολής χορηγήθηκε στην ασθενή 1 tab Iexotanil 3 mg το προηγούμενο βράδυ του χειρουργείου για να ηρεμήσει. 	<ul style="list-style-type: none"> - Μετά από συζήτηση η ασθενής φάνηκε περισσότερο ήρεμη και ψύχραιμη και αποδέχθηκε καλύτερα το γεγονός της επέμβασης.

ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Γενική προεγχειρητική προετοιμασία. 	<ul style="list-style-type: none"> - Σωματική τόνωση της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> - Διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, βιταμίνες, φτωχό σε λίπη. - Παρεντερική χορήγηση υγρού. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορηγείται τροφή πλούσια σε λευκώματα, υδατάνθρακες και φτωχή σε λίπη. - Χορήγηση ελαφράς τροφής τις δύο τελευταίες ημέρες. - Έξι ώρες πριν την εγχείρηση δεν πήρε τίποτα από το στόμα για τον κίνδυνο εμέτων και μετεωρισμού κοιλιάς. - Χορήγηση ενδοφλέβιας Dextrose 1x1 5% για 5 ημέρες. - Ενδοφλέβια χορήγηση Normal Solution 0.9 1x1. 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε προαγωγή της θρέψης με τη χορήγηση τροφής πλούσιας σε θρεπτικές ουσίες. - Η ασθενής δεν πήρε τίποτα από το στόμα για 6 ώρες πριν την εγχείρηση για την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών. - Επαρκής θρέψη της ασθενούς με Dextrose 5%, γιατί περιέχει υδατάνθρακες.

ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Γενική προεγχειρητική προετοιμασία. 	<ul style="list-style-type: none"> - Καθαριότητα του ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> - Καθαριότητα του εντερικού σωλήνα. - Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> - Η καθαριότητα του εντερικού σωλήνα επιτεύχθηκε με δύο υποκλυσμούς. - Ο ένας έγινε το απόγευμα της παραμονής της εγχείρησης και ο άλλος 6 ώρες πριν την εγχείρηση. - Έγινε λουτρό καθαριότητας στον ασθενή την παραμονή της εγχείρησης. 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε καθαρισμός του εντέρου για την αποφυγή εκκένωσης του εντέρου στο χειρουργικό τραπέζι και ευχερέστερη διενέργεια της εγχείρησης από το χειρουργό. - Επιτεύχθηκε καθαρισμός του σώματος της ασθενούς που είναι απαραίτητος για την αποφυγή μόλυνσης του τραύματος από το ακάθαρτο δέρμα.

ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Γενική Προεγχειρητική ετοιμασία 	<ul style="list-style-type: none"> - Πρόληψη μετεγχειρητικών αναπνευστικών λοιμώξεων θρομβοφλεβίτιδας. - Πρόληψη μόλυνσης του εγχειρητικού πεδίου. 	<ul style="list-style-type: none"> - Εκπαίδευση της ασθενούς για μετεγχειρητικές ασκήσεις. - Καθαρισμός και αντισηψία του εγχειρητικού πεδίου. 	<ul style="list-style-type: none"> - Γίνεται εκπαίδευση της ασθενούς για τη συχνή αλλαγή της θέσης της και να παίρνει βαθιές αναπνοές. - Έγινε καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία της περιοχής του εγχειρητικού πεδίου, την παραμονή της εγχείρησης. 	<ul style="list-style-type: none"> - Η ασθενής κατανόησε τις οδηγίες που έχουν μεγάλη σημασία για την αποφυγή πνευμονικής στάσεως του αίματος. - Επιτεύχθηκε ο καθαρισμός και η αντισηψία του εγχειρητικού πεδίου που είναι απαραίτητη για την αποφυγή μολύνσεων.

ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Τελική Προεγχειρητική ετοιμασία 	<ul style="list-style-type: none"> - Γενική εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς και κατάλληλη ένδυση και προετοιμασία της για την εισαγωγή στο χειρουργείο. 	<ul style="list-style-type: none"> - Λήψη ζωτικών σημείων. - Κένωση της ουροδόχου κύστεως. - Ένδυση της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> - Λήψη ζωτικών σημείων της ασθενούς το πρωί της ημέρας της εγχείρησης. - Ούρησε η ασθενής πριν φορέσει τη ρόμπα για το χειρουργείο. - Ντύθηκε ο ασθενής με τη ρόμπα του χειρουργείου και τα ποδονάρια, αφού πρώτα αφαιρέθηκαν τα κοσμήματά της. 	<ul style="list-style-type: none"> - Καλά ζωτικά σημεία. - Εκκενώθηκε η ουροδόχος κύστη για την αποφυγή κένωσης στο χειρουργικό τραπέζι ή αποφυγή τραυματισμού της. - Η ασθενής φόρεσε την κατάλληλη ένδυση για το χειρουργείο που θα διευκολύνει το έργο του χειρουργού.

ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΙΟΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> - Γενική εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς. - Κατάλληλη θέση. - Απονάρκωση. - Παρακολούθηση και πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών. 	<ul style="list-style-type: none"> - Έλεγχος των ζωτικών σημείων. - Θέση ύπτια με το κεφάλι στο πλάι χωρίς μαξιλάρι. 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε η λήψη των ζωτικών σημείων. - Η ασθενής τοποθετήθηκε μετά το χειρουργείο στο κρεβάτι σε ύπτια θέση με το κεφάλι στο πλάι. 	<ul style="list-style-type: none"> - Αποφυγή εισρόφησης εμεσμάτων. - Καλή γενική κατάσταση. - Ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού χωρίς το μαξιλάρι. Η ασθενής ξύπνησε μετά 1 ώρα.

ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Έντονος πόνος από την ένταση της ασθενούς και από την επέμβαση. 	<ul style="list-style-type: none"> - Μείωση στο ελάχιστο του πόνου ή παροδική εξαφάνισή του. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ανακούφιση από τον πόνο με τη χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων. - Εξασφάλιση ηρεμίας και δημιουργία άνετου περιβάλλοντος. - Συχνή αλλαγή της θέσεως της άρρωστης για την ανακούφιση των μελών της. 	<ul style="list-style-type: none"> - Συστηματική χορήγηση μετά από ιατρική εντολή φαρμάκων (mirficonin tabl. 1x2, minitran tabl. 1x2). - Απομάκρυνση των επισκεπτών από το θάλαμο. - Τακτική αλλαγή της θέσεως της ασθενούς. - Ζεστό και φιλικό πλησίασμα της άρρωστης και συζήτηση μαζί της. 	<ul style="list-style-type: none"> - Μείωση της έντασης του πόνου και μυϊκή χαλάρωση. - Πρόκληση ύπνου στον ασθενή.

ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Ναυτία - Έμετος (μετεγχειρητικά). 	<ul style="list-style-type: none"> - Να απολαγεί η ασθενής από το αίσθημα ναυτίας. - Να μειωθούν και να εξαλειφθούν οι έμετοι. - Να διατηρηθεί η ισορροπία του ισοζυγίου των υγρών. - Να προληφθεί η αφυδάτωση με παρεντερική χορήγηση υγρών. - Ηρέμια και χαλάρωση της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> - Άμεση προμήθεια νεφροειδούς, όταν παραστεί ανάγκη και άμεση απομάκρυνσή του, προς αποφυγή πρόκλησης επιπρόσθετης ναυτίας και εμέτου. - Τοποθέτηση της κεφαλής της ασθενούς προς τα πλάγια για να αποφευχθεί επανεισρόφηση εμεσμάτων. - Διατήρηση καθαρών κλινοσκεπασμάτων. - Ενημέρωση της ασθενούς πως ο έμετος είναι αποτέλεσμα της νάρκωσης. - Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων, μετά από εντολή ιατρού. - Πρόσθεση επιπλέον υγρών, προς αποφυγή αφυδάτωσης και διατήρηση του ισοζυγίου υγρών σε ισορροπία. 	<ul style="list-style-type: none"> - Τοποθετήθηκε στη σωστή θέση. - Διατηρήθηκε καθαρή, με προστασία των κλινοσκεπασμάτων και του νυχτικού κατά τη διάρκεια των εμέτων. - Πλύση της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε έμετο. - Χορηγήθηκαν επιπλέον υγρά (1lt N/S 0.9%) και αποφεύχθη η αφυδάτωση. - Η ασθενής ενημερώθηκε για την αιτιολογία του εμέτου και ηρέμησε. - Δεν χορηγήθηκαν αντιεμετικά, γιατί οι έμετοι υποχώρησαν και σταδιακά σταμάτησαν. 	<ul style="list-style-type: none"> - Η ασθενής απαλλάχθηκε από του εμέτους. - Νιώθει καλύτερα και είναι ήρεμη.

ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΙΟΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Δίψα (μετεγχειρητικά). 	<ul style="list-style-type: none"> - Αντιμετώπιση της δίψας λόγω της ξηρότητας του βλεννογόνου που προκαλείται από την ατροφική και λόγω απώλειας υγρών του οργανισμού (αίμα, ιδρώτας, έμετος). 	<ul style="list-style-type: none"> - Πλύσεις συχνές της στοματικής κοιλότητας με ύγραση των χειλιών με Port-Cotton βουτηγμένο σε κρύο νερό. - Χορήγηση ορού. 	<ul style="list-style-type: none"> - Γίνεται ύγραση των χειλιών με Port-Cotton τις 2 πρώτες ημέρες. Την τρίτη ημέρα πήρε νερό από το στόμα σε μικρή ποσότητα. - Γίνεται χορήγηση υγρών παρεντερικώς 2x1 με Sodium Cloride 0.9% 1000 cc και DEX 5% 1000 cc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Το αίσθημα της δίψας μειώνεται. Καθαρίζεται η στοματική κοιλότητα για την πρόληψη στοματίτιδας. - Πρόληψη αφυδάτωσης και αναπληρώσεως υγρών που έχασε. Προαγωγή της θρέψης.

ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Πυρετός 38,9°C την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Επαναφορά της ασθενούς στην φυσιολογική της θερμοκρασία. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων. - Σημείωση της θερμοκρασίας σε καθορισμένα χρονικά διαστήματα. - Ενθάρρυνση της ασθενούς να παίρνει υγρά. - Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων σε περίπτωση ανόδου της θερμοκρασίας σε υψηλά επίπεδα. - Παρακολούθηση των αποβαλλόμενων υγρών. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορηγήθηκε αντιπυρετικό Lonarid. Ο πυρετός δεν υποχώρησε και έγινε ενδομυϊκή ένεση Aprotel. - Έγινε τρίωρη θερμομέτρηση. - Η ασθενής πήρε αρκετά υγρά από το στόμα. - Εφαρμόστηκαν ψυχρά επιθέματα με την άνοδο της θερμοκρασίας. - Η ποσότητα των αποβαλλόμενων υγρών παρακολούθηθηκε και ήταν φυσιολογική. 	<ul style="list-style-type: none"> - Πτώση της θερμοκρασίας σχεδόν σε φυσιολογικά επίπεδα χωρίς να υπάρχουν ιδιαίτερα προβλήματα.

ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Καθημερινή ατομική καθαριότητα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ανακούφιση, αναζωογόνηση και χάλυση του μυϊκού τόνου. - Διατήρηση των λειτουργιών του δέρματος. - Απομάκρυνση των εκκρίσεων, του ιδρώτα, των μικροοργανισμών, των νεκρών κυττάρων. - Διέγερση της κυκλοφορίας με την τριβή και την επίδραση του θερμού. 	<ul style="list-style-type: none"> - Εξασφάλιση κατάλληλης θερμοκρασίας περιβάλλοντος, μοναχικότητα της άρρωστης. - Συγκέντρωση όλων των απαραίτητων αντικειμένων πριν την εργασία. - Αλλαγή του ιματισμού. 	<ul style="list-style-type: none"> - Απομάκρυνση των επισκεπτών από το θάλαμο και χρησιμοποίηση παραβάν. - Εργαζόμαστε σύντομα και συστηματικά για να μην κρυσώσει κουρασθεί η ασθενής. - Ξεκινάμε από την κεφαλή και κατεβαίνουμε προς τα κάτω. - Επιμένουμε ιδιαίτερα και κάνουμε εντριβή στις περιοχές που πιέζονται. 	<ul style="list-style-type: none"> - Προσφορά ανακούφισης και ευχαρίστησης στην ασθενή, ενώ ταυτόχρονα φροντίζουμε για την αποφυγή των κατακλίσεων.

ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Χαμηλή τιμή αιματοκρίτη (27%). 	<ul style="list-style-type: none"> - Αύξηση του κυκλοφορούμενου όγκου αίματος. - Εξάλειψη της αναιμίας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Μετάγγιση αίματος. - Χρησιμοποίηση άσηπτης τεχνικής. - Παρακολούθηση ασθενούς για εμφάνιση αντιδράσεων. - Καταγραφή της νοσηλείας. - Χορήγηση της κατάλληλης διαίτας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Έλεγχος του αίματος για φουσαλίδες, αλλαγή της χροιάς και θολερότητα. - Έλεγχος των ετικετών του δότη και του δέκτη για ομάδα και Rh, και εξακρίβωση της ταυτότητας της ασθενούς. - Έλεγχος της ημερομηνίας λήξεως του αίματος και αν έχει υπογραφεί από το γιατρό της αιμοδοσίας. - Λήψη ζωτικών σημείων της ασθενούς, τα οποία είναι σε φυσιολογικά πλαίσια. - Σύνδεση του ασκού με άσηπτη τεχνική. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο αιματοκρίτης της ασθενούς αυξήθηκε στο 34,7%. - Η αναιμία βελτιώθηκε.

ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΙΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
			<ul style="list-style-type: none"> - Ρύθμιση αργά της ροής του αίματος και λήψη των ζωτικών σημείων κάθε 10-15 λεπτά. - Παρακολούθηση της ασθενούς για εμφάνιση αντιδράσεων από το αίμα, όπως μυρμηγκίαση στα άκρα, οσφυαλγία, ρίγος, πτώση πίεσης, πυρετό, ταχυκαρδία, κυάνωση, ερυθρότητα προσώπου, αύξηση αναπνοών, ναυτία, εμέτους, ψυχρό ιδρώτα. - Η ασθενής δεν εμφανίζει κανένα σύμπτωμα και η μετάγγιση εξελίσσεται ομαλά. 	

ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Αιμορραγία από την τομή. 	<ul style="list-style-type: none"> - Να σταματήσει η αιμορραγία. 	<ul style="list-style-type: none"> - Παρακολούθηση αιμορραγίας. Αν είναι μεγάλη η άρρωστη θα επιστρέψει στο χειρουργείο. - Ειδοποιούμε την Τράπεζα Αίματος να μεριμνήσει ώστε να υπάρχει αίμα σε περίπτωση ανάγκης άμεσης χορήγησης. 	<ul style="list-style-type: none"> - Παρακολούθησε η αιμορραγία. Ήταν μικρή. - Καλύφθηκε το τραύμα με γάζα και έγινε πιεστική περιδέση. - Έγινε επίδειξη στην ασθενή πώς να βήχει και να αλλάζει θέση ώστε να αποφευχθεί δυσμενέστερη επιπλοκή. 	<ul style="list-style-type: none"> - Η αιμορραγία σταμάτησε. - Η ασθενής ηρέμησε. - Παρακολουθείται συνεχώς.

ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Περιποίηση του τραύματος. 	<ul style="list-style-type: none"> - Σταθερή επούλωση του τραύματος - Αποφυγή μολύνσεων με όλα τα μέτρα αντισηψίας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Καθαριότητα του τραύματος με απομάκρυνση νεκρωμένου ιστού και καθαρισμός με αποστειρωμένο νερό. - Απολύμανση της τραυματικής χώρας με Betadine Solution, αντιβιοτικού Spray Nebacetin. - Η καθαριότητα και η αντισηψία του δέρματος γύρω από το τραύμα συνίσταται στον καθαρισμό του δέρματος με Betadine Solution, στο κέντρο με μερκουροχρώμ με κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια και απολύμανσή του. 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε η 1η αλλαγή του τραύματος την 2η ημέρα. Όλα τα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται είναι αποστειρωμένα. - Η απομάκρυνση των νεκρωμένων ιστών έγινε με αποστειρωμένο ψαλίδι και καθαρισμός με αποστειρωμένο νερό (Water for Injection). - Η απολύμανση του τραύματος έγινε με γάζα αποστειρωμένη σε λαβίδα εμπλουτισμένη με μερκουροχρώμ με κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια. - Έγινε καθαρισμός της περιφέρειας με Betadine Solution και εφαρμογή αντιβιοτικού Spray Nebacetin 	<ul style="list-style-type: none"> - Υπήρξε σταδιακή, και σταθερή επούλωση του τραύματος. - Την 15η ημέρα κόπηκαν τα εξωτερικά ράμματα από τον ιατρό. - Την 16η ημέρα αποφασίστηκε η έξοδος της ασθενούς από το νοσοκομείο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή με καρκίνο έχει γίνει ειδικότητα της Νοσηλευτικής σε διεθνές επίπεδο. Η ανάγκη ολοένα και μεγαλύτερης εξειδίκευσης του νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται καθημερινά πιο έντονη, δεδομένου ότι η ιατρική επιστήμη έχει κάνει πολύ σημαντικά βήματα, όσον αφορά την καταπολέμηση του καρκίνου και εφόσον όλοι οι φορείς αντιλαμβάνονται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό με γνώσεις επάνω στη νοσηλεία των καρκινοπαθών ικανοποιεί μεγάλο φάσμα όχι μόνο βιολογικών, αλλά και ψυχοκοινωνικών αναγκών του ασθενή.

Υποχρέωση του νοσηλευτή είναι η πλήρης διαφώτιση του οικογενειακού και γενικότερα του άμεσου περιβάλλοντος της ασθενούς, σχετικά με την κατάστασή της, τον τρόπο αντιμετώπισής της και γενικά τον τρόπο συμπεριφοράς απέναντί της.

Στα πλαίσια των ευθυνών των νοσηλευτών ανήκει και η διαφώτιση του γυναικείου πληθυσμού σχετικά με ότι αφορά τους όγκους των γεννητικών οργάνων γύρω από την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωσή τους. Η ετήσια ιατρική εξέταση πρέπει να γίνει αναγκαία στη συνείδηση όλων. Οποιαδήποτε γυναίκα οφείλει να επισκέπτεται συχνά το γυναικολόγο της όχι μόνο όταν παρατηρήσει οποιοδήποτε σύμπτωμα, αλλά η επίσκεψη πρέπει να γίνεται για προληπτικούς λόγους.

Αυτό όμως που έχει ιδιαίτερη σημασία είναι πως η προσφορά φροντίδας στην καρκινοπαθή είναι ιερό καθήκον και ιερή υποχρέωση των ατόμων που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα. Η φροντίδα αυτή που προσφέρεται, για να είναι ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη πρέπει να συνδυάζει την ανθρωπιά και τη γνώση, να προσφέρεται με αγάπη και να επιστρατεύει την ανιδιοτέλεια των νοσηλευτών.

Ευχή όλων είναι τα τελευταία επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης να είναι σε θέση να επηρεάσουν τη διαγνωστική και θεραπευτική αντιμετώπιση τής νόσου, με αποτέλεσμα να υπόσχονται ένα καλύτερο αύριο στις καρκινοπαθείς όλου του κόσμου.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ;

Η μήτρα είναι ένα όργανο με σχήμα και μέγεθος αχλαδιού. Το φαρδύ της μέρος λέγεται σώμα και εκεί αναπτύσσεται το έμβρυο. Το μέρος αυτό βρίσκεται μέσα στην μικρή λεκάνη της γυναίκας.

Το λεπτότερο τμήμα λέγεται τραχήλος και βρίσκεται στο βάθος του κόλπου απ' όπου και είναι ορατό. Στα δύο αυτά μέρη μπορούν να αναπτυχθούν δύο τελείως διαφορετικοί καρκίνοι.



- Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας,
- Ο καρκίνος του σώματος της μήτρας ή του ενδομητρίου.

(ενδομήτριο είναι ο ιστός που καλύπτει την κοιλότητα του σώματος της μήτρας)

ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΕΙ ΕΓΚΑΙΡΑ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ;

1/4χι μόνο μπορεί να διαγνωστεί έγκαιρα αλλά είναι δυνατό να διαγνωστούν προκαρκινικές αλλαγές στα κύτταρα του τραχήλου (δυσπλασίες) πολύ πριν αυτές προχωρήσουν και γίνουν καρκίνος.

Η σημαντική αυτή πρόοδος της προληπτικής ιατρικής οφείλεται στο **ΤΕΣΤ Παπανικολάου** και βασίζεται στην λήψη υγρών από τον κόλπο και τον τραχήλο της μήτρας.

Το **ΤΕΣΤ Παπανικολάου** είναι απλή εξέταση γιατί η λήψη του:

- είναι ανώδυνη
- είναι αναιμακτική
- είναι σύντομη
- μπορεί να γίνει στο εξωτερικό ιατρείο

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΙΟΣ ΤΩΝ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΩΝ (HPV);

Είναι ο ιός που δημιουργεί να κονδυλώματα στον άνθρωπο και μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή.

Έχουν βρεθεί πάνω από εξήντα στελέχη του ιού και ορισμένα απ' αυτά έχουν συσχετισθεί με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και του αιδοίου.

Σε γυναίκες που η κυτταρολογική και η γυναικολογική εξέταση είναι αρνητική, αλλά στην κυτταρολογική εξέταση υπάρχει πιθανή λοίμωξη από HPV η μόνη σύσταση είναι η

τακτική παρακολούθηση, γιατί μέχρι στιγμής δεν υπάρχει θεραπεία του ιού.

ΑΠΟ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΠΡΕΠΕΙ Ν'ΑΡΧΙΣΕΙ ΤΟ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ;

Ο καρκίνος του τραχήλου εμφανίζεται συνήθως σε γυναίκες πάνω από 35 χρονών αλλά μπορεί να εμφανιστεί και σε νεώτερες.

Για τον λόγο αυτό αλλά και επειδή οι προκαρκινοματώδεις αλλαγές (δυσπλασίες) στα κύτταρα του τραχήλου πριν να εμφανιστεί ο καρκίνος μπορεί να έχουν αρχίσει και 10 χρόνια νωρίτερα πρέπει:

- Κάθε γυναίκα που έχει ή είχε σεξουαλικές σχέσεις ή είναι πάνω από 18 ετών να κάνει τεστ Παπανικολάου μαζί με γυναικολογική εξέταση
- Μετά από 3 ή περισσότερα φυσιολογικά τεστ Παπανικολάου το τεστ μπορεί να γίνεται σε μεγαλύτερα διαστήματα μετά από σύσταση του γυναικολόγου.

Εφ' όσον γίνει έγκαιρα η διάγνωση μιας δυσπλασίας η θεραπεία είναι μια απλή επέμβαση από τον κόλπο με την οποία αφαιρείται ένα τμήμα του τραχήλου σε σχήμα κώνου (κωνοειδής εκτομή).

Έτσι η γυναίκα μπορεί να θεραπευτεί 100% χωρίς να γίνει αφαίρεση της μήτρας.

ΤΟ ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥΣ ΤΩΝ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ;

1/4χι, και γι'αυτό κάθε χρόνο μαζί με το τεστ Παπανικολάου πρέπει η γυναίκα να εξετάζεται και από τον γυναικολόγο.

Με την γυναικολογική εξέταση είναι δυνατόν να διαγνωστούν και άλλοι αρχόμενοι καρκίνοι των γεννητικών οργάνων όπως του αιδοίου και των ωοθηκών πριν να προλάβουν να δώσουν συμπτώματα.

Επίσης με την γυναικολογική εξέταση διαπιστώνονται και πολλές καλοήθειες παθήσεις των γεννητικών οργάνων όπως κολπίτιδες, ινομυώματα, κύστες ωοθηκών κλπ.

Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΕΙ ΕΓΚΑΙΡΑ;

Ναι, και να θεραπευτεί σε ποσοστό πάνω από 90%. Είναι καρκίνος που εμφανίζεται συνήθως μετά την εμμηνόπαυση σε γυναίκες 50 έως 65 χρόνων. Για το λόγο αυτό εάν η περίοδος έχει σταματήσει πάνω από ένα χρόνο και εμφανιστεί ξανά αίμα από τον κόλπο η γυναίκα πρέπει να συμβουλευτεί αμέσως γυναικολόγο.

Το ίδιο επίσης οφείλουν να κάνουν και οι γυναίκες ηλικίας 40-50 χρόνων όταν αρχίσουν ανωμαλίες της περιόδου με εμφάνιση αίματος από τον κόλπο για πολλές μέρες, ή όταν η περίοδος εμφανίζεται συχνότερα από πριν, η αυξάνει σημαντικά η ποσότητά της. Οι ανωμαλίες αυτές συνήθως οφείλονται στην κλιμακτήριο ή και σε άλλες καλοήθειες παθήσεις της μήτρας πρέπει όμως να ελέγχονται.

Η διάγνωση του καρκίνου του ενδομητρίου γίνεται με την διαγνωστική απόξεση.



Στο έργο του γυναικολόγου ανήκει κατά πρώτο λόγο η πρόληψη του καρκίνου των γεννητικών οργάνων της γυναίκας και κατά δεύτερο η θεραπεία του, γιατί στα πρώτα του στάδια ο καρκίνος θεραπεύεται σχεδόν 100%.

Για να το κατορθώσει αυτό ο γυναικολόγος, θα πρέπει η γυναίκα να τον βρει και να τον συμβουλευτεί ιδίως όταν έχει τα εξής ενοχλήματα:

- Αιμορραγία που δεν έχει σχέση με την περίοδο.
- Ξαφνική αιμορραγία ενώ η έμμηνος ρύση έχει σταματήσει από καιρό.
- Μικροαιμορραγίες ιδίως μετά την επαφή.
- Αφθονα κολπικά υγρά.
- Έντονο κνησμό στα γεννητικά όργανα.
- Πόνο χαμηλά στο υπογάστριο.
- Ξαφνική και γρήγορη διόγκωση της κοιλιάς.

Εκτός από αυτά τα ενοχλήματα κάθε γυναίκα θα πρέπει μια φορά το χρόνο,

α) Να εξετάζεται γυναικολογικά και

β) Να κάνει τεστ Παπανικολάου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Παπανικολάου Ν. - Παπανικολάου Α.: «Γυναικολογία», Έκδοση 3^η, Επιστημονικές εκδόσεις «Παρισιάνος», Αθήνα 1994, Σελ. 8-13, 253-257.
2. Govan - Hart - Callander: «Γυναικολογία - εικονογραφημένη», Μετάφραση Σαρρή Γ., Έκδοση νέα, Αθήνα 1988.
3. Kahle W. - Leonhardt H. - Platzer. W.: «Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα», Τόμος 2^{ος}, Μετάφραση-Επιμέλεια Παπαδόπουλος Ν., Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1985.
4. Guyton M. D.: «Φυσιολογία του ανθρώπου», Μετάφραση-Επιμέλεια Κούβελας Η. - Ευαγγέλου Α., Έκδοση 3^η, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984, Σελ. 728-736.
5. Πούγγουρα Π.: «Μαιευτική - Γυναικολογία», Έκδοση 1^η, Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων, Αθήνα 1983.
6. Arnay E. - Vique J.: «Φρόντισε το σώμα σου», Τόμος 2^{ος}, Μετάφραση-Επιμέλεια Χατζηδάκη Μ. - Πατσίνης Ν., Έκδοση 2^η, Εκδόσεις Δομική, Αθήνα 1996, Σελ. 73.
7. Keir L. - Wise A. B. - Krebs C.: «Ανατομία και Φυσιολογία του Ανθρώπινου Σώματος - Ιατρική Βοήθεια και Φροντίδα II», Μετάφραση-Επιμέλεια Γαλακτοπούλου Μ. - Καραχάλιας Γ., Έκδοση 3^η, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1996, Σελ. 220, 222.
8. Κονδάκης Ξ.: «Στοιχεία Υγιεινής και Επιδημιολογίας», Έκδοση 1^η, Πάτρα 1992, Σελ. 339.

9. **Devita V. - Hellman S. - Rosenberg S.:** «*Cancer Principles and practice of oncology*», 4th Edition Publications Data, United States of America, 1993, Σελ. 1168-1172, 1184, 1187-1189, 1193-1195.
10. **Κουρούνης Γ.:** «*Παθολογία τραχήλου μήτρας και κολποσκόπηση*», Έκδοση 2^η, Εκδόσεις Άτλας, Αθήνα 1991, Σελ. 71-75, 89, 90, 301-309, 313.
11. **Casciato D. - Lowitz B.:** «*Manual of clinical oncology*», Third Edition, United States of America, 1995, p. 203.
12. **Μαλαρινού Μ. - Κωνσταντινίδου Σ.:** «*Παθολογική Χειρουργική*», Τόμος 2^{ος} / Μέρος 2^ο, Έκδοση 17^η, Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ένωσης Αδελφών Νοσοκόμων «ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1995, Σελ. 113-118, 145-149, 167-169.
13. **Σαχίνη Α. - Πάνου Μ.:** «*Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική*», Τόμος 2^{ος} / Μέρος Β' 4^η επανέκδοση, Εκδόσεις Βήτα medical arts, Αθήνα 1994, Σελ. 689-695, 707.
14. **Ψαροπούλου Π. - Ρηγάτος Γ.:** «*Έγκαιρη διάγνωση καρκίνου τραχήλου μήτρας - Η έννοια της αποκατάστασης στη νοσηλευτική του καρκίνου*», Πρακτικά Σεμιναρίου Νοσηλευτικής Ογκολογίας, Αθήνα 14-19 Σεπτεμβρίου 1992, Σελ 56, 301-304.
15. **Varma T. R.:** «*Clinical Gynecology*», Third Edition Publication of Edward Arnold London, Melbourne 1991, Σελ. 402, 405, 408, 409.
16. **Dollinger M. - Rosenbaum G.:** «*Ο καρκίνος - διάγνωση και πρόληψη - θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση: Ένας οδηγός για όλους*», Μετάφραση-Επιμέλεια Μαθάς Χ. - Λαμπρόπουλος Σ. - Λαδάς Γ. - Αναγνωστοπούλου - Λαδά Β., Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα 1992, Σελ. 152-159, 205-209, 338-343.

17. **Smith T.:** «*Μεγάλος Ιατρικός Οδηγός*», Τόμος 3^{ος}, Επιστημονική Επιμέλεια Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Ανανεωμένη Έκδοση, Εκδόσεις Γιαλλελή, Αθήνα 1991.
18. **Σταματόπουλος Χ.:** «*Θεραπευτική Αντιμετώπιση προδιηθητικών βλαβών του τραχήλου*», Περιοδικό «Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία», Τεύχος 4^ο, Μηνιαία Έκδοση, Αθήνα Ιούνιος 1996.
19. **Αθανάτου Ε.:** «*Παθολογική και Χειρουργική Κλινική Νοσηλευτική*», Έκδοση 2^η, Αθήνα 1995, Σελ. 67-69, 87-89.
20. **Berumen J. - Villegas N.:** «*Therapeutic vaccines against cancer of the uterine cervix at the animals*», Salud Publica issue 4, Mexico July - August 1997, pp. 288-293.
21. **Morrow P.:** «*Gynecologic Cancer Surgery*», 4th Edition Publication of Curtin J. Churchill, Livingstone 1996, p. 477, 478.
22. **Ραγιά Α.:** «*Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας - Ψυχιατρική Νοσηλευτική*», Αθήνα 1993, σελ. 169, 282-284.
23. **Rigatow G. - Καρου R.:** «*Psychosomatic tradition in cancer from antiquity till the end of the 19th century*», Third Edition Christodoulou Editor, New York 1987, pp. 337-340.
24. **Βελονάκη - Σαμαρτζή - Βελισσαρόπουλος κ.ά. συνεργάτες:** «*Αυτοαναφερόμενη κατάθλιψη σε καρκινοπαθείς - Η συμβολή της νοσηλευτικής στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του καρκινοπαθούς - Καρκίνος και νοσηλεία στο σπίτι*», Περιοδικό «Ελληνική Ογκολογία», Τεύχος 2^ο, Τριμηνιαία Έκδοση, Αθήνα Απρίλιος-Ιούνιος 1993, Σελ. 105-108, 143-146.
25. **Μαλγαρινού Μ. - Κωνσταντινίδου Σ.:** «*Γενική Παθολογική Χειρουργική*», Τόμος 1^{ος}, Έκδοση 17^η, Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ένωσης

- Αδελφών Νοσοκόμων «ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1994, Σελ. 241-244, 248-251.
26. **Αθανάτου Ε.:** «Κλινική Νοσηλευτική - Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες», Έκδοση 5^η, Εκδόσεις Ευνίκη, Αθήνα 1995, Σελ. 185-188, 191-194, 205-209, 211-216.
27. **Σαχίνη Α. - Πάνου Μ.:** «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», Τόμος 1^{ος} 4^η επανέκδοση, Εκδόσεις Βήτα medical arts, Αθήνα 1994, Σελ. 73-75, 81-86.
28. **Μπαρμπουνάκη Ε.:** «Χημειοθεραπεία», Έκδοση 2^η, Εκδόσεις Βήτα medical arts, Αθήνα 1989, Σελ. 12-20, 31-33, 36-37.
29. **Engram Β.:** «Νοσηλευτική Φροντίδα στην Παθολογία και Χειρουργική», Μετάφραση-Επιμέλεια Καραχάλιος Γ., Έκδοση 3^η, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1997, Σελ. 659, 662.
30. **Γιαννοπούλου Α.:** «Διλλήματα και προβληματισμοί στην σύγχρονη νοσηλευτική», Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ένωσης Αδελφών Νοσοκόμων «ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1990, Σελ. 15.
31. **Τζαμάκου Ε. - Παππά Θ. - Γιαννοπούλου Α. κ.ά. συνεργάτες:** «Η σημασία της επικοινωνίας στην Νοσηλευτική Ογκολογία - Κατ' οίκον Νοσηλεία - Η αλήθεια στην άρρωση», Πρακτικά 4^{ου} Μετεκπαιδευτικού Συνεδρίου Κλινικής Ογκολογίας, Ηράκλειο Κρήτης, 1997.
32. **Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας:** «Η αντιμετώπιση του πόνου», Εκδόσεις Βήτα medical arts, Αθήνα 1993, Σελ. 38-42, 44, 49.
33. **Kubler - Ross Ε.:** «Θάνατος - Το τελικό στάδιο της εξέλιξης», Μετάφραση-Επιμέλεια Μιχαηλίδης Κ. - Βραχάς Φ., Εκδόσεις Ταμασός, Αθήνα 1981, σελ. 35-36, 49.

34. **Corkle R. - Gernino B.:** «*What nurses need to know about home care*», Oncology Nurse Issue 4, Boston 1983, p. 63.
35. **Maloney L. - Preston F.:** «*An overview of home care for patients with cancer*», Oncology Nurse Issue 19, Boston 1992, p. 75.
36. **Lokich J.:** «*The delivery of cancer chemotherapy by continuous venus infusion*», Cancer Issue 50, London 1982, p. 2731.
37. **Creighton H.:** «*Legal problems of home care nurses*», Nursing Issue 20, 1981, p. 30.
38. **Gillon J. J.:** «*Problemes Poser parles handicape's en médecine du travail*», Encyclopedie Medicochirurgicale Intantane's Medicany, Paris 1981, pp. 75-76.
39. **Raven R. W.:** «*Rehabilitation Care in Cancer*», Third Edition, Parthenon Publishing, Lancashire and New York 1986, p. 115.
40. **Fink D. - Knawer W. - Charrete E. - Glancy J. - Stearns N. - Vergo I.:** «*Rehabilitation of the cancer society*», Second Edition, Massachusetts division, Boston 1986, p. 428.
41. **Ρηγάτος Γ.:** «*Εισαγωγή στην Ψυχοκοινωνική Ογκολογία*», Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1985, Σελ. 407-408, 410.
42. **Σαββοπούλου Γ.:** «*Διερευνητική μελέτη των προβλημάτων και αναγκών των ασθενών με κολοστομία σε χειρουργηθέντα καρκίνο του παχέος εντέρου*», Διδακτορική διατριβή, Αθήνα 1991, Σελ.94-95.
43. **Κυριακίδου Ε.:** «*Κοινοτική Νοσηλευτική*», Αθήνα 1995.

