

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

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ  
ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ**

**«ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ  
ΛΕΦΑ ΒΑΡΒΑΡΑ  
(ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ)**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ :  
ΣΑΚΑΡΕΛΗ ΕΙΡΗΝΗ**

**ΠΑΤΡΑ 1999**

ΑΡΙΘΜΟΣ | 2923  
ΣΕΛΑΔΑ ΗΞ

*Πριν αναλύσω το θέμα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας,  
θα ήθελα να ευχαριστήσω πρώτα από όλους,  
τους γονείς μου που με βοήθησαν και υποστήριζαν όλα αυτά τα χρόνια,  
καθώς και την καθηγήτρια μου, κα. Λέφα Βαρβάρα  
που με τις παρεμβάσεις της συνετέλεσε αποφασιστικά,  
να φέρω εις πέρας την πτυχιακή μου εργασία.*

*Επίσης και τον κ. Κουρούνη Γεώργιο, Επίκουρο καθηγητή  
της Μαιευτικής – Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Πατρών,  
ο οποίος με βοήθησε σημαντικά, προσφέροντας το σύγγραμμα του  
«Παθολογία – Τραχήλου – Μήτρας - Κολποσκόπηση».*



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
---------------	---

### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup></b>	1. Στοιχεία Ανατομίας Του Γυναικείου Γεννητικού Συστήματος.....	9
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup></b>	2. Στοιχεία Φυσιολογίας :	
	2.1 Μήτρα.....	18
	2.2 Τράχηλος.....	21
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup></b>	3. Επιδημιολογία Του Καρκίνου Του Τραχήλου Της Μήτρας.....	25
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup></b>	4. Μορφές Του Τραχηλικού Καρκίνου Της Μήτρας :	
	4.1 Καλοήθεις Όγκοι.....	28
	4.2 Κακοήθεις Όγκοι.....	30
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup></b>	5. Σταδιοποίηση.....	34
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup></b>	6.1 Ιστογένεση.....	37
	6.2 Προκαρκινωματώδεις Βλάβες.....	38
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup></b>	7. Αιτιολογικοί - Προδιαθεσιακοί Παράγοντες.....	40
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup></b>	8.1 Κλινικές Εκδηλώσεις.....	48
	8.2 Μεταστάσεις.....	50
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup></b>	9.1 Ανοσολογία.....	52
	9.2 Διάγνωση : Α. Εκτίμηση Της Κατάστασης Της Ασθενούς.....	53
	Β. Διαγνωστικές Μέθοδοι.....	61
	9.3 Διαφορική Διάγνωση.....	77
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup></b>	10.1 Θεραπεία.....	79
	10.1.1 Θεραπεία Ανά Στάδιο Ταξινόμησης.....	79
	10.1.2 Χειρουργική Θεραπεία :	
	10.1.2α Είδη Χειρουργικής Θεραπείας.....	84

	10.1.2β Προϋποθέσεις Χειρουργικής Θεραπείας.....	88
	10.1.2γ Επιπλοκές Χειρουργική Θεραπείας.....	89
	10.1.3 Ακτινοθεραπεία.....	95
	10.1.3α Ενδοκοιλιακή Ακτινοβολία.....	98
	10.1.3β Εξωτερική Ακτινοβολία.....	100
	10.1.3γ Επιπλοκές Ακτινοθεραπείας.....	102
	10.1.4 Μικτή Θεραπεία.....	105
	10.1.5 Άλλες Μορφές Θεραπείας :	
	10.1.5α Χημειοθεραπεία.....	106
	10.1.5β Θεραπεία Με Ιντερφερόνη Άλφα.....	107
	10.1.5γ Ορμονική Θεραπεία Υποκαταστάσεως.....	109
	10.1.5δ Αντιμετώπιση Άλγους Σε Προχωρημένο Στάδιο Καρκίνου.....	109
	10.2 Πρόγνωση.....	111
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11<sup>ο</sup></b>	11.1 Παρακολούθηση Του Καρκίνου Του Τραχήλου Μετά Τη Θεραπευτική Αντιμετώπιση. ....	112
	11.2 Υποτροπή.....	112
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12<sup>ο</sup></b>	12 Πρόληψη – Πρώιμη Ανίχνευση Του Καρκίνου Του Τραχήλου.....	114
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13<sup>ο</sup></b>	13.1 Καρκίνος Τραχήλου Στην Εγκυμοσύνη.....	115
	13.2 Καρκίνος Τραχηλικού Κολοβάματος.....	117
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14<sup>ο</sup></b>	14 . Ειδικά Νοσοκομεία Για Τον Καρκίνο.....	119

### **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

	<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>125</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup></b>	1. Νοσηλευτική Φροντίδα Κατά Τις Διαγνωστικές Εξετάσεις.....	127
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup></b>	2. Νοσηλευτική Φροντίδα Κατά Τη Χειρουργική Θεραπεία.....	132
	2.1 Προεγχειρητική Φροντίδα.....	132
	2.2 Μετεγχειρητική Φροντίδα.....	140
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup></b>	3. Νοσηλευτική Φροντίδα Κατά Την Ακτινοθεραπεία.....	151
	3.1 Εξωτερική Ακτινοθεραπεία.....	151

	3.3 Νοσηλευτική Φροντίδα Κατά Τις Επιπλοκές Της Ακτινοθεραπείας.....	160
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup></b>	4. Νοσηλευτική Φροντίδα Κατά Τη Χημειοθεραπεία.....	162
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup></b>	5. Νοσηλευτική Φροντίδα Σε Υποτροπή Του Καρκίνου Του Τραχήλου Της Μήτρας.....	172
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup></b>	6. Νοσηλευτική Αντιμετώπιση Ειδικών Προβλημάτων.....	176
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup></b>	7. Αλήθεια Και Ασθενής Με Καρκίνο.....	183
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup></b>	8. Ψυχολογικά Προβλήματα Ασθενούς Με Καρκίνο.....	190
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup></b>	9. Αποκατάσταση Ασθενούς Με Καρκίνο.....	194
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup></b>	10. Νοσηλεία Στο Σπίτι Για Καρκινοπαθείς.....	197
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11<sup>ο</sup></b>	11. Νοσηλευτική Φροντίδα Στα Τελικά Στάδια Της Ζωής Ασθενούς Με Καρκίνο.....	199
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12<sup>ο</sup></b>	12. Ρόλος Νοσηλεύτριας Στην Πρόληψη Του Καρκίνου Του Τραχήλου Της Μήτρας .....	201
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13<sup>ο</sup></b>	13. Το Μέλλον Της Ογκολογικής Νοσηλευτικής.....	203
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14<sup>ο</sup></b>	14. Περιπτώσεις Ασθενών Με Καρκίνο Τραχήλου Μήτρας Και Παροχή Νοσηλευτικής Φροντίδας Με Τη Μέθοδο Της Νοσηλευτικής Διεργασίας:	
	14.1 Α' Περιστατικό:	
	Ιστορικό Ασθενούς.....	205
	Νοσηλευτική Διεργασία.....	208
	14.2 Β' Περιστατικό:	
	Ιστορικό Ασθενούς .....	244
	Νοσηλευτική Διεργασία.....	247

\*~\*~\*

<b>Περίληψη.....</b>	<b>266</b>
<b>Παράρτημα.....</b>	<b>268</b>
<b>Βιβλιογραφία.....</b>	<b>275</b>

***«Τί με δεί ποιείν ἵνα σωθῶ ;»***

***Πράξεις των Αποστόλων, ΙΣΤ', 30***



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα νεοπλάσματα, έχουν περιγραφεί από τα πρώτα βήματα της ιατρικής και μάλιστα από τον Ιπποκράτη και τον Γαληνό που πρώτοι ονόμασαν τα κακοήθη νεοπλάσματα καρκίνο. Η ονομασία αυτή, προήλθε από την εικόνα του νεοπλάσματος, η οποία χαρακτηρίζεται από τη διάταξη των αγγείων και των φλεβών, γύρω από τον όγκο μια διάταξη που μοιάζει με τον καρκίνο, τον κάβουρα της θάλασσας. Ακόμη, η ονομασία καρκίνος (κάβουρας), παρουσιάζει τον πόνο από τον καρκίνο όμοιο με αυτόν που δοκιμάζει κάποιος, όταν τον δαγκώνει ο κάβουρας.

«Επι δε των τιθών είδομεν πολλάκις ακριβώς όγκον όμοιον καρκίνω ζωω. Καθαπερ γαρ επ'εκείνον πόδες εκατέρωθεν εισί του σώματος ούτω και επί τούδε του πάθους αι φλέβας αποτεταμένοι του πάρα φύσιν όγκου το σχήμα καρκίνω παραπλήσιον εργάζονται». Γαληνός.

Ο καρκίνος εμφανίζεται τόσο στους άνδρες, όσο και στις γυναίκες με την ίδια συχνότητα. Στις γυναίκες ένας από τους πιο συχνούς καρκίνους, είναι του τραχήλου της μήτρας, ο οποίος είναι τρίτος σε συχνότητα μετά τον καρκίνο του μαστού και του ενδομητρίου.

Η λέξη, ίσως τρομάζει τις περισσότερες γυναίκες, πρέπει όμως οι ειδικοί, γιατροί και νοσηλεύτες, να καταστήσουν σαφές ότι είναι, πιθανόν, η μοναδική μορφή καρκίνου που μπορεί να διαγνωστεί έγκαιρα, με συνέπεια τα ποσοστά ίασης να είναι υψηλά.

Σ'αυτή την εργασία, βασικός σκοπός είναι να αναφερθούν όλοι οι παράγοντες που προδιαθέτουν σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και κυρίως, η σπουδαιότητα των διαγνωστικών εξετάσεων με πρώτη απ' όλες το test-Pap. Επίσης, να επισημανθούν όλες οι θεραπευτικές επιλογές και να τονιστεί η σπουδαιότητα της ενημέρωσης και της ευαισθητοποίησης της ίδιας

της γυναίκας. Απέναντι σ'αυτή τη νόσο, παράλληλα κρίνεται αναγκαίο να αναφερθεί και ο σημαντικός ρόλος της νοσηλεύτριας-τη από την ανίχνευση της νόσου, μέχρι και τη θεραπεία ή ακόμα και το τελικό της στάδιο.

**ΓΕΝΙΚΟ  
ΜΕΡΟΣ**

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1

### 1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας, αποτελείται από τα έξω και έσω γεννητικά όργανα.

Το σύνολο των έξω γεννητικών οργάνων του θηλέως, αποτελεί το αιδοίο. Αυτό βρίσκεται μεταξύ των ριζών των μηρών. Τα έξω γεννητικά εκλείονται από τα μεγάλα χείλη, τα οποία εκτείνονται από τα άνω από το εφηβαίο και ενώνονται προς τα κάτω από πτυχή, η οποία καλείται οπίσθιος σύνδεσμος. Τα μικρά χείλη βρίσκονται εντός των μεγάλων. Το πρόσθια άκρα τους συνδέονται με το στητικό όργανο, την κλειτορίδα βρίσκεται το έξω στόμιο της ουρήθρας και κάτω από αυτό υπάρχει το στόμιο του κολέου. Το στόμιο αυτό είναι μικρότερο στις ανύπαντρες γυναίκες και καλύπτεται από υμένα που ονομάζεται παρθενικός υμένας.

Εκατέρωθεν του στομίου του κολέου, εκβάλλουν οι αδένες του προδρόμου, βαρθολίνειοι αδένες. Αυτοί μεγέθους μικρού φασολιού, βρίσκονται αντίστοιχως προς το οπίσθιο τμήμα των μεγάλων χειλέων.

Ο ιστός μεταξύ των έξω γεννητικών οργάνων και του πρωκτού (δακτυλίου), καλείται περινέο<sup>1</sup>.

Τα έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας είναι οι δυο ωοθήκες, οι δυο ωαγωγοί ή σάλπιγγες, ή μήτρα και ο κολεός, ή κόλπος και βρίσκονται μέσα στην ελάσσονα πύελο.

Κάθε μια ωοθήκη κρέμεται με μια περιτοναϊκή πτυχή, το μεσοθήκιο, από τα οπίσθια επιφάνεια του πλατέος συνδέσμου της μήτρας. Στηρίζεται, επίσης με τον κρεμαστήρα-σύνδεσμο της ωοθήκης που φέρει και τα αγγεία της και με τον ίδιο μητρωθημικό σύνδεσμο. Βρίσκεται ενδοπεριτοναϊκά, στο πλάγιο τοίχωμα της ελάσσονος πύελου, στον ωοθηκικό βόθρο που αφορίζεται μπροστά από την ομφαλική αρτηρία και πίσω από τη μητρίαία αρτηρία και

τον ουρητήρα. Πίσω από τον πυθμένα του βόθρου περνάνε τα θυροειδή αγγεία και νεύρα.

Κάθε ένας **ωαγωγός (σάλπιγγα)**, βρίσκεται ενδοπεριτοναϊκά στο άνω, ελεύθερο χείλος του πλατέος συνδέσμου της μήτρας. Το μεταξύ του ελεύθερου χείλους και του μεσσωθήκιου, τμήμα του πλατέους συνδέσμου, λέγεται μεσσοσαλπίγγιο. Ο ωαγωγός, είναι σχετικά κινητός γιατί στηρίζεται μόνο με το μητραίο άκρο του (αυτό που εκβάλλει στην γωνία του πυθμένα της μήτρας). Λόγω της πρόσθιας κάμψης και πρόσθιος έγκλισης της μήτρας, ο ωαγωγός φέρεται προς τα εμπρός και μεταξύ της ουροδόχου κύστης αφ'ενός και της μήτρας μετά των πλατέων συνδέσμων αφ'έτερου σχηματίζεται το κυστεομητρικό κόλπωμα του περιτοναίου. Το κοιλιακό άκρο του ωαγωγού, πλησιάζει και εφάπτεται στην ωοθήκη<sup>2,3</sup>.

Ο **κολεός** παριστά ινομυώδη σωλήνα που καλύπτεται από βλεννογόνο υμένα. Το μήκος αυτού ανέρχεται σε 8-10 cm και εκτείνεται από τον τράχηλο της μήτρας μέχρι το αιδοίο. Η περιοχή του αυλού του κολέου που περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας χωρίζεται για περιγραφικούς λόγους στον πρόσθιο αβαθή και στον οπίσθιο βαθύ. Ο κόλπος φέρεται λοξά από πάνω προς τα κάτω, πίσω από την ουροδόχο κύστη και μπροστά από το απευθυσμένο. Στηρίζεται στη θέση του από τα παρακείμενα όργανα μετά των οποίων συμφύεται, κυρίως όμως στηρίζεται από τους μύες του πυελικού εδάφους και πρώτιστα από τον ανελκυστήρα του πρωκτού, ο οποίος περιβάλλει και συγκρατεί τον κολεό<sup>1,4</sup>.

Η **μήτρα** έχει σχήμα αχλαδιού αποπλατυσμένου και χρησιμεύει για την ανάπτυξη του γονιμοποιημένου ωαρίου σε έμβρυο. Ο βλεννογόνος της μήτρας διατρέφει και αναπτύσσει το έμβρυο, οι μύες της προσαρμόζονται στην αύξηση του μεγέθους του εμβρύου και τελικά, δίνουν την κινητήρια δύναμη για την προώθηση του κυήματος κατά τον τοκετό.

Το παχύτερο τμήμα της που είναι πλατύτερο κατά την εγκάρσια διάμετρο, στρέφεται προς τα άνω και εμπρός, ενώ το λεπτότερο κάτω τμήμα προς τα κάτω. Η μήτρα χωρίζεται σε τρία μέρη, από

πάνω προς τα κάτω: τον **πυθμένα**, το **σώμα** και τον **τραχήλο**. Το σώμα της μήτρας εμφανίζει πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια και δυο πλάγια χείλη. Ο πυθμένας, βρίσκεται πάνω από νοητή γραμμή που ενώνει την εκβολή των δυο ωαγωγών. Όριο μεταξύ σώματος και τραχήλου είναι μια στενή μοίρα μήκους 1 cm, ο ισθμός.

Η κοιλότητα (του σώματος) της μήτρας, αντιστοιχεί στον πυθμένα και το σώμα. Στο κατά μέτωπο επίπεδο έχει τριγωνικό σχήμα, του οποίου η κορυφή αντιστοιχεί στον ισθμό, στο έσω στόμιο του τραχήλου της μήτρας<sup>1</sup>.

Η μήτρα βρίσκεται μεταξύ ουροδόχου κύστης και ορθού, στον υποπεριτοναϊκό χώρο της ελάσσονος πυέλου και στηρίζεται από τον ανελκυστήρα μυ του πρωκτού και τρεις συνδέσμους που αποτελούν παχύνσεις της πυελικής περιτονίας. Επίσης, από τους ιερομητρικούς συνδέσμους και μυς που αποτελούν το υπόθεμα των ευθυμητρικών πτυχών του περιτοναίου. Κάτω από τις ευθυμητρικές πτυχές, μεταξύ μήτρας (και κολέου) και ορθού σχηματίζεται το ευθυμητρικό κόλπωμα του περιτοναίου (χώρος του Douglas). Άλλο στήριγμα της μήτρας, αποτελούν οι στρογγυλοί σύνδεσμοι (δεξιός, αριστερός) που ελκύουν τη μήτρα προς τα εμπρός-πρόσθια κάμψη και έγκλιση αυτή. Κάθε ένας στρογγυλός σύνδεσμος, εκφύεται από την πλάγια γωνία του πυθμένα της μήτρας, κοντά στη θέση όπου καταφύεται ο ίδιος ο σύνδεσμος της ωοθήκης, πίσω από τον ωαγωγό. Κατά την κύηση, ο στρογγυλός σύνδεσμος μεγαθύνεται και επιμηκύνεται προοδευτικά και δρουν σαν ισχυρό «χαλινάρι» στη μήτρα<sup>2,4</sup>.

Το σώμα της μήτρας περιβάλλεται από περιτόναιο από μπροστά, στον πυθμένα και στην οπίσθια επιφάνεια. Το περιτόναιο μεταξύ ουροδόχου κύστης και μήτρας, σχηματίζει το κυστεομητρικό κόλπωμα και μεταξύ μήτρας και ορθού το ευθυμητρικό κόλπωμα (χώρο του Douglas).

Το τοίχωμα της, αποτελείται από τρεις χιτώνες, από έσω προς τα έξω: το ενδομήτριο (βλεννογόνο), το μυομήτριο (μυϊκό χιτώνα) και το περιμήτριο (ορογόνο). Το ενδομήτριο έχει μήκος 2-8

mm. Στην κοιλότητα της μήτρας είναι λείο, ενώ στον τραχηλικό σωλήνα είναι τράχύτερο και παρουσιάζει φοινικοκοκοειδείς πτυχές. Εδώ υπάρχουν οι αδένες του τραχήλου που παράγουν την προστατευτική βλέννα. Το μυομήτριο έχει πάχος 2 περίπου cm και εμφανίζεται ακαθόριστα τρίστιβο. Η μέση στιβάδα του περιέχει πολλά αγγεία. Το περιμήτριο είναι το περιτόναιο που περιβάλλει τη μήτρα και προσφύεται στο μυομητρικό. Εκατέρωθεν της μήτρας σχηματίζει τους πλατείς συνδέσμους της. Το υπερκολεϊκό τμήμα του τραχήλου της μήτρας δεν καλύπτεται πλήρως από το περιτόναιο.

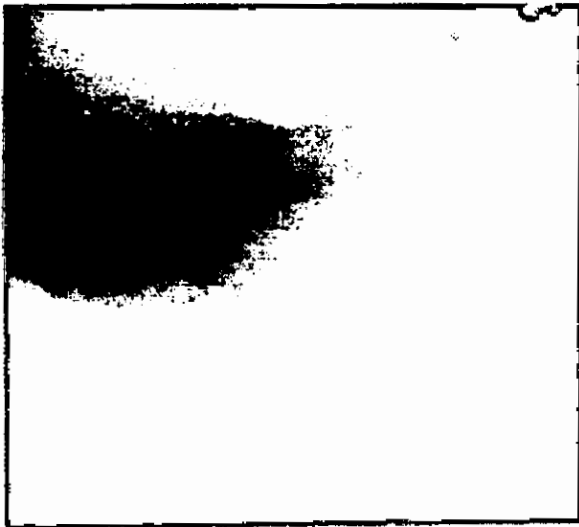
Το μέγεθος και η θέση της μήτρας καθορίζεται με διάφορες μεθόδους η συχνότερη είναι η αμφίχειρη εξέταση. Στο νεογνό η μήτρα είναι κυλινδροειδής, μήκους 3,5 cm περίπου και στα παιδιά ο τράχηλος είναι μεγαλύτερος από το σώμα και δεν προβάλλει ο πυθμένας. Το τυπικό σχήμα της μήτρας της ενήλικης γυναίκας αποκτάται μετά την ήβη. Η μήτρα της ενήλικης, από το έξω στόμιο του τραχήλου μέχρι τον πυθμένα, έχει μήκος γύρω στα 5,5 cm. Στα γηρατειά η μήτρα και περισσότερο ο τράχηλος, ατροφεί.

**Ο τράχηλος της μήτρας**, εμφανίζει υπερωσλειϊκή μοίρα που βρίσκεται πάνω από τον κολεό και ενδοκολεϊκή που εισέχει μέσα στο άνω τμήμα του κολεού.

Η κοιλότητα του τραχήλου της μήτρας (τραχηλικός σωλήνας) έχει ένα έξω στόμιο (έξω στόμιο μήτρας) που εκβάλλει στην ενδοκολεϊκή μοίρα του τραχήλου και στρέφεται προς το οπίσθιο τοίχωμα του κολεού. Στην άτοκη γυναίκα το στόμιο αυτό απλώς υποσημαίνεται, αλλά μετά τον τοκετό φαίνεται σαν εγκάρσια σχισμή με πρόσθιο και οπίσθιο χείλος. Από το στόμιο αυτό προβάλλει συχνά ένα βλεννώδες βύσμα που προφυλάσσει την κοιλότητα της μήτρας από ανιούσες μολύνσεις και διευκολύνει την είσοδο των σπερματοζωαρίων στην κοιλότητα της μήτρας. Η ενδοκολεϊκή μοίρα του τράχηλου έχει σκοτεινέρυθρη χροιά με ευδιάκριτα ερυθρά στίγματα, τις ψευδοδιαβρώσεις που οφείλονται σε νησίδες τραχηλικού επιθηλίου. Στο τοίχωμα του τραχήλου υπάρχει φλεβώδες πλέγμα<sup>2</sup>.

Ιστολογικά, ο τράχηλος καλύπτεται κανονικά από ένα πολύ-σταβο πλακώδες επιθήλιο 0.5 mm πάχους που περιέχει γλυκογόνο και που ορίζεται σαν ομαλό ή αυθεντικό πλακώδες επιθήλιο. Εκτείνεται από το σημείο συνένωσης πλακώδους – κυλινδρικού επιθηλίου (ζώνη μετάπτωσης) και καλύπτει τον εξωτράχηλο, τους κολπικούς θόλους και τον κόλπο. Το κυλινδρικό επιθήλιο (συνώνυμο του αδενικού) είναι σε ένα στίχο κυττάρων, παράγει βλέννα και καλύπτει τον ενδοτράχηλο με τους αδένες του. Προς τα πίσω συνέχεται με το ενδομήτριο και προς τα εμπρός με το αυθεντικό πλακώδες επιθήλιο ή το μεταπλαστικό πλακώδες επιθήλιο. Στις περισσότερες γυναίκες κατά την διάρκεια της αναπαραγωγικής ζωής, το σημείο συνένωσης μεταξύ πλακώδους και κυλινδρικού επιθηλίου βρίσκεται στο έξω τραχηλικό στόμιο. Έτσι το κυλινδρικό επιθήλιο εκτείνεται από τον ενδοτραχηλικό σωλήνα προς τον εξωτράχηλο. Το μεταπλαστικό επιθήλιο, βρίσκεται κάτω από το κυλινδρικό και σχηματίζεται από στιβάδες κυβοειδών κύτταρων<sup>5</sup>.

#### Φυσιολογικός τράχηλος



Φυσιολογικός τράχηλος  
(Συνένωση πλακώδους-κυλινδρικού επιθηλ)



## Σχέσεις

### > Πρόσθιες

Το σώμα της μήτρας σχετίζεται προς τα πίσω με το ευθημητρικό κόλπωμα, μέσα στο οποίο βρίσκονται έλικες του ειλεού ή το σιγμοειδές κόλο.

### > Οπίσθιες

Το σώμα της μήτρας σχετίζεται προς τα πίσω με το ευθημητρικό κόλπωμα, μέσα στο οποίο βρίσκονται έλικες του ειλεού ή το σιγμοειδές κόλο.

### > Πλάγιες

Το σώμα της μήτρας, έρχεται σε σχέση προς τα πλάγια με τον πλατύ σύνδεσμο και τη μητριάια αρτηρία και φλέβα. Το υπερκολεϊκό μέρος του τραχήλου, έρχεται σε σχέση με τον ουρητήρα, καθώς αυτός πορεύεται προς τα εμπρός για να εισέλθει στην ουροδόχο κύστη. Το ενδοκολεϊκό μέρος του τραχήλου σχετίζεται με τον πλάγιο θόλο του κολεού. Οι αγωγοί εισέρχονται στο τοίχωμα της μήτρας και οι στρογγυλοί σύνδεσμοι της ωοθήκης και της μήτρας, προσφύονται στο τοίχωμα της μήτρας, ακριβώς κάτω από το επίπεδο αυτό<sup>4</sup>.

## ΑΓΓΕΙΩΣΗ

### ◆ Αρτηρίες

Η αιμάτωση της μήτρας, γίνεται από τις **μητριάιες αρτηρίες**. Αυτές αποτελούν τους μεγαλύτερους κλάδους των πρόσθιων κλάδων των εσωτερικών λαγόνιων αρτηριών. Είναι δυνατό να εκφύονται όχι από τον πρόσθιο κλάδο, αλλά από

την ίδια την εσωτερική λαγόνιο, με κοινό στέλεχος και να διχάζονται μετά την έκφυση τους. Ακόμα, είναι δυνατό η μητριάια αρτηρία να αποτελεί κλάδο της κάτω κυστικής (κλάδου της εσωτερικής λαγόνιας).

Οι μητρικές αρτηρίες πορεύονται στον πλάγιο πυελικό τοίχωμα, έχοντας προς τα μέσα τους ουρητήρες. Φτάνουν στη βάση των πλατέων συνδέσμων και διασταυρώνονται με τους ουρητήρες σε απόσταση 1.5-2 cm από τα πλάγια χείλη του τραχήλου, στο ύψος του εσωτερικού τραχηλικού στομίου. Στο σημείο αυτό χορηγούνται τραχηλικούς και κοιλιακούς κλάδους.

#### ♦ **Φλέβες**

Μητροκολπικό πλέγμα. Αυτό βρίσκεται ανάμεσα από τα πέταλα του πλατέος συνδέσμου, αναστομώνεται με τις ωθηκικές φλέβες και φέρνει με τις μητριάιες φλέβες το αίμα στις εσωτερικές λαγόνιες φλέβες.

#### ♦ **Λεμφαγγεία**

Τα λεμφαγγεία από τον τράχηλο ακολουθούν τρεις κατευθύνσεις:

Με την πρώτη περνάνε μέσα από το χαλαρό συνδετικό ιστό που βρίσκεται στη βάση των πλατέων συνδέσμων, δίπλα στα μητριάια αγγεία και φτάνουν στους εσωτερικούς λαγόνιους λεμφαδένες. Από τους εσωτερικούς λαγόνιους λεμφαδένες, η λέμφος μεταφέρεται στους λεμφαδένες των κοινών λαγόνιων αρτηριών και στη συνέχεια στους λεμφαδένες της αορτής.

Με τη δεύτερη κατεύθυνση τα λεμφαγγεία από τον τράχηλο της μήτρας περνάνε μέσα στις πτυχές που σχηματίζουν οι ιερομητριάιοι σύνδεσμοι και αποχετεύουν τη λέμφο στους προϊερούς και παραορθικούς λεμφαδένες και από αυτούς στους κάτω αορτικούς.

Με την Τρίτη κατεύθυνση η λέμφος από τον τράχηλο της μήτρας φέρεται ιποσθοπεριτοναϊκά στους εσωτερικούς λαγόνιους λεμφαδένες.

Μερικά λεμφαγγεία του τραχήλου μεταφέρουν τη λέμφο τους σε ομάδα λεμφαδένων που βρίσκεται στην επιφάνεια των εσωτερικών θυρεοειδών μυών.

## **ΝΕΥΡΩΣΗ**

### ▪ **Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα**

Το άνω τμήμα του κόλπου, ο τράχηλος, η μήτρα, οι σάλπιγγες και οι ωθήκες νερώνονται αποκλειστικά από το Α.Ν.Σ (συμπαθητικό, παρασυμπαθητικό).

Το συμπαθητικό σύστημα κατανέμεται στην πύελο μέσα από τρεις οδούς: α) μερικές ίνες ακολουθούν τα γάγγλια του συμπαθητικού, β) άλλες ίνες ακολουθούν τα ωθηκικά και αιμορροϊδικά αγγεία, γ) άλλες ίνες, που είναι και οι περισσότερες, κατεβαίνουν από το παραορτικό πλέγμα στο μεσολαγόνιο (προϊερό ή άνω υπογάστριο), το οποίο βρίσκεται μπροστά στο ακρωτήριο των μαιευτήρων. Στην είσοδο της πυέλου διαιρείται σε δυο δεσμίδες οι οποίες κατέρχονται στην πύελο και μεταβαίνουν στο κάτω υπογάστριο ή πυελικό πλέγμα.

### ♦ **Πυελικό πλέγμα**

Αυτό βρίσκεται στην πυελική κοιλότητα, διπλά στο ορθό, πάνω από τα ιερά τμήματα και μέσα στο παραορθικό ινολιπώδη ιστό. Ύστερα, πορεύεται προς τα εμπρός μέσα στον ιστό των ιερομητριάων συνδέσμων. Εκεί, διχάζεται σε πρόσθιους κλάδους για τη βάση της ουροδόχου κύστης και την ουρήθρα και σε οπίσθιους για τον πυθμένα της μήτρας, τον τράχηλο, τον κόλπο τον ορθοσιγμοειδές και τον πρωκτό.

Το παρασυμπαθητικό σύστημα, εισέρχεται στην πύελο με τις 12 – 14 ρίζες και οι προγαγγλιακές του ίνες διανέμονται στα σπλάχνα μέσω του πυελικού πλέγματος.

Οι αισθητικές ίνες φέρονται με το συμπαθητικό στο νωτιαίο μυελό, γιαυτό πόνος από την μήτρα γίνεται αισθητός στο υπογάστριο. Αντίθετα πόνος στον τράχηλο, φέρεται στο νωτιαίο μυελό από παρασυμπαθητικές ίνες των ιερομητριάων συνδέσμων προς τα 12-14 νευροτομία, γιαυτό γίνεται αισθητός στην οσφυϊκή χώρα.

Συνοπτικά, η νεύρωση της μήτρας, γίνεται από το μητροκολπικό πλέγμα που βρίσκεται ανάμεσα από τον τράχηλο και τους κολπικούς θόλους. Το μεγαλύτερο γάγγλιο του πλέγματος αυτού, περιγράφεται ως τραχηλικό γάγγλιο του Frankenhauser<sup>6</sup>.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2

### 2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

#### 2.1 ΜΗΤΡΑ

Το μυομήτριο στο σύνολο του, υφίσταται τις επιδράσεις των καθηκόντων ορμονών.

Σε φυσιολογικό ωοθηκικό κύκλο, το μυϊκό τοίχωμα του ανωτέρου τμήματος της μήτρας ανταποκρίνεται με αυξημένη τονικότητα, συσταλτικότητα και ερεθισιμότητα κατά την πρώτη φάση – της οιστρογονικής δράσεως – ενώ αντίθετα, ο τόνος του σφιγκτήρα του ισθμικού τμήματος της μήτρας είναι αισθητά μειωμένος.

Μετά την ωοθυλακιορρηγία, κατά τη δεύτερη φάση – της οιστρογονοπρογεστερονικής δράσεως – το μυομήτριο ηρεμεί για να δεχθεί και να φιλοξενήσει το τυχόν γονιμοποιημένο ωάριο, το οποίο σε αντίθετη περίπτωση, είναι πολύ πιθανό ότι θα αποβληθεί. Στη φάση αυτή, το μυομήτριο εμφανίζει ελαττωμένη τονικότητα, συσταλτικότητα και ερεθισιμότητα, ενώ αντίθετα ο τόνος του σφιγκτήρα του ισθμικού τμήματος, είναι πολύ αυξημένος.

**Ιστολογικά ευρήματα σε φυσιολογικό κύκλο.** Το ενδομήτριο, υφίσταται μεταβολές κατά τη διάρκεια του φυσιολογικού γεννητικού κύκλου, ανάλογα προς τη δράση των ωοθηκών ορμονών, στις οποίες φυσιολογικά πρέπει να ανταποκρίνεται πλήρως. Διακρίνονται τρεις φάσεις των μεταβολών αυτών: η **παραγωγική**, η οποία δημιουργείται υπό την επίδραση των οιστρογόνων, η **εκκριτική** που δημιουργείται από την επίδραση της προγεστερόνης παρουσία των οιστρογόνων και η **αιμορροϊκή ή εμμηνορρυσιακή**, η οποία προκαλείται από απότομη πτώση των αμφοτέρων ωοθηκών ορμονών.

**Παραγωγική φάση.** Αρχίζει με τη λήξη της εμμήνου ρύσεως και διακρίνει μέχρι την ωοθυλακιορρηγία, περίπου μέχρι τη 14<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου, σε φυσιολογικό κύκλο 28 ημερών. Η αναγέννη-

σης, όμως του ενδομητρίου, αρχίζει από την επίδραση των οιστρογόνων, ενώ νέο καλυπτικό επιθήλιο παρατηρείται από την 3<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου.

Όσο προχωρεί η παραγωγική φάση, το ενδομήτριο καθίσταται παχύτερο, λόγω αύξησης του αριθμού και του μεγέθους των αδενίων, τα οποία γίνονται ελικοειδή και ελαφρώς κολπώδη. Τα αδενικά κύτταρα βρίσκονται ψηλότερα, ενώ η πυρήνας κοντά στη βάση. Προς το τέλος της παραγωγικής φάσης, οι αδένες γίνονται περισσότερο ευμελέθεις και ελικοειδείς, τα δε κύτταρα αυτών, περιέχουν αλκαλική φωσφατάση.

Η διάρκεια της παραγωγικής φάσης δεν είναι σταθερή στους βραχείς κύκλους είναι μικρότερη, ενώ στους κύκλους πάνω από 28 μέρες, μακριότερη.

**Εκκριτική φάση.** Μετά την ωοθυλακιορρηγία, από την 13<sup>η</sup> – 15<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου, το ενδομήτριο υφίσταται περαιτέρω μεταβολές λόγω της επιπρόσθετης επίδρασης, της υπό του ωχρού σωματίου εκκρινόμενης προγεστερόνης.

Πρώτη εκδήλωση της επελθούσης ωοθυλοκκιορρηξίας, είναι η παρουσία στο ενδομήτριο των υποπυρηνικών κενοτοπίων που είναι διαυγής χώρος, σχηματιζόμενος στη βάση του αδενικού κυττάρου από την απώθηση του πυρήνα προς τον αυλό του αδένος.

Συνήθως, τα υποπυρινικά κενοτόπια εμφανίζονται εντός 36 ωρών από την ωοθυλακιορρηξία και η παρουσία τους διαρκεί 4 ημέρες.

Από την 23<sup>η</sup> ημέρα τα αδένια, τα οποία έχουν αυξηθεί σε μήκος, εμφανίζουν αρχή σχηματισμού τοιχώματος «κτενιοειδούς», την 24<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου όλα σχεδόν τα αδένια της λειτουργικής στιβάδας του ενδομητρίου παρουσιάζουν μορφή «κτενιοειδή». Από την 25<sup>η</sup> ημέρα, συνήθως η λειτουργική στιβάδα του ενδομητρίου, διακρίνεται στην επιπολής συμπαγή και στην βαθύτερη σπογγώδη.

Κατά την διάρκεια των τεσσάρων τελευταίων ημερών του κύκλου, η συμπαγής στιβάδα διηθείται από πολυμορφοπύρρηνα και μονοπύρρηνα λευκοκύτταρα. Το επιφανειακό τμήμα του ενδομητρίου χρωματίζεται ασθενέστερα και προσλαμβάνει ψευδοκοκκώδη εμφάνιση.

Αντίθετα προς την παραγωγική, η διάρκεια της εκκριτικής φάσης είναι σχετικά σταθερή: 12-14 ημέρες.

**Αιμορροϊκή ή εμμηνόρρυσιακή φάση.** Σε αποτυχία γονιμοποίησης του ωαρίου και εγκατάστασης αυτού εκδηλώνεται απόπτωση του ενδομητρίου και επέρχεται με την αιμορραγία, το τέλος του γεννητικού κύκλου.

Μία έως τρεις ημέρες πριν την εμμηνόπαυση, προηγείται σύσπασση των ελικοειδών αρτηριδίων και συρρίκνωση του τμήματος του ενδομητρίου που αιματώνεται από τα αρτηρίδια.

Λόγω της παρατεινόμενης ισχαιμίας, εμφανίζονται στην λειτουργική στιβάδα ανώμαλες περιοχές νέκρωσης. Μετά τον σπασμό των ελικοειδών αρτηριδίων, ακολουθεί απότομη χαλάρωση και διεύρυνση του αυλού, με αποτέλεσμα διαπήδηση αίματος από το αλλοιωμένο. Λόγω της ανόγίας, τοίχωμα του ενδομητρίου και τελικά ρήξη αυτού, με επακόλουθο το σχηματισμό μικρού αιματώματος και αιμορραγία.

Το ενδομήτριο αποδιοργανώνεται και αποπίπτει κατά μικρά ή μεγάλα τμήματα. Σε σπάνιες περιπτώσεις αποβάλλεται ολόκληρο, οπότε συνυπάρχει και άλγος-δυσμηνόρροια.

Φυσιολογικά, η εμμηνορρυσία διαρκεί με αυτά τα χαρακτηριστικά και τη διάρκεια, μέχρι την εμμηνόπαυση, χωρίς διακοπές, εκτός βέβαια κατά την κύηση και την γαλουχία.

Όταν επέλθει εμμηνόπαυση, το ενδομήτριο εμφανίζει τη νέου σταθερή κατασκευή. Αυτό ατροφεί βαθμιαία μέχρις ότου λάβει την εικόνα γεροντικού, με ελάχιστα και βραχέα αδένια, επενδυόμενο α-

πό κυβοειδή κύτταρα και από στρώμα, το οποίο τείνει να γίνει ινώδεις, με σπάνια αγγεία<sup>7</sup>.

## **2.2 ΤΡΑΧΗΛΟΣ**

**Τραχηλικό στόμιο.** Υπό την επίδραση των οιστρογόνων και της ώχρινης, παρατηρούνται στο τραχηλικό στόμιο μορφολογικές μεταβολές. Εάν κατά τη διάρκεια φυσιολογικού γεννητικού κύκλου, παρακολουθήσουμε καθημερινά με επισκόπησης το έξω τραχηλικό στόμιο, θα παρατηρήσουμε ότι οι μεταβολές σε άτοκη γυναίκα διακρίνονται σαφώς. Αμέσως μετά την εμμηνορρυσία, δηλαδή από την 5<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου, εμφανίζεται φυσιολογικά στρογγυλό, με ελάχιστο άνοιγμα μεγέθους περίπου φακής. Το άνοιγμα αυτό καθημερινά μεγεθύνεται, για να φθάσει στο διπλάσιο περίπου κατά την προ της ωοθυλακιορρηγίας περίοδο – 14<sup>η</sup> μέρα του κύκλου-, οπότε εκκρίνεται η μεγαλύτερη ποσότητα οιστρογόνων. Δυο μέρες μετά την ωοθυλακιορρησία, το τραχηλικό στόμιο μικραίνει απότομα για να ανοίξει και πάλι 48 ώρες πριν την 28<sup>η</sup> ημέρα, σε μικρότερη όμως διάμετρο.

Οι κυκλικές αυτές μεταπτώσεις που εμφανίζονται στο έξω τραχηλικό στόμιο, παρουσιάζονται και στο έσω.

**Βλεννογόνος του ενδοτραχήλου.** Αποτελείται από τρεις διαφοροποιημένους κυλινδρικούς τύπους κυττάρων, ή λειτουργία των οποίων δεν έχει ακόμη μελετηθεί πλήρως.

Σε φυσιολογικό γεννητικό κύκλο, με φυσιολογική δράση των ωοθηκών ορμονών, παρατηρείται ότι μετά την εμμηνορρυσία και μέχρι την 14<sup>η</sup> ημέρα περίπου του κύκλου, τα κύτταρα πληρούνται προοδευτικά από βλέννα. Από τη 12<sup>η</sup> μέχρι την 15<sup>η</sup> ημέρα περίπου, η εκρινόμενη βλέννα φθάνει στο μεγαλύτερο βαθμό, ενώ μάζες προσφάτως εκκρινόμενης βλέννας, παρατηρούνται στον αυλό των αδενίων και της τραχηλικής κοιλότητας. Από την 18<sup>η</sup> μέχρι την 24<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου η βλέννα μειώνεται σημαντικά. Τέλος από την 24<sup>η</sup> ημέρα μέχρι την έναρξη της πρώτης ημέρας του κύκλου, η βλέννα επαναρχίζει σε μικρή ποσότητα ενώ ο πυρήνας των κυττά-



ρων είναι στρογγυλός. Παρατηρούνται περισσότερο κροσσωτά κύτταρα.

**Τραχηλική βλέννα.** Υπό την επίδραση των ωοθηκικών ορμονών, το τραχηλικό κυλινδρικό επιθήλιο εκκρίνει, όπως ελέχθη, βλέννα καθόλη τη διάρκεια του κύκλου. Αυτή αποτελείται από νερό, γλυκοπρωτεΐνες, πρωτεΐνες, από διάφορες ενζυμικές ουσίες, όπως τρανσαμινάσες, όξινη ή αλκαλική φωσφατάση.

Μακροσκοπική εξέταση. Κατά το φυσιολογικό γεννητικό κύκλο, η τραχηλική βλέννα παρουσιάζει διάφορες αυξομειώσεις.

Κατά την 1<sup>η</sup> ημέρα του κύκλου, η εξωτραχηλική βλέννα είναι λίγη, λευκή και ελαφρώς παχύρρευστη, θολή ή δε ενδοτραχηλική, επίσης λίγη, ελαφρώς παχύρρευστη με νηματοειδή εκτασιμότητα. Από την 11<sup>η</sup> ημέρα εμφανίζεται άφθονη, ενώ από την 12<sup>η</sup> μέχρι την 14<sup>η</sup>, όπου τα τραχηλικό στόμιο είναι ανοικτό, κρέμεται σε μεγάλη αφθονία, είναι τελείως διαυγής, λεπτόρρευστη και με νηματοειδή εκτασιμότητα. Μετά από 2-3- ημέρες, ο τράχηλος κλείνει και πάλι και από την 18<sup>η</sup> μέχρι την 27<sup>η</sup> ημέρα ανευρίσκεται ελάχιστη ποσότητα θολής βλέννας.

Το pH της, σε αντίθεση με το κολπικό έκκριμα, το οποίο είναι όξινο, εμφανίζεται αλκαλικό και κυμαίνεται από 7,5 – 8,0. Ο μεγαλύτερος βαθμός αλκαλικότητας εμφανίζεται στην έσω τραχηλική βλέννα αλλά κατά την εποχή της ωοθηλακιορρηξίας, το pH της βλέννας παρουσιάζει ομοιογενές σε όλα τα τραχηλικά τμήματα.

Επίσης, το pH υφίσταται αυξομειώσεις κατά τη διάρκεια του κύκλου. Έτσι κατά την πρώτη φάση του κύκλου, αμέσως μετά την έμμηνο ρύση, εμφανίζεται ελαφρώς όξινο και μετατρέπεται σταδιακά σε αλκαλικό για να φθάσει στο μεγαλύτερο βαθμό αλκαλικότητας κατά τη φάση της ωοθηλακιορρηξίας.

Μικροσκοπική εξέταση. Όπως στην μακροσκοπική εξέταση, έτσι και στην μικροσκοπική, παρατηρούνται μεταβολές σε νωπή σταγόνα βλέννας ή σε κεχρωσμένο παρασκεύασμα κατά Παπανικολάου.

Υπό την επίδραση των ωοθηκικών ορμονών, παρουσιάζονται κατά την διάρκεια του κύκλου μεταβολές των εντός της βλέννας περιεχομένων μικροσκοπικών στοιχείων, τα οποία έχουν άμεση σχέση με τις μακροσκοπικές μεταβολές που περιγράφησαν. Τα στοιχεία αυτά προέρχονται από αποφολιδωμένα κύτταρα της τραχηλικής μοίρας, αλλά και από τη μητρική κοιλότητα. Επιπλέον, ανευρίσκονται λευκοκύτταρα, των οποίων ο αριθμός ποικίλει ανάλογα με την ημέρα του κύκλου που ελήφθη η βλέννα.

Κρυστάλλωση βλέννας. Εκτός από τις παραπάνω μεταβολές της βλέννας, όταν αυτή επιστρωθεί και ξηρανθεί σε αντεικίμενοφόρο πλάκα, εμφανίζει κρυστάλλωση που λαμβάνει το σχήμα φύλλων πτέρης.

Το φαινόμενο αυτό της κρυσταλλώσεως, οφείλεται στην παρουσία εντός της βλέννας NaCl.

**Λευκοκύτταρα.** Στα γεννητική όργανα και σε φυσιολογικό γεννητικό κύκλο, αμέσως την 5<sup>η</sup> ημέρα περίπου του κύκλου και μέχρι τη 10<sup>η</sup>, όπου η βλέννα είναι λίγη σε ποσότητα, θολή και παχύρρευστη, ανευρίσκονται εκτός και κυρίως εντός της τραχηλικής βλέννας, άφθονα πολυμορφοπύρρηνα λευκοκύτταρα, ως και άφθονα μητρικά και ενδοτραχηλικά. Από την 1<sup>η</sup> περίπου ημέρα, όπου η βλέννα αρχίζει να μεταβάλλεται, παρατηρείται ελάττωση των λευκοκυττάρων, τα οποία εξαφανίζονται σχεδόν την 12<sup>η</sup> ημέρα, δηλαδή περίπου κατά την ωοθυλακιορρηξία.

Από την 16<sup>η</sup> ημέρα, παρατηρείται εντός της βλέννας αφθονότατα πολυμορφοπύρρηνα λευκοκυττάρων, συγκεκολλημένα μεταξύ τους και ενδοτραχηλικά κύτταρα. Τα πολυμορφοπύρρηνα λευκοκύτταρα, αυξάνονται συνεχώς μέχρι την παραμονή της 28<sup>ης</sup> ημέρας του κύκλου,

Η παρουσία άφθονων λευκοκυττάρων καθόλη τη διάρκεια του κύκλου και ιδιαίτερα κατά την εποχή της ωοθυλακιορρηξίας, σημαίνει την ύπαρξη φλεγμονής<sup>7</sup>.

### **Ο τράχηλος κατά την κύηση και τον τοκετό.**

Ο τράχηλος σε όλη τη διάρκεια της κύησης παραμένει κλειστός, αλλά κατά τον τοκετό πρέπει να διασταλεί γρήγορα μέχρι το μέγεθος της κεφαλής του εμβρύου που γεννιέται. Για να γίνει αυτό συμμετέχουν παθητικοί και ενεργητικοί μηχανισμοί.

Η παθητική μεγέθυνση, έχει ήδη προετοιμασθεί από την αυξημένη περιεκτικότητα του τραχήλου σε υγρό, το οποίο κατά τον τοκετό εισέρχεται στον συνδετικό ιστό. Παράλληλα φλεβώδη πλέγματα διευρύνονται και οι αδένες του τραχήλου, μεγαλώνουν.

Η ενεργητική διαστολή του τραχήλου, γίνεται με αναδιάταξη των μυϊκών δεσμίδων και των ινών του συνδετικού ιστού.

Στη μήτρα που δεν βρίσκεται σε κύηση, τα στοιχεία αυτά που βρίσκονται κοντά στο βλεννογόνο, φέρονται σχεδόν κυκλοτερώς. Μέχρι τον 7<sup>ο</sup> όμως μήνα της κύησης, αρχίζουν να παίρνουν περισσότερο επιμήκη φορά απ'ότι στη μη εγκύμονα μήτρα. Συνέχονται εν μέρει με τις επιμήκεις μυϊκές δεσμίδες του σώματος (κατιούσες δεσμίδες) και εν μέρει με αυτές του κολεού (ανιούσες δεσμίδες). Η έλξη αυτών των μυϊκών δεσμίδων κατά τον τοκετό, προκαλεί διάνοιξη του έσω και έξω στομίου του τραχήλου<sup>2</sup>.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3

### 3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ο Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, παραμένει σημαντική αιτία θανάτου, δυστυχώς μέχρι σήμερα.

Με τα σημερινά δεδομένα είναι η τρίτη σε συχνότητα κακοήθεια στις γυναίκες, μετά τον καρκίνο του μαστού και του ενδομητρίου, ενώ τα προηγούμενα χρόνια κατείχε τη δεύτερη θέση. Έχει υπολογισθεί ότι περίπου 2% από όλες τις γυναίκες πάνω από τα 40 χρόνια έχουν πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο του τραχήλου. Η μέση ηλικία των γυναικών που προσβάλλονται από διηθητικό καρκίνο είναι τα 45 χρόνια, ενώ η μέση ηλικία προσβολής από προδιηθητικό καρκίνο είναι σημαντικά μικρή. Υπολογίζεται ότι η διαφορά που υπάρχει μεταξύ τους είναι περίπου 10 χρόνια. Η νόσος, μπορεί να εμφανιστεί ακόμη και στη δεύτερη δεκαετία της ζωής και καμιά φορά και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης<sup>8</sup>.

Η συχνότητα διάγνωσης νέων περιπτώσεων με καρκίνωμα *in Situ* (προδιηθητικός καρκίνος) στις ΗΠΑ, είναι 32,5 στις 100.000 λευκές και 62.5 στις 100.000 μαύρες γυναίκες. Η διαφορά μεταξύ των λευκών και μαύρων γυναικών εξαλείφεται, όταν εξετάζονται αποκλειστικά γυναίκες με χαμηλό εισόδημα. Επίσης, ο τραχηλικός καρκίνος, συμβαίνει πιο συχνά στις γυναίκες της Βορείου Αφρικής απ' ότι στις Ευρωπαίες και στις Αμερικανίδες, πιθανόν γιατί οι τελευταίες έχουν καλύτερες συνθήκες υγιεινής<sup>5</sup>.

Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι η συχνότητα της νόσου είναι πολύ χαμηλότερη στις εβραίες, ίσως λόγω κληρονομικής ανοσίας ή λόγω της περιτομής του αρρένος συντρόφου και καλύτερης γεννητικής υγιεινής. Η εμπλοκή της περιτομής των Εβραίων, σαν προστατευτικός παράγοντας, οδήγησε στην εξέταση και άλλων εθνικών ομάδων που επίσης, κάνουν περιτομή. Τα αποτελέσματα των ερευνών, συνηγορούν στο ότι οι διαφορές στη συχνότητα μεταξύ των συγκρινόμενων εθνικών ομάδων, δεν μπορούν να αποδοθούν μόνο

στην περιτομή, αλλά πρέπει να οφείλονται και σε άλλους συνοδούς παράγοντες. Όπως συνήθειες, μόρφωση, υγιεινή.

Στην Ελλάδα ο καρκίνος του τραχήλου είναι συχνότερος από τον καρκίνο του ενδομητρίου και εμφανίζεται κυρίως στις αστικές περιοχές και στις κατώτερες οικονομικό-κοινωνικές τάξεις.

Διεθνή ποσοστά θνησιμότητας, προσαρμοσμένα στις ηλικίες του γυναικείου πληθυσμού σε κάθε χώρα, υπολογίζουν τη θνησιμότητα από καρκίνο του τραχήλου σε 0,8 περίπου, ανά 10.000 γυναίκες στο Ισραήλ έως 15.000 περίπου, στη Χιλή. Σχετικά χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας (<1.5/10.000) σε λατινοαμερικάνικες, όπως Παναμάς, Βενεζουέλα, Παραγουάη, Βραζιλία. Το 1985, η αντίστοιχη προσαρμοσμένη στις ηλικίες θνησιμότητα στην Αγγλία και Ουαλία, ήταν περίπου 5/10.000, ποσοστό χαμηλότερο από αυτό της Δανίας (6,2/10.000) και Σκοτίας (5,4/10/000), αλλά υψηλότερη από το αντίστοιχο στις περισσότερες δυτικές βιομηχανικές χώρες.

Περισσότεροι από 2.000 θάνατοι ετησίως στην Μ. Βρετανία (με γυναικείο πληθυσμό περί τα 30 εκατομμύρια), οφείλονται σε καρκίνο του τραχήλου, σε σχέση με 15.000 θανάτους από καρκίνου του μαστού περίπου 4.000 από καρκίνο του ενδομητρίου. Σχεδόν οι μισοί από αυτούς τους θανάτους, λόγω καρκίνου του τραχήλου, συμβαίνουν σε ηλικίες μεταξύ 45-55 χρονών, με εύρος κυμαινόμενο από τα 20 έως πάνω από τα 80 χρόνια<sup>10</sup>.

Φαίνεται ότι την τελευταία 20ετία, υπάρχει μια αλλαγή στην εμφάνιση και συμπεριφορά του καρκίνου του τραχήλου. Κατ'αρχήν παρατηρείται αύξηση της συχνότητας εμφάνισης αδενοκαρκινώματος (μορφή καρκίνου του τραχήλου, όπως και ο *in situ*, που θα εξεταστούν στο επόμενο κεφάλαιο), σε σχέση με τους εκ πλακωδών κυττάρων, καρκίνους. Έχει παρατηρηθεί επίσης, αύξηση της ταχύτητας ανάπτυξης των επιδερμοειδών καρκίνων και συχνότερη εμφάνιση σε νεότερης ηλικίας γυναίκες, στις οποίες μάλιστα η επιθετικότητα συμπεριφοράς αυτού του τύπου καρκίνου είναι αυξημένη. Έχει διαπιστωθεί ότι την 20ετία 1970=1990 έχει υπερδιπλασιαστεί το ποσοστό των γυναικών, κάτω των 35 ετών με καρκίνο του τρα-

χήλου, σε σύγκριση με την αμέσως προηγούμενη εικοσαετία. Η περιοδική όμως κυτταρολογική εξέταση, στην οποία θα αναφερθούμε πιο κάτω, των κολπικών και τραχηλικών επιχρισμάτων (Test Παπανικολάου), δίνει τη δυνατότητα για σταθερή ελάττωση της συχνότητας του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας τόσο στις λευκές, όσο και στις μαύρες γυναίκες<sup>10,11</sup>.

Επίσης, την τελευταία 20ετία παρατηρούνται συχνότερα, τόσο μεταστάσεις στους πνευλικούς λεμφαδένες, όσο και πρώιμες υποτροπές στις νεότερες ασθενείς με αρχικά στάδια καρκίνου<sup>10</sup>.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 4

### 4. ΜΟΡΦΕΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

#### 4.1 ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

##### A. Κονδυλώματα (θηλώματα)

Τα θολώματα του εξωτράχηλου, απαντώνται κυρίως σε νεαρές γυναίκες και προκαλούνται από λοίμωξη με Η.Ρ.Υ 6 ΚΑΙ 11. Μερικά μπορεί να είναι ανεστραμμένα γι'αυτό οι επιφάνειές τους είναι επίπεδες. Ιστολογικά συνιστάται από παχιά στρώματα πολύστιβου πλακώδους επιθηλίου με επιμηκυσμένα δικτυωτά σκέλη που εκτείνονται βαθιά μέσα στον ίδιο υμένα. Η βασική μεμβράνη είναι άθικτη, τα επιθηλιακά στρώματα είναι καλώς διαφοροποιημένα και συχνά αναφέρεται ακάνθωση. Μεγαλύτερες βλάβες μπορεί να περιέχουν κοιλοκύτταρα στα ανώτερα στρώματα.

Εκτός από τα επίπεδα, ανεστραμμένου τύπου παπιλώματα άλλα μπορεί να έχουν εμφάνιση κονδυλωματώδη και μοιάζουν πολύ με τα κονδυλώματα του κόλπου και του τραχήλου ή να σχηματίζουν ακροχόρδωνες καλυμμένες από παρακεράτωση ή υπερκεράτωση. Τα παπιλώματα αυτά μπορεί να είναι μισχωτά ή όχι.

**Διαφορική διάγνωση:** Σε μια αδρή εξέταση τα κονδυλώματα, μπορεί να εκληφθούν ως διηθητικά καρκινώματα. Ιστολογικά διακρίνονται από έλλειψη κυτταρικής ατυπίας και μιτώσεων καθώς και από το ότι οι βασικές μεμβράνες παραμένουν άθικτες. Εξωτραχηλικά παπιλώματα είναι δυνατόν να εξελιχθούν σε κακοήθη, ανάλογα με τον τύπο του HPV που τα προκάλεσε.

##### B. ΜΕΣΕΓΧΥΜΑΤΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ

###### I. Λειωμύματα

Αποτελούνται από λεία μυϊκά κύτταρα, καθώς και από ινοβλάστες, ενώ υπάρχουν και αιμοφόρα αγγεία διαφόρων μεγεθών. Τα λειωμύματα αυτά, μοιάζουν πολύ με αυτά που ανευρίσκονται στο μυομήτριο.

## **II. Αιμαγγειώματα**

Τα αιμαγγειώματα του τραχήλου είναι σπάνια. Συνιστάται από συμπαγείς ανώμαλους σχηματισμούς φλεβών ή τριχοειδών, η ανάπτυξη των οποίων προκαλεί μια υπέργεση της επιφάνειας.

## **III. Ικανοί σπίλοι**

Σπανίως παρατηρούνται στον ενδοτράχηλο. Συνίσταται από λεπτά δερματικά μελανοκύτταρα με μακρινές δενδρικές απολήξεις. Τα κύτταρα αυτά ανευρίσκονται είτε μαζεμένα είτε διασπαρμένα μεταξύ κυμαινόμενου αριθμού μελανοφάγων ινοβλαστών και ινών κολλαγόνου.

Άλλοι Καλοηθείς μετεγχυματικοί όγκοι, όπως τα νευρινώματα, τα νευροϊνώματα και τα λιπώματα είναι σπάνιοι, σε σύγκριση με τα αντίστοιχα τους σε άλλους ιστούς.

## **Γ. ΜΙΚΤΟΙ ΟΓΚΟΙ**

### **i. Θηλώδη αδеноϊνώματα**

Αυτά έχουν σχήμα σαν μεγάλο ενδοτραχηλικό πολύποδα με επιμήκεις προσεκβολές στην επιφάνειά τους. Το καλυπτήριο επιθήλιο είναι ενδοτραχηλικό και αποτελείται από ινοβλάστες που συχνά αναμιγνύονται με λειομυοβλάστες. Οι μιτώσεις είναι σπάνιες. Οι όγκοι αυτοί απαντώνται αποκλειστικά σε μετεμηνοπαυσιακές γυναίκες. Υποτροπιάζουν συχνά και μετά από αρκετές υποτροπές το στρώμα του μπορεί να παρουσιάσει κακοήγη εξαλλαγή προς αδενোসάρκωμα.

Δεν παρουσιάζουν αξιόλογα συμπτώματα. Τις περισσότερες φορές, είναι ασυμπτωματικοί. Μερικές φορές, προκαλούν μικρή αιμορραγία μετά από κολπική πλύση ή συνουσία και η διάγνωση τους γίνεται με την επισκόπηση και την ψηλάφηση.

**Διαφορική διάγνωση:** Οι ενδοτραχηλικοί πολύποδες διακρίνονται από χαλαρό οιδηματώδες ή το ινώδες, χωρίς κυτταρικό στρώμα. Τα αδενোসαρκώματα αναγνωρίζονται από την υψηλή μιτω-



τική τους δραστηριότητα, τις περιοδικές τους συναθροίσεις από λευκοκύτταρα και τον πολυμορφισμό των κυτταρικών πυρήνων.

## ii. Αδενομυώματα.

Σπάνια ανευρίσκονται στον τράχηλο. Πολυποειδή αδενομυώματα του ενδομητρίου, μερικές φορές προπίπτουν και προβάλλουν μέσα από τον ενδοτραχηλικό αυλό, δίνοντας την εκτύπωση ότι προέρχονται από εκεί.

## iii. Ινομυώματα

Τα ινομυώματα είναι δυνατόν να αφορούν το σώμα της μήτρας ή τον τράχηλο (τραχηλικά) και είναι μεμονωμένα ή πολλαπλά. Ο αριθμός φθάνει από ένα μέχρι τριάντα ή σαράντα.

Η αιτία αναπτύξεως τους είναι άγνωστη. Από πολλούς θεωρείται ότι προέρχονται από εμβρυϊκά υπολείμματα μυϊκού ιστού που έχουν εγκλεισθεί στη μήτρα, ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι έχουν αιτιολογική σχέση με τα οιστρογόνα. Απόδειξη αποτελεί η ανάπτυξη τους μόνο στη γεννητική ηλικία, ή υπερμεγέθους διόγκωση τους στην κύηση και η υποστροφή τους στην εμμηνόπαυση.

Ιστολογικά, αποτελούνται από μυϊκό και συνδετικό ιστό και φθάνουν σε μέγεθος από φουντούκι μέχρι κεφαλή ή και μεγαλύτερο. Σαν καλοήθεις όγκοι δεν διηθούν τους γύρω ιστούς, αλλά αφορίζονται από αυτούς με ινώδη κάψα. Λόγω της οιστρογοναιμίας, παρατηρείται συχνά παράλληλη αδενοκυστική υπερπλασία του ενδομητρίου και μονοφασικός κύκλος<sup>13</sup>.

## 4.2 ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ (ΜΟΡΦΕΣ)

**A. Παθολογοανατομικά**, είναι οι μορφές του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι:

1. **Η υπερπλασία** που είναι η αναστρέψιμη αύξηση του αριθμού φυσιολογικών κυττάρων, όπως το επιθήλιο του μαστικού αδένου στην εγκυμοσύνη.

2. **Η μεταπλασία** που είναι η αντικατάσταση ενός τύπου και καλά διαφοροποιημένων κυττάρων από ένα άλλο τύπο και η οποία είναι αναστρέψιμη, όπως τα κυλινδρικά κύτταρα του ενδοτραχηλικού από πλακώδη του τραχήλου.

3. **Η δυσπλασία** που είναι ποικιλία στο σχήμα και στο μέγεθος των κυττάρων και η οποία συνοδεύεται από απώλεια της φυσιολογικής δομής και αύξησης του αριθμού των κυττάρων και είναι και αυτή αναστρέψιμη, π.χ η αποδιοργάνωση και πάχυνση του επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας μετά από τραχηλίτιδα.

4. **Η αναπλασία.** Είναι η μεγαλύτερη αύξηση της ποικιλίας στο σχήμα και στο μέγεθος των κυττάρων απ'ότι στη δυσπλασία και η ύπαρξη υπερχρωματικών πυρήνων και πυρηνοκινήσιων που δεν είναι αναστρέψιμα και παρατηρείται στις κακοήθεις νεοπλασίες<sup>5</sup>.

5. **Η παρακεράτωση.** Είναι η ύπαρξη επιπολής ζώνης κερατινοποιημένου επιθηλίου, με ύπαρξη πυρήνων στα κύτταρα.

6. **Η υπερκεράτωση ή λευκοπλακία** που είναι η ύπαρξη μιας επιπολής στιβάδας κερατινοποιημένων κυττάρων χωρίς ορατούς πυρήνες<sup>8</sup>.

**B. Ιστολογικά,** ανάλογα με το βαθμό διήθησης και τη θέση της εντόπισης του καρκίνου του τραχήλου, διακρίνουμε τις παρακάτω μορφές:

1) **Δυσπλασία ή τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN).** Σ' αυτή βρίσκουμε άτυπα κύτταρα του πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου και διακρίνεται σε ελαφρά (CIN I), μέτρια (CIN II) και βαριά (CIN III), ανάλογα με το πάχος του επιθηλίου που περιέχει τα άτυπα κύτταρα.

Ειδικότερα, στην ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου στους τρεις τύπους της, διακρίνουμε:

Στον CIN I, τα άνω 2/3 του πλακώδους επιθηλίου εμφανίζουν κύτταρα με καλή διαφοροποίησης, ενώ τα κύτταρα του κάτω 1/3 του επιθηλίου εμφανίζουν λίγες μιτωτικές εικόνες.

Στο CIN II, το άνω 1/3 του πλακώδους επιθηλίου είναι ώριμο και καλά διαφοροποιημένο, αλλά με μερική ατυπία στους πυρήνες, ενώ τα κύτταρα στα κάτω 2/3 εμφανίζουν παθολογικές μιτωτικές εικόνες.

Στον CIN III, υπάρχει ωριμότητα στα κύτταρα εντοπισμένη στο άνω 1/3 του επιθηλίου, ανωμαλίες των πυρήνων και μιτωτικές εικόνες σε όλο το πάχος του επιθηλίου.

2) **Προδιηθιτικό καρκίνωμα ή sity καρκίνωμα.** Σ' αυτό το οποίο αντιστοιχεί στο CIN III, υπάρχουν άτυπα κύτταρα σε όλο το πάχος του πλακώδους επιθηλίου. Η βασική μεμβράνη του τραχήλου που βρίσκεται κάτω από αυτό και είναι ακύταρη, δεν έχει προσβληθεί. Με αυτή τη μορφή ο καρκίνος μπορεί να παραμείνει 8-10 χρόνια και να είναι ασυμπτωματικός.

3) **Μικροδιηθητικό καρκίνωμα.** Σ' αυτό εκτός από τις ατυπίες των κυττάρων ολόκληρου του πάχους του πλακώδους επιθηλίου, υπάρχουν σε μικρή έκταση ατυπίες στη βασική μεμβράνη και μικροδιηθήσεις με τη μορφή βελόνων ή σταγόνων στο υποκείμενο χόριο που δεν ξεπερνούν τα 3 χιλ. και δεν διηθούν αγγεία ή λεμφαγγεία.

4) **Διηθητικό καρκίνωμα ή επιδερμοειδές.** Αυτό ανέρχεται σε ποσοστό 90-95% των πρωτοπαθών νεοπλασμάτων του τραχήλου και σε αυτόν τον τύπο, ο καρκίνος έχει διηθήσει τη βασική μεμβράνη και έφτασε στο μυϊκό στρώμα του τραχήλου και από αυτό προχώρησε με διήθηση ή λεμφογένη ή αιματογενή μετάσταση<sup>6</sup>.

Το διηθητικό καρκίνωμα μπορεί να αναπτυχθεί από το πλακώδεις αυτοχθόνο ή μεταπλαστικό επιθήλιο της επιφάνειας του τραχήλου σαν μια θηλωματώδης ή πολύποειδής εκβλάστηση ή μπορεί η ανάπτυξη του να είναι κυρίως ενδοφυτική και να διηθεί τους περιβάλλοντες ιστούς, χωρίς εμφανή επιφανειακή ανάπτυξη<sup>10</sup>.

Ο επιδερμοειδής τύπος, ανάλογα με το βαθμό διαφοροποίησης των κύτταρων του, διακρίνεται :

α) Σε **καλά διαφοροποιημένο καρκίνωμα**, του οποίου τα κύτταρα ανήκουν στον πρώτο βαθμό διαφοροποίησης και εμφανίζουν μεγάλη ποικιλομορφία, μεσοκυττάρια γέφυρες, σφαίρες κερατίνης και μιτώσεις λιγότερες από δυο.

β) Σε **μέτρια διαφοροποιημένο καρκίνωμα**, του οποίου τα κύτταρα ανήκουν στο δεύτερο βαθμό διαφοροποίησης και εμφανίζουν μέτρια ποικιλομορφία, λίγες μεσοκυττάρια γέφυρες και σφαίρες κερατίνης και 2-4 μιτώσεις.

γ). Σε **χαμηλής διαφοροποίησης καρκίνωμα**, του οποίου τα κύτταρα ανήκουν στον τρίτο βαθμό διαφοροποίησης και εμφανίζονται βαθυχρωματικά, δεν έχουν μεσοκυττάρια γέφυρες και σφαίρες κερατίνης και μιτώσεις παραπάνω από 4.

**5) Αδενοκαρκίνωμα.** Αυτό αποτελεί, περίπου, το 5% των καρκίνων του τραχήλου, αρχίζει από το κυλινδρικό επιθήλιο του ενδοτραχήλου, διακρίνεται σε καλής, μέτριας και χαμηλής διαφοροποίησης, όπως και το επιδερμοειδές, διηθεί τους κάτω από τη βλάβη ιστούς και επεκτείνεται στη μήτρα, στον κόλπο και στα παραμήτρια<sup>6</sup>.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 5

### 5. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η Σταδιοποίηση που προτείνεται από τη Διεθνή Ομοσπονδία Γυναικολόγων – Μαιευτήρων (FIGO 1989) βασίζεται αποκλειστικά σε κλινικά ευρήματα και έχει ιδιέτερη σημασία για την πρόγνωση και την εκλογή της θεραπευτικής αγωγής.

Είναι προτιμητέο, η διαδικασία σταδιοποίησης να γίνεται υπό γενική αναισθησία, ώστε να εκτιμηθούν καλύτερα το παραμήτριο και οι ιερομητρικοί σύνδεσμοι, συνήθως με αμφίχειρη ορθοκολπική εξέταση. Πρέπει να σημειωθεί, ότι οι μεταστάσεις στους πνευλικούς ή παραορτικούς λεμφαδένες, παρόλη τη σπουδαιότητα τους ως προγνωστικό σημείο, δεν λαμβάνονται υπόψη κατά την ταξινόμηση του καρκίνου του τραχήλου, σε στάδια γιατί είναι δυνατόν να διηγηθούν χωρίς διόγκωση και η σταδιοποίηση να είναι εσφαλμένη. Σοβαρή πηγή σφάλματος είναι και η αδυναμία να γίνει διαφορική διάγνωση μεταξύ κακοήθους και φλεγμονώδους διογκώσεων, ενός σκληρυμένου παραμήτριου.

Λόγω του αρκετά υψηλού ποσοστού λανθασμένης κλινικής υπέρ ή υπο-σταδιοποίησης που μπορεί να ανέρχεται και σε κάθε 40 – 60 %, αρκετά κέντρα έχουν υιοθετήσει, κατά τη διαδικασία σταδιοποίησης, την εκτίμηση των παραμήτριων με υπερήχους και με την αξονική τομογραφία, χωρίς ικανοποιητικά αποτελέσματα σε σύγκριση με την κλινική σταδιοποίησης. Η χρησιμοποίηση της μαγνητικής τομογραφίας (MRI) για την καλύτερη εκτίμηση των παραμητρίων και του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου, ενώ παρουσιάζει μάλλον αντικρουόμενο μέχρι στιγμής αποτελέσματα, εντούτοις ενδέχεται μελλοντικά, να αποδειχθεί χρήσιμη στη διαδικασία ορθότερης αξιολόγησης της επέκτασης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας<sup>10</sup>.

Τα στάδια, λοιπόν, σύμφωνα με τη Διεθνή Ομοσπονδία Γυναικολόγων – Μαιευτήρων, είναι :

**Στάδιο 0** (ενδοπιθηλιακός καρκίνος ή in situ ή προδιηθητικός ή προκλινικός), Σ' αυτό το στάδιο, η νεοπλασματική αλλοίωση αφορά αποκλειστικά τα κύτταρα του επιθηλίου, ενώ το υπόστρωμα είναι υγιές και αφορίζεται από τον άτυπο ιστό με την άθικτη βασική μεμβράνη. Το στάδιο 0 χαρακτηρίζεται επίσης, σαν δυσπλασία ή τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN) και ανάλογα με το πάχος του επιθηλίου που αφορά η αλλοίωση, καθορίζεται ο βαθμός της σοβαρότητας της βλάβης (ελαφρά, μέτρια, βαριά, δυσπλασία), όπως έχει ήδη αναφερθεί<sup>13</sup>.

**Στάδιο I.** Ο καρκίνος περιορίζεται στον τράχηλο.

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

**Iα1.** Ελάχιστη διήθηση του στρώματος.

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

**Iβ.** Υπάρχει διήθηση που σχηματίζει όγκο μεγαλύτερο από τις παρακάτω διαστάσεις που δυνατό να μην είναι εμφανείς κλινικά.

**Στάδιο II.** Ο καρκίνος εκτείνεται πέρα από τον τράχηλο, αλλά δεν φτάνει ως το πνευλικό τοίχωμα ή τα κάτω τριτημόριο του κόλπου.

**IIα.** Δεν υπάρχει διήθηση παραμητρίων.

**IIβ.** Υπάρχει διήθηση παραμητρίων.

**Στάδιο III.** Υδρονέφρωση και διήθησης του κάτω τριτημορίου του κόλπου.

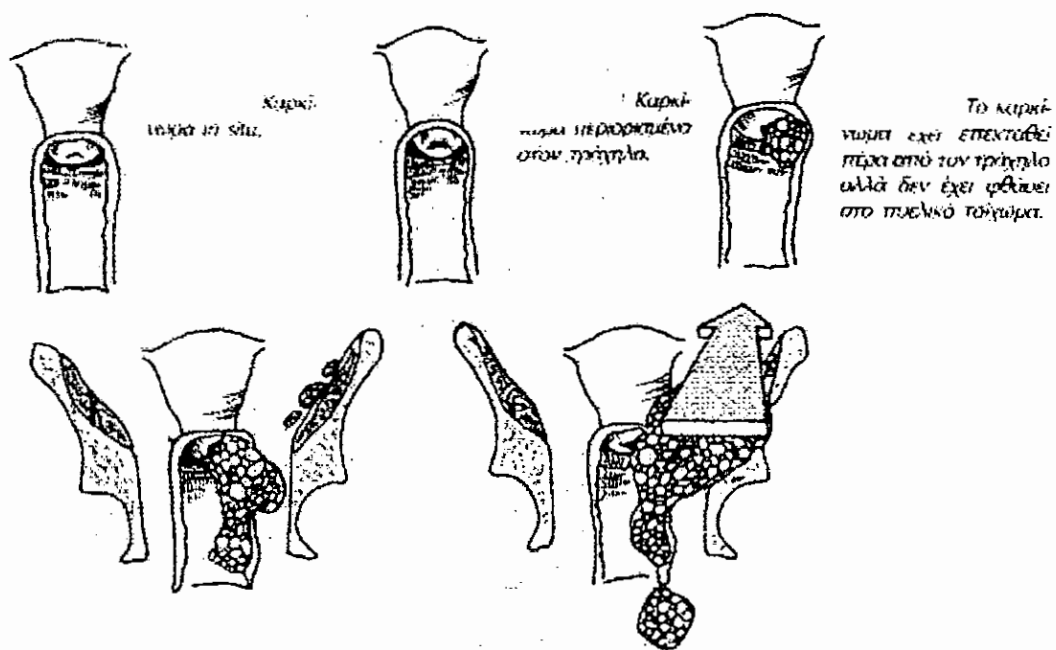
**IIIα.** Υπάρχει διήθηση του κάτω τριτημορίου του κόλπου, αλλά όχι του πυελικού τοιχώματος.

**IIIβ.** Υπάρχει διήθηση του πλαγίου πυελικού τοιχώματος ή υδρωνέφρωση ή μη λειτουργικός νεφρός που δεν προϋπήρχε.

**Στάδιο IV.** Ο καρκίνος εκτείνεται πέρα από την πύελο ή έχει διηθήσει κλινικά το βλεννογόνο της ουροδόχου κύστης και του ορθού.

**IVα.** Υπάρχει επέκταση του όγκου στα παρακείμενα όργανα.

**IVβ.** Υπάρχουν μεταστάσεις έξω από την πύελο, σε απομακρυσμένα όργανα.



Το καρκίνωμα έχει φθάσει στο πυελικό τοίχωμα και έχει διηθήσει το κατώτερο τμήμα του κόλπου.

Το καρκίνωμα έχει διηθήσει τα οστά της λεκάνης και έχει επεκταθεί και έξω από την πύελο.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 6

### 6. 1 ΙΣΤΟΓΕΝΕΣΗ – 6.2 ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΔΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ

#### 6.1 ΙΣΤΟΓΕΝΕΣΗ

Υπάρχουν δύο θεωρίες σχετικές με την ιστογένεση και τον τρόπο ανάπτυξης της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας. Σύμφωνα με την πρώτη θεωρία, που είναι η πολυκυτταρική, η CIN αναπτύσσεται σε μια προκαθορισμένη (προνεοπλασματική) περιοχή ή περιοχές της μεταβατικής ζώνης, ή οποία περιέχει πληθυσμό ανώμαλων κυττάρων. Αυτή η πρωτοπαθής βλάβη, αποτελείται είτε από κύτταρα μεταπλασθέντος επιθηλίου είτε από εφεδρικά κύτταρα του ενδοτραχήλου και επεκτείνεται κατακόρυφα με την μετατροπή παρακείμενων φυσιολογικών κυττάρων σε νεοπλασματικά ή με την συνένωση πολλών πρωτοπαθών εστιών, με αποτέλεσμα το σχηματισμό μεγάλων βλαβών.

Στα πιο πάνω συμπεράσματα κατέληξαν οι προδρομικές κολποσκοπικές, κυτταρολογικές και ιστολογικές μεέτες των Corpleson και Reid σε γυναίκες με φυσιολογική και παθολογική μεταβατική ζώνη.

Σύμφωνα με την μονοκυτταρική θεωρία, η ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία αρχίζει από ένα κύτταρο ή από πολύ μικρή ομάδα κυττάρων.

Υπέρ της μονοκυτταρικής θεωρίας, συνηγορούν κολπομικροσκοπικές και ιστολογικές παρατηρήσεις, καθώς και χρωματοσωματικές μελέτες.

Ο Richort, βρήκε με το κολπομικροσκοπικό ότι το 95% των αρχόμενων CIN (βαθμού 1) εντοπίζονται σε μια περιοχή και μερικές από αυτές τις εστίες είναι τόσο μικρές όσο η διάμετρος 10 κυτ-



τάρων. Πολυεστιακές βλάβες ή συνένωση βλαβών σπάνια παρατηρήθηκαν.

Σε ιστολογικές μελέτες κωνοειδούς εκτομής τραχήλου, οι ενδοεπιθηλιακές βλάβες βρέθηκαν να είναι σε ποσοστό 95% μονοεστιακές και συρρέουσες.

Σε χρωματοσωμικές μελέτες αποδείχθηκε ότι η δυσπλασία, το *in Situ* καρκίνωμα και το μικροδιηθητικό, περιέχουν τον ίδιο νεοπλασματικό κλώνο ο οποίος προέρχεται από ένα κύτταρο.

Πρόσφατα χρησιμοποιήθηκε το ένζυμο G-6 PD, το οποίο συνδέεται με το Χ-χρωματόσωμα, για να υποστηριχθεί η μονοκυτταρική θεωρία.

Ποια είναι όμως τα κύτταρα από τα οποία αναπτύσσεται η ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου; Είναι γενικά παραδεκτό σήμερα ότι στις περισσότερες περιπτώσεις, η βλάβη αρχίζει στην μεταβατική ζώνη και ότι τα κύτταρα, από τα οποία αναπτύσσεται είναι τα βασικά ή τα εφεδρικά κύτταρα της μεταβατικής ζώνης. Επίσης μπορεί να αναπτυχθεί από τα κύτταρα της βασικής στιβάδας του πλακώδους επιθηλίου κοντά στο τραχηλικό στόμιο<sup>5</sup>.

## **6.2 ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΟΜΑΤΩΔΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ**

Η υπερπλαστική δραστηριότητα με υψηλούς μιτωτικούς ρυθμούς, είναι γνωστό ότι αποτελεί προαπαιτούμενο της καρκινογένεσης. Έτσι, τα κύτταρα που εμφανίζουν υπερπλασία είναι πιο ευπαθή σε καρκινογόνους παράγοντες. Εκτός από το μηχανικό ή χημικό ερεθισμό, ο κυτταρικός πολλαπλασιασμός ευρέως προάγεται από υπερβολική, κυρίως εξωγενή, ορμονική διέγερση των κυττάρων. Ανάμεσα στους ογκογόνους παράγοντες που προσβάλλουν προδιεγερμένα ταχέως πολλαπλασιαζόμενα κύτταρα, οι D.N.A. ιοί, κυρίως οι H.P.V., είναι οι πιο συχνοί. Σε μικρότερο βαθμό ο ιός του απλού έρπητα τύπου II και ο κυτταρομεγαλοϊός, θεωρούνται σαν «ενδυνάμει» καρκιγόνοι.

Κατά τη διάρκεια της οξείας (παραγωγικής) φάσης της μόλυνσης, ο ιός αναπαράγεται σε επιπολής (εκφυλιγόμενα) επιθηλιακά κύτταρα με χαμηλή ή ανασταλμένη σύνθεση του D.N.A, με αποτέλεσμα να σχηματίζονται κοιλοκύτταρα και τελικά να επέρχεται κυτταρικός θάνατος. Αν τμήματα του D.N.A. του ιού αναμιχθούν με το πυρηνικό D.N.A., όπως συμβαίνει στα ταχέως αναπαραγόμενα βασικά ή εφεδρικά κύτταρα ή στο αναγεννητικό επιθήλιο («αθανασία» του ιού), είναι δυνατό να συμβεί, τελικά, κακοήθης εξαλλαγή. Η εξέλιξη αυτή θεωρείται γεγονός που επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Τόσο ο κυτταρικός πολλαπλασιασμός, όσο και η κακοήθης εξαλλαγή, προάγεται από τις στεροειδείς ορμόνες. Μια άμεση επίδραση του συμπλέγματος ορμόνης - υποδοχέα στη γέννηση του ιού, έχει επίσης υποτεθεί. Ακόμη, έχει αποδειχθεί ότι ο H.P.V. προάγει την υδροξυλίωση της οιστραδιόλης και ο παραγόμενος μεταβολίτης διευκολύνει την εξάπλωση του ιού.

Η λοίμωξη όμως H.P.V. δεν συνοδεύεται πάντα από κοιλοκύτωση ή προκαρκινωματώδη βλάβη: 10% των κυττάρων σε φυσιολογικά κυτταρικά επιχρίσματα γυναικών ηλικίας 15 μέχρι 50, εμφάνισαν D.N.A. με H.P.V., 6,9% των οποίων ήταν υπότυποι 16 και 18, οι οποίοι σχετίζονται με καρκινογένεση στον τράχηλο. Αυτό εξηγείται με την θεωρία του πολυπαραγοντικού γεγονότος του επιπρόσθετους συγκαρκινογόνους παράγοντες, προκειμένου να επιτευχθεί η κακοήθης εξαλλαγή<sup>5</sup>.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 7

### 7. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ – ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.

Πολλές μελέτες έχουν ασχοληθεί, κατά καιρούς, με διάφορους αιτιολογικούς – επιβαρυντικούς παράγοντες, ως προς την ανάπτυξη ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας, αλλά και διηθητικού καρκινώματος στον τράχηλο της μήτρας.

Ως πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες, αναφέρονται οι εξής:

**α) Το σεξουαλικό ιστορικό.** Έχει ιδιαίτερα μελετηθεί και φαίνεται ότι ορισμένες παράμετροι που παίζουν ρόλο στην καρκινογένεση στον τράχηλο της μήτρας. Κυρίως η έναρξη σεξουαλικών επαφών πριν τα 17 χρόνια, καθώς και οι πολλαπλοί σύντροφοι, φαίνεται ότι επιδρούν ευνοϊκά στην ανάπτυξη νεοπλασίας. Έχει βρεθεί, μετά από έρευνες, ότι στις Ινδίες που οι γυναίκες νυμφεύονται συνήθως πολύ μικρές, μεταξύ 14 και 15 ετών, ο καρκίνος του τραχήλου εμφανίζεται κατά 10 έτη νωρίτερα από την συνήθως καθοριζόμενη, στατιστικώς ηλικία<sup>10,14</sup>.

Το σεξουαλικό ιστορικό του συντρόφου και ο αριθμός των συντρόφων που είχε ή έχει, φαίνεται να αποτελεί παράγοντα κινδύνου, χωρίς να είναι δυνατόν να διευκρινισθεί αποδεκτός μηχανισμός, πέραν πιθανώς του αυξημένου κινδύνου μετάδοσης καρκινογόνων ιών. Πάντως τόσο το σπέρμα τόσο και το σμήγμα του πέους δεν έχουν αποδειχθεί καρκινογόνοι παράγοντες.

Άλλοι πιθανοί προδιαθεσιακοί παράγοντες, είναι η κακή υγιεινή, οι εκτρώσεις και διάφορα αφροδισιακά νοσήματα, όπως η γονόρροια.

**β) Ο ιός του έρπητα τύπου 2 (HSV – 2) και ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV).**

Όσον αφορά, τον HSV – 2 αρκετοί μελετητές προσπάθησαν να διαπιστώσουν συσχέτιση μεταξύ προσβολής από τον ιό και αυ-

ξημένης πιθανότητας ανάπτυξης τραχηλικής νεοπλασίας, βασιζόμενοι στην από εικοσαετίας, περίπου, άποψη ότι ορισμένοι ιοί δρουν ως καρκινογόνοι στον τράχηλο. Παρόλο του ότι οι γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου έχουν αυξημένους τίτλους αντισωμάτων έναντι του HSV -2, εντούτοις άμεση συσχέτιση του συγκεκριμένου ιού με τραχηλική καρκινογένεση δεν έχει δειχθεί, είναι δε αμφίβολο, εάν καταστεί αποδείξιμη τέτοια συσχέτιση στο μέλλον.

Τα τελευταία χρόνια, πολυάριθμες μελέτες, έχουν ασχοληθεί και με την καρκινογόνο ή μη ιδιότητα ορισμένων υποτύπων του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων ( HPV, Human Papilloma Virus ). Η ανάπτυξη νέων εργαστηριακών μεθόδων, όπως η PCR, με την οποία είναι δυνατόν να ανιχνευθούν έστω και ελάχιστες ποσότητες DNA ιού, συνετέλεσε πολύ στον καταγισμό μελετών που ασχολούνται με τον HPV και τις πιθανές διασυνδέσεις του στην τραχηλική καρκινογένεση. Πολλές μελέτες, έχουν δείξει ότι σημαντικό ποσοστό καρκίνων του τραχήλου περιέχουν DNA από τους υποτύπους 16, 18 και 33 του HPV.

Δεν υπάρχει όμως μελέτη που να παρέχει αναμφισβήτητα στοιχεία για την δυνητικότητα ή μη του HPV, να δρα ως αιτιολογικός παράγοντας καρκίνου στον τράχηλο. Φαίνεται ότι οι «αθώοι» υπότυποι 6,11,31, και 35 του HPV συσχετίζονται, κυρίως με οξυτενή και πλατέα κονδυλώματα και χαμηλής βαθμίδας ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες, σπανίως δε με διηθητικό καρκίνο, ενώ οι υπότυποι 18,33 και κυρίως ο 16, σχετίζονται επιπλέον τόσο με υψηλής βαθμίδας ενδοεπιθηλιακές βλάβες, όσο και με προχωρημένα στάδια του καρκίνου του τραχήλου.

Η συχνότητα ανεύρεσης του ιού, με τις σύγχρονες υπέρ – ευαίσθητες τεχνικές, ανέρχεται σε 60% και πλέον των σεξουαλικών ενεργών γυναικών στον Δυτικό κόσμο, χωρίς συνοδά κλινικά κυταρολογικά, κολποσκοπικά ή ιστολογικά ευρήματα. Το γεγονός αυτό, πιθανώς σημαίνει ότι δεν είναι ο HPV ο οποίος δρα, μόνος του τουλάχιστον, καρκινογενετικά στον τράχηλο.

**γ) Τα αντισυλληπτικά σκευάσματα.** Αυτά τα σκευάσματα δεν φαίνεται ότι δρουν καρκινογενετικά. Σε σχέση, όμως με την σεξουαλική και γενικότερα κοινωνική συμπεριφορά ( π.χ. κάπνισμα ) των γυναικών που χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά δισκία, έμμεσα αυξάνεται ο κίνδυνος για κάρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Έχει παρατηρηθεί αύξηση του σχετικού κινδύνου από 2 φορές, μετά από 5ετη λήψη, σε σχέση πάντοτε με γυναίκες που δεν χρησιμοποίησαν ποτέ αντίστοιχη αντισυλληπτική μέθοδο. Ακόμη, γυναίκες που χρησιμοποιούν μεθόδους φραγμού, φαίνεται ότι παρουσιάζουν υποτετραπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου, σε σχέση με εκείνες που χρησιμοποιούν άλλες μεθόδους.

Συμπερασματικά, παρόλο που δεν έχει διευκρινιστεί επαρκώς ο ρόλος της χρησιμοποίησης αντισυλληπτικών δισκίων, είναι φρόνιμο γυναίκες που τα χρησιμοποιούν να υποβάλλονται σε τακτικότερο προληπτικό κυτταρολογικό έλεγχο<sup>10</sup>.

**δ) Το κάπνισμα.** Το προσωπικό και παθητικό κάπνισμα, είναι παράγοντες που επίσης έχουν διερευνηθεί στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Το προσωπικό κάπνισμα φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο του τραχήλου. Ο κίνδυνος, είναι μεγαλύτερος σε εκείνες που δεν είναι ενεργές καπνίστριες συγκριτικά με αυτές που είναι παράλληλα ενεργές. 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 κυτταρική ανάπτυξη που καταλήγει στην τραχηλική δυσπλασία<sup>5</sup>.

**ε) Η κοινωνικό-οικονομική κατάσταση της γυναίκας.** Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, βρέθηκε συχνότερος στις φτωχότερες τάξεις, ίσως γιατί η ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής είναι πρώιμη ή γιατί στερούνται προληπτικού ελέγχου. Ακόμα, και λόγω πιθανόν κακής υγιεινής<sup>12</sup>.

**Στ) Η φυλή.** Βρέθηκε ότι η συχνότητα του καρκίνου στις Ισραηλινές γυναίκες είναι 6/100.000, στις Αφρικανές 50/100.000 και

πως αυτή είναι μεγαλύτερη στη μαύρη από ότι στη λευκή. Φαίνεται, πως και αυτές οι διαφορές πρέπει να αποδοθούν στην σεξουαλική συμπεριφορά των διάφορων λαών<sup>5</sup>.

**ζ) Η γενικευμένη ανοσοκαταστολή του οργανισμού.** Έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί παράγοντα κινδύνου για αυξημένη συχνότητα εμφάνισης, τόσο ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας, όσο και διηθητικού καρκίνου. Γυναίκες με μεταμόσχευση νεφρού έχουν περισσότερη πιθανότητα εμφάνισης CIN III, ενώ γυναίκες με AIDS έχουν αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης CIN, όταν υπάρχει ανοσοκαταστολή<sup>10</sup>.

**η) Η δισαιθυλοστιλβοιστρόλη.** Η χορήγηση δισαιθυλοστιλβοιστρόλη σε έγκυες γυναίκες, είναι δυνατόν να προκαλέσει καρκίνο στα κορίτσια που θα γεννηθούν όταν αυτά βρίσκονται στην εφηβεία ή είναι μεγαλύτερα, σε συχνότητα 4/1.000. Ο καρκίνος αυτός έχει τον τύπο του διαυγοκυτταρικού<sup>5</sup>.

**θ). Η έλλειψη βιταμινών.** Αυξημένος κίνδυνος δυσπλασίας, παρατηρείται σε γυναίκες με πεσμένα επίπεδα βιταμίνης A ή βιταμίνης C. Αναφέρονται σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα προδρόμου της βιταμίνης A και βιταμίνης C σε ασθενείς με διηθητικό καρκίνο του τραχήλου. Τα επίπεδα του φυλλικού οξέως είναι, επίσης χαμηλά σε ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου και η χορήγηση φυλλικού οξέως, έχει αναφερθεί ότι αναστρέφει τις προκακήθεις τραχηλικές αλλαγές. Ασθενείς με προκακοήθεις τραχηλικές ή κακοήθεις αιδοϊκές ή κολπικές βλάβες, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να έχουν συγχρόνως ή να αναπτύξουν μετά ενδοεπιθηλιακό καρκίνο του τραχήλου. Αυτό το γεγονός τονίζει τη σημασία της προσεκτικής διερεύνησης όλου του κατώτερου γεννητικού συστήματος πριν τη θεραπεία μιας μεμονωμένης βλάβης.

Όσον αφορά τις διαιτολογικές συνήθειες, μετά από μια μεγάλη έρευνα που διεξάχθηκε για τη σημασία πρόληψης βιταμίνης A, C, E και φυλλικού οξέως, φάνηκε ότι οι γυναίκες που κατανάλωναν πράσινα και κίτρινα λαχανικά και χυμούς φρούτων, είχαν μικρότερο κίνδυνο για καρκίνο του τραχήλου. Επίσης, η σε μεγάλες ποσότητες

τες διαιτητική λήψη καρωτίνης, σχετιζόταν με μικρότερο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου, ιδιαίτερα του πλακώδους τύπου και ακόμη η υψηλή κατανάλωση της βιταμίνης C και E, συνδυαζόταν με ελαττωμένο κίνδυνο.

i. Η σαλπινγική στειρότητα, αποτελεί σημαντική αιτιολογία για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας<sup>5</sup>.

ii. Οι ψυχολογικοί παράγοντες. Η αιτιολογική σύνδεση ψυχολογικών παραγόντων και καρκίνου, διευρύνθηκε σε δυο βασικούς τομείς: Στον τομέα της προσωπικότητας και στον τομέα των **ψυχοπιεστικών γεγονότων** της ατομικής ζωής.

**Προσωπικότητα :** Πολλές από τις δημοσιεύσεις μελέτες, δείχνουν πως ορισμένου τύπου προσωπικότητες είναι πιο επιρρεπείς από άλλες στην ανάπτυξη διαφόρων τύπων καρκίνου. Οι μεθοδολογικές όμως αδυναμίες που συνοδεύουν αυτές τις μελέτες, επιβάλλουν σημαντική επιφύλαξη στην εγκυρότητα των ευρημάτων. Η ίδια η έννοια της προσωπικότητας είναι ασαφής και συγκεκριμενοποιείται στην πράξη με την αξιολόγηση ορισμένων ιδιοκτητών του ατόμου, για τις οποίες υποθέτουμε ότι συγκροτούν τον πάγιο «ψυχολογικό» του σκελετό. Για άλλους ερευνητές, αρκούν τρεις μόνο ιδιότητες ή διαστάσεις, ενώ για άλλους χρειάζονται τριάντα τρεις ιδιότητες για να αποδώσουν τον πολυδιάστατο πυρήνα της βασικής προσωπικότητας. Εξάλλου, τα χρησιμοποιούμενα ψυχολογικά εργαλεία ως ένα βαθμό μόνο, αξιολογούν πιστά τις διερευνούμενες «πάγιες» ιδιότητες.

Παρόλα αυτά, όμως αξίζει να σημειώσουμε πως εκείνες τουλάχιστον οι μελέτες που καταλήγουν σε θετικά συμπεράσματα, συγκλίνουν στη διαπίστωση πως σε ορισμένους, τύπους καρκίνου, όπως των γυναικείων γεννητικών οργάνων και του πνεύμονος, υπάρχει μια προδιαθεσική προσωπικότητα με κύρια γνωρίσματα: την μη εκδηλούμενη εχθρικότητα, την καταπίεση των αρνητικών συναισθηματικών π.χ. θυμού, την τάση για κυριαρχικότητα και το αδύναμο εγώ. Ο τύπος της προσωπικότητας καθορίζει σε σημαντικό βαθμό την υιοθέτηση συνηθειών ή τύπων κοινωνικής συμπεριφο-

ράς που εκθέτουν το άτομο περισσότερο στην επίδραση καρκινογόνων χημικών και άλλων ερεθισμών (κάπνισμα, εκλογή επαγγέλματος κ.τ.λ) και συντελεί έτσι έμμεσα στην ανάπτυξη της νεολαίας.

**Stress** (ψυχοπιεστικά γεγονότα της ατομικής ζωής). Η υπόθεση πως η συρροή ψυχοτραυματικών γεγονότων στη ζωή προδιαθέτει στην ανάπτυξη νεοπλασίας, έχει τις ρίζες της στη λαϊκή αντίληψη πως τον καρκίνο τον γεννάει η στενοχώρια, αλλά ενισχύεται και από σχετικά πρόσφατα ευρήματα στον τομέα της πειραματικής καρκινογένεσης. Το 1980, ο Rilley και οι συνεργάτες και οι συνεργάτες του, έδειξαν σε ποντίκια εμβολιασμό, το νεόπλασμα εμφανίζεται στο 92% των ποντικών που στη διάρκεια της δοκιμασίας είχαν υποβληθεί σε χειρισμούς που δημιουργούν stress και μόνο στο 7% των ποντικών, που δεν είχαν υποβληθεί σε παρόμοιους χειρισμούς. Η έντονη ερευνητική δραστηριότητα που αναπτύχθηκε τα τελευταία χρόνια με σκοπό τη διευρένηση της σχέσης stress και καρκίνου στον άνθρωπο και εδώ, δεν μπορούμε να πούμε πως μας έδωσε οριστικές - έγκυρες απαντήσεις.

Συμπερασματικά, αυτό που έχει αποδειχθεί από τις μέχρι τώρα μελέτες είναι πως τουλάχιστον ψυχοτραυματικά γεγονότα συνδεδεμένα με απώλεια, όπως θάνατος, επώδυνος χωρισμός από αγαπημένο πρόσωπο απώλεια σημαντικού ρόλου κ.λ.π. σχετίζονται θετικά με την ανάπτυξη νεοπλασίας.

Είναι πρόωρο να προχωρήσει κανείς πέρα από τη διαπίστωση μίας τέτοια συσχέτισης και να διατυπώσει υποθέσεις αναφερόμενες στον παθογενετικό μηχανισμό. Πάντως, η τρέχουσα και πιο λογικοφανής υπόθεση περιγράφεται στα πλαίσια μιας γενικότερης θεωρίας που συνδέει το stress με το συμβολικό επίπεδο ψυχοκοινωνικής οργάνωσης και τα δυο μαζί με το ανοσοβιολογικό σύστημα άμυνας του οργανισμού. Το stress τροποποιεί όχι μόνο το συναίσθημα και την κοινωνική συμπεριφορά, αλλά όπως προκύπτει από πειραματικές ενδείξεις, τροποποιεί και τις ανοσοβιολογικές αντιδράσεις. Σύμφωνα, πάλι με τον Rilley, το stress αυξάνει την επινεφριδιακή δραστηριότητα και συνεπάγεται ελλειμματική λειτουργία



των T- λεμφοκυττάρων, με αποτέλεσμα τη μείωση της ανοσοβιολογικής άμυνας του οργανισμού και την συνακόλουθη επιρρέπεια στη νεοπλαστική εξεργασία<sup>14</sup>.

Γενικά, θα μπορούσαμε να χωρίσουμε τον γυναικείο πληθυσμό σε δυο ομάδες κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου στη μήτρα σε **χαμηλού** και **υψηλού**.

### Ομάδα χαμηλού κινδύνου

- > Μη ενεργή σεξουαλική ζωή.
- > Γυναίκες, με ολική υστερεκτομία και παράλληλη αφαίρεση τραχήλου.
- > Γυναίκες, πάνω από 60 χρονών με συστηματική γυναικολογική παρακολούθηση, συστηματικός έλεγχος με test Παπανικολάου.
- > Πολλές κυήσεις.

### Ομάδα υψηλού κινδύνου

- > Πρόωρη έναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας.
- > Πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι.
- > Πρώτη κύηση σε μικρή ηλικία.
- > Κατασκευή του ανοσολογικού συστήματος, λόγω λήψεως κορτικοστεροειδών, μεταμόσχευσης νεφρού, χημειοθεραπείας για άλλο καρκίνο η AIDS.
- > Κάπνισμα.
- > Γυναίκες, με προηγούμενο ανώμαλο test Παπανικολάου.
- > Διαιτολογικές ελλείψεις.
- > Στείρωση από καταστροφή σαλπίγγων.
- > Χρήσης αντισυλληπτικό χαπιού.

- Ιστορικό κονδυλωμάτων γεννητικών οργάνων.
- Χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση.
- Γυναίκες, οι ερωτικοί σύντροφοι των οποίων έχουν ή είχαν κονδυλώματα στο πέος, είχαν πολλές ερωτικές συντρόφους ή ερωτικές συντρόφους που έπασχαν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας<sup>5,11</sup>.

## **Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 8**

### **8.1 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ – 8.2 ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ**

#### **8.1 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ**

Τα συμπτώματα και τα κλινικά ευρήματα σε καρκίνο του τραχήλου, είναι ανάλογα προς το στάδιο της πάθησης.

Έτσι, ο προδιηθητικός ή προκλινικός καρκίνος του τραχήλου ή καρκίνος *in situ* (στάδιο 0) χαρακτηρίζεται από υπερπλασία των κυττάρων του επιθηλίου, ανώμαλες μιτώσεις, ατυπίες των πυρήνων και του πρωτοπλάσματος, χαρακτηριστικές της κακοήθειας και αποργάνωση της αρχιτεκτονικής των κυτταρικών στιβάδων. Διήθηση της βασικής μεμβράνης, δεν υπάρχει. Κατά την επισκόπηση, στο στάδιο αυτό, ο τράχηλος φαίνεται φυσιολογικός ή παρουσιάζει μικρή περιοχή υπεραιμίας ή λευκοπλακίας ή άλλοτε άλλης εκτάσεως ψευδοδιάβρωση. Γενικά, όμως, δεν μπορούμε να πούμε ότι στο στάδιο 0 υπάρχουν συμπτώματα. Σε ελάχιστες μόνο περιπτώσεις, οι πάσχουσες περιοχές παρουσιάζουν λευκόρροια και μικρές αιματηρές εκκρίσεις, ιδίως κατά το μεταξύ των εμμηνορρυσιών διάστημα ή μετά τη συνουσία.

Συμπτώματα, δεν υπάρχουν και στις δυσπλασίες και στο μικροδιηθητικό καρκίνωμα<sup>12,15</sup>.

Στον διηθητικό καρκίνο, οι μικροσκοπικές αλλοιώσεις του τραχήλου είναι: ψευδοδιάβρωση ή εξέλκωση (ενδοφυτικός καρκίνος) ή ανθοκραμβοειδή διαμόρφωση (εξωφυτικός καρκίνος). Τα συμπτώματα τότε αντιπροσωπεύονται από ορροϊνώδεις, ορροαιματηρές ή ιχωρώδεις και δύσοσμες εκρίσεις που οφείλονται είτε στην παρουσία αλλοιωμένου αίματος είτε στην επιμόλυνση νευρωτικών περιοχών του όγκου. Ακόμη, εμφανίζεται αιμορραγία αυτόματη ή μετά από συνουσία, ούρησης ή αφόδευση κατά την εξέταση και μερικές φορές ευαισθησία κατά το ανώτερο τμήμα του κόλπου.

Σε σημαντική διάβρωση του τραχήλου (κρατηροειδής διάβρωση), στην οποία εμπλέκονται μεγάλα αγγεία του τραχήλου ή του κόλπου, οι αιμορραγίες είναι σοβαρές και υπάρχουν πόνοι στη κοιλιά και την οσφύ, από ερεθισμό των νεύρων της πυέλου και κατάληψεις των παραμητρικών ιστών. Η κατάληψη πυελικών λεμφαδένων, μπορεί να οδηγήσει σε πίεση και απόφραξη πυελικών φλεβών, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται οιδήματα στα σκέλη να πιέζονται οι ουρητήρες και να αποφράσσονται (υδροουρητήρωση, υδρονέφρωση, πυελονεφρίτιδα). Εάν καταληφθεί η ουροδόχος κύστη, το πρώτο κυστεοσκοπικό εύρημα, είναι το οίδημα, εξέλκωση, αιματουρία και σύριγγα, παρουσιάζονται με πιο βραδύ ρυθμό. Τα ίδια παρατηρούνται και στο ορθό.

Η πρόοδος του καρκίνου, συμβαδίζει με γενική εξασθένησης της πασχούσης, ανορεξία, καχεξία με πυρετική κίνηση, απώλεια βάρους και αναιμία. Ο θάνατος επέρχεται από ουραιμία, αναιμία και εξασθένηση από την καρκινική τοξιναιμία, εντερική απόφραξη και ακόμα, από μεταστάσεις σε καίρια όργανα και από υδρονέφρωση<sup>15,16</sup>.

Γενικά, ο καρκίνος του τραχήλου κατά την **επισκόπηση**, είναι δυνατόν να εμφανισθεί με τις εξής μορφές:

1. **Απλή διάβρωση.** Παρατηρείται ερυθρότητα γύρω στο στόμιο του τραχήλου που μοιάζει με τραχηλίτιδα (διαβρωτική μορφή).
2. **Έλκος.** Παρατηρείται έλκος κρατηριοειδές στον τράχηλο (ελκωτική μορφή).
3. **Ανθοκραμβοειδής διόγκωση.** Παρατηρείται θηλώδες υπερπλαστικό μόρφωμα που προβάλλει από τον τράχηλο (εξωφυτικός καρκίνος).
4. **Διήθηση.** Παρατηρείται στον καρκίνο του ενδοτραχήλου και εμφανίζεται σαν σκληρός όγκος γύρω στον τράχηλο «βαρελοειδής τράχηλος» (διηθητική μορφή)<sup>13</sup>.

Κατά την ψηλάφηση ο τράχηλος είναι συνήθως σκληρός. Ένα ο καρκίνος εξορμάται από τον ενδοτράχηλο, ενδέχεται να μην είναι εμφανείς επισκοπικά, αλλά κατά την ψηλάφηση, συνήθως σχηματίζεται η εντύπωση «βαρελοειδούς» τραχήλου. Εάν υπάρχει επέκταση στον κόλπο, τις περισσότερες φορές είναι ορατή κατά την επισκόπηση. Σε γυναίκες με λεπτά κοιλιακά τοιχώματα, είναι δυνατό να ψηλαφισθεί επέκταση του καρκίνου στο παραμήτριο, ιδίως όταν αυτή έχει επεκταθεί μέχρι το πλάγιο πνευλικό τοίχωμα<sup>10,17</sup>.

## 8.2 ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Ο καρκίνος του τραχήλου, όταν βρίσκεται στο προδιηθητικό στάδιο, είναι δυνατό να παραμείνει για πολλά χρόνια. Όταν όμως, πάρει διηθητικό χαρακτήρα, τότε εύκολα κάνει μετάσταση. Αυτές πραγματοποιούνται είτε κατά συνέχεια ιστών είτε με τη λεμφική οδό είτε, σπάνια, με την αιματική οδό και όχι τόσο με τις αρτηρίες, όσο με τις φλέβες. Όταν διηθούν οι παραορτικοί λεμφαδένες, η διασπορά γίνεται με την αιματική οδό στο εξωτερικό τμήμα του κόλπου, του αιδοίου, του πνεύμονος, του ήπατος και του εγκεφάλου<sup>5</sup>.

Αρχικά, συνήθως, παρατηρείται μετάσταση κατ' επέκταση του ιστού, στα γειτονικά όργανα. Η συμμετοχή του σώματος της μήτρας, είναι δυνατό να δημιουργήσει πυομήτρα. Η μετάσταση στα παραμήτρια, προκαλεί την εμφάνιση σημείων και συμπτωμάτων χρόνιας πνευλικής φλεγμονής. Η μετάσταση στον κόλπο θα περιλάβει, πιθανώς, την ουροδόχο κύστη ή το έντερο και εμφανίζεται ως σύριγγα, ενώ η μετάσταση προς τα πίσω κατά μήκος των ιερομητρικών συνδέσμων, θα προσβάλλει το ιερό πλέγμα και εμφανίζεται ως ισχιακό άλγος<sup>17</sup>.

Η μετάσταση δια της λεμφικής οδού, συνήθως, έπεται της μεταστάσεως κατ' επέκταση του ιστού, αλλά είναι δυνατό και να προηγείται αυτής. Η μετάσταση παρατηρείται κατά μήκος του δικτύου των λεμφικών αγγείων, τα οποία παροχετεύουν τον τράχηλο, συνήθως κατά μήκος της ομάδας των παρατραχηλικών έως την έξω λαγονίων. Μερικές φορές, κακοήθη κύτταρα διέρχονται προς τα πί-

σω έως την ομάδα των έσω λαγονίων. Γενικά, 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<sup>6,17</sup>.

Βρέθηκε πως στα στάδια Ia και Ib, οι λεμφαδενικές μεταστάσεις φτάνουν στο 12-15%, στα στάδια Iia και Iib το 25-30%, στο στάδιο III το 35-40% και στο στάδιο IV το 80%<sup>6</sup>.

Μερικές φορές η λεμφαδενική μετάσταση δεν ακολουθεί τη φυσιολογική πορεία. Είναι δυνατόν για παράδειγμα, οι πνευμονικοί αδένες να μην προσβληθούν και να παρατηρηθεί μετάσταση στους αορτικούς ή ακόμη στους αδένες του αυχένα<sup>17</sup>.

Απομακρυσμένες μεταστάσεις βρίσκουμε, εκτός από τον πνεύμονα, το ήπαρ και τον εγκέφαλο που αναφέραμε, στα επινεφρίδια, στο σπλήνα, στο πάγκρεας, στα οστά (σπονδυλική στήλη, πύελο, αυχένα μηριαίου οστού) που συνεπάγονται αυτόματα κατάγματα και στο δέρμα. Σε προχωρημένες καταστάσεις, είναι συχνή η διήθηση των πνευμονικών νεύρων και είναι πιθανό να γίνει και διασπορά μέσα στην κοιλιά, όταν ο όγκος έχει διηθήσει όλο το τοίχωμα του τραχήλου της μήτρας<sup>6,11</sup>.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 9

### 9.1 ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑ – 9.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ – 9.3 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

#### 9.1 ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑ

Εκτεταμένες έρευνες γίνονται τα τελευταία χρόνια στην ανοσολογία του καρκίνου. Για τον καρκίνο του τραχήλου, βρέθηκαν ειδικά αντιγόνα των νεοπλασματικών κυττάρων και η ανοσολογική αντίδραση των ασθενών σ' αυτά, μελετάται με δερματικά test.

Το **καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA)**, βρέθηκε ότι αυξάνεται στον όρο ασθενών με καρκίνωμα του τραχήλου, αλλά δεν παρατηρήθηκε άμεση συσχέτιση με το στάδιο της νόσου ή τον ιστολογικό τύπο. Το επίπεδα του αντιγόνου, γίνονται φυσιολογικά μετά από θεραπευτική ακτινοβολία, ενώ καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο αποτελεί σημαντική παράμετρο για τη διαπίστωση και την πορεία της νόσου, δίνοντας σημαντική διαγνωστική βοήθεια.

Το **νεοπλασματικό αντιγόνο TA4** του ανθρώπινου καρκίνου από πλακώδη επιθήλια, βοηθάει στη διάγνωση και παρακολούθησης του καρκίνου του τραχήλου. Πρόκειται για μια γλυκοπρωτεϊνή μοριακού βάρους 48,000 που ανευρίσκεται στον ορό τύπου αίματος και προσδιορίζεται ραδιανοσολυτικά. Το αντιγόνο αυτό είναι αυξημένο σε ποσοστό 40% σε ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου και η αύξηση σχετίζεται με το στάδιο του καρκίνου. Στα αρχικά στάδια 0 και I είναι αυξημένο περίπου 10% και 30% αντίστοιχα, στο στάδιο II είναι αυξημένο σε ποσοστό 50%, ενώ στα στάδια IIIa και IV, υπερβαίνει το 80%. Η παρακολούθηση των τιμών του TA-4 μετά τη θεραπευτική αντιμετώπιση των καρκινοπαθών, βοηθάει στην αντιμετώπιση των υποτροπών<sup>8</sup>.

## 9.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου, επιτυγχάνεται με την εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς από τον γιατρό και με τις διάφορες διαγνωστικές μεθόδους.

### A. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.

Η εκτίμηση, γίνεται με τη συλλογή πληροφοριών με δυο κυρίως μεθόδους:

i. **Λήψη ιστορικού:** Κατά την πρώτη επίσκεψη της γυναίκας στο γυναικολογικό ιατρείο, πρέπει να γράφει για κάθε λεπτομέρεια το ιστορικό της. Ο γυναικολόγος με υπομονή, λεπτότητα και κατάλληλες ερωτήσεις θα εκμαιεύσει κάθε στοιχείο του ιστορικού με τρόπο που να μπορεί ακόμη να τεθεί και διάγνωση, σε ορισμένες περιπτώσεις.

Η λήψη του ιστορικού που πολλές φορές γίνεται με δυσκολία, πρέπει οπωσδήποτε να προηγηθεί της γυναικολογικής εξέτασης.

Το περιβάλλον του γυναικολογικού ιατρείου στο νοσοκομείο ή σε ιδιωτικό χώρο, πρέπει να είναι ευχάριστο και φιλικό, η εμφάνιση του γιατρού ευπρεπής, η συμπεριφορά του διακριτική, να μη δείχνει βιασύνη ή αμηχανία, αλλά αυτοπεποίθηση, ώστε η εξεταζόμενη γυναίκα να του δείξει εμπιστοσύνη και να του αποκαλύψει κάθε λεπτομέρεια του ιστορικού της. Πολλές φορές, πρέπει να εκμυστηρευτεί στο γυναικόλογο προσωπικές απόρρητες πληροφορίες που πιθανόν να έχουν οικογενειακές, ψυχολογικές και κοινωνικές προεκτάσεις.

Στις περιπτώσεις που η επικοινωνία με την ασθενή δεν είναι δυνατή, οι πληροφορίες λαμβάνονται από τους συγγενείς. Πολλοί είναι οι λόγοι τους οποίους δεν πρέπει να συγκεντρώνονται πληροφορίες από ηλεκτρονικούς υπολογιστές ή άλλα συστήματα, τα οποία χρησιμοποιούν διάφορα κέντρα, όταν αυτές αφορούν γυναικολογικές ασθένειες. Ο κυριότερος είναι, ότι οι υπολογιστές αποτελούν απρόσωπα μέσα συλλογής πληροφοριών.



Οι πρώτες ερωτήσεις στη λήψη του ιστορικού πρέπει να αναφέρονται στα ατομικά στοιχεία της άρρωστης. Με τον τρόπο αυτό, επιταγχάνεται: 1) η παροχή χρόνου στην ασθενή για να συνηθίσει στο περιβάλλον του ιατρείου και 2) η δυνατότητα στον γιατρό να σχηματίσει γνώμη για την προσωπικότητα της γυναίκας.

Αναλυτικότερα, η γυναίκα ερωτάται για:

- ❖ Το **Όνοματεπώνυμο**.
- ❖ Την **Ηλικία**.
- ❖ Την **Διεύθυνση**.
- ❖ Το **Επάγγελμα**.
- ❖ Τον **Αριθμό των παιδιών**.
- ❖ Το **Γυναικολογικό – μαιευτικό ιστορικό**.
- ❖ Την **Παρούσα νόσο**.
- ❖ Το **Ατομικό αναμνηστικό**.
- ❖ Το **Οικογενειακό ιστορικό**.

Ο γυναικολόγος πρέπει να γνωρίζει την ακριβή ηλικία της ασθενούς, πράγμα δύσκολο ορισμένες φορές, γιατί πολλές γυναίκες αποκρύπτουν σκόπιμα την ηλικία τους. Είναι γνωστό ότι διάφορες παθολογικές καταστάσεις απαντούν σε διάφορες ομάδες ηλικιών. Το είδος του επαγγέλματος της ασθενούς παίζει σημαντικό ρόλο στις ανωμαλίες της εμμήνου ρύσεως. Ακόμη, πρέπει να καθοριστεί ο χρόνος κανονικού συζυγικού βίου που σημαίνει ότι υπάρχει αρμονική σεξουαλική συμβίωση με το ανδρικό φύλο.

Αφού, καταγράψουν τα ατομικά στοιχεία, στη συνέχεια αναζητούνται στοιχεία από το ατομικό αναμνηστικό και το οικογενειακό ιστορικό, τα οποία πιθανόν να βοηθήσουν στον τρόπο με τον οποίο θα ελεγχθεί η παρούσα νόσος και τέλος, ερωτάται η αιτία προσέλευσης της ασθενούς στο ιατρείο.

Στο **οικογενειακό ιστορικό**, αναζητούνται ασθένειες που είναι δυνατόν να υπάρχουν στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον. Η φυματίωση, αλλεργικές νόσοι, το έλκος στομάχου, τα εγκεφαλικά νοσήματα, οι καρδιοπάθειες, η υπέρταση, οι νεφροπάθειες και οι καρκίνοι διάφορων οργάνων, είναι οι ασθένειες που μπορούν να αξιολογηθούν.

Στο **ατομικό αναμνηστικό**, θα αναζητηθούν όλες οι ασθένειες που προσέβαλαν την ασθενή από τη γέννησή της μέχρι τον παρόντα χρόνο, εκτός από την αιτία που την ανάγκασε να καταφύγει στον γιατρό. Οι ασθένειες αυτές μπορεί να ήταν απλές παιδικές λοιμώδεις νόσοι, όπως ιλαρά, ερυθρά, παρωτίτιδα ή πιο σοβαρές, όπως συγγενείς ή επίκτητες καρδιοπάθειες, υπέρταση, σακχαρώδεις διαβήτης, νεφροπάθειες, πνευμονικά νοσήματα και ιδίως φυματίωση, νοσήματα του πεπτικού συστήματος, ενδοκρινολογικά και γενικότερα νοσήματα όλων των συστημάτων.

Ακόμη, τυχόν αλλεργίες σε φάρμακα πρέπει να ερωτούνται και να καταγράφονται. Εάν η ασθενής έχει υποστεί στο παρελθόν χειρουργική επέμβαση, χωρίς συμβατά, αυτό αποτελεί σοβαρή ένδειξη ότι μπορεί να υποβληθεί σε γενική αναισθησία.

Εκτός των ανωτέρω, θα πρέπει να αναγραφεί στο ιστορικό η τυχόν λήψη φαρμάκων από την ασθενή για γενικές παθήσεις. Ορισμένα από τα φάρμακα, μπορεί να έχουν επίδραση στο γεννητικό σύστημα ή στους μαστούς π.χ. η λήψη ηρεμιστικών φαρμάκων ή φαρμάκων για παθήσεις του στομάχου, προκαλούν γαλακτόρροια και μερικές φορές αμηνόρροια. Η λήψη δακτυλίτιδας μπορεί να προκαλέσει εμφάνιση ωρίμου κολπικού επιχρίσματος σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Στο **γυναικολογικό αναμνηστικό** της ασθενούς, ζητούνται πληροφορίες που αφορούν την έμμηνο ρύση. Σημασία έχει η ηλικία στην οποία εμφανίζεται. Φυσιολογικά κυμαίνεται μεταξύ 12 – 14 ετών. Αν όμως εμφανιστεί αργότερα, μετά τα 16 χρόνια, ο γυναικολόγος πρέπει να μάθει αν παρουσιάστηκε αυτόματα ή μετά από λήψη φαρμάκων, γεγονός που μπορεί να σημαίνει την ύπαρξη πα-

θολογικής κατάστασης. Παθολογική κατάσταση, είναι και όταν είναι κάτω από 9 ετών.

Γενικά, στο γυναικολογικό ιστορικό θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία:

- ❖ Στο παρόν σύμπτωμα.
- ❖ Στο προηγούμενο γυναικολογικό ιστορικό και στις κυήσεις.
- ❖ Στο ιστορικό εμμήνου ρύσης.
- ❖ Στο σεξουαλικό ιστορικό / αντισύλληψη.
- ❖ Στα συμπτώματα από το ουροποιητικό σύστημα.
- ❖ Στο ιατρικό ιστορικό.
- ❖ Στο κοινωνικό ιστορικό.
- ❖ Στην ημερομηνία του τελευταίου test – Pap.

Αφού γίνουν ερωτήσεις και για το μαιευτικό ιστορικό, η ασθενής ερωτάται για την παρούσα νόσο, την αιτία δηλαδή που την οδήγησε στο γυναικολογικό ιατρείο.

Τα συνηθέστερα ενοχλήματα για τα οποία παραπονούνται οι ασθενείς, είναι η αιμορραγία από τα γεννητικά όργανα, ο πόνος στο υπογάστριο, η κολπική υπερέκκριση, το αίσθημα βάρους στα έξω γεννητικά όργανα, η ύπαρξη κνησμού και καύσου, η ακράτεια των ούρων, η συχνουρία, η αιματουρία, η δυσουρία και σπανιότατα η απώλεια κοπράνων.

Ιστορικό ακανόνιστης κολπικής αιμόρροιας ή απώλειας μετά από επαφή, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, όπως και αιμόρροια μετά την εμμηνόπαυση<sup>10</sup>.

ii. **Κλινική εξέταση.** Πριν αναφερθούμε στις κλινικές εξετάσεις, θα πρέπει να μιλήσουμε για το γυναικολογικό εξεταστήριο. Αυτό, αποτελείται από τρεις χώρους, ένα για να βγάζει και να βάζει τα

ενδύματά της και να φοράει την ειδική για την εξέταση μπλούζα, ένα που θα αποτελεί μικρή τουαλέτα και ένα στον οποίο θα λάβει χώρα η εξέταση. Αυτός ο τελευταίος χώρος, πρέπει να είναι εξοπλισμένος με τα παρακάτω:

- α Ένα γυναικολογικό τραπέζι.
- α Ένα γυναικολογικό κάθισμα.
- α Ένα φωτιστικό προβολέα.
- α Ένα τραπέζι στα δεξιά του εξεταστή που να έχει επάνω του αποστειρωμένα εργαλεία, όπως μητροσκόπιο, κολποδιαστολείς, ένα κουτί με αποστειρωμένο υλικό, όπως τολύπια, γάζες, ένα μικροσκόπιο για τον έλεγχο της τραχηλικής βλέννας, ένα κολποσκόπιο για τον καλύτερο έλεγχο κολπικής ή τραχηλικής πάθησης και διάφορα άλλα εξαρτήματα.

Η κλινική εξέταση, περιλαμβάνει την **επισκόπηση** και την **ψηλάφηση**. Η επισκόπηση, όπως και η ψηλάφηση, γίνεται μετά τη λήψη του ιστορικού στο εξεταστήριο με την παρουσία βοηθού και αφού πρώτα η ασθενής έχει αφαιρέσει τα ρούχα της και έχει φορέσει την ειδική εξεταστική μπλούζα. Ουσιαστικά, όμως η επισκόπηση αρχίζει από τη λήψη του ιστορικού. Καχεξία, παχυσαρκία, αναιμία, υπερτρίχωση, κοντό ή ψηλό ανάστημα, εύκολα ελέγχονται. Από την επισκόπηση εύκολα φαίνονται ενδοκρινικές διαταραχές (σύνδρομο Cushing υπερθυρεοειδισμός με εξόφθαλμο κ.λ.π.).

Μετά την γενική επισκόπηση, συμπληρώνουμε αυτή με ειδικότερες παρατηρήσεις. Για να το πετύχουμε αυτό η άρρωστη συνοδευόμενη από το βοηθητικό προσωπικό του ιατρείου, πρέπει να οδηγηθεί στο εξεταστικό κρεβάτι με τους μηρούς της τοποθετημένους στη θέση που επιβάλλει η γυναικολογική εξέταση (θέση λιθοτομίας) και με ακάλυπτη την πρόσθια επιφάνεια του σώματός της.

Η παρουσία μαίας νοσηλεύτριας την ώρα της επισκόπησης και στη συνέχεια της ψηλάφησης κρίνεται απαραίτητη όχι μόνο για την ασθενή για να μη νιώθει άβολα, αλλά και για τον ίδιο τον για-

τρό για αποφυγή παρεξηγήσεων που μπορούν να εκθέσουν το κύρος του.

Η επισκόπηση αρχίζει από τα μαλλιά, τα μάτια, το πρόσωπο και στη συνέχεια προχωρεί στο λαιμό, τους μαστούς και την κοιλιακή και βουβωνική χώρα. Ακολουθεί η επισκόπηση των γεννητικών οργάνων για την ανεύρεση διαπλαστικών ή μορφολογικών ανωμαλιών ή δερματοπαθειών, ή εκκρίσεις από τον κόλπο. Ο πρωκτός ελέγχεται για αιμορροΐδες και τέλος τα κάτω άκρα για τη διαπίστωση κιρσών και οιδημάτων.

Μετά και από την ειδική επισκόπηση, επισκοπούμε ειδικότερα τα εξωτερικά γεννητικά όργανα. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούμε ελαστικά ή μιας χρήσης γάντια. Σε αυτή τη φάση ερευνάται καλύτερα η περιοχή του εφηβαίου, των μεγάλων και μικρών χειλέων, της κλειτορίδας και του πρωκτού. Με την απομάκρυνση των χειλέων, επισκοπείται το στόμιο της ουρήθρας, ο πρόδρομος του κόλπου και η ύπαρξη κυστεοκήλης ή ορθοκήλης.

Αλλοιώσεις του δέρματος, ύπαρξη διόγκωσης, έκκρισης υγρών ή αίματος, διαπλαστικής ανωμαλίας κ.λ.π., διακρίνονται τώρα καλύτερα.

Ύστερα, με κολποδιαστολείς ή μητροσκόπιο, επισκοπούνται τα τοιχώματα του κόλπου και η ενδοκολπική μοίρα του τραχήλου. Στον κόλπο, είναι δυνατό να διαπιστώσουμε την ύπαρξη φλεγμονής, εξέλκωσης ή την ύπαρξη όγκων και στον τράχηλο την ύπαρξη ρήξης του στομίου ή φλεγμονής ή νεοπλασίας. Σε καρκίνο του τραχήλου τα ευρήματα είναι ανάλογα με το στάδιο που βρίσκεται.

Σκόπιο είναι στο σημείο αυτό να γίνει λήψη τριών επιχρισμάτων. Ένα από τον οπίσθιο θόλο, ένα από την επιφάνεια του τραχήλου που αντιστοιχεί γύρω από το εξωτερικό του στόμιο και ένα από τον ενδοτράχηλο. Αν υπάρχει στη διάθεση του γυναικολόγου κολποσκόπιο, η επισκόπηση τότε του τραχήλου γίνεται καλύτερα και μας βοηθάει στη διάγνωση.

Η ψηλάφηση του γεννητικού συστήματος της γυναίκας λέγεται αμφίχειρη εξέταση. Απαραίτητη προϋπόθεση για την εκτέλεσή της είναι η κένωση της ουροδόχου κύστης και για την πραγμάτωση της η θέση του γυναικολόγου ανάμεσα από τους μηρούς της γυναίκας μπρος στο γεννητικό της σύστημα. Ύστερα με τον αντίχειρα και το δείκτη του αριστερού χεριού, ανοίγει τα μικρά χείλη του αιδοίου για να φανεί το άνοιγμα του κόλπου, και στη συνέχεια εισάγει στον κόλπο το δείκτη και το μεσαίο δάχτυλο του δεξιού χεριού εφόσον η γυναίκα έχει γεννήσει. Ο γιατρός πρέπει να λάβει υπόψη, ότι ενώ η αιδοϊκή σχισμή είναι κάθετη, ο αυλός του κόλπου είναι εγκάρσιος, έτσι τη στιγμή της εισόδου των δαχτύλων η ραχιαία επιφάνεια του χεριού στρέφεται προς την εσωτερική επιφάνεια του αριστερού μηρού της εξεταζόμενης, ενώ τη στιγμή της εξέτασης, αυτή στρέφεται προς τον πρωκτό. Για να είναι πιο αποτελεσματική η εξέταση ο γιατρός θα πρέπει να στηρίζει τον αγκώνα του χεριού στον μηρό που βρίσκεται σε κάμψη.

Η ψηλάφηση του κόλπου και στη συνέχεια του ορθού, μας επιτρέπει να προσδιορίσουμε την κινητικότητα του τραχήλου και την κατάσταση των ιστών που βρίσκονται γύρω από αυτόν. Πλάτυνση του μητροτραχηλικού συνδέσμων είναι ενδείξεις επεκτάσεως της πάθησης στις αντίστοιχες περιοχές. Αν ψηλαφίσουμε σκληρυντικό στρώμα στο ανώτερο τοίχωμα του κόλπου προς τα εμπρός, είναι δυνατό να σημαίνει επινέμηση της κύστης και τότε η κυστεοσκόπηση κρίνεται αναγκαία. Σε πρώιμο στάδιο, παρατηρείται οίδημα του τριγώνου της κύστεως, υπεραιμία, σχηματισμός πτυχών στο βλεννογόνο της κύστεως και αύξηση του αριθμού των αιμοφόρων αγγείων. Αργότερα παρατηρείται φουσαλιδώδες οίδημα, τα στόμια των ουρητήρων προβάλλουν και τελικά οξίδια, θηλώδεις προεξοχές και ελκώσεις, είναι ορατές. Η διάσπαση των καρκινωδών μαζών, συνεπάγεται ανάπτυξη κυστεοκολπικών συρριγίων.

Η αμφίχειρη εξέταση, συμπληρώνεται με εξέταση από το ορθό. Τέτοια εξέταση με το δείκτη του δεξιού χεριού αλειμμένο με βαζελίνη, εκτελούμε και όταν ο παρθενικός υμένας είναι ακέραιος. Στη συμπλήρωση από το ορθό εξέταση, βάζουμε το πρώτο γάντι

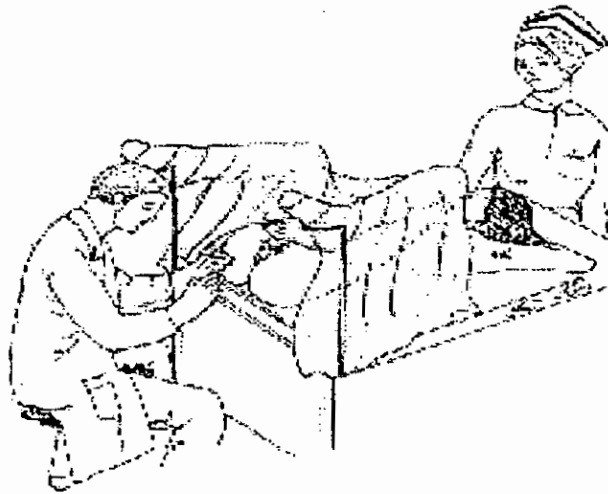
και φοράμε δεύτερο, αν η κοιλιακή εξέταση έγινε με τα δυο δάχτυλα, για να μη μεταφέρουμε πιθανό παθογόνο παράγοντα του κόλπου, στο ορθό.

Μετά την εξέταση των γεννητικών οργάνων και του ορθού, ελέγχεται η κοιλιά. Η ψηλάφηση της, απαιτεί ιδιαίτερη λεπτότητα χειρισμών, γιατί πολλές φορές οι άρρωστες παρουσιάζουν ευαισθησία και με την παραμικρή επαφή συσπών τους κοιλιακούς μας και κάνουν την ψηλάφηση δύσκολη ή ακατόρθωτη.

Σε λεπτά κοιλιακά τοιχώματα, είναι δυνατό να ψηλαφίσουμε την ουροδόχο κύστη, τη μήτρα, το τυφλό και το κόλο και επίσης, να ελένξουμε την περιοχή της σκωληκοειδούς απόφασης και της χοληδόχου κύστης και τη θέση και τα μέγεθος των νεφρών.

Στη συνέχεια, ακολουθεί η ψηλάφηση των μαστών που η παράλειψη της από τον γυναικολόγο, θεωρείται ασυγχώρητο λάθος.

Εκτός από αυτά τα όργανα, απαραίτητη κρίνεται και η ψηλάφηση των βουβωνικών και υπερκλειδίων λεμφαδένων για πιθανή ανεύρεση διόγκωση. Μετά και την ψηλάφηση των λεμφαδένων, ο γιατρός έχει ολοκληρώσει την εξέταση του. Τα στοιχεία που θα συλλέξει από τις παρατηρήσεις του και τα ευρήματα του, θα τα διατυπώσει σε ειδική κάρτα της άρρωστης, ώστε να τα έχει πρόχειρα σε επανεξέταση της <sup>6,11</sup>.



## **B. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ.**

### **i. Κυτταρολογική εξέταση (test Παπανικολάου).**

Η κυτταρολογία, πατέρας της οποίας θεωρείται ο Έλληνας Γεώργιος Παπανικολάου, εμφανίστηκε σαν διαγνωστικό μέσον πριν 50 περίπου χρόνια, χάρη στις άοκνες προσπάθειες του και την εμπειριστατωμένη ερεύνα του. Σήμερα, με τη βοήθεια και άλλων παραϊατρικών επιστημών και οργάνων, όπως η μοριακή βιολογία, η ανοσοϊστοχημεία, το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο, η κυτταρομετρία με ηλεκτρονικούς υπολογιστές έχει εξελιχθεί σε επίπεδο υψηλής διαγνωστικής ακρίβειας και είναι υποχρέωση του κάθε επιστήμονα να γνωρίζει τις δυνατότητες της.

Το γυναικολογικό υλικό για την κυτταρολογική εξέταση ((test Παπανικολάου) λαμβάνεται με διαφόρους τρόπους. Έτσι μπορεί να ληφθεί απ'ευθείας από το σημείο που θέλουμε να εξετάσουμε με σπάτουλα, βαμβακοφόρο στυλεό ή ψήκτρα (βουρτσάκι). Οι παραπάνω λήψεις, αφορούν κυρίως το κολπικό, τραχηλικό και ενδοτραχηλικό επίχρισμα και η σειρά που αναφέρονται είναι χρονολογική. Τελευταία, η λήψη με βουρτσάκι μιας χρήσεως έχει αποδειχθεί, στατιστικά, η καλύτερη, γιατί μπορεί να πάρει υλικό από εσοχές του τραχηλικού βλεννογόνου που δεν φθάνει ούτε η σπάτουλα ούτε πολύ περισσότερο ο βαμβακοφόρος στυλεός, ο οποίος απορροφά βλέννη και συγκρατεί κύτταρα, έτσι ώστε στο επίχρισμα να δίνει πολύ λίγα κυτταρικά στοιχεία. Ο τρόπος αυτός, λοιπόν, σήμερα τείνει να εγκαταλειφθεί.

Υλικό, ακόμη λαμβάνεται με αποτύπωμα, αν μια αλλοίωση π.χ. στον τράχηλο (σε πρόπτωση) ή στο αιδοίο, είναι προσιτή στην αντικειμενοφόρο πλάκα. Άλλος τρόπος, είναι μη αναρρόφηση για υλικό ενδομητρίου ή κολπικό υγρό.

Όλοι οι τρόποι λήψεως υλικού γίνεται σε εξωτερικό ιατρείο χωρίς αναισθησία. Είναι απαραίτητο, η λήψη να γίνεται από το σημείο τις αλλοιώσεις ή όσο πιο κοντά γίνεται από το σημείο της αλ-



λοιώσεις ή όσο πιο κοντά μπορούμε να πλησιάσουμε για να έχουμε κυτταρικό υλικό, χωρίς εκφύλιση και προσμίξεις που θα δυσχεράνουν τη διάγνωση. Γι' αυτό είναι απαραίτητη η κλινική εικόνα και το ιστορικό. Η καλή λήψη είναι το 50% της ακριβούς διαγνώσεως από τον κυταρολόγο.

Αμέσως μετά την λήψη του υλικού, το επιχρίουμε σε μια ή περισσότερες πλάκες, προσέχοντας να γίνεται πάντα λεπτό στρώμα επιχρίσματος. Μόλις τα επιχρίσματα στρωθούν στις αντικειμενοφόρες πλάκες, πρέπει να μονιμοποιούνται σε οινόπνευμα 96% για 15' ή με μονιμοποιητικό spray. Μετά τη μονιμοποίησης, το κυταρολογικό επίχρισμα βάφεται με τη χρώση Παπανικολάου<sup>5,18</sup>.

Στην αξιολόγησης του test Παπανικολάου, συμμετέχουν πολλοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τα αποτελέσματα. Προβλήματα δημιουργούνται από την μη καλή λήψη υλικού, από τη μη καλή μονιμοποίηση του, από την όχι καλή αξιολόγηση των κυτάρων, από την όχι επαρκή περιγραφή ευρημάτων με τους κατάλληλους όρους και τέλος, από την μη επίδοση του αποτελέσματος στις γυναίκες.

Τα ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα, παίζουν σημαντικό ρόλο και έχουν ανεβρεθεί από αναδρομικούς ελέγχους σε πολλές παθολογικές καταστάσεις.

Παρά την αναγκαιότητα συμμετοχής σε λεγμένα με test Παπανικολάου όλων των γυναικών, υπάρχουν ορισμένες κατηγορίες υψηλού κινδύνου. Σε αυτές ανήκουν:

- \* Όσες άρχισαν σεξουαλική επαφή σε ηλικία μικρότερη των 17 ετών.
- \* Όσες έχουν πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους.
- \* Όσες έχουν εγκυμοσύνη σε μικρότερη ηλικία των 20 ετών.
- \* Όσες ζουν σε αστικές περιοχές με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ζωής.

Γενικά είναι οι γυναίκες που έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου, για τις οποίες έγινε αναφορά σε προηγούμενο κεφάλαιο (κεφ.7).

Κατά την εξέταση των τραχηλικών και κολπικών κυττάρων που αποφολιδώνονται διακρίνουμε **πέντε κατηγορίες ή τάξεις κυττάρων.**

Η κατηγορία I χαρακτηρίζεται από κύτταρα που είναι φυσιολογικά, ενώ στην κατηγορία II τα κύτταρα είναι φλεγμονώδη. Στην κατηγορία III έχουμε δυσκαρυωτικά κύτταρα και μετά βιοψία ή κωνοειδή εκτομή του τραχήλου, μπορεί να βρεθεί καρκίνωμα *in situ* ή πιο σπάνια μικροκαρκίνωμα. Εάν έχουμε διηθητικό καρκίνο, βρίσκουμε καρκινικά κύτταρα αραιά (τάξη IV) ή κατά σωρούς (τάξη V). Σε μερικές περιπτώσεις καρκινώματος *in situ*, ανευρίσκονται μεμονωμένα καρκινικά κύτταρα (τάξης IV).

Έχει βρεθεί ότι ο κίνδυνος για ανάπτυξη διηθητικού καρκίνου είναι 10 φορές μεγαλύτερος στις γυναίκες που δεν έχουν ελεγχθεί με *test Pap*. Εάν μια γυναίκα κάνει 1 φορά στην ζωή της *test Pap* μειώνει κατά 45% τον κίνδυνο ανάπτυξης διηθητικού καρκίνου του τραχήλου, ενώ αν έχει κάνει 9 φορές ο κίνδυνος μειώνεται κατά 99%.

Όσον αφορά, τα χρονικά διαστήματα λήψεως του *test Pap*, πιστεύεται ότι πρέπει να αρχίζει ή λήψη αμέσως μετά την πρώτη σεξουαλική επαφή κάθε έτος έως την ηλικία των 35 ετών. Από εκεί και πέρα κάθε 2 χρόνια έως την ηλικία των 65 ετών, οπότε και μπορεί να σταματήσει η προληπτική λήψη του *test Pap*.

Ο ρυθμός λήψης επιχρίσματος εξατομικεύεται, ανάλογα με τα ευρήματα της προηγούμενης εξέτασης.

Ανακεφαλαιώνοντας τη σημασία της μεθόδου Παπανικολάου, πρέπει να τονισθεί ότι αποτελεί κυρίως, προληπτική εξέταση και ότι η τελική διάγνωση γίνεται με επιπλέον διαγνωστικές μεθόδους, όπως είναι ή κολποσκοπική και η βιοψία τραχήλου.

Η αντιμετώπισης των γυναικείων με παθολογικό test Pap, καθώς επίσης και η σχέση των ευρημάτων του test με την CIN, φαίνονται στον παρακάτω πίνακα<sup>8</sup>.

**Αντιμετώπιση ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας (CIN) τραχήλου σε σχέση με το test Pap και τα ιστολογικά ευρήματα.**

Κλάση I	Φυσιολογικό	0,1% CIN II-III	Επανάληψη σε 1 έτος (εκτός αν υπάρχει κλινικά ύποπτη εικόνα)
Κλάση II	Φλεγμονώδες	6% CIN II-III	Επανάληψη σε 6 μήνες (κολποσκόπηση μετά από 3 παθολογικά test). Επανάληψη σε 4 μήνες (κολποσκόπηση μετά από 2 παθολογικά test)
	Ελαφρά ατυπία	20-37% CIN II-III	
Κλάση III	Ελαφρά δυσκαρίωση	50% CIN II-III	Κολποσκόπηση-Βιοψία
	Μέση δυσκαρίωση	50-75% CIN II-III	
Κλάση IV	Σοβαρή δυσκαρίωση	80-90% CIN II-III	Κολποσκόπηση-
Κλάση V	Υπαρξη κακοθών κυττάρων	5% διήθηση	Βιοψία
	Υποψία διήθησης	50% διήθηση	Επείγουσα κολποσκόπηση-Βιοψία
Παθολογικά αδενικά κύτταρα		ΑδενoCaτραχήλου; ΑδενoCaενδομητρίου;	Επείγουσα κολποσκόπηση – απόξεση-βιοψία

## ii. Κολποσκόπηση.

Παρόλο που η κολποσκόπηση ετυμολογικά σημαίνει την επισκόπηση του κόλπου ( κόλπος + σκοπείν ), ουσιαστικά αφορά την επισκόπηση του τραχήλου, των πλαγίων κολπικών θόλων και ολόκληρου του κολπικού σωλήνα, του αιδοίου, καθώς και του περινέου.

Πατέρας της μεθόδου στον 20 αιώνα, είναι ο Hinserlman που πρώτος υιοθέτησε την έννοια και τις αρχές της κολποσκόπησης. Όμως και κυρίως λόγω της δυσκολίας της γερμανικής ορολογίας, η μέθοδος δεν έτυχε μαζικής αποδοχής στον υπόλοιπο δυτικό κόσμο, μέχρι τη δεκαετία του 1960-1970, οπότε και επανακαλύφθηκε από την αγγλοασαξωνική σχολή και σήμερα πλέον έχει παγκόσμια αποδοχή και εφαρμογή.

Η διαδικασία συνιστάται στην επισκόπηση, μέσο ειδικού οργάνου, του κολποσκοπίου, του κατώτερου γεννητικού σωλήνα από μεγέθυνση.

Ειδικά για τον τράχηλο και τον κόλπο, απαιτείται ο συνήθης αυτοσυγκρατούμενος κολποδιαστολέας, έτσι ώστε η φωτεινή δέσμη του κολποσκοπίου να έχει τη δυνατότητα να σαρώσει όλο το υπό στόχευση πεδίο. Απαραίτητη θεωρείται η ύπαρξη πράσινου φίλτρου για την καλύτερη επισκόπηση του αγγειακού δικτύου του εξωτραχήλου. Μετά την απλή επισκόπηση του τραχήλου, διάλυμα οξεικού οξέως 3-5%, επιθείεται στον τράχηλο. Η δράση του συνιστάται αφενός, στη ρευστοποίηση και συνεπώς στη δυνατότητα μετακίνησης της τραχηλικής βλέννας και αφετέρου στην αφυδάτωση του επιθηλίου. Έτσι, περιοχές που εμφανίζουν μεγαλύτερη κυτταροβρίθεια ή μεγαλύτερους πυρήνες κυττάρων, μετά την αφυδάτωση, γίνονται πυκνότερες, παρεμποδίζοντας τη διέλευση του φωτός, παρέχοντας έτσι την εικόνα των ποικίλλων κολποσκοπικών ευρημάτων.

Η κολποσκόπηση, ως εξέταση, είναι απλή και εφόσον υπάρχουν οι απαραίτητες προϋποθέσεις ( εξοπλισμός, χώροι, προγραμματισμός γυναικών ), είναι δυνατό να ελέγχεται κάθε γυναίκα των εξωτερικών ιατρείων <sup>7,10</sup>.

Σκοπός της, είναι η ανακάλυψη της περιοχής του τραχήλου, αλλά και του υπόλοιπου κατώτερου γεννητικού σωλήνα, η οποία αποφολίδωσε στο κυτταρολογικό επίχρισμα τα άτυπα κύτταρα. Επιπλέον, « χαρτογραφείται » η άτυπη περιοχή στον τράχηλο, ώστε να επιλεγεί η κατάλληλη θεραπευτική μέθοδος. Η κολποσκόπηση θεωρείται **ικανοποιητική**, όταν τόσο το άνω όριο της αλλοίωσης, αλλά και της ζώνης μετασχηματισμού είναι ορατό, δηλαδή εντοπίζονται στον εξωτράχηλο. Όταν όμως ένα από τα δύο ανωτέρω όρια, επεκτείνεται πέραν της όρασης στον ενδοτράχηλο, η κολποσκόπηση είναι **μη ικανοποιητική**, γιατί δεν μπορεί να παρατηρήσει το ενδοτραχηλικά επεκτεινόμενα τμήμα της αλλοίωσης ή της ζώνης μετα-

σχηματισμού. Επίσης, μη ικανοποιητική είναι και σε έντονη τραχηλίτιδα, αλλά κατά την εμμηνόπαυση.

Αλλά εξίσου σημαντικά στην κολποσκόπηση, είναι ότι επιτρέπεται, στην υπό τη μεγέθυνση και καθοδήγηση της, η εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων θεραπείας των προκαρκινικών αλλοιώσεων (laser, κωνοειδής εκτομή, laser εξόχλωση, ηλεκτροδιαθερμική αφαίρεση με συρμάτινο βρόγχο), ώστε η αλλοίωση να αντιμετωπισθεί αφενός μεν ριζικά, αφετέρου δε να προκαλέσει το ελάχιστο δυνατό τραύμα.

Υπάρχει ποικιλία φυσιολογικών και ανώμαλων κολποσκοπικών ευρημάτων. **Φυσιολογικά**, θεωρούνται το αυτόχθονο πλακώδες επιθήλιο, το κυλινδρικό επιθήλιο και η ζώνη μετασχηματισμού. Κυριότερος εκπρόσωπος των **άτυπων** ευρημάτων, είναι το λευκό επιθήλιο μόνο του ή με μωσαϊκά πεδία, διάστιξη και άτυπα αγγεία. Η συνύπαρξη όλων μαζί, κυρίως των άτυπων αγγείων, θέτει σοβαρή υποψία διηθητικού καρκινώματος. Μια Τρίτη κατηγορία ευρημάτων είναι τα **ποικίλα**, όπως φλεγμονώδεις και ατροφικές αλλοιώσεις, αληθής εκτοπία, κονδυλώματα κ.λ.π<sup>10</sup>.

**Ενδείξεις για κολποσκόπηση**, είναι: **1)** η ατυπία στο test Pap, **2)** τράχηλος μακροσκοπικά ύποπτος με αρνητικό test Pap, **3)** παρακολούθηση κύησης σε ύποπτα επιχρίσματα, **4)** εκλεκτική βιοψία, **5)** παρακολούθηση μετά από χειρουργική επέμβαση ή ακτινοβολία για καρκίνο, **6)** κακοήθεις δυσπλαστικές βλάβες στον τράχηλο, φλεγμονές, εξελκώσεις, έρπητας, ινομύματα, κ.λ.π.





**Πότε πρέπει να εκτελείται:** η κολποσκόπηση δεν πρέπει να γίνεται κατά τη διάρκεια της περιόδου, καθώς και 3-4 μέρες μετά από αυτή. Καλύτερες μέρες είναι από την 8-12 μέρα του κύκλου, κατά τις οποίες η τραχηλική βλέννα είναι άφθονη και διαυγής και το εξωτραχηλικό στόμιο είναι ανοικτό. Ο τράχηλος, ακόμη, δεν πρέπει να φέρει βλάβες από πρόσφατη βιοψία, υστεροσαλπιγγογραφία, κολπική εξέταση κ.λ.π.

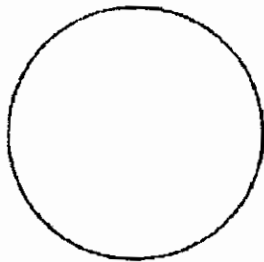
## Πρακτικό Κολποσκόπησης

Όνομα ..... ετών ..... Α.Μ. ....











Ενδείξεις κολποσκόπησης .....

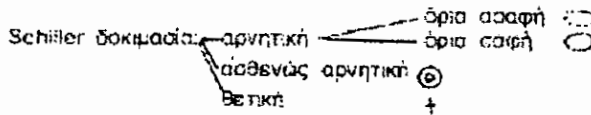
### ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

- 1. Πλακώδες επιθήλιο (ΠΕ) 
- 2. Κυλινδρικό επιθήλιο (ΚΕ) 
- 3. Ζώνη μετάπτωσης στόμα αδένων Naboth (ZM) 
- (N) 



### ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

- 1. άτυπη ζώνη μετάπτωσης
  - υπόλευκο επιθήλιο (ΥΕ) 
  - διάσπξη (Δ) 
  - ινωσικό (Μ) 
  - υπερκεράτωση (Υ) 
  - άτυπα αιγγεία (ΑΑ) 
- 2. ύποψια καρκίνου (C.)
- 3. καρκίνος (C) 
- 4. τραχηλίτιδα (T) 
- 5. διάβρωση (δ) 
- 6. έξελκωση (ε) 
- 7. ατροφικό επιθήλιο (ΑΕ)
- 8. κονδύλωμα (κ)
- 9. θήλωμα-πολύποδος (θ,π)
- 10. ασαφή ευρήματα (αε) 



Συμπέρασμα: .....

Επίχρισμα: .....

Βιοψία: .....

Παρακολούθηση: .....

### iii. Τραχηλοσκόπηση.

Στην τραχηλοσκόπηση, χρησιμοποιούμε διάλυμα οξεϊκού οξέως 3% που καθορίζει τον τράχηλο και ρευστοποιεί τη βλέννα του. Με αυτήν, ελέγχουμε τη ζώνη μετάπτωσης του πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου στο επιθήλιο του ενδοτραχήλου, όπου συμβαίνει η πλακώδης μεταπλασία και αναζητούμε την ύπαρξη λευκοπλακίας, διάστιξης, μωσαϊκού, άτυπης αγγείωσης, εκτοπίας και καρκίνου στη διηθητική του μορφή. Σε αυτό διαπιστώνεται η ύπαρξη κιτρινωπού επιθηλίου με περιοχές που στο άγγιγμά τους αιμορραγούν, εξελκώσεις με χείλη λευκά από το οξεϊκό οξύ, έντονο μωσαϊκό, αγγεία σε σχήμα κόμματος κ.λ.π.

Τα τραχηλοσκοπικά 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 βλάβη, γιατί η ζώνη μεταπλασίας βρίσκεται μέσα στον τραχηλικό αυλό<sup>12</sup>.

### iv. Κολποτραχηλοσκόπηση.

Κολποτραχηλοσκόπηση είναι η διαγνωστική μέθοδος με την οποία ελέγχουμε τις επιφανειακές αλλοιώσεις του κόλπου και ιδιαίτερα της κολπικής μοίρας του τραχήλου και τις μεταβολές του τραχηλικού επιθηλίου κατά τη διάρκεια της ζωής της γυναίκας, κάτω από μεγέθυνση.

Εκτελείται με τη βοήθεια του κολποτραχηλοσκοπίου που επινοήθηκε από τον Hinselman. Αυτό αποτελείται από στερεοσκοπικό διοφθάλμιο μικροσκόπιο, το οποίο διαθέτει φωτιστική πηγή που συγκεντρώνει το φως εκεί που θέλουμε. Τα σύγχρονα κολποτραχηλοσκόπια διαθέτουν σωλήνα για δεύτερο παρατηρητή και υποδοχή για φωτογραφική ή κινηματογραφική μηχανή ή συσκευή τηλεόρασης και Video. Επίσης, διαθέτουν υποδοχή για ακτίνες laser.

Για την εκτέλεσή της εφαρμόζουμε τους κολποδιαστολείς και εξετάζεται η περιοχή που μας ενδιαφέρει, όπως είναι, ή ύστερα α-

πό καθαρισμό της με φυσιολογικό ορό. Στη συνέχεια, ακολουθεί εξέταση ύστερα από έκπλυση της περιοχής με οξεϊκό οξύ 3-5% που ρευστοποιεί και καθαρίζει την τραχηλική βλέννα ( όπως στην τραχηλοσκόπηση ) ή με διάλυμα Lygol. Σε περίπτωση που επιθυμούμε τον έλεγχο της ενδοτραχηλικής κοιλότητας, εφαρμόζουμε ειδικό ενδοτραχηλικό διαστολέα.

**Ενδείξεις κολποτραχηλοσκόπησης:** 1) Όταν το τραχηλικό επίχρισμα είναι ύποπτο, δηλαδή εμφανίζει ατυπίες κακοήθειας, 2) Όταν υπάρχουν δυσπλαστικές αλλοιώσεις του κόλπου και του τραχήλου, 3) Όταν προηγήθηκε ριζική χειρουργική θεραπεία για καρκίνο και θέλουμε να ελέγξουμε το κολπικό κολόβωμα, 4) Όταν προηγήθηκε ακτινοβολία και θέλουμε να ελέγξουμε το αποτέλεσμα της, 5) Όταν υπάρχει κολπική αδένωση στο σύνδρομο διαιθυλοστιλβοιστρόλης, 6) Όταν θέλουμε να εντοπίσουμε κολπική ή τραχηλική βλάβη για να προβούμε σε ιστολογικά έλεγχο, 7) Σε κάθε περίπτωση γυναικολογικής εξέτασης μετά την επισκόπηση του κόλπου και του τραχήλου για ακριβέστερο έλεγχο της κατάστασης του επιθηλίου τους.

**Φυσιολογικά ευρήματα.** Φυσιολογικά, το επιθήλιο της κολπικής μοίρας του τραχήλου εμφανίζεται ρόδινο, λείο ή ημιδιαφανές και με αγγεία που σχηματίζουν πυκνό δίκτυο. Το επιθήλιο του ενδοτραχήλου, εμφανίζεται έντονα κόκκινο με θηλώδεις προσεκβολές. Το όριο μεταξύ πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου και κυλινδρικού επιθηλίου του ενδοτραχήλου που βρίσκεται γύρω από το έξω τραχηλικό στόμιο, εμφανίζεται ως κυκλική γραμμή που δεν είναι σταθερή, αλλά αλλάζει ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας και τις ορμονικές επιδράσεις<sup>6</sup>.

#### v. Κολποτραχηλομικροσκόπηση.

Η μέθοδος αυτή μοιάζει με την κολποτραχηλοσκόπηση, αλλά με αυτήν έχουμε πιο λεπτομερή – μικροσκοπική εξέταση.

Εκτελείται με το κολποτραχηλομικροσκόπιο, το οποίο διαφέρει από το κολποτραχηλοσκόπιο στο ότι η μεγέθυνση είναι μεγα-



λύτερη, όπως του μικροσκοπίου και ότι ο έλεγχος γίνεται με άμεση επαφή του οργάνου στην ελεγχόμενη περιοχή. Πριν από την εξέταση, χρωματίζουμε τον τραχήλο ή το ύποπτο σημείο του κόλπου με αιματοξυλίνη για 3 λεπτά και ύστερα με κυανό της τουλοϊδίνης ή του Evans για 1 λεπτό.

**Ενδείξεις.** Αυτές σχεδόν οι ίδιες με της κολποτραχηλοσκόπησης, με τη διαφορά πως δεν μπορεί να αποτελέσει συμπληρωματική μέθοδο επισκόπησης, αλλά ειδικότερη μέθοδο εκτελούμενη από έμπειρους διαγνώστες των κυτταρικών αλλοιώσεων<sup>6</sup>.

#### vi. Δοκιμασία Schiller.

Δοκιμασία Schiller, είναι η διαγνωστική μέθοδος με την οποία εντοπίζεται σημείο βλάβης του τραχήλου, προκειμένου να προβούμε σε ιστολογικό έλεγχο και στηρίζεται στην ιδιότητα των παθολογικών κυττάρων να μην ανασυνθέτουν το γαλακτικό οξύ σε γλυκογόνο.

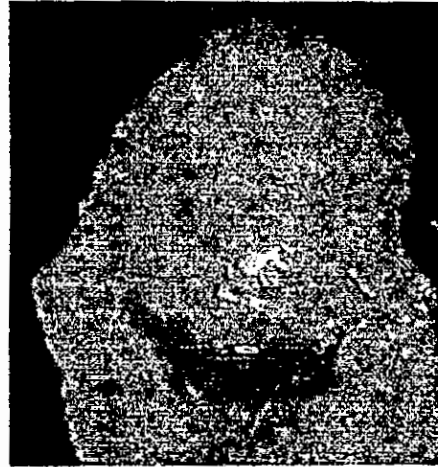
Για την εκτέλεση της δοκιμασίας, χρησιμοποιούμε διάλυμα Lugol ( 1% ιώδιο και 2% ιωδιούχο κάλιο ) που έχει την ιδιότητα να βάφει καφεκίτρινα τα φυσιολογικά κύτταρα του τραχήλου και να αφήνει άβαφα τα παθολογικά, γιατί δεν έχουν γλυκογόνο. Είναι γνωστό πως το ιώδιο που περιέχεται στο διάλυμα, όταν έρθει σε επαφή με φυσιολογικά κύτταρα, τα βάφει στο χρώμα του. Η επάλειψη του τραχήλου, γίνεται μετά από διάνοιξη του κόλπου με μητροσκόπιο ή κολποδιαστολές και μετά από καθαρισμό της ενδοκολπικής του μοίρας<sup>6,7</sup>.

**Ενδείξεις και εκτίμηση ευρημάτων.** Η δοκιμασία Schiller εκτελείται σε περιπτώσεις που πρόκειται να προβούμε σε ιστοληψία του τραχήλου της μήτρας για να προσδιορίσουμε με ακρίβεια το σημείο που πάσχει.

Η δοκιμασία βγαίνει θετική σε περιπτώσεις καρκίνου, δυσπλασίας, λοίμωξης από ιό κονδυλωμάτων, εκτοπίας, λευκοπλακίας, παρουσίας ωαρίων του Naboth, ατροφίας κ.λ.π. Σε κάθε

θετική περίπτωση απαιτείται ιστοληψία της περιοχής που δεν βάφτηκε<sup>6</sup>.

Καρκίνωμα In Situ (Schiller's test θετικό)



#### vii. Ιστοληψία τραχήλου μήτρας.

Η ιστοληψία του τραχήλου της μήτρα είναι μια διαγνωστική επέμβαση που μας επιτρέπει τον ιστολογικό έλεγχο των παθήσεων του.

Μετά την προετοιμασία της εξεταζόμενης, όπως σε κάθε κολπική επέμβαση και χωρίς γενική αναισθησία, τοποθετείται μητροσκόπιο ή κολποδιαστολέας, συλλαμβάνεται ο τράχηλος με μονοδοντωτές λαβίδες, ώστε να αποκαλυφθεί όλη η ενδοκολπική του μοίρα και με ειδική λαβίδα ιστοληψίας ή με νυστέρι, κόβουμε τεμάχια από την ύποπτη περιοχή που επισημάναμε με τη δοκιμασία Schiller ή με κολποτραχηλοσκόπηση.

Αν συμβεί αιμορραγία κατά την εκτέλεση της ιστοληψίας προβαίνουμε σε ηλεκτροκαντηρίαση της αιμοραγούσας επιφάνειας ή τη ράβουμε με ζωικά ράμματα. Τα τεμάχια του τραχήλου, τοποθετούνται σε διάλυση φορμόλης και αποστέλλονται για ιστολογικό έλεγχο<sup>5</sup>.

**Είδη βιοψίας.** 1) Αφαίρεση μικρού τεμαχιδίου από την παρατηρούμενη βλάβη. Είναι χωρίς πόνο και σχετικά χωρίς αιμορραγία. Το δείγμα είναι περίπου 5mm σε μέγεθος, 2) Εκτομή. Το κομμάτι που παίρνουμε είναι μεγαλύτερο και συνεπώς υ-

πάρχει αιμορραγία που θα απαιτήσει συρραφή του τραύματος, 3) Σφηνοειδής. Εδώ η αφαίρεση ιστού, είναι ακόμη μεγαλύτερη και μπορεί να είναι αρκετή και σαν θεραπεία, αφού περιλαμβάνει και υγιή ιστό, 4) Ενδοτραχηλική απόξεση. Συνιστάται στις περιπτώσεις που τα τραχηλικά επιχρίσματα είναι ύποπτα, αλλά η κολποσκόπηση είναι αρνητική. Πρέπει να συνοδεύεται και από απόξεση του ενδομητρίου. Γίνεται και χωρίς αναισθησία με ένα μικρό ξέστρο. Αν τα αποτελέσματα είναι αρνητικά, οι ασθενείς παρακολουθούνται με επιχρίσματα, ενώ αν είναι θετικά ακολουθεί κωνοειδής βιοψία, 5) Κωνοειδής. Συστήνεται σαν θεραπεία στις περισσότερες γυναίκες με έντονη δυσπλασία ή ενδοπιθηλιακό καρκίνο<sup>5</sup>.

**Ενδείξεις.** Η βιοψία τραχήλου, έχει ένδειξη: 1) Σε κάθε Περίπτωση παθολογικής αλλοίωσης του, 2) Σε κάθε περίπτωση που ο κυτταρολογικός έλεγχος του, απέδειξε την ύπαρξη υπόπτων καρκινικών κυττάρων.

Παθήσεις που μπορούν να διαγνωστούν με την ιστοληψία του τραχήλου, είναι ο καρκίνος του και οι διάφορες μορφές φλεγμονής του, όπως η ελκωτική, η διαβρωτική τραχηλίτιδα κ.λ.π<sup>6</sup>.

#### viii. Υπερηχογράφηση.

Υπερηχογράφηση, είναι διαγνωστική μέθοδος που βασίζεται στους υπέρηχους, δηλαδή σε ηχητικά κύματα που έχουν την ικανότητα να εισχωρούν στους ιστούς με σταθερή ταχύτητα και ν' αντανακλώνται σε κάθε επιφάνεια που χαρίζει δυο διαφορετικούς ιστούς.

Προκειμένου να προβούμε σε υπερηχογράφημα, η εξεταζόμενη ξαπλώνει στο εξεταστικό κρεβάτι, αφού πρώτα της χορηγήθηκαν 3-4 ποτήρια νερό για να είναι γεμάτη η ουροδόχος κύστη την ώρα της εξέτασης, γιατί το πέρασμα των υπέρηχων μέσα από τη γεμάτη ουροδόχο κύστη, δίνει καλύτερη εικόνα των οργάνων του εσωτερικού γεννητικού συστήματος. Αν υπάρχει δυσκοιλιότη-

τα, χορηγούμε καθαρτικό ή υπακτικό, δεν εκτελούμε όμως υποκλυσμό, γιατί είναι δυνατό να κρατήσει νερό.

Ύστερα, αλείφουμε το δέρμα του υπογαστρίου με υδατική κρέμα ή ελαιώδη ουσία για να έχουμε καλύτερο ηχητικό αποτέλεσμα και τοποθετούμε την ηχοβολιστική κεφαλή στο άνω χείλος της ηβικής σύμφυσης. Με σταθερή πίεση και με το χέρι μας την προχωρούμε ως τον ομφαλό και παίρνουμε παράλληλα προς το πρώτο κάθετο, πάλι από την ηβική σύμφυση ως τον ομφαλό και με απόσταση 2-3 εκ. Στη συνέχεια παίρνουμε με τον ίδιο τρόπο, εγκάρσια υπερηχογραφήματα της ίδιας περιοχής.

Τα τελευταία χρόνια κατασκευάστηκαν ενδοκολπικές ηχοβολιστικές κεφαλές που μας δίνουν τη δυνατότητα να μελετήσουμε τα εσωτερικά γεννητικά όργανα από κοντά και να έχουμε καλύτερη ποιότητα εικόνας γιατί δεν παρεμβάλλονται άλλοι ιστοί.

Κατά το υπερηχογράφημα, ο τράχηλος εμφανίζεται με παχύτερες γραμμές, όταν είναι φυσιολογικός<sup>6</sup>.

#### ix. Μαγνητική τομογραφία.

Η μαγνητική τομογραφία (MRI), προσφέρει άριστες ανατομικές λεπτομερείς σε πολλαπλά επίπεδα τόσο σε φυσιολογικές, όσο και σε παθολογικές καταστάσεις και τα αγγεία απεικονίζονται, χωρίς τη χρήση σκιαγραφικού. Προσφέρει μεγαλύτερο οπτικό πεδίο από το υπερηχογράφημα, δεν εξαρτάται από το χειριστή και επηρεάζεται λιγότερο από τα αέρια εντός του εντέρου και τη σωματική κατασκευή. Σε αντίθεση με την αξονική τομογραφία, δεν χρησιμοποιείται ιονίζουσα ακτινοβολία και δεν υπάρχει υποβάθμιση εικόνας από οστικές δομές. Παρ'όλαυτά η χρήση της είναι περιορισμένη, επειδή είναι τεχνικά χρονοβόρα και πιο δαπανηρή από την αξονική τομογραφία και δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με ορισμένες μεταλλικές προσθέσεις, όπως αγγειακά ενδοκρανικά clips και βηματοδότες. Προς το παρόν, η χρήση της περιορίζεται σε επιλεγμένες περιπτώσεις και δεν α-

ποτελεί απεικονιστική μέθοδο πρώτης εκλογής. Οι τομές και οι εικόνες που χρησιμοποιούνται στη γυναικολογία, είναι :

**Οβελιαία τομή:** Δείχνει την κεφαλοουραία επέκταση του όγκου και απεικονίζει πιο καλά τη συμμετοχή κύστης και ορθού.

**Εγκάρσια τομή:** Δείχνει λεμφαδενικές διογκώσεις.<sup>16</sup>

Η αξία της μαγνητικής τομογραφίας, εκτός από αυτά που αναφέρθηκαν πιο πάνω, έγκειται και στη δυνατότητα της να απεικονίζει σε πολλαπλά επίπεδα τον τράχηλο, τον κόλπο και τη μήτρα. Αυτή αυξάνεται, ανάλογα με το στάδιο της νόσου και τη συνύπαρξη βλαβών, όπως ινομύματα και μάζες ωοθηκών. Αν και σπάνια, ο καρκίνος του τραχήλου μπορεί να εμφανιστεί και κατά την εγκυμοσύνη, τότε η μαγνητική τομογραφία υπερέχει σαφώς στην εξέταση εγκύων γυναικών, επειδή δεν χρησιμοποιείται ιονίζουσα ακτινοβολία και έτσι δεν αποτελεί κίνδυνο για το έμβρυο.

Στις 12 ενισχυμένες εικόνες, ο καρκίνος του τραχήλου απεικονίζεται σαν μάζα με υψηλά σήματα, η οποία μπορεί να διαχωριστεί από το φυσιολογικό στρώμα με τα σήματα χαμηλής έντασης. Η χρησιμοποίηση παραμαγνητικής ουσίας δεν βελτιώνει τη διαγνωστική ακρίβεια για την εντόπιση του όγκου, αναδεικνύεται όμως η ανομοιογένεια του, επιτρέποντας έτσι το διαχωριστικό μεταξύ ενεργού όγκου και περιοχών νέκρωσης. Η μαγνητική τομογραφία, επίσης, είναι χρήσιμη για τον αποκλεισμό της συμμετοχής των παραμητρίων, των πυελικών τοιχωμάτων του κόλπου, της ουροδόχου κύστης και του ορθού<sup>10</sup>.

#### χ. DNA-Κυτταρομετρία

Η εξέλιξη της επιστήμης, μας παρέχει τη δυνατότητα αναγνώρισης της διαδικασίας καρκινογένεσης σε πρωιμότερα στάδια και της εκτίμησης του κακοήθους δυναμικού ενός όγκου, όταν η μορφολογία των κυττάρων και των ιστών δεν παρέχουν τη δυνατότητα διάκρισης.

Αυτή επιτυγχάνεται με την DNA-κυτταρομετρία. Με αυτήν αναγνωρίζεται η ποσοτική διαφορά του πυρηνικού DNA που υπάρχει ανάμεσα σε ένα καλοήθεις και ένα κακόηθες κύτταρο. Τα καλοήθη κύτταρα έχουν διπλοειδή αριθμό DNA, ενώ τα κακοήθη είναι ανευπλοειδικά. Το υλικό που απαιτείται για τη διάγνωση, είναι κυτταρικά επιχρίσματα στεγνωμένα στον αέρα και ιστολογικά παρασκευάσματα. Στη διάγνωση των νεοπλασιών του γεννητικού συστήματος της γυναίκας, η DNA-κυτταρομετρία χρησιμοποιείται για τη διάκριση των δυσπλασιών από προκαρκινωμάτωδεις καταστάσεις του αιδοίου, του κόλπου και του τραχήλου, για τη διάκριση των υπερπλασιών του ενδομητρίου από τις άτυπες υπερπλασίες του, για τη διάκριση των ωοθηκικών όγκων οριακής κακοήθειας και για τη διάκριση των αρχόμενων καρκινωμάτων βλαβών, ανάμεσα στις διάφορες μορφές μαστοπάθειας.

Γενικά, με την DNA-κυτταρομετρία, επιδιώκουμε τη διερεύνηση της δυνατότητας προκαρκινωμάτωσης βλάβης να εξελιχθεί σε καρκίνο<sup>6</sup>.

#### χι. Υβριδισμός DNA

Έχει παρατηρηθεί, ότι ορισμένοι τύποι του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV), όπως οι τύποι 16 και 18 βρίσκονται συχνότερα σε καρκίνους του τραχήλου, αλλά και σε τραχηλικό ιστό φυσιολογικών γυναικών.

Με την ανάπτυξη της μοριακής βιολογίας, είναι δυνατή η ταυτοποίηση, δηλαδή η εντόπιση και η τυποποίηση \*(ο τύπος) του DNA του ιού των θηλωμάτων σε κύτταρα ή ιστό από τον τράχηλο.

Χρησιμοποιώντας ως αντιδραστήριο ένα σεσημασμένο τμήμα μονόκλινου DNA που είναι ειδικό για τον τύπο του ιού, με μια αντίδραση υβριδισμού, το ταιριάζουμε με ένα αντίστοιχο κλώνο DNA του κατάρρου στόχος. Αν υπάρχει ίδια αλληλουχία στις βάσεις των δυο κλώνων, θα δημιουργηθεί υβρίδιο, το οποίο

απομονώνουμε με ηλεκτροφόρηση. Η πιο σύγχρονη τεχνική είναι η αποτύπωση με υβριδισμό κατά Southern.

Με τον υβριδισμό DNA, όπως και με την DNA-κυτταρομετρία, μας παρέχεται η δυνατότητα εκτίμησης προκαρκινωματώδους βλάβης να εξελιχθεί σε καρκίνο<sup>5</sup>.

#### xii. Διαστολή και απόξεση.

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

Σκοποί της μεθόδου αυτής, είναι η λήψη ενδομητρικού και ενδοτραχηλικού ιστού για εξέταση, ο έλεγχος παθολογικής αιμορραγίας της μήτρας και χρησιμοποιείται σαν θεραπευτικό μέτρο σε ατελή έκτρωση<sup>19</sup>.

#### xiii. Λεμφογραφία.

Η λεμφογραφία χρησιμοποιείται κατά τη διερεύνηση πιθανής διασποράς όγκου στα λεμφαγγεία της περιοχής, πριν τη χειρουργική επέμβαση ή το σχεδιασμό της θεραπείας και πριν την ακτινοθεραπεία σε γυναίκες με κακοήγη όγκο του πυέλου.

Οι βουβωνικοί, λαγόνιοι και παραορτικοί λεμφαδένες, μπορεί να απεικονισθούν με ένεση του ελαιώδους σκιαγραφικού λιπιοδόλη απευθείας στα λεμφαγγεία της ραχιαίας επιφάνειας του άκρου ποδός.

Κατά τη διάρκεια της έγχυσης του σκιαγραφικού, απαιτείται προσεκτική παρακολούθηση λόγω του κινδύνου εμβολής από την ελαιώδη σκιαγραφική ουσία.

Παρότι η αξονική τομογραφία χρησιμοποιείται για τη απεικόνιση και του πρωτοπαθούς όγκου και της δευτερογενούς διασποράς, η λεμφογραφία μπορεί να απεικονισθεί διηθημένους, αλλά μη διογκωμένους λεμφαδένες, οι οποίοι δεν ανιχνεύονται

με την αξονική τομογραφία. Οι λεμφαδένες αυτοί έχουν χαρακτηριστική «σκοροφαγωμένη» εμφάνιση. Παρόλα αυτά στα περισσότερα κέντρα η λεμφογραφία ελάχιστα χρησιμοποιείται.

Το σκιαγραφικό παραμένει στους λεμφαδένες για ποικίλο χρονικό διάστημα, μεταξύ έξι εβδομάδων και δυο ετών. Έτσι, στο διάστημα αυτό, απλές ακτινογραφικές της πυέλου μπορεί να είναι χρήσιμες στην παρακολούθηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία<sup>16</sup>.

### **9.3 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει από την οξεία και χρόνια τραχηλίτιδα που είναι η πιο συχνή βλάβη του τραχήλου και η οποία εάν έχει χρώμα πορφυρό, είναι δυνατό να είναι παραπλανητική. Επίσης, από το τραχηλικό εκτρόπιο, τα επίπεδα κονδυλώματα, την αδένωση και το νεκρωμένο έμμισχο υποβλεννογόνιο ινομύωμα που προβάλλει στο εξωτερικό τραχηλικό στόμιο.

Η τραχηλική φυματίωση, είναι σπάνια στον τράχηλο αλλά σχεδόν πάντοτε υπάρχει ιστορικό φυματίωσης των γεννητικών οργάνων. Οι βλενώδεις τραχηλικοί πολύποδες, όταν μολυνθούν, είναι δυνατό να παρουσιάσουν μία πολύ ύποπτη εμφάνιση και πρέπει να σημειωθεί ότι όλοι οι πολύποδες απαιτούν εξέταση. Ακόμη, το πρωτοπαθές συφιλιδικό έλκος, υπάρχει περίπτωση να εμφανισθεί στον τράχηλο εξελκωμένο και σκληρό, με συνέπεια να θεωρηθεί λανθασμένα, όγκος. Αξιοπρόσεκτο είναι ότι στην Αγγλία το συφιλιδικό έλκος είναι σπάνιο<sup>6,17</sup>.

Επίσης, βλάβες που είναι δυνατό να διαγνωσθούν λανθασμένα σαν ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία, είναι η ανώριμη πλακώδης μετάπλαση, το ατροφικό τραχηλικό επιθήλιο, το ανώριμο επιθήλιο της μεταβατικής ζώνης και η ατυπία, λόγω αναγέννησης του επιθήλιο μετά από τραύμα, λόγω αναγέννησης του επιθηλίου μετά από τραύμα ή φλεγμονή. Στις περιπτώσεις αυτές, αν και δεν παρατηρείται φυσιολογική ωρίμανση του επιθηλίου, δεν υπάρχει διαταραχή



του προσανατολισμού των κυττάρων ούτε πολυμορφισμός, ανώμαλη κατανομή της χρωματίνης και ανευπλοϊδισμός του πυρήνα<sup>5</sup>.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 10

### 10.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ – 10.2 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

#### **10.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η χειρουργική επέμβαση, η ακτινοθεραπεία και λιγότερο η χημειοθεραπεία, αποτελούν τρεις βασικές θεραπευτικές δυνατότητες για την αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Τα τελευταία χρόνια, εφαρμόζονται και άλλες δύο νέες θεραπείες, η θεραπεία με ιντερφερόνη και η θεραπεία ορμονικής υποκαταστάσεως.

##### **10.1.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ.**

Η επιλογή της κάθε είδους θεραπείας, εξαρτάται από το στάδιο που βρίσκεται η νόσος.

**Στάδιο 0.** Οι μέθοδοι θεραπείας των ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών του τραχήλου, διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, στις καταστροφικές και στις αφαιρετικές.

Απαραίτητες προϋποθέσεις για τις καταστροφικές μεθόδους είναι: α) η ικανοποιητική κολποσκόπηση και κολποσκοπικά κατευθυνόμενη βιοψία, β) η απουσία κυτταρολογικής, κολποσκοπικής ή ιστολογικής υποψίας αρχόμενης διήθησης, γ) η απουσία υποψίας ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας του αδενικού (κυλινδρικού) επιθηλίου<sup>10</sup>.

Η πρώτη μέθοδος που εντάσσεται στις καταστροφικές είναι η **ηλεκτροκαυτηρίαση**, η οποία έχει χρησιμοποιηθεί με ικανοποιητικά αποτελέσματα στη θεραπεία ενδοεπιθηλιακών νεοπλασιών .

Αυτή εκτελείται μεταξύ της 10<sup>ης</sup> μέρας του κύκλου με κολποσκοπικό έλεγχο. Όταν η βλάβη είναι εκτεταμένη, η θεραπεία γίνεται σε δύο συνεδρίες με μεσοδιάστημα ένα μήνα. Σεξουαλική επαφή, επιτρέπεται μετά από τρεις εβδομάδες<sup>5,10</sup>

Η **κρυοπηξία** έχει και αυτή χρησιμοποιηθεί με επιτυχία στην αντιμετώπιση των CIN. Και οι δύο μέθοδοι θεραπείας των CIN, μολονότι είναι αρκετά αδρές, όσον αφορά την εκτίμηση των διαστάσεων της καταστροφής που επιτυγχάνεται, όταν εφαρμόζονται από ιδιαίτερα έμπειρους γυναικολόγους, μπορεί να έχουν παρόμοια ποσοστά αποτελεσματικότητας ( αποτυχία περίπου 5-10% ) με πιο σύγχρονες μεθόδους.

Την τελευταία 15ετία, χρησιμοποιούνται ευρύτατα οι **ακτίνες laser** για την εξάχνωση ( εξαέρωση ) των CIN. Το μεγάλο πλεονέκτημα της μεθόδου σε σύγκριση με τις προηγούμενες, είναι η ακρίβεια στην εφαρμογή της υπό κολποσκοπικής πάντα καθοδήγησης. Είναι δυνατό, με τοπική αναισθησία και σαν διαδικασία εξωτερικού ιατρείου, να καταστραφεί κωνοειδές ή κυλινδρικό τμήμα του εξωτραχήλου, συμπεριλαμβάνοντας την αναγνωρισθείσα αλλοίωση και σε διαστάσεις 2-3mm έξω από την ζώνη μετάβασης και βάθους 1-1.5cm έτσι ώστε να εξασφαλίσει καταστροφή πιθανών νησίδων CIN σε ενδοτραχηλικές κρύπτες. Τα ποσοστά αποτυχίας κυμαίνονται σε 5% περίπου, η δε πιθανότητα εμφάνισης διηθητικού καρκίνου μετεγχειρητικά κυμαίνεται περί το 1%.

Σε όλες τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε καταστροφική μορφή θεραπείας για CIN, απαιτείται προσεκτική κυτταρολογική και κολποσκοπική μετεγχειρητική παρακολούθηση, Κυρίως τα 2 πρώτα χρόνια, τόσο για την αναγνώριση των περιπτώσεων που θα χρειασθούν επαναληπτική θεραπεία, και για τον αποκλεισμό ή την έγκαιρη ανακάλυψη διαλαθόντος διηθητικού καρκίνου,

Στις **αφαιρετικές** μεθόδους θεραπείας των CIN, ανήκουν η υστερεκτομία, ο ακρωτηριασμός του τραχήλου και η κωνοειδής εκτομή.

Οι σύγχρονες μορφές τοπικής αφαιρετικής θεραπείας, είναι η **laser κωνοειδής εκτομή** και η **ηλεκτροδιαθερμική αφαίρεση** της ζώνης μετασχηματισμού ή **ηλεκτροδιαθερμική κωνοειδής εκτομή**. Οι μορφές αυτές είναι τοπικής αφαίρεσης βρήκαν μεγάλη εφαρμογή, γιατί ενώ παραμένουν διαδικασίες εξωτερικού ιατρείου, εντού-

τοίς, παρέχουν μεγάλο τμήμα τραχηλικού ιστού, σε σύγκριση με τις καταστροφικές που το διαθέσιμο ιστολογικό υλικό ήταν αυτό που προέρχονταν από απλή βιοψία που πολλές φορές είχε ληφθεί ανακριβώς.

Οι δύο μέθοδοι παρουσιάζουν πλεονεκτήματα, αλλά και μειονεκτήματα. Η laser κωνοειδής εκτομή, απαιτεί εξοπλισμό πολύ ακριβότερο, ο χρόνος επέμβασης είναι, συνήθως, πολλαπλάσιος του αντίστοιχου της ηλεκτροδιαθερμικής αφαίρεσης και πιθανώς το απαιτούμενο κωνοειδές τμήμα να παρουσιάζει εντονότερα σημεία θερμικής καταστροφής στα όριά του, με προβληματική πολλές φορές την ιστολογική εκτίμηση. Αφετέρου παρέχει τη δυνατότητα αφαίρεσης σε ένα ενιαίο τμήμα κώνου με πλατύτερη βάση ( π.χ. εκτεταμένη αλλοίωση στον εξωτράχηλο ) ή μεγαλύτερο βάθος κώνου ( π.χ. αδενική βλάβη ).

Αντίθετα, η διαθερμική αφαίρεση με βρόγχο (loop) απαιτεί πολύ φθηνότερο εξοπλισμό και υποπολλαπλάσια χρονική διάρκεια. Επειδή, είναι ευκολότερη η εκμάθησή της πιθανώς παρέχει την πρόκληση χρησιμοποίησης και από γενικούς γυναικολόγους, χωρίς ιδιαίτερη εμπειρία στην κολποσκόπηση. Κατά αυτόν τον τρόπο, όμως τα ποσοστά άσκοπης θεραπείας, μπορεί να είναι απαράδεκτα υψηλά. Εφόσον, όμως, υπάρχει πολιτική επανελέγχου ήπιων αλλοιώσεων στο test pap εμπειρία στην κολποσκόπηση, η ηλεκτροδιαθερμική αφαίρεση στην πλειονότητα των περιπτώσεων ( πλην της ανάγκης πολύ πλατιάς ή πολύ βαθιάς αφαίρεσης ) εφαρμόζεται με πολύ καλά αποτελέσματα και οι ασθενείς την ανέχονται, επειδή είναι σχετικά ανώδυνη και ιδιαίτερα σύντομη.

Σε περιπτώσεις ιστολογικής διάγνωσης ατελούς αφαίρεσης βλάβης και με τις δύο μεθόδους, είναι φρόνιμο να ακολουθήσει κανείς συντηρητική αντιμετώπιση με κυτταρολογία και κολποσκόπηση, γιατί διαφορετικά, εάν προχωρήσει σε δεύτερη αφαίρεση ( 2<sup>η</sup> κωνοειδή εκτομή ή υστερεκτομία ) , χωρίς κυτταρολογικές ή κολποσκοπικές ενδείξεις υπολειμματικής νόσου, τα ποσοστά, στα οποία η δεύτερη αφαίρεση θα είναι άσκοπη, είναι απαράδεκτα υψηλά<sup>10</sup>.

**Στάδιο I, Ia.** Η θεραπεία στο στάδιο I επηρεάζεται από το γεγονός ότι έχουν προσβληθεί πυελικά λεμφογάγγλια σε ποσοστό 15-20%. Έτσι, η θεραπεία στην περίπτωση αυτή συνιστάται σε ριζική εκτεταμένη υστερεκτομία με λεμφαδενικό καθαρισμό που περιλαμβάνει την εξαίρεση της μήτρα, των σαλπίγγων και των ωοθηκών μαζί με τον περισσότερο παραμητρικό ιστό και το άνω τριτημόριο του κόλπου. Σε νεαρές γυναίκες, μπορεί να διατηρηθούν οι ωοθήκες για τη συνέχιση της ορμονικής λειτουργίας, γιατί το καρκίνωμα του τραχήλου πολύ σπάνια κάνει μεταστάσεις στις ωοθήκες στα στάδια I και Ia. Αν δεν βρεθούν μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες, η χειρουργική θεραπεία, θεωρείται επαρκής. Όταν οι λεμφαδένες είναι διηθημένοι, τότε ακολουθεί εξωτερική ακτινοβολία με Co, βήτατρον κ.λ.π. Μπορεί εναλλακτικά να εφαρμοστεί συνδυασμένη θεραπεία με προεγχειρητική ακτινοθεραπεία στην τοπική τοποθέτηση ραδίου στον τράχηλο. Στην περίπτωση αυτή που κατά την εγχείρηση βρεθούν διηθημένα λεμφαγάγγλια, ακολουθεί μετεγχειρητική εξωτερική ακτινοθεραπεία. ( τόσο για την χειρουργική θεραπεία, όσο και για την ακτινοθεραπεία ενδοκοιλιακή και εξωτερική, θα γίνει εκτενή αναφορά πιο κάτω ).

Προκειμένου για το στάδιο Ia που περιλαμβάνει και το μικροκαρκίνωμα, επειδή οι μεταστάσεις στους λεμφαδένες δεν ξεπερνούν το 21%, πολλοί εφαρμόζουν απλή ολική υστερεκτομή για να αποφύγουν τη μετεγχειρητική θνησιμότητα και νοσηρότητα που συνοδεύουν τη ριζική θεραπεία ή τις μετεγχειρητικές επιπλοκές της ακτινοβολίας.

Στα **στάδια Ib, Ia, Ib**, εφαρμόζεται η ίδια θεραπεία, η οποία είναι χειρουργική, ακτινοθεραπεία και μικτή θεραπεία, η ανάλυση των οποίων θα γίνει στη συνέχεια.

Στο **στάδιο III**, η ακτινοθεραπεία είναι η μοναδική θεραπεία.

**Στάδιο IV.** Η ακτινοθεραπεία, όπως και οι ριζικές εγχειρήσεις πυελικής εξεντέρωσης ( εγχείρηση Brunscivig ), όπου εκτός από την υστερεκτομία και τον λεμφαδενικό καθαρισμό, εξαιρούνται και η ουροδόχος κύστη, το ορθό και ο κόλπος, νέας δημιουργία νέας

κύστης από έλικά λεπτού εντέρου και κολοστομίας, δεν είναι αποτελεσματικές, αφού η νόσος έχει ξεπεράσει πια τα όρια της πυέλου<sup>8</sup>.

Οι εγχειρήσεις αυτές από τεχνικής πλευράς, διακρίνονται στην πρόσθια και οπίσθια εξεντέρωση.

Στην πρόσθια εξεντέρωση, η εξαίρεση της ουροδόχου κύστης, απαλλάσσει το χειρουργό από τη δυσκολία της αποκόλλησης των ουρητήρων, θα πρέπει να μεταβληθεί η οδός παροχετεύσεως των ούρων. Η οπίσθια εξεντέρωση, είναι περισσότερο αποδεκτή για την ασθενή, γιατί εκτελείται μόνο κολοστομία. Ενδείκνυνται σε λίγες όμως περιπτώσεις.

Σε ολική εξεντέρωση, εκτελείται κολοστομία και μετατροπή της οδού παροχετεύσεως των ούρων, αλλά πρόκειται για βαριά εγχείρηση.

Για τις επεμβάσεις, απαιτείται εκτεταμένη αποκόλληση των πυελικών οργάνων, μετατροπή της οδού παροχετεύσεως των ούρων και αποκόλληση του περινέου. Η βαριά αυτή εγχείρηση πρέπει να έχει σκοπό την ίαση και θα πρέπει να γίνεται ακόμη και για την βραχυπρόθεσμη ανακούφιση που προσφέρει.

Ο χειρουργός είναι απαραίτητο να έχει πείρα και η ασθενής να είναι κατάλληλη για την επέμβαση, να έχει καλή νεφρική λειτουργία και να καταλάβει επακριβώς τον σκοπό της επεμβάσεως<sup>17</sup>.

Η μετεγχειρητική θνησιμότητα αυτών των ριζικών επεμβάσεων, έχει ελαττωθεί από 25% που ήταν παλαιότερα σε 2,5% ενώ η πενταετής επιβίωση φθάνει σε ποσοστό 20-50%. Τέλος οι επεμβάσεις αυτές εφαρμόζονται σε περιπτώσεις που το νεόπλασμα δεν είναι ακτινευαίσθητο ή μετά από αποτυχία της ακτινοθεραπείας.

### 10.1.2. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

#### 10.1.2<sup>α</sup> ΕΙΔΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.

Είδη χειρουργικής θεραπείας που μπορεί να εφαρμοστούν είναι:

**1. Η εγχείρηση Vertheim.** Είναι η εκτέλεση της ριζικής κοιλιακής υστερεκτομής με λεμφαδενικό καθαρισμό που περιλαμβάνει την εξαίρεση της μήτρας, των εξαρτημάτων, των πλατεών συνδέσμων, των λεμφαγγείων, του λίπους των παραμητρίων και τουλάχιστο το 1/3 του κόλπου, μέχρι το ύψος της κοινής λαγόνιας αρτηρίας.

Κατά τη προετοιμασία για την εγχείρηση, πέραν της συνήθους για γυναικολογικές εγχειρήσεις, απαιτείται να γίνει κυστεοσκόπηση, ενδοφλέβια πυελογραφία, διάβαση εντέρου και αξονική ή μαγνητική τομογραφία<sup>10</sup>.

Τεχνική: ο πλατύς σύνδεσμος, διανοίγεται και αποκολλάται ο ουρητήρας από τη μήτρα και τον τράχηλο. Αυτό καθίσταται δύσκολο, εάν υπάρχει φλεγμονή.

Ο ουρητήρας ανευρίσκεται πάντοτε στην ψευδή πύελο, αλλά η αποκόλλησή του στο παραμήτριο καθίσταται δύσκολο αν αυτό έχει διηθηθεί από τον όγκο και είναι σημαντικό να κινητοποιηθεί για να προστατευτεί. Όμως, όσο περισσότερο σχολαστικός είναι ο χειρουργός τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα πρόκλησης βλάβης στην αιμάτωση του ουρητήρα και ανάπτυξης συριγγίου που οφείλεται στην ισχαιμική νέκρωση.

Στη συνέχεια η αποκόλληση του ορθού είναι δύσκολη από την παρουσία φλεγμονής και το βάθος της πυέλου και είναι δυνατό να προκληθεί ρήξη του τοιχώματός του. Επειδή, υπάρχει σημαντική ποικιλία στην κατανομή των αγγείων που προέρχονται από την έσολαγόνια αρτηρία, απαιτείται προσοχή για να μην διαταραχθεί η αιμάτωση του ορθού.

Η τριχοειδική αιμορραγία, πάντοτε επιπλέκει την επέμβαση, ενώ η βλάβη μεγάλων φλεβών προκαλεί έντονη αιμορραγία.

Οι απόλινώσεις είναι δυνατό να σχίσουν τα λεπτά αγγεία και να τραυματίσουν τον ουρητήρα ή άλλους ιστούς. Η πίεση με γάζα για δυο ή περισσότερα λεπτά, ίσως να είναι ο μόνος τρόπος ελέγχου της αιμορραγίας.

Συνήθως το κοιλιακό κολόβωμα συγκαλείται, αλλά μερικές φορές απαιτείται τοποθέτηση παροχέτευσης, λόγω της τριχοειδικής αιμορραγίας.

Μερικές φορές, είναι δυνατό μερικοί χειρουργοί να εκτελέσουν μια αποκόλληση en bloc, να αφαιρέσουν δηλαδή πρώτα τους πνευλικούς λεμφαδένες και το λίπος και στη συνέχεια τη μήτρα και τον κόλπο. Το τελικό, όμως ουσιαστικό αποτέλεσμα είναι ότι επιτυγχάνεται πλήρης καθαρισμός της πυέλου μέχρι την περιτονία του μύος, εγκαταλείποντας μόνο τα αγγεία, τα νεύρα, το ορθό και την ουροδόχο κύστη<sup>17</sup>.

**2) Εγχείρηση Schauta.** Η εξαίρεση όλων των ανατομικών στοιχείων που αναφέρθηκαν, περιλαμβάνεται και στην εγχείρηση κατά Schauta, αλλά σ' αυτήν γίνεται συχνά από τον κόλπο.

Η επέμβαση αυτή στην Αγγλία, δεν γίνεται συχνά λόγω των τεχνικών δυσκολιών και της αδυναμίας εξαίρεσης των λεμφαδένων δια της κοιλιακής οδού. Έτσι, λίγοι χειρουργοί που έχουν πείρα στην επέμβαση αυτή, αναφέρουν καλά αποτελέσματα, αν και δεν είναι καλύτερα από την κοιλιακή επέμβαση ή τη ραδιοθεραπεία.

Η επέμβαση αρχίζει με μια εκτεταμένη περινεοτομία, γνωστή ως τομή Schuchardt, η οποία μεγεθύνει τον κοιλιακό θόλο και επιτρέπει την προσπέλαση στην περιοχή μεταξύ του κόλπου και του ανελκυστήρα του πρωκτού, καθώς και των παραμητρίων. Σκοπός της είναι να αφαιρεθούν δια μέσου του αιδοίου, οι ωοθήκες, οι σάλπιγγες, η μήτρα και ο κόλπος. Στη συνέχεια, συρράπτεται το ανώτερο τμήμα του κόλπου (απομόνωση τραχήλου, ο οποίος είναι προσβεβλημένος από καρκίνο) και με έλξη προς τα κάτω, καθίστα-



νται προσιτές, οι περιοχές για την αποκόλληση του ουρητήρα, της ουρητηροκυστικής συμβολής και των ιερομητρικών συνδέσμων. Αυτή είναι μια δύσκολη χειρουργική επέμβαση και πιθανόν να συνοδεύεται από αιμορραγία.

Όταν κινητοποιηθεί ο κύκλος του τραχήλου από το έντερο, την ουροδόχο κύστη και τον ουρητήρα, διανοίξεται η κυστεομητρική πτυχή και έλκεται ο πυθμένας της μήτρας με τρόπο, ώστε να εμφανισθούν και να απολινωθούν οι σύνδεσμοι των εξαρτημάτων. Αυτό επιτρέπει την αφαίρεση ολόκληρου του γεννητικού συστήματος, εκτός από το κατώτερο τριτημόριο του κόλπου. Εν συνέχεια, συρράπτεται η τραυματική επιφάνεια.

Η θνησιμότητα της ριζικής υστερεκτομίας με λεμφαδενικό καθαρισμό έχει ελαττωθεί, κάτω από 1%.

**3. Συνδυασμός κοιλιακής και κολπικής επέμβασης.** Η επέμβαση αυτή, έχει εφαρμοσθεί από τον Howkins και μπορεί να συγκριθεί με την κοιλιοπερινεϊκή εκτομή του ορθού. Αν η θεραπεία είναι χειρουργική, η σύγχρονη αυτή εγχείρηση ενδείκνυται στην περίπτωση διηθήσεως του κάτω τριτημορίου του κόλπου από τον όγκο ή στην περίπτωση παχύσαρκου ασθενούς στην οποία η προσπέλαση της κοιλίας μόνο, είναι πιθανό να παρουσιάζει μεγαλύτερη από τη συνηθισμένη δυσκολία. Με την τεχνική της συνδυασμένης επέμβασης, επιτυγχάνεται πλήρης εξαίρεση του κόλπου, ενώ η κολπική επέμβαση παρέχει μεγαλύτερη προστασία στην ουροδόχο κύστη και το ορθό.

Πρέπει να τονισθεί, ότι η επέμβαση αυτή είναι μεγαλύτερη από την κατά Vertheim και Schauta και γιαυτό το λόγο δημιουργεί μεγαλύτερη ενόχληση στην ασθενή<sup>17</sup>.

**4. Λαπαροσκοπική Υστερεκτομία.** Για το γυναικολόγο, η λαπαροσκοπική υστερεκτομία ως εγχειρητική τεχνική, απαιτεί υψηλά "standars" εκπαίδευσης και εγχειρητική δεξιοτεχνία.

Υπάρχουν διάφορα είδη λαπαροσκοπικής υστερεκτομίας. Αυτά είναι: **1) Διαγνωστική λαπαροσκόπηση με κολπική υστερεκτο-**

μία για να διαπιστωθεί αν η κοιλιακή υστερεκτομία είναι δυνατή, 2) Λαπαροσκοπικά υποβοηθούμενη κοιλιακή υστερεκτομία. Είναι η κοιλιακή υστερεκτομία μετά από λαπαροσκοπική λύση συμφύσεων, αφαίρεση ωοθηκών και εκτομή ενδομητριωτικών εστιών, 3) Λαπαροσκοπική υστερεκτομή (LH). Υποδηλώνει λαπαροσκοπική απολίνωση μητριάων και αφαίρεση της μήτρας είτε κοιλιακά είτε λαπαροσκοπικά. 4. Ολική λαπαροσκοπική υστερεκτομία (TLH) που υποδηλώνει την ολική αφαίρεση της μήτρας με λαπαροσκόπηση. Η μήτρα εξάγεται κοιλιακά και ο κόλπος κλείνεται λαπαροσκοπικά, 5) Λαπαροσκοπική υστερεκτομία και λεμφαδενοτομία.

Το 1990 ο Reich (ΗΠΑ), πραγματοποίησε την πρώτη επιτυχή λαπαροσκοπική ολική υστερεκτομία και στη συνέχεια ο K. Semm χρησιμοποίησε την CISH μέθοδο που είναι μια διακοιλιακή εξαίρεση του λειτουργικού ιστού του τραχήλου. Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου στο μυ το συνδετικό ιστό που απομένουν μετά την αφαίρεση, είναι 1:100.000. Η μέθοδος αυτή, μπορεί να εφαρμοστεί σε λαπαροσκοπική υστερεκτομία, σε κοιλιακή, ακόμη και σε διακοιλιακή.

Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής, είναι η προστασία από τυχόν κακώσεις ουρητήρα, κύστης, ορθού, δε γίνεται κοιλιοτομία ή βράχυνση κόλπου, δε γίνεται επιμόλυνση της περιτοναϊκής κοιλότητας από την κοιλιακή χλωρίδα, μειώνεται ο χρόνος νοσηλείας και διατηρείται η σεξουαλική ζωή, όπως η ανατομική του πυελικού εδάφους.

*Η τεχνική κατά Semm, έχει επιγραμματικά ως εξής:*

- Εισαγωγή ειδικού εξαρτήματος στη μητρική κοιλότητα.
- Διάτρηση πυθμένος μήτρας.
- Απολίνωση κρεμαστήρα-στρογγυλού συνδέσμου με ράμμα, όταν δεν είναι η επιθυμητή η διατήρηση της ωοθήκης.
- Στη συνέχεια, γίνεται ενδοτραχηλική ισχαιμία με ειδική αγγειοσυσπαστική ουσία (POR-8) για να αποφευχθεί η απώλεια αίματος.

- α Ακολουθεί η τοποθέτηση τριών περιτραχηλικών Loop (ραμμάτων), αφού κινήτοποιηθεί η κυστεομητριάκη πτυχή και αφαιρείται με το ειδικό εξάρτημα (CURT) ο λειτουργικός ιστός του τραχήλου.
- α Γίνεται σύσφιξη των τριών περιτραχηλικών Loop προς αποφυγή απώλειας αερίου και εμβολής του, και
- α Τέλος τέμνεται η μήτρα με ψαλίδι ή Laser και αφαιρείται από trocar 15-20 mm.

Από 123 περιπτώσεις διαφόρων τύπων λαπαροσκοπικής υστερεκτομίας που χειρουργήθηκαν από τον Reich, παρατηρήθηκε σε μία περίπτωση ουρητηροκολπικό συρίγγιο, σε μια πνευμονική εμβολή, σε μια μετεγχειρητική κήλη και σε τέσσερις τραυματισμοί κύστης εντέρου και επιγάστριων αρτηριών<sup>10</sup>.

#### 10.1.2B ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.

Απαραίτητες προϋποθέσεις για να εκτελεστεί μια χειρουργική επέμβαση, είναι οι εξής:

- α Ο γυναικολόγος, πρέπει να είναι ειδικός στη ριζική εγχείρηση και να εκτελείται σε νοσοκομείο που να παρέχει υψηλό επίπεδο κλινικών και εργαστηριακών μεσών.
- α Η ασθενής πρέπει να είναι "κατάλληλη" για χειρουργείο, με καλή γενική κατάσταση και να μην είναι παχύσαρκη και ηλικιωμένη.
- α Ο όγκος πρέπει να είναι χειρουργήσιμος, να μην είναι δηλαδή καθηλωμένος στο πυελικό τοίχωμα. Αν μπορεί να αφαιρεθεί ο όγκος, καθορίζεται από τον χειρουργό αμέσως μετά την διάνοιξη των κοιλιακών τοιχωμάτων.
- α Η ασθενής θα πρέπει να πληροφορηθεί επαρκώς, ώστε να έχει τη δυνατότητα να επιλέξει μεταξύ χειρουργικής και ακτινοθεραπείας. Εάν αυτή έχει σεξουαλική δραστηριότητα θα πρέπει να γνωρίζει ότι κατά τη ριζική εγχείρηση θα αφαιρεθεί και ο κόλπος.

Σε μερικές ασθενείς, επιβάλλεται η εκτέλεση της επέμβασης, όταν ο όγκος είναι ακτινοάντοχος ή έχει διηθήσει την ουροδόχο κύστη ή το έντερο.

### 10.1.2Γ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

#### A. Διεγχηρικές.

▫ **Αιμορραγία:** Υπάρχει μια συνεχής τριχοειδική αιμορραγία κατά την ευρεία αποκόλληση και είναι δυνατό να ραγεί αιφνιδίως μια μεγάλη φλέβα. Τα πυελικά αγγεία, συχνά, παρουσιάζουν ανώμαλη πορεία. Η αιμορραγία, εκδηλώνεται με μεγάλη πτώση του αιματοκρίτη. Αντιμετωπίζεται με απολινώσεις ή καυτηριασμό.

▫ **Shock:** Αυτό δημιουργείται μετά από μια μεγάλη επέμβαση, με συνεχή απώλεια αίματος, η οποία επηρεάζει τον όγκο αυτού και προκαλεί οξέωση. Απαιτείται υψηλή ποιότητα αναισθησίας.

▫ **Κάκωση γειτονικών οργάνων:** Η παρουσία καοήθους ή φλεγμονώδους ιστού, καθιστά εύκολη τη ρήξη της ουροδόχου κύστεως ή του ορθού κατά την αποκόλληση τους από τον κόλπο. Ο ουρητήρας είναι δυνατό να τραυματισθεί σε οποιοδήποτε σημείο εντός της πυέλου, αλλά ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος κοντά στον κρεμαστήρα σύνδεσμο και συνεχίζεται προς τον τράχηλο και τον κόλπο. Η αποκόλληση είναι πολύ δύσκολη, αν ο όγκος έχει επεκταθεί πλαγίως<sup>17</sup>.

Τραυματισμός του εντέρου, μπορεί να γίνει, κυρίως, κατά τη διάνοιξη της περιτοναϊκής κοιλότητας σε κοιλικές εγχειρήσεις κατά τη λύση συμφύσεων και την πιθανότητα τραυματισμού του, σε προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις στην κοιλιακή χώρα, ενδοπυελικές φλεγμονές και η ενδομητρίωση. Κατά τη διάνοιξη των κοιλιακών τοιχωμάτων, χρειάζεται προσοχή και ν' ανοίγονται κατά στρώματα και κατά το δυνατό μακριά από τη θέση προηγούμενης επέμβασης.

Τραυματισμός του λεπτού εντέρου, αναγνωρίζεται από την έξοδο προς την περιτοναϊκή κοιλότητα χαρακτηριστικού υγρού χροιάς<sup>10</sup>.

α. **Εκτίμησης της δυνατότητας για επέμβαση.** Μερικές φορές αμέσως μετά τη διάνοιξη της κοιλίας, ανευρίσκονται μεταστάσεις στο περιτόναιο ή μεταστάσεις απομακρυσμένες. Ενίοτε ο χειρουργός θα παρατηρήσει κατά την πορεία της επέμβασης ότι είναι αδύνατον ο πλήρης καθορισμός ή ότι είναι επικίνδυνος για την ασθενή.

## 2. Μετενχειρητικές.

α **Ουροποιητικό συρίγγιο,** το οποίο, σύμφωνα με στατιστικές, έχει μειωθεί σε συχνότητα από 10% σε λιγότερο από 3%, λόγω των βελτιώσεων που έγιναν στις χειρουργικές τεχνικές και στην τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα στην κύστη.

α **Κατακράτηση ούρων.** Η ουροδόχος κύστη κατέρχεται εντός της πυέλου, με αποτέλεσμα τη δημιουργία στάσεως και φλεγμονής. Επίσης καταστέλλεται ο τόνος της ουροδόχου κύστης, τουλάχιστον για μερικές μέρες. Η πυελογραφία που εκτελείται μερικούς μήνες αργότερα, πολύ συχνά παρουσιάζει μια ατονία της ουροδόχου κύστεως με στένωση του κατώτερου τμήματος του ουρητήρα από ίνωση και διαστολή του ανώτερου τμήματος που συνοδεύεται και από υδρονέφρωση.

α **Επιπλοκές της αλλαγής της ροής των ούρων.**

α **Φλεγμονή του ουροποιητικού συστήματος.** Η συχνότητα φλεγμονής του ουροποιητικού συστήματος είναι μικρότερη από 4%, λόγω της προφυλακτικής προεγχειρητικής αντιβίωσης. Χωρίς αυτήν, η συχνότητα κυμαίνεται πάνω από 40%, ενώ και μια μόνο δόση αντιβίωσης, ελαττώνει σημαντικά τη συχνότητα φλεγμονής.

Η πυελονεφρίτιδα είναι μια σπάνια φλεγμονή.

Ο καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης είναι, συνήθως η πιο συχνή πηγή μόλυνσης. Τα συμπτώματα, είναι:

- › συχνουρία
- › δυσουρικά ενοχλήματα

- > κεφαλαλγία
- > ναυτία, εμετοί

Η διάγνωση της ουρολοίμωξης, γίνεται από την καλλιέργεια ούρων, εάν ο αριθμός των μικροβίων είναι πάνω από 100.000 σε 1ml ούρων.

Τα μικρόβια τις περισσότερες φορές είναι: *Escherichi coli*, *klebsiella*, *proteus*, *staphylococcus* και η θεραπεία γίνεται με χορήγηση αντιβιοτικών, μετά από καλλιέργεια.

▫ **Μετεγχειρητικός πυρετός.** Πυρετός πάνω από 38°C σε δυο θερμομετρήσεις, με διαφορά 4 ωρών μεταξύ τους, μετά το πρώτο 24ωρο από την εγχείρηση, θεωρείται νοσηρότητα.

Ο πυρετός, αποτελεί την πιο συχνή επιπλοκή των χειρουργικών επεμβάσεων και είναι, συνήθως αποτέλεσμα φλεγμονής.

Παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη της μετεγχειρητικής φλεγμονής, είναι: 1. η μη χορήγηση προφυλακτικά αντιβιοτικών, 2. η επιμόλυνση του χειρουργικού πεδίου, 3. η κακή διατροφή, 4. η κακή χειρουργική τεχνική και 5. η γενικευμένη φλεγμονή.

▫ **Πνευμονικές φλεγμονές.** Οι φλεγμονές αυτές δεν είναι και τόσο συχνές στις γυναίκες που χειρουργούνται για γυναικολογικά προβλήματα. Αυτό οφείλεται, πιθανόν στο νεαρό της ηλικίας και στη γενικά καλή κατάσταση της υγείας των γυναικών αυτών. Αντίθετα, σε ηλικιωμένες ασθενείς είναι πιο συχνές.

Παράγοντες που προδιαθέτουν είναι η υπάρχουσα αποφρακτική πνευμονοπάθεια, προβλήματα στο Κ.Ν.Σ. που εμποδίζουν τον καθαρισμό της στοματοφαρυγγικής κοιλότητας και τη ρινογαστρική παροχέτευση.

Το 50% των νοσοκομειακών πνευμονιών, οφείλεται σε gram(-) μικρόβια και προέρχονται από το φάρυγγα. Η διάγνωση γίνεται με πνευμολογική εξέταση και ακτινογραφία θώρακα και η θεραπεία με χορήγηση κατάλληλων αντιβιοτικών.

α **Φλεβίτιδα.** Συχνή αιτία της φλεβίτιδας, είναι οι ενδοφλέβιοι καθετήρες. Η πιθανότητα εμφάνισης της, αυξάνει 72 ώρες μετά την τοποθέτηση του φλεβοκαθετήρα, γιαυτό και πρέπει να αλλάζονται κάθε 3 ημέρες.

Κάθε μέρα που υπάρχει πόνος, ερυθρότητα και ψηλάφηση φλεβικής χορδής, πρέπει να αφαιρείται ο καθετήρας.

α **Φλεγμονές τραυμάτων.** Διαπύηση του χειρουργικού τραύματος, συμβαίνει σε ποσοστό μικρότερο από 2%, όταν τα χειρουργεία είναι καθαρά. Σε αντίθετη περίπτωση, οι διαπυήσεις μπορεί να ξεπεράσουν το 40%. Η θεραπεία είναι διάνοιξη του τραύματος και καθαρισμός.

α **Ενδοκοιλιακή φλεγμονή και απόστημα.** Μπορεί να συμβεί, εάν γίνει επιμόλυνση των τραυματικών επιφανειών. Επίσης μετά τη δημιουργία αιματώματος που δεν παροχετεύτηκε. Υπεύθυνα είναι αναερόβια και αερόβια μικρόβια από τον κόλπο ή το έντερο. Η διάγνωση είναι δύσκολη και σε αυτή μπορεί να βοηθήσει η αξονική ή η μαγνητική τομογραφία και η υπερηχογραφία. Η θεραπεία συνιστάται σε διάνοιξη και παροχέτευση που μπορεί να γίνει και μέσω του κόλπου. Παράλληλα, χορηγείται αντιβίωση που περιλαμβάνει ampicillin, gentamycin και clindamycin.

α **Νευρωτική περιτονίτιδα.** Χαρακτηρίζεται από στοιχεία βακτηριακή επιμόλυνση υποδόριων ιστών και περιτοναίου και σταδιακή νεύρωση. Υπεύθυνος είναι ο αιμολυτικός στερεπτικός, αλλά και άλλα gram (+) και αναερόβια μικρόβια.

Κλινικά η ασθενής έχει δυσανάλογα μεγαλύτερο πόνο από αυτόν που αναμένεται. Το δέρμα είναι υπό τάση, ερυθματώδες, ζεστό και συχνά παρουσιάζει μικροαγγειακή θρόμβωση που προκαλεί ισχαιμία και νέκρωση αυτού.

Είναι δυνατό, να παρατηρηθούν επιπλοκές, όπως σηπτικό shock και ενδαγγειακή πήξη.

Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι ο διαβήτης, ο αλκοολισμός, ανοσοκατεσταλμένα άτομα, η υπέρταση, η παχυσαρκία και η περιφερική νόσος αγγείων.

Η θεραπεία συνιστάται σε διόρθωση της οξεοβασικής ισορροπίας, η αντιβίωση ευρέου φάσματος, τροφή υψηλής θερμιδικής αξίας καθαρισμός του τραύματος, μέχρι να φθάσει σε ιστούς με καλή αγγείωση και οξυγονοθεραπεία σε περίπτωση μόλυνσης από αναερόβια μικρόβια.

□ **Θρόμβωση-εμβολή.** Η εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδα κι η πνευμονική εμβολή, είναι σημαντικές μετεγχειρητικές επιπλοκές. Το 40% των θανάτων, μετά από γυναικολογικά χειρουργεία, αποδίδονται στην πνευμονική εμβολή.

Αίτια που έχουν σχέση με την εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδα, είναι η ηλικία, οι κίρσοι, η αύξηση βάρους, ο αυξημένος χρόνος αναισθησίας και η μεγάλη αιμορραγία. Προληπτικά, χορηγούμε υποδόρια 5.000 μονάδες υπαρίνης. Επίσης προφυλάσσουν η βραχεία νοσηλεία, η πρώιμη έγερση των χειρουργημένων γυναικών, η χρήση ελαστικών επιδέσμων και η ανύψωση των κάτω άκρων κατά 20 ,μοίρες, στη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης.

Για τη θεραπεία, χορηγούνται 5.000 μονάδες ηπαρίνης ενδοβλέβια και στη συνέχεια 1.000 μονάδες ανά ώρα και πάλι ενδοφλέβια. Τέσσερις ώρες μετά την αρχική χορήγηση ηπαρίνης, μετρούμε το χρόνο προθρομβίνης.

Τα συμπτώματα της πνευμονικής εμβολής, είναι ο πλευρικός θωρακικός πόνος, η αιμόπτυση, η ταχύπνοια και η ταχυκαρδία. Η διάγνωση γίνεται με ακτινογραφία θώρακα, ΗΚΓ και αέρια αίματος και η θεραπεία με αντιπηκτική αγωγή, όπως για τη θρομβοφλεβίτιδα και επιπλέον O<sub>2</sub> και βρογχοδιαστολικά φάρμακα. Επίσης, μπορεί να γίνει καθετηριασμός της πνευμονικής αρτηρίας, με ταυτόχρονη χορήγηση θρομβολυτικών ουσιών.

Αν η αντισηπτική αγωγή δεν αποδώσει, μπορεί να γίνει απολίνωση της κάτω κοίλης φλέβας.



□ **Ειλεός:** Είναι από τις βαρύτερες μετεγχειρητικές επιπλοκές. Ο μηχανισμός δημιουργίας του δεν είναι σαφής, αλλά σχετίζεται με τη διάνοιξη της περιτοναϊκής κοιλότητας και επιδεινώνεται από τους χειρισμούς και τον παρατεταμένο χρόνο της χειρουργικής επέμβασης. Ακόμη, φλεγμονές και ηλεκτρολυτικές διαταραχές παίζουν ρόλο στην πρόκληση του. Η γυναίκα παρουσιάζει διάταση των κοιλιακών τοιχωμάτων, η δε γυναικολογική εξέταση αποκαλύπτει την ύπαρξη αποστήματος ή αιματώματος στην πύελο που μπορεί να είναι και η αιτία πρόκλησης του ειλεού.

Η ακτινογραφία κοιλίας σε όρθια θέση θα αποκαλύψει διατεταμένες έλικες λεπτού και παχέος εντέρου και επίπεδα αέρα. Η θεραπευτική αγωγή, περιλαμβάνει αποσυμφόρηση του γαστρεντερικού σωλήνα και διατήρηση των υγρών και ηλεκτρολυτών, με τοποθέτηση Levin ή και μεγαλύτερου καθετήρα σε μήκος που μπορεί να εισέλθει και στο λεπτό έντερο. Εάν ο ειλεός δεν υποχωρήσει σε 48-72 ώρες, πρέπει να αναζητηθούν άλλα αίτια, όπως τραυματισμός του γαστρεντερικού σωλήνα, του ουρητήρα και υποκαλιαμία.

□ **Πρόπτωση του κοιλιακού κολοβώματος.** Η προπτωση είναι σπάνια επιπλοκή που συμβαίνει μετά από υστερεκτομία.

Μπορεί να προληφθεί η επιπλοκή αυτή, εάν κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης στερεωθεί καλά το κοιλιακό κολόβωμα στους συνδέσμους της μήτρας και αποκατασταθεί πιθανή εντερική κήλη. Επιπλέον, η ασθενής θα πρέπει μετά το χειρουργείο να αποφεύγει καταστάσεις που αυξάνουν την ενδοκοιλιακή πίεση, όπως σήκωμα βάρους και δυσκοιλιότητα<sup>10</sup>.

□ **Σχηματισμός κύστεως λεμφαδένος.** Μερικές φορές, σχηματίζονται στην πύελο κυστικές συλλογές από λεμφικό εξίδρωμα, οι οποίες μερικές φορές φθάνουν το μέγεθος κυήσεως 20 εβδομάδων που εκλαμβάνονται, εσφαλμένα, ως υποτροπή της νόσου. Οι συλλογές αυτές θα πρέπει να εξετάζονται και να αφαιρούνται.

### 10.1.3 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η καλύτερη θεραπεία για το διηθητικό καρκίνωμα του τραχήλου, κατά την άποψη των ακτινοθεραπευτικών, είναι η ακτινοθεραπεία, γιατί όχι μόνο καταστρέφει τα νεοπλασματικά κύτταρα στον τράχηλο, αλλά και αυτά που βρίσκονται στους παραμήτριους ιστούς και στους πνευλικούς λεμφαδένες. Η δόση ακτινοβολίας είναι περίπου 8000 rads που χορηγούνται σε μια περίοδο 4-5 εβδομάδων. Ο τράχηλος και ο κόλπος, μπορούν να δεχθούν την υψηλή δόση των 24.000 rads, αλλά η κύστη και οι ουρητήρες μπορεί να καταστραφούν με δόσεις υψηλότερες από 10.000 rads και το έντερο και τα μεγάλα αγγεία με 7.000-9.000 rads<sup>8</sup>.

Η ευαισθησία των καρκινικών κυττάρων στην ακτινοβολία, εξαρτάται από :

- α)** το είδος του όγκου. Οι επιθηλιακοί καρκίνοι της ωοθήκης ή του πλακώδους επιθηλίου του τραχήλου, είναι περισσότερο ακτινοευαίσθητοι από τα αδενοκαρκινώματα της μήτρας ή τα σαρκώματα,
- β)** το βαθμό διαφοροποίησης του όγκου. Οι καλύτεροι διαφοροποιούμενοι όγκοι, είναι λιγότερο ακτινοευαίσθητοι,
- γ)** Το είδος της ακτινοβολίας, τη δόση και το ρυθμό της,
- δ)** Την έκταση του πεδίου που ακτινοβολείται,
- ε)** Την οξυνογόνωση του ιστού που έχει σχέση ανάλογη με την ακτινοευαισθησία,
- στ)** Τη θερμοκρασία του ιστού που έχει, επίσης σχέση ανάλογη με την ακτινοευαισθησία και
- ζ)** την ηλικία της ασθενούς<sup>13,20</sup>.

Στην ακτινοθεραπεία, γίνεται συνδυασμός δυο μεθόδων: της **ενδοκοιλοτικής ακτινοβολίας** με ραβδιά (κάψουλες) ραδίου για καταστροφή του καρκίνου στον τράχηλο και της **εξωτερικής ακτινοβολίας** για καταστροφή του καρκίνου που τυχόν έχει προχωρήσει πέρα από την πρωτοπαθή εστία. Πηγές ακτινοβολίας που χρησιμοποιούνται είναι :

**1. οι συσκευές Rontgen.** Είναι οι συμβατικές συσκευές που με διάφορες τεχνικές (φίλτρα) μεταβάλλουν τη διεισδυτικότητα των ακτινών. Εφαρμόζονται από διάφορα επίπεδα και δρουν σχετικά διάχυτα. Η ιδιότητα αυτή ευνοεί την ακτινοβολία των μεταστάσεων.

**2. Συσσκευές γ - ακτινοβολίας.** Ακτινοβολούν με ράδιο, ραδιενεργό κοβάλτιο 60 ή ραδιενεργό καίσιο 137. Το ράδιο είναι το παλαιότερο χρησιμοποιούμενο φυσικό ραδιενεργό στοιχείο που εκπέμπει κυρίως, τρία είδη ακτινών: α, β και γ. Η ακτινοβολία α και β δεν έχει διεισδυτική ικανότητα και δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων (μαλακή ακτινοβολία). Αντίθετα, χρησιμοποιείται η διεισδυτική γ ακτινοβολία (σκληρή). Οι ακτίνες, όμως α και β προκαλούν νεκρώσεις στους παρακείμενους ιστούς, γι' αυτό και αναχαιτίζονται από ειδικά καλύμματα από πλατίνα. Τα τοιχώματα τους κατακρατούν το μεγαλύτερο μέρος της βλαπτικής ακτινοβολίας α και β, ενώ επιτρέπουν τη διόδο των ακτινών γ. Προκείμενου για καρκίνους της μήτρας, οι υποδοχές εισάγονται στο σώμα της μήτρας, τον τράχηλο και τους θόλους, ενώ τα γειτονικά όργανα, δηλαδή η ουροδόχος κύστη και το ορθό, απομακρύνονται από την εστία της ακτινοβολίας με πωματισμό του κόλπου. Έτσι, μειώνεται ο κίνδυνος βλάβης τους, δεδομένου ότι η δράση της ακτινοβολίας είναι αντιστρόφως ανάλογη του τετραγώνου της αποστάσεως. Η ακτινοβολία του ραδίου, γίνεται εξέπαφή.

Οι συσκευές (βόμβες) κοβαλτίου ή καϊσίου, εκπέμπουν με σύγχρονη τεχνολογία πολύ ισχυρότερη ακτινοβολία. Έτσι, η ακτινοβολία γ μιας βόμβας τηλεκοβαλτίου αντιστοιχεί σε ακτινοβολία Rontgen που θα μπορούσε να παραχθεί από τάση 3,5 εκατ. Volt. Η ακτινοβολία αυτή γίνεται από απόσταση (τηλεακτινοβολία).

**3. Ακτίνες - X** που λαμβάνονται τεχνικά από την επιτάχυνση των ηλεκτρονίων<sup>13</sup>.

**4. Γραμμικοί επιταχυντές.** Ο γραμμικός επιταχυντής, όπως και το βήτατρο που θα δούμε στη συνέχεια, παράγει ακτίνες - X, οι οποίες μέσω των ηλεκτρονίων καταστρέφουν τα καρκινικά κύτταρα των ιστών, εφ'όσον βέβαια η δόση είναι θανατηφόρα. Τα ηλεκτρόνια αυτά επιτυγχάνονται με την εισαγωγή τους μέσα σε σωλήνα κενού αέρος.

**5. Βήτατρο.** Είναι μια συσκευή που χρησιμοποιείται για την επιτάχυνση των ηλεκτρονίων δια κυκλικής τροχιάς, αντί ευθείας.

Αποτελείται από έναν κοίλο αερόκενο σωλήνα δακτυλιοειδούς σχήματος, ο οποίος βρίσκεται σ' ένα ηλεκτρομαγνητικό πεδίο μεταξύ των πόλων ενός μεγάλου ηλεκτρομαγνήτη.

Τα ηλεκτρόνια, τα οποία εισάγονται εντός του "δακτυλίου" επιτυγχάνονται με την αύξηση της ισχύος του ηλεκτρομαγνητικού πεδίου. Το πεδίο αυτό κατευθύνει και επιτυγχάνει τα ηλεκτρόνια, τα οποία μπορούν να εκτελέσουν εκατοντάδες χιλιάδες κύκλους πριν φθάσουν στην μέγιστη ενέργεια τους. Τελικά, τα ηλεκτρόνια κατευθύνονται στο ηλεκτρόδιο "στόχος" και δια του τόπου αυτού παράγεται η ακτινοβολία-Χ<sup>17</sup>.

Πολλοί θεραπευτές προτιμούν να αρχίζουν τη θεραπεία με την τοποθέτηση ραδίου, γιατί πιστεύουν ότι ο καρκίνος πρέπει να θεραπεύεται στον τράχηλο, όσο το δυνατό πιο γρήγορα για να προληφθούν οι μεταστάσεις, ενώ άλλοι πιστεύουν ότι η διασπορά των καρκινικών κυττάρων είναι που σκοτώνει την ασθενή και αρχίζουν με εξωτερική ακτινοβολία. Τα στατιστικά δεδομένα της μιας ή της άλλης μεθόδου, είναι περίπου ισότιμα<sup>8</sup>.

Οποιαδήποτε, όμως τεχνική και αν χρησιμοποιηθεί, πρέπει να αντιμετωπισθούν τα συγκεκριμένα προβλήματα:

- α Ο καρκίνος του τραχήλου δεν είναι πολύ ευαίσθητος όγκος, αλλά ευτυχώς ο φυσιολογικός ιστός του τραχήλου ανθίσταται στην υψηλή δόση της ακτινοβολίας, και
- α Ο γειτονικός φυσιολογικός ιστός, πρέπει να προστατευθεί. Πρέπει να θυσιαστεί η λειτουργία της μήτρας και των ωθηκών, αλλά υπάρχει η επιθυμία διατηρήσεως του κόλπου για σεξουαλικές σχέσεις<sup>17</sup>.

**Δράση ακτινοβολίας.** Η ιονίζουσα ακτινοβολία, αποτελείται, όπως αναφέραμε ή από πολύ μικρά σωματίδια που κινούνται γρήγορα (σωματίδια α και β) και ακτίνες γ που εκπέμπονται από φυσικά ή τεχνητά ραδιενεργά στοιχεία ή από ακτίνες Χ (ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία).

Όταν η ιονίζουσα ακτινοβολία περάσει από την ύλη, ένα μέρος ή όλη η ενέργεια της κατανέμεται τυχαία στα μόρια που συναντά στη διαδρομή της και προκαλεί ιονισμό ή διέγερση των ατόμων από τα οποία αποτελείται.

Ο ιονισμός είναι κοινός και για τη νεκρή και για ζώσα ύλη η διαφορά βρίσκεται στο γεγονός ότι στη νεκρή ύλη δεν υπάρχει συνέχεια, ενώ στη ζώσα ύλη το πρωταρχικό φαινόμενο του ιονισμού ακολουθείται από ολόκληρη σειρά αλυσιδωτών αντιδράσεων που ανάλογα με το βαθμό και την εντόπιση της βλάβης καταλήγουν σε αλλοίωση ζωτικών για τη λειτουργία του κυττάρου μεγαλομορίων (πρωτεϊνών, νουκλεϊνικών οξέων κ.λ.π.), με αποτέλεσμα τη βιολογική και ατομική καταστροφή. Η ιονίζουσα ακτινοβολία που χρησιμοποιείται στην ακτινοθεραπεία καταστρέφει τους τύπους του πρωτοπλάσματος. Ιδιότερα όμως ευαίσθητοι σ' αυτή είναι οι μηχανισμοί διαίρεσης του κυττάρου, και σε μεγαλύτερο βαθμό την ώρα της μίτωσης. Τα νεοπλασματικά, επομένως, κύτταρα είναι πολύ ευαίσθητα στην ακτινοβολία από τα ώριμα και μερικές φορές νεκρώνονται τελείως, ενώ οι βλάβες των ώριμων κυττάρων είναι δυνατό να επαυθώσουν μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα.

Όλοι οι νεοπλασματικοί όγκοι δεν έχουν την ίδια ευαισθησία στην ακτινοβολία. Τα κύτταρα που είναι περισσότερο ακτινευαίσθητα είναι αυτά που πολλαπλασιάζονται πολύ γρήγορα, παρουσιάζουν μικρή διαφοροποίηση, είναι εμβρυϊκά και ανώριμα και έχουν μεγάλη αιμάτωση και επομένως ,οξυγόνωση<sup>20</sup>.

### 10.1.3α ΕΝΔΟΚΟΙΛΟΤΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ.

Υπάρχουν δυο σχολές, όσον αφορά τη σχέση δόσης ακτινοβολίας και χρόνου έκθεσης σ' αυτή, προκειμένου για τοποθέτηση ραδίου στον τράχηλο.

Η πρώτη μέθοδος είναι της Στοκχόλμης, Είναι σύστημα διακεκομμένης δόσης, σχετικά, υψηλής εντάσεως που χορηγείται, συνήθως, σε 3 24ωρα με μεσοδιαστήματα μιας και εν συνεχεία δυο ή

τριών εβδομάδων. Η κλασματική δόση, βασίζεται εν μέρει στην πείρα των πενήντα ετών και εν μέρει στη θεωρία ότι ο θάνατος του καρκινικού κυττάρου πραγματοποιείται βαθμιαία με διαδοχικές εφαρμογές. Κατά τη διάρκεια των μεσοδιαστημάτων, οι φυσιολογικοί ιστοί επανέρχονται στην αρχική τους κατάσταση.

Η δόση που χορηγείται στη μήτρα, είναι δυο σωλήνες λευκόχρυσου 25 mg οι οποίοι περιέχονται μέσα σε ελαστικό σωλήνα με δυο χώρους. Οι κολπικοί εφαρμογείς αποτελούνται από αργυρό και είναι, συνήθως, επίπεδα κυτία, μονολότι διάφορα σχέδια και μεγέθη χρησιμοποιούνται για διάφορες καταστάσεις<sup>17</sup>.

Η δεύτερη μέθοδος είναι του Παρισιού, στην οποία χορηγείται χαμηλή δόση ακτινοβολίας ενδοκοιλοτικά για περίοδο 8-10 ημερών.

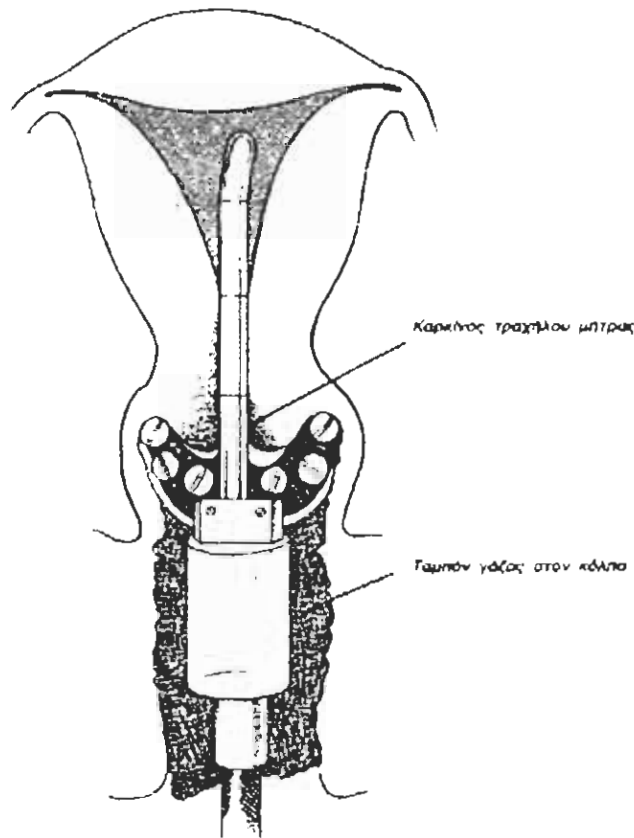
Συνδυασμός των παραπάνω μεθόδων είναι η μέθοδος Manchester, η οποία δίνει μεγαλύτερη προσοχή στον υπολογισμό της ακτινοβολίας που λαμβάνουν δυο συγκεκριμένα σημεία, το σημείο A που καθορίζεται σε απόσταση 2 cm πλάγια από τον τράχηλο και 2 cm πάνω από τον πλάγιο θόλο, εκεί όπου η μητριαία αρτηρία χωρίζεται με τον ουρητήρα και το σημείο B, 5 cm πλάγια από τον τράχηλο και 2 cm πάνω από τον πλάγιο θόλο, στο πυελικό τοίχωμα, έχοντας υπόψη ότι η δράση του ραδίου είναι ανάλογη με το τετράγωνο της απόστασης, δηλαδή αυτή υποτετραπλασιάζεται με την αύξηση της απόστασης.

Η τοποθέτηση του ραδίου, γίνεται με ειδικούς κολποστάτες που καλούνται ωσειδή, ελέγχεται με ακτινογραφίες η σωστή τοποθέτηση τους και η ασθενής επιστρέφει με τον κολποστάτη στο δωμάτιο της. Τελευταία χρησιμοποιείται αντί του ραδίου, το ασφαλέςτερο Cs (Cesium) και το πιο αποτελεσματικό F (Californium)<sup>8</sup>.

Οποιαδήποτε τεχνική και αν χρησιμοποιηθεί, ο γιατρός θα πρέπει να είναι βέβαιος ότι η ουροδόχος κύστη και το έντερο προστατεύονται και ότι ο εφαρμογέας ραδίου δεν μετακινείται. Αυτό επιτυγχάνεται με επιπωματισμό (γάζα) και με τη χρησιμοποίηση κολποστάτη.

Επιπωματισμός με γάζα. Όταν τοποθετηθούν στη θέση τους οι εφαρμογείς, ο κόλπος καλύπτεται με γάζα. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να επιπωματισθεί η πηγή του ραδίου προς τα πάνω, απέναντι από τον όγκο και μακριά από το ορθό, εκτός και αν είναι διηθημένο το οπίσθιο κολπικό τοίχωμα. Επειδή, η ένταση της ακτινοβολίας είναι αντιστρόφως ανάλογη του τετραγώνου της αποστάσεως, 1-2 cm επιπωματισμού γάζας μεταβάλλει τη δόση στο ορθό από επικίνδυνη σε ασφαλή.

*Ράβδος με ραδιενεργό ισότοπο*



### 10.1.3β ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Η μετάσταση στους πλάγιους πνευλικούς λεμφαδένες, είναι δυνατό να καθορισθεί με τη χειρουργική βιοψία ή κατά τη νευροτομική εξέταση. Η πλειονότητα των ασθενών, αντιμετωπίζεται σήμερα με ακτινοθεραπεία. Τα θετικά νεκροτομικά ευρήματα δεν αποτελούν ένδειξη υπάρξεως της μετάστασης κατά το διάστημα της θεραπείας. Η πείρα υποδεικνύει ότι η πιθανότητα μετάστασης, αυξάνεται

με την επέκταση της μετάστασης πλάγια και ότι νεοπλάσματα που φαίνονται κατά την εξέταση να περιορίζονται στον τράχηλο, είναι δυνατό να έχουν διηθήσει τους πλάγιους λεμφαδένες που βρίσκονται πέρα από την ακτίνα δράσης του ραδίου, το οποίο βρίσκεται εντός της κοιλότητας. Λόγω, αυτού του γεγονότος, χορηγείται σχεδόν πάντοτε εξωτερική ακτινοβολία-Χ.

Οι πλάγιοι πυελικοί λεμφαδένες, διατηρούν μια μεγαλύτερη ή μικρότερη σταθερή σχέση με την οστέινη πυέλο, με αποτέλεσμα η περιοχή που πρέπει να ακτινοβοληθεί να είναι εντελώς καθορισμένη. Με τη χρήση, όμως ακτινών-Χ megavolt με μεγάλη διεισδυτική ικανότητα, υπάρχει πιθανότητα χορήγησης θανατηφόρου δόσης στους εν τω βάθει ιστούς, χωρίς δερματικές αντιδράσεις, στις πύλες εισόδου της ακτινοβολίας.

Η θεραπεία, συνήθως, γίνεται δια μέσου αρκετών πυλών εισόδου με σκοπό την ομοιόμορφη χορήγηση της δόσης σε ολόκληρη την πλάγια πυελική χώρα. Η κεντρική περιοχή της πυέλου, η οποία πάντοτε θα λαμβάνει μια ισχυρή δόση από το ράδιο, καλύπτεται από μόλυβδο κατά τη διάρκεια της εξωτερικής ακτινοβολίας.

Η αναλογία της εξωτερικής προς την εσωτερική ακτινοβολία εξαρτάται από την τοπική μετάσταση και την πιθανότητα διηθήσεως των λεμφαδένων. Θα πρέπει, όμως, να δοθούν 5-7.000 rads στον όγκο και στην περιοχή επεκτάσεως αυτού για έξι περίπου εβδομάδες. Η συνεισφορά της ενδοκοιλοτικής ακτινοβολίας είναι μεγίστης σημασίας για το στάδιο I, στο στάδιο όμως III ο όγκος λαμβάνει μεγαλύτερη εξωτερικής ακτινοβολίας. Μέρος αυτής θα πρέπει να χορηγείται στην αρχή για να επιτευχθεί μερική τοπική σμίκρυνση στον κόλπο για διευκόλυνση της εσωτερικής εφαρμογής.

Η ενδοκοιλοτική ακτινοβολία είναι σημαντική για τον έλεγχο του πρωτοπαθούς όγκου, αλλά η δόση είναι δυνατό να μειωθεί, αν πιστεύεται ότι η μετάσταση στα παραμήτρια ελέγχεται καλύτερα με εξωτερική ακτινοβολία. Μερικοί, προχωρημένοι όγκοι, των οποίων το μέγεθος είναι δυσανάλογο της αιμάτωσης τους, είναι κατάλληλο



μόνο για εξωτερική ακτινοβολία<sup>17</sup>.

### 10.1.3γ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Παρά τις βελτιώσεις των ακτινοθεραπευτικών πηγών και των τεχνικών που εφαρμόζονται, δεν αποφεύγεται η βλάβη υγιών ιστών και κυττάρων.

Η έκταση που τα κύτταρα και οι ιστοί καταστρέφονται από την ακτινοβολία, εξαρτάται από τους πιο κάτω τέσσερις παράγοντες:

- ✦ Ένταση της δόσης που έχει οριστεί. Ο άρρωστος που παίρνει μεγάλη δόση ακτινοβολίας, έχει περισσότερες πιθανότητες καταστροφής υγιών κυττάρων και ιστών σε σύγκριση με όσους παίρνουν μικρή δόση.
- ✦ Έκταση του σώματος που δέχεται ακτινοβολία. Όταν ακτινοβολείται μεγάλη έκταση του σώματος, δημιουργούνται περισσότερες βλάβες από την περίπτωση που ακτινοβολείται μικρή έκταση.
- ✦ Ακτινοευαισθησία των κυττάρων, στην οποία ήδη έχει γίνει αναφορά.
- ✦ Ατομικές διαφορές. Μερικά άτομα κληρονομούν μεγαλύτερη ευαισθησία στην ακτινοβολία από άλλα<sup>28</sup>.

#### A. Άμεσες

Οι άμεσες επιπλοκές, εμφανίζονται σε δυο με τρεις εβδομάδες και είναι η **στείρωση** με εμφάνιση σημείων εμμηνόπαυσης, η **διάρροια** που είναι το κύριο σύμπτωμα της μετακτινικής κολίτιδας και η **συχνοουρία** που οφείλεται στην υπεραιμία της ουροδόχου κύστης<sup>8</sup>.

Επίσης, είναι η **ακτινοδερματίτιδα** που είναι ο τοπικός ερεθισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολείται. Αν παρατηρηθεί βλάβη του δέρματος (νέκρωση), η επούλωση του γίνεται πολύ αργά, εφόσον άμεσα συσχετίζεται με τα κύτταρα που πολλαπλασιάζονται πολύ γρήγορα.

Διακρίνονται τρεις μορφές ακτινοδερματίτιδας:

- 1) Η Ερυθρηματώδης: Εμφανίζεται την 1η έως 3η εβδομάδα και διαρκεί μερικές εβδομάδες. Το δέρμα εμφανίζει ερυθρότητα, ξηραίνεται, γίνεται στεγνό και μπορεί να παρουσιάσει ρωγμές. Είναι η πιο συχνή μορφή ακτινοδερματίτιδας.
- 2) Η φυσαλώδεις: Παρατηρείται μετά από έκθεση σε μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας και παρουσιάζεται την 1η και 2η εβδομάδα και
- 3) Η εσχαροποιητική: Εμφανίζεται αμέσως μετά την έκθεση στην ακτινοβολία, με επώδυνη ερυθρότητα, οίδημα δέρματος, φυσαλίδες, οι οποίες σπάζουν και παρουσιάζονται βαθιές εξελκώσεις.

Σπάνια, μπορεί να παρουσιαστεί κατά την ακτινοθεραπεία **ατροφία ή συρρίκνωση του δέρματος**.

Μια ακόμη επιπλοκή που ανήκει στις άμεσες, είναι η **ανασταλτική επίδραση στο μυελό των οστών**, με αποτέλεσμα την ελάττωση των μεφοκυττάρων, των πολυμορφοπύρηνων, των ερυθρών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων που οδηγούν σε ακοκκιοκυταρραμία, θρομβοπενία, αιμορραγική διάθεση, αναιμία και ευπάθεια σε μικροβιακές λοιμώξεις<sup>10</sup>.

Η **υπερπυρεξία**, είναι μια επιπλοκή που οφείλεται στο ότι οι σηπτικές περιοχές σε ένα μεγάλο όγκο με νέκρωση δεν μπορούν να αφαιρεθούν πλήρως πριν την θεραπεία μια κατάσταση που επιβαρύνεται ακόμα περισσότερο με την ενδοκοιλοτική τοποθέτηση ραδίου. Σε τέτοιες περιπτώσεις χορηγούνται αντιβιοτικά, αλλά αν ο πυρετός δεν υποχωρήσει η εμφανιστούν σημεία και συμπτώματα περιτονίτιδας, πρέπει να αφαιρεθεί το ράδιο.

Μερικές φορές, η τοπική φλεγμονή είναι τόσο πυώδης και δύσοσμη που δεν είναι ανεκτή ούτε από την ίδια την ασθενή. Η περιποίηση της είναι δύσκολη.

Η **επίδραση στον κόλπο**, παρουσιάζεται με μια λευκωπή μεμβράνη που καλύπτει το κοιλιακό επιθήλιο μετά την πρώτη θε-

ραπεία. Σε διάστημα, όμως, τριών περίπου εβδομάδων εξαφανίζεται.

Τέλος, υπάρχουν δυσκολίες και κατά την εισαγωγή του ραδίου, οι οποίες προέρχονται από την ποικιλία μεγεθών και σχημάτων των κολπικών θόλων και από την έκταση του όγκου. Μερικές φορές, ο τραχηλικός σωλήνας δεν είναι δυνατό να αποκαλυφθεί ή οι κολπικοί θόλοι είναι τόσο παραμορφωμένοι από τη διήθηση και την ίνωση, ώστε ο κολποστάτης να μην μπορεί να εφαρμοσθεί κατάλληλα. Η τεχνική είναι απαραίτητο να προσαρμοστεί στις ανάγκες της κάθε ασθενούς με τη χρησιμοποίηση διαφορετικών μεγεθών εφαρμογέων και με τη ρύθμιση της δόσης και την αύξηση της ποσότητας της εξωτερικής ακτινοβολίας<sup>17</sup>.

### Β. ΑΠΩΤΕΡΕΣ

Στις απώτερες, οι οποίες εμφανίζονται από ένα μήνα μέχρι και πέντε χρόνια, ανήκει η **υπέρχρωση** ή ο **αποχρωματισμός του δέρματος** της περιοχής που ακτινοβολήθηκε και επίσης, η **αλωπεκία** που οφείλεται στο ότι οι θύλακες του τριχωτού της κεφαλής είναι πιο ευαίσθητοι στην ακτινοβολία, από τους θύλακες των τριχών των άλλων περιοχών του σώματος. Τα μαλλιά εμφανίζονται ξανά, μετά τη διακοπή της ακτινοβολίας, αλλά μεγαλώνουν πολύ αργά και είναι λεπτά.

Άλλες απώτερες επιπλοκές, είναι η **νέφρωση**, τα **αυτόματα κατάγματα**, **καταρράκτης**, **λευχαιμία**, **βράχυνση του χρόνου ζωής**, **στένωση του κόλπου** που παρεμποδίζει τη συνουσία, **αιμορραγίες από το ορθό**, **απόφραξη του εντέρου** και **μετακτινική κυστίτιδα**<sup>8,20</sup>.

Όσον αφορά το **γεννητικό σύστημα**, η ωοθηκική λειτουργία καταστρέφεται και σε μερικές ασθενείς, μπορεί να απαιτηθεί προσωρινή χορήγηση οιστρογόνων. Η μήτρα, επίσης καθίσταται ινώδης και μερικές φορές εμφανίζεται πυόμητρα.

Στην ουροποιητική οδό, το **συρίγγιο** είναι αποτέλεσμα εκτεταμένης καταστροφής των αιμοφόρων αγγείων και ανεπαρκούς α-

νάπτυξης παραπλεύρου κυκλοφορίας. Σήμερα, η συχνότητα εμφάνισης είναι λιγότερη από 1%. Αν υπάρχει τάση για εμφάνιση συριγίου, αυτό παρατηρείται εντός 2 ετών από τη θεραπεία. **Η απόφραξη του ουρητήρα**, οφειλόμενη σε ίνωση, είναι μια σπάνια επιπλοκή που παρατηρείται μετά από ενδοκοιλοτική και εξωτερική ακτινοβολία, εκτός και εάν υπάρχει πνευλική φλεγμονή.

Στα **οστά της πυέλου**, ο κίνδυνος ισχαιμικής νεκρώσεως και αυτόματου κατάγματος είναι πολύ μικρός. Η πιο συχνή βλάβη που παρατηρείται μετά από θεραπεία 2-3 KV, είναι το **κάταγμα του αυχένα του μηριαίου οστού**<sup>17</sup>.

Η ακτινοβολία μπορεί, επίσης, να προκαλέσει φαινόμενα γενικής αντίδρασης, όπως: **γενική καταβολή δυνάμεων, ναυτία-εμετούς, ανορεξία-απώλεια βάρους, πυρετική δεκατική κίνηση**. Αν και τα ενοχλήματα αυτά θορυβούν την άρρωστη, είναι παροδικά και διαρκούν λίγες μέρες ή εβδομάδες<sup>20</sup>.

#### 10.1.4 ΜΙΚΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μερικοί χρησιμοποιούν προεγχειρητική ακτινοβολία για ελάττωση του όγκου και παρεμπόδιση της διασποράς των καρκινικών κυττάρων, με τοποθέτηση ραδίου. Επίσης, μετεγχειρητική ακτινοβολία γίνεται σε ορισμένα κέντρα ύστερα από ριζική χειρουργική θεραπεία, όταν στους λεμφαδένες βρεθούν μεταστάσεις. Πρέπει να σημειωθεί, ότι για τα στάδια I και II υπάρχει δυσκολία εκλογής μεταξύ ακτινοθεραπείας και χειρουργικής θεραπείας, γιατί η πενταετής επιβίωση είναι περίπου ίδια και στα δυο θεραπευτικά σχήματα, όπως προκύπτει από διεθνές στατιστικές. Επίσης, πρέπει να τονιστεί, ότι η χειρουργική θεραπεία παρουσιάζει ορισμένα πλεονεκτήματα ενάντια στην ακτινοθεραπεία. Συγκεκριμένα, δεν επηρεάζεται η λειτουργία του κόλπου και δεν διατηρείται η ορμονοεκκριτική δραστηριότητα των ωοθηκών στις νέες γυναίκες<sup>8</sup>.

### 10.1.5 ΑΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

#### 10.1.5α ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χημειοθεραπεία, χορηγείται, κυρίως, σε τίποτα προχωρημένες μορφές καρκίνου και ο σημαντικότερος κυτταροτοξικός παράγοντας φαίνεται ότι είναι η Cisplatin, η οποία χορηγούμενη ως μονοθεραπεία, παρουσιάζει καλύτερα ή τα ίδια αποτελέσματα, απ' ό,τι σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες.

Τα πλεονεκτήματα της επιπλέον, είναι ότι σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία, επιτείνει την αποτελεσματικότητα της τελευταίας, γιατί συγχρόνως ακτινοευαισθητοποιεί τους στοχευόμενους ιστούς. Από πρόσφατη ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, φαίνεται ότι η βασισμένη στην πλατίνα χημειοθεραπεία, ακολουθούμενη στη συνέχεια από χειρουργική θεραπεία, υπόσχεται αξιοσημείωτα αποτελέσματα σε προχωρημένους υποτροπιάζοντες καρκίνους του τραχήλου<sup>10</sup>.

Οι κυριότερες **επιπλοκές** των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων είναι οι ακόλουθες:

✦ **Καταστολή του μυελού των οστών.** Παρατηρείται:

1. Λευκοπενία
2. Θρομβοπενία
3. Αναιμία

✦ **Γαστρεντερικές διαταραχές.** Εκδηλώνονται με:

1. Ναυτία, εμετούς
2. Διάρροια, σύσπασση κοιλιακών μυών.
3. Στοματίτιδα - Έλκη (πληγές) του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας.

- + Νευροτοξικότητα.
- + Ωτοτοξικότητα (τοξική βλάβη των αυτιών)
- + Ηπατοτοξικότητα - Νευφροτοξικότητα.
- + Ανασοκατασταλκτική επίδραση.
- + Διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων.
- + Αλωπεκία.
- + Αλλαγές στο δέρμα<sup>20</sup>.

#### 10.1.5β ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗ ΑΛΦΑ

Εκτός από τις θεραπευτικές μεθόδους που εφαρμόζονται στα διάφορα στάδια, όπως ήδη έχουμε αναφέρει, έχει μελετηθεί και η δράση της **ιντερφερόνης** στην αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Η ιντερφερόνη άλφα-2b, είναι μια υδροδιαλυτική πρωτεΐνη μοριακού βάρους 17900 dalton που παράγεται με την τεχνολογία του ανασυνδυασμένου DNA, χρησιμοποιώντας γενετικά επεξεργασμένο στέλεχος *E. coli*.

Η πρωτεΐνη αυτή, ασκεί τη δράση της μέσω ειδικής σύνδεσης με υποδοχείς της κυτταρικής μεμβράνης.

Στις άμεσες δράσεις της ιντερφερόνης άλφα, περιλαμβάνονται η κυτταροστατική της δράση, ή αναστολή της έκφρασης των ογκογονιδίων, η επίδραση πάνω στο φαινότυπο και στο μεταβολισμό των κυττάρων και η κυτταρική διαφοροποίηση.

Η αντιμιϊκή δράση της ουσίας αυτής, αποδείχθηκε σε ανθρώπινες κυτταροκαλιέργιες. Στις έμμεσες δράσεις περιλαμβάνεται η ρυθμιστική επίδραση της ιντερφερόνης πάνω σε υποπλυθισμούς "δραστικών κυττάρων", όπως τα κυτταροκτόνα κύτταρα (*natura cell activity*), τα λεμφοκύτταρα και τα μακροφάγα.

Με την έγχυση ιντερφερόνης άλφα πέριξ των επιθηλιακών αλλοιώσεων του εξωτραχήλου, εκτιμήθηκε η αντineοπλασματική επίδραση ασθενείς με ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου.

Οι Moller και οι συνεργάτες του (1983), χρησιμοποίησαν gel ιντερφερόνης άλφα για θεραπεία της CIN και αναφέρουν επιτυχή αποτελέσματα με ποσοστά που ανέρχονται στο 50-60%.

Οι Choo και οι συνεργάτες του (1986), δίνουν επιτυχή αποτελέσματα μέχρι 90% με έγχυση ιντερφερόνης άλφα, έξω από την επιθηλιακή αλλοίωση του εξωτραχήλου και τονίζουν ότι η ιντερφερόνη είναι δραστική και αποτελεσματική, αρκεί να φθάσει σε επαρκή δόση στη βλάβη στόχο. Κατά τους ίδιους συγγραφείς τα κύτταρα μέσα στην ίδια βλάβη μπορούν να ποικίλουν ουσιαστικά, όσον αφορά την ευαισθησία τους στην αντineοπλασματική επίδραση της ιντερφερόνης.

Αντίθετα, οι Frost και οι συνεργάτες του (1990) ανέφεραν ότι, μόνο 2 από τις 10 ασθενείς στις οποίες χορήγησαν ιντερφερόνη άλφα με ένεση μέσα στην επιθηλιακή αλλοίωση, είχαν υποχώρηση της CIN, ενώ δεν παρατήρησαν αξιοσημείωτη δράση σε διάφορους τύπους H.P.V.

Αυτόματη υποχώρηση της ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας δεν μπορεί να συμβεί μέσα στο χρονικό διάστημα της θεραπείας με ιντερφερόνη και άρα πρέπει να αποκλεισθεί αυτή η εκδοχή. Αλώστε, η αυτόματη υποχώρηση δεν μπορεί να εξηγήσει την υποτροπή που παρατηρείται σε μερικές ασθενείς μετά την αρχική ανταπόκριση στη θεραπεία.

Οπωσδήποτε η ακριβέστερη αποτελεσματικότητα της θεραπείας με ιντερφερόνη και άρα πρέπει να εξηγήσει την υποτροπή που παρατηρείται σε μερικές ασθενείς μετά την αρχική ανταπόκριση στη θεραπεία.

Οπωσδήποτε η ακριβέστερη αποτελεσματικότητα της θεραπείας με ιντερφερόνη σε ασθενείς με CIN, παραμένει να ερευνηθεί σε μεγαλύτερες σειρές ασθενών.

Τα αποτελέσματα αυτής της πρώιμης μελέτης, θα μπορούσαν να προσφέρουν στην περαιτέρω έρευνα, με δεδομένα τη μέθοδο χορήγησης, τη δόση και το γενικότερο σχεδιασμό.

Ο παραπάνω τρόπος θεραπείας δεν μπορεί να αντικαταστήσει συμβατικές μεθόδους θεραπείας και πρέπει να εφαρμόζεται σε αυστηρά επιλεγμένες ασθενείς με ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία του τραχήλου.

#### 10.5.γ ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΣ

Η διατήρηση των ωοθηκών στις περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, έχει ιδιαίτερη σημασία, γιατί ο καρκίνος αυτός παρατηρείται σε μικρές σχετικά ηλικίες, όπου η έκκριση των στεροειδών από τις ωοθήκες είναι ακόμα ικανοποιητική. Αν υποθεθεί, όμως, ότι η ωοθηκεκτομή είναι επιβεβλημένη ή έγινε λόγω της πεποιθήσεως του γιατρού, η ΟΘΥ θεωρείται απαραίτητη. Παρόλ' αυτά οι προβληματισμοί παραμένουν και αρκετά είναι τα αναπάντητα ερωτήματα.

Αξιοσημείωτη είναι η έρευνα της Ploch, η οποία μελέτησε την πενταετή επιβίωση 120 ασθενών με καρκίνο τραχήλου της μήτρας σταδίου I και II, από τις οποίες οι 80 έλαβαν ΟΘΥ κι στις 40 δεν χορηγήθηκε καμία υποκατάσταση. Η πενταετής επιβίωσης, ήταν αντίστοιχα 80% και 65% και οι υποτροπές 20% και 32%. Τα συμπεράσματα της μελέτης αυτής, είναι ότι η ΟΘΥ είχε ευνοϊκότερα αποτελέσματα στην πενταετή επιβίωση και τις υποτροπές, παρόλο που δεν διαπιστώθηκε, στατιστικά, σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων των ασθενών<sup>21</sup>.

#### 10.1.5δ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΛΓΟΥΣ ΣΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΣΤΑΔΙΟ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

##### **1. Ενδοραχιαία χορήγηση φαινόλης.**

Η τεχνική αυτή απαιτεί πείρα νευρολόγου. Η αρχή της συνίσταται στη χορήγηση 1-2 ml φαινόλης μέσα σε γλυκερίνη στον εγκεφαλονωτιαίο χώρο, με την ασθενή τοποθετημένη σε πλάγια θέ-



ση. Στην θέση αυτή η φαινόλη φθάνει στις οπίσθιες ρίζες, απ' όπου διέρχονται οι ίνες άλγους, οι οποίες εισέρχονται στο νωτιαίο μυελό. Με την μέθοδο αυτή, η ασθενής ανακουφίζεται από το άλγος για 3-6 μήνες, όχι όμως και από το άλγος του περινέου. Πρέπει να τονισθεί, ότι η φαινόλη δεν πρέπει να διηθεί τα ιερά νεύρα, τα οποία νευρώνουν τους σφιγκτήρες.

## **2. Προσθιοπλάγια χορδοτομή.**

Αυτή αποτελεί θεραπεία εκλογής, εάν το άλγος είναι ετερόπλευρο. Οι ίνες, εισερχόμενες στο νωτιαίο μυελό από τις αισθητικές ρίζες, διέρχονται στο αντίθετο μέρος σε τρία ή τέσσερα επίπεδα υψηλότερα από το σημείο εισόδου και διαχωρίζονται σε δεσμίδες καταλαμβάνοντας πέντε επίπεδα στην θωρακική περιοχή. Διατομή των προσθιοπλαγίων ινών στο επίπεδο Θ2, θα διακάψει μόνιμως τις ίνες άλγους και θερμότητας πάνω από το επίπεδο διατομής.

Συνήθως εμφανίζεται μερική μυϊκή ατονία και η ασθενής παρουσιάζει ελαφρά χωλότητα. Υπάρχει, επίσης δυσκοιλιότητα και παροδική δυσκολία ενάρξεως της ουρήσεως. Η επέμβαση αυτή, δεν επηρεάζει τη λειτουργία της κολοστομίας, αλλά δεν είναι κατάλληλη για ασθενείς, στις οποίες έχει γίνει μετάθεση των ουρητήρων

## **3. Αμφοτερόπλευρη χορδοτομή**

Αυτή είναι απαραίτητη σε αμφοτερόπλευρο άλγος, αλλά προκαλεί μεγαλύτερη αναπηρία. Η μόνιμη δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστης και του εντέρου αποτελεί κανόνα, η δε ατονία του κάτω άκρου είναι αξιοπρόσεκτη.

## **4. Οπόσθια ριζοτομή (Διατομή οπίσθιας ρίζας)**

Διατέμνονται τρεις ή τέσσερις ρίζες, λόγω επικάλυψης και επιτυγχάνεται πλήρης ανακούφιση από το άλγος, σε βάρος, όμως της λειτουργικότητας (όταν απολεσθεί η αισθητικότητα, τα κάτω άκρα είναι άχρηστα). Η παραισθησία είναι ενοχλητική και υπάρχει

τάση προς εξέγκωση, κυρίως αν η ασθενής είναι κλινήρης<sup>17</sup>.

## 10.2 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση δεν εξαρτάται τόσο από το βαθμό διαφοροποίησης από τη μορφή του νεοπλάσματος και από την υλικά της άρρωστης, όσο από το στάδιο, στο οποίο βρισκόταν ο καρκίνος, όταν άρχισε η θεραπεία του και από τις επιπλοκές που ακολούθησαν τη θεραπεία.

Η επιβίωση μετά από 5ετία, είναι:

Στο στάδιο 0, 100%

Στο στάδιο Ια, 93%

Στο στάδιο Ιβ, 75-80%

Στο στάδιο ΙΙ, 50-60%

Στο στάδιο ΙΙΙ, 28-30%

Στο στάδιο ΙV, μόλις 0,5%<sup>6</sup>

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1 1

### 11.1 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΕΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΕΜΕΤΩΠΙΣΗ - 11.2 ΥΠΟΤΡΟΠΗ

#### 11.1 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΕΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Μετά από κωνοειδή εκτομή του τραχήλου ή ακρωτηριασμό του, συστήνεται παρακολούθηση με κλινική εξέταση και λήψη επιχρίσματος του τραχήλου τον πρώτο χρόνο 4 φορές, τον δεύτερο 2 και στη συνέχεια μια φορά τον χρόνο, ισόβια.

Μετά από υστερεκτομία, η παρακολούθηση συνιστάται στον κλινικό και κυτταρολογικό έλεγχο, τον πρώτο χρόνο κάθε 3 μήνες, το δεύτερο και τρίτο κάθε 6 μήνες και για 15 χρόνια μια φορά το χρόνο. Ακτινογραφία θώρακα, συστήνεται μια φορά το χρόνο και αξονική τομογραφία μια φορά το χρόνο για δύο χρόνια<sup>12</sup>.

Εκτός από τον παρακάτω έλεγχο, στα πρώτα 3 χρόνια χρειάζονται κάθε τρίμηνο αιματολογικές, βιοχημικές εξετάσεις, αναλύσεις ούρων, καθώς και παρακολούθηση του βάρους. Στη συνέχεια, οι παραπάνω εξετάσεις μπορεί να γίνονται ανά εξάμηνο. Σε περιπτώσεις ιδιαίτερων ενοχλημάτων, γίνεται αρθροσκόπηση, κυστεοσκόπηση και έλεγχος του ουροποιητικού<sup>8</sup>.

Επιπλέον ο γιατρός σε κάθε περίπτωση πρέπει να ελέγχει τα επίπεδα του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου ή και του αντιγόνου του επιθηλιακού καρκινώματος του ορού, αν ήταν αυξημένα πριν αρχίσει η θεραπεία<sup>11</sup>.

#### **11.2 ΥΠΟΤΡΟΠΗ.**

Στον καρκίνο που ακτινοβολήθηκε είναι δυνατό να έχουμε μέσα στον πρώτο χρόνο υποτροπή σε συχνότητα 50% και μέσα στα

δύο χρόνια σε συχνότητα 75%. Υποτροπή μετά τα 5 χρόνια θεωρείται αργοπορημένη, σημαίνει ατελή θεραπεία <sup>6,8</sup>

Η θέση της υποτροπής, μπορεί να βρίσκεται στον κόλπο, στον τράχηλο, στη μήτρα που παρέμεινε, στην ουροδόχο κύστη, στο ορθό, στα πυελικά τοιχώματα, σε περιφερειακούς λεμφαδένες, στους πνεύμονες, στο έξω στόμιο της ουρήθρας κ.λ.π.<sup>6</sup>.

Η διάγνωση, γίνεται από τα κλινικά συμπτώματα που είναι η θετική κυτταρολογική εξέταση, ψηλαφητός όγκος στην πύελο ή την κοιλία, εξέλκωση στον τράχηλο ή τον κόλπο, πόνος στην πύελο, την οσφύ και το υπογάστριο, μονόπλευρο χαμηλό οίδημα των άκρων, αιμορραγία από τον κόλπο ή δύσσομη απέκκριση, υπερκλείδια λεμφαδενοπάθεια και ασκίτης. Επίσης, γίνεται με την εκτέλεση κυστεοσκόπησης, πυελογραφίας με ακτινολογικό έλεγχο σπονδυλικής στήλης και θώρακα, σπινθηρογράφημα ήπατος, διάβαση εντέρου και τέλος, ερευνητική λαπαροτομία <sup>6,8</sup>.

Θεραπευτικά, την υποτροπή του καρκίνου του τραχήλου την αντιμετωπίζουμε με εγχείρηση, όπου αυτή είναι εφικτή και αποβλέπει στη διατομή των νεύρων και με ακτινοθεραπεία, όπως και στον καρκίνο του κάτω τριτημορίου του κόλπου ή του στομίου της ουρήθρας ή των λεμφαδενικών μεταστάσεων. Επίσης, εφαρμόζουμε χημειοθεραπεία για την ανακούφιση της άρρωστης<sup>6</sup>.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1 2

### 12. ΠΡΟΛΗΨΗ – ΠΡΩΙΜΗ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Μέσα για την εφαρμογή των μεθόδων πρώιμης ανίχνευσης του τραχηλικού καρκίνου της μήτρας είναι:

- 1) η κατάλληλη εκπαίδευση των γιατρών, των νοσηλευτών και των μαιών.
- 2) Η συνεχής διαφώτιση του κοινού, σχετικά με τους προδιαθεσικούς παράγοντες, τα πρώιμα συμπτώματα της νόσου, τις διαγνωστικές δυνατότητες και τα θεραπευτικά αποτελέσματα των διάφορων μεθόδων.
- 3) Η ύπαρξη και η προσιτότητα ειδικών διαγνωστικών και θεραπευτικών κέντρων και σε μεγάλες επαρχιακές πόλεις.
- 4) Ο σχετικός προσανατολισμός και των συναφών κρατικών υπηρεσιών, ώστε η υπόθεση τελικά να γίνει υπόθεση ευθύνης του κράτους και όχι ιδιωτών – γιατρών και αρρώστων<sup>13,15</sup>.

Για την πρώιμη ανίχνευση του καρκίνου του τραχήλου, σημαντική και μοναδική βοήθεια, δίνει η κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου, την οποία θα πρέπει να προτρέπεται κάθε γυναίκα να την εκτελεί. Εκτός από τον τραχηλικό καρκίνο, μεγάλη διαγνωστική αξία έχει και στους καρκίνους του ενδομητρίου και των ωοθηκών<sup>9,15</sup>.

Πρέπει να τονιστεί, ότι αν δεν επιτευχθεί μαζική υποβολή του γυναικείου πληθυσμού σε περιοδικές κυτταρολογικές εξετάσεις, δεν μπορούμε να περιμένουμε ουσιώδη βελτίωση της στατιστικής θνησιμότητας από καρκίνο του τραχήλου<sup>15</sup>.

**«Τη σωτηρία την κομίζει η γνώση»**

**Μαχάτμα Γκάντι.**

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 13

### 13.1 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ – 13.2 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ ΚΟΛΟΒΩΜΑΤΟΣ

#### **13.1 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ**

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας στην εγκυμοσύνη, εμφανίζεται σε συχνότητα 1:6.000. Στις μέρες μας με τη βοήθεια του κυτταρολογικού ελέγχου του τραχήλου που πρέπει να γίνεται στην αρχή της εγκυμοσύνης, η συχνότητα αυτή μειώθηκε.

Μέση ηλικία εμφάνισης της συνύπαρξης του είναι τα 32 – 34 χρόνια της γυναίκας και συχνότερα εμφανίζεται σε γυναίκες που γέννησαν περισσότερο από 4 παιδιά.

Ο ιστολογικός τύπος του καρκίνου του τραχήλου που συνοδεύει την εγκυμοσύνη, σε συχνότητα 96% είναι επιθηλιακός, σε συχνότητα 3,5% αδενοκαρκίνωμα και σε συχνότητα 0,5% αφορά άλλους τρόπους.

Τα συμπτώματα της πάθησης είναι η αυτόματη αιμορραγία από το γεννητικό σύστημα που στη περίπτωση της εγκύου εκλαμβάνεται ως απειλούμενη έκτρωση. Για το λόγο αυτό, ο έλεγχος του τραχήλου με μητροσκόπιο σε όλες τις εγκύους κρίνεται απαραίτητος.

Εκτός από τον κυτταρολογικό έλεγχο, για τη διάγνωσή του, εκτελούμε ιστοληψία του τραχήλου, ύστερα από δοκιμασία Schiiller ή εκτελούμε κωνοειδή εκτομή του, αν και δεν προτιμάται, επειδή η αιμορραγία από τον τράχηλο είναι αυξημένη και επειδή υπάρχει κίνδυνος αυτόματης έκτρωσης και ρήξης του εμβρυϊκού σάκου. Αν όμως κρίνεται απαραίτητη εκτελείται στο δεύτερο τρίμηνο, κυρίως με τον ιστολογικό έλεγχο του τραχήλου θα διαγνώσουμε την πάθηση και όχι τόσο με κυτταρολογικό γιατί οι ορμονικές επιδράσεις της

εγκυμοσύνης, αλλάζουν τα κύτταρα του επιχρίσματος τόσο, που και ο πλέον έμπειρος κυτταρολόγος να δυσκολευθεί στη διάγνωση.

Όσον αφορά την επίδραση του καρκίνου στην εγκυμοσύνη παρατηρήθηκαν συχνότερες αυτόματες εκτρώσεις μετά από προηγούμενο θάνατο του εμβρύου. Αν συμβεί αυτόματη έκτρωση και ακολουθήσει απόξεση της άρρωστης επιδεινώνεται, γιατί ευνοείται η επέκταση της πάθησης. Στην απόξεση είναι δυνατόν να συμβεί αιμορραγία από ρήξη του τραχήλου με επέκταση στον ισθμό και στο σώμα της μήτρας. Ποτέ δεν επιτρέπουμε το φυσιολογικό τοκετό σε έγκυο που πάσχει από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του τραχηλικού καρκίνου στην εγκυμοσύνη, εξαρτάται από το αν η έγκυος επιθυμεί ή όχι τη διακοπή της εγκυμοσύνης.

Σε περίπτωση που δεν επιθυμεί να τεκνοποιήσει και δε θέλει υστερεκτομία, προβαίνουμε σε κρυσπηξία, ηλεκτροκαυτηρίαση, κωνοειδή εκτομή ή καταστροφή του ιστού που πάσχει, με ακτίνες laser.

Σε περίπτωση που δεν επιθυμεί να τεκνοποιήσει, τότε:

1) σε καρκίνωμα *insitu*, αφήνουμε την εγκυμοσύνη να εξελιχθεί. Αν φτάσει στο τέλος της, εκτελούμε καισαρική τομή και κωνοειδή εκτομή ή υστερεκτομία.

2) Σε στάδιο I και II και όταν η έγκυος βρίσκεται στο πρώτο και δεύτερο τρίμηνο, εκτελούμε ριζική υστερεκτομία.

Όταν όμως βρίσκεται μετά την 24 εβδομάδα προτιμούμε την συνέχιση της εγκυμοσύνης, μέχρι να ωριμάσουν οι εμβρυϊκοί πνεύμονες. Τότε, εκτελούμε καισαρική τομή και υστερεκτομία.

3) Σε προχωρημένο στάδιο είναι προτιμότερη η ακτινοθεραπεία με ενδοκοιλιακή εφαρμογή ραδίου, ή εκτελούμε εξωτερική ακτινοβολία. Κατά την εκτέλεση εξωτερικής ακτινοβολίας, στη διάρκεια του πρώτου μισού της εγκυμοσύνης, ακολουθεί εφαρμογή ρα-

δίου. Στη διάρκεια του δεύτερου μισού της κύησης, εκτελούμε πρώτα καισαρική τομή και ύστερα εφαρμόζουμε ακτινοθεραπεία.

Γενικά αν η εγκυμοσύνη βρίσκεται στο τελευταίο τρίμηνο και το έμβρυο είναι ώριμο, εκτελούμε καισαρική τομή. Αν η εγκυμοσύνη βρίσκεται στο πρώτο τρίμηνο, γίνεται διακοπή και προβαίνουμε σε υστερεκτομία αν βρίσκεται στο δεύτερο τρίμηνο, μετά τις 24 εβδομάδες ή περιμένουμε να ωριμάσουν οι πνεύμονες του εμβρύου, χορηγώντας κορτικοστεροειδή για να εκτελέσουμε καισαρική τομή και ριζική υστερεκτομία ή συστήνουμε ακτινοβολία.

Όσο για το αποτέλεσμα της θεραπείας, αυτό είναι ίδιο, όπως και στη γυναίκα που δεν είναι έγκυος. Η πρόγνωση για την έγκυο, παρά τις προόδους που σημειώθηκαν στα τελευταία χρόνια, φθάνει την επιβίωσή της σε 50%. Για το έμβρυο, η πρόγνωση είναι βαρύτερη από τις συχνές αυτόματες εκτρώσεις και από την αυξημένη συχνότητα διακοπής της εγκυμοσύνης για λόγους θεραπευτικούς<sup>22</sup>.

### **13.2 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ ΚΟΛΟΒΩΜΑΤΟΣ.**

Με την καθιέρωση της εφαρμογής της εξαίρεσης της μήτρας σε γυναικολογικές παθήσεις, η πιθανότητα για ανάπτυξη καρκίνου στο κολόβωμα του τραχήλου, ελαττώνεται. Πρέπει να σημειωθεί όμως ότι η συχνότητα ανάπτυξης καρκίνου στο τραχηλικό κολόβωμα, είναι υψηλή και κυμαίνεται από 4-8%.

Τα στάδια του καρκίνου του κολοβώματος είναι ίδια εκείνα του καρκίνου του τραχήλου που δεν έχει εξαιρεθεί το σώμα της μήτρας. Είναι ανάγκη να τονιστεί ότι η ραδιοθεραπεία στην περίπτωση αυτή είναι αρκετά δύσκολη και συχνά περιορίζεται η θεραπεία σε εξωτερική μόνο ακτινοβολήση ή όταν αυτό είναι δυνατό, σε ριζική εγχείρηση<sup>6</sup>.

Σε υφολική υστερεκτομία η οποία κυρίως εκτελείτε παλαιότερα αν μετά από λίγα χρόνια εμφανιστεί καρκίνος στο τραχηλικό κολόβωμα, η χειρουργική αντιμετώπιση είναι δύσκολη, λόγω ίνωσης της περιοχής και συμφύσεων του κολοβώματος με την κύστη και το



ορθό. Η πρόγνωση του είναι ίδια, όπως και στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας<sup>6</sup>.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1 4

### 14. ΕΙΔΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Η ανάγκη δημιουργίας Ειδικών Νοσοκομείων για τον καρκίνο, προέκυψε από την αναγνώριση της μεγάλης σημασίας της πρώιμης διάγνωσης και της εφαρμογής, όσο το δυνατόν σχολαστικά σωστής θεραπείας και τα δύο έχουν αποφασιστική σημασία για τη ζωή της άρρωστης. Έγινε φανερό ότι αυτές οι ανάγκες μπορούσαν να καλυφθούν μόνο από γιατρούς ειδικά εκπαιδευμένους στον καρκίνο και μάλιστα εκπαιδευμένους σε συλλογική εργασία σε ομάδες στην αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς. Πολύ γρήγορα ακόμη έγινε αντιληπτό ότι οι πιο σημαντικές πρόοδοι στον καρκίνο προέρχονται από έρευνα από ειδικούς ογκολόγους ενώ, ακόμη, έγινε αντιληπτή η ανάγκη εφαρμογής προγραμμάτων διδασκαλίας στον καρκίνο. Όλα αυτά διάγνωση, θεραπεία, έρευνα και διδασκαλία, μπορούσαν να συγκεντρωθούν, να οργανωθούν και να συντονισθούν, μόνο μέσα σε Ειδικά Νοσοκομεία.

#### Σκοποί του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου.

Οι σκοποί του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου είναι:

1. Η παροχή εξειδικευμένων, υψηλής στάθμης, υπηρεσιών στους καρκινοπαθείς και η προώθηση της θεωρίας και της πράξης της προληπτικής του καρκίνου.
2. Η διδασκαλία στον καρκίνο φοιτητών, γιατρών, νοσηλευτών και ιατρικού προσωπικού και
3. Η προώθηση της βασικής και εφαρμοσμένης έρευνας.

Και οι τρεις σκοποί είναι το ίδιο σημαντικοί και κανένα Αντικαρκινικό Νοσοκομείο δεν θα μπορέσει να δημιουργήσει το σωστό τεχνικό, επιστημονικό και πνευματικό « περιβάλλον » και να ανταποκριθεί έτσι στον προορισμό του, αν δεν προωθήσει και τους τρεις στόχους.

Με την πραγματοποίηση του πρώτου σκοπού, επιτυγχάνουμε ψηλότερα ποσοστά ίασης ή μακρότερη παράσταση της ζωής και βελτίωση της ποιότητάς της, σε σύγκριση με τα μη ειδικά νοσοκομεία, ενώ με την προώθηση της προληπτικής του καρκίνου, καλύπτουμε ευρύτερους στόχους του αντικαρκινικού αγώνα, γιατί, βέβαια καμιά θεραπεία δεν είναι τόσο σκληρή όσο η πρόληψη.

Με την πραγματοποίηση του δεύτερου σκοπού, δημιουργούμε καινούργια στελέχη ( γιατρούς, νοσηλευτές, παραϊατρικό προσωπικό ) για να καλύψουν τις ανάγκες των Αντικαρκινικών Νοσοκομείων και Μονάδων Καρκίνου σε Γενικά Νοσοκομεία, Εξωτερικά Ιατρεία, κ.α. Ακόμα με τη διδασκαλία καλλιεργούμε και προάγουμε επιστημονικό ενδιαφέρον σε θέματα καρκίνου που χωρίς αυτό δεν μπορεί να υπάρξει πρόοδος.

Ο τρίτος σκοπός, είναι η προώθηση της έρευνας. Τα αποτελέσματά της αντιμετώπισης του καρκίνου σήμερα δεν είναι ικανοποιητικά και δεν υπάρχει κανένας άλλος δρόμος, εκτός από την έρευνα για να αλλάξουμε αυτήν την εικόνα. Έτσι η έρευνα στον καρκίνο είναι περισσότερο αναγκαία από άλλους τομείς, όπως π.χ. τα λοιμώδη νοσήματα που η θεραπεία είναι σήμερα πολύ περισσότερο αποτελεσματική.

Για να πραγματοποιηθούν αυτοί οι σκοποί, χρειάζονται σύγχρονα κτίρια και σύγχρονος μηχανικός εξοπλισμός που πρέπει να ανανεώνουν συνεχώς, καθώς και οργάνωση και λειτουργία των ιατρικών και διοικητικών υπηρεσιών, σε εντελώς σύγχρονη βάση.

### Ογκολογικό Συμβούλιο.

Είναι αδύνατο σήμερα οποιοσδήποτε επιστήμονας να κατέχει μόνος του τις ποικίλες κλινικές, βιολογικές και τεχνικές γνώσεις που είναι απαραίτητες για την αντιμετώπιση των καρκινοπαθών. Αυτή η απαραίτητη γνώση πρέπει να παρέχεται από ομάδα ειδικών παθολόγων, χειρουργών, ακτινοθεραπευτών, παθολογοανατόμων και γιατρών υποειδικοτήτων.

Αυτοί οι ειδικοί συγκροτούν το Ογκολογικό Συμβούλιο που αποφασίζει συλλογικά για τη θεραπεία των καρκινοπαθών. Στο Ογκολογικό Συμβούλιο πάντα παραπέμπονται άρρωστοι με ιστολογική διάγνωση και μετά τον καθορισμό της έκτασης της νόσου.

Έτσι, η βασική δουλειά του Ογκολογικού Συμβουλίου είναι η λήψη θεραπευτικών αποφάσεων. Σπάνια συζητεί και διαγνωστικά προβλήματα.

Στην ιδεώδη εφαρμογή αυτού του θεσμού, θεραπευτική απόφαση για όλους, χωρίς εξαίρεση, τους άρρωστους του νοσοκομείου παίρνει μόνο το Ογκολογικό Συμβούλιο. Έτσι μόνο, εξασφαλίζεται ο άρρωστος ότι η απόφαση που θα ληφθεί θα είναι η καλύτερη δυνατή και έτσι μόνο εφαρμόζεται σε σωστή βάση η αρχή της συλλογικής δουλειάς που αντιπροσωπεύει στη μεθοδολογία, το σύγχρονο πνεύμα της ιατρικής και των άλλων επιστημών.

Η αρχή του Ογκολογικού Συμβουλίου, έχει εφαρμοσθεί σε πολλά νοσοκομεία του εξωτερικού και περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο στο Αντικαρκινικό Gustave Roussey στο Παρίσι. Εφαρμόσθηκε επίσης ευρύτατα στην αρχή λειτουργίας του Αντικαρκινικού Πειραιώς.

### **Το « περιβάλλον » του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου.**

Το « περιβάλλον » του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου είναι συχνά καταθλιπτικό. Τα βασικά στοιχεία που δημιουργηθούν αυτό το καταθλιπτικό περιβάλλον, είναι οι εικόνες των βαριά άρρωστων, οι δυσμορφίες, το συχνό αίσθημα της ήττας από τον προχωρημένο καρκίνο που δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά, ο πολύς πόνος και ο σχεδόν καθημερινός θάνατος. Τα τελευταία χρόνια, όμως, με τη σύγχρονη πρόοδο στη θεραπεία, η εικόνα φαίνεται να αλλάζει ακόμη και στο γενικευμένο καρκίνο. Έτσι, η απογοήτευση εναλλάσσεται συχνά με την ενθάρρυνση.

Οι ίδιοι οι γιατροί των Αντικαρκινικών Νοσοκομείων, δεν ξεφεύγουν φυσικά από την επίδραση αυτού του περιβάλλοντος με τις τόσο έντονες και τις ψυχολογικές μεταπτώσεις. Για αυτό το λόγο

επιβάλλεται να δημιουργείται στα Αντικαρκινικά Νοσοκομεία ένα τέτοιο κατάλληλο, ιδιαίτερο κλίμα να καλλιεργείται το επιστημονικά ενδιαφέρον και η έρευνα, έτσι που το προσωπικό να μη χάσει τη μαχητικότητα και τον ενθουσιασμό του για την αντιμετώπιση αυτής της αρρώστιας και την προώθηση της έρευνας που είναι επιτακτική ανάγκη στον καρκίνο.

Σε αυτό το περιβάλλον, η φροντίδα για τον άρρωστο είναι «ολική» και όχι τμηματική. Δεν φροντίζουμε μόνο για τη φυσιολογική ακεραιότητα του αιμοποιητικού, νευρικού συστήματος, κ.λ.π. Ο άρρωστος αντιμετωπίζεται «ολικά» στα σωματικά, ψυχολογικά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματά του. Η φροντίδα στοχεύει στη ζωή αλλά διατήρηση μιας ζωής που αξίζει κανείς να τη ζει.

### **Δυνατότητες αντιμετώπισης του καρκίνου σε άλλα νοσοκομεία.**

Ο καρκίνος, μια συχνή αρρώστια, στο δυτικό κόσμο τουλάχιστον, και η δεύτερη αιτία θανάτου μετά τις καρδιοαγγειακές παθήσεις, δεν μπορεί βέβαια να αντιμετωπισθεί μόνο από τα Αντικαρκινικά Νοσοκομεία που είναι ολιγάριθμα. Τα Αντικαρκινικά Νοσοκομεία, σχεδιάζουν και εφαρμόζουν στην πράξη καινούργιες μεθόδους αντιμετώπισης του καρκίνου ή βελτιώνουν τις παλιές μεθόδους. Αυτές οι μέθοδοι καινούργιες ή παλιές βελτιωμένες, εφαρμόζονται μετά και στα Γενικά Νοσοκομεία. Είναι αναμφισβήτητο ότι η εφαρμογή στην πράξη της γνώσης που υπάρχει σήμερα θα έχει σαν αποτέλεσμα τη βελτίωση της θεραπείας του καρκίνου γενικά: από 1 στους 3 που θεραπεύονται σήμερα θα θεραπεύονται 1 στους 2.

Στα Γενικά Νοσοκομεία βέβαια, ένας καλός χειρουργός μπορεί να αντιμετωπίσει σωστά πολλές περιπτώσεις καρκίνου και το ίδιο ισχύει για ακτινοθεραπείες, παθολογοανατόμους κ.λ.π. Αυτό, όμως που λείπει συνήθως, στα Γενικά Νοσοκομεία κατά την αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς από τους μη ειδικούς είναι ότι δεν δουλεύουν μαζί, σαν «ομάδα». έτσι ένας από τους λόγους που δεν είναι δυνατός αυτός ο τρόπος δουλειάς στα Γενικά Νοσοκομεία, είναι ότι μη ειδικοί γιατροί δεν έχουν αρκετές γνώσεις για τις δυνα-

τότητες της ακτινοθεραπείας, της χημειοθεραπείας, στη συγκεκριμένη περίπτωση που συζητείται και ακόμη να βλέπει τις άλλες ειδικότητες όχι σαν ανταγωνιστικές, αλλά σαν ένα αναγκαίο συνεργάτη για τη σωστή αντιμετώπιση του αρρώστου.

Αυτή η δυσκολία με τα Γενικά Νοσοκομεία έχει αντιμετωπισθεί σε μερικές χώρες με τη δημιουργία μέσα στα Γενικά Νοσοκομεία, Ογκολογικών Κλινικών που το προσωπικό τους έχει ειδική εκπαίδευση στον καρκίνο και ξέρει να δουλεύει σε ομάδες. Σε αυτές τις μονάδες μπορεί να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά πολλές περιπτώσεις καρκίνου και ακόμη να προωθηθούν οι έρευνες και η διδασκαλία. Έρευνες στον Καρκίνο μπορεί να αναληφθούν και από μη ειδικές μονάδες Γενικών Νοσοκομείων.

### **Κέντρα Ανιχνεύσεως Καρκίνου – Κινητές Μονάδες.**

Εκτός από τα Αντικαρκινικά Νοσοκομεία σε μερικές χώρες λειτουργούν ειδικά Κέντρα Ανιχνεύσεως Καρκίνου (Cancer Detection Clinics) που έχουν σαν σκοπό την προώθηση της διάγνωσης του Καρκίνου σε συμπτωματικό στάδιο. Υπάρχουν ακόμη «Κινητές Μονάδες» που έχουν κυρίως σαν σκοπό την προώθηση της συμπτωματικής διάγνωσης σε απομακρυσμένες περιοχές μιας χώρας<sup>14</sup>.

**ΕΙΔΙΚΟ  
ΜΕΡΟΣ**

## Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η

Κατά τη διάρκεια της ιστορίας, η νοσηλεύτρια, με πρώτη διδάξασα την Florence Nightingale, απέδειξε ότι στέκεται δίπλα στον ανθρώπινο πόνο. Με κύρια όπλα της τη γνώση, την ανθρωπιά και την αγάπη, κατάφερε πολλές φορές κάτω από αντίξοες συνθήκες να προασπίσει την ανθρώπινη υγεία και να συμβάλλει στην αντιμετώπιση και πρόληψη της ασθένειας.

Με την πάροδο του χρόνου, πολλές ασθένειες αυξήθηκαν σε συχνότητα και άλλες έκαναν την εμφάνισή τους, με αποτέλεσμα να θεωρούνται αναγκαία η απόκτηση περισσότερων επιστημονικών γνώσεων και η πιο άρτια επαγγελματική κατάρτιση για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση αυτών.

Μια από τις ασθένειες που παραδόξως εμφανίζεται αυξημένη σε συχνότητα, μέχρι και σήμερα – και λέμε παραδόξως, για τι δίνονται δυνατότητες για έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση – είναι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, ο οποίος χρήζει εξειδικευμένες γνώσεις για την αντιμετώπισή του.

Η νοσηλεύτρια καλείται να διαδραματίσει ένα πολύ σημαντικό και δύσκολο ρόλο, τόσο στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου, όσο και στην πρόληψή της. Σπουδαίο, όμως, είναι το έργο της και σε ασθενείς που δυστυχώς, βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ζωής τους, όπου χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα και ψυχολογική υποστήριξη.

Κατά την εκτέλεση του καθήκοντος, η νοσηλεύτρια κρίνεται αναγκαίο να θέτει άμεσους και μακροπρόθεσμους σκοπούς που θα την βοηθήσουν στην καλύτερη προσέγγιση της ασθενούς. Στους άμεσους, συμπεριλαμβάνονται: η μείωση της αγωνίας, η εξασφάλιση υποστήριξης κατά τη διαγνωστική περίοδο, καθώς και η προετοιμασία της ασθενούς και της οικογένειάς της για το πρόγραμμα θεραπείας, η οποία μπορεί να είναι χειρουργική, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία ή ορμονική. Από τους μακροπρόθεσμους σκοπούς,



επισημαίνεται: η διδασκαλία της ασθενούς για τη φαρμακευτική αγωγή, για το πρόγραμμα ανάπαυσης και δραστηριότητας και για τη σημασία του ιατρικού επανελέγχου, ακόμα και μετά τη θεραπεία, καθώς και η προαγωγή επαρκούς θρέψης.

Θέτοντας αυτούς τους σκοπούς και συνειδητοποιώντας τη σπουδαιότητα του έργου τους, η νοσηλεύτρια σε συνεργασία με το γιατρό, θα συμβάλλει αποφασιστικά στη θεραπεία και αποκατάσταση της ασθενούς, βοηθώντας την παράλληλα, να αποκτήσει ποιότητα ζωής.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1

### 1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στις διαγνωστικές εξετάσεις, είναι πολύ σημαντικός. Ενημερώνει τον ασθενή για το είδος της εξέτασης και ταυτόχρονα βοηθά το γιατρό κατά την εξέταση. Στις ακτινολογικές εξετάσεις, στην τομογραφία και στο υπερηχογράφημα, εκτός από την ενημέρωση και τη σωστή πληροφόρηση, δε χρειάζεται ειδική προετοιμασία.

Κατά την **πυελική εξέταση** ο ρόλος της νοσηλεύτριας ή του νοσηλευτή, είναι η προετοιμασία της άρρωστης που περιλαμβάνει:

**α)** παροχή ψυχολογικής υποστήριξης, η άρρωστη χρειάζεται ενθάρρυνση, κατανόηση και επιδέξιο χειρισμό τόσο των συγκινησιακών, όσο και των φυσικών της προβλημάτων.

**β)** παροχή συμβουλών στην άρρωστη για αποφυγή συνουσίας και κολπικών πλύσεων 24 ώρες πριν από την εξέταση, σε περίπτωση που θα ληφθεί κολπικό έκκριμα για κυτταρολογική εξέταση.

**γ)** παρότρυνση της άρρωστης για κένωση της κύστης και του εντέρου πριν από την εξέταση, γιατί έτσι εξασφαλίζεται χαλάρωση των περινεϊκών ιστών.

**δ)** αποφυγή των περιττών ενδυμάτων για να επιτραπεί ικανοποιητική έκθεση των γεννητικών οργάνων και η εξέταση της κοιλίας

**ε)** αποφυγή υπερβολικής έκθεσης της άρρωστης.

Οι θέσεις που τοποθετείται η ασθενής, είναι:

1). *Η θέση λιθοτομής.* Η άρρωστη τοποθετείται σε ύπτια θέση σε τα γόνατα και τα ισχία σε κάμψη και απαγωγή και τους γλουτούς στο χείλος της εξεταστικής τράπεζας. Τα πόδια ακουμπούν πάνω σε ειδικά στηρίγματα, έτσι ώστε τα γεννητικά όργανα να είναι προ-

σιτά επισκόπηση και ψηλάφηση. Η ασθενής, καλύπτεται με ένα σε-ντόνι τοποθετημένο διαγώνια. Όταν η εξέταση γίνεται στο κρεβάτι, η άρρωστη τοποθετείται εγκάρσια με τα ισχία μόλις να εξέχουν από το χείλος του κρεβατιού και με τα πέλματα να 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 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 όρθια γωνία προς το τραπέζι.

✦ Η άρρωστη γυρίζει το κεφάλι της προς τη μια πλευρά, το Δε πρόσωπό της και ο θώρακάς της ακουμπούν πάνω σε ένα μαλακό μαξιλάρι.

✦ Με τα χέρια της πιάνει τα πλάγια της εξεταστικής τράπεζας.

✦ Μετά την τοποθέτησή της σε άνετη θέση, η ασθενής καλύπτεται για μείωση του αισθήματος της ντροπής.

Η νοσηλεύτρια καθόλη τη διάρκεια της εξέτασης, εξασφαλίζει άνεση στην ασθενή με την παρουσία της και την ενθαρρύνει για να χαλαρώσει, να είναι ήρεμη και να αναπνέει βαθιά. Επίσης, εξασφαλίζει και κατάλληλο φωτισμό. Μετά την εξέταση, καθαρίζει την περινεϊκή χώρα από τις εκκρίσεις και το γλισχραντικό και τοποθετεί την άρρωστη σε άνετη θέση, παρέχοντάς της χρόνο να μείνει για λίγα λεπτά στο εξεταστικό τραπέζι, μέχρι να ανακτήσει την ισορροπία της. Ακόμα, θα πρέπει να επιλύσει όλες τις απορίες της άρρωστης και να διασαφηνίσει τις ιατρικές οδηγίες. Τέλος, βοηθάει την άρρωστη να ντυθεί, αν χρειαστεί βοήθεια.

Για την **κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου**, η ασθενής πριν οδηγηθεί στο γιατρό θα πρέπει να γνωρίζει ότι η εξέταση αυτή εκτελείται μια εβδομάδα μετά το τέλος της εμμηνορρυσίας και ότι δεν πρέπει να έχουν προηγηθεί κολπικές πλύσεις ή συνουσία σε διάστημα 24 ωρών πριν από την εξέταση, γιατί υπάρχει κίνδυνος να αλλοιωθούν τα κύτταρα των επιχρισμάτων.

Κατά τη διάρκεια της εξέτασης, η νοσηλεύτρια προσπαθεί να κάνει την ασθενή να νιώσει άνετα και να χαλαρώσει προκειμένου να μην πονέσει, αλλά και για να διευκολυνθεί ο γιατρός. Η νοσηλεύτρια, πριν ξεκινήσει η εξέταση, έχει εξοικειωθεί.

Όταν ληφθεί το δείγμα, τοποθετείται σε αντικειμενοφόρο πλάκα, όπου σημειώνεται η προέλευσή του. Επίσης, στο παραπεμπτικό αναγράφεται η ημερομηνία της τελευταίας έμμηνης ρύσης και αν η γυναίκα έπαιρνε οιστρογόνα ή αντισυλληπτικά χάπια. Πριν ξεραθεί το έκκριμα, οι αντικειμενοφόρες πλάκες τοποθετούνται μέσα σε γυάλινο δοχείο και αιθυλική αλκοόλη και στέλνονται στο κυτταρολογικό εργαστήριο.

Σε **βιοψία τραχήλου**, εξηγείται στην άρρωστη η φύση της διαδικασίας και ενημερώνεται ότι δεν θα της γίνει αναισθησία, γιατί ο τράχηλος δεν έχει υποδοχείς πόνου. Στη συνέχεια, τοποθετείται σε θέση λιθοτομής και καλύπτεται. Κατά τη διάρκεια της εξέτασης, η νοσηλεύτρια παραμένει κοντά στην ασθενή τόσο για ψυχολογική υποστήριξη όσο και για βοήθεια προς το γιατρό. Μετά την εξέταση είναι απαραίτητο, η άρρωστη να ξεκουραστεί για λίγο και πριν φύγει τις δίνονται οδηγίες σχετικά με το να αποφεύγει να σηκώνει βάρη για 24 ώρες, ότι ο πωματισμός, μπορεί να μείνει στη θέση του για 12-24 ώρες, ανάλογα με την εντολή του γιατρού και να ενημερωθεί από το γιατρό σχετικά με τις πλύσεις και τις σεξουαλικές επαφές, οι οποίες αποφεύγονται για αρκετές εβδομάδες μετά τη βιοψία. Ακόμη, πρέπει να γνωρίζει ότι ενδέχεται να παρατηρηθεί αιμορραγία, η οποία αν είναι περισσότερη από ότι σε μια φυσιολογική έμμηνη ρύση, πρέπει να αναφερθεί αμέσως στον γιατρό.

Στην **δοκιμασία Schiller**, η προετοιμασία της άρρωστης είναι παρόμοια με της πυελικής εξέτασης. μόνο που μετά την εξέταση συμβουλεύεται να φορά σερβιέτα για μερικές ώρες για να αποφευχθεί η χρώση των εσώρουχών της.

Στην **κολποσκόπηση** και την **τραχηλοσκόπηση**, η ετοιμασία της άρρωστης είναι όμοια με εκείνη της πυελικής εξέτασης. Επιπρόσθετες εξηγήσεις δίνονται σχετικά με το τι πρέπει να περιμένει από τις εξετάσεις αυτές. Μετά τις εξετάσεις, τοποθετείται ένα ταμπόν στον κόλπο για την απορρόφηση των εκκρίσεων, το οποίο αφαιρείται μετά από 5-6 ώρες.

Κατά τη **διαστολή** και **απόξεση**, η προεγχειρητική φροντίδα, περιλαμβάνει:

- I. Ενημέρωση της άρρωστης για τη φύση της επέμβασης που πρόκειται να της γίνει ( συνήθως γίνεται από τον γυναικολόγο ).
- II. Απάντηση σε ερωτήσεις που ενδέχεται να έχει η άρρωστη, σχετικά με την εξέταση.
- III. Έλεγχος εάν έχει γίνει ξύρισμα της περινεϊκής χώρας ( μερικοί γιατροί δεν το προτιμούν ).
- IV. Υποκλυσμός για κένωση του εντέρου και παρότρυνση της άρρωστης να ουρήσει πριν από την εξέταση.
- V. Εξασφάλιση γραπτής συγκατάθεσης.

Στη μετεγχειρητική φροντίδα, γίνεται:

- ❖ Έλεγχος αν οι περινεϊκές γάζες κρατούνται στη θέση τους με ταφοειδή επίδεσμο.
- ❖ Αντικατάσταση των περινεϊκών γαζών, κάθε φορά που χρειάζεται, με αποστειρωμένες γάζες.
- ❖ Αναφορά υπερβολικής αιμορραγίας.

- ❖ Σύσταση να παραμείνει η άρρωστη στο κρεβάτι το υπόλοιπο της ημέρας.
- ❖ Χορήγηση ήπιων αναλγητικών για χαμηλό πόνο στη ράχη και πνευλική δυσφορία.
- ❖ Χορήγηση τροφής, ανάλογα με την επιθυμία της άρρωστης<sup>19</sup>.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2

### **2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.**

Σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας στη χειρουργική θεραπεία, είναι η μείωση της ανησυχίας και του φόβου της εγχείρησης και η βοήθεια στην ασθενή να δημιουργήσει θετικό σωματικό είδωλο. Μακροπρόθεσμα, είναι η παροχή βοήθειας στην άρρωστη να ζήσει με τη διάγνωση του καρκίνου και να μειωθεί ο κίνδυνος της υποτροπής.

#### **2.1 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.**

##### ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.

##### **A). Εκτίμηση της κατάστασης της άρρωστης.**

Η εκτίμηση της ασθενούς, γίνεται:

1). Με τη λήψη του ιστορικού υγείας, όπου γίνονται ερωτήσεις για την ηλικία, τη συζυγική κατάσταση, την έμμηνο ρύση, το μαιευτικό και σεξουαλικό ιστορικό. Επίσης, ερωτήσεις που αφορούν ατομικές υγιεινές συνήθειες, τυχόν προηγούμενα τραχηλικά προβλήματα, συμπτώματα έρπης, χρήση κολπικών αντιβιοτικών, την ημερομηνία τελευταίας εξέτασης κολπικού επιχρίσματος κατά Παπανικολάου και το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου.

Η νοσηλεύτρια, γνωρίζοντας το ιστορικό της ασθενούς θα συγκεντρώσει σημαντικές πληροφορίες για την προσωπικότητά της και γενικότερα την κατάστασή της, έτσι ώστε να την αντιμετωπίσει με επιδέξιο κατάλληλο τρόπο. Επιπλέον, θα πρέπει να γνωρίζει και τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων,

2). Με τη φυσική εκτίμηση, στην οποία η πυελική εξέταση θα αποκαλύψει φυσιολογικά εξωτερικά γεννητικά όργανα και όχι αξιοσημείωτη αλλαγή στον κολπικό τραχηλικό βλεννογόνο.

**3).** Με τις διαγνωστικές εξετάσεις που εκτός από αυτές που αναφέρθηκαν, είναι και η δοκιμασία μήλης. Στον καρκίνο του τραχήλου, η μήλη εύκολα εισχωρεί μέσα στους ιστούς που είναι εύθρυπτοι<sup>19</sup>.

## **B). Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου.**

Τα συμπτώματα της νόσου που χρειάζονται νοσηλευτική φροντίδα, είναι:

**1).** Η κολπική υπερέκκριση πυώδης ή αιματηρή, στην οποία θα πρέπει να γίνονται συχνές πλύσεις στη γυναίκα και να αλλάζει συχνά εσώρουχα. Ακόμη, ελέγχεται η σύσταση της έκκρισης.

**2).** Αιμορραγία μετά από κολπική πλύση ή συνουσία. Γίνονται ερωτήσεις για το αν υπάρχει περιοδικότητα ως προς την εμφάνιση, καθώς και αν η ασθενής βρίσκεται σε στάδιο μετά την εμμηνόπαυση. Στη συνέχεια, ελέγχεται η ποσότητα της αιμορραγίας, παρακολουθώντας μήπως εμφανίσει υπερβολική απώλεια αίματος και επέλθει σε κατάσταση shock. Για το λόγο αυτό, λαμβάνονται συνεχώς τα ζωτικά σημεία και ελέγχεται ο αιματοκρίτης και η αιμοσφαιρίνη. Επίσης, λαμβάνεται δείγμα αίματος για καθορισμό της ομάδας και δίνεται ιατρική εντολή να υπάρχει έτοιμο αίμα για μετάγγιση, αν η αιμορραγία είναι αυξημένη.

Σε περίπτωση μετάγγισης, η νοσηλεύτρια ελέγχει το ονοματεπώνυμο της ασθενούς, καθώς και τα υπόλοιπα στοιχεία ( ομάδα, rhesus, ημερομηνία, μεταδοτικές νόσοι ) με ιδιαίτερη προσοχή και αρχίζει αργά τη μετάγγιση, προσέχοντας για άμεσες αντιδράσεις, όπως είναι, η αιμόλυση, ο πυρετός, η αλλεργία, εμβολή αέρα, σηψαιμικά φαινόμενα, shock. Αν εμφανιστεί κάτι από αυτά, γίνεται διακοπή της μετάγγισης και το αίμα στέλνεται για έλεγχο. Στη συνέχεια, αντιμετωπίζονται οι αντιδράσεις. Σε αιμόλυση που εμφανίζεται με πυρετό και ρίγος, πόνο στην οσφύ, προκάρδιο άλγος, αιματουρία, ενημερώνεται ο γιατρός, γίνεται θέρμανση της άρρωστης, χορηγούνται υγρά και παρακολουθείται η διούρηση. Σε αλλεργία που εκδηλώνεται με κνησμό, εξάνθημα, πυρετό και δύ-



σπνοια, ενημερώνεται ο γιατρός, χορηγούνται υγρά, αντιϊσταμινικά φάρμακα ή κορτιζόνη και η ασθενής τοποθετείται σε θέση που να διευκολύνεται η αναπνοή ή χορηγείται οξυγόνο. Σε εμβολή αέρα με σημεία πόνου στο θώρακα, πτώση αρτηριακής πίεσης και κυάνωσης, η ασθενής τοποθετείται προς τα κάτω και χορηγείται οξυγόνο, αν υπάρξει ανάγκη. Σε κατάσταση shock, όπου τα συμπτώματα είναι ερυθρότητα προσώπου, κεφαλαλγία, άρρυθμος σφυγμός, πτώση αρτηριακής πίεσης, ανακοπή, η ασθενής διατηρείται ζεστή, ελέγχονται τα ζωτικά σημεία, χορηγούνται υγρά και τηρούνται πιστά οι ιατρικές οδηγίες<sup>25</sup>.

Αν η αιμορραγία είναι σταγονοειδής, συστήνεται στην ασθενή να είναι κλινήρης, να μην κουράζεται, να χρησιμοποιεί σερβιέτες και εάν παρατηρήσει αύξησης αυτής, να ενημερώνεται αμέσως το γιατρό της.

**3).** Σε προχωρημένο στάδιο, όπου η ασθενής εμφανίζει ανορεξία, απώλεια βάρους, καχεξία, φροντίζεται ιδιαίτερα η διατροφή της, η οποία θα πρέπει να είναι ελκυστική και υψηλής θερμιδικής αξίας. Επίσης, είναι απαραίτητο να της χορηγούνται βιταμίνες.

Καθόλη τη διάρκεια των συμπτωμάτων, η νοσηλεύτρια οφείλει να είναι στο πλευρό της ασθενούς, να την υποστηρίζει ψυχολογικά και να την καθησυχάζει, ενημερώνοντας της ότι μετά τη χειρουργική θεραπεία, εφ' όσον βέβαια ο όγκος είναι χειρουργήσιμος, με τα συμπτώματα θα υποχωρήσουν ή θα μειωθούν.

**Γ). Επεξήγηση του όρου υστερεκτομή** στην άρρωστη και την οικογένεια της. Εξασφάλιση της συγκατάθεσης του συζύγου για την τεχνητή στείρωση και τη διακοπή της κύησης, αν η άρρωστη είναι έγκυος.

**Δ). Ενημέρωση της άρρωστης, σχετικά με τη μετεγχειρητική θεραπεία** (ακτινοβολία), πόνο, δραστηριότητα, διαίτα, συνουσία, έμμηνορύση.

**Ε). Παροχή συμβουλών** που αφορούν τη σεξουαλική δραστηριότητα, θηλυκότητα και γονιμότητα.

**Στ). Υποστήριξη της άρρωστης κατά την περίοδο της συγκινησιακής της προσαρμογής** στην απώλεια των γεννητικών οργάνων. Μερικές γυναίκες, μπορεί να αποδεχτούν την υστερεκτομία και να γνωρίζουν ότι η απώλεια της μήτρας δεν επηρεάζει την εκπλήρωση του ρόλου τους και την ανάγκη τους σαν γυναίκες. Άλλες, όμως, είναι αμφίβολες για την απώλεια και οι προεγχειρητικές και μεταγχειρητικές εμπειρίες, είναι καθοριστικές στην αντίληψη τους για την επίπτωση της υστερεκτομής. Υπάρχουν και γυναίκες, οι οποίες μπορεί να παρουσιάσουν κατάθλιψη και άλλες να χρειάζονται ψυχιατρική βοήθεια, εάν η προσαρμογή τους στις επερχόμενες μεταβολές είναι δύσκολη.

**Ζ). Κατανόηση των πολύπλοκων προβλημάτων της άρρωστης.** (φυσικών, συγκινησιακών και κοινωνικών)<sup>19</sup>

#### **Η). Προεγχειριστική ετοιμασία.**

Η προεγχειριστική ετοιμασία της ασθενούς, συνιστάται σε:

- ✦ Γενική προεγχειριστική ετοιμασία.
- ✦ Τοπική προεγχειριστική ετοιμασία
- ✦ Τελική προεγχειριστική ετοιμασία.

Η γενική προεγχειριστική ετοιμασία, περιλαμβάνει:

##### 1. Τόνωση του ηθικού

Απαραίτητη είναι η ενθάρρυνση της ασθενούς να εκφράσει τα συναισθήματα της, τους φόβους και τις ανησυχίες της. Συνήθως, η νοσηλεύτρια-της έχει χρόνο και ευκαιρίες να το επιτύχει αυτό, επειδή η παραμονή της άρρωστης στο νοσοκομείο μέχρι την ημέρα της εγχείρησης, είναι μεγάλη. Η συνεργασία με ειδικά άτομα της υγειονομικής ομάδας, όπως το φυσιοθεραπευτή, την κοινωνική λειτουργό, αλλά και τον ιερέα του νοσοκομείου, για την λύση των προβλημάτων της, συμβάλει σημαντικά στη μείωση του φόβου και του άγχους της.

## 2. Τόνωση σωματική

Αυτή επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη, παράλληλα με την ενίσχυση αυτή του οργανισμού, σε εξασθενημένα άτομα, καθώς και σε γυναίκες που θα υποστούν μεγάλη εγχείρηση, η τόνωση του οργανισμού γίνεται και με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών ή άλλων στοιχείων του οργανισμού, όπως αίματος ηλεκτρολυτών. Επίσης, επειδή η ασθενής χάνει υγρά με την απώλεια αίματος, τον ιδρώτα και τους εμετούς, είναι ανάγκη να δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά.

Για την καλή θρέψη της ασθενούς, η συμβολή της νοσηλεύτριας είναι αποφασιστική. Ενώ, ο γιατρός περιορίζεται στον καθορισμό του διαιτολογίου, η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τη διατροφή της ασθενούς και μελετά τα προβλήματα που προκύπτουν.

Βοηθάει στη σωματική τόνωση της άρρωστης, εάν:

- i. Έχει αντίληψη της σπουδαιότητας της επίδρασης της καλής διατροφής, στον οργανισμό και ιδιαίτερα, όταν πρόκειται να χειρουργηθεί.
- ii. Έχει γνώσεις φυσιολογίας και διαιτητικής

## 3. Ιατρικές εξετάσεις

Στη γενική προεγχειριστική ετοιμασία, περιλαμβάνεται η εξέταση της ασθενούς που θα χειρουργηθεί, από:

- i. Χειρουργό, για εκτίμηση της κατασκευής της ασθενούς, επιβεβαίωση ακριβούς διαγνώσεως και λήψη ιστορικού,
- ii. Παθολόγο, για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων, εάν παρουσιαστεί ανωμαλία σε κάποιο από τα συστήματα, καλείται ο ειδικός για το σύστημα αυτό, ο γιατρός, προς ακριβέστερη μελέτη και αντιμετώπιση της καταστάσεως.

iii. Αναισθησιολόγο, για την εξέταση του αναπνευστικού και Κυκλοφοριακού συστήματος. Η εξέταση αυτή αποσκοπεί να καθορίσει το είδος του αναισθητικού ή των αναισθητικών και επιπλέον κατά πόσο η ασθενής μπορεί ακίνδυνα να πάρει νάρκωση.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις, πριν από κάθε εγχείρηση, είναι:

i. Εξέταση αίματος: γενική αίματος (λευκά, ερυθρά, Hb), τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, αέρια και pH αίματος, χρόνος ροής και πήξεως αίματος, ομάδα και Rhesus, σάκχαρο και ουρία.

ii. Γενική ούρων

iii. Ακτινογραφία θώρακος και

iv. Ενδοφλέβια πυελογραφία (οι ουρητήρες, μπορεί να έχουν προσβληθεί).

#### 4. Καθαριότητα της ασθενούς

Αυτή συνιστάται σε:

i. Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα με τη χρήση καθαρτικών φαρμάκων ή καθαρτικό υποκλεισμό.

ii. Καθαριότητα του σώματος της ασθενούς (λουτρό, περιποίηση νυχιών, καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας).

#### 5. Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου.

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

6. Προετοιμασία και εκπαίδευση ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων και αναπνευστικών μυών. Επίσης, έχει ενημερωθεί η ασθενής για διακοπή των αντισυλληπτικών δισκίων.

7. Προσανατολισμός ασθενούς στο νέο δωμάτιο, στο οποίο θα μεταφερθεί μετά την εγχείρηση, όταν μάλιστα πρόκειται να νοσηλευτεί σε μονάδα εντατικής παρακολούθησης.

♣ Τοπική Προεγχειρητική Ετοιμασία

Είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος, στην προκειμένη περίπτωση κοιλία ή αιδοίο, στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Αυτή συνιστάται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις.

♣ Η τελική προεγχειρητική ετοιμασία, περιλαμβάνει:

i. Παρατήρηση και εκτίμησης της γενικής κατάστασης της ασθενούς.

ii. Κατάλληλη ένδυση ασθενούς, η οποία αποτελείται από ποδονάρια, υποκάμισο και σκούρο ή τρίγωνο από λεπτό βαμβακερό ύφασμα για την κάλυψη του τριχωτού της κεφαλής. Αφού η ασθενής φορέσει τα κατάλληλα ρούχα, στη συνέχεια η νοσηλεύτρια αφαιρεί όλα τα κοσμήματα και τα ξένα αντικείμενα που φέρει επάνω της και τα τοποθετεί σε φάκελο με το ονοματεπώνυμο και το θάλαμο της, ο οποίος παραδίδεται και φυλάσσεται από την προϊστάμενη.

Την ώρα αυτή, ελέγχεται για τελευταία φορά η καθαριότητα του σώματος και υπενθυμίζονται οι μετεγχειρητικές ασκήσεις, στις οποίες σημαντικό ρόλο θα παίξει ο φυσιοθεραπευτής.

iii. Προνάρκωση: αυτή γίνεται συνήθως μισή ώρα πριν από την εγχείρηση. Το είδος της προνάρκωσης, καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο γιατρό και αποβλέπει στη μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκλησης υπνηλίας. Λόγω της δράσεως των φαρμάκων, συνιστάται στην ασθενή να μη σηκωθεί από το κρεβάτι.

Μετά την προνάρκωση, μεταφέρεται στο φορείο και παραμένει στο θάλαμο. Η μεταφορά στο χειρουργείο, γίνεται από τον τραυματιοφορέα και την νοσηλεύτρια και εάν είναι δυνατό παρακολουθεί και την εγχείρηση για την προσφορά καλύτερης νοσηλευτικής φροντίδας.

Όλες οι βασικές ενέργειες της νοσηλεύτριας που αφορούν την προεγχειρητική ετοιμασία της ασθενούς, πρέπει να αναγράφονται στο νοσηλευτικό δελτίο ή τη λογοδοσία της νοσηλευτικής μονάδας.

### Προετοιμασία κλίνης και θαλάμου για την ασθενή.

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

Το κρεβάτι που θα δεχτεί τη χειρουργημένη με γενική νάρκωση, ασθενή πρέπει:

1. Να είμαι ζεστό για την προφύλαξη από ψύξη ή πνευμονία.
2. Να είναι χωρίς μαξιλάρι για την ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού.
3. Να τοποθετείται προστατευτικό μαξιλάρι στο πάνω κιγκλίδωμα του κρεβατιού, για την αποφυγή τραυματισμού σε διεγέρσεις.
4. Να είναι ανοικτό από όλες τις πλευρές για την εύκολη μεταφορά της ασθενούς από το φορείο, σε αυτό.
5. Να προστατευθεί το επάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων από ενδεχόμενους εμετούς, με πετσέτα προσώπου και αδιάβροχο κεφαλής.

Στο πλάι του στρώματος στο επάνω μέρος, τοποθετείται χάρτινη σακούλα.

Στο κομοδίνο, τοποθετείται τετράγωνο αλλαγών ή πετσέτα, ποτήρι με νερό και port cotton, νεφροειδές και κάψα με χαρτοβάμ-

βακα και τολύπια βάμβακος και απομακρύνεται λίγο από το κρεβάτι για να προφυλάξουμε την ασθενή σε περίπτωση διεγέρσεων.

Η ετοιμασία του θαλάμου ολοκληρώνεται με σκούπισμα, σφουγγάρισμα και υγρό ξεσκόνισμα των επίπλων. Επίσης, ένα παράθυρο μένει πάντα ανοικτό για το συνεχή αερισμό του και κατεβάζουμε τα ρολά για να μην έχει έντονο φωτισμό<sup>24</sup>.

## 2.2 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

### ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.

**α) Εκτίμηση:** ζωτικά σημεία, πόνος, προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, κολπική εκροή, παροχέτευση τραύματος.

**β) Παραγωγή ανάπαυσης και χαλάρωσης.**

**γ) Προαγωγή της επούλωσης του τραύματος<sup>18</sup>.**

**δ) Πρόληψη λοίμωξης.** Συνήθως, παραγγέλλονται πλύση και τοποθέτηση αλοιφών ή υποθέτων για μείωση της μετεγχειρητικής λοίμωξης.

Σε μετεγχειρητικό πυρετό, πρέπει να γίνεται εκτίμησης, εκτός από το χειρουργικό τραύμα και άλλης πηγής προέλευσης του πυρετού, είναι ανάγκη, να ελέγχεται το αναπνευστικό για πιθανή ατελεκτασία, πνευμονία ή εμβολή, αλλά και τα κάτω άκρα για πιθανή θρομβοφλεβίτιδα. Το ουροποιητικό σύστημα, αποτελεί αιτία πυρετού αν υπάρχει απόφραξη οφειλόμενη σε τραυματισμό των ουροφόρων οδών ή πυελονεφρίτιδα. Η εξέταση της κοιλιάς και της πυέλου επιβάλλεται για έλεγχο κάποιας μάζας που συνηγορεί στην ανάπτυξη αιματώματος ή αποστήματος στο κολόβωμα.

Όταν, η πυρετική κίνηση συνεχίζεται, πρέπει να γίνεται εξέταση λευκών αιμοσφαιρίων, γενική ούρων για έλεγχο του ουροποιητικού συστήματος και ενδοφλέβια πυελογραφία, εάν το ιστορικό και η εξέταση της ασθενούς συνηγορούν για βλάβη του ουροποιητικού. Επίσης, καλλιέργεια ούρων και ακτινογραφία θώρακος.

Μερικές φορές, η υπερηχογραφική εκτίμηση και η αξονική ή η μαγνητική τομογραφία αποτελούν χρήσιμες εξετάσεις για τη διάγνωση συλλογής πύου στην πύελο, ειδικά, όταν η ασθενής δεν απαντά στη θεραπευτική αγωγή με αντιοβιτικά <sup>10,19</sup>.

Για ελαχιστοποίηση του κινδύνου κολπικής λοίμωξης, πρέπει να αποφεύγεται το ντους και το αφρώδες μπάνιο και να γίνεται πλύσιμο σαν «βροχής».

Ο γιατρός, θα πρέπει να ενημερωθεί αμέσως αν παρατηρηθεί οποιαδήποτε εκδήλωση που εκτός από τον πυρετό, είναι το δύσοσμο, πυώδες κολπικό έκκριμα και ο ερεθισμός.

**ε) Παρακολούθηση για κολπική απέκκριση,** αλλαγή γαζών με άσηπτη τεχνική. Παρακολουθείται το χρώμα και το ποσό του εκκρίματος, τουλάχιστον κάθε δυο ώρες για ένα 24ωρο και στη συνέχεια κάθε οκτώ ώρες, όπως και το αποβαλλόμενο έκκριμα από το σωλήνα του κόλπου. Επίσης, λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία, κάθε οκτώ ώρες.

Αν η ασθενής αποβάλλει πήγματα, το ταμπόν διαποτιστεί από ζωηρό ερυθρό χρώμα ή αν συγκεντρωθεί μεγάλη ποσότητα ζωηρών ερυθρών εκκριμάτων στη συσκευή αποχετεύσεως, εντός μιας ώρας, τότε θα πρέπει να ενημερωθεί ο γιατρός. Συνήθως, αναμένεται αποβολή μικρής ποσότητας εκκρίματος λιγότερη από 5 ml το 24ωρο.

Όταν τοποθετείται ταμπόν στον κόλπο, δεν αφαιρείται αν δε δοθεί εντολή από το γιατρό, συνήθως εντός 24 ωρών<sup>19,25</sup>.

**στ) Συνιστάται στην ασθενή να αποφεύγει** την παρατεταμένη ορθοστασία και την καθιστική θέση, γιατί η βαρύτητα και το αντανάκλαστικό του ισχίου, αυξάνουν τη φλεβική συμφόρηση της πύελου.



### ζ) Αντιμετώπισης μετεγχειρητικών δυσχερειών.

Άλγος: Η ασθενής που έχει υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, βρίσκεται σε σωματική διανοητική και συναισθηματική υπερένταση, η οποία επιδεινώνει τον φυσιολογικά αναμενόμενο πόνο.

Η νοσηλεύτρια για να ανακουφίσει την ασθενή από το άλγος, της δίνει την κατάλληλη θέση που της προκαλεί χαλάρωση μυών, κάνει ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος, προστατεύει την άρρωστη από τον βήχα και τους εμετούς όταν το άλγος δεν υποχωρεί, χορηγεί αναλγητικά φάρμακα μετά από ιατρική εντολή.

Δίψα: Η δίψα παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση ή ακόμα τοπική αναισθησία. Αυτή δικαιολογείται από την ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος που προκαλείται από την ένεση ατροπίνης, η οποία ελαττώνει τις εκκρίσεις, αλλά και από τη μείωση των υγρών του οργανισμού κατά και μετά την εγχείρησης.

Το αίσθημα την δίψας, αντιμετωπίζεται με συχνές στοματικές πλύσεις, με ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας με γάζα ή port-cotton ποτισμένο με κρύο νερό και με χορήγηση υγρών δια της πεπτικής ή παρεντερικής οδού.

Εμετός: Ο εμετός και η ναυτία είναι συνήθη φαινόμενα μετά από γενική νάρκωση και σπάνια διαρκούν πέρα των 24 ωρών. Η νοσηλεύτρια τοποθετεί το κεφάλι της ασθενούς πλάγια και της προμηθεύει νεφροειδές που απομακρύνει αμέσως μετά τον εμετό, γιατί η παραμονή του προκαλεί επιπρόσθετη ναυτία και εμετό. Στη συνέχεια, πλένει το στόμα με νερό και διατηρεί καθαρά τα κλινοσκεπάσματα. Σε συνεχιζόμενους εμετούς, τοποθετείται ρινογαστρικός σωλήνας Levin και χορηγούνται αντιεμετικά. Η ποσότητα, η συχνότητα και ο χαρακτήρας των εμεσμάτων αναγράφονται στη λογοδοσία ή το νοσηλευτικό δελτίο της ασθενούς<sup>24</sup>.

## η) Αντιμετώπιση μετεγχειρητικών επιπλοκών.

### 1. Από το κυκλοφοριακό.

Αιμορραγία: Αν η αιμορραγία είναι εμφανής και ανεβρεθεί η εστία της τοποθετούνται αιμοστατικά ράμματα στο κολόβωμα του κόλπου και η αιμορραγία τίθεται υπό έλεγχο ή τοποθετείται πιεστικό ταμπόν για 24-48 ώρες. Αν η αιμορραγία είναι ενδοπεριτοναϊκή και συνεχίζεται, δεν υπάρχει άλλη επιλογή από τον επανέλεγχο της κοιλιάς για ανεύρεση του αιμορραγούντος αγγείου.

Σε περίπτωση που υπάρχει διάχυτη η αιμορραγία, αντιμετωπίζεται με αιμοστατικά διαλύματα και η νοσηλεύτρια έχει ήδη ενημερώσει και στείλει δείγμα στην τράπεζα αίματος, για να ετοιμαστεί για μετάγγιση.

Σημεία από τα οποία η νοσηλεύτρια μπορεί να διαπιστώσει αιμορραγία, είναι ο ευπίεστος, γρήγορος και νηματοειδής σφυγμός, πρόσωπο και άκρα ψυχρά, ωχρότητα δέρματος, πτώση της θερμοκρασίας και της αρτηριακής πίεσης, εφίδρωση, αναπνοή βραδεία και ασθμαίνουσα, ανησυχία και εμφάνιση αίματος σε εξωτερική αιμορραγία.

Η νοσηλεύτρια, τοποθετεί την ασθενή σε ανάρροπη θέση, της συστήνει να είναι ακίνητη και συγχρόνως καλεί το γιατρό. Αν η αιμορραγία είναι εξωτερική, τοποθετεί πιεστικό επίδεσμο στο σημείο που αιμορραγεί. Αν είναι εσωτερική, δεν δίνει τίποτα από το στόμα, έχει έτοιμο δίσκο ενέσεων με αιμοστατικά φάρμακα, ενδοφλέβια έγχυση ορού και την απαλλάσσει από οποιαδήποτε περίσφυξη, διατηρώντας την θερμή και ήρεμη<sup>10,24</sup>.

Shock ή καταπληξία: Χειρουργική καταπληξία, είναι η κατάρπτωση του κυκλοφοριακού συστήματος, η οποία επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού. Τα συμπτώματα είναι, μικρός, συχνός, μόλις αισθητός σφυγμός, επιπόλαιη και ανώμαλη αναπνοή, βλέμμα απλανές και αδιάφορο, πτώση της θερμοκρασίας και της αρτηριακής πίεσης, δέρμα και βλεννογόνοι ωχροί, άκρα ψυχρά και

ψυχροί ιδρώτες. Η ασθενής, επίσης, αισθάνεται μεγάλη καταβολή δυνάμεων, εμφανίζει μείωση αισθητικότητας και κινητικότητας.

Τα μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση του shock είναι: Αφαίρεση μαξιλαριού από το κεφάλι της άρρωστης και ανύψωση του κάτω μέρους του κρεβατιού με κύβους για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου. Θέρμανση της ασθενούς με προσθήκη ελαφρών κουβερτών και θερμοφόρων και περιορισμός των κινήσεων στο ελάχιστο για μείωση των καύσεων του οργανισμού. Ακόμα, γίνεται καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοβλεβίως αίματος, όρου ή πλάσματος, μετά από ιατρική εντολή και αν η κατάσταση το επιτρέπει, θερμά υγρά από το στόμα, εφησυχάζοντας, παράλληλα την ασθενή.

Η προφύλαξη της ασθενούς από μετεγχειρητικό shock, συνίσταται στην προσπάθεια να αποβάλλει γρήγορα το ναρκωτικό, στην ανακούφιση από τον πόνο, στην αύξηση του όγκου του αίματος προεγχειρητικά, στη χορήγηση άφθονων υγρών μετεγχειρητικά και στην τόνωση του ηθικού. Όλα αυτά, αποτελούν βασικά καθήκοντα της νοσηλεύτριας-τή.

Θρομβοφλεβίτιδα: Η νοσηλεύτρια, μπορεί να αναγνωρίσει τη θρομβοφλεβίτιδα, από το πυρετό, το οίδημα και τον πόνο στην περιοχή του αποφραχθέντος αγγείου. Όταν εντοπίσει αυτά τα σημεία, θα πρέπει να θέσει το άκρο σε απόλυτη ακινησία για να μην μετακινηθεί ο θρόμβος και να το τοποθετήσει σε ανάρροπη θέση για τη διευκόλυνση της κυκλοφορίας. Επίσης, να τοποθετήσει στεφάνη που να σημειώνει το βάρος των κλινοσκεπασμάτων και θερμά υγρά επιθέματα για ανακούφιση της ασθενούς. Όσον αφορά τη θεραπευτική αγωγή, η οποία είναι αντιπηκτική, θα πρέπει να εφαρμόζει τις ιατρικές οδηγίες<sup>24</sup>.

Φλεβίτιδα: Σε περίπτωση φλεβίτιδας, θα πρέπει να αφαιρείται ο φλοεβοκαθετήρας και στη συνέχεια να τοποθετεί η νοσηλεύτρια ζεστά επιθέματα και αντισταφυλοκοκικά αντιβιοτικά, μετά από εντολή γιατρού. Είναι απαραίτητο, να ελέγχεται συχνά το σημείο

καθετηριασμού για σημεία ερυθρότητας και ψηλάφησης της φλεβικής χορδής.

## **II. Από το αναπνευστικό.**

**Πνευμονία, ατελεκτασία:** Στις επιπλοκές αυτές, η πρόληψη έχει μεγάλη σημασία. Είναι ανάγκη, να παρακολουθείται στενά η ασθενής μέχρι την τέλεια απονάρκωση, η οποία θα πρέπει να ενιαίο ταχεία και στη συνέχεια να τοποθετείται σε ζεστό κρεβάτι και σε ανάρροπη θέση. Παράλληλα, θα πρέπει να προστατεύεται από ρεύματα αέρα και να αλλάζει συχνά. Θέσεις για αποφυγή πνευμονικής στάσεως του αίματος. Η νοσηλεύτρια, οφείλει να περιποιείται τη στοματική και ρινοφαρυγγική κοιλότητα της ασθενούς και να της υπενθυμίζει να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει και να κάνει κινήσεις άκρων.

Σε εμφάνιση πνευμονίας, η νοσηλεύτρια θα πρέπει να ακολουθεί πιστά τις ιατρικές οδηγίες, όσον αφορά τη χορήγηση των κατάλληλων αντιβιοτικών.

**Πνευμονική εκβολή:** είναι πολύ σημαντικό, η νοσηλεύτρια να γνωρίζει τα συμπτώματα της επιπλοκής αυτής για έγκαιρη ειδοποίηση του γιατρού, αλλά και για την πρόληψη εμφάνισέως της. Προληπτικά μέτρα που μπορούν να ληφθούν, είναι η καθιστική θέση της ασθενούς στο κρεβάτι για λίγη, όμως ώρα, αναπνευστικές ασκήσεις, ελεύθερες και συχνές κινήσεις των κάτω άκρων μετά το πρώτο 24ωρο, έγερση της ασθενούς από το κρεβάτι, όταν η κατάσταση της το επιτρέπει και η αποφυγή στενής επιδέσεως του στήθους ή της κοιλίας για να μην περιορίζονται οι κινήσεις των θωρακικών μυών και του διαφράγματος.

Σε περίπτωση πνευμονικής εμβολής, γίνεται αντιμετώπιση των συμπτωμάτων σε θωρακικό πλευρικό άλγος χορηγούνται αναλγητικά, μετά από ιατρική εντολή και σε δύσπνοια, η νοσηλεύτρια τοποθετεί την ασθενή σε θέση που να διευκολύνει την αναπνοή της (ημικαθιστή) και της χορηγεί  $O_2$  και βρογχοδιασταλτικά φάρμακα, σύμφωνα πάντα με τις ιατρικές οδηγίες.

**Ασφυξία:** Αίτια της ασφυξίας, είναι η εισρόφηση των εμεσμάτων από την αναπνευστική οδό, η πτώση της κάτω γνάθου, κατά την οποία παρασύρεται η γλώσσα προς τα πίσω και αποφράσσει με την επιγλωττίδα τον λάρυγγα και τέλος, η επίδραση του ναρκωτικού στο κέντρο της αναπνοής. Τα συμπτώματα είναι δύσπνοια και κυάνωση.

Για την προφύλαξη της ασθενούς από την επιπλοκή αυτή, η νοσηλεύτρια παίρνει τα ακόλουθα μέτρα :

Τοποθετεί το κεφάλι της ασθενούς από την επιπλοκή αυτή, η νοσηλεύτρια παίρνει τα ακόλουθα μέτρα:

- ✦ Τοποθετεί το κεφάλι της άρρωστης σε πλάγια θέση, κατά το στάδιο της απονάρκωσης, για αποφυγή εισρόφησης εμεσμάτων.
- ✦ Καθαρίζει το στόμα με υγρό βαμβάκι και έτσι απαλλάσσει τη στοματική κοιλότητα από εκκρίσεις.
- ✦ Σε περίπτωση ασφυκτικών φαινομένων, πιέζει τις γωνίες της κάτω γνάθου προς τα πάνω με τους αντίχειρες προσπαθεί να ανοίξει το στόμα και να τραβήξει τη γλώσσα προς τα εμπρός ή τοποθετεί αεραγωγό.
- ✦ Συνιστά στην ασθενή να παίρνει βαθιές αναπνοές για τη γρήγορη απονάρκωση της.
- ✦ Σε εμφάνιση δυσπνοϊκών φαινομένων, χωρίς απόφραξη της αναπνευστικής οδού χορηγεί οξυγόνο και παράλληλα διατηρεί καλό αερισμό στο δωμάτιο<sup>24</sup>.

### **III. Από το πεπτικό.**

**Μετεωρισμός κοιλίας:** Για την αποφυγή του μετεωρισμού, τοποθετείται ρινογαστρικός καθετήρας από το χειρουργείο. Αν δεν αποφευχθεί περιορίζονται τα υγρά και οι τροφές, μέχρις ότου επανέλθει ο περισταλτισμός του εντέρου και τοποθετείται θερμοφόρα στο επιγάστριο, γιατί αυξάνει τον όγκο των αερίων, καθώς και την περισταλτικότητα, με συνέπεια να αποβάλλονται τα αέρια. Επίσης,

μπορεί να τοποθετηθεί και σωλήνας αερίων να γίνει υποκλυσμός με υπέρτονο διάλυμα χλωριούχου νατρίου 15-20%.

Όταν διαπιστωθεί, με ακρόαση κοιλίας, ότι ο περιστολισμός του εντέρου επέστρεψε, χορηγούνται υγρά και υδαρής τροφή<sup>19,24</sup>.

**Παραλυτικός ειλεός:** Είναι η παρατεταμένη διάταση του εντέρου και του στομάχου και ο ρόλος της νοσηλεύτριας είναι κυρίως, προληπτικός, αφού η αντιμετώπιση του που είναι η διασωλήνωση του εντέρου με σωλήνα Muller-Abbott, είναι καθαρά ιατρική ενέργεια. Έτσι, η νοσηλεύτρια θα πρέπει να φροντίζει με προσοχή για τη σωστή καθαριότητα του εντερικού σωλήνα, προεγχειρητικά και να προβαίνει σε έγκαιρη έγερση της ασθενούς, εφόσον βέβαια η καταστροφή της το επιτρέπει.

#### **IV. Από το ουροποιητικό.**

**Επίσχεση ούρων:** Είναι η κατάσταση κατά την οποία, η ασθενής, ενώ έχει ούρα στην ουροδόχο κύστη, δεν μπορεί να ουρήσει. Αυτό οφείλεται στην υποτονία των κοιλιακών τοιχωμάτων και στη σύσπασση του σφιγκτήρα.

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να αλλάζει θέση στην ασθενή και να χύνει χλιαρό νερό πάνω στο αιδοίο και παράλληλα να ανοίγει την βρύση και να αφήνει να τρέξει νερό. Επίσης, να σηκώνει την ασθενή και να την κρατά όρθια, εφόσον η κατάσταση της το επιτρέπει ή να τοποθετεί θερμοφόρα στην ουροδόχο κύστη. Αν τα μέσα αυτά δεν φέρουν αποτέλεσμα, τότε με εντολή γιατρού θα χορηγηθεί σπασμολυτικό υπόθετο και εάν πάλι δεν επέλθει αποτέλεσμα, θα πρέπει να γίνει καθετηριασμός κύστεως.

**Φλεγμονή:** Σε περίπτωση φλεγμονής, λαμβάνεται δείγμα ούρων με άσηπτη τεχνική από τον καθετήρα, αν φέρει για καλλιέργεια και στη συνέχεια εφαρμόζεται η κατάλληλη αντιβίωση, εφόσον έχει εντοπιστεί το υπεύθυνο μικρόβιο. Παράλληλα, η νοσηλεύτρια φροντίζει να γίνει αλλαγή του ουροκαθετήρα και αντιμετωπίζει τον πυρετό, μέχρι να υποχωρήσει από τη δράση του αντιβιοτικού, με κρύο μπάνιο και παγοκύστες

**Ουραιμία:** Είναι τοξική κατάσταση που οφείλεται στην κατακράτηση λευκωμάτων, λόγω βλάβης του ουροποιητικού συστήματος ή μόλυνσεως του νεφρικού ιστού. Επίσης, μπορεί να οφείλεται σε μεγάλη αφυδάτωση του οργανισμού ή σε μειωμένη νεφρική αιμάτωση. Τα συμπτώματα είναι : καταβολή δυνάμεων, κεφαλαλγία, ναυτία-εμετοί, ολιγουρία ή ανουρία, δύσπνοια, θόλωση διάνοιας, διεγέρσεως, κώμα.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας είναι να ανακουφίσει την ασθενή από τα συμπτώματα με το να απομακρύνει την αυξημένη ουρία από το αίμα.

#### **V. Από το τραύμα.**

**Μόλυνση τραύματος:** Τα τοπικά συμπτώματα είναι: αυξημένος πόνος, θερμότητα, ερυθρότητα, οίδημα και πυώδης εκροή, ενώ τα γενικά: πυρετός, ρίγος, κεφαλαλγία και ανορεξία.

Η πρόληψη της μόλυνσεως επιτυγχάνεται με περιποίησης του τραύματος με άσηπτη τεχνική.

**Ρήξη τραύματος:** Όταν γίνει κοιλιακή υστερεκτομή σε παχύσαρκη ασθενή ή σε ασθενή με βίαιους εμετούς ή έντονο βήχα, υπάρχει κίνδυνος για ρήξη του τραύματος. Σε τέτοια περίπτωση, η νοσηλεύτρια υποστηρίζει το τραύμα με τοποθέτηση χειρουργικής ζώνης, καταστέλλει τον εμετό και το βήχα μετά από ιατρική οδηγία και διδάσκει την ασθενή να συγκρατεί με τις δυο παλάμες το τραύμα, όταν βήχει.

Εάν κατά τη ρήξη του τραύματος, βγει έξω τμήμα εντέρου, ειδοποιείται αμέσως ο γιατρός. Ωστόσο καλύπτεται το έντερο με αποστειρωμένο τετράγωνο, βρεγμένο σε φυσιολογικό ορό και ακινητοποιείται η ασθενής. Η νοσηλεύτρια, προσπαθεί να μη θορυβήσει την ασθενή, αλλά να την καθησυχάσει.

**Μετεγχειρητική ψύχωση:** Παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση της, είναι η προδιάθεση του ατόμου, η νάρκωση και η παρατεταμένη χρήση της. Σε περίπτωση εμφάνισης μετεγχειρητικής

ψύχωσης, πρέπει να ληφθούν μέτρα προφύλαξης της ίδιας της ασθενούς, αλλά και του περιβάλλοντός της.

Συνίσταται η παρακολούθηση της ασθενούς και η θεραπευτική αγωγή από ψυχίατρο. Η καλή ψυχολογική προετοιμασία πριν από την εγχείρησης, προλαβαίνει πολλές φορές αυτή την επιπλοκή<sup>24</sup>.

**θ). Ετοιμασία της άρρωστης για ακτινοβολία ( προφυλακτικά ) με ακτίνες Rontgen ή ραδιενεργό κοβάλτιο 60 ( λεπτομερή αναφορά θα γίνει στο επόμενο κεφάλαιο).**

**i. Σχεδιασμός εξόδου από το νοσοκομείο – διδασκαλία.**

1. Η ολική υστερεκτομή, προκαλεί εμμηνόπαυση και στειρότητα, για αυτό και χορηγούνται οιστρογόνα, προκειμένου να ελεγχθούν τα συμπτώματα.
2. Επεξήγηση της σπουδαιότητας της ορμονικής αντικατάστασης, εάν η άρρωστη έχει κάνει ολική υστερεκτομή με ωοθηκεκτομή – σαλπιγγεκτομή.
3. Παροχή συμβουλών στην άρρωστη.
  - > Να αποφεύγει κατά την περίοδο της ανάρρωσης να σηκώνει βαριά αντικείμενα για ένα μήνα, μέχρι έξι εβδομάδες ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες, όπως οδήγηση ή ανέβασμα σκάλας, για πρόληψη ρήξης των ραμμάτων. Η οδήγηση αυτοκινήτου, μπορεί να καθυστερήσει για τρεις εβδομάδες, γιατί η απλή πίεση του πεντάλ του φρένου, μπορεί να προκαλέσει ελαφρά ενόχληση στην κάτω κοιλία.
  - > Η άσκηση, είναι απαραίτητη και να αποφεύγει να κάθεται πολύ ώρα κάθε φορά, όπως οδήγηση μεγάλων αποστάσεων, εξαιτίας της πιθανότητας λίμνασης του αίματος στην πύελο και δημιουργίας θρομβοεμβολών ( όπως ήδη έχει αναφερθεί ).
  - > Να αποφεύγει τη συνουσία για 6-8 εβδομάδες μετά της υστερεκτομή, για να επουλωθεί ο κόλπος.



4. Παροχή επεξηγήσεων στην άρρωστη, ότι η κοιλπική έκκριση που παρατηρείται μετά την υστερεκτομή, είναι φυσιολογική και η ποσότητα θα μειωθεί σταδιακά και τελικά θα σταματήσει.
5. Ενημέρωση της άρρωστης για την πιθανή εμφάνιση αισθήματος κόπωσης, κατά τις πρώτες μέρες της επιστροφής της στο σπίτι. Γι αυτό το λόγο δεν θα πρέπει να προγραμματίσει πολλές δραστηριότητες την πρώτη εβδομάδα.
6. Βοήθεια της άρρωστης στο σχεδιασμό ενός προγράμματος οικιακών δραστηριοτήτων που θα είναι σε θέση να πραγματοποιήσει μέσα ένα μήνα μετά από δύο μήνες, θα αισθάνεται τον εαυτόν της φυσιολογικό.
7. Έμφαση για ανάληψη των επαγγελματικών δραστηριοτήτων μόνο με εντολή του γιατρού, θα εξαρτηθεί βέβαια, από το είδος της εργασίας και τις ανάγκες για εργασία.
8. Ενημέρωση της άρρωστης να μην αποθαρρύνεται αν κατά διαστήματα την περίοδο της ανάρρωσης, αισθάνεται κατάθλιψη, εκδηλώνει διάθεση να φωνάζει και φαίνεται ασυνήθιστα νευρική. Οι εκδηλώσεις αυτές εμφανίζονται συχνά, αλλά δε διαρκούν πολύ<sup>19</sup>.
9. Τονισμός της σπουδαιότητας του υπερσιτισμού. Η διαίτα θα πρέπει να είναι πλούσια σε φυσικές ίνες, ασβέστιο και βιταμίνη για πρόληψη της οστεοπόρωσης. Παράλληλα, θα πρέπει να τονίζονται και η σπουδαιότητα της παρακολούθησης του βάρους του σώματος και του ανά τρίμηνου εξεταστικού ελέγχου για πέντε χρόνια<sup>19,25</sup>.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3

### **3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

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, με την ευσυνείδητη αγάπη της, το ενδιαφέρον της, την κατανόηση της θέσης του αρρώστου και τις γνώσεις τη, θα πρέπει να δημιουργήσει στον άρρωστη την ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας κατά την ακτινοθεραπεία, αναφέρονται: 1) Στην ενημέρωση του αρρώστου για τη θεραπεία, 2) Στην προετοιμασία και βοήθεια για τη θεραπεία, 3), Στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό της, 4) Στην ψυχολογική τόνωση πριν ,κατά και μετά τη θεραπεία.

#### **3.1 ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.**

**A) Για την προετοιμασία και βοηθάει της ασθενούς, στην οποία πρόκειται να εφαρμοσθεί εξωτερική ακτινοθεραπεία (ακτίνες Χ – τηλεακτινοθεραπεία), γίνονται οι πιο κάτω εφαρμογές:**

Η νοσηλεύτρια – της:

- > Ενημερώνεται από το φάκελο της άρρωστης για το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε, τη θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, το σκοπό της θεραπείας, τον αριθμό των συνεδριών που ήδη έχει κάνει και προγραμματίζεται να κάνει.
- > Αξιολογεί τι και πώς αντιλαμβάνεται η ασθενής το είδος της θεραπείας και ανάλογα την ενημερώνει σε συνεργασία με το γιατρό.

- > Βεβαιώνεται πως η άρρωστη έχει καταλάβει να μη βγάλει το σήμα που καθορίζει το σημείο που θα γίνει η ακτινοθεραπεία.
- > Προχωρεί σε φυσική προετοιμασία της ασθενούς που περιλαμβάνει:
  1. Οποιαδήποτε αναιμία θα πρέπει να διορθώνεται με μετάγγιση. Το ελαττωμένο επίπεδο της αιμοσφαιρίνης, αυξάνει την ανοξία του νεοπλάσματος και το καθιστά λιγότερο ακτινοευαίσθητο.
  2. Οποιαδήποτε τοπική φλεγμονή, πρέπει να θεραπεύεται. Είναι αδύνατον να αποστειρωθεί το σηπτικό νεόπλασμα και είναι δυνατόν να απαιτηθεί τοπική ή συστηματική χορήγηση αντισηπτικών και αντιβιοτικών.
  3. Εάν υπάρχει πυοσάλλπιγγα, θα πρέπει να αφαιρεθεί χειρουργικά και η ακτινοβολία να καθυστερήσει για μια εβδομάδα. Η παρουσία της σηπτικής κατάστασης, αυξάνει την ανοξία των ιστών κι θέτει σε κίνδυνο τη ζωή της ασθενούς.
  4. Θα πρέπει να εκτιμηθεί η λειτουργία των νεφρών και να εκτελεσθεί ενδοφλέβια πυελογραφία για να αποκλεισθεί η συμμετοχή των ουρητήρων.
  5. Η ακτινογραφία των οστών της πυέλου και των οσφυϊκών σπονδύλων, θα αποκλείσει τυχόν μεταστάσεις στα οστά, παρόλο που παρατηρούνται σπανίως<sup>17</sup>.
- > Προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί την άρρωστη για ναυτία και εμετούς, η άλλη αντίδραση, ώστε να διαγνώσει έγκαιρα και είναι έτοιμη να την βοηθήσει κατάλληλα.
- > Χορηγεί αναλγητικά πριν την θεραπεία, αν χρειάζεται, επειδή θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητη στην ίδια θέση για λίγα λεπτά και την προστατεύει από ψύξη, επειδή η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι συνήθως, χαμηλή για την προστασία των μηχανημάτων.

**Β). Το πιο ουσιαστικό μέρος της προετοιμασίας της άρρωστης για την εφαρμογή της εξωτερικής ακτινοβολίας, είναι η απάντηση στα ερωτήματά της που συνήθως είναι τα εξής:**

- ✦ Πονάει η ακτινοθεραπεία;
- ✦ Τι θα πρέπει να κάνει κατά το διάστημα της θεραπείας;
- ✦ Θα είναι μόνη κατά τη διάρκεια της θεραπείας;
- ✦ Αν δεν αισθάνεται καλά κατά το διάστημα της θεραπείας και έχει ανάγκη από βοήθεια, τι θα κάνει;
- ✦ Θα εκπέμπει ακτινοβολία μετά τη θεραπεία; αν ναι, πρέπει να είναι απομονωμένη;

Η απάντηση στα πιο πάνω, αλλά και σε άλλα σχετικά ερωτήματα της άρρωστης, μειώνει την ανησυχία και το άγχος, την βοηθά να συνεργαστεί με το προσωπικό της ομάδας υγείας και να αξιοποιηθούν όλες οι δυνατότητες για την επιτυχία της θεραπείας.

**Γ) Πριν αρχίσει η εξωτερική ακτινοθεραπεία, η ασθενής που αυτοεξυπηρετείται, ενημερώνεται και εκπαιδεύεται στα πιο κάτω;**

1. Η περιοχή της ακτινοβολίας,

- Διατηρείται στεγνή.
- Πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι και την ώρα που σκουπίζεται θα πρέπει να αποφεύγεται η τριβή στο δέρμα.
- Δε βάζει αλοιφές, πούδρες, λοσιόν, εκτός και αν υπάρχει ιατρική εντολή.
- Τόσο κοντά τη θεραπεία, όσο και μετά από αυτή, πρέπει να διατηρείται χωρίς την επίδραση θερμότητας.
- Προστατεύεται από τον ήλιο ή το κρύο.

- Αποτριχώνεται μόνο με ηλεκτρική μηχανή. Αν υπάρχει τοπική ερυθρότητα, αποφεύγεται η αποτρίχωση με οποιαδήποτε μέσο.

- Δεν έρχεται σε επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή ή ερεθισμό.

2. Δεν αφαιρείται το σημάδι που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή να εφαρμόσει τη θεραπεία στο σωστό σημείο του σώματος<sup>20</sup>.
3. Το διαιτολόγιο πρέπει να είναι ελαφρό, να περιέχει τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, η ασθενής ενθαρρύνεται να πίνει χυμό λεμονιού<sup>1,20</sup>.
4. Μετά από κάθε συνεδρία ακτινοθεραπείας που κάνει, δεν αποτελεί πηγή ακτινοβολίας, είναι ακίνδυνη και επιστρέφει στο θάλαμό της.

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.

### 3.2 ΡΑΔΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Από τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό, η άρρωστη απομονώνεται, επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή που εκπέμπει ακτινοβολία, μέχρι να εξαντληθεί ή να αφαιρεθεί.

**α) Σημεία που θα βοηθήσουν τη νοσηλεύτρια στην προσφορά ακίνδυνης για τον εαυτό της και τους άλλους, νοσηλευτικής φροντίδας στην άρρωστη που της έχει εφαρμοστεί θωρακισμένο ή μη ραδιοϊσότοπο, είναι τα εξής:**

- Ενημερώνεται από το φάκελο της άρρωστης για το είδος του ραδιοϊσοτόπου που θα χρησιμοποιηθεί, τον τύπο της πηγής (θωρακισμένη ή μη), τον τρόπο χορήγησης (στην περίπτωση αυτή, ενδοκοιλιακά), την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία, το σημείο

(σε θωρακισμένη πηγή) και τον αριθμό των ημερών που η ασθενής πρέπει να απομονωθεί.

- Γνωρίζει πως σε περίπτωση εφαρμογής θωρακισμένου ραδιοϊσοτόπου, το ραδιοϊσότοπο δεν κυκλοφορεί στο σώμα της ασθενούς και επομένως, δεν μολύνει τα ούρα, το αίμα, τους εμετούς ή τον ιδρώτα. Έτσι, δεν 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 ( γη Β ακτίνες ) και όταν πρόκειται για μη θωρακισμένη πηγή τον τρόπο μεταβολισμού και απέκκρισης 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 με το μολύνσεως χώρου, αντικειμένων.

- Νοσηλεύεται η ασθενής σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο με τηλέφωνο, σύστημα επικοινωνίας με τη στάση των νοσηλευτών, παράθυρο παρακολούθησης της ασθενούς, ραδιόφωνο και τηλεόραση. Οι τοίχοι, η οροφή, η πόρτα και το δάπεδο του δωματίου, δεν επιτρέπουν τη μόλυνση του περιβάλλοντος. Ενημερώνεται η ασθενής πως το μέτρο αυτό είναι παροδικό, γιατί εφαρμόζεται και πως με το τηλέφωνο και την τηλεόραση θα μειωθεί το αίσθημα της απομόνωσης.

- Νοσηλεύει την ασθενή με μπλούζα και γάντια, τα οποία βάζει σε δοχεία από μολύβι, πριν φύγει από το θάλαμο.

- Ενημερώνει τους συγγενείς και γνωστούς της άρρωστης για τρόπο επικοινωνίας με την ασθενή ( μέσω του παραθύρου παρακο-

λουθήσεως της ασθενούς ). εξηγεί το σκοπό του μέτρου αυτού και τους παροτρύνει να επικοινωνούν τηλεφωνικά μαζί της, ώστε να περιορισθεί το αίσθημα της μοναξιάς.

- Στην πόρτα του δωματίου και στο φάκελο της ασθενούς, τοποθετείται το σύμβολο της ραδιενεργού ακτινοβολίας.



*Το σύμβολο της Ραδιενεργού Ακτινοβολίας*

- Όλοι όσοι εργάζονται σε χώρο όπου υπάρχει ακτινοβολία, φορούν μετρητή έκθεσης σε ακτινοβολία που ελέγχεται περιοδικά από ειδικούς. Όταν ο μετρητής δείξει πως το άτομο που τον χρησιμοποιεί πήρε περισσότερο από την ανεκτή ποσότητα ακτινοβολίας, απομακρύνεται περιοδικά από το χώρο αυτής.

- Σε περίπτωση μόλυνσης του περιβάλλοντος από ακτινοβολία που η πηγή της βρίσκεται στην ασθενή, ειδοποιείται αμέσως η αρμόδια υπηρεσία του ιδρύματος ( τμήμα ραδιοϊσοτόπων ), για να ενεργήσει ανάλογα.

- Αν η θωρακισμένη πηγή ραδιοϊσοτόπου, έφυγε από τη θέση που εμφυτεύτηκε ή τοποθετήθηκε και βρίσκεται στο κρεβάτι της άρρωστης ή το δάπεδο, πιάνεται με ειδικές μακριές λαβίδες και τοποθετείται στη θήκη της.

- Ποτέ δεν πιάνεται η ραδιενεργό πηγή με τα χέρια.

- Πριν πεταχτεί επιδεσμικό υλικό που καλύπτει τραύμα, μέσω του οποίου έγινε εμφύτευση θωρακισμένης πηγής ραδιενέργειας, ελέγχεται το υλικό για εκτόπιση της πηγής. Αν στο επιδεσμι-

κό υλικό θα υπάρχει η πηγή, ο χειρισμός της γίνεται, όπως αναφέρεται πιο πάνω.

- Αν υπάρχει υπόνοια μόλυνσης του περιβάλλοντος από ακτινοβολία, εντοπίζεται η μόλυνση με ειδικά όργανα από την αρμόδια υπηρεσία, η οποία πρέπει να ενημερώνεται αμέσως<sup>20</sup>.

## **B) Ετοιμασία της άρρωστης για εμφύτευση ραδίου( cesium ).**

✦ Ο γιατρός επεξηγεί στην άρρωστη τους λόγους που αποφασίστηκε το είδος αυτό της θεραπείας, η νοσηλεύτρια διασαφηνίζει ή απαντά σε ερωτήσεις της άρρωστης.

✦ Ετοιμασία της άρρωστης για την εκτέλεση διάφορων προκαταρκτικών εξετάσεων ( που μπορούν να γίνουν και πριν από την εισαγωγή της στο νοσοκομείο ), όπως εξετάσεις αίματος, βιοψία ( ενδομητρική και τραχηλική ), ακτινογραφία θώρακος, ΗΚΓ, κυταρολογική.

✦ Εξασφάλιση χρόνου της άρρωστης για το χειρουργείο – γίνεται με γενική νάρκωση – επιπλέον, ετοιμασία του εντέρου με υποκλυσμούς και του κόλπου με πλύσεις.

**Γ) Λήψη ακτινογραφίας λεκάνης,** αμέσως μετά την τοποθέτηση ραδίου, για τη διαπίστωση τυχόν μετακίνησης από τη θέση του. Στην περίπτωση αυτή, επιβάλλεται αμέσως η αφαίρεση και η διόρθωση, γιατί υπάρχει κίνδυνος όχι μόνο να μη καταστραφεί, όπως πρέπει η καρκινική επεξεργασία, αφού θα βρίσκεται έξω από το πεδίο της ακτινοβολίας, αλλά, το χειρότερο, να προκληθούν βλάβες στους υγιείς ιστούς ή να δημιουργηθούν από τη ραδιονέκρωση επικίνδυνα συρίγγια προς την κύστη ή το ορθό. Επειδή, τα συρίγγια αυτά συνοδεύονται από μόλυνση και πυρετό, επιβάλλεται πολλές φορές η διακοπή της θεραπείας<sup>19,26</sup>.



#### **Δ) Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας κατά το διάστημα παραμονής του ραδίου και τον τράχηλο.**

« Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας, είναι η διατήρηση των υποδοχέων του ραδίου στη θέση τους, γιαυτό και θα πρέπει να αποφεύγεται κάθε αλλαγή τους ».

✦ Χορήγηση δίαιτας με μικρό υπόλειμμα για μείωση του περισταλισμού του εντέρου και της πιθανότητας παρεκτόπισης των υποδοχέων.

✦ Συχνή παρακολούθηση του καθετήρα για εξασφάλιση φυσιολογικής παροχέτευσης των ούρων. Μια διατεταμένη κύστη, μπορεί να πλησιάσει την περιοχή της ραδιενέργειας, με αποτέλεσμα βαριάς μορφής ακτινικό έγκαυμα.

✦ Παρακολούθηση για εμφάνιση συμπτωμάτων που δηλώνουν αντίδραση του οργανισμού στη ραδιενέργεια όπως ναυτία, εμετοί, αύξηση της θερμοκρασίας και άμεση αναφορά στο γιατρό για τροποποίηση της δόσης της ακτινοβολίας. Πιθανή αύξηση της θερμοκρασίας, υποδεικνύει αντίδραση του οργανισμού στη ραδιενέργεια.

✦ Ενθάρρυνση της άρρωστης για λήψη υγρών και χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων, υψηλής θερμιδικής αξίας και πλουσίων σε λεύκωμα. Ελκυστικό σερβίρισμα για διέγερση της όρεξης.

✦ Χορήγηση χυμών βιταμίνης ( όπως και στην εξωτερική ακτινοβολία, για επίδραση των ιστών ).

✦ Τοποθέτηση της άρρωστης σε ύπτια θέση με το άνω μέρος του κρεβατιού ανυψωμένο 30.

✦ Παροχή σωματικής φροντίδας και εξασφάλιση άνεσης στην άρρωστη. Η νοσηλεύτρια – τής, θα πρέπει να παραμείνει κοντά στην άρρωστη τον ελάχιστο δυνατό χρόνο, κατά τον οποίο θα δίνει τη φροντίδα στην άρρωστη, για την προστασία του εαυτού της από τη ραδιενέργεια.

- Ανακούφιση της άρρωστης από το άγχος και το φόβο, χρησιμοποιώντας συνετά το χρόνο της παραμονής της κοντά σε αυτήν. Απασχόληση της άρρωστης σε ωφέλιμη συζήτηση για τα ιατρικά και νοσηλευτικά προβλήματά της.
- Προσοχή κατά την παροχή φροντίδας να μην εκτοπιστούν οι βελόνες ραδίου.

### **Ε) Αφαίρεση ραδίου.**

Ειδοποίηση του χειρουργού για την αφαίρεση του ραδίου ή του cesium μετά τη λήξη του χρόνου εφαρμογής. Η αφαίρεση, θα πρέπει να γίνεται με ταχύτητα για αποφυγή εγκαύματος.

- Εξασφάλιση αποστειρωμένων γαντιών, ειδικών λαβίδων με μακρά σκέλη και μεγάλου νεφροειδούς.

- Έλεγχος του διαγράμματος για τον αριθμό των βελόνων που εφαρμόστηκαν, ώστε να συμφωνεί με αυτόν που θα αφαιρεθούν.

- Εφαρμογή όλων των προφυλακτικών μέτρων χειρισμού και μεταφοράς του ραδίου στο τμήμα ραδιοϊσοτόπων.

- Χορήγηση καθαριστικού υποκλυσμού μετά την αφαίρεση του ραδίου και πριν από την έγερση της άρρωστης από το κρεβάτι<sup>1,19</sup>.

### **ΣΤ). Φροντίδα της άρρωστης μετά την ακτινοβολία.**

- Διατήρηση του δέρματος που επιτέθηκε στην ακτινοβολία, στεγνού.

- Ναυτία και εμετοί, μπορεί να εμφανιστούν σε χορήγηση μεγάλων δόσεων ακτινοβολίας. Η νοσηλεύτρια, δεν θα πρέπει να ενημερώνει την άρρωστη για αυτά τα συμπτώματα, γιατί η υποβολή ενδέχεται να τα προκαλέσει.

- Παρακολούθηση για εμφάνιση συμπτωμάτων που δηλώνουν ακτινική βλάβη του εντέρου – διάρροια, τεινεσμός, αναφορά, μόλις εμφανιστούν.

- Τονισμός της σπουδαιότητας της ιατρικής παρακολούθησης κάθε μήνα για 6 μήνες, για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της ακτινοβολίας στον όγκο.

> Pap test θετικό, σημαίνει ότι θεραπεία ήταν ανεπιτυχής. Ίσως χρειαστεί να γίνει χειρουργική επέμβαση.

> Εάν το Pap test είναι αρνητικό και ο ιστός φαίνεται ικανοποιητικός, οι επισκέψεις στο γιατρό μετά το εξάμηνο μπορούν να γίνονται σε αραιότερα χρονικά διαστήματα.

- Ένα 5-8% των γυναικών που παρακολουθούνται για τη θεραπεία του ειδικού καρκίνου, μπορεί να αναπτύξουν άλλους πρωτοπαθείς καρκίνους. Για αυτό το λόγο, η μετέπειτα ιατρική παρακολούθηση είναι βασικής σημασίας, ακόμα και αν η άρρωστη είναι ασυμπτωματική<sup>19</sup>.

### **3.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.**

#### **1. Ακτινοθεραπεία.**

Σε ακτινοδερματίτιδα, ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται, αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών και καθορίζεται με χλιαρό νερό η περιοχή, στην οποία τοποθετούνται ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές, μετά από ιατρική εντολή. Επίσης, ενημερώνεται η άρρωστη να μην ξαπλώνει στην περιοχή του δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα και ενθαρρύνεται να αποφεύγει τα στενά ρούχα, γιατί αυξάνουν τον ερεθισμό. Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα, διακόπτεται για ορισμένο χρονικό διάστημα η ακτινοθεραπεία.

## 2. Καταστολή μυελού των οστών.

Η άρρωστη παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση, είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και στους τραυματισμούς και για αυτό επιβάλλεται ειδική προστασία και συνεχής αξιολόγησή της. Γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος και παρακολούθηση για εμφάνιση αιμορραγιών.

**3. Φαινόμενα γενικής αντίδρασης** ( γενική καταβολή δυνάμεων, ναυτία, εμετοί, ανορεξία, απώλεια βάρους ). Η νοσηλεύτρια – τής, μετά από ιατρική εντολή, χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντισταμινικά φάρμακα και φροντίζει για την καλή σίτιση και ενυδάτωση της άρρωστης ( την ενισχύει να παίρνει υγρά και αν αυτό δεν είναι δυνατόν, γίνεται ενδοφλέβια χορηγεί υγρών και χορηγεί μικρά και συχνά γεύματα πλούσια σε λευκώματα και υψηλής θερμιδικής αξίας ). Επίσης, φροντίζει για την κάλυψη των φυσικών αναγκών της άρρωστης, όταν αυτή είναι κλινήρης και έχει περιορισμένες δυνατότητες κάλυψης αυτών και καταβάλλει προσπάθεια για ανύψωση του ηθικού που συμβάλλει στη μείωση και την καλή αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων.

Αν η ασθενής εμφανίζει διάρροια ( λόγω ευαισθησίας του βλεννογόνου του εντέρου στην ακτινοβολία ), χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα, ανάλογα με την εντολή του γιατρού, αποφεύγονται τροφές που επιδεινώνουν την διάρροια και χορηγείται ειδική διαίτα, τροφές δηλαδή, χωρίς υπολείμματα<sup>20</sup>.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 4

### 4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.

#### 1. ΣΚΟΠΟΙ.

- α) Προστασία της νοσηλεύτριας – τή.
- α) Προστασία και παρακολούθηση ασθενούς.
- γ) Ψυχολογική ενίσχυση ασθενούς.
- δ) Ψυχολογική ενίσχυση οικογενείας.

#### 2. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.

##### *A) Προετοιμασία σωστή και ακίνδυνη των χημειοθεραπευτικών.*

- 1. Χρησιμοποίηση ελαστικών ή πλαστικών γαντιών κατά το χειρισμό των φαρμάκων.
- 2. Αφθονο πλύσιμο με νερό σε περίπτωση επαφής του χημειοθεραπευτικού με το δέρμα.
- 3. Επίσκεψη σε οφθαλμίατρο σε περίπτωση επαφής με τους οφθαλμιάτρους.

##### *B) Σωστή έγχυση του φαρμάκου.*

- 1. Αρχίζει η έγχυση ( προκειμένου για ενδοφλέβια έγχυση ) με το υγρό, χωρίς το χημειοθεραπευτικό.
- 2. Το σημείο προτιμάται να είναι η ράχη της άκρης χειρός, ο καρπός ή ο ωλεκρανικός βόθρος.
- 3. Αποφυγή έγχυσης φαρμάκου σε σημείο που είχε προηγουμένα χρησιμοποιηθεί.
- 4. Παρακολούθηση της περιοχής της φλεβοκεντήσεως, για υποδόρια έγχυση ( πόνος, οίδημα, ερυθρότητα ).

5. Διακοπή έγχυσης φαρμάκου αν εμφανιστούν τα παραπάνω.
6. Η περίπτωση υποδόριας έγχυσης του φαρμάκου, αντιμετωπίζεται σύμφωνα με τη διαδικασία που καθορίζεται για το συγκεκριμένο φάρμακο προκειμένου να περιοριστεί η βλάβη των ιστών από την επίδραση του φαρμάκου.
7. Μετά την έγχυση του φαρμάκου, η βελόνα ξεπλένεται με έγχυση φυσιολογικού ορού και αφαιρείται.
8. Γίνεται αναγραφή της νοσηλείας με τη διαδικασία που ακολουθείται στο ίδρυμα.

### **Γ) Ενημέρωση ασθενούς και οικογενείας.**

1. Ενημέρωση για τη σημασία της θεραπείας.
2. Ενημέρωση πως πρέπει να αναφέρουν αμέσως συμπτώματα, όπως πόνος, οίδημα, ερυθρότητα στην περιοχή της έγχυσης.

**Δ) Γίνεται ομαδική ( μέλη της ομάδας υγείας ) προσέγγιση της ασθενούς** και να καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθειά της σαν μια ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα φυσικά ( σωματικά ), συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.

**Ε) Βεβαιώνεται η ασθενής** πως οι τοξικές και οι ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου, δεν είναι τίποτα άλλο από τη μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά παράλληλα με την ενεργητική καταστροφή των κακοηθών κυττάρων, καταστρέφουν και υγιή. Της εξηγείται πως μετά το τέλος της θεραπείας, η κατάσταση της θα επανέλθει στο φυσιολογικό.

### **ΣΤ) Διδασκαλία ασθενούς.**

1. Να αποδεχθεί τη θεραπεία.
2. Να εφαρμόσει τη θεραπεία.
3. Να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειές της.

**Z) Προσφέρεται στην ασθενή** ότι έντυπη πληροφορία υπάρχει για τη χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωσή της.

**H) Αξιολογείται η κατάσταση της ασθενούς.**

1. Παρατήρηση της θρέψης της και αντιμετώπισή της.
2. Παρατήρηση της κατάστασης του δέρματος. Διατήρησή του καθαρό και υγιές.
3. Καθαριότητα και υγιεινή στοματικής κοιλότητας.
4. Ενισχύεται η ασθενής για κινητική δραστηριότητα.

**Θ) Λαμβάνεται ιστορικό προηγούμενης, τυχόν, χημειοθεραπείας.**

**I) Συναισθηματική ενίσχυση ασθενούς.**

1. Προσέγγιση με στοργή και αγάπη.
2. Βοήθεια να εξωτερικεύσει το φόβο.
3. Απάντηση στα ερωτήματά της.
4. Συνεχή μετάγγιση ελπίδας για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

**ΙΑ) Αντιμετώπιση των επιπλοκών σε συνεργασία με το γιατρό:**

**1. Καταστολή του μυελού των οστών.**

**1.1 Λευκοπενία**

- ✦ Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και σε περίπτωση μεγάλης πτώσης τους, διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός.
- ✦ Μικρή άνοδος της θερμοκρασίας του σώματος, μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία.

✦ Η έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης, έχει ιδιαίτερη σημασία, επειδή προλαμβάνονται σηψαιμικές εκδηλώσεις. Μέτρα πρόληψης των λοιμώξεων είναι τα ακόλουθα:

1. Εφαρμογή καλής και σχολαστικής ατομικής καθαριότητας.
2. Οποιαδήποτε διακοπή της συνέχειας του δέρματος, αντιμετωπίζεται σαν τραύμα ( απολυμαίνεται ).
3. Κάθε 4-6 ώρες, γίνεται περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας. Η χρησιμοποίηση γλυκερίνης ή λεμονιού, αναστέλλει την έκκριση σάλιου και αλλάζει το ΡΗ της στοματικής κοιλότητας, για αυτό δεν συνίσταται.
4. Μετά τη χρήση της τουαλέτας πλένεται καλά και στεγνώνεται περιοχή του πρωκτού.
5. Εφαρμόζεται τεχνική απομόνωσης, όταν τα λευκά αιμοσφαίρια φθάσουν 1500-2000mm<sup>3</sup>.
6. Όταν η άρρωστη έχει ενδοφλέβια έγχυση, αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 ώρες και η θέση της βελόνας, κάθε 48 ώρες.

### 1.2. Θρομβοπενία.

- Παρακολουθούνται: **α)** Τα αιμοπετάλια ( φυσιολογικές τιμές 200.000-300.000/mm<sup>3</sup>). Αν η άρρωστη έχει αιμοπετάλια κάτω από 50.000/mm<sup>3</sup> θα πρέπει να νοσηλεύεται σε νοσοκομείο, **β)** τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για πετέχειες ή αιματώματα, οι διάφορες κοιλότητες ( μάτι, στόμα ) για ρινο-ουλορραγίες, **γ)** η αρτηριακή πίεση του αίματος, σε περίπτωση που αυτή βρεθεί χαμηλή, η άρρωστη πρέπει να νοσηλεύεται στο νοσοκομείο.

- Προλαμβάνονται οι αιμορραγίες με μέτρα, όπως: **α)** 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. **β)** Οποιαδήποτε περιοδική άσκηση πίεσεως σε κάποιο σημείο



του σώματος, όπως ο ασκός του πιεσόμετρου κ.α., πρέπει να είναι μικρής διάρκειας. γ) Δίνονται συμβουλές στην άρρωστη να εφαρμόζει μέτρα πρόληψης αιμορραγίας από τραύματα που μπορεί να δημιουργηθούν με το βίαιο καθάρισμα της μύτης, τη σκληρή οδοντόβουρτσα κ.α.

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

### 1.3. Αναιμία.

- Παρακολουθείται η αιμοσφαιρίνη ( φυσ. Τιμή 14-26g/100ml αίματος), ο αιματοκρίτης ( φυσ. Τιμή 40-54% στους άνδρες και 37-47% στις γυναίκες ) και η παρουσία συμπτωμάτων, όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση, απάθεια.

- Βοηθείται η άρρωστος με: 1. Διαιτολόγο πλούσιο σε λεύκωμα και σίδηρο. Ο σίδηρος, μπορεί να χορηγηθεί και με φαρμακευτικά σκευάσματα, 2. Αποφυγή κόπωσης, 3. Χορήγηση αίματος με οδηγία γιατρού, 4. Περιορισμός της απώλειας αίματος.

## **2.Γαστρεντερικές διαταραχές. Εκδηλώνονται με:**

### **2.1 Ναυτία, εμετούς.**

- Παρακολουθείται: 1. Η συχνότητα των εμετών, ο χαρακτήρας και η ποσότητα, 2. Η ανορεξία ή αποστροφή στην τροφή, που μπορεί να έχει η άρρωστη και 3. Η θρέψη της.

- Λαμβάνονται μέτρα πρόληψης ναυτίας και εμετών, όπως: 1. Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων ( με εντολή γιατρού ), πριν από την εφαρμογή της χημειοθεραπείας ή αμέσως μετά την ολοκλήρωσή της, 2. Χορήγηση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου με άδειο στομάχι ή την ώρα που η άρρωστος θα κοιμηθεί, 3. Εκπαιδεύεται η άρρωστη και τα μέλη της οικογένειάς της πώς να εφαρμόζουν αντιεμετικά υπόθετα, 4. Δίνονται μικρά κομμάτια πάγου, μόλις πα-

ρουσιαστεί η ναυτία, **5**. Ενισχύεται η άρρωστη να φάει λίγη φρυγανιά. **6**. Σερβίρεται η τροφή μετά την υποχώρηση της ναυτίας. **7**. Προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα, σε συνεργασία με την ασθενή για το περιεχόμενο και την ώρα. **8**. Χορηγούνται τροφές πολύ παγωμένες. **9**. Αποφεύγονται αυτές που έχουν έντονη οσμή. **10**. Ενισχύεται η άρρωστη να μασάει πολύ καλά την τροφή. **11**. Μετά από κάθε λήψη τροφής, γίνεται καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας.

- Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση της ναυτίας και των εμετών με: **1**. Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων. Εάν δεν υπάρχει εντολή γιατρού, γίνεται επικοινωνία με το γιατρό για την εντολή χορηγήσεως αντιεμετικών. Ο γιατρός πρέπει να ενημερώνεται για τους εμετούς της άρρωστης πιθανόν να γίνει αλλαγή του είδους της χημειοθεραπείας και να χρειαστεί διόρθωση τυχόν διαταραχής ισορροπίας ηλεκτρολυτών, **2**. Προσφορά ανακουφιστικής φροντίδας, όπως η διατήρηση της άρρωστης καθαρής, χωρίς την κακοσμία των εμετών κ.α. **3**. Ενημέρωσή της πως η ναυτία και οι εμετοί είναι ένας τρόπος πληροφόρησης ότι το φάρμακο δρα στα κακοήθη κύτταρα και **4**. Εξασφάλιση καλής θρέψης και ενυδάτωσης.

## 2.2 Διάρροια/ σύσπαση κοιλιακών μυών.

- Παρακολουθείται: **1**. Το χρώμα, η ποσότητα, και η περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης, **2**. Η άρρωστη, για συμπτώματα αφυδατώσεως και μεταβολικής οξέωσης που σημαίνουν διαταραχή ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και **3**. Η συχνότητα και η ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών.

- Λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη της διάρροιας και της συσπάσεως των κοιλιακών μυών, περιορίζεται η κυτταρίνη στο διαιτολόγιο και προτιμούνται οι τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα.

- Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση της διάρροιας με: **1**. Χορήγηση φαρμάκων που αναστέλλουν τη διάρροια, με οδη-

γία γιατρού και ενημέρωση του γιατρού αν συνεχίζεται η διάρροια και οι σπασμοί των κοιλιακών μυών, επειδή ίσως να χρειαστεί αλλαγή της χημειοθεραπείας και διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών, 2. Χορήγηση πολλών υγρών, εφόσον δεν αντενδείκνυνται, 3. Βοήθεια στη διόρθωση διαταραχών του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και 4. Φροντίδα του δέρματος, ιδιαίτερα στην περιοχή του περινέου, για την πρόληψη ερεθισμού.

2.3 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: 1. Την καθημερινή παρακολούθηση της στοματικής κοιλότητας για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο, όταν χρησιμοποιούνται όξινες ( ξυνές ) τροφές, 2. Την οργάνωση προγράμματος φροντίδας στοματικής κοιλότητας και 3. Επάλειψη των χειλέων με γλυκερίνη τρεις φορές τη μέρα.

- Προσφέρεται βοήθεια για τη θεραπείας της στοματίτιδας με τη συνεχή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας και την προσφορά λευκής, χλιαρής τροφής ( λευκή, είναι η τροφή που δεν περιέχει καρυκεύματα και σάλτσες ).

### 3. Νευροτοξικότητα.

- Παρακολουθείται η άρρωστη για συμπτώματα: 1. Ήπιας νευροπάθειας, όπως ελαφρός πόνος στα χέρια και τα πόδια και απώλεια των « 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 παραλυτικού ειλεός.

- Προστατεύεται η άρρωστη 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.

- Βοηθείται η άρρωστη στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με: 1. τη χρησιμοποίηση μέτρων ασφαλείας για την προστασία της, 2. Τη διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση και 3. Την εξασφάλιση οδηγίας γιατρού για τη χρησιμοποίηση καθαρτικών φαρμάκων κ.α που θα βοηθήσουν την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας.

#### **4. Ωτοτοξικότητα ( τοξική βλάβη των αυτιών ).**

- Εκτιμάται η ακοή της άρρωστης, πριν αρχίσει τη θεραπεία.

- Ενημερώνεται η άρρωστη να αναφέρει, αν αισθανθεί βόμβο στα αυτιά ή μείωση της ακοής.

#### **5. Ηπατοτοξικότητα.**

- Παρακολουθείται με: 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 κοιλία, υψηλός πυρετός, διάρροια, ίκτερος.

- Ενημερώνεται αμέσως ο γιατρός, όταν επιδεινωθούν τα συμπτώματα που προκαλούνται από την επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας.

- Ανακουφίζεται η ασθενής από τα συμπτώματα της ηπατοτοξικότητας με ανάλογες νοσηλευτικές δραστηριότητες.

#### **6. Νεφροτοξικότητα.**

- Παρακολουθείται: 1. Η λειτουργικότητα των νεφρών με τις εργαστηριακές δοκιμασίες της νεφρικής λειτουργίας, 2. η άρρωστη για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας, όπως οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων κ.α. και 3. το ισοζύγιο λαμβανομένων και αποβαλλομένων 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 φαρμάκων.

### **7. Ανοσοκατασταλτική επίδραση.**

- Παρακολουθείται η άρρωστη για πυρετό, ρίγος, πονόλαιμο, πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων.

- Προστατεύεται από μολύνσεις, όπως αναγράφεται στη λευκοπενία και αναβάλλεται – αν είχε προγραμματιστεί να γίνει – η ενεργητική της θεραπείας.

### **8. Διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων.**

- Παρακολουθείται η άρρωστη για συμπτώματα, όπως αμηνόρροια, διαφοροποίηση χαρακτηριστικών του φύλου και εκτιμάται ο βαθμός της ενημέρωσης της για την παροδικότητά τους, καθώς και για την πιθανότητα να πάθει μόνιμη στειρώση.

- Ενημερώνεται η άρρωστη πως κατά τη διάρκεια της θεραπείας και για μερικούς μήνες μετά τη θεραπεία, δεν θα πρέπει να μείνει έγκυος για την πρόληψη τερατογέννησης.

### **9. Αλωπεκία (πτώση μαλλιών)**

- 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 θεραπείας.

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

- Όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά, γίνεται αποτρίχωση του κεφαλιού και καλύπτεται αυτό με μανδύλι ή χρησιμοποιείται περούκα. Παράλληλα, βοηθείται η άρρωστη να εκφράσει τα συναισθήματα της, σχετικά με τη διαφοροποίησης της εμφάνισης της.

## 10. Αλλαγές στο δέρμα.

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

- Δίνονται στην άρρωστη έντυπες πληροφορίες, σχετικά με την προστασία του δέρματος και τις αλλαγές στο χρώμα (γίνεται πιο σκούρο)<sup>20</sup>.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 5

### 5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, μετά την θεραπεία, στον καρκίνο του τραχήλου, είναι δυνατόν να εμφανιστεί υποτροπή της νόσου με σημεία και συμπτώματα όμοια με αυτά πριν τη θεραπεία.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας, είναι εδώ και πολύ σημαντικός και πρέπει να είναι ιδιαίτερα επιδέξιος στην αντιμετώπιση της άρρωστης, σε αυτή τη νέα δοκιμασία της υγείας της.

#### 1. Υποτροπή: Κολπικό θόλο

Η νοσηλευτική παρέμβαση σε υποτροπή στον κολπικό θόλο, περιλαμβάνει:

##### Εκτίμηση

- ✦ Υποπτο Pap-Test (κλάση III)
- ✦ Η ορθική και η κολπική ψηλάφηση αποκαλύπτουν όγκο στα παραμήτρια.
- ✦ Βαβία βιοψία του θόλου του κόλπου, αποκαλύπτει διεισδυτικό και μεταστατικό καρκίνωμα.
- ✦ Άγχος, φόβος.

##### Παρέμβαση

- ✦ Ενημέρωση της άρρωστης για τον σκοπό, τις παρενέργειες και τη θεραπεία των παρενεργειών. Ετοιμασία αυτής για πνευλική ακτινοθεραπεία.
- ✦ Παροχή συγκινησιακής υποστήριξης κατά τη διάρκεια των συνεδρίων της ακτινοθεραπείας, για μείωση του άγχους.
- ✦ Εκτίμηση κακουχίας, ναυτίας, ερεθισμού δέρματος.

- ✦ Προαγωγή ανάπαυσης.
- ✦ Παραπομπή σε κοινοτικές υγειονομικές υπηρεσίες.
- ✦ Παρότρυνση για συχνή ιατρική παρακολούθηση check-up.

## 2. Υποτροπή Κύστη.

### Εκτίμηση

- ✦ Πόνος, δυσχέρεια.
- ✦ Αιματουρία.

### Παρέμβαση

✦ Ετοιμασία της άρρωστης για περαιτέρω έλεγχο, π.χ. ενδοφλέβια πνευλογραφία, σπινθηρογράφημα οστών, ηπατικά ένζυμα, βαριούχο υποκλυσμό.

✦ Ετοιμασία της άρρωστης για πνευλική εξεντέρωση (ολική, πρόσθια, οπίσθια).

I. Διδασκαλία της ίδιας και της οικογένειας της, σχετικά , με:

- > Τον σκοπό και την εναλλακτική της παρέμβαση.
- > Προεγχειρητικές διαδικασίες.
- > Μεταβολές στο σωματικό είδωλο, στην αποχετευτική και σεξουαλική λειτουργία.
- > Αλλαγές στη ρουτίνα των καθημερινών δραστηριοτήτων.

II. Εκτίμηση συγκινησιακής σταθερότητας, οικογενειακής υποστήριξης, οικονομικής κατάστασης, ευκολιών και δυνατοτήτων για φροντίδα στο σπίτι και αναγκών νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι.

III. Προετοιμασία του εντέρου για χειρουργείο με τη χορήγηση αντιβιοτικού, υπακτικού, υποκλυσμού και ετοιμασία της κοιλιάς.



IV. Τοποθέτηση ενδοφλέβιας γραμμής για μέτρηση κεντρικής φλεβικής πίεσης.

Αξιολόγηση της άμεσης μετεγχειρητικής κατάστασης: μεταβολές καρδιακής λειτουργίας, σημεία shock, νεφρική λειτουργία.

Βοήθεια της άρρωστης, ώστε να αποδεχτεί το αλλαγμένο σωματικό είδωλο.

Μέτρα για μείωση του πόνου, του άγχους και της δυσχέρειας.

Μετεγχειρητική διδασκαλία της άρρωστης και της οικογένειας της που αφορά τις αλλαγές του τραύματος και τη φροντίδα της ουρητηροστομίας.

Ψυχολογική υποστήριξη, ώστε να αντιμετωπίσει την εκτεταμένη αυτή χειρουργική επέμβαση, τις αλλαγές της σωματικής της λειτουργίας και του τρόπου ζωής, το φόβο ξαφνικού θανάτου και την εμφάνιση νέας υποτροπής.

Εξασφάλιση της συνέχισης της φροντίδας και της υποστήριξης κατά την περίοδο της ανάρρωσης:

- Αναφορά στις ανάλογες υπηρεσίες για μετανοσοκομειακή παρακολούθηση.
- Παροχή συμβουλών, σχετικά με τη σεξουαλική λειτουργία και τα νέα προβλήματα.
- Αναφορά για σεξουαλικές συμβουλές σε ζευγάρια, αν το επιθυμούν.

### **3. Μετάσταση στη σπονδυλική στήλη:**

#### Εκτίμηση

- ✦ Πόνος στη Ράχη.
- ✦ Απώλεια βάρους, κόπωση.
- ✦ Καταθλιψη απογοήτευση.

### Παρέμβαση

✦ Ετοιμασία της άρρωστης για χημειοθεραπεία:

- I. Διατήρηση της θεραπευτική και υγιεινής κατάστασης.
- II. Διδασκαλία σχετικά με τον σκοπό, τη διαδικασία, τα αποτελέσματα και τις παρενέργειες της θεραπείας.
- III. Παροχή συμβουλών και συγκινησιακή υποστήριξη.

Μείωση της δυσχέρειας εξαιτίας των παρενεργειών της χημειοθεραπείας, π.χ. πόνου, ναυτίας, εμετού, αιμορραγία βλεννογόμου στόματος, ερεθισμού δέρματος, διάρροιας.

### Μείωση του κινδύνου λοίμωξης

Προαγωγή οικογενειακής υποστήριξης και δημιουργία ατμόσφαιρας για έκφραση των αισθημάτων.

Παρακολούθηση για εμφάνιση σημείων που δηλώνουν ανοχή στο φάρμακο<sup>18</sup>.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 6

### 6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

**Αλλαγή στην εμφάνιση** (αλλαγή της εικόνας που έχει η άρρωστη για το ίδιο σώμα). Η αλλαγή στη σωματική ακεραιότητα και εμφάνισης της άρρωστης με καρκίνο, είναι συχνό πρόβλημα που απαιτεί τη σωστή αντιμετώπιση. Ακρωτηριασμοί μελών, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, αλωπεκία, καχεξία, κακοσμία κ.α., διαφοροποιούν την εμφάνιση της άρρωστης, δημιουργούν αναπηρίες και επηρεάζουν την ιδέα που έχει για την εικόνα του εαυτού της. Οι νοσηλεύτριες (-τές), συχνά πρώτες θέλουν να έλθουν σε επαφή με την άρρωστη που προσπαθεί να αποδεχτεί και να μάθει να ζει με τις μεταβολές που έχουν παρουσιασθεί στο σώμα της. Αυτές πολύ συχνά, δίνουν πρώτες πληροφορίες για τις αλλαγές που έχουν γίνει στο σώμα της και την εκπαιδεύσουν στους νέους τρόπους ζωής και τεχνικές αυτοφροντίδας. Συνήθως, σε αυτή τη φάση η ασθενής αρχίζει να συνειδητοποιεί της αλλαγές στο σώμα της σαν μια πραγματικότητα. Οι άρρωστοι που αισθάνονται την οικογένεια τους και τους φίλους τους, αν βλέπουν αλλά και να αποδέχονται το προβλήματα με ειλικρινή αγάπη και ενδιαφέρον, μπορούν πολύ πιο εύκολα να το αποδεχθούν και να συμβιβαστούν με αυτό. Η διαδικασία της αποδοχής της νέας εμφάνισης και της διαταραχής της σωματικής ακεραιότητας της άρρωστης, παίρνει αρκετό χρόνο τόσο για την ίδια, όσο και για την οικογένεια και τους γνωστούς της. Στη διατήρηση καλής ιδέας της ίδιας για τη σωματική της εμφάνιση, αλλά και των άλλων γι αυτή, βοηθούν πολύ η καλή ατομική καθαριότητα, τα καθαρά και ωραία ρούχα, η χρησιμοποίηση προσθέσεων και η δραστηριοποίηση της.

**Διατροφή:** Η καλή διατροφή της ασθενούς με καρκίνο, αποτελεί πολλές φορές νοσηλευτικό πρόβλημα και συγχρόνως ευθύνη της νοσηλεύτριας (τή), επειδή από τη μια οι ανάγκες για καλή θρέψη του καρκινοπαθή είναι μεγαλύτερες, από την άλλη η περιορισμένη διάθεση για φαγητό (ανορεξία), αποτελεί σύμπτωμα της αρ-

ρώστιας. Η αποστροφή στην τροφή και μάλιστα σε ορισμένα είδη και η ανορεξία ποικίλουν από άρρωστη σε άρρωστη. Πάρα πολλοί παράγοντες επηρεάζουν την καλή διατροφή. Η νοσηλεύτρια, πρέπει να ανακαλύπτει αυτούς τους παράγοντες και να τους αντιμετωπίζει ανάλογα επειδή αυτή έχει την ολοκληρωτική ευθύνη της καλής διατροφής της άρρωστης.

Η απώλεια σωματικού βάρους δηλώνει διαταραχή στο ισοζύγιο των αναγκών του οργανισμού της σε θερμίδες και αυτών που της προσφέρονται και αποτελεί προειδοποιητικό σημείο για βελτίωση της διατροφής της.

**Νέκρωση-Εξέλκωση:** Καθώς αυξάνεται το μέγεθος του όγκου, μπορεί να διαταραχτεί η αιμάτωση του με τη συμπίεση των αγγείων που τον αιματώνουν, με αποτέλεσμα τη διακοπή της θρέψης και τη νέκρωση του όγκου. Η νέκρωση, που συνήθως γίνεται στο κέντρο της διόγκωσης, μπορεί να φθάσει και στο δέρμα και τότε δημιουργείται εξέλκωση ή διανοίγεται σε κοίλο όργανο (έντερο). Η νέκρωση συνοδεύεται, συνήθως, από γενική κακουχία και πυρετό. Τα γενικά αυτά φαινόμενα, γίνονται περισσότερο έντονα, όσο μεγαλύτερη έκταση έχει ο ιστός που νεκρώνεται. Κίνδυνος της νέκρωσης και εξέλκωσης είναι η μόλυνση, γιατί και προστατεύονται από εστίες της με γνωστά μέτρα.

**Κακοσμία :** Όταν η ιστική αλλοίωση παραμένει ανοικτή, η κακοσμία είναι αναπόφευκτη και το πιο σπουδαίο μέτρο για τη μείωση της είναι η τήρηση καθαρής της τραυματικής χώρας. Η κακοσμία είναι αποτέλεσμα των νεκρωμένων ιστών και της μόλυνσεως των εξελκώσεων. Το είδος του υγρού, που θα χρησιμοποιηθεί για την πλύση του τραύματος, θα εξαρτηθεί από την κατάσταση της τραυματικής χώρας. Η γύρω από το τραύμα περιοχή επιβάλλεται να σαπουνίζεται και να διατηρείται καθαρή. Η επίδεση του τραύματος αλλάζεται κάθε φορά που είναι λερωμένη.

Η χρήση αποσμητικών ουσιών για τη μείωση της κακοσμίας του θαλάμου, είναι συμπληρωματικό μέτρο και δεν αντικαθιστά την καθαριότητα του τραύματος.

**Δευτεροπαθής λοίμωξη:** Τόσο η νέκρωση, όσο και η εξέλκωση του όγκου εκτίθενται σε μολύνσεις. Σημεία δηλωτικά της λοίμωξης είναι η κακουχία, ο πυρετός, άφθονες και δύσοσμες εκκρίσεις.

Η βασική φροντίδα για τον περιορισμό της μόλυνσης περιλαμβάνει τον καθαρισμό της μολυσμένης εξελκώσεως του όγκου με χλιαρό νερό και ήπια αντισηπτικά διαλύματα. Όταν εμφανιστεί λοίμωξη, χρησιμοποιούμε αντιμικροβιακά φάρμακα εσωτερικά και με τοπική εφαρμογή για τη γρηγορότερη υποχώρηση της.

Η εξέλκωση και μάλιστα η μολυσμένη, δεν επιτρέπει την ακτινοθεραπεία. Πρέπει να έχουμε υπόψη ότι η πρόληψη της λοίμωξης είναι ευκολότερη και πιο αποτελεσματική από τη θεραπεία της. Επιβάλλεται, λοιπόν, η φροντίδα των όγκων που έχουν εξέλκωση, με προσοχή και επιμέλεια για την αποτροπή λοιμώξεως, όσο αυτό είναι δυνατό.

**Αιμορραγία:** Είναι δυνατόν να αιμορραγήσουν οι νεοπλαστικές νεκρώσεις και εξελκώσεις, η αιτιολογία, η προφύλαξη και η θεραπεία τους είναι οι ίδιες με τις άλλες αιμορραγίες. Οι αιμορραγίες μετά την ακτινοθεραπεία, αντιμετωπίζονται δυσκολότερα.

**Πόνος :** Ο πόνος ενώ δεν συνοδεύει πάντοτε τον καρκίνο, αποτελεί το σύμπτωμα που ιδιαίτερα φοβίζει την άρρωστη κι αυτό επειδή πολλοί, λανθασμένα, πιστεύουν ότι ο πόνος αποτελεί χαρακτηριστικό σύμπτωμα του καρκίνου.

Ο πόνος στον καρκίνο, συνήθως είναι αποτέλεσμα πίεσης αισθητικών απολήξεως των νεύρων, πίεσης οργάνων, εξέλκωσης ή μόλυνσης του όγκου. Ο ίδιος ο όγκος δεν πονά. Ο πόνος μπορεί να εμφανιστεί κατά την πορεία της αρρώστιας ή με την εφαρμογή χειρουργικής επέμβασης ή θεραπείας με ακτινοβολία και αποτελεί πρώιμο, αλλά και όψιμο σύμπτωμα της αρρώστιας. Γενικά εμφανίζεται σε προχωρημένα στάδια, γιαυτό και η άρρωστη δεν καταφεύγει έγκαιρα στον γιατρό.

Τα χαρακτηριστικά του πόνου του καρκίνου είναι τα εξής: **1)** συνεχής και μπορεί να περιοριστεί (στην περίπτωση που προκαλεί-

ται από πίεση αισθητικών νεύρων). όταν μειωθεί το μέγεθος του όγκου μετά από θεραπεία, **2)** χρόνιος, δηλαδή μεγάλης χρονικής διάρκειας, **3)** μπορεί να έχει μεγάλη ένταση, όπως σε καρκίνο των οστών, αλλά και μικρή.

Ο βαθμός που η άρρωστη μπορεί να ανεχθεί τον πόνο, επηρεάζεται από: **1)** την έννοια που έχει ο πόνος στην άρρωστη, **2)** τα ήθη, έθιμα και το πολιτιστικό επίπεδο της, **3)** την πείρα πόνου που είχε στο παρελθόν, **4)** το άγχος-το μεγάλο άγχος δεν δίνει περιθώρια ανοχής του πόνου και **5)** τη γενική κατάσταση της άρρωστης.

Η πρωταρχική θεραπεία του πόνου που προκαλεί ο καρκίνος είναι η αφαίρεση, η καταστροφή, ή η μείωση του μεγέθους του όγκου. Όταν όμως η θεραπεία (αντιμετώπιση) του πόνου είναι αδύνατον να γίνει, με τον περιορισμό της εντάσεως του βελτιώνεται η ποιότητα της ζωής της ασθενούς.

Η νοσηλεύτρια (-τής), έχει πολύ πιο μεγάλη ευθύνη στην προσφορά βοήθειας στην άρρωστη για τον περιορισμό του πόνου, από την απλή χορήγηση φαρμάκων. Ανακούφιση από τον πόνο μπορεί να γίνει με πλησίασμα της άρρωστης γεμάτο σκέψη και συνέπεια. Ο τρόπος που η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζει τον πόνο, επηρεάζει την ένταση (stress) και το άγχος. Ο πόνος γίνεται αόρητος, όταν η κατανόησης και το προσωπικό ενδιαφέρον δεν εκδηλώνονται και νομίζει ότι την παραμελούν όλοι.

Υπάρχουν πολλά ενοχλήματα, εκτός από τον πόνο που κουράζουν την άρρωστη και την κάνουν ευαίσθητη στον πόνο. Γι' αυτό η νοσηλεύτρια (-τής), πρέπει να καταβάλει προσπάθεια για την ανακούφιση της άρρωστης από όλα τα ενοχλήματα, με κατανόηση και αποδοχή των προβλημάτων της.

Στη συνέχεια αναφέρονται μερικές οδηγίες που μπορούν να κατευθύνουν τη νοσηλεύτρια στην προσπάθεια της να περιορίσει τον πόνο της ασθενούς.

✳ Μειώστε τους παράγοντες στο περιβάλλον που δημιουργούν στην άρρωστη, ένταση (stress).

- ✧ Προλάβετε τις καταθλιπτικές επιπτώσεις της στέρησης των αισθητικών ερεθισμάτων που έχουν σχέση με την ακινησία, την προστατευτική απομόνωση ή την απομόνωση για την ακτινοβολία που εκπέμπει.
- ✧ Βοηθήστε την άρρωστη να διατηρείται πολύ καθαρή και να ελέγχει την κακοσμία.
- ✧ Χρησιμοποιείτε διακριτική προσέγγιση και ήπιο τόνο φωνής στην επαφή σας με αυτήν.
- ✧ Πλησιάστε την άρρωστη πάντοτε με στοργή και εκδηλώνεται το ενδιαφέρον σας.
- ✧ Διδάξτε πώς να αποφεύγει τραύμα και μόλυνση, παράγοντες που αυξάνουν τον πόνο και περιορίζουν το βαθμό της ανεκτικότητας της σ' αυτόν.
- ✧ Διερευνήστε αν, εκτός από το φυσικό πόνο, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες, φυσικοί, συναισθηματικοί, κοινωνικοί, που συμβάλουν στην γέννηση ή την επιδείνωση ή τη μείωση του.
- ✧ Τοποθετήστε την άρρωστο σε αναπαυτική θέση.
- ✧ Διερευνήστε αν η έλλειψη του ύπνου, η υπερβολική κόπωση κ.α., μπορούν να είναι αίτια που γεννούν τον πόνο ή τον επιδεινώνουν.
- ✧ Διερευνήστε κατά πόσο ο πόνος είναι εντονότερος τη νύκτα. Σε τέτοια περίπτωση δίνονται, μετά από συνεννόηση με το γιατρό, κατευναστικά φάρμακα ή υπνωτικά.
- ✧ Ζητήστε από την άρρωστη να εντοπίσει και να περιγράψει τον πόνο.
- ✧ Αν χρειάζονται φάρμακα για την ανακούφιση της από τον πόνο, πρέπει να καθορίζονται από το γιατρό, στην επιλογή ενός ή και περισσότερων φαρμάκων, έχουμε υπόψη τα εξής:
  - ✧ Τα χαρακτηριστικά του πόνου,

- ✱ Αν ο πόνος δημιουργεί ανησυχία και άγχος στην άρρωστη.
- ✱ Αν μπορεί κάτι να γίνει με το αίτιο που προκαλεί τον πόνο. Αν μπορεί να απομακρυνθεί ή όχι.
- ✱ Αν ο εθισμός στο φάρμακο μπορεί να προκαλέσει πρόβλημα. Για άρρωστε που ο χρόνος επιβίωσης προβλέπεται να είναι μικρός, ο περιορισμός των ναρκωτικών φαρμάκων, για τον κίνδυνο του εθισμού, είναι εγκληματικός.
- ✱ Οι δραστηριότητες και οι απασχολήσεις της άρρωστης κατά την ημέρα είναι πολύ περισσότερες από την νύχτα, γι' αυτό συνιστάται η μείωση των αναλγητικών φαρμάκων τη μέρα και η αύξηση τους την νύχτα.

Αν και υπάρχουν πολλά άλλα μέσα για τον έλεγχο του πόνου, εκτός από τα φάρμακα, τα τελευταία αυτά δεν παύουν να παίζουν σπουδαίο ρόλο στον έλεγχο του.

Κατά την χορήγηση των αναλγητικών φαρμάκων, η νοσηλεύτρια(-τής) δεν πρέπει να ξεχνά ότι σε ένα μεγάλο βαθμό τα φάρμακα, ανακουφίζουν, αν η ασθενής πιστεύει πως την ωφελούν.

Μερικές φορές η νοσηλεύτρια (-τής), προσπαθεί να προστατεύσει την άρρωστη από τον κίνδυνο του εθισμού και αραιώνει το διάστημα μεταξύ των δυο χορηγήσεων του φαρμάκου. Τα αποτελέσματα μιας τέτοιας πρωτοβουλίας της, είναι το φάρμακο να μην επιδράσει αποτελεσματικά, όταν ο πόνος είναι δυνατός και η άρρωστη να πάψει να πιστεύει ότι είναι αποτελεσματικό το φάρμακο.

Γενικά, πρέπει να λεχθεί πως υπάρχει ανάγκη ενός ευρέως εκπαιδευτικού προγράμματος που θα ασχολείται με την εκπαίδευση όλων των επαγγελματιών της φροντίδας υγείας, αλλά και αυτών που καθορίζουν την πολιτική για την υγεία, στην αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο. Επιπλέον, οι πληροφορίες για τις δυνατότητες που υπάρχουν, πρέπει να γίνονται γνωστές στις ασθενείς και στις οικογένειες τους. Τέλος, επιβάλλεται, η εθνική νομοθεσία για τα φάρμακα, να τροποποιείται, αν κρίνεται αναγκαίο, προκειμένου να



διευκολύνεται η παροχή των φαρμάκων για την ανακούφιση από τον πόνο, στις καρκινοπαθείς που τα χρειάζονται.

Εκτός από αυτά τα ειδικά προβλήματα που αντιμετωπίζει η ασθενής και τα οποία χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση, την απασχολούν και άλλα γενικότερα, όπως είναι η σεξουαλικότητα της και η εργασία.

Όσον αφορά το πρώτο θέμα, η ασθενής μετά τη θεραπεία αισθάνεται σεξουαλικά μειονεκτικά. Επιπλέον, παρατηρούνται και οργανικές ανωμαλίες στον κόλπο, από ουλές σε εγχειρήσεις του γεννητικού συστήματος ή από συρρικνώσεις σε ακτινοβολία ή αφαίρεση των ωοθηκών, λόγω της ελλείψεως των ορμονών. Χρειάζεται, λοιπόν, καθοδήγηση του συζύγου να μην αυξήσει το ψυχικό τραύμα με κάποια αδέξια συμπεριφορά. Οι σεξουαλικές σχέσεις, ενθαρρύνονται να ξαναρχίζουν το δυνατό συντομότερα, μετά τη θεραπεία, εφόσον βέβαια έχει επέλθει επούλωση στο γεννητικό σύστημα.

Σχετικά με την εργασία, η επανάληψη της από την εργαζόμενη γυναίκα εξαρτάται από την ηλικία της τη γενική κατάσταση και το είδος της απασχόλησης της. Γενικά, σήμερα, θεωρείται ότι μια γυναίκα μετά από 1-2 χρόνια αναπαύσεως, πρέπει να ξαναρχίσει να εργάζεται, ώστε να μην της γενάτε το συναίσθημα ότι είναι ανάπηρη. Βέβαια, ο δεσμός της, με τη δουλειά της και η επιθυμία της, λαμβάνεται σοβαρά υπόψη.

**Κοινωνική πρόνοια.** Σε κοινωνικά προηγμένες χώρες, έχουν οργανωθεί ειδικά κέντρα αναρρώσεως, όπου παραμένουν οι ασθενείς μετά την εγχείρηση, υπό ιατρική και νοσηλευτική παρακολούθησης, η κοινωνική πρόνοια φροντίζει επίσης, για την περίθαλψη των μικρών παιδιών της ασθενούς στο σπίτι<sup>13</sup>.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 7

### 7. ΑΛΗΘΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Συχνά τίθεται το ερώτημα αν η ασθενής πρέπει να γνωρίζει την κατάσταση της ή όχι. Ένα ερώτημα που απασχολεί γιατρούς, ψυχιάτρους, εκκλησία και όλους εκείνους που εργάζονται κοντά της και ακόμα περισσότερο τους νοσηλευτές. Αυτόματα γεννιούνται τα εξής ερωτηματικά: Θα κρύψουμε την αλήθεια; Πρέπει να γνωρίζει τη διάγνωση της νόσου; Πρέπει να γνωρίζει τους ανθρώπινους υπολογισμούς για το χρόνο της ζωής της;

Ο τρόπος που η άρρωστη δέχεται την πληροφορία ότι έχει καρκίνο, συχνά εξαρτάται από την ψυχοσύνθεση και το χαρακτήρα της, την ηλικία, το πολιτιστικό επίπεδο, την πείρα από αρρώστια στο παρελθόν, από τη φιλοσοφία της για τη ζωή και τις απόψεις της γύρω από τη ζωή και το θάνατο.

Ακόμη όλες οι λέξεις δεν έχουν το ίδιο νόημα για κάθε άτομο. Αν ξέρουμε μια ορισμένη λέξη τι σημαίνει για ένα συγκεκριμένο άτομο, τότε μόνο μπορούμε να τη χρησιμοποιήσουμε. Οι εντυπώσεις, οι γνώσεις, οι παραστάσεις, οι ψυχολογικές και άλλες εμπειρίες της άρρωστης, γύρω από τη λέξη «καρκίνος», θα ρυθμίσουν τη συμπεριφορά μας απέναντι στο ερώτημα «Πρέπει η ασθενής να γνωρίζει τη διάγνωση της αρρώστιας;».

Το ερώτημα αυτό, μπορεί να απαντηθεί με τρεις τρόπους: **1)** Ποτέ δεν πρέπει η άρρωστη να γνωρίζει πως πάσχει από καρκίνο, **2)** Ποτέ δεν πρέπει να μη γνωρίζει πως πάσχει από καρκίνο και **3)** εξατομικεύεται η ανάγκη της ενημέρωσης, αλλά και του τρόπου της ενημέρωσης ότι πάσχει από καρκίνο.

Η απόκρυψη της διάγνωσης της νόσου ποτέ δεν μπορεί να είναι εξασφαλισμένη. Η άρρωστη, πολλές φορές πληροφορείται την ασθένειά της από άλλους άρρωστους, επισκέπτες και όχι σπάνια, άτεχνα από τον γιατρό ή τη νοσηλεύτρια (-τή). Η ενημέρωση της

για την ασθένεια, με τον τρόπο αυτό, αποτελεί τραυματική εμπειρία και κλονίζει την πίστη και την εμπιστοσύνη της στο γιατρό και τη νοσηλεύτρια.

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

Πρέπει να τονιστεί, ότι η άποψη της διάγνωσης της νόσου από την καρκινοπαθή, αποτελεί ηθικό και ίσως, νομικό πρόβλημα. Μεταξύ των δικαιωμάτων της, είναι να γνωρίζει την αρρώστια της και να βοηθήσει από την ομάδα υγείας να παίρνει τις σωστές αποφάσεις. Με την ενημέρωση της, περιορίζονται οι αμφιβολίες και οι υπόνοιες που έχει στα αρχικά στάδια της αρρώστιας, αποφεύγεται η διάσκεψη των ελπίδων, χωρίς περιεχόμενο που καλλιεργούνται σ'αυτήν και η διασάλευση της εμπιστοσύνης της στο προσωπικό της ομάδας υγείας. Άλλωστε, οι περισσότεροι υγιείς και οι άρρωστοι στις ΗΠΑ που ρωτήθηκαν αν ήθελαν να γνωρίζουν την αρρώστια τους, δήλωσαν ότι προτιμούν να είναι ενημερωμένοι.

Μερικές φορές, και η ενημέρωση μπορεί να προκαλέσει σύγχυση, πανικό και αν οδηγήσει, ακόμα και σε αυτοκτονία.

Είναι γεγονός, ότι η αυτοκτονία από τη διάγνωση του καρκίνου δεν είναι συχνό φαινόμενο, όταν η άρρωστη πάρει με συμπάθεια και κατανόηση τις απαραίτητες πληροφορίες και της εξηγηθούν όλες οι διαστάσεις της νόσου που δεν είναι μόνο δυσάρεστες, αλλά πολλές φορές και ελπιδοφόρες. Γενικά, επικρατεί ότι αν η ενημέρωση γίνει με πρόγραμμα, στο οποίο θα γίνεται προσπάθεια για διάλυση αβάσιμων φόβων, τοποθέτηση του καρκίνου μεταξύ πολλών ανεπιθύμητων ασθενειών, κινητοποίηση ψυχικών και φυσικών δυνάμεων της ασθενούς για αντιμετώπισης της αρρώστιας, θα βοηθήσει περισσότερες γυναίκες και δε θα βλάψει, ίσως καμιά.

Είναι βέβαιο, ότι υπάρχουν ορισμένες ασθενείς που αρνούνται πλήρως την πάθηση του και άλλες, πολύ περισσότερες που

δεν αρνούνται την πάθηση τους, αλλά δεν έχουν την ψυχική δύναμη να αντιμετωπίσουν την αλήθεια που σχετίζεται μ'αυτή. Σ' αυτές τις ασθενείς, η γνωστοποίηση κάθε πληροφορίας που σχετίζεται με την αρρώστια τους, όταν μάλιστα δεν τη ζητήσουν, μπορεί να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στον ψυχισμό τους.

Αναμφίβολα πρέπει να σημειωθεί, ότι η κάθε περίπτωση της αρρώστου και στο θέμα αυτό, πρέπει να εκτιμάται σαν ειδική περίπτωση και μ'αυτό το πνεύμα να αντιμετωπίζεται.

Δυο παράγοντες, κυρίως, είναι αποφασιστικοί στο αν η άρρωστη θα πληροφορηθεί ότι πάσχει από καρκίνο.

**Πρώτος:** Η ψυχική δύναμη και ψυχραιμία που διαθέτει η άρρωστη. Για να αποφασιστεί αν θα της λεχθεί η ανεπιθύμητη διάγνωση της νόσου, ο γιατρός και η νοσηλεύτρια πρέπει να εκτιμήσουν τη στάση της απέναντι στην αρρώστια, τι περιμένει από την ιατρική περίθαλψη, το φόβο που τρέφει για τον καρκίνο και τον θάνατο<sup>20</sup>.

Όταν η άρρωστη δεν προθυμοποιείται η ίδια να μάθει την αλήθεια, αλλά γίνεται φανερό πως την αποφεύγει, είναι προτιμότερο να προσαρμοστεί ο γιατρός και η νοσηλεύτρια στο σύστημα ψυχολογικής άρνησης του καρκίνου που έχει υιοθετήσει, παρά να το απεξαρθρώσει, χωρίς να είναι σε θέση να το αναδομήσει σε ισχυρότερη ψυχολογική βάση.

Όταν, όμως η ίδια η ασθενής απαιτεί άμεσα ή έμμεσα την αλήθεια, τότε μαζί με την επιθυμία της, ο γιατρός πρέπει να συνεκτιμήσει και την ισχύ του Εγώ και τις δυνατότητες του περιβάλλοντος της να προσφέρει την απαιτούμενη ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Γενικά, θα αποφύγει να εξαπατήσει την ασθενή, δεν θα ενεργήσει ανταγωνιστικά στις απαιτήσεις της θεραπείας και ο τρόπος που θα γνωστοποιήσει την αλήθεια θα είναι τέτοιος που δεν θα καταστρέφει την ελπίδα που μόνη αυτή μπορεί να κινητοποιεί τις βιολογικές και ψυχολογικές εφεδρείες της άρρωστης για την αντιμετώπιση της ασθένειας και των επώδυνων συνεπειών της.

**Δεύτερος:** Τα αισθήματα του γιατρού, της νοσηλεύτριας και των μελών της οικογένειας, απέναντι στην ασθένεια πρέπει να εκτιμώνται.

Τα συναισθήματα μας και ιδιαίτερα σε καταστάσεις άγχους και απώθησης, είναι μεταδοτικά. Ακόμη και η μεγάλη επιφυλακτικότητα στη χρήση της λέξεως «καρκίνος», αντανakλά σε μεγάλο βαθμό τα αρνητικά μας αισθήματα απέναντι στην αρρώστια. Επιτακτική, λοιπόν, είναι η ανάγκη το προσωπικό που έχει αναλάβει τη φροντίδα και θεραπευτική αντιμετώπιση της καρκινοπαθή, να αποφεύγει συμπεριφορά που να κρύβει φόβο, τρόμο, απελπισία, λύπη. Πρέπει με τη συμπεριφορά του να δείχνει ότι νοσηλεύεται άρρωστη που δεν έχει διαφορετική αρρώστια σε σχέση με άλλα σοβαρά νοσήματα που έχουν άλλες άρρωστες. Αλλά δυστυχώς, σε πολλούς ασθενείς η συμπεριφορά του αρμοδίου προσωπικού είναι η ακτινοβολία των αισθημάτων τους απέναντι στον καρκίνο που όχι σπάνια αφήνουν νοήματα όπως : «έχεις καρκίνο, η πρόγνωση είναι κακή και χωρίς ελπίδα. Εφ'όσον δεν έχω κάτι να αλλάξω στην προοπτική της αρρώστιας μου, σε παρακαλώ μην με ενοχλείς. Δεν μου αρέσει να ασχολούμαι με περιπτώσεις που δεν θεραπεύονται, επειδή με κάνεις να αισθάνομαι ανεπαρκής, γιαυτό σε παρακαλώ μην με ενοχλείς».

Για να γίνει η επαφή του υγειονομικού προσωπικού με την άρρωστη, θεραπευτική, πρέπει να γνωρίζουμε αυτήν, την οικογένεια της και τον εαυτό μας.

Τι πρέπει, λοιπόν, να γνωρίζουμε για την άρρωστη:

1. Το ρόλο της στην οικογένεια.
2. Την μόρφωση της.
3. Την αντίληψη που έχει για τον εαυτό της.
4. Την ωριμότητα της προσωπικότητάς της, μήπως είναι συναισθηματικά ασταθής. Την ικανότητα προσαρμογής σε προηγούμενες δυσκολίες, αν έχει την ψυχική δύναμη να δεχθεί ολόκληρη την αλήθεια.

5. Το στάδιο της αρρώστιας και τη διάρκεια.
6. Τις ερωτήσεις που κάνει.
7. Την ανάγκη συνεργασίας στη θεραπεία της.
8. Το θρήσκευμα της.
9. Τις σχέσεις της με τον γιατρό της.
10. Την προηγούμενη προσαρμογή της σε αρρώστια.
11. Αν αισθάνεται ή όχι ένοχή για την αρρώστια.
12. Τις ανάγκες της άρρωστης.
13. Την προηγούμενη εμπειρία με το θάνατο (θάνατος συγγενών, γνωστών).
14. Τον τρόπο νοσηλείας της (νοσοκομείο, σπίτι).
15. Το νόημα της παρούσας αρρώστιας για αυτήν.
16. Την επιθυμία της άρρωστης να μάθει την αλήθεια.

Ίσως σε καμία άλλη ειδικότητα της ιατρικής- με εξαίρεση ίσως την ψυχιατρική-η ανάλυση της ψυχολογικής κατάστασης της άρρωστης και της ιδιοσυγκρασίας της, έχουν τόση σημασία, όση στις καρκινοπαθείς.

Τι πρέπει να γνωρίζουμε για την οικογένεια της άρρωστης:

1. Ποιο είναι το ισχυρότερο μέλος της οικογένειας.
2. Τη στάση των μελών της οικογένειας, απέναντι στην άρρωστη.
3. Την οικονομική κατάσταση.
4. Τη στάση της οικογένειας, απέναντι στην αρρώστια και την ιατρική περίθαλψη.
5. Τις διάφορες οικογενειακές πιέσεις.

6. Τις ερωτήσεις που γίνονται από τα μέλη της οικογένειας.
7. Την ανάγκη για συνεργασία με τα μέλη της οικογένειας.
8. Τις σχέσεις και την επαφή μεταξύ των μελών της οικογένειας.
9. Αν η οικογένεια παίρνει κοινωνική βοήθεια.

Τι πρέπει να γνωρίζουμε για τον εαυτό μας.

1. Τα συναισθήματα μας απέναντι στην αρρώστια.
2. Τα συναισθήματα μας απέναντι στο θάνατο.
3. Τη φιλοσοφία μας για το θάνατο.
4. Το βαθμό επαφής που έχουμε αναπτύξει με την άρρωστη.
5. Το βαθμό επαφής που έχουμε με τα μέλη της οικογένειας της.
6. Την εμπιστοσύνη που η άρρωστη τρέφει για μας.
7. Τη δυνατότητα που έχουμε για το χειρισμό τέτοιου θέματος.

Η γνωριμία μας με την άρρωστη, την οικογένεια της και τον εαυτό μας, θα βοηθήσουν στο σωστό χειρισμό του δύσκολου θέματος «η γνωστοποίηση του καρκίνου στην άρρωστη».

Τι να ειπωθεί στην άρρωστη:

1. Η ακριβής φύση της αρρώστιας.
2. Το προσδόκιμο επιβίωσης της άρρωστης.
3. Η αισιόδοξη άποψη για την αρρώστια.
4. Η έκταση λεπτομερειών, που ζητά η άρρωστη και οι δικοί της.

Πότε θα ειπωθούν στην άρρωστη, οι παραπάνω πληροφορίες:

1. Όταν η άρρωστη βρίσκεται σε συναισθηματική ισορροπία.
2. Όταν μπορεί να δεχθεί τις πληροφορίες αυτές δημιουργικά.

3. Όταν το προσωπικό (γιατρός, νοσηλεύτρια (-τής), έχει καλή επαφή μαζί της).
4. Όταν οι σχέσεις μεταξύ των άλλων μελών της οικογένειας και της άρρωστης, είναι καλές.
5. Όταν η απόφαση της ανακοινώσεως των παραπάνω πληροφοριών, πάρθηκε αντικειμενικά.
6. Όταν υπάρχει κίνδυνος, κάποιος αναρμόδιος να της ανακοινώσει τη διάγνωση.

Πώς να ειπωθούν οι παραπάνω πληροφορίες στην άρρωστη:

1. Με το καλύτερο και καταλληλότερο για κάθε άρρωστη τρόπο. Η Ross, υπογραμμίζει τη σπουδαιότητα που έχει γι'αυτόν που ανακοινώνει στην άρρωστη της ασθένεια, να βρει ποιος είναι ο πιο συμφέρων για την κάθε συγκεκριμένη άρρωστη, τρόπος να αποκαλύψει την αλήθεια.
2. Σταδιακά και με άνεση χρόνου. Είναι επικίνδυνο να δίνονται όλες οι πληροφορίες σε μια συνάντηση την ίδια μέρα.
3. Να παρακολουθείται η επίπτωση της ενημερώσεως στην άρρωστη και να υποβαστάζεται ανάλογα.

Τις πληροφορίες μας πρέπει να κατευθύνουν η συμπόνια, η στοργή, η επαγρύπνησης, ο ανθρωπισμός, η επίγνωση της σοβαρής και ιδιόρρυθμης θέσεως, που πολλές φορές βρίσκεται η άρρωστη, η σύνεση, η προσοχή, η ανοχή και ιδιαίτερα, η περιποίηση με στοργή. Έτσι, θα μπορέσουμε να αποσπάσουμε τη συμπάθεια της και θα επιβληθούμε, ώστε να δέχεται όσα της λέμε, καθώς και την θεραπεία που της υποδείχθηκε.

Ορθά παρατηρείται από κάποιον συγγραφέα πως η φαρμακολογική αξία της αλήθειας είναι πολύ ανώτερη από εκείνη του ψεύδους. Αρκεί η αλήθεια να χρησιμοποιείται στη σωστή δόση και να προστεθεί και με τον κατάλληλο τρόπο<sup>28</sup>.



## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 8

### 8. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Η γυναίκα στην οποία διαγνώσθηκε ότι πάσχει από καρκίνο, βρίσκεται κάτω από μεγάλη συναισθηματική ένταση. Η μάχη κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική, δεν αγωνίζεται μόνο το κορμί, είναι και ψυχολογική. Οι περιπτώσεις επεκτείνονται πολύ περισσότερο από τη φυσική βλάβη που προκαλεί στο σώμα. Κι' αυτό επειδή ο καρκίνος, είναι συνώνυμος με έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αναπηρία, εγκατάλειψη ή παθητική κι αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας. Συνήθως, οι συγγενείς διακατέχονται από αισθήματα φόβου, ανησυχίας και αγωνίας. Αυτά τα αισθήματα αντανακλούν στην ασθενή και επιδεινώνουν την ψυχική ταλαιπωρία της.

Η ασθενής, μόλις μάθει τη διάγνωση, ίσως να τη δεχτεί ήρεμη, με ηρωισμό και αισιοδοξία. Όμως, αυτό δεν κρατά πολύ. Γρήγορα περνά από τα ακόλουθα στάδια:

1. Τη μάχη της άρνησης. Η ασθενής αρνείται, απωθεί τις πληροφορίες που πήρε σχετικά με την ασθένειά της.
2. Τη φάση του ερεθισμού ή τη φάση της εξέγερσης. Γίνεται απαιτητική ευερέθιστη, τα βάζει με όλους και τελικά επαναστατεί εναντίον της μοίρας της: «Γιατί εγώ και όχι άλλη;».
3. Την φάση που η ασθενής προσπαθεί να εκμαιεύσει από το περιβάλλον της την ελπίδα ότι θα γίνει καλά, με αντάλλαγμα τη συμμόρφωσή της στις επιταγές αυτού του περιβάλλοντος.
4. Την καταθλιπτική φάση που εκδηλώνεται με θλίψη, απελπισία, αισθήματα μειονεκτικότητας, αισθήματα ενοχής κ.α.

Τη φάση της παραδοχής με αξιοπρέπεια που άλλοτε παίρνει την μορφή της μοιρολατρικής εγκατάλειψης.

Για την αντιμετώπιση όλων αυτών των σταδίων που περνά η ασθενής, η νοσηλεύτρια-της πρέπει να σκύψει πάνω σ' αυτόν και τα προβλήματα της με αγάπη και κατανόηση. Η ασθενής, πρέπει να ενθαρρύνεται να μιλά για τα συναισθήματα της. Η νοσηλεύτρια οφείλει να την ακούσει με προσοχή και σοβαρότητα. Απλές σαφείς ανακοινώσεις, διευκρινήσεις παρανοήσεων, σταθερό ενδιαφέρον, ελαττώνουν τους φόβους και τις ανησυχίες.

Δεν είναι σωστό να αποφεύγεται να ειπωθεί η λέξη «καρκίνος» στην ασθενή που γνωρίζει από τι πάσχει, γιατί αυτό φανερώνει φόβο για την ασθένεια.

Η άρνηση της υποδοχής της ασθένειας, μπορεί να χαρακτηριστεί σαν καλή αντίδραση της ασθενούς, με καρκίνο κακής πρόγνωσης. Χρειάζεται, όμως μεγάλη ενίσχυση η ασθενής, όταν εκτός από την ασθένεια, αρνηθεί και τη θεραπεία.

Κατά τη φάση του ερεθισμού και της εξέγερσης η ασθενής είναι θυμωμένη με όλους. Περισσότερο ο θυμός της στρέφεται προς την οικογένεια της και τα μέλη της ομάδας υγείας. Η συμπεριφορά της είναι εριστική και απαιτητική. Η νοσηλεύτρια, πρέπει να της παραστέκεται με κατανόηση, να της μιλά ζεστά και να μην εκνευρίζεται μαζί της.

Με τη φάση του θυμού, η ασθενής περνά στο στάδιο της ηρεμίας, κατά το οποίο προσπαθεί με κάποιο αντάλλαγμα, κυρίως με το Θεό, να επιτύχει τη θεραπεία της ασθένειας της ή την αναβολή του μοιραίου. Η νοσηλεύτρια, γνωρίζοντας ότι η ελπίδα είναι σημαντική γι αυτήν, όπως και για κάθε άνθρωπο, της την προσφέρει κάθε στιγμή. Από αυτήν η ασθενής παίρνει δύναμη να συνεχίσει τις διαγνωστικές και θεραπευτικές δοκιμασίες και το σπουδαιότερο να συνεχίσει με θάρρος τις δοκιμασίες της ψυχής της.

Όταν, όμως, δεν αρχίζει να αντιλαμβάνεται τις συνέπειες της ασθένειας και πως με τίποτα πια δεν μπορεί να διαφοροποιηθεί τότε μελαγχολεί. Η φάση της καταθλίψεως είναι πολύ σοβαρή. Στην κατάθλιψη ο μοναδικός ή ο πιο κατάλληλος τρόπος βοήθειας είναι

να ενθαρρυνθεί η ασθενής να μιλήσει για ότι την απασχολεί. Η νοσηλεύτρια, πρέπει να καθίσει κοντά της και να την αφήσει να εκφράσει μόνη της τα αισθήματα λύπης που δοκιμάζει. Να την ακούσει, να της δείξει κατανόησης και να μην προσπαθήσει να τη βγάλει από τον κόσμο της πραγματικότητας. Ακόμη κι όταν η ασθενής δείχνει να μην ακούει και να είναι βυθισμένη στις σκέψεις της, δεν πρέπει να αφήνεται μόνη της.

Τέλος, η ασθενής μπαίνει στη φάση της αποδοχής. Έχει πλήρη επίγνωση ότι πρόκειται να περάσει μεγάλη δοκιμασία ή ακόμη και να πεθάνει σύντομα. Περιορίζει πολύ τα ενδιαφέροντα της, περιορίσει τις επισκέψεις σε πρόσωπα ιδιαίτερα αγαπητά και δικά της και αρκείται στη σιωπηλή παρουσία τους. Οι συγγενείς πρέπει να ενθαρρύνονται να δείχνουν την αγάπη τους στον άνθρωπο τους. Την έχει ανάγκη.

Ο φόβος της ασθενούς ότι η οικογένεια και οι φίλοι της δεν την αποδέχονται, πολλές φορές είναι πραγματικότητα. Εδώ καλείται η νοσηλεύτρια να ενισχύσει και ψυχολογικά να στηρίξει την ασθενή, ώστε να μπορέσει να αποκτήσει αισθήματα εμπιστοσύνης, ελπίδας και αισιοδοξίας.

Γενικά, η προσωπικότητα των καρκινοπαθών ασθενών, χαρακτηρίζεται από φτωχή συγκινησιακή εκφόρτιση, αδυναμία έκφρασης προς τα έξω, επιθετικών συναισθημάτων, μια προδιάθεση για βιώσιμη απόγνωση και ακαμψίας σε κρίσιμες καταστάσεις, μια τάση να είναι το άτομο συμπαθές και αρεστό στους άλλους καταπιέζοντας τις δικές του ανάγκες, επιθυμίες, συναισθήματα. Άλλοτε, είναι ανάγκη να γίνει ομαδική ψυχοθεραπεία, όπου οι ασθενείς έρχονται σε επαφή μεταξύ τους και ανταλλάσσοντας συναισθήματα και βιώματα, παίρνουν δύναμη και άλλοτε η ψυχοθεραπεία σε ατομικό επίπεδο, φέρνει καλύτερα αποτελέσματα.

Επειδή, μερικές φορές η κατάσταση της ασθενούς, ο χρόνος επιβίωσης, το επίπεδο και η προσωπικότητα της δεν μας επιτρέπουν μια παρέμβαση σαν αυτές που αναφέρθηκαν (δηλαδή ατομική

ή ομαδική), περιοριζόμαστε στην εφαρμογή μιας συμπεριφορικής αντιμετώπισης τους.

Η προσφορά μας, λοιπόν, θα είναι επιτυχής όταν συνειδητοποιήσουμε πως η «ποιότητα ζωής», παράλληλα με τη «διάρκεια ζωής», πρέπει να είναι ο στόχος μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης μας, στις ασθενείς αυτές<sup>20</sup>.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 9

### 9. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Όταν κάνουμε λόγο αποκατάσταση εννοούμε την επαναφορά του ατόμου στην προηγούμενη κατάσταση, ύστερα από διατάραξη ή αλλαγή που δέχτηκε. Σύμφωνα μ' αυτόν τον ορισμό, η αποκατάσταση αρχίζει μετά τη διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας και ασφαλώς, έτσι είναι, όταν πρόκειται για την αποκατάσταση ασθενούς μετά από χολοκυστεκτομή ή αφαίρεση ποδοκνημικού γύψου. Το ίδιο, όμως, δεν συμβαίνει και για ασθενή που έκανε λαρυγγεκτομή, παρά φύσιν έδρα, υστερεκτομία.

Σήμερα, όταν μιλάμε για αποκατάσταση, αναφερόμαστε στην προσπάθεια που καταβάλλεται από το μέλη υγείας να χρησιμοποιήσει το άτομο όλες τις ικανότητες που έχει, βιοψυχολογικές, όσο και αν αυτές φαίνονται μικρές για να ζήσει «ποιότητα ζωής», δηλαδή να μην κλαίει για το χθες και να μην τρέμει για το αύριο. Για να γίνει αυτό όμως, η ασθένεια και στην προκειμένη περίπτωση ο καρκίνος, δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο οργανικά, αλλά, συγχρόνως, ψυχολογικά και κοινωνικά.

Όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, από τη στιγμή της πρώτης ύποπτης διάγνωσης του καρκίνου, πρέπει να κρατήσουν στάση κατανόησης, σωστής επικοινωνίας και συνεργασίας με την άρρωστη. Η υποστήριξη της σ' αυτή τη φάση, είναι πολύ ουσιαστική πρέπει να αρχίσει να υιοθετεί τρόπους συμπεριφοράς που είναι δύσκολο να επηρεάσουμε ή να ελέγξουμε αργότερα.

Επειδή, στη φάση-βοήθειας αποκατάστασης της ασθενούς με τα μέλη της ομάδας υγείας-ασκεί επίδραση η οικογένεια της και το κοινωνικό της περιβάλλον, θα πρέπει στις προσπάθειες που γίνονται για αποκατάσταση να συμπεριλαμβάνονται και αυτές τόσο της οικογένειας, όσο και του περιβάλλοντος της. Πρέπει, δηλαδή, να εξετάσουμε πως η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον, επηρεάζουν την άρρωστη και πως θα μπορέσουν να προσφέρουν θετική

βοήθεια στην αποκατάσταση της. Επομένως, όταν μιλάμε γι' αυτούς τους δυο παράγοντες αναφορικά με την αποκατάσταση της ασθενούς με καρκίνο, θα πρέπει να τους δούμε με τη διπλή τους άποψη: **I)** το θετικό και υποστηρικτικό ρόλο τους στην άρρωστη και **II)** την ανάγκη των ίδιων των μελών αυτών των ομάδων, για υποστήριξη.

Είναι γεγονός πως η αρρώστια, αλλά και οι επιπτώσεις της θεραπείας (ακρωτηριασμοί μελών, παρά φύσιν λειτουργία οργάνων, αλωπεκία κ.α.) απαιτούν αναπροσαρμογές που προϋποθέτουν ψυχολογική προετοιμασία, ανθρώπινη συμπαράσταση και κατάρτιση (εκμάθησης τεχνικών). Η αποκατάσταση με τη σύγχρονη αυτή τάση θα βοηθήσει την άρρωστη να εναρμονίσει τη ζωή της με την ποιότητα ζωής που μπορεί να έχει τις ικανότητες που της έχουν μείνει.

Για να υλοποιηθεί η φιλοσοφία αυτή της αποκατάστασης, θα πρέπει οι άρρωστες που πάσχουν από καρκίνο, να φροντίζονται από ειδικευμένα μέλη της ομάδας υγείας στην καρκιнологία και την ψυχολογία του αρρώστου με καρκίνο. Επομένως, οι ειδικότητες της Ογκολογίας και της Ογκολογικής Νοσηλευτικής θα καλύψουν ένα κενό, παράλληλα δεν η ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση και η συνεχής επιμόρφωση θα συμβάλουν στη σωστή αντιμετώπιση της τόσο μεγάλης αυτής ομάδας πληθυσμού. Εκτός από την εκπαίδευση, άλλος παράγοντας, επίσης ουσιαστικός στην αποκατάσταση, είναι η διαφώτιση της κοινωνίας με επιστημονικά μελετημένο τρόπο, ώστε να αλλάξει ο αποκλειστικός προσανατολισμός που σήμερα υπάρχει προς την έννοια καρκίνος, σαν πρόβλημα και να κατευθυνθεί προς την αποκατάσταση του.

Το τρίτο παράγοντα για την υλοποίησης της σύγχρονης φιλοσοφίας της αποκατάστασης, αποτελούν τα ειδικά προγράμματα αποκατάστασης ασθενούς. Η εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών, θα αρχίζει στο νοσοκομείο και θα συνεχίζεται, πολλές φορές μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής της άρρωστης στο σπίτι με τη βοήθεια των υπηρεσιών υγείας και κοινότητας (πρωτοβάθμια περίθαλ-

ψη υγείας) και με τα κέντρα ψυχο-κοινωνικής αποκατάστασης του οικογενειακού περιβάλλοντος της άρρωστης<sup>20</sup>.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1 0

### 10. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ

Είναι γνωστό ότι ένα από τα προβλήματα στον τομέα της υγείας, είναι η δυσκολία εύρεσης νοσοκομειακής κλίνης. Στα αντικαρκινικά νοσοκομεία, το πρόβλημα αυτό είναι ιδιαίτερα οξύ.

Είναι επίσης γνωστό, ότι ο καρκίνος είναι μια μακροχρόνια ασθένεια που καταπονεί τον ασθενή και το περιβάλλον του, γιατί ο καρκινοπαθής έχει ανάγκη συχνής ιατρικής παρακολούθησης. Η εισαγωγή ή η παραμονή σε αντικαρκινικά νοσοκομεία, δεν είναι πάντοτε απαραίτητη.

Γι' αυτούς τους λόγους δημιουργήθηκε το 1979 και άρχισε να λειτουργεί πειραματικά η «Υπηρεσία Νοσηλείας στο Σπίτι» στο Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Ινστιτούτο Πειραιώς, αποστολή της οποίας είναι η παρακολούθηση και νοσηλεία των μη περιπατητικών καρκινοπαθών στο σπίτι, με προϋπόθεση την ανάπτυξη και διαμόρφωση ειδικών συνθηκών.

Οι βασικοί σκοποί που επιδιώκει η Υπηρεσία Νοσηλείας στο Σπίτι είναι:

- ✘ Να μην χρησιμοποιούνται νοσοκομειακές κλίνες για ασυλική νοσηλεία (συμπτωματική αγωγή κ.λ.π.).
- ✘ Η διαμόρφωση βασικών νοσηλευτικών δυνατοτήτων στο σπίτι που επιτυγχάνεται με την κατάλληλη εκπαίδευση των οικείων από τις νοσηλεύτριες-τές.
- ✘ Η δημιουργία ειδικών ψυχολογικών συνθηκών στον ασθενή και στη συγκεκριμένη περίπτωση στην ασθενή, με τη βεβαιότητα, ότι δεν είναι εγκαταλελειμμένης βγαίνοντας από το νοσοκομείο, αλλά ότι συνεχίζεται η παρακολούθησή της.
- ✘ Η βοήθεια από το γιατρό του νοσοκομείου, του ασφαλιστικού φορέα ή του προσωπικού της γιατρού.



- ☒ Παρέχονται στο σπίτι δωρεάν φάρμακα, γίνονται αιμοληψίες για πλήθος εργαστηριακών εξετάσεων και χορηγούνται οροί.
- ☒ Η παραμονή της ασθενούς στο γνώριμο και αρεστό σε αυτήν, οικογενειακό περιβάλλον.

Βασικοί συντελεστές στην επιτυχία του συστήματος είναι:

- ☒ Η νοσηλεύτρια, ρόλος της οποίας είναι η παροχή νοσηλευτικών φροντίδων, βάση οδηγιών του γιατρού και η ενημέρωση του γιατρού για την πορεία της ασθενούς.
- ☒ Ο γιατρός που κρίνει και αποφασίζει για τις λεπτομέρειες της αγωγής.
- ☒ Η προϊσταμένη νοσηλεύτρια, η οποία καταρτίζει το καθημερινό πρόγραμμα των νοσηλευτών για τη νοσηλεία.
- ☒ Η γραμματέας της μονάδας και
- ☒ Η Κοινωνική Υπηρεσία του ιδρύματος.

Κατά το Σύστημα αυτό, δόθηκαν αμέτρητες νοσηλείες και βοηθήθηκαν πολλοί ασθενείς, συνάνθρωποι μας. Το Σύστημα αποδίδει και θα ήταν καλό να εφαρμόζεται όχι μόνο στα αντικαρκινικά νοσοκομεία, αλλά στα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας, ώστε κάθε καρκινοπαθής ασθενής να έχει τη δυνατότητα να νοσηλευτεί στο οικείο του περιβάλλον, όπου θα δοκιμάσει μικρότερη συναισθηματική ένταση, παίρνοντας ωστόσο την κατάλληλη θεραπεία και νοσηλευτική φροντίδα<sup>14</sup>.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1 1

### 11. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΑ ΤΕΛΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Σε ένα αντικαρκινικό νοσοκομείο, ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ίσως δει κανείς αρκετές, όμως αν παρατηρήσει καλύτερα, θα καταλάβει πως η καθεμία τους έχει μια διαφορετική ασθένεια, γιατί ακριβώς η καθεμία βιώνει το πρόβλημα της διαφορετικά. Σε πολλές, ίσως σημαίνει υπερβολικό πόνο, σχεδόν όμως σε όλες, μια σοβαρή απειλή για την ζωή τους.

Η καρκινοπαθής που βρίσκεται στα τελικά στάδια της ζωής της, γεύεται τον πόνο στην τρισδιάστατη μορφή του το σωματικό πόνο, τον συναισθηματικό πόνο και τον κοινωνικό.

Στην καρκινοπαθή που πεθαίνει δεν μας ενδιαφέρει πλέον η ποσότητα, αλλά η ποιότητα της ζωής, επομένως η ανακούφιση του πόνου με τη χρησιμοποίησης οποιουδήποτε μέσου είναι καθήκον μας.

Ο φόβος, η αγωνία για το άγνωστο και η μελαγχολία, εντείνουν το συναισθηματικό της πόνο. Αναπολεί το παρελθόν και τρέμει για το μέλλον. Η συμπαράσταση της νοσηλεύτριας θα την βοηθήσει να ξεπεράσει τη συναισθηματική της ένταση. Για τον άνθρωπο που πεθαίνει, η στερνή αγάπη μπορεί να δώσει κανείς, αποτελεί υπέρτατο χέρι και να της μιλά. Για την ασθενή που βρίσκεται στην απομόνωση, αυτό αποτελεί λαμπρό έργο της νοσηλεύτριας.

Η υποψία ότι οι άλλοι δεν την αποδέχονται και ότι ίσως την λυπούνται, διεγείρει τον κοινωνικό της πόνο. Μαζί με την φροντίδα, τη στοργή και την αγάπη της νοσηλεύτριας, χρειάζεται και διδασκαλία στο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον. Δεν πρέπει ούτε στιγμή να καταλάβει η ασθενής πως δεν την αποδέχονται ή πως την λυπούνται. Καλό είναι να της μιλάνε απλά, να την ενημερώνουν

για θέματα της οικογένειας με ευχάριστο τρόπο και να προσπαθούν να της εμπνεύσουν γαλήνη.

Το έργο της νοσηλεύτριας, τελειώνει με την προσέγγιση της ασθενούς στο Θεό (σεβόμενη την ασθενή άλλης θρησκείας). Δεν πρέπει ούτε μια στιγμή να καθυστερήσει αν η ασθενής ζητήσει ιερέα. Ακόμη κι αν η ασθενής δεν μιλά λόγω τραχειοστομίας, αυτή θα πρέπει να μεριμνήσει, ώστε τα ήρεμα λόγια του ιερέα να γαληνεύσουν την ψυχή της και να δεχτεί απλά, την τελευταία δοκιμασία σ' αυτόν τον κόσμο, τον θάνατο.

Είναι πολύ λίγα, πραγματικά αυτά που μπορούμε να προσφέρουμε σε μια ή σε ένας ετοιμοθάνατο καρκινοπαθή αγάπη, φροντίδα, κατανόησης, ελπίδα για τη μεταθανάτια ζωή και σωτηρία. Ας τα προσφέρουμε σαν την τελευταία ένδειξη ανθρωπιάς<sup>14</sup>.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1 2

### 12. ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας-τη στην πρωτογενή πρόληψη του τραχηλικού καρκίνου, είναι πολύ σημαντικός. Κυρίως, πρέπει να εστιάζεται στην ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού για τη σπουδαιότητα του κυτταρολογικού ελέγχου Pap test, από την πρώτη σεξουαλική επαφή. Η ενημέρωση, θα πρέπει να αφορά, πρώτιστα, νεαρές γυναίκες και γυναίκες απομακρυσμένων περιοχών, γιατί τα ποσοστά εμφάνισης παρουσιάζονται ιδιαίτερα υψηλά σε αυτές τις δυο κατηγορίες γυναικών. Η διαφώτιση, είναι ανάγκη να ξεκινά με επιδέξιο και διακριτικό τρόπο από τη σχολική ηλικία και να παρέχει τις κατάλληλες πληροφορίες, σχετικά με την εκτέλεση της εξέτασης αυτής, η οποία είναι περισσότερο προληπτική και λιγότερο διαγνωστική.

Επίσης, χρέος της νοσηλεύτριας είναι να πληροφορήσει για τους παράγοντες που προδιαθέτουν σε καρκίνο του τραχήλου και κυρίως για τη συσχέτιση της πρόωρης έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας, αλλά και των πολλαπλών συντρόφων. Επιπλέον η αναφορά στα πρώτα συμπτώματα της νόσου, τα οποία θα πρέπει να θορυβούν τη γυναίκα και να την οδηγήσουν στο γιατρό, είναι υψίστης σημασίας.

Πρέπει να τονιστεί, ότι η δυνατότητα που προσφέρεται στη γυναίκα, με τους προληπτικούς ελέγχους και την αφύπνιση της, να διαγνώσει τον καρκίνο στο αρχικό στάδιο, προσφέρει αυξημένα ποσοστά ίασης.

Κατά την διαφώτιση του κοινού για τον καρκίνο, η νοσηλευτική μεταφέρει το μήνυμα πως η νόσος αυτή είναι η μοναδική ασθένεια του αναπόφευκτού θανάτου, αν δεν θεραπευτεί και της ζωτικής σημασίας της έγκαιρης θεραπείας.

Η εφαρμογή τόσο της πρωτογενούς, όσο και της δευτερογενούς πρόληψης, η οποία δευτερογενής ξεκινά με την παροχή φροντίδας στα πρώτα ενοχλήματα, στο αρχικό στάδιο, δεν εξαρτάται μόνο από τη νοσηλεύτρια, αλλά και από το ίδιο το άτομο και το ενδιαφέρον για την υγεία του, από το γιατρό και την πολιτεία που έχει χρέος να διαφωτίσει το γυναικείο πληθυσμό με όσα μέσα διαθέτει, τηλεόραση, εφημερίδες, έντυπα, οργάνωση ομαδικών συγκεντρώσεων.

Στη χώρα μας, η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία που ιδρύθηκε το 1959, είναι ο μόνος επίσημος Εθνικός Υγειονομικός Οργανισμός που έχει καταρτίσει και εφαρμόζει πρόγραμμα διαφώτισης του κοινού και ενημέρωσης των γιατρών και νοσηλευτών στις νέες εξελίξεις του καρκίνου στις νέες μεθόδους διαγνώσεως, θεραπείας και ανίχνευσης των καρκινοπαθών<sup>20</sup>.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1 3

### 13. ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο, έχει ήδη γίνει ειδικότητα της νοσηλευτικής διεθνώς, χωρίς αυτό να σημαίνει πως όλες οι χώρες, έχουν αναπτύξει επίσημα προγράμματα ειδίκευσης. Η ανάγκη της ειδίκευσης αυτής του νοσηλευτικού προσωπικού, δημιουργήθηκε από το γεγονός ότι όλοι (επαγγελματίες υγείας, κοινωνία) αντιλαμβάνοντας πως:

☛ Το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει εξειδικευμένες γνώσεις και ανάλογη πείρα στη νοσηλεία του αρρώστου με καρκίνο, ικανοποιεί πολύ μεγάλο φάσμα όχι μόνο βιολογικών, αλλά και ψυχοκοινωνικών αναγκών του αρρώστου αυτού.

☛ Οι ευθύνες της νοσηλεύτριας (-τή) στη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου, στην οποία περιλαμβάνονται και η αποκατάσταση, δεν περιορίζονται μόνο στο νοσοκομείο, αλλά επεκτείνονται και στο σπίτι του.

☛ Ο ρόλος της νοσηλεύτριας (-τή), εκτός από τον άρρωστο, επεκτείνεται στην προσφορά σωστής βοήθειας και στα μέλη της οικογένειας του και στους οικείους του και είναι πολύ ουσιαστικός στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση της αρρώστιας.

Η ανάγκη της καλύτερης ενημέρωσης του νοσηλευτικού προσωπικού στην ογκολογική νοσηλευτική, οδήγησε στην ίδρυση Κοινωνίας Ογκολογικής Νοσηλευτικής ( Oncology Nursing Society ), με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων και αλληλοβοήθειας. Το 1978 κυκλοφόρησε το περιοδικό: Cancer NursingQ An International Journal for Cancer Care για την κάλυψη της ανάγκης ενημερώσεως στα νέα επιστημονικά δεδομένα για την αρρώστια και τη νοσηλευτική βοήθεια του ατόμου που πάσχει από αυτήν. Παράλληλα, συνέχεια γίνονται νοσηλευτικές έρευνες για μια πιο ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα στον άρρωστο με καρκίνο. Βέβαια, σήμερα

είναι αδύνατον όλοι οι άρρωστοι που πάσχουν από καρκίνο να νοσηλεύονται από ειδικευμένη νοσηλεύτρια στην ογκολογική νοσηλευτική, είναι όμως δυνατόν όλες οι νοσηλεύτριες που νοσηλεύουν ασθενείς, με καρκίνο να γνωρίζουν ότι καινούργιο υπάρχει στη νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με καρκίνο<sup>20</sup>.

## Κ Ε Φ Α Λ Λ Α Ι Ο 1 4

### 14. ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ, ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.

#### 14.1 Α ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ.

##### Ιστορικό ασθενούς.

Η κυρία Σ. Β. ετών 37, εισήλθε στο Γενικό Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου, στη γυναικολογική κλινική στις 15/10/1998, συνοδευόμενη από το σύζυγό της, με διάγνωση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας τύπου CINII.

Ήταν περιπατητική και η γενική της κατάσταση, ήταν καλή. Είχε αρτηριακή πίεση 120/70mmHg, σφύξεις 98/λεπτά, λόγω άγχους, θερμοκρασία 36.7 0C και αναπνοές 18/λεπτά. Κατά την εισαγωγή της, είχε έκδηλα αισθήματα φόβου και ανησυχίας.

Συμπληρώνοντας το νοσηλευτικό ιστορικό, τα στοιχεία του οποίου συγκεντρώθηκαν από την ίδια την ασθενή, το σύζυγό της, και από προηγούμενο ιστορικό, οι πληροφορίες που συλλέχθησαν είναι οι εξής: η ασθενής είναι έγγαμη, δημόσια υπάλληλος και μητέρα τριών παιδιών. Επίσης, είναι μόνιμη κάτοικος Πατρών.

Όσον αφορά το ιστορική υγείας, πάσχει από υποθυρεοειδισμό που αντιμετωπίζεται με θυρεορμονική αγωγή και παλαιότερα, είχε εμφανίσει τραχηλίτιδα, η οποία εντοπίστηκε κατά την εκτέλεση κυτταρολογικού ελέγχου. Στην οικογένειά της, δεν υπάρχει ιστορικό καρκίνου.

Όπως, ανέφερε η ίδια, η έμμηνος ρύση εμφανίστηκε σε ηλικία 12 ετών και ήταν φυσιολογική, μέχρι τα 35 χρόνια της. Όπου παρουσιαζόταν έντονο άλγος κατά την διάρκειά της. Η πρώτη της σεξουαλική επαφή ήταν σε ηλικία 19 ετών και από τότε εκτελεί Test



Παρ κάθε χρόνο. Σε ερώτηση αν αισθανόταν ενόχληση κατά τη συνουσία, απάντησε πως μερικές φορές και κυρίως τα τελευταία δύο χρόνια.

Μέχρι την ηλικία των 24 ετών, οπότε και τεκνοποίησε με φυσιολογικό τοκετό, χωρίς επιπλοκές, χρησιμοποιούσε αντισυλληπτικά δισκία. Οι επόμενοι τοκετοί, οι οποίοι ήταν και αυτοί φυσιολογικού, ακολούθησαν σε ηλικία 26 και 27 ετών.

Στις οκτώ του ίδιου μήνα, είχε επισκεφθεί τα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής για την προγραμματισμένη εξέταση Test – Pap. Το αποτέλεσμα του κυταρολογικού ελέγχου, ήταν εικόνα συμβατή με CINII ( τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία τύπου II). Παρατηρήθηκαν κύτταρα αρκετά δυσκαριωτικά, κύτταρα από πλακώδες επιθήλιο του εξωτραχήλου με υπερχρωματία του πυρήνα, αδρή κατανομή της χρωματίνης και διαταραχή πυρηνοπλαστικής αιτιολογίας.

Σε εξέταση των καρκινικών αντιγόνων, βρέθηκαν οι εξής τιμές: ( A-19,9 ( καρκινικό αντιγόνο )=7,04/ml, Φ.Τ.=0,0-37,0, (A125 ( αντιγόνο ωοθηκών )=8,04/ml, Φ.Τ.=0,0-35,0, CA15,3 ( αντιγόνο καρκίνου μαστού )=16,0 κ/ml, Φ.Τ.=0,0-23,0, CEA( καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο )=1,4 ng/ml, Φ.Τ.=0,0-10,0, A- FETO α-εμβρυϊκή σφαιρίνη=5,5ng/ml, Φ.Τ.=0,0-20,0.

Η κ. Ξ. δεν εμφάνιζε συμπτώματα παρά μόνο μικρή ποσότητα λευκόρροιας που την απέδιδε στην προηγούμενη τραχηλίτιδα.

Στις 16/10/98, εκτελέστηκε κωνοειδής εκτομή του τραχήλου. Η βιοψία έδειξε ότι τμήμα του τραχήλου, είχε ικανοποιητικό βαθμό χρόνιας ενεργής φλεγμονώδους διήθησης. Επίσης, αναυρέθησαν εστίες σοβαρού βαθμού δυσπλασίας, ως και καρκίνωμα in situ του πλακώδους μεταπλασθέντος επιθηλίου της ζώνης μετάπτωσης. Οι αλλοιώσεις επεκτείνονταν και στα ενδοτραχηλικά αδένια.

Μετά από δέκα ημέρες, προγραμματίστηκε αξονική τομογραφία κάτω κοιλίας, τα ευρήματα της οποίας ήταν: το κατώτερο ήμισυ του οπίσθιου περιτοναϊκού χώρου, ελεύθερο παθολογίας, η ουρο-

δόχος κύστη, επίσης άνευ παθολογίας, διόγκωση και ανομοιογενή σύσταση του τραχήλου της μήτρας και διήθηση που επεκτείνεται προς τη μήτρα.

Η ασθενής, εκτός από τη λευκόρροια που παρουσίαζε στην αρχή εμφάνισε και σταγονοειδής αιμορραγία, η οποία εμφανιζόταν, κυρίως, μετά τη συνουσία.

Στις 18/11/98, αποφασίστηκε να εκτελεστεί ολική υστερεκτομή άνευ εξαρτημάτων με λεμφαδενικό καθαρισμό, μετά από ενημέρωση της ασθενούς και του συζύγου της. Η ασθενής, είχε καλή μετεγχειρητική πορεία και η επέμβαση ήταν επιτυχής.

Το εξιτήριό της έγινε στις 26/11/98, αφού πρώτα ενημερώθηκε από τον θεράποντα γιατρό ότι κάθε έξι μήνες θα πρέπει να κάνει επαναληπτικές εξετάσεις ( test – pap, κυστεοσκόπηση, ακτινογραφία θώρακος, καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο ).

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Αναγκες-προβλήματα Νοσηλευτική Διδύνωση</p> <p>1. Η ασθενής, εισήχθη στις 15/10/98 στη γυναικολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου, παρουσιάζοντας λευκόρροια και σταγονοειδή αιμορραγία που φεύεται σε καρκίνο του Τραχήλου της μήτρας του τύπου CIN (στάδιο 0)</p>	<p>1. Η ασθενής να προσαρμοστεί, σε σύντομο χρονικό διάστημα, στο Περιβάλλον του νοσοκομείου.</p> <p>2. Να αντιμετωπιστεί η λευκόρροια και η σταγονοειδής αιμορραγία στην επόμενη μια ώρα.</p>	<p>1. Η νοσηλεύτρια-της, να οδηγήσει την ασθενή στο θάλαμο της και να την ενημερώσει για τους χώρους της κλινικής.</p> <p>2. Η ασθενής, να ενημερωθεί ότι μετά τη θεραπευτική αντιμετώπιση, τα συμπτώματα της νόσου θα υποχωρήσουν.</p> <p>3. Να γίνει τοπική καθαριότητα και τοποθέτηση επιθεμάτων που θα αλλάζονται, συχνά και από την ίδια την ασθενή, μετά από διδακασία της.</p> <p>4. Να ενημερωθεί η Λογούσοια.</p>	<p>1. Η ασθενής, οδηγήθηκε στο θάλαμο της, τον οποίο τον μοιραζόταν με μια άλλη ασθενή που αντιμετώπιζε το ίδιο πρόβλημα με αυτή, αλλά βρισκόταν στο στάδιο της αποθεραπείας. Της εξηγήσαμε ότι ο θάλαμος διαθέτει λουτρό και ότι κοντά στο κρεβάτι της, βρίσκεται κομοδίνο, όπου μπορεί να βάλει τα προσωπικά της αντικείμενα. Επίσης, την ενημερώσαμε για το σύστημα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό και τον τρόπο λείψυγιάς του, καθώς και για τις ώρες του επισκεπτηρίου.</p>	<p>Η ασθενής, μετά από μια ώρα είχε τακτοποιηθεί στο θάλαμο και άρχισε να προσαρμόζεται. Σε αυτό βοήθησε τόσο η δική μας ενημέρωση, όσο και η συζήτηση με την άλλη ασθενή που την ενημέρωσε για τον τρόπο λείψυγιάς της κλινικής. Επίσης, ανακουφίστηκε από τα συμπτώματα, αλλά κατανόησε πως αυτά θα υφίστανται, έως ότου αντιμετωπιστεί ριζικά η αρχική αιτία, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας.</p>

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-πρόβλήματα Νο- σηλεύτρια Διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<p>2. Η ασθενής, ενημερώθηκε, ότι η λευκόρροια και η σταγονοειδής αιμορραγία, θα ελέγχουν μετά την εφαρμογή της θεραπείας.</p> <p>3. Έγινε τοπική καθαριότητα με χλιαρό νερό και ουδέτερο σαπούνι και τοποθετήθηκε σεβιέτα. Κατά την εκτέλεση της νοσηλεύτριας φροντίδας, της εξηγήσαμε τη διαδικασία, ώστε να φροντίζει και η ίδια τον εαυτό της. Παράλληλα, της τονίσαμε την ανάγκη να αλλάξει σεβιέτα, όταν κρινεται αναγκαίο, για την αποφυγή κακοσμίας, για την άνεση της ίδιας, αλλά και για μείωση του κινδύνου για κοιλιακή φλεγμονή.</p> <p>4. Έγινε ενημέρωση της λογοδοσίας.</p>	<p>Η ασθενής, μετά από μια ώρα είχε τακτοποιηθεί στο θάλαμο και άρχισε να προσαρμόζεται. Σε αυτό βοήθησε τόσο η δική μας ενημέρωση, όσο και η συζήτηση με την άλλη ασθενή που την ενημέρωσε για τον τρόπο λειτουργίας της κλινικής.</p> <p>Επίσης, ανακουφίστηκε από τα συμπτώματά, αλλά κατανόησε πως αυτά θα υφίστανται, έως ότου αντιμετωπιστεί ριζικά η αρχική αιτία, ο καρκίνος του Τραχήλου της μήτρας.</p>

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διδγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>2. Λήψη ζωτικών ση- μείων και ιστορικού</p>	<p>1. Να γίνει έλεγχος γενικής κατάστασης της ασθενούς. 2. Να συλλεχθούν πληροφορίες που θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της κατάστασης της ασθενούς.</p>	<p>1. Να ληφθεί η αρτηριακή πίεση, οι σφύξεις, η θερμοκρασία και οι αναπνοές 2. Να ενημερωθεί η ασθενής για το σκοπό της λήψης του ιστορικού. 3. Οι πληροφορίες να συγκεντρωθούν από την ίδια την ασθενή, το σύζυγο της και αν είναι δυνατόν, από το στενό της περιβάλλον και από προηγούμενο νοσηλευτικό-ιατρικό ιστορικό. 4. Οι πληροφορίες να αφορούν το ατομικό ιστορικό υγείας, το οικογενειακό, το γυναικολογικό και μευαϊτικό. 5. Οι ερωτήσεις να γίνονται με λεπτότητα και διακριτικότητα και με τρόπο που να μη προσβάδουν την προσωπι-</p>	<p>1. Ελήφθησαν τα ζωτικά σημεία τα οποία ήταν: Α.Π. = 120/70 mmHg, σφ=98/min, Θ=36,7C και αν=18/min 2. Η ασθενής, ενημερώθηκε ότι οι ερωτήσεις για προσωπικά της θέματα είναι απαραίτητο να γίνουν για να σχηματίσουμε μια ολοκληρωμένη άποψη για την υγεία της, προκειμένου να γίνει σωστή αντιμετώπιση της κατάστασης της. 3. Οι πληροφορίες συγκεντρώθηκαν από την ίδια την ασθενή, το σύζυγο της και από προηγούμενο ιστορικό και αφορούσαν γενικά στοιχεία για τη ζωή της, όπως την οικογενειακή της κατάσταση και τον τόπο κατοικίας, ασθένειες που είχε περάσει στο παρελθόν, το χρόνο που έγινε η διάγνωση της νόσου και τον τρόπο, ασθένειες της</p>	

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλεύτρια Διδάσκουσα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		κρίτητα της ασθενούς	<p>Οικογένειας της και κυρίως, καρκινικοί, ερωτήσεις για την έναρξη της εμμηνορρουσίας και για τα χαρακτηριστικά της, για την έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων, τη χρήση αντισυλληπτικών διακίων και ερωτήσεις για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό.</p> <p>4. Κατά την εκτέλεση των ερωτήσεων, προσπαθήσαμε να μη φέρουμε σε δύσκολη θέση την ίδια και το σύζυγο της, γι αυτό και δεν επιμείναμε σε ερωτήσεις που δυσκολεύονταν να απαντήσουν. Ο λόγος μας ήταν απλός και φιλικός και διαθέσαμε αρκετό χρόνο που θα τους έδινε την ευχέρεια να απαντήσουν.</p>	<p>Η γενική της κατάσταση, ήταν πολύ καλή και μάλλον ήταν σε θέση να αυτοεξυπηρετείται. Όσον αφορά τη συνεργασία κατά τη λήψη του ιστορικού, τόσο η ίδια, όσο και ο σύζυγός της, δεν είχαν ιδιαίτερο πρόβλημα με τις ερωτήσεις και απαντούσαν άμεσα. Σε αυτό συνέβαλε η ηλικία τους, οι οποίοι ήταν σχετικά νέοι, αλλά και το μορφωτικό τους επίπεδο. Κατά τη λήψη του ιστορικού, η ασθενής απεκάλυψε ότι ο καρκίνος διαγνώστηκε κατά την εγκύωση προγραμματισμένης</p>

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική Διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
3. Διαταραχές στην ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς που οφείλονται στην ενημέρωση ότι έχει προσβληθεί από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, μετά την επέκταση του test-Παπανικολάου	Η ασθενής, να επανέλθει σε φυσιολογική ψυχολογική κατάσταση στα αμέσως επόμενα δυο 24ωρα.	-κόρητα της ασθενούς.  1. Η νοσηλεύτρια-της, να υποστηρίξει ψυχολογικά την ασθενής καθόλη τη διάρκεια των ψυχολογικών διακυμάνσεων της (άρνηση, εξέγερση, ελπίδα, κατάθλιψη, Παραδοχή). 2. Να διαθέσει το νοσηλευτικό προσωπικό απαιτούμενο χρόνο και υπομονή. 3. Να γίνει ψυχολογική υποστήριξη της ομογένειας, αλλά και της ασθενούς από το οικογενειακό και φιλικό περι-	1. Όταν έγινε η ανακοίνωση της νόσου στην ασθενή, η νοσηλεύτρια ήταν παρούσα και αμέσως διαπίστώθηκε το Shock που υπέστη. Διέθεσε, περισσότερο από δυο 24ωρα για την αντιμετώπιση των σταδίων που διήλθε η ψυχολογία της. - Κατά τη φάση της άρνησης, η ασθενής αρνήθηκε όχι μόνο ότι πάσχει από καρκίνο, αλλά και την εκτέλεση περαιτέρω διαγνωστικών εξετάσεων	Εξέτασης test-pap. Η αίσθησής μας είναι, ότι μετά την επικοινωνία μας, η ασθενής ένωθε με-γαλύτερη εμπιστοσύνη και σφάλλεια προς το νοσηλευτικό προσωπικό.

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΕΙΟΔΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική Διδάγωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		βάλλον.	<p>η νοσηλεύτρια της εξήγησε ότι το στάδιο, στο οποίο βρίσκεται, έχει πολύ καλή πρόγνωση και πιθανότητα ίασης 100%, αν γίνει έγκαιρα η θεραπευτική αντιμετώπιση. Για το λόγο αυτό της τόνισε, ότι η συνεργασία της με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Στη συνέχεια των διαγνωστικών εξετάσεων και στην έναρξη της θεραπείας, είναι αναγκαία για να διατηρηθεί στη ζωή.</p> <p>- Κατά τη φάση του ερεθισμού και της εξέγερσης, το νοσηλευτικό προσωπικό κατανόησε αυτή την αντίδραση, της μιλούσε ζεστά και σε καμία περίπτωση δεν εκνευρίστηκε, όταν αρνήθηκε κάθε συνεργασία σε εξετάσεις που επρόκειτο να εκτελεστούν.</p> <p>Μετά το στάδιο του θυμού, το στάδιο του θυμού,</p>	



## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<p>η ασθενής ηρέμισε και προσπαθούσε με κάποιο ανάλλαγμα να επιτύχει τη θεραπεία της ασθένειάς της. Οι νοσηλεύτριες γνωρίζοντας ότι η ελπίδα είναι πολύ σημαντική γι αυτήν, όπως και για κάθε άνθρωπο την πρόσφεραν κάθε στιγμή, δίνοντας την δύναμη να συνεχίσει τις διαγνωστικές και θεραπευτικές δοκιμασίες.</p> <p>- Κατά το στάδιο της μελαγχολίας, στο οποίο επιήλθε, μόλις συνειδητοποιήσει τις συνέπειες της ασθένειάς, η νοσηλεύτρια την ενθάρρυνε να μιλήσει για ότι την απασχολεί, χωρίς να την διακόπτει και να προσπαθεί να την επαναφέρει στην πραγματικότητα.</p> <p>- Στο στάδιο της αποδοχής, η ασθενής είχε κατανοήσει ότι πρόκειται να περάσει,</p>	

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΕΙΟΔΟΓΗΘΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική Διδγνώση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<p>μια μεγάλη δοκιμασία για- το και άρχισε να αποξενώ- νεται τόσο από την οικογέν- εια της, όσο και από τον κοινωνικό περίγυρο. Σε αυ- τή τη φάση, η μεγαλύτερη συμβολή ήταν της οικογέν- ειας, η οποία έπρεπε να ενθαρρυνθεί να δείχνει α- πειριόριστα την αγάπη της στον άνθρωπό της.</p> <p>2. Όταν ανακοινώθηκε η νόσος η συγγενείς ενημε- ρώθηκαν πλήρως για την κατάσταση της ασθενούς, ώστε να μπορέσουν να τη στηρίξουν στις σωματικέ και ψυχολογικές δοκιμασίες που θα ακολουθήσουν. Ε- πίσης ενημερώθηκαν με α- κριβεία για την θεραπευτι- κή αντιμετώπιση καθώς και τις συνέπειες της. Ακόμα, επισημάνθηκε τόσο στην οικογένεια, όσο και στους φίλους, η αναγκαιότητα ότι σε καμιά περίπτωση δεν</p>	

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική Διδάχνη	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>4) Προετοιμασία για εκτέλεση κωνοειδούς εκτομής</p>	<p>Η ασθενής, να προετοιμαστεί ψυχολογικά και σωματικά για την εκτέλεση της επέμβασης, 24 ώρες πριν.</p>	<p>1. Να ενημερωθεί η ασθενής για το είδος της εξέτασης. 2. Να της δοθεί χρόνος για να εκφράσει τις απαιτήσεις και τους φόβους.</p>	<p>Πρέπει να απομονώσουν την ασθενή και να της δείξουν ότι την λυτούνται. Τέλος, ενημερώθηκαν και για τα προαναφερθέντα στάδια, από τα οποία θα διέλθει η ασθενής, καθώς και για τη στάση που πρέπει να κρατήσουν.</p>	<p>Μέσα σε τρία 24ωρα, σταθεροποιήθηκε η ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς, τόσο με την δική μας υποστήριξη, όσο και με της οικογένειάς της. Δέχτηκε να υπακούσει σε όλες της ιατρικής και νοσηλευτικές υποδείξεις και να συμπεραστεί στις διγνωστικές εξετάσεις που θα ακολουθήσουν.</p>

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διδγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<p>3. Να γίνει κατάλληλη θρέψη.</p> <p>4. Να γίνει λουτρό και καθαριότητα του εντερικού σωλήνα.</p> <p>5. Να εξασφαλιστεί επαρκής και καλός ύπνος.</p> <p>6. Την ημέρα της επέμβασης να γίνει κένωση της κύστης και καθετηριασμός.</p> <p>7. Η ασθενής, να ενημερωθεί ότι μετά την εξέταση θα οδηγηθεί στο δωμάτιο της.</p>	<p>2. Στη συνέχεια, η ασθενής διατύπωσε τις απορίες της που αφορούσαν το αν έχει τις αισθήσεις της και αν υπάρχουν επιπλοκές μετά την εξέταση. Την ενημερώσαμε πως εφαρμόζεται γενική αναισθησία και ότι οι επιπλοκές που μπορεί να εμφανιστούν είναι, κυρίως, το άλγος και η μόλυνση. Η αιμορραγία με την τοποθέτηση ραμμάτων πριν την εξέταση, έχει μειωμένη πιθανότητα να εμφανιστεί. Όσον αφορά, το άλγος τη διαβεβαιώσαμε πως αντιμεωτίζεται με τη χορήγηση αναλγητικών και έτσι δεν θα υποφέρει.</p> <p>3. Την προηγούμενη ημέρα, έγινε ιδιαίτερη φροντίδα στη διατροφή της. η οποία ήταν πλούσια σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες. Έξι ώρες, όμως, πριν από την</p>	

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική Διδγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<p>επέμβαση δεν πήρε τίποτα από το στόμα.</p> <p>4. Η ασθενής, εκτέλεσε μόνη της το μπάνιο της και το απόγευμα της κάναμε καθαρτικό υποκλύσμο.</p> <p>5. Της επιστηράναμε την αναγκαιότητα να κοιμηθεί νωρίς για να είναι ξεκούραστη και χαλαρή την ημέρα της επέμβασης. Η αύτινία και η κόπωση, της εξηγήσαμε ότι δεν βοηθά στην ομαλή πορεία, μετά την επέμβαση.</p> <p>6. Την ημέρα της επέμβασης, έγινε καθητηριασμός, 6 ώρες πριν και δεύτερο υποκλύσμο της εξηγήσαμε ότι μόλις συνέλθει θα επιστρέψει στο δωμάτιο της.</p>	<p>Η ασθενής προετοιμάστηκε κατάλληλα σωματικά, αλλά της ήταν αδύνατον να κοιμηθεί. Έγινε αντιμετώπιση της αύπνιας και την επόμενη ημέρα εκτέλεστηκε η κωνοειδής εκτομή. Τα αποτελέσματα ήταν: Ικανοποιητικός βαθμός χρόνιας ενεργής φλεγμονώδους, διήθησης, σοβαρός βαθμός δυσπλασίας CIN III, ως και καρκίνωμα in situ του τρακώδους μεταπλασθέντος επιθηλίου της ζώνης μετάπτωσης και αλλοιώσεις που επεκτείνονταν στα ενδοτραχηλικά αδένα.</p>

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διδγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>5. Αύπνια που οφείλεται σε ανησυχία για την κωνοειδή εκτομή που πρόκειται να εκτελεστεί την επόμενη ημέρα</p>	<p>Η ασθενής να ηρεμήσει, μέσα σε μία ώρα και να αναπταυθεί για την αυριανή διαγνωστική δοκιμασία.</p>	<p>1. Να υπενθυμίσουμε στην ασθενή τη σπουδαιότητα της σωματικής ξεκούρασης. 2. Να τη βεβαιώσουμε ότι βρίσκεται σε έμπειρα ιατρικά και νοσηλευτικά χέρια και ότι θα γίνει ότι είναι δυνατό για να είναι ανώδυνη η εξέταση. 3. Να επιδώσουμε τις απορίες της. 4. Να εξαλειφθούν ή να μειωθούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ένταση και προκαλούν αύπνια. 5. Να συμβουλευθεί να κάνει ζεστό μπάνιο για να χαλαρώσει και να της δοθεί ζεστό ρόφημα. 6. Να εξασφαλιστούν προϋποθέσεις που θα τη</p>	<p>1. Τονίσαμε για μια ακόμη φορά στην ασθενή πως η πορεία της υγείας της, μετά την επέμβαση όσον αφορά την εμφάνιση επιπλοκών Δεν εξαρτάται μόνο από τους γιατρούς αλλά και από την ίδια. Γι' αυτό και θα πρέπει να προσπαθήσει να κοιμηθεί, γιατί η σωματική της ανάπαυση, είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει στην ομαλή μετεγχειρητική πορεία. 2. Τη διαβεβαίωσαμε ότι θα έχει την καλύτερη νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα, και που επιβεβαιώθηκε και από την ασθενή που μοιραζόταν το θάλαμο. 3. Μας εξέφρασε την ανησυχία της, αν το σώμα της θα έχει κάποια αλλαγή. Τη διαβεβαίωσαμε πως ο φόβος αυτός είναι αβάσιμος.</p>	

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική Διδγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
6. Έντονη ανησυχία που φεύχεται σε άλλους στα έσω γεννητικά όργανα, μετά	Η ασθενής να ανακουφιστεί από το άλγος, εντός μισής ώρας,	<p>1. Να γίνει διδασκαλία της ασθενούς για βαθιές αναπνοές όταν πονάει.</p> <p>7. Να χορηγηθεί ηρεμιστικό, μετά από ιατρική εντολή, αν κριθεί αναγκαία.</p>	<p>4. Τη συμβουλέψαμε να κάνει ένα ζεστό μπάνιο για να χαλαρώσει και να πιει ένα ζεστό γάλα, κάτι που έκανε.</p> <p>5. Απομακρύνσαμε τους επισκέπτες, χαμηλώσαμε το παράφωο και κλείσαμε το παράθυρο, ώστε να μειωθούν οι εξωτερικοί θόρυβοι.</p> <p>6. Μόλις, Τελείωσε το μπάνιο της, τη ρωτήσαμε αν επιθυμεί να ακούσει την αγαπημένη της μουσική, άλλα προτίμησε να λύσει κάποιο σταυρόλεξο.</p> <p>7. Όταν φύγαμε από το θάλαμο, συζητούσε με την άλλη ασθενή για θέματα της καθημερινότητας, σε ήπιο τόνο.</p> <p>1. Ενημερώσαμε την ασθενή να παίρνει βαθιές εισπνοές, όταν πονάει και</p>	Όταν επισκεφθήκαμε το θάλαμο, μετά από μισή ώρα περίπου, η ασθενής είχε αποκοιμηθεί. Οι παρεμβάσεις μας ήταν επιτυχείς και δεν χρειάστηκε να χορηγηθεί ηρεμιστικό.
6. Έντονη ανησυχία που φεύχεται σε άλλους στα έσω γεννητικά όργανα, μετά	Η ασθενής να ανακουφιστεί από το άλγος, εντός μισής ώρας,	<p>1. Να γίνει διδασκαλία της ασθενούς για βαθιές αναπνοές όταν πονάει.</p>	<p>1. Ενημερώσαμε την ασθενή να παίρνει βαθιές εισπνοές, όταν πονάει και</p>	Το άλγος, σε λιγότερο από μισή ώρα υποχώρησε, λόγω της χορήγησης

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΓΓΑΣΙΑ

ΑΕΙΟΔΟΓΗΘΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική Διδγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Την εκτέλεση της κω- νείδους εκτομής.</p>	<p>1. Η ασθενής να προετοιμαστεί κα- τάλληλα ψυχολογι- κά, 24 ώρες πριν την εξέταση και σωματικά μια ώρα πριν.</p>	<p>2. Να συμβουλευθεί να έχει τα πόδια της κε- καμμένα για σύσπαση των μυών. 3. Να σταλαχθεί η α- σθενής από Παράγοντες που της προκαλούν έ- νταση. 4. Να ενημερωθεί ο για- τρός και να χορηγηθεί αναλγητικό, αν το άλλος επιμένει. 5. Να ενημερωθεί η λο- γοδοσία.</p>	<p>να έχει τα πόδια κεκαμμέ- να, για να συσπώνται οι μύες. Έτσι, θα ανακουφίζε- ται από το άλγος. 2. Μείωσε τους θορύ- βους και δημιουργήσαμε άνεση στο κρεβάτι, τοπο- θετώντας μαλακά μαξιλάρια και αφαιρώντας πιεστικά επιθέματα. 3. Ενημερώθηκε ο γιατρός, γιατί το άλγος δεν υποχώ- ρησε και έδωσε εντολή να χορηγηθεί σκεύασμα κω- δεΐνης – παρακεταμόλης 1tabl (lonalgal). 4. Ενημερώθηκε η λογοδο- σία.</p>	<p>σης του αναηλάτι- κού και η ασθενής ηρέμησε. Οι νοση- λευτικές παρεμβά- σεις, δεν ανακού- φισαν την ασθενή, γιαυτό και δόθηκε εντολή να ενημε- ρωθεί ο γιατρός, σε περίπτωση άλ- γους, για να χορη- γεί αναλγητικό.</p>
<p>7) Προετοιμασία για την αξονική τομο- γραφία, κάτω κοιλίας.</p>	<p>1. Η ασθενής να προετοιμαστεί κα- τάλληλα ψυχολογι- κά, 24 ώρες πριν την εξέταση και σωματικά μια ώρα πριν.</p>	<p>1. Να ενημερωθεί η α- σθενής για το σκοπό της εξέτασης και για τον τρόπο που θα διε- νεργηθεί. 2. Να διατεθεί αρκετός</p>	<p>1. Η ασθενής για τον σκο- πό της εξέτασης και για τον τρόπο εκτέλεσης της. 2. Οι απορίες που μας εξέ- φρασε, ήταν αν θα έχει τις αισθήσεις της, αν θα πονέ- σει και πόση ώρα θα</p>	



## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΕΙΟΔΟΓΗΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
	<p>2. Να εξασφαλιστεί η συνεργασία της ασθενούς, κατά τη διάρκεια της εξέτασης.</p>	<p>Χρόνος για να εκφράσει η ασθενής τις απορίες της.            3. Να τη διαβεβαιώσουμε ότι κατά την εξέταση, θα μείνουμε κοντά της.            4. Να γίνει μια ώρα, πριν την εξέταση κένωση του εντερικού περιεχομένου για διευκόλυνση της εξέτασης και για αντικειμενικά αποτελέσματα.            5. Να επισημανθεί η σπουδαιότητα της συνεργασίας της.            6. Να ενημερωθεί η λογοδοσία.</p>	<p>κρατήσει η εξέταση. Την ενημερώσαμε ότι εφόσον δεν πάσχει από κλειστοφοβία, δεν υπάρχει λόγος να της εφαρμοστεί αναισθησία. Επίσης, ότι είναι ανώδυνη εξέταση και ότι διαρκεί περίπου μισή ώρα.            3. Τη διαβεβαιώσαμε ότι θα μείνουμε κοντά της κατά την εξέταση.            4. Μια ώρα περίπου πριν την εξέταση έγινε χορήγηση gastrografine 10cc, κάθε 10 λεπτά για να μειωθεί ο κίνδυνος να θεωρηθεί το διατεταγμένο έντερο όγκος.            5. Τονίστηκε στην ασθενή η αναγκαιότητα, να συνεργαστεί κατά την εξέταση, γιατί είναι απαραίτητο να μείνει ακίνητη.            6. Ενημερώθηκε η λογοδοσία.</p>	<p>Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις ήταν επιτυχείς και επιτεύχθηκε η συνεργασία της ασθενούς, κατά την εξέταση. Σε αυτό συνέβαλε, κυρίως, η παρουσία μας, κατά την αξονική τομογραφία τα αποτελέσματα της οποίας ήταν: Το καλύτερο ήμισυ του οπισθίου περιτοναϊκού χώρου, ελεύθερο παθολογίας, η ουροδόχος κύστη, άνευ παθολογίας, διόγκωση και ανομοιογενής σύσταση του τραχήλου της μήτρας και διήθησης που επεκτείνεται προς τη μήτρα.</p>

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική Διδγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>8. Ενημέρωση της ασθενούς και του συζύγου για την οαική υστερεκτομή.</p>	<p>1. Να δεχθούν όμως την δοκιμασία. 2. Η ασθενής να βοηθήσει στη δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου.</p>	<p>1. Επεξήγηση του όρου υστερεκτομή στην ίδια και στο σύζυγο της. 2. Εξασφάλιση της συγκατάθεσης του συζύγου για την τεχνητή στειρωση. 3. Παροχή ευκαιριών στην ασθενή να εκφράσει τα αισθήματα της, τους φόβους της και της ανησυχίες της. 4. Να γίνει υποστήριξη, κατά την περίοδο της συγκινησιακής της προσαρμογής στην απώλεια των γεννητικών οργάνων. 5. Ενημέρωση της ασθενούς, σχετικά με τον πόνο, σχετικά με τον πόνο, τη δραστηριότητα, τη διαίτα και τη συνουσία, μετεγχειρητικά.</p>	<p>1. Εξηγήσαμε στην ασθενή και το σύζυγο της πως κατά την οαική υστερεκτομή, θα αφαιρεθεί ο τράχηλος και η μήτρα, αλλά οι ωθήκες και οι σάλπιγγες θα μείνουν. Τους εξηγήσαμε, παράλληλα πως δεν υπάρχει δυνατότητα για Τεκνοποίηση, γιαυτό και ζητήθηκε γραπτή συγκατάθεση από το σύζυγο. Και οι δύο, ανέφεραν πως δεν ήθελα νέο παιδί, κυρίως, λόγω της ηλικία τους, γιαυτό και μετά το τρίτο παιδί Χρησιμοποίησαν αντισύλληψη. 2. Δόθηκε χρόνος στο ζευγάρι να εκφράσει τις ανησυχίες και τους φόβους του. Η πρώτη επώπηση που έκαναν, ήταν αν υπάρχει κίνδυνος για τη ζωή της ασθενούς κατά την επέμβαση. Τους απαντήσαμε</p>	

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> <small>Ανάλυκες-προβλήματα Νοσηλευτική Διδγνωση</small>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
		<p>6. Παροχή συμβουλών που αφορούν τη θηλυκότητα και γονιμότητα.</p> <p>7. Να κατανοηθούν, πλήρως, τα πολύπλοκα προβλήματα της ασθενούς (φυσικά, συγκινησιακά και κοινωνικά)</p>	<p>Πως η ιατρική ομάδα που θα εκτελέσει την επέμβαση, είναι έμπειρη και δεν θα υπάρξει κανένας κίνδυνος. Επίσης, ρώτησαν σε πόσο διάστημα θα αναρρώσει η ασθενής και τι προβλήματα θα έχει στη συνέχεια. Τους ενημερώσαμε ότι ο χρόνος της ανάρρωσης, εξαρτάται, εκτός από την ιατρική και νοσηλευτική φροντιδα, η οποία θα είναι άριστη και από την ίδια τη ασθενή και τον οργανισμό της. Επίσης, ότι θα συνεχιστεί και στο σπίτι γιαυτό και θα πρέπει να έχει μειωμένη δραστηριότητα τον πρώτο μήνα, τόσο στην εργασία της όσο και στο σπίτι.</p> <p>3. Ενημερώνουμε την ασθενή ότι θα πονέσει για λίγο, κάτι όμως, μπορεί να αντιμετωπιστεί με αναλγητικά και ότι θα έχει κοιλιακή έκκριση, η οποία σταδιακά</p>	

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

ΑΕΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική Διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<p>Θα μειώνεται σε ποσότητα και τελικά θα σταματήσει.</p> <p>4. Ενημερώσαμε το σύζυγο ότι μετά την αφαιρεση της μήτρας, χρειάζεται μεγάλη ψυχολογική υποστήριξη η ασθενής και δεν πρέπει σε καμιά περίπτωση να βιαστεί για έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων. Αυτές θα πρέπει να αρχίσουν, μετά από οκτώ εβδομάδες, για απούλωση του κόλπου. Επίσης, θα πρέπει να της εκδηλώνει το ενδιαφέρον του και να δείχνει ότι την επιθυμεί και τη θέλει, όπως και πριν την επέμβαση.</p> <p>5. Τονίσαμε στην ασθενή ότι μετά την επέμβαση, η εξωτερική της εμφάνιση θα μείνει ίδια και εξωτερικά θα είναι ο ίδιος άνθρωπος. Ακόμα, ότι η ζωή της θα συνεχίσει να είναι φυσιολογική από τον δεύτερο μήνα μετά την επέμβαση</p>	<p>Η ενημέρωση του ζευγαριού, ολοκληρώθηκε μέσα σε μιάμιση ώρα. Το ζευγάρι κατανόησε το είδος της επέμβασης και δέχτηκε με ηρεμία της συνήθειες της. Το μόνο που τους απασχολούσε, πάνω από όλα, ήταν αν αποκατασταθεί η υγεία της συζύγου. Η ασθενής κατόνησε πως το σώμα της εξωτερικά δεν θα αλλάξει και ότι επιπλέον δεν θα έχει το κίνδυνο να μείνει έγκυος. Όπως, μας απεκάλυψε αργότερα, ανησυχούσε ιδιαίτερα για τα παιδιά της, τα οποία ήταν μικρά</p>

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΕΙΟΔΟΤΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλεύτικη διόγωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>9. Ανησυχία της ασθενούς που σφίεται στη φροντίδα των παιδιών της, κατά την παραμονή της στο νοσοκομείο, καθώς και στην απουσία της από την υπηρεσία της.</p>	<p>Η ασθενής, να διαβεβαιωθεί πως τα παιδιά της θα έχουν την σωστή φροντίδα και ότι η απουσία της από την εργασία θα δικαιολογηθεί.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Να διαβεβαιωθεί η ασθενής πως τα παιδιά της θα τα φρόντιζε η οικγένεια της.</li> <li>2. Να ενημερωθεί ο προϊστάμενος της ασθενούς, για τη δήληνη περίπτωση, απουσίας της.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ο σύζυγος και η μητέρα της ασθενούς, τη διαβεβαίωσαν ότι θα αναλάβουν τη διατροφή των παιδιών, την ενδυσμασία τους, την προετοιμασία για το σχολείο, αλλά και την ψυχολογική τους υποστήριξη, κατά τη διάρκεια της απουσίας της και της τόνισαν να μην ανησυχεί και να φροντίζει να αναρρώσει γρήγορα.</li> <li>2. Τη διαβεβαίωσαν ότι να ενημερώσουμε την κοινω-νική πρόνοια να εκτέλει</li> </ol>	<p>Και πήγαιναν σχολείο, όπως και για την εργασία της, από την οποία θα έπρεπε να αποσυρθεί αρκετό διάστημα.</p> <p>Η ασθενής, ανακουφίστηκε με τις διαβεβαιώσεις του συζύγου και της μητέρας της και ζήτησε να εξηγήσει η ίδια στα παιδιά της, το λόγο της απουσίας της από το σπίτι.</p> <p>Παράλληλα ενημερώθηκε ότι η απουσία της θα καλυφθεί από την</p>

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΙΟΛΟΓΗΞΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλεύτρια Διδάσκωδη	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
10. Γενική προεγχειρητική ετοιμασία.	Να γίνει προετοιμασία της ασθενούς ένα 24ωρο πριν, για την αποφυγή επιπλοκών.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Να γίνει τόνωση του ηθικού και σωματική τόνωση.</li> <li>2. Να εκτελεσθούν ιατρικές εξετάσεις.</li> <li>3. Να γίνει καθαριότητα της ασθενούς (εντερικού σωλήνα και σώματος).</li> <li>4. Να εξασφαλιστεί επαρκής και καλός ύπνος.</li> <li>5. Να γίνει προετοιμασία και εκπαίδευση της ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις.</li> <li>6. Να ενημερωθεί η ασθενής για το θάλαμο που δεν θα μεταφερθεί μετά το χειρουργείο.</li> </ol>	<p>Επισκέψεις στο σπίτι.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Ενημερώθηκε ο προϊστάμενος, ο οποίος έδωσε αναρωτική στην ασθενή.</li> <li>1. Η ασθενής εξέφρασε τους φόβους της και το νοσηλευτικό προσωπικό, προστάθηκε να την ενθαρρύνει και να της τονίσει ότι όλα θα Πανε καλά. Έχει πολύ μεγάλη σημασία, η ασθενής να οδηγηθεί στο χειρουργείο ήρεμη, γιατί η ανησυχία αυξάνει τον κίνδυνο για μεταγχειρητικό shock.</li> <li>2. Την προηγουμένη ημέρα, έγινε σωματική τόνωση η οποία επιτεύχθηκε με διατολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη.</li> <li>3. Έγινε εξέταση της ασθενούς από το χειρουργό που</li> </ol>	Αναρωτική άδεια και ότι θα Πληρω-νεται κανονικά.

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΕΙΟΛΟΓΗΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλεύτική διδγωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<p>θα εκτελέσει την επέμβαση, από τον παθολόγο για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων και από τον αναισθησιολόγο για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφοριακού συστήματος.</p> <p>Ακόμη, έγινε γενική αιμάτωση (λευκά-ερυθρά), εξετάστηκε ο τύπος των λευκών αιμοσφαιρίων, ο χρόνος ροής και πήξεως του αίματος, η ομάδα και το Rhesus ο αιματοκρίτης και το σάκχαρο. Επίσης, στάθηκε δείγμα αίματος στην τράπεζα για να ετοιμαστεί αίμα για τυχόν μετάγγιση. Έγινε γενική ούρων.</p> <p>4. Έγινε καθαρισμός του εντερικού σωλήνα με καθαρτικό υποκλυσμό και λουτρό της ασθενούς, όπου κόπηκαν και τα νύχια και έγινε αντισηψία της στοματικής</p>	

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική Διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
11. Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία.	Να αποφευχθεί ο κίνδυνος της μόλυνσης	Να γίνει προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, (καθαριότητα, αποτρίχωση, αντισηψία της περιοχής)	<p>Κοιτότητας.</p> <p>5. Εξασφαδίστηκαν οι κατάλληλες προυποθέσεις για επαρκή ύπνο.</p> <p>6. Έγινε εκπαίδευση της ασθενούς να εκτελέσει μετεγχειρητικά, ασκήσεις άκρων και αναπνευστικές ασκήσεις, τις οποίες θα πρέπει να τις εκτελέσει και πριν την επέμβαση.</p> <p>7. Ενημερώσαμε την ασθενή, ότι μετά την επέμβαση θα μεταφερθεί στην ανάληψη, μέχρι να ανακτήσει τις αισθήσεις της. Στη συνέχεια, θα οδηγηθεί στο θάλαμο της.</p>	Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις ήταν σωστές και ακριβείς και αποφασιστικής σημασίας για την αποφυγή επιπλοκών.
			Έγινε τοπική πλύση των έξω γεννητικών οργάνων με αντισηπτικό διάλυμα και στη συνέχεια και του κόλπου. Ακολούθησε αποτρίχωση με ιδιαίτερη προσοχή για αποφυγή	Με τις παρεμβάσεις αυτές, μειώθηκε ή και εξαλείφθηκε ο κίνδυνος για μόλυνση από μικρόβια της περιοχής.



## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική Διδγνώση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
12. Τελική προεγχει- ριτική ετοιμασία	Να γίνει τελευταίος έλεγχος στην ασθε- νή και να εφαρμο- στούν οι τελευταίες παραμβάσεις, μια ώρα πριν την ε- πέμβαση για την ομαλή διεξαγωγή της.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Να γίνει παρατήρηση και εκτίμηση της γενι-κής κατάστασης της ασθενούς.</li> <li>2. Να γίνει κατάλληλη ένδυση και καθετηρια-σμός της κύστης.</li> <li>3. Να γίνει προνάρκωση και να υποστηρίξεται ψυχολογικά η ίδια και η οικογένεια της.</li> </ol>	<p>Τραυματισμού και αντιστη- ψια με Betatine, αφού πρώ- τα η περιοχή πλύθηκε με φυσιολογικό ορό.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Έγινε μέτρηση των ζωτι- κών σημείων: Α. Π = 120/75mmHg ΣΦ = 80/min, Θ = 36, 8°C και Αν = 16/min.</li> <li>2. Έγινε καθετηριασμός της κύστης και η ασθενής φό- ρεσε τη χειρουργική μπλούζα, το σκουφάκι και τα ποδονάρια. Της αφαιρέ- θηκαν όλα τα ξένα αντικει- μενα που έφερε πάνω της φυλάχθηκαν σε φάκελο με το ονοματεπώνυμο της στο γραφείο της προϊσταμένης. Ακόμα, έγινε έλεγχος για τελευταία φορά στην καθα- ριότητα του σώματος και υπενθυμήθηκαν στην ασθε- νή οι μετεγχειρητικές α- σκήσεις.</li> </ol>	

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική Διδγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<p>3. Η προνάρκωση έγινε μισή ώρα πριν την επέμβαση, αφού πρώτα η ασθενής ειδε τους συγγενείς της. Χορηγήθηκε με εντολή γιατρού 0,5mg Penthidin IV και 0,5mg Atropine IV. Στη συνέχεια, μειώθηκε ο φωτισμός και οι θόρυβοι. Μετά την προνάρκωση, η ασθενής μεταφέρθηκε στο χειρουργείο από τη νοσηλεύτρια και τον τραυματιοφορέα.</p> <p>4. Καθόλη τη διαδικασία, η νοσηλεύτρια έδινε κουράγιο στον ασθενή, λέγοντας της ότι όλα θα πάνε καλά και ενημέρωσε την οικογένεια της για την κατάσταση της ασθενούς.</p>	<p>Η ασθενής ήταν έτοιμη για το χειρουργείο, αφού εξασφαλιστηκαν οι κατάλληλες προϋποθέσεις για την ομαλή διεξαγωγή του.</p>

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΕΙΟΛΟΓΗΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p><b>13.</b> Προτοίμασία κλίνης και θαλάμου.</p>	<p>Κατάλληλη ετοιμασία του θαλάμου για υποδοχή της ασθενούς, μετά την επέμβαση.</p>	<p>1. Να αεριοστεί ο θάλαμος και να ετοιμαστεί το χειρουργικό κρεβάτι            2. Να ετοιμαστεί το κομοδίνο και να σημειωθεί στο θερμομετρικό διάγραμμα το σύμβολο του χειρουργείου.            3. Να ενημερωθεί η νοσοδόσια.</p>	<p>1. Έγινε αερισμός του θαλάμου και στρώθηκε το χειρουργικό κρεβάτι, στο οποίο τοποθετήθηκε θερμοφόρα για την αποφυγή πνευμονίας στην χειρουργημένη. Επίσης, τοποθετήθηκε προστατευτικό μαξιλάρι στο κικκλίδωμα για την αποφυγή τραυματισμού σε διεγέρσεις και πετάετα προσώπου και αδιάβροχο για την προστασία του πάτωμας των κλιννοσκεπασμάτων.            2. Έγινε ετοιμασία του κομοδίνου, στο οποίο τοποθετήθηκε τετράγωνο αλλαντών, νεφροειδές, χαρτοβάμβακας, ποτήρι με όροσερό νερό και port-cotton και χάρτινη Σακούλα για τα άχρηστα. Στο θερμομετρικό διάγραμμα, σημειώθηκε το σύμβολο του χειρουργείου.</p>	

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
14. Παραλαβή ασθενούς μετά το χειρουργείο.	1. Να γίνει έλεγχος της κατάστασης της ασθενούς. 2. Να αποφευχθούν οι επιπλοκές.	1. Να εκτιμηθεί η γενική κατάσταση. 2. Να γίνει έλεγχος των παραχέτουςων και του τραύματος. 3. Να ενημερωθεί η λογοδοσία.	3. Έγινε ενημέρωση της λογοδοσίας για όλη την προεγχειρητική ετοιμασία.  1. Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων τα οποία ήταν: Α.Π = 90/60mmHg ΣΦ = 110/min, Θ = 36°C και Αν = 10/min. Εμφάνιζε κυανώσεις στα άκρα και στο πρόσωπο. Επικοινωνούσε με το περιβάλλον, αλλά ένωθε έντονη αδυναμία και εξασθένηση. 2. Έφερε καθετήρα foley και όταν ελέγξαμε το τραύμα, αιμορραγούμε. 3. Ενημερώσαμε την λογοδοσία για την κατάσταση της ασθενούς, μετά το χειρουργείο.	Ο θάλαμος ήταν ετοιμος να δεχθεί τον ασθενή.  Η γενική κατάσταση της ασθενούς, δεν ήταν καλή. Είχε σημαντική απώλεια αίματος, γιαυτό και δόθηκε ιατρική εντολή για μετάγγιση.

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-Προβλήματα Νοσηλευτική Διδγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
15. Αιμορραγία που οφείλεται στην επέμβαση	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Να γίνει διακοπή της αιμορραγίας σε σύντομο χρονικό διάστημα.</li> <li>2. Να αναπληρωθεί ο όγκος αίματος, μέσα σε μισή ώρα.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Να τοποθετηθούν πιεστικά επιθέματα και να ειδοποιηθεί ο γιατρός.</li> <li>2. Να γίνει επανέλεγχος του αίματος.</li> <li>3. Να γίνει μέτρηση του Hct.</li> <li>4. Να δοθεί εντολή στην τράπεζα αίματος να στείλει φιάδες για μετάγγιση.</li> <li>5. Να γίνει ο απαιτούμενο έλεγχος στις φιάδες.</li> <li>6. Να γίνει μέτρηση των ζωτικών σημείων και του Hct, μετά την μετάγγιση.</li> <li>7. Να υποστηριχθεί ψυχολογικά η ασθενής.</li> <li>8. Να ενημερωθεί η Δο-νοδοσία.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Τοποθετήσαμε πιεστικά επιθέματα στην είσοδο του κόλπου, προσπαθώντας να ηρεμήσουμε τον ασθενή και ειδοποιήσαμε το γιατρό.</li> <li>2. Επειδή, η αιμορραγία ήταν μεγάλη, δόθηκε εντολή να οδηγηθεί στο χειρουργείο για νέα αποδίνωση.</li> <li>3. Ο Hct ήταν 28,4 % και δόθηκε εντολή για 1 μονάδα αίματος. Η ομάδα και το Rhesus ήταν γνωστά στην αιμοδοσία, γιατί είχε σταλεί δείγμα πριν την επέμβαση.</li> <li>4. Πριν γίνει η μετάγγιση, η οποία έγινε στο χειρουργείο. Ελέγχθηκε το ονοματεπώνυμο της ασθενούς, η ημερομηνία λήξης, ο αριθμός της φιάδας που ήταν ίδιος με τον αριθμό της ετικέτας διασταύρωσης, η ομάδα. Το Rhesus (A+), ο γονότυπος, η υπογραφή</li> </ol>	<p>Η αιμορραγία με την νέα αποδίνωση σταμάτησε, μέσα σε μια ώρα και ο όγκος του αίματος αναπληρώθηκε σε λιγότερο από 2 ώρες. Σημαντικός ήταν ο ρόλος μας, τόσο γιατί αντιδράσαμε έγκαιρα, όσο και γιατί καταφέραμε να κρατήσουμε ήρεμη την ασθενή.</p>

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική Διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
16. Ναυτία-εμετοί που οφείλονται στη δράση του αναισθητικού	Η ασθενής, να ανακουφιστεί από τους εμετούς σε μισή ώρα.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Το κεφάλι της ασθενούς να είναι σε παράγια θέση.</li> <li>2. Να απομακρυνθούν τα εμέσματα και να γίνει πλύση της στοματικής κοιλότητας και προστασία των κλινισκεπασμάτων.</li> <li>3. Να γίνει ενδοφλέβια χορήγηση υγρών</li> <li>4. Να γίνει έλεγχος των εμεσμάτων.</li> <li>5. Να ενημερωθεί η Νοσοδόσια.</li> </ol>	<p>του γιατρού της αιμοδόσιας που εκτέλεσε τη συμβατότητα, η κλινική της ασθενούς και η ετικέτα ελέγχου για μεταδοόμενες νόσους (AIDS, Ηπατίτιδα Β, Σύφιλη).</p> <p>5. Κατά τη μετάγγιση Παράκολουθησαμε συνεχώς για σημεία επιπλοκών, όπως πυρετός, εξανθήματα.</p> <p>6. Έγινε χορήγηση του αιματοποιητικού παράγοντα Eprex 10.000 in υποδόρια x1.</p> <p>7. Η διαδικασία της απολίωσης και της μετάγγισης, διήρκεσε 45 λεπτά. Μετά την απολίωση και τη μετάγγιση έγινε νέα μέτρηση των ζωτικών σημείων και του Htc. Οι τιμές ήταν: Α.Π =110/7mmHg ΣΦ= 90/min, Θ=36,6°C Av=16/min και Hct=37%.</p>	

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική Διδγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
17. Δίψα που οφείλε- τέ στην ξηρότητα του βλεννογόνου από τη γενική νόσηση.	Να διατηρηθεί υ- γρή η στοματική της κοιλότητας	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Να ενημερωθεί η α- σθενής για το λόγο που δεν πρέπει να πιει νε- ρό.</li> <li>2. Να ενημερωθεί ότι ο οργανισμός της παίρνει υγρά από ενδοφλέβια χορήγησης.</li> <li>3. Να γίνει περιποίησης της στοματικής κοιλότη- τα</li> <li>4. Να ενημερωθεί ο συ- νοδός της, αλλά και η ίδια να χρησιμοποιεί</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ενημερώσαμε την ασθε- νή, ότι λόγω της γενικής νόσησης, τα ανακαλα- στικό της κατάποσης Δεν έχει αποκατασταθεί και υ- πάρχει κίνδυνος πνιγμού.</li> <li>2. Της εξηγήσαμε ότι ο ορ- γανισμός της Παιρνει τα α- παιτούμενα υγρά από τη χορήγηση των ορών και έ- τσι δεν υπάρχει κίνδυνος να αφυδατωθεί.</li> <li>3. Έγινε πλύση της στομα- τικής κοιλότητας με</li> </ol>	Νέος εμετός δεν ε- παναλήφθηκε αλλά η ναυτία συνεχιζό- ταν. Με εντολή για- τρού χορηγήθηκε ondansetron IV 8mg x3 (Zofron). Την επόμενη ημέρα η ναυτία υποχώρη- σε και έγινε διακο- πή του Zofron.
				Η ασθενής κατανο- ήσε ότι θα πρέπει να κάνει υπομονή και ότι με τα μέτρα που της προτειναμε θα ανακουφιστεί παροδικά από τη δίψα.

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική Διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
18. Έντονη δυσφορία και ανησυχία που οφείλεται σε άλγος από το τραύμα	Η ασθενής να ανακουφιστεί από το άλγος, εντός μισής ώρας.	<p>1. Να γίνει έλεγχος του τραύματος.</p> <p>2. Διδασκαλία για βαθιές εισπνοές όταν πο-νάει.</p> <p>3. Να ενημερωθεί ο για-τρός.</p> <p>4. Να ενημερωθεί η λο-γοδοσία.</p>	<p>γάζα εμποτισμένη σε όρο-σπο νερό.</p> <p>4. Την ενημέρωσαν πως ό-ταν διψάει να βρέχει τα χείλη της και τη γάσσα της με βρεγμένα port-cotton.</p> <p>1. Έγινε έλεγχος στην Πε-ριοχή του περινεού για αι-μορραγία. Το κολόβωμα, δεν αιμορραγούσε.</p> <p>2. Ενημερώσαμε το γιατρό, αφού πρώτα συμβουλευσα-με την ασθενή να εισπνέει βαθιά, κάθε φορά που πο-νά.</p> <p>3. Μετά από ιατρική εντο-λή, χορηγήθηκε Dextropropoxyphene hydrochloride 75mg IV (Zideron 1 amp),</p> <p>4. Ενημερώσαμε την λογο-δοσία.</p>	Το αναλγητικό, έ-δρασε σε μισή ώρα και η ασθενής ηρέ-μησε. Δόθηκε ια-τρική εντολή, επί-τόνου να χορηγού-νται 75 mg Zideron IV



## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική Διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
19. Υψηλός πυρετός (39,2°C) που οφείλεται σε λοίμωξη του α- νατνευστικού.	Η ασθενής, ν'αποκτήσει φυσιολογική θερμοκρασία, εντός μιας ώρας.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Να ενημερωθεί ο γιατρός για χορήγηση σωστής αντιβίωσης.</li> <li>2. Να γίνει κρύο μπάνιο και να αλλάξθούν τα κλινοσκεπάσματα, αν είναι αναγκαίο.</li> <li>3. Να τοποθετηθούν παγοκύστες και να χορηγηθεί κρύος ορός.</li> <li>4. Ν'ληφθεί εκ νέου η θερμοκρασία</li> <li>5. Να ενημερωθεί η λογοδοσία.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ενημερώθηκε ο γιατρός και τέθηκε στη νοσηλεία (iprofloracin lactate 1grx3lv (Ufexil)).</li> <li>2. Έγινε κρύο μπάνιο, αφού πρώτα κλείσαμε τα παράθυρα και στη συνέχεια τοποθετήσαμε παγοκύστες.</li> <li>3. Αλλάξαμε τα κλινοσκεπάσματα, λόγω της επιδόρωσης και κάναμε συχνά επιδέψεις με οινόπνευμα.</li> <li>4. Χορηγήσαμε κρύο Ringers 1000mlx1 lv μετά από ιατρική εντολή.</li> <li>5. Εκτελέστηκε νέα θερμομέτρηση μετά από μια ώρα. Η θερμοκρασία της ήταν 37,6°C.</li> <li>6. Ενημερώθηκε η λογοδοσία.</li> </ol>	Οι παρεμβάσεις ήταν επιτυχής, αφού ο πυρετός υποχώρησε μέσα σε μια ώρα. Επειδή η θερμοκρασία δεν αποκαταστάθηκε πλήρως τοποθετήθηκαν κρύες κομπρέσες και έγινε νέα θερμομέτρηση. Η αντιβίωση συνεχίστηκε μέχρις ότου νέα ακτινογραφία θώρακος, έδειξε ότι η λοίμωξη υποχώρησε.

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διδγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
20. Χειρουργικό τραύμα.	σωστή αντιμετώπιση του τραύματος για πρόληψη μόλυνσας.	1. Αλλαγή τραύματος και περιποίησης με άσηπτη Τεχνική. 2. Έλεγχος ραμμάτων και παραχέτουςων. 3. Ενημέρωση λογοδοσίας.	1. Έγινε αλλαγή των επιθεμάτων που είχαν τοποθετηθεί στον κόλπο, αφού πρώτα έγινε πλύση με α-νισηπτικό διάλυμα. 2. Ελέχθησαν τα ράμματα και οι παραχέτουςεις. 3. Ενημερώθηκε η λογοδοσία.	Με την πρώτη φροντίδα του τραύματος, επιτυγχάνθηκε η αποφυγή της μόλυνσης.
21. Κοιλιακή διάταση που οφείλεται σε αυσώρευση αερίων στο Πάχυ έντερο.	Να αποκατασταθεί η λειτουργία του εντέρου, σε σύντομο χρονικό διάστημα.	1. Να περιοριστούν οι τροφές και τα υγρά. 2. Να γίνει παρεντερική αντικατάσταση των υγρών και ηλεκτρολυτών. 3. Να χορηγηθούν υγρά και μαλακή, τροφή μόλις επιτρέψει ο περισταλισμός του εντέρου. 4. Να γίνει έγκαιρη έγερση της ασθενούς.	1. Έγινε διακοπή της λήψης υγρών και τροφής από το στόμα. 2. Έγινε ενδοφλέβια χορήγηση εμπλουτισμένου ορού. 3. Μετά από ιατρική εντολή χορηγήθηκαν 10cc sir. Duphalac3. 4. Όταν επέστρεψε ο περισταλισμός του εντέρου ο οποίος διαπιστώθηκε, μετά από ακρόαση στην κοιλία,	Η Ασθενής απέκτησε εντερική λειτουργία μετά από μια ώρα, λόγω της χορήγησης του Duphalac και της διακοπής της εντερικής χορήγησης υγρών και τροφίμων. Η κακή διαίτα που χορηγήθηκε μόλις επέστρεψε ο περισταλισμός του εντέρου.

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΕΙΟΔΟΤΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική Διδάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p><b>22.</b> Δυσφορία που οφείλεται σε κοιλιακή έκκριση καφεοειδούς χρώματος.</p>	<p>Να αντημετωπιστεί η κοιλιακή έκκριση.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Να τοποθετηθεί σερβιέτα.</li> <li>2. Να γίνει τοπική καθαριότητα.</li> <li>3. Να ενημερωθεί η ασθενής πως θα μειωθεί σταδιακά.</li> </ol>	<p>Χορηγήθηκαν υγρά από το στόμα και μαλακή διαίτα.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Η ασθενής δεν μπορούσε να σηκωθεί από το κρεβάτι, γι' αυτό και τη συμβουλευσαμε να αλλάξει συχνά θέσεις.</li> </ol>	<p>συνεχίστηκε μέχρι ότου η ασθενής σηκώθηκε από το κρεβάτι.</p>
<p><b>23.</b> Σχεδιασμός εξόδου από το νοσοκομείο.</p>	<p>Να δοθούν απαραίτητες οδηγίες στην ασθενή για ανάρρωση και αποκατάσταση της υγείας της, στο σπίτι.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Να δοθούν συμβουλές σχετικά με την ανάληψη δραστηριοτήτων.</li> <li>2. Να ενημερωθεί η ίδια και ο σύζυγος της για την έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων.</li> <li>3. Ενημέρωση ασθενούς και οικογένειας</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ενημερώσαμε την ασθενή να αποφεύγει κατά την περίοδο της ανάρρωσης να σηκώνει βαριά αντικείμενα ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες, όπως</li> </ol>	<p>Η ασθενής με την τοπική καθαριότητα, ανακουφίστηκε. Η κοιλιακή έκκριση σταμάτησε μετά από μια βδομάδα.</p>

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΕΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διδγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<p>Για περιόδους κατάθλιψης και νευρικότητας.  <b>5.</b> Να τονισθεί η σπουδαιότητα του υπεραιτισμού.  <b>6.</b> Να τη υπενθυμίσουμε την ανάγκη επαναληπτικού εξεταστικού ελέγχου.</p>	<p>οδήγηση ή ανέβασμα σκάλας για πόληψη ρήξης των ραμμάτων. Η οδήγηση του αυτοκινήτου Μπορεί να καθυστερήσει για τρεις εβδομάδες, γιατί η απλή πίεση του πεντάδα, μπορεί να προκαλέσει ενόχληση στην κάτω κοιλία. Της τονίσαμε πως η άσκηση είναι απαραίτητη και να αποφεύγει να κάθεται πολύ ώρα για την αποφυγή θρομβοεμβόλων. Επίσης την ενημερώσαμε πως τις πρώτες μέρες μπορεί να αισθανθεί αισθήματα κόπωσης γιαυτό δεν θα πρέπει να προγραμματοίσει πολλές δραστηριότητες την πρώτη εβδομάδα. Δώσαμε ιδιαίτερη έμφαση στο να αναλάβει τις επαγγελματικές δραστηριότητες, μόνο με εντολή γιατρού, εκτός αν το είδος της εργασίας δεν είναι</p>	

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανδρες-τροβλήματα Νοσηλευτική Διδγωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<p>επιβαρυντικό για την υγεία της και υπάρχει μεγάλη ανάγκη να εργαστεί. 2. Ενημερώσαμε το ζευγάρι πως οι σεξουαλικές Σχέσεις πρέπει να αρχίσουν, μετά από 8 βδομάδες όπου θα έχει επουλωθεί ο κόλπος.</p> <p>3. Αναφέραμε στην ασθενή να μην αποβαρύνεται αν κατά διαστήματα, κατά την περίοδο της ανάρρωσης, αισθάνεται κατάθλιψη, εκδηλώνει διάθεση να φωνάξει κι φαίνεται ασυνηθιστά νευρική. Οι εκδηλώσεις αυτές εμφανίζονται συχνά, αλλά δεν διαρκούν πολύ.</p> <p>4. Της τονίσαμε την ανάγκη να τρέφεται πολύ καλά, με τροφές πλούσιες σε βιταμίνες, σίδηρο, λευκώματα, υδατάνθρακες, να τηρήσει πιστά το διαιτολόγιο που θα της δώσει ο γιατρός της και να παρακολουθεί το</p>	<p>Η ασθενής κατόνησε πλήρως την ανάγκη να εφαρμοσει αυτές τις οδηγίες και υποσχέθηκε πως δεν θα παραλείψει να επιπτεται το γιατρό της, κάθε τρεις μήνες.</p>

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανδρες-προβαλήματα Νοσηλευτική Διδγνώση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<p>βάρος της. Η σωστή δια- τροφή θα επιταχύνει την ανάρρωση της. Της αναφέ- ραμε ότι ανά τρεις μήνες και για πέντε χρόνια θα πρέπει να κάνει επαναλη- πτικές εξετάσεις για την α- ποφυγή της υποτροπής.</p>	

## 14.2 Β ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ.

### **Ιστορικό ασθενούς.**

Η κ. Μ. Μ. του Νικολάου, ετών 46, εισήλθε στις 12/8/98 στη γυναικολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου, συνοδευόμενη από τον άντρα της και τα παιδιά της. Η αιτία εισόδου ήταν κολπική αιμορραγία και άλγος στο υπογάστριο που οφείλονται σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, στάδιο III.

Η κ. Μ. Μ. ήρθε στην κλινική με καρέκλα και η γενική της κατάσταση δεν ήταν καλή. Είχε αρτηριακή πίεση 90/50mm Hg, σφύξεις 110min, αναπνοές 14min, θερμοκρασία 360C. εμφάνιζε ωχρότητα και κυάνωση στο πρόσωπο και στα άκρα και ο αιματοκρίτης της ήταν 19,6% ( Φ. Τ. 36 –46 ).

Αμέσως, έγινε ενδοφλέβια έγχυση υγρών ( Dextrose 10% και Ringers ) και ετοιμάστηκε αίμα για μετάγγιση με εντολή γιατρού. Επίσης, τοποθετήθηκαν γάζες στον κόλπο και συστήθηκε στην ασθενή να μείνει ακίνητη. Για τον πόνο, της έγινε ενδομυϊκά παυσίπονη ένεση με εντολή γιατρού (Morfine IV ).

Όταν, σταθεροποιήθηκε η κατάστασή της, συμπληρώθηκε το νοσηλευτικό ιστορικό, του οποίου τα στοιχεία συγκεντρώθηκαν από την ίδια, το σύζυγό της και από το προηγούμενο ιατρικό – νοσηλευτικό ιστορικό.

Η ασθενής, είναι έγγαμη, έχει δύο κόρες, ασχολείται με τα οικοκυρικά και μένει μόνιμα σε χωριό της Πάτρας. Αναφέρει ότι στο παρελθόν είχε εγχειριστεί για αφαίρεση σκωληκοειδίτιδας και ότι προ ετών είχε διαγνωσθεί στο 409 νοσοκομείο της Πάτρας, δυσπλασία τραχήλου. Σε ερώτηση που έγινε στην ίδια και το σύζυγό της για το ποια ήταν η αντιμετώπιση, απάντησε ότι την ενημέρωναν οι γιατροί για την υστερεκτομή, αλλά αυτή αρνήθηκε. Η ίδια δεν είναι καπνίστρια, ζει όμως σε περιβάλλον καπνιστών.

Στο οικογενειακό της ιστορικό, αναφέρεται ότι η μητέρα της είχε καρκίνο του ενδομητρίου.

Η κ. Μ. εμφάνισε εμμηνορρυσία στα 13 χρόνια της, η οποία διαρκούσε 6 ημέρες και συχνά, παρουσίαζε ανωμαλίες ( μητρορραγίες ). Είχε πρώιμη έναρξη σεξουαλικών σχέσεων, σε ηλικία 15 χρονών και ποτέ δεν είχε κάνει test – rap. Παρουσίαζε, συχνά, φλεγμονές στο γεννητικό σύστημα και κυρίως, κολπίτιδες.

Η πρώτη της εγκυμοσύνη, ήταν 16 ετών και γέννησε με φυσιολογικό τοκετό, όπως και τη δεύτερη. Δεν είχε χρησιμοποιήσει ποτέ αντισυλληπτικά δισκία, ούτε άλλο είδος αντισύλληψης.

Στις 14/8/98, έγινε υπερηχογράφημα κοιλίας, στο οποίο τα συμπαγή όργανα της άνω κοιλίας απεικονίστηκαν, χωρίς εστιακές αλλοιώσεις και τα χοληφόρα αγγεία, φυσιολογικά. Στην ελάσσονα πύελο, όπισθεν της ουροδόχου κύστης, υπήρχε συμπαγή μόρφωμα, ανομοιογενούς μορφής 30cm.

Στις 18/8/98, έγινε αξονική τομογραφία άνω – κάτω κοιλίας και έσω γεννητικών οργάνων: η μήτρα στο ύψος του τραχήλου, παρουσίαζε παθολογικά αυξημένες διαστάσεις με ανομοιογενή δομή ( γνωστά ευρήματα στο Ca τραχήλου ) που οπισθίως θα μπορούσαν να αποδοθούν σε παθολογικούς διογκωμένους λεμφαδένες. Διηθητικά στοιχεία στο περιορθικό λίπος, ασαφοποιούν τα όρια αυτού και του σιγμοειδούς. Η ουροδόχος κύστη, εμφανιζόταν παρεκτοπισμένη προς τα άνω, ελαφρώς και διατεταμένος απεικονίστηκε ο αριστερός ουρητήρας. Ακόμη, βρέθηκε μικρή συλλογή υγρού στον υπεζωκοτικό χώρο.

Μετά από δύο ημέρες, έγινε ορθοσιγμοειδοσκόπηση, η οποία ήταν αρνητική για αίμα και μάζα και παράλληλα έγινε έναρξη ergex amp. 1x1 και σιδήρου ( Legpler 40m.g. P.O.S. ).

Στις 23 του ίδιου μήνα, συνεδρίασε το Ογκολογικό Συμβούλιο και αποφάσισε να γίνει ακτινογραφία θώρακος και έναρξη βραχυθεραπείας.

Μετά από μια εβδομάδα ο αιματοκρίτης ήταν 30,6% η αιμοσφαιρίνη 9,3gr/dl και έγινε αξονική τομογραφία θώρακος.



Στις 8/9/98, έγινε έναρξη ακτινοθεραπείας και χορηγήθηκε Decadron 8mgx1 και lasix 1x2. Την πρώτη Οκτώβρη, η ακτινοθεραπεία διακόπηκε, λόγω βαριάς γενικής κατάστασης. Πάσχει από συνεχή έντονο πόνο στο περίνεο και στα έξω γεννητικά όργανα, με αντανακλαστικά στην οσφυϊκή χώρα, έχει σημαντική απώλεια βάρους ( από 56kg που ήταν, με ύψος 1,63, έφθασε να είναι 40kg ) και εμφανίζει οιδήματα στα σκέλη.

Λόγω, αυτής της κατάστασης και επειδή είχε ενημερωθεί ότι πλέον βρίσκεται στο τελικό στάδιο ( IVA ), εφόσον είχε ζητήσει η ίδια ακριβή ενημέρωση, αρνήθηκε περαιτέρω θεραπεία και παρουσίαζε έντονα συμπτώματα κατάθλιψης και ανησυχίας. Επιθυμούσε να περνά πολλές ώρες με τα παιδιά και τον σύζυγό της.

Στις 4/11/98, απεβίωσε, αφού πρώτα είχε προλάβει να εξομολογηθεί στον πνευματικό της ιερέα.

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>1). Η Ασθενής, εισήχθηκε στη γυναικολογική κλινική του Ρίου, στις 12/8/98, παρουσιάζοντας μεγάλη κοιλιακή αιμορραγία και άλγος στο υπογάστριο που οφείλεται σε καρκίνο του τραχήλου μήτρας σταδίουIII.</p>	<p>1. Η ασθενής να προσαρμοστεί στο νοσοκομειακό περιβάλλον, σε σύστημα χρόνικό διάστημα.</p> <p>2. Να αντιμετωπιστεί η αιμορραγία μέσα στην επόμενη ώρα.</p> <p>3. Να αντιμετωπιστεί το άλγος μέσα στην επόμενη ώρα.</p>	<p>1. Η νοσηλεύτρια-της να οδηγήσει την ασθενή στο θάλαμό της και να της εξηγήσει την αναγκαιότητα της Παραμονής της στο νοσοκομείο, να γίνει λήψη των ζωτικών σημείων (Α.Π. θερμ., σφ. Αν), να ενημερωθεί ο γιατρός.</p> <p>2. Να τοποθετηθεί ενδοφλέβια γραμμή για έγχυση ενδοφλέβιων διαλυμάτων, να τοποθετηθεί η ασθενής σε θέση που να μειώνει την κοιλιακή αιμορραγία, να χρησιμοποιηθούν πειστικά επιθέματα στον κόλπο για αναχαίτιση αυτής, να γίνει δειγματοληψία αίματος για έλεγχο της ομάδας, για τυχόν μετάγγιση και του αιματοκρίτη. Να γίνει μέτρηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης.</p> <p>3. Να τοποθετηθεί</p>	<p>1. Η ασθενής, οδηγήθηκε στο θάλαμό της και τοποθετήθηκε με προσοχή στο κρεβάτι, ενημερώθηκε για το λόγο που πρέπει να παραμείνει στο νοσοκομείο, τονίζοντας της ότι χρειάζεται άμεση παρακολούθηση και της αναφέρθηκε ότι κοντά της μπορεί να μείνει ένα άτομο. Στη συνέχεια, ελήφθησαν τα ζωτικά σημεία, οι τιμές των οποίων ήταν: Α.Π.: 90/50MMHG, ΣΦ: 110/MIN, Αν:14 MIN, θερμ: 36° C. Ειδοποιήθηκε ο γιατρός.</p> <p>2. Έγινε φλεβοκέντηση και χορηγήθηκε με ιατρική εντολή Dextrose 10% 1000ml x 2 και Ringers 1000ml x 2, τοποθετήθηκε η ασθενής σε ανάρροπη θέση με τα πόδια κεκαμμένα και έγινε επιπωματισμός του κόλπου με γάζες, οι οποίες αλλάζονταν ανά μισή ώρα. Πάρθηκε δείγμα</p>	

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<p>Η ασθενής σε θέση που ανακουφίζει από τον πόνο και να εξασφαλισθεί όνετο περιβάλλον.</p> <p>4. Να ενημερωθεί η λογοδοσία για όλες της νοσηλευτικές παρεμβάσεις.</p>	<p>Αίματος για έλεγχο της ομάδας και του αιματοκρίτη. Η ομάδα αίματος ήταν O+ και είχε Hct 19,6%. Η κεντρική φλεβική πίεση, ήταν 2cmH<sub>2</sub>O για αυτό και χορηγήθηκε Haes 10% 500mlxχ 2 με γρήγορη ροή.</p> <p>3. Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ανατροπή θέση με τα πόδια κεκαμένα, μειώθηκε ο φωτισμός και περιορίστηκαν οι θόρυβοι στο ελάχιστο.</p> <p>4. Ενημερώθηκε η λογοδοσία.</p>	<p>Η ασθενής, μας διαβεβαίωσε ότι θα υπακούσει στις υποδείξεις μας και φάνηκε ότι κατόνοησε τη σοβαρότητα της κατάστασής της.</p> <p>Η αιμορραγία μέσα σε μια ώρα περιορίστηκε στο ελάχιστο, αλλά λόγω της μεγάλης απώλειας του αίματος, έγιναν οι απαιτούμενες ενέργειες για μετάγγιση. Η κεντρική φλεβική πίεση σε νέα μέτρηση, δεν σημείωσε σημαντική αύξηση. Το άλγος, συνέχισε να υφίσταται και μετά ιατρική εντολή, χορηγήθηκε ενδοφλέβια Iamp Morphine, η οποία επέφερε</p>

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
2). Πτώση αιματοκρίτη (HCT=19,6), λόγω μεγάλης κοιλτικής αιμορραγίας.	Να αναπληρωθεί το απολεσθέν αίμα, μέσα σε δύο ώρες.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. να σταλούν 2 μονάδες αίματος από την τράπεζα.</li> <li>2. να ενημερωθεί η ασθενής για τη μετάγγιση.</li> <li>3. να γίνει ο απαιτούμενος έλεγχος στις φιάλες του αίματος για πρόληψη των επιπλοκών.</li> <li>4. να ελεγχθεί ο αιματοκρίτης μετά τη χορήγηση του αίματος.</li> <li>5. να μετρηθούν τα ζωτική σημεία και η κεντρική φλεβική πίεση, μετά τη μετάγγιση.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. η ασθενής ενημερώθηκε για τη μετάγγιση και ερωτήθηκε αν έχει αλλεργία σε κάποιο φάρμακο. Απάντησε αρνητικά.</li> <li>2. η τράπεζα αίματος έστειλε τις φιάλες και έγινε ο έλεγχος. Ελέγχθηκε: το όνομα της ασθενούς, η ημερομηνία λήξεως, ο αριθμός της φιάλης που ήταν ίδιος με τον αριθμό της ετικέτας διασταύρωσης, η ομάδα, το Rhesus και ο γονότυπος, η υπογραφή του γιατρού της αιμοδοσίας που εκτέλεσε τη συμβατότητα, η κλινική της ασθένους και η ετικέτα για μεταδιδόμενες νόσους (Aids, Ηπατίτιδα Β, σύφιλη).</li> </ol>	Αποτελέσματα μέσα σε μισή ώρα.

### ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		6. Να ενημερωθεί η λο- γοδοσία	<p>Κατά τη διάρκεια της με- τάγγισης, η νοσηλεύτρια παρακολούθησε, συνεχώς, για σημεία επιπλοκών, ό- πως πυρετός, ναυτία – ε- μετοί, δύσπνοια, διάρροια, εξάνθημα.</p> <p>3. χορηγήθηκε ο αιμοτο- ποιητικός παράγοντας Eprex 10.000 14 υποδό- ριαχ1.</p> <p>4. μετά τη μετάγγιση ελέγ- χθηκε ο αιματοκρίτης, τα ζωτικά σημεία και η κεντρι- κή φλεβική πίεση. Hct : 30,6</p>	<p>Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις, ήταν επιτυχείς. Κατά την μετάγγιση δεν εμ- φανίστηκαν επι- πλοκές και εν μέρει ο κυκλοφορούμενος όγκος αίματος α- ναπληρώθηκε. Ο Hct όμως, δεν έ- φθασε σε φυσιολο- γικά επίπεδα, γιου- τό και τέθηκε στη νοσηλεία, σίδηρος P.O.S. (Legofer 40mg x1), μετά α- πό εντολή γιατρού. Ακόμη, δόθηκε ε- ντολή για διαιολό- γιο, περιεκτικό σε σίδηρο.</p>

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>3. Ανησυχία και φόβος που οφείλεται στη σοβαρότητα της κατάστασής της.</p>	<p>Η ασθενής, να ηρεμήσει, σε όσο το δυνατό σύντομο χρονικό διάστημα.</p>	<p>1. Διαβεβαίωση της ασθενούς ότι η νοσηλεύτρια και οι γιατροί θα κάνουν ότι είναι δυνατό για να βελτιώσουν την κατάστασής της. 2. Ενθάρρυνση να εκφράζει τα συναισθήματά της. 3. Ειλικρινή συμπαράσταση.</p>	<p>1. Διαθέσαμε χρόνο στην άρρωστη και παραμείναμε κοντά της, δίνοντας την ευκαιρία να μας εμπιστευτεί και να μας μιλήσει για τους προβληματισμούς της, αφού πρώτα τη διαβεβαίωσαμε ότι το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, θα κάνει το καθήκον του. 2. Με τη στάση μας δείξαμε ότι είμαστε στο πλάι της ασθενούς όποτε μας χρειαστεί. Επίσης, της τονίσαμε ότι πρέπει να σκέφτεται θετικά και να μη χάνει την ελπίδα της.</p>	<p>Η ασθενής, μετά τη συζήτηση, φάνηκε ότι ηρέμησε και ότι ένιωθε ασφαλής. Πριν φύγουμε, μας ευχαρίστησε που την ακούσαμε και ήμασταν στη διάθεση της.</p>
<p>4. Λήψη ιστορικού</p>	<p>1. Να συλλεχθούν πληροφορίες που θα βοηθήσουν στην ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της κατάστασής της ασθενούς.</p>	<p>1. Να ενημερωθεί η ασθενής για το σκοπό της λήψης του ιστορικού. 2. Να συγκεντρωθούν πληροφορίες από την ίδια, το σύζυγο της και από προηγούμενο ιατρικό-νοσηλευτικό</p>	<p>1. Η ασθενής, ενημερώθηκε ότι οι ερωτήσεις για προσωπικά θέματα πρέπει, να γίνουν, για να σχηματισουμε μια ολοκληρωμένη άποψη για την υγεία της, προκειμένου να γίνει σωστή αντιμετώπιση της κατάστασής της.</p>	

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
	<p>Προσωπικό.</p> <p>3. Οι πληροφορίες να αφορούν το ιστορικό υγείας της, το οικογενειακό ιστορικό, το γυναικολογικό και μαιευτικό.</p> <p>4. Οι ερωτήσεις να γίνουν με διακριτικότητα και με τρόπο που να μη προσβάλλουν την προσωπικότητα της ασθενούς.</p>	<p>2. Οι πληροφορίες συγκεντρώθηκαν από την ίδια, το σύζυγο της και από προηγούμενο ιατρικό και αφορούσαν προσωπικές ασθένειες που είχε περάσει στο παρελθόν, το χρονικό διάστημα που εμφανίστηκε η συγκεκριμένη νόσος, ασθένειες της οικογένειάς της και κυρίως, καρκίνος στα θήλασα άτομα αυτής, ερωτήσεις για την εμμηναρχή, την έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων, τη χρήση αντισυλληπτικών δισκίων και ερωτήσεις για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό.</p> <p>3. Έγινε προσπάθεια, οι ερωτήσεις να μην προσβάλουν την ασθενή και την κάνουν να νιώσει άβολα, γιαυτό και χρησιμοποιήσαμε απλό λόγο και προσιτό. Δεν επιμέναμε, όταν η ασθενής δεν ήθελε να απαντήσει.</p>	<p>Η ασθενής, με τη στάση και τους χειρισμούς μας, συνεργάστηκε κατά τη λήψη του ιστορικού, αρκετά καλά, αν ληφθεί υπόψη και η σοβαρότητα της κατάστασής της, όπου σημειώτεον, γνώριζε σ'αυτήν.</p>	

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>5. Ανησυχία και αγχώ- νια για την εκτέλεση της αξονικής τομο- γραφίας που πρόκει- ται να γίνει.</p>	<p>Η ασθενής να ηρε- μήσει και να απαλ- λαγεί από αυτά τα συναισθήματα, τουλάχιστον μια ώ- ρα πριν την εξέτα- ση.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ενημέρωση ασθενούς για το λόγο που θα γί- νει η εξέταση και για τον τρόπο που θα ενερ- γηθεί.</li> <li>2. Διόρθωση αρκετού χρόνου στην ασθενή για να εκφράσει τις απορίες της και τους προβλημα- τισμούς της.</li> <li>3. Διαβεβαίωση, ότι κα- θόλη τη διάρκεια της ε- ξέτασης θα παραμεί- νουμε κοντά της.</li> <li>4. Να χορηγηθεί μισή ώρα πριν την εξέταση, παυσίπονο φάρμακο, γιατί η ασθενής θα πρέπει να είναι σε πλή- ρη ακινησία για όση ώ- ρα διαρκέσει η εξέταση.</li> <li>5. Να ενημερωθεί η λο- γοδοσία.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Η ασθενής ενημερώθηκε για το λόγο που θα γίνει η εξέταση και με ποιο τρόπο θα γίνει.</li> <li>2. Της διαθέσαμε αρκετό χρόνο περίπου μια ώρα για να μας εκφράσει όλες τις απορίες της που αφορού- σαν, κυρίως για πόση ώρα θα διαρκέσει η εξέταση, αν θα έχει τις αισθήσεις της και αν πονάει. Την ενημε- ρώσαμε ότι η εξέταση διαρκεί περίπου μισή ώρα, είναι ανώδυνη και αν η ίδια το επιθυμεί, μπορεί να έχει τις αισθήσεις της.</li> <li>3. Τη διαβεβαίωσαμε ότι κατά την εξέταση, θα πα- ραμείνουμε κοντά της.</li> <li>4. Μισή ώρα πριν την εξέ-ταση, της χορηγούμε με ια- τρική εντολή, Dextropropoxyphene hydrochloride 75mg IV (Zideron).</li> <li>5. Ενημερώθηκε η λογοδο- σία.</li> </ol>	<p>Η ασθενής ηρέμησε δυο περίπου ώρες πριν την εξέταση και ανέφερε ότι επιθυμεί να μην της εφαρμοστεί γενική αναισθησία. Επί- σης, τόνισε ότι ό- ποιο και αν είναι το αποτέλεσμα επιθυ- μεί να της γνωστο- ποιηθεί. Τα αποτε- λέσματα της αξονι- κής τομογραφίας ήταν: παθολογικά αυξημένες διαστά- σεις στον τράχηλο, διηθητικά στοιχεία στο περιορτικό λί- πος, παρεκτόπιση της ουροδόχου κύ- στης και διάσταση του αριστερού ου- ρητήρα. Επίσης, συλλογή υγρού στον υπεζωκοτικό χώρο.</p>



## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
6. Απώλεια βάρους που οφείλεται σε μειωμένη θρέψη. (48Kg από 56Kg)	Η ασθενής να αποκτήσει σωστή θρέψη και να καλύψει τις θερμίδες της ανάγκης μέσα σε μια βδομάδα.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Να ερωτηθεί η ασθενής για φαγητά που προτιμά.</li> <li>2. Να ενημερωθεί η κουζίνα για το διαιτολόγιο της ασθενούς που πρέπει να είναι πλούσιο σε θερμίδες, πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, σίδηρο.</li> <li>3. Να σερβιριστεί με ελκυστικό τρόπο</li> <li>4. Να μετρηθεί το βάρος του σώματος της σε μια βδομάδα.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Η ασθενής ρωτήθηκε και απάντησε ότι προτιμά, κυρίως, τα λαχανικά, τα ψαρικά και κόκκινο κρέας.</li> <li>2. Ενημερώθηκε η κουζίνα και τοπ φαγητό σερβιρίστηκε με ιδιαίτερα προσεγμένο τρόπο.</li> <li>3. Έγινε μέτρηση του σωματικού της βάρους μετά από μια βδομάδα (50Kg).</li> </ol>	Η ασθενής δέχθηκε το διαιτολόγιο και άρχισε να αποκτά το βάρος της από την πρώτη εβδομάδα.
7. Εκτέλεση οροσμοειδοσκοπήσης.	Η ασθενής να προετοιμαστεί κατάλληλα για την εκτέλεση της εξέτασης, 72 ώρες πριν.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Να εξηγηθεί η διαδικασία στην ασθενή.</li> <li>2. Να γίνει προετοιμασία του εντέρου.</li> <li>3. Ν μεταφερθεί η ασθενής στο δωμάτιο ενδοσκοπήσεων με καρότσι ή φορείο.</li> <li>4. Φροντίδα μετά την εξέταση.</li> <li>5. Ν γίνει ενημέρωση</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Η ασθενής, ενημερώθηκε ότι θα πρέπει να γίνει η εξέταση για τυχόν ανεύρεση μάζας στο ορθό ή το σιγμοειδές και ενημερώθηκε για την θέση που πρέπει να πάρει κατά την εξέταση. (πλάγια θέση με κάλυψη του υπολοίπου σώματος και τοποθέτηση μαξιλαριού κάτω από το κεφάλι)..</li> </ol>	

### ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ της λογοδοσίας	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<p>Επίσης ενημερώθηκε ότι θα πρέπει να αναπνέει βαθιά. Κατά την εξέταση για να απαλλαγεί από την ανάγκη για κένωση του εντέρου.</p> <p>2. Έγινε προετοιμασία του εντέρου από 3 ημέρες πριν την εξέταση, η οποία περιλάμβανε: υγρή διαίτα και ένα μπουκάλι (283.5 gr.) κρύου κιτρικού μαγνησίου, κάθε βράδυ την ώρα του ύπνου. Νωρίς, το πρωί της ημέρας της εξέτασης έγινε υποκλυσμός.</p> <p>3. Έγινε μεταφορά της ασθενούς στο δωμάτιο της ενδοσκοπησης, με καρότσι και με συνοδεία δική μας.</p> <p>4. Μετά την εξέταση βοηθήσαμε την ασθενή να καθίσει στην πρωκτική περιοχή και την ενθαρρύνουμε να λαμβάνει υγρά και αν εφαρμόσει την κανονική της διαίτα το συντομότερο δυνατόν.</p> <p>5. Ενημερώθηκε η</p>	<p>Η ασθενής, συνεργάστηκε άψογα, χάρη στην σωστή προετοιμασία και ακριβή ενημέρωση που της έγινε και δεν παρουσιάστηκαν προβλήματα κατά και μετά την εξέταση. Τα αποτελέσματα της ορθοσιγμοειδοσκόπησης, ήταν αρνητικά για αίμα και μάζα</p>

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική Διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
8. Αυξημένη δύσσομη κολπική απέκκριση που οφείλεται στη νέκρωση και μόλυνση της μάζας του όγκου,	Η ασθενής να απαλλαγεί από την δυσσομία των κολπικών εκκρίσεων, μέσα στην επόμενη μισή ώρα.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Να γίνει πλύση κόλπου με ουδέτερου σαπουνι.</li> <li>2. Να τοποθετηθούν αλοιφές ή υπόθετα, μετά από εντολή γιατρού.</li> <li>3. Να τοποθετηθεί σερβιέτα η οποία να αλλάζεται συχνά.</li> <li>4. Να ενημερωθεί ασθενής ότι δεν ευθύνεται η ίδια για την δυσσομία, λόγω μη πελιμελούς τοπικής υγιεινής, αλλά η νέκρωση των ιστών που προκαλεί η νόσος.</li> </ol>	<p>λογοδοσία.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Έγινε κολπική πλύση στην ασθενή και τοποθετήθηκαν κολπικές αλοιφές για την αντιμετώπιση της δυσσομίας.</li> <li>2. Η ασθενής, τοποθέτησε σερβιέτα, την οποία την άλλαξε σχεδόν, κάθε μισή ώρα.</li> <li>3. Διαβεβαιώθηκε ότι δεν ευθύνεται για την δυσσομία.</li> </ol>	Η κολπική απέκκριση με τις παρεμβάσεις αυτές περιορίστηκε και η δυσσομία αντιμετωπίστηκε πλήρως, μέσα σε 45, περίπου, λεπτά. Η ασθενής, κατανόησε ότι δεν ευθύνεται για την δυσσομία.
9. Έναρξη ακτινοθεραπείας στις 8/9/98.	Να ανακουφιστεί η ασθενής από τα συμπτώματα της νόσου και αν αποφευχθούν οι επιπλοκές της ακτινοθεραπείας.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Να ενημερωθεί η νοσηλεύτρια από το φάκελο της ασθενούς για την ακτινοθεραπεία.</li> <li>2. Να ενημερώσει την ασθενή για την θεραπεία, να την προετοιμάσει και να την βοηθήσει σωματικά αλλά και ψυχολογικά.</li> </ol>		

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Διάθεση χρόνου στην Ασθενή για απάντηση σε όλες τις ερωτήσεις της.</li> <li>4. Διδασκαλία της ασθενούς για το σήμα και τη περιοχή της ακτινοβολίας.</li> <li>5. Χορήγηση αναλγητικών, πριν την θεραπεία.</li> <li>6. Εφαρμογή σωστής θρέψης.</li> <li>7. Παρακολούθηση για σημεία αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία.</li> <li>8. Να οδηγηθεί η ασθενής στο θάλαμο της, αν το είδος της ακτινοθεραπείας το επιτρέπει.</li> <li>9. Να ενημερωθεί η λογοδοσία</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Έγινε ενημέρωση από το φάκελο της ασθενούς για το είδος της ακτινοβολίας η οποία ήταν εξωτερική, την ποσότητα (7.000-10.000 rads), και το σκοπό της θεραπείας ο οποίος πλέον σε αυτό το στάδιο, ήταν παρηγορητικός.</li> <li>2. Έγινε ενημέρωση της ασθενούς για το είδος της θεραπείας και προετοιμάστηκε σωματικά με σωστή θρέψη η οποία ήταν πλούσια σε λευκώματα, σε βιταμίνες. Παράλληλα, υποστηρίχθηκε και ψυχολογικά, δίνοντας της τον απαιτούμενο χρόνο για να εκφράσει όλες της τις απορίες. Δόθηκαν απαντήσεις στα εξής ερωτήματα: αν θα πονέει η ακτινοθεραπεία, τι θα πρέπει να κάνει η ίδια και να θα είναι μόνη της και τι θα κάνει αν κατά την διάρκεια της θεραπείας, χρειαστεί βοήθεια.</li> </ol>		

### ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<p>3. Η ασθενής ενημερώθηκε ότι δεν πρέπει να βγάλει το σήμα που καθορίζει το σημείο της ακτινοβολίας και ότι πρέπει να διατηρεί στεγνή την περιοχή της ακτινοβολίας, να πλένεται με νερό, χωρίς σαπούνι, η περιοχή και να αποφεύγεται η τριβή, όπως και η τοποθέτησης πούδρας, λούσιον, να μη ζεσταίνεται πολύ και να προστατεύεται από τον ήλιο ή το κρύο.</p> <p>4. Χορηγήθηκε αναλγητικό και αυτό γιατί, η ασθενής θα υποχρεωθεί να μείνει για λίγα λεπτά ακίνητη.</p> <p>5. Κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία, έγινε παρακολούθηση για σημεία αντίδρασης, όπως ναυτία, εμετοί διάρροια.</p> <p>6. Η ασθενής μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας, οδηγήθηκε στο δωμάτιο της αφού δεν αποτελεί πηγή</p>	<p>Η ασθενής, ήταν συνεργάσιμη παράλληλη την παρακολούθηση, εμφανίσθηκαν επιπλοκές, όπως δερματίτιδα, ναυτία-εμετοί, διάρροια. Η ακτινοθεραπεία δεν επέφερε τα επιθυμητά αποτελέσματα. Αντίθετα η κατάσταση της επιδεινώθηκε και στις 1/10/98 έγινε διακοπή αυτής.</p>

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-Προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
10. Ερυθρότητα, άλγος φουσαλίδες που οφείλονται στην ακτινοδερματίτιδα.	Να αντιμετωπιστεί η ακτινοδερματίτιδα και να επανέλθει το δέρμα της ασθενούς, στην προηγούμενη φυσιολογική κατάσταση, μέσα σε δυο 24ωρα.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Να γίνει περιποίηση του δέρματος που εμφάνισε ακτινοδερματίτιδα.</li> <li>2. Διδασκαλία ασθενούς.</li> <li>3. Να ενημερωθεί η λογοδοσία.</li> </ol>	<p>Ακτινοβολίας.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Ενημερώθηκε η λογοδοσία.</li> <li>1. Έγινε καθαρισμός της περιοχής με χλιαρό νερό και τοποθετήθηκαν ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές, μετά από ιατρική εντολή.</li> <li>2. Η ασθενής ενημερώθηκε να μην ξαπλώνει στην Περιοχή του δέρματος που παρουσιάζει ακτινοδερματίτιδα και της έγινε πρότροπή να μη φοράει στενά ρούχα που αυξάνουν τον ερεθισμό.</li> <li>3. Ενημερώθηκε η λογοδοσία.</li> </ol>	Τη δεύτερη ημέρα από την έναρξη της θεραπείας, η ακτινοδερματίτιδα υποχώρησε.
11. Ναυτία-εμετοί που οφείλονται στην ακτινοθεραπεία.	Να ανακουφιστεί η ασθενής από τους εμετούς στην επόμενη μια ώρα.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Να μη χορηγηθεί τίποτα από το στόμα.</li> <li>2. Να απομακρυνθούν οι σσμές που μπορεί να επιδεινώσουν την κατάσταση.</li> <li>3. Να γίνει περιποίησης στοματικής κοιλότητας</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Για λίγη ώρα δεν χορηγήθηκε τίποτα από το στόμα και απομακρύνθηκαν φαγητά που οι σσμές τους, μπορεί να προκαλούσαν νέο εμετό. Στη συνέχεια, χορηγήθηκε υγρή τροφή.</li> <li>2. Έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας</li> </ol>	Η ασθενής εξακολουθούσε να νιώθει ναυτία γιαυτό και χορηγήθηκε μετά από ιατρική εντολή μετοκλοπραμίδη (primperan sig, 10ccx2). Μετά από λίγο η ναυτία

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<p>Και να απομακρυνθούν τα εμέσματα.</p> <p>4. Να τοποθετηθεί νεφροειδές και χαρτοβάμβακας, κοντά στον ασθενή.</p> <p>5. Ενημέρωση λογοδοσίας.</p>	<p>Με Hexalen και απομακρύνθηκαν αμέσως τα εμέσματα.</p> <p>3. Τοποθετήθηκε νεφροειδές και χαρτοβάμβακα δίπλα στο κρεβάτι σε περίπτωση νέου εμετού.</p> <p>4. Ενημερώθηκε η λογοδοσία.</p>	Υποχώρησε
12. Διάρροια που οφείλετε στην ακτινοθεραπεία	Η ασθενής να αποκτήσει ομαλή εντερική λειτουργία σε σύντομο χρονικό διάστημα.	<p>1. Να χορηγηθεί κατάλληλη τροφή.</p> <p>2. Να χορηγηθούν αντιδιαοροϊκά φάρμακα με εντολή γιατρού.</p> <p>3. Να ενημερωθεί η λογοδοσία.</p>	<p>1. Χορηγήθηκε ειδική διαίτα (τροφές χωρίς υπολείμματα).</p> <p>2. Με εντολή γιατρού χορηγήθηκε Ercefuril sir. 5cc.</p> <p>3. Να ενημερωθεί και η λογοδοσία.</p>	Η διάρροιας μετά από 1 ώρα σταμάτησαν και η ειδική διαίτα με την αντιδιαοροϊκή αγωγή, συνεχίστηκαν μέχρι και το επόμενο 24ωρο.
13. Ανορία (400cc/24ωρο) που οφείλεται σε μειωμένη πρόληψη υγρών	Η ασθενής να αποκτήσει ομαλή διούρηση μέσα στο επόμενο 24ωρο.	<p>1. Παρακολούθηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών.</p> <p>2. Να γίνει μέτρηση της Κ.Φ.Π. και να χορηγηθούν υγρά αν κριθεί αναγκαίο σύμφωνα με</p>	<p>1. Έγινε μέτρηση της Κ.Φ.Π. η οποία ήταν 3 cm H<sub>2</sub>O. Μετά από ιατρική εντολή, εκτός από τους ούρους της νοσηλείας, χορηγήθηκε επιπλέον Hoes 6% 500ml x3.</p>	Οι παρεμβάσεις δεν επέφεραν αποτέλεσμα και η διούρησης δεν αποκαταστάθηκε. Έγινε μέτρηση εκ νέου της Κ.Φ.Π. η οποία έφθασε 16cm

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p><b>14.</b> Έντονο άλγος στο περίνεο και στα έξω γεννητικά όργανα, με αντανάκλαση στην ασφικκή χώρα που οφείλεται στο προχωρημένο στάδιο της νόσου.</p>	<p>Να ανακουφιστεί η ασθενή από το άλγος μέσα σε μισή ώρα.</p>	<p>ιατρική εντολή</p> <p>3. Να γίνει καθετηριασμός κύστεως για ωριαία μέτρηση των ούρων.</p> <p>4. ενημέρωση γιατρού αν δεν υπάρχουν ούρα περισσότερα από 1000cc το 24ωρο.</p> <p>5. Να ενημερωθεί η λογοδοσία.</p>	<p>2. Έγινε καθετηριασμός κύστεως με καθετήρα Follex και παρακολούθηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών κάθε μια ώρα.</p> <p>3. Τα ούρα, δεν ξεπερνούν τα 800cc το 24ωρο, γιαυτό και ενημερώθηκε ο γιατρός.</p> <p>4. Ενημερώθηκε η λογοδοσία.</p>	<p>H<sub>2</sub>O Μετά από ιατρική εντολή, έγινε διακοπή του Haes 6% και χορηγήθηκε φουροσεμίδα (lasix 20mgx1) IV. Επίσης, δόθηκε η εντολή και για ωριαία μέτρησης των ούρων, πως και της Κ.Φ.Π. Η ούρηση αποκαταστάθηκε (1800 cc/24ωρο) και η Κ.Φ.Π. ήταν 8 cm H<sub>2</sub>O.</p>
<p>14. Έντονο άλγος στο περίνεο και στα έξω γεννητικά όργανα, με αντανάκλαση στην ασφικκή χώρα που οφείλεται στο προχωρημένο στάδιο της νόσου.</p>	<p>Να ανακουφιστεί η ασθενή από το άλγος μέσα σε μισή ώρα.</p>	<p>1. Να εξασφαλιστεί ηρεμία και να δημιουργηθεί άνετο περιβάλλον.</p> <p>2. Να απασχολείται την ώρα του έντονου πόνου, με ευχάριστα θέματα.</p> <p>3. Να χορηγηθούν αναλγητικά, μετά από.</p>	<p>1. Περιορίστηκαν οι θόρυβοι στο ελάχιστο και απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες από το θάλαμο.</p> <p>2. Κατά την ώρα του πόνου, άκουγε στο ραδιόφωνο την αγαπημένη του μουσική.</p> <p>3. Μετά από ιατρική εντολή έγινε ενδοφλέβια χορήγησης Morfine 1 amp.</p>	<p>Το άλγος υποχώρησε μισή ώρα μετά τη χορήγησης της μορφίνης. Επίσης, η ασθενής πλεον, βρίσκεται στο τελικό στάδιο της νόσου, δόθηκε ιατρική εντολή να γίνεται άμεση</p>



## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
15. Οιδήματα στα σκέλη που οφείλονται σε φλεβική απόφραξη.	Να ανακουφιστεί η ασθενής σε σύντομο χρονικό διάστημα από τα οίδηματά.	ιατρική εντολή. 4. Να γίνει ενημέρωση της λογοδοσίας	4. Ενημερώθηκε η λογοδοσία.	Αντιμετώπιση του άγους με αναλγητικά φάρμακα, χωρίς να λαμβάνονται πτώτα, άλλα είδη μέτρων για την ανακούφιση αυτή.
		1. Να ανυψωθούν τα κάτω άκρα. 2. Να ελευθερωθούν από πιεστικούς παράγοντες και να γίνουν μαλάξεις. 3. Να μειωθεί η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και να χορηγηθούν διουρητικά, με παρακολούθηση του ισοζυγίου. 4. Να γίνει ενημέρωση λογοδοσίας.	1. Τα άκρα τοποθετήθηκαν σε μαξιλάρια. 2. Αφαιρέθηκαν από τα πόδια οι κάλτσες και έγινε μασάζ, για μισή ώρα. 3. Χορηγήθηκε φουροσεμίδη (Lasix 20mg x1). 4. Στο τέλος της κάθε βάρδιας, έγινε έλεγχος του ισοζυγίου. 5. Έγινε ενημέρωση της λογοδοσίας.	

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
16. Γενική κατάπτωση, αδυναμία λόγω τελικού σταδίου της νόσου (IVA)	Να βοηθήσει η ασθενής στην εκτέλεση των καθημερινών της αναγκών, μέχρι το τέλος της ζωής της.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Να γίνει προσοχή λουτρό επί κλίνης.</li> <li>2. Να περιποιείται η στοματική της κοιλότητα, καθημερινά.</li> <li>3. Να εκτελείται τοπική καθαριότητα, μετά την αφόδευση.</li> <li>4. Να γίνει κατάλληλη θρέψη.</li> <li>5. Να τονωθεί ψυχολογικά</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Έγινε μπάνιο στο κρεβάτι με ζεστό νερό και μασάζ στις περιοχές που δέχονται πίεση για ανακούφιση της ασθενούς.</li> <li>2. Κάθε πρωί γίνεται περιποίηση της στοματικής κοιλότητας με διαλύματα όπως Hexalen.</li> <li>Τοποθετήθηκε σκωραμίδα στο κρεβάτι, όταν ήθελε να αφοδεύσει, απομακρύνθηκε αμέσως και της έγινε τοπική καθαριότητα χωρίς να την εκθέσουμε</li> <li>4. Η διατροφή της είναι πλούσια σε βιταμίνες και πρωτεΐνες, αλλά στη συνέχεια, λόγω της αδυναμίας της τοποθετήθηκε ρινογαστρικός σωλήνας Levin και έδινε τεχνητή διατροφή με Impact 500mlx2.</li> <li>5. Η ασθενής ενημερώθηκε ότι δεν πρέπει να αισθάνεται ανίκανη και δυσάρεστα που το νοσηλευτικό προσωπικό ασχολείται με την</li> </ol>	Η ασθενής διευκολύνθηκε όσον αφορά την εκτέλεση των αναγκών της αλλά συνέχισε να νιώθει δυσάρεστα που εξαρτιόταν για τις πιο πολλές ενέργειες από το νοσηλευτικό προσωπικό.

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
17. Αϋπνία που οφείλεται σε φόβο για επικείμενο θάνατο.	Η ασθενής να απαλλαχτεί από το φόβο σε σύντομο διάστημα.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Να διατεθεί αρκετός χρόνος στην ασθενή για συζήτησης.</li> <li>2. Να μειωθεί ο φωτισμός και οι θόρυβοι στο θάλαμο.</li> <li>3. Να γίνει χλιαρό μπάνιο για χαλάρωση.</li> <li>4. Να δοθεί ζεστό ρόφημα</li> <li>5. Να εξασφαλιστούν παράγοντες που θα τις αποσπάσουν την προσοχή και θα την παραπέμψουν σε ευχάριστες στιγμές της ζωής της.</li> </ol>	<p>Ατομική της φροντίδα και το σε αυτή τη θέση που βρίσκεται, μπορεί να βρεθεί κάθε άνθρωπος.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Διαθέσαμε αρκετό χρόνο στον ασθενή, η οποία, κυρίως, μας μίλησε για το μέλλον των παιδιών και του συζύγου της. Μας ζήτησε ότι επιθυμεί να τους έχει συνεχώς κοντά της, κάτι που έγινε.</li> <li>2. Της κάναμε χλιαρό μπάνιο στο κρεβάτι, χωρίς να την εκθέσουμε και της δώσαμε να πιει με καλαμάκι λίγο ζεστό γάλα.</li> <li>3. Μας ζήτησε να της διαθέσουμε την Καινή Διαθήκη και να τηςβάλουμε χαμηλή μουσική.</li> <li>4. Χαμηλώσαμε το φωτισμό στο δωμάτιο και κλείσαμε την πόρτα και τα παράθυρα.</li> </ol>	

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
18. Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς και της οικογένειας της στις τελευταίες στιγμές της ζωής της.	Να επέλθει γαλήνη και ηρεμία στην ασθενή, αλλά και στην οικογένεια της.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Να τακτοποιήσει η ασθενής τυχόν εκκρεμότητες.</li> <li>2. Να επικοινωνήσει με όλα τα αγαπημένα της πρόσωπα.</li> <li>3. Να υλοποιηθούν τελευταίες επιθυμίες.</li> <li>4. Να ενημερωθεί το οικογενειακό της περιβάλλον για τον επερχόμενο θάνατο και για τον τρόπο που πρέπει να φερθούν στην ασθενή.</li> <li>5. Να έλθουν σε επαφή με τον πνευματικό τους πατέρα, ο οποίος μπορεί να τους δώσει κουράγιο και δύναμη σε αυτή την σκληρή δοκιμασία</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Επισκέφθηκε την ασθενή συμβολαιογράφος και τακτοποίησε τα περιουσιακά της στοιχεία.</li> <li>2. Οικογένεια και φίλοι την επισκέφθηκαν, αφού πρώτα τους τονίσαμε ότι είναι πολύ σημαντικό να της δείξουν αγάπη και στοργή και όχι οίκτο.</li> <li>3. Ζήτησε να φαι το αγαπημένο της φαγητό, το οποίο το είχαν ετοιμάσει οι κόρες της και να ανοίξουμε το παράθυρο για να δει τον ήλιο.</li> <li>4. Ζήτησε ιερέα για να εξομολογηθεί, ο οποίος βρισκόταν ήδη εκεί, γιατί τον είχε ενημερώσει ο σύζυγος.</li> </ol>	Ο ιερέας, έδωσε κουράγιο στις κόρες και το σύζυγο της και με τα λόγια του γαλήνεψε την ψυχή της ασθενούς και της έδωσε δύναμη για να δεχθεί την τελευταία δοκιμασία σε αυτόν τον κόσμο τον θάνατο. Η ασθενής, κατέληξε, το βράδυ της ίδιας μέρας, στις 4/11/98, μετά από ένα μήνα, περιπού, ταλαιπωρία σωματική και ψυχική.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρα είναι τρίτος σε συχνότητα μετά τον καρκίνο του μαστού και του ενδομητρίου. Εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες με πολλαπλούς συντρόφους, με πρώτη κύηση σε μικρή ηλικία, με ιστορικό κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων. Τα συμπτώματα, στο στάδιο 0 είναι λευκόρροια και μικρές αιματηρές εκκρίσεις, ενώ σε προχωρημένα στάδια, εμφανίζεται αιμορραγία, δύσσομες εκκρίσεις, άλγος στην κοιλία και την οσφύ και τελικά, γενική εξασθένηση.

Με τη βοήθεια των διαγνωστικών εξετάσεων που οι κυριότερες είναι η κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου ( εξέταση, κυρίως προληπτική ), η κολποσκόπηση, η βιοψία και η τραχηλοσκόπηση, δίνεται η δυνατότητα για έγκαιρη έναρξη της θεραπείας. Ανάλογα με το στάδιο, μπορεί να είναι ηλεκτροκαυτηρίαση, κρυοπηξία, laser κωνοειδής εκτομή, χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία ( εξωτερική – ενδοκοιλοτική ), χημειοθεραπεία, θεραπεία με πρωτεΐνη ( ιντερφερόνη άλφα -2b ) και ορμονική θεραπεία υποκαταστάσεως.

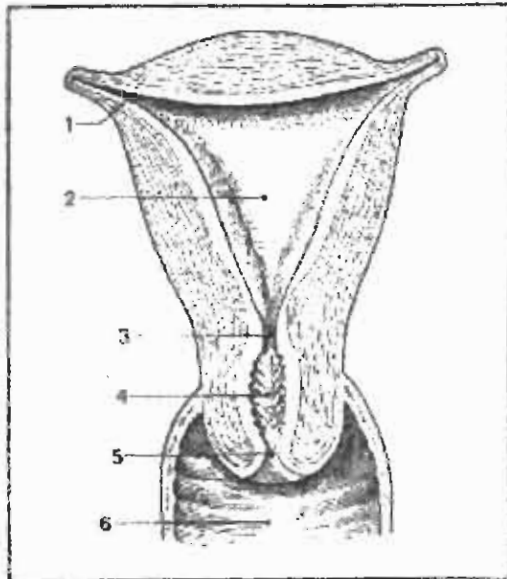
Η επιβίωση, μετά από πέντε χρόνια, εφόσον η θεραπεία αρχίσει στο στάδιο 0, είναι 100% και μειώνεται, όταν αρχίσει σε πιο προχωρημένο στάδιο.

Σε συχνότητα 1:6.000, υπάρχει περίπτωση να εμφανιστεί τραχηλικός καρκίνος και κατά την εγκυμοσύνη. Η αντιμετώπιση σε αυτήν την περίπτωση καθορίζεται από την επιθυμία της γυναίκας να τεκνοποιήσει και μπορεί να εφαρμοστεί παρόμοια θεραπεία με αυτή που αναφέρθηκε πιο πάνω.

Εκτός από την ιατρική παρέμβαση, σημαντικός είναι και ο ρόλος νοσηλεύτριας –τη, κυρίως, όσον αφορά τον ψυχολογικό τομέα, γιατί τέτοιου είδους ασθενείς βιώνουν έντονα συναισθήματα φόβου και απομόνωσης.

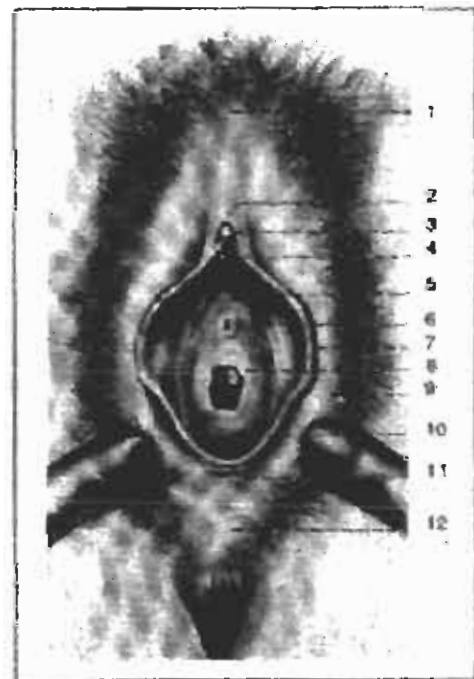
Συχνά γεννάται το ερώτημα, αν υπάρχει τρόπος πρόληψης της « κακιάς » αρρώστιας, όπως πολλοί την αποκαλούν. Η απάντηση είναι θετική, εφόσον ο γυναικείος πληθυσμός ενημερωθεί κατάλληλα από όλους τους φορείς πολιτειακού, υγειονομικούς. Το πιο σημαντικό, όμως, από όλα, είναι να κατανοήσει η γυναίκα τη σπουδαιότητα του κυτταρολογικού ελέγχου – test – pap, γιατί μόνο τότε θα μπορέσει να προασπίσει την υγεία της και να συμβάλλει στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

# Π Α Ρ Α Ρ Τ Η Μ Α



## Μήτρα

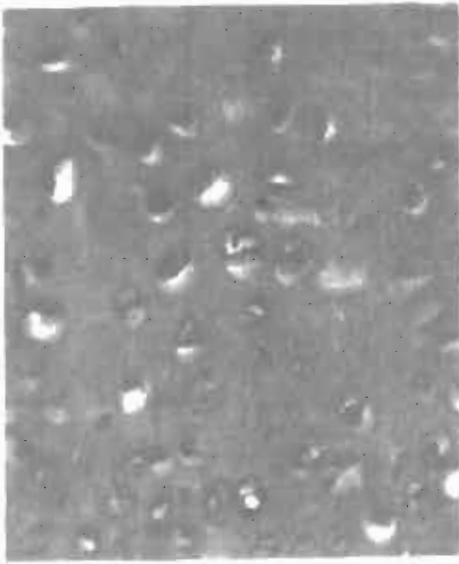
1. Σαλπγγικό στόμιο, 2. Κοιλότητα σωματός, 3. Εσωτερικό τραχηλικό στόμιο, 4. Τραχηλικός αυλός, 5. Εξωτερικό τραχηλικό στόμιο, 6. Κόλπος.



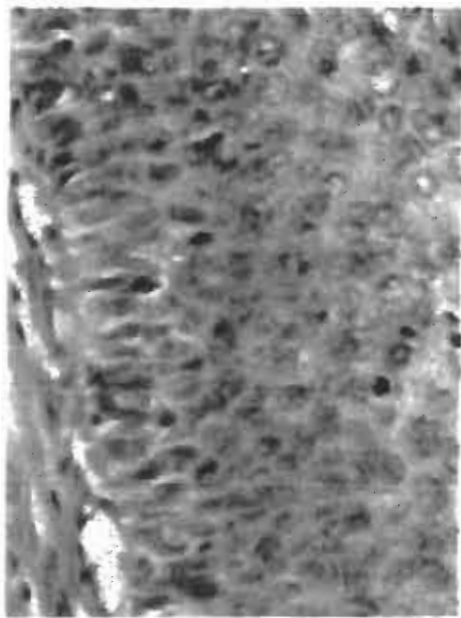
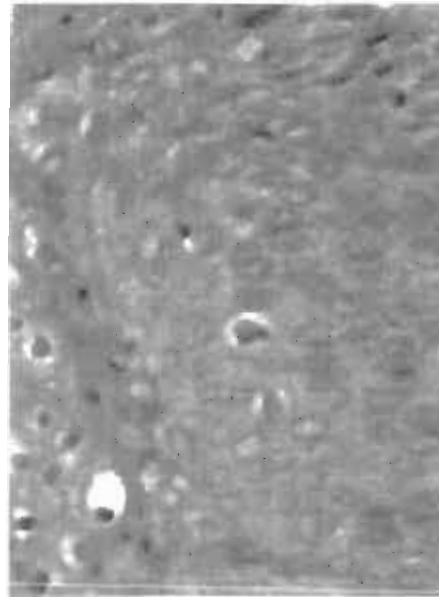
## Αδεία παρθένου

1. Εφηβία, 2. Πρόσθη κλειταρίδας, 3. Κλειταρίδα, 4. Κόλπος της κλειταρίδας, 5. Πρόδομος, 6. Οσφίς, 7. Μικρά χείλη, 8. Παρθενικός μίμος, 9. Μεγάλο χείλη, 10. Σκοφοειδής διάβρος, 11. Οπίσθιος συνδέσμος, 12. Περίναια.

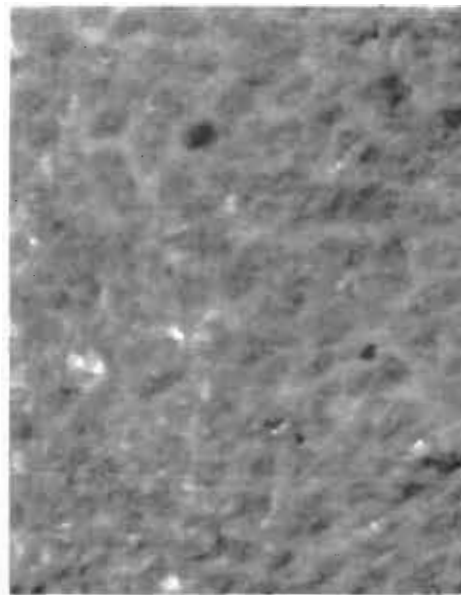
## Μέτριου Βαθμού δυσπλασία (CIN 2)



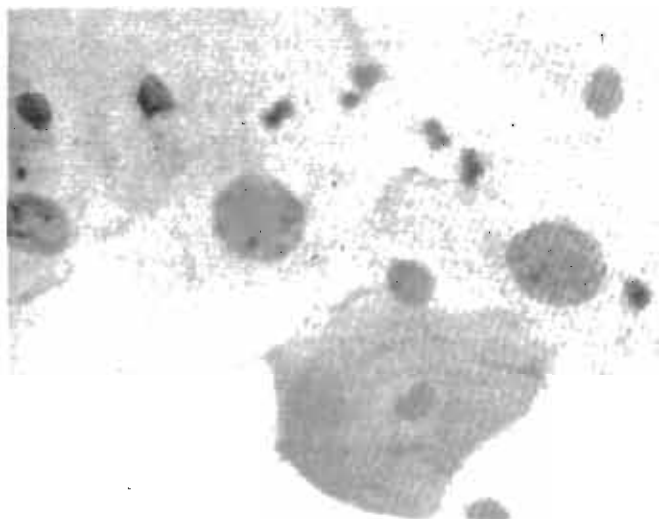
Ελαφρού βαθμού δυσπλασία



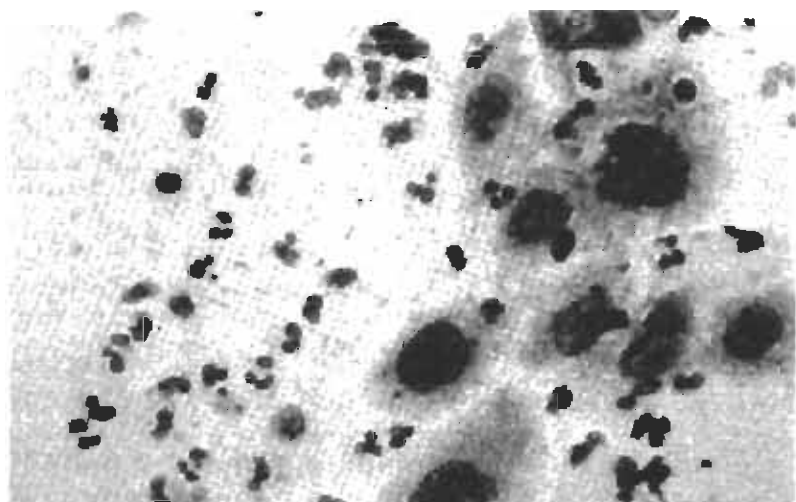
Βαρεία δυσπλασία (CIN 3)

Ενδοεπιθηλιακό (IN SITU  
Καρκίνωμα (cin 3))

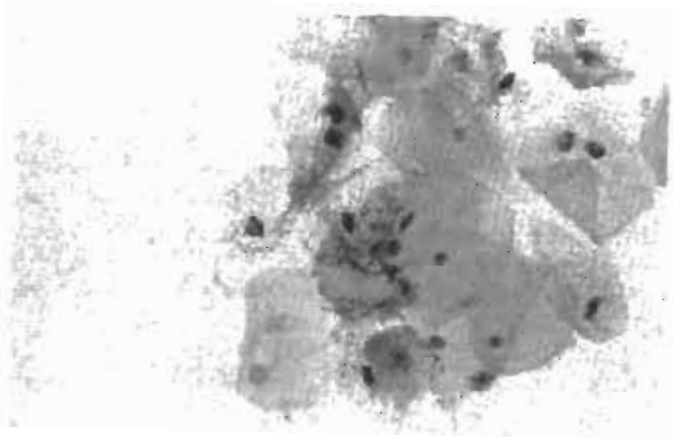




*CIN I (Pap test)*

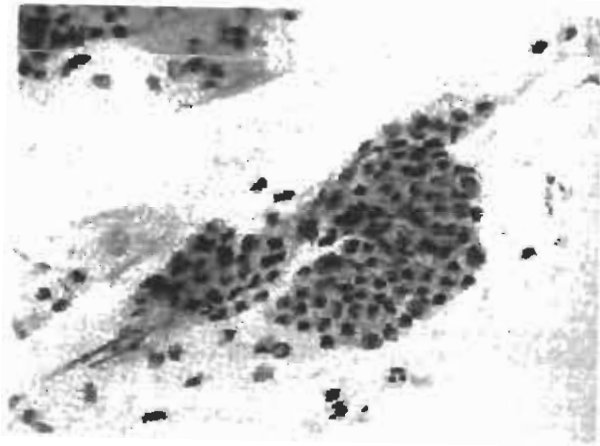


*CIN II (Pap test)*

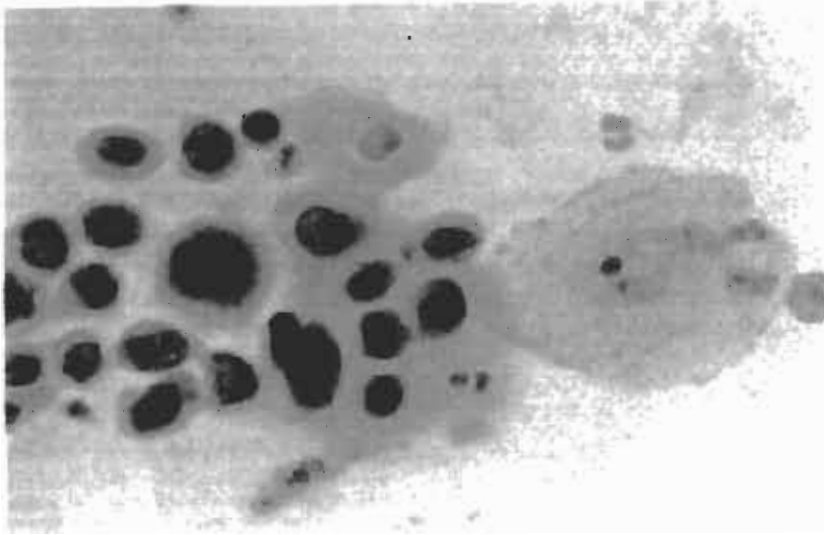


Φυσιολογικό πλακώδες επιθήλιο (Pap test)

Φυσιολογικά κύτταρα ενδοτραχηλικού αδενικού (Pap test)

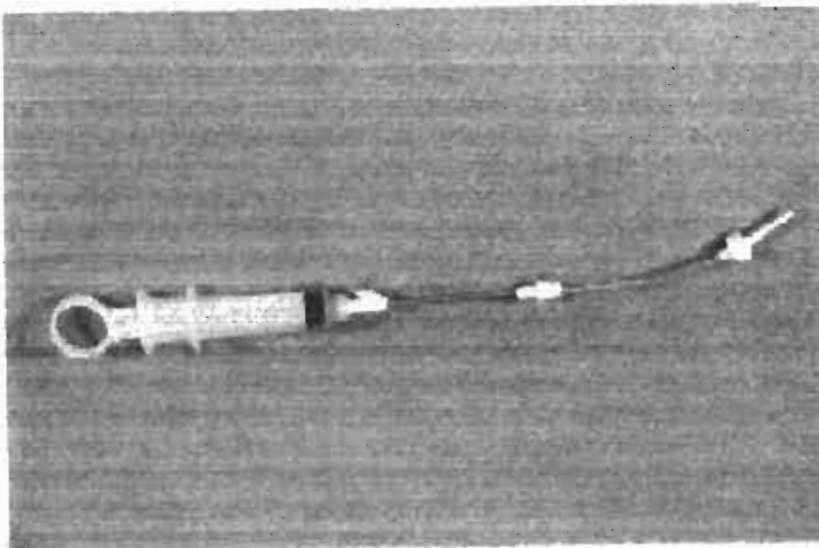
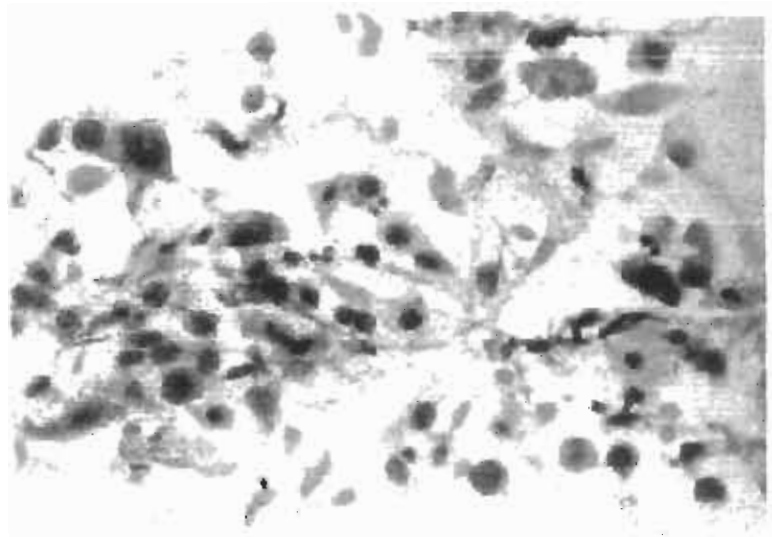


Ωθητικό καρκίνωμα στο πρόσθιο χείλος.

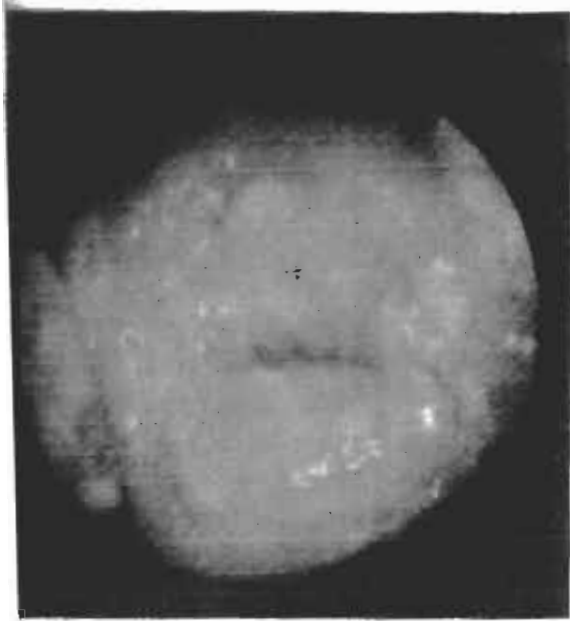


CIN III (Pap test)

Θετικά για κακοήθιο πλακώ-  
δους τύπου (Pap test)



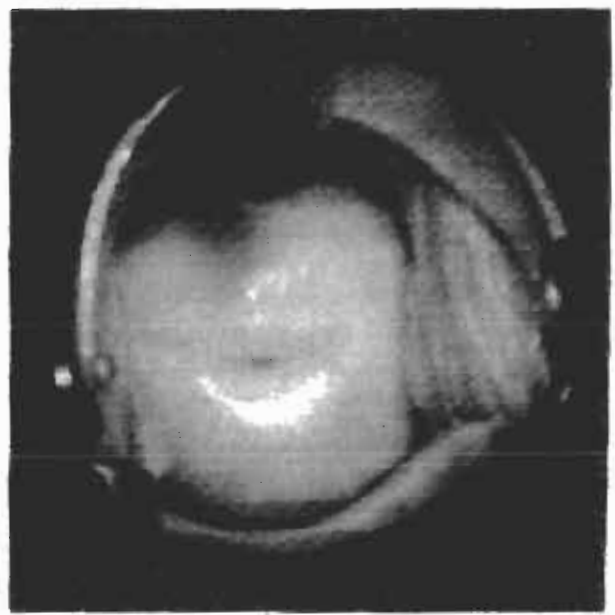
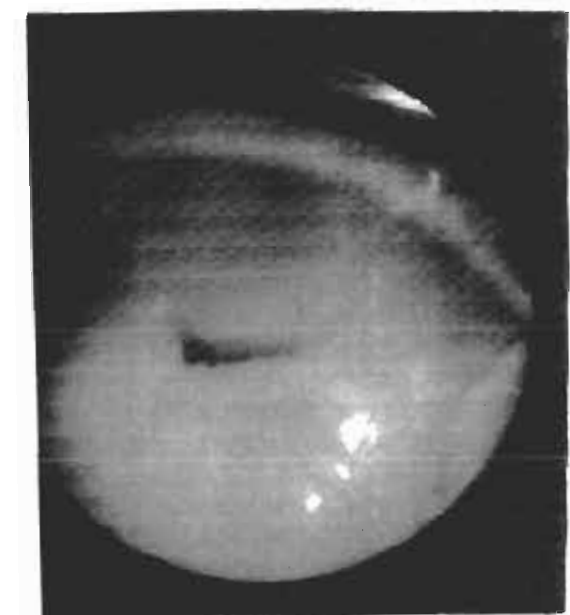
Ενδομητρακίος δείγματολή-  
πτης ISAACS



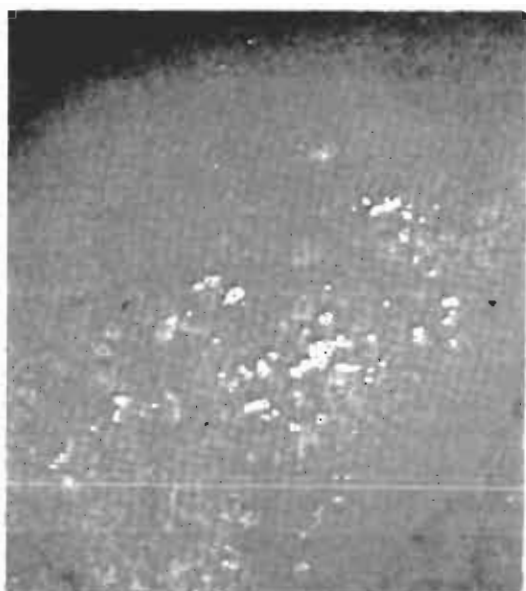
Τράχηλος σε φάση επουλώσεως 7 ημέρες μετά από εξαχνωση με Laser CO<sub>2</sub>.



Τράχηλος σε φάση επουλώσεως 14 ημέρες μετά από εξαχνωση με Laser CO<sub>2</sub>.



Εικόνες καλής επουλώσεως 1 χρόνο μετά από κωνοειδή εκτομή του τραχήλου με Laser CO<sub>2</sub>.



*Καρκίνωμα In situ και κύηση*

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.**

1. Μούσουρα Α.: «**Γυναικολογική Νοσηλευτική**». Σημειώσεις, σελ. 1-2, 34-36.
2. Leonhardt H. " **Εγχειρίδιο Ανατομικής του Ανθρώπου με Έγχρωμο Άτλαντα – εσωτερικά όργανα** ". Μετάφραση - Επιμέλεια : Παπαδόπουλος Ν. Τόμος 2<sup>ο</sup>, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1985 σελ. 282, 288 –292.
3. Bates B.: « **Οδηγός για Κλινική Εξέταση** ».Μετάφραση – Επιμέλεια: Μουτσοπούλου Χ. – Ανδρουλάκη Ι.Β Έκδοση Λίτσας, Αθήνα 1985. Σελ. 282, 288-292.
4. Snell R.MD.RH. D: « **Κλινική Ανατομική** ». Μετάφραση – Επιμέλεια: Βαράκης Γ – Παπαδόπουλος Ν, Τόμος Α, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992, Σελ. 349, 352.
5. Κουρούνης Γ: « **Παθολογία Τραχήλου Μήτρας – Κολποσκόπηση** ». Έκδοση Β, Αθήνα 1991. Σελ. 20,30-31, 36-37,39,71,84-85,89,96,158,250-253,303-308.
6. Παπανικολάου Ν.-Α: « **Γυναικολογία** ». Έκδοση 3<sup>η</sup> Επιστημονικές Εκδόσεις: Μ.ΓΡ.Παρισιάνου, Αθήνα 1994.Σελ.23-26,28-31, 680-69,71-72,74,97-99,101-103,251-254,257-258,261-262.
7. Κασκαρέλης Β.Δ. « **Μαιευτική και Γυναικολογία** » Έκδοση Δ, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1990. Σελ. 101-104.
8. Μανταλενάκης Σ. :» **Σύναψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας** ». Έκδοση Β, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1990. Σελ. 486, 488-491, 496-500.

9. Τριχοπούλου Α-Τριχοπούλου Δ: « Προληπτική Ιατρική ».Επιστημονικές εκδόσεις: ΓΡ.Παρισιάνος, Αθήνα 1986.Σελ. 51,64-65.
10. Λώλης Ε.Δ. : « Γυναικολογία και Μαιευτική ».Τόμος Α. Εκδόσεις: Μ.ΓΡ.Παρισιάνου, Αθήνα 1995. Σελ. 95-96, 98, 117-119, 146, 297-299, 301-303, 306, 308-309,312, 573-577, 605, 628-629.
11. Dollinger M.,MD Rosenbaum E, MD and Cable G: « Ο Καρκίνος ». Μετάφραση: Μαθάς Χ, Λαμπρόπουλος Σ, Λαδάς Γ, Αναγνωστοπούλου Β, Επιμέλεια: Μαθάς Χ, Έκδοση 1<sup>η</sup> , Εκδόσεις: « ΚΑΤΟΠΤΡΟ », Αθήνα 1992. Σελ. 335-337, 342.
12. Παπανικολάου Ν.: « Γυναικολογική Γηριατρική » Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1993.Σελ. 80-82,84,88-91,93-94.
13. Γεωργακόπουλος Α.Π.: « Επιτομή Μαιευτικής Γυναικολογίας και Νοσηλευτικής ». έκδοση 7<sup>η</sup> , Εκδόσεις: ΓΡ. Παρισιάνος, Αθήνα 1993. Σελ. 376,384,386,393,410-412,415.
14. Μπούτης Λ-Παπαϊωάννου Α: « Κλινική Ογκολογία ». Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας, Αθήνα 1981. Σελ. 211-213,220-221,224-226,432,613-620.
15. Παναγιώτου Π: « Σύγχρονος Γυναικολογίας ». Εκδόσεις: ΓΡ. Παρισιάνος, Αθήνα 1974. Σελ. 200-203,208-209, 218.
16. Tindall V.R.: « Εικονογραφημένη Γυναικολογία » Μετάφραση: Αντωνάκη Β, Εκδόσεις: Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1996. Σελ. 36-37, 103-104, 136, 142-143, 168.
17. Garrey, Govan, Hodge, Callander: « Γυναικολογία (εικονογραφημένη) ». Μετάφραση Επιμέλεια: Σαρρής Γ. Ανδρικόπουλος Π., Έκδοση Β, Εκδότης : Γιαννακόπουλος Δ,

Αθήνα Σελ. 188-190, 200-201, 207-208, 210-212, 214, 218-219, 221-231.

18. Αραβαντινός Δ: « **Φυσιολογία της Γυναίκας** » Επιμέλεια: Βασιλείου Μ, Εκδόσεις: ΓΡ. Παρισιάνος, Αθήνα 1982. Σελ. 251-254.

19. Σαχίνη Καρδάση Α. Πάνου Μ.: « **Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική – Νοσηλευτικές Διαδικασίες** ». Τόμος 2<sup>ος</sup> , Μέρος Β, Επανάδοση Δ, Εκδόσεις: ΒΗΤΑ medical arts, Αθήνα 1994. Σελ. 689-690, 693-695, 698, 709-715.

20. Μαλγαρινού Μ.Α. – Κωνσταντινίδου Σ.Φ. : « **Νοσηλευτική Χειρουργική** ». Τόμος Β, Μέρος 2<sup>ο</sup> , έκδοση: η « ΤΑΒΙΘΑ », Αθήνα 1995, Σελ. 80-81, 96-97, 112-118, 135-136, 139, 141, 144-151, 155-169.

24. **5<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιευτικής και Γυναικολογίας.** Οργάνωση: Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και Γυναικολογική Εταιρεία Βορειοδυτικής Ελλάδας, Ιωάννινα 22-25 Μαΐου 1991. Σελ. 51, 460-461.

22. Παπανικολάου Ν-Α.: « **Μαιευτική** ». έκδοση 3<sup>η</sup> , Επιστημονικές Εκδόσεις: Μ.ΓΡ. Παρισιάνου, Αθήνα 1994 σελ. 401-402.

23. Αθανάτου Κ.Ε.: « **Κλινική Νοσηλευτική - Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες** ». Έκδοση Ε, Αθήνα 1995. Σελ. 400-403, 424-425.

24. Μαλγαρινού Α.Μ – Κωνσταντινίδου Φ.Σ.: « **Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική** ». Τόμος Α, Έκδοση 18<sup>η</sup> . Έκδοση: « Η ΤΑΒΙΘΑ », Αθήνα 1994, Σελ. 242-249, 251-256, 258-262.



25. Engram B.: « **Νοσηλευτική Φροντίδα στην Παθολογία και Χειρουργική** ». Απόδοση – Επιμέλεια : Καραχάλιος Γ., Εκδόσεις: « **ΕΛΛΗΝ** », Αθήνα 1997, Σελ. 612-615.

27. Π.Ο.Υ.: « **Η Αντιμετώπιση του Πόνου στον Καρκίνο** ». Ιατρικές Εκδόσεις: « **BHTA medical arts** », Αθήνα 1993, Σελ. 42.

28. Σαχίνη Καρδάση Α. – Πάνου Μ.: « **Παθολογική και Χειρουργική - Νοσηλευτικές Διαδικασίες** ». Τόμος 1<sup>ος</sup> , Επανέκδοση Δ', Εκδόσεις: «**BHTA medical arts**», Αθήνα 1993, Σελ. 42.

