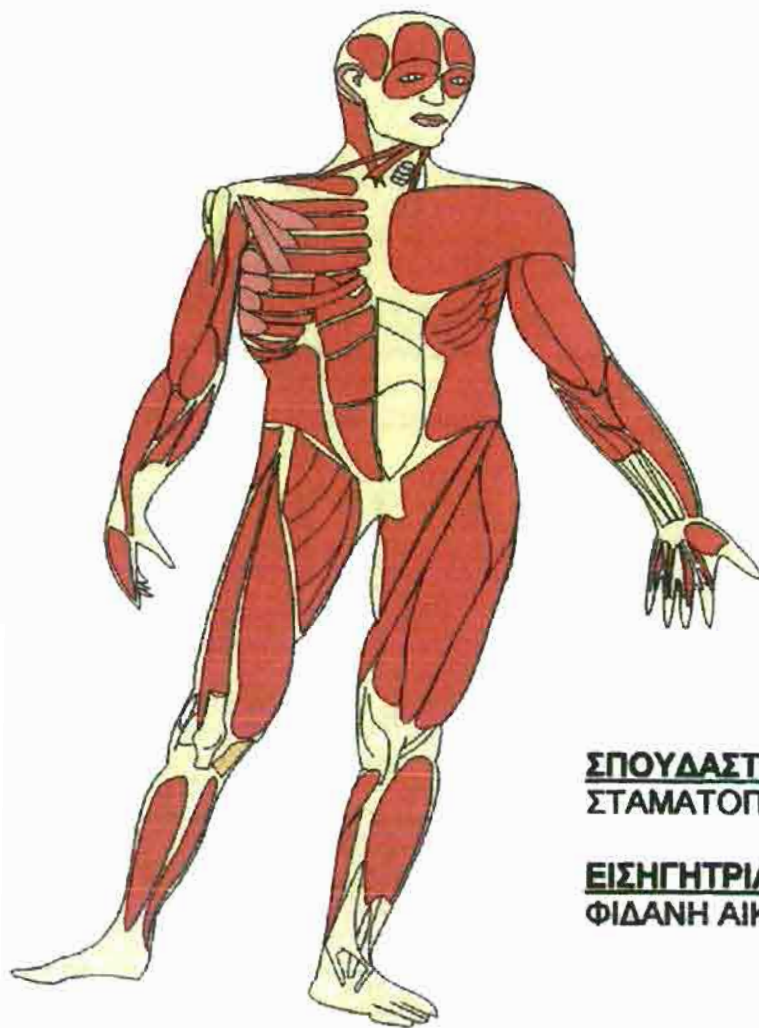


ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:
ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ -
Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ:
ΣΤΑΜΑΤΟΠΟΥΛΟΣ ΗΡΑΚΛΗΣ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ / ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
ΦΙΔΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΠΑΤΡΑ 2000

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

3084



Αφιέρωση

*Στην αγαπημένη μου οικογένεια, για τα
όσα έκανε και συνεχίζει να κάνει για εμένα, με
απέραντη αφοσίωση, σεβασμό και αγάπη.*

Σταματόπουλος Ηρακλής

Απόφθεγμα

*Επιστήμη χωρίς συνείδηση καταστρέφει την ψυχή.
Θαυμάζω τις κατακτήσεις της Επιστήμης.
Υποκλίνομαι, όμως, με δέος μπροστά στην
απεραντοσύνη όσων θα μείνουν αιωνίως αδιερεύνητα.*

«ΓΚΑΙΤΕ»

*(κορυφαίος Γερμανός συγγραφέας
και διαφωτιστής)*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θερμές ευχαριστίες σε όσους με την μικρή ή μεγάλη συμβολή τους, βοήθησαν στην εκπόνηση αυτής της εργασίας. Αυτοί ήταν:

1. Η κ. Φιδάνη Αικατερίνη, καθηγήτρια των Τ.Ε.Ι. Πατρών, για την αμέριστη βοήθεια και συμπαράστασή της καθώς και για το ενεργό ενδιαφέρον της.
2. Το προσωπικό (νοσηλευτικό και ιατρικό) των νοσοκομείων των Αθηνών: Ιπποκράτειο, Ευαγγελισμός, Ν.Ι.Μ.Ι.Τ.Σ., Αλεξάνδρα, ΚΑΤ και «Α. Συγγρός».
3. Το προσωπικό (νοσηλευτικό και ιατρικό) των νοσοκομείων των Πατρών: Π.Π.Γ.Ν.Π. Ρίου και Γ.Κ.Ν.Π. «Ο Άγιος Ανδρέας».
4. Το προσωπικό της βιβλιοθήκης της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.
5. Την οικογένειά μου για την συμπαράσταση και την βοήθειά της.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
Αφιέρωση πτυχιακής	i
Απόφθεγμα	ii
Ευχαριστίες	iii
Περιεχόμενα	iv
Πρόλογος	1
Εισαγωγή	2

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. Ανατομία του δέρματος	5
1.2. Εξαρτήματα του δέρματος	8
1.3. Ανατομία τρίχας	10
1.4. Αγγεία του δέρματος	11
1.5. Κερατινοποίηση	12
1.6. Χρωστική του δέρματος	14
1.6.α. Τί είναι το κόκκινο της οξυαιμοσφαιρίνης	14
1.6.β. Τί είναι το κίτρινο των καροτινοειδών	15
1.6.γ. Τί είναι το μαύρο της μελανίνης	15
1.6.δ. Τί είναι το άσπρο της κερατοϋαλίνης	15
1.7. Το δέρμα και η θερμοκρασία του	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1. Καρκίνος του δέρματος	19
2.2. Κακήθες μελάνωμα	20
2.3. Επιδημιολογία	21
2.4. Γεωγραφική κατανομή	23
2.5. Αιτιολογικοί παράγοντες	24
2.6. Παθολογική ανατομία	26
2.7. Κλινικοί χαρακτήρες	28
2.8. Σταδιοποίηση της νόσου	29
2.9. Εντόπιση των μελανωμάτων	33
2.10. Ποιά η διαφορά μεταξύ μελανώματος και ελίας	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1. Διάγνωση της νόσου	37
3.2. Διαφορική διάγνωση	40
3.3. Θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου	41
3.3.1. Γενικές αρχές	41
3.3.2. Χειρουργική αντιμετώπιση	42
3.3.2.α. Προφυλακτική εκτομή λεμφαδένων	42
3.3.2.β. Προφυλακτική εκτομή δύο ή περισσότερων περιοχικών λεμφαδένων αποχετευτικών θέσεων	44

	Σελ.
3.3.2.γ. Ακρωτηριασμός	44
3.3.3. Χημειοθεραπεία	45
3.3.4. Ακτινοθεραπεία	47
3.3.5. Ανοσοθεραπεία	48
3.3.6. Ενεργητική ανοσοποίηση	49
3.3.7. Υποστηρικτική θεραπεία	51
3.4. Βασικές παρενέργειες της χημειοθεραπείας	53
3.4.1. Προβλεπτές τοξικότητες	53
3.4.2. Απρόβλεπτες τοξικότητες	54
3.5. Πρόγνωση	56
3.6. Πρόληψη	58

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. Γενική νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς με μελάνωμα σε όλα τα θεραπευτικά στάδια	61
4.2. Χειρουργική θεραπεία – Ο ρόλος των νοσηλευτών	62
4.2.α. Διαγνωστική βιοψία – Νοσηλευτική παρέμβαση	62
4.2.β. Προφυλακτική, ριζική και παρηγορική εκτομή – Νοσηλευτική παρέμβαση	64
4.3. Προεγχειρητική ετοιμασία	65

	Σελ.
4.3.α. Γενική προεγχειρητική ετοιμασία	65
4.3.β. Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία	69
4.3.γ. Τελική προεγχειρητική ετοιμασία	70
4.4. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	71
4.5. Χημειοθεραπεία – Ο ρόλος των νοσηλευτών	74
4.6. Ακτινοθεραπεία – Η συμβολή των νοσηλευτών	78

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1. Νοσηλευτική διεργασία	82
5.2. Ιστορικό 1 ^ο	83
Πίνακες νοσηλευτικής διεργασίας	86
5.3. Ιστορικό 2 ^ο	96
Πίνακες νοσηλευτικής διεργασίας	99

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1. Ο καρκίνος ως ενότητα στην βασική νοσηλευτική εκπαίδευση	109
6.2. Ευθύνες στην ογκολογική νοσηλευτική	111

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1. Γενικές αρχές πρόληψης και επιμόρφωσης του κοινού για το κακήθες μελάνωμα – Ο ρόλος των νοσηλευτών	115
7.2. Μέτρα πρόληψης για την ελάττωση της θνησιμό- τητας από κακήθες μελάνωμα	116
7.3. Συμπεράσματα – Προτάσεις	119
7.4. Επίλογος	121
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΙΝΑΚΩΝ	122
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	127

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το δέρμα! Αυτός ο υπέροχος εύθραυστος φλοιός του σώματος. Χαρά των αισθήσεων και χάρτης της ψυχής μας. Πάνω στο δέρμα βρίσκονται τα ίχνη των εμπειριών και των συναισθημάτων μας. Κι όμως το αντιμετωπίζουμε τόσο επιδερμικά, σαν όλη μας η προσοχή να είναι στραμμένη στις κάθε λογής ενοχλήσεις κάτω από την επιδερμίδα. Ένας πόνος στο στομάχι, για παράδειγμα μας ανησυχεί περισσότερο από μια παράξενη ελιά που άνθισε στην πλάτη μας.

Το δέρμα μας όμως δεν τρέφεται μόνο από αέρα, νερό και χάρια. Βομβαρδίζεται καθημερινά από βλαβερές υπεριώδεις ακτίνες και όζον. Δέχεται την ανελέητη εισβολή της μολυσμένης ατμόσφαιρας, καίγεται από το αλκοόλ και συρρικνώνεται από τον καπνό. Χάνει την ομορφιά και το σφρίγος του από την κακή διατροφή και το στρες.

Αν και η πλέον σοβαρή πηγή κινδύνου για σχεδόν όλες τις δερματικές ασθένειες και την ανάπτυξη κακοήθειας φέρεται η υπερβολική έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία πρέπει να ξέρουμε ότι, συνυπεύθυνες είναι όλες οι άλλες αιτίες που προαναφέραμε με σοβαρότερη όλων την άγνοια και την αδιαφορία.

Μήπως λοιπόν αντιμετωπίζουμε το πρόβλημα επιδερμικά; Η πιο επικίνδυνη ασθένεια είναι η άγνοια ενώ η αποτελεσματικότερη θεραπεία είναι η πρόληψη. Γι' αυτό πρέπει να μάθουμε να ζούμε.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

- α) Προστατευτική,
- β) Αισθητική,
- γ) Αναπνευστική,
- δ) Θερμορυθμιστική και
- ε) Αμυντική (παραγωγή αντισωμάτων).

Το δέρμα έρχεται σε πρώτη και άμεση επαφή με τους εξωτερικούς παράγοντες του περιβάλλοντος. Προστατεύει τα κάτωθεν αυτού όργανα από τις δυσμενείς επιδράσεις των παραγόντων αυτών (αιωρούμενες ουσίες, μικρόβια, κακώσεις) αλλά υφίσταται και τις πρώτες βλάβες απ' αυτούς τους παράγοντες.

Αποτέλεσμα αυτών των βλαβερών επιδράσεων και για μακρύ χρονικό διάστημα είναι η δημιουργία αλλοιώσεων στην επιφάνεια του δέρματος και η γένεση του καρκινώματος σ' αυτό, εάν δεν ληφθούν τα κατάλληλα και απαραίτητα μέτρα προφύλαξης.¹

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Το δέρμα μας αποτελείται από τρία μέρη:

1. Την επιδερμίδα.
2. Το κυρίως δέρμα.
3. Την υποδερμίδα ή υπόδεσμα.²

Ας εξετάσουμε από τι αποτελείται το κάθε μέρος:

1. Η επιδερμίδα

Δεν έχει αγγεία και αποτελείται από πέντε στοιβάδες κυττάρων την μία πάνω στην άλλη, είναι δε οι εξής από έξω προς τα μέσα:

- α. Κερατίνη στοιβάδα: Είναι η πρώτη απ' τις στοιβάδες από πλατιά κύτταρα χωρίς πυρήνα.
- β. Διαφανής στοιβάδα: Βρίσκεται κάτω από την κερατίνη, είναι δε σαν μια ταινία και περιέχει λίπη, λιποειδή και γλυκογόνο.
- γ. Κοκκώδης στοιβάδα: Αποτελείται από 1-2 στοιχεία ρομβοειδών κυττάρων, περιέχει δε κοκκία και σταγονίδια μιας ουσίας η οποία λέγεται κερατοϋαλίνη.
- δ. Στοιβάδα των ακανθωτών κυττάρων: Είναι η πλατύτερη όλων και αποτελείται από πολυεδρικά εμπύρηννα κύτταρα.¹
- ε. Βλαστική ή Βασική στοιβάδα: Αποτελείται από μια σειρά κυλινδρικών κυττάρων, το ένα δίπλα στο άλλο σαν πάσσαλοι, η δε

βάση τους είναι οδοντωτή και συνδέονται έτσι με το θηλώδες στρώμα. Στη στοιβάδα αυτή γεννιέται και το μελάγχρωμα του δέρματος. Είναι η σπουδαιότερη στοιβάδα όλων, γιατί απ' αυτήν αναγεννιέται η επιδερμίδα, γι' αυτό όταν καταστραφεί η στοιβάδα αυτή έχουμε ουλώδη ατροφία (σημάδι).

Τις τρεις πρώτες στοιβάδες τις ονομάζουμε *Κεράτινη ζώνη*, ενώ τις δύο τελευταίες, δηλαδή των ακανθωτών κυττάρων και την βασική, τις ονομάζουμε *Μαλπίγειο σώμα* ή *Μαλπιγειανή στοιβάδα*.

2. Το κυρίως δέρμα

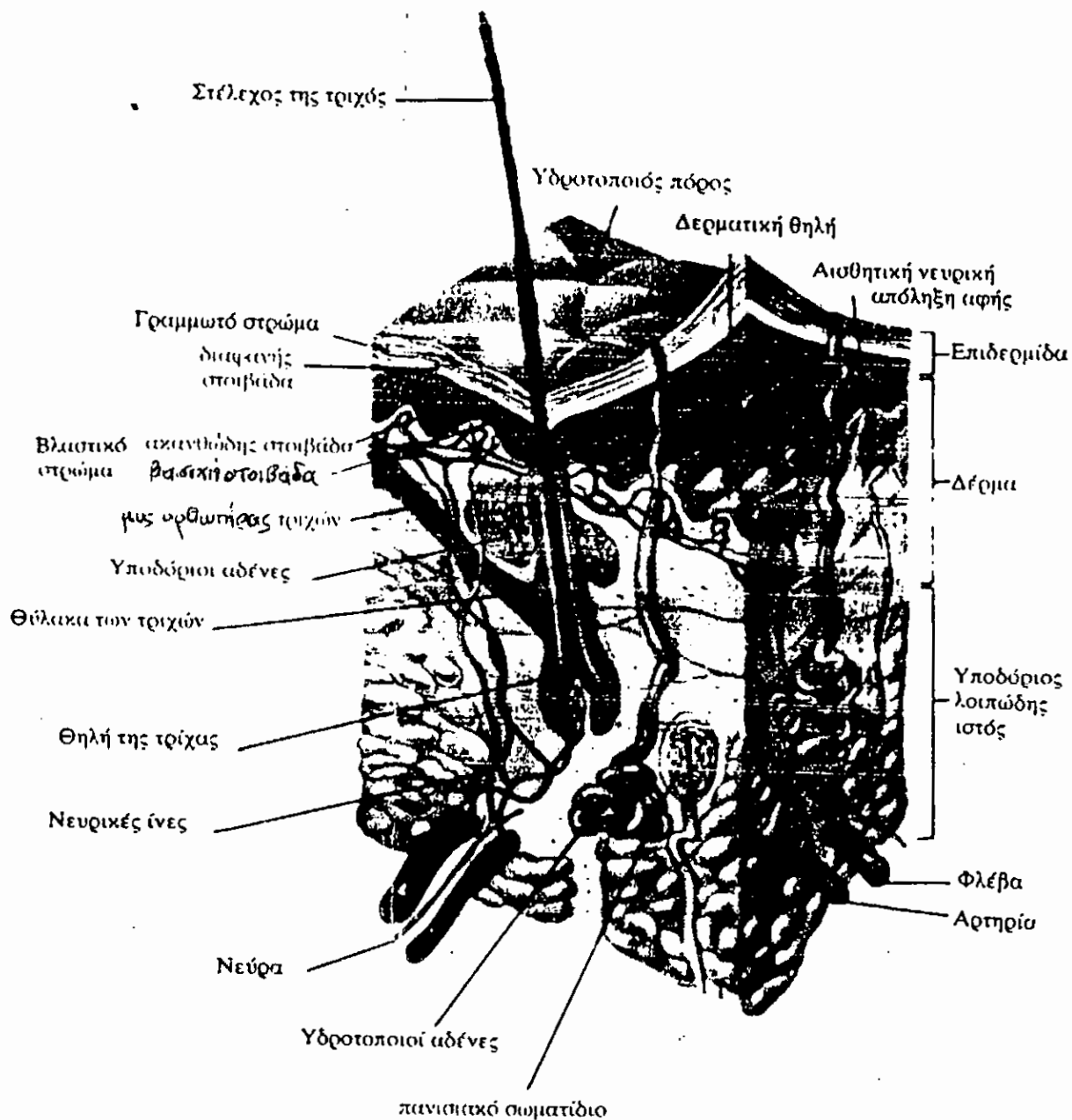
Είναι το σπουδαιότερο τμήμα του δέρματος και αποτελείται από μια ουσία η οποία λέγεται κολλαγόνο και από κύτταρα συνδετικού ιστού, τα οποία πλέκονται με μυϊκές και ελαστικές ίνες.

Γενικά σ' αυτό το τμήμα υπάρχουν οι θύλακες των τριχών, λεμφικά και αιμοφόρα αγγεία, οι σημηματογόνοι και ιδρωτοποιοί αδένες, νεύρα.

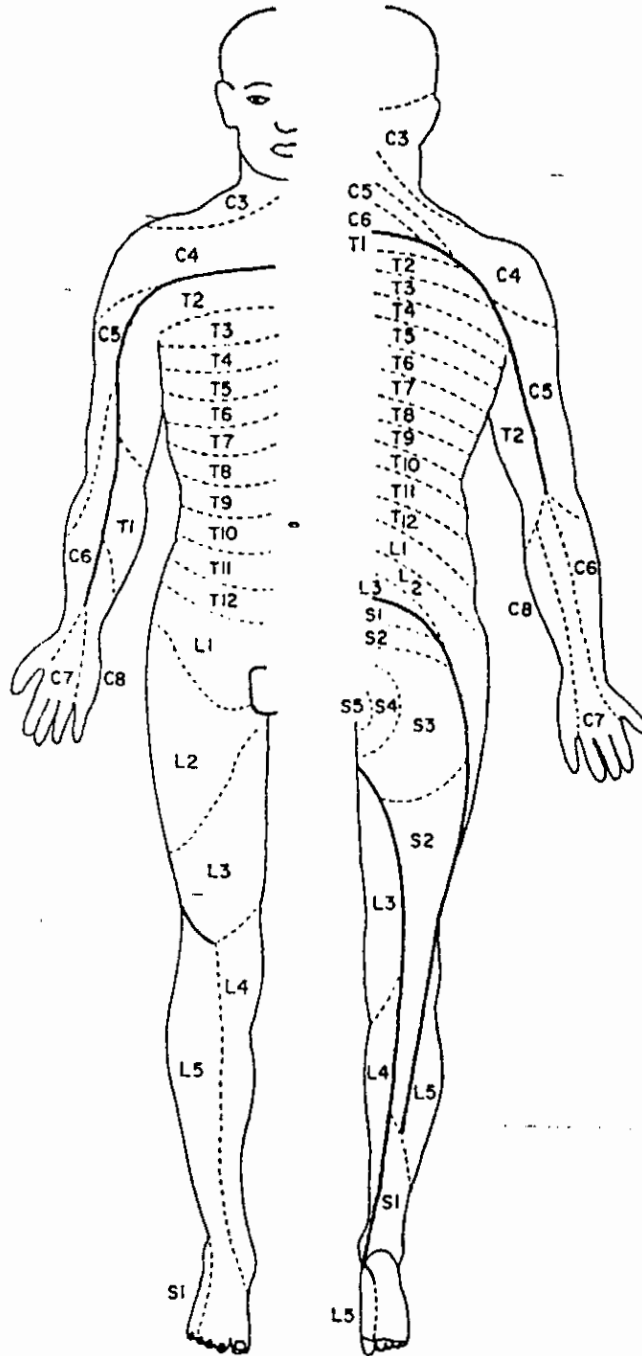
Αποτελείται από δύο στοιβάδες:

- A) Το θηλώδες στρώμα: Σ' αυτό υπάρχει πυκνό δίκτυο αγγείων τα οποία εξασφαλίζουν την διατροφή της επιδερμίδας, η οποία όπως αναφέρθηκε δεν έχει αγγεία. Στο πάνω μέρος το στρώμα αυτό δημιουργεί προεξοχές, οι οποίες ονομάζονται θηλές. Το μεταξύ δύο θηλών τμήμα της επιδερμίδας λέγεται επιθηλιακή θηλή.

Εγκάρσια τομή της επιδερμίδας



Οι δερματομές του σώματος



B) Το χόριο: Είναι το πυκνότερο, στερεότερο και μεγαλύτερο τμήμα του δέρματος, αποτελείται δε από κύτταρα συνδετικού ιστού. Μέσα σε αυτό υπάρχουν αγγεία, νεύρα, αδένες, τα οποία περιβάλλονται από θήκη συνδετικού ιστού. Από το χόριο ξεκινούν οι θύλακες των τριχών.³

3. Η υποδερμίδα ή υπόδερμα

Αυτή μοιάζει πολύ με το χόριο και αποτελείται από δεσμίδες συνδετικού ιστού μεταξύ των οποίων υπάρχει το υποδόριο λίπος. Το λίπος αυτό είναι περισσότερο σε ορισμένα μέρη, ενώ σε άλλα δεν υπάρχει, όπως στους αγκώνες, στην επιγονατίδα, στην ραχιαία επιφάνεια των χεριών, γι' αυτό εκεί το δέρμα είναι ακίνητο. Στις παλάμες και στα πέλματα το λίπος μοιάζει με προσκεφάλι και έτσι στηρίζεται το δέρμα όταν πονάμε.^{3, 4}

1.2. ΕΞΑΡΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Τα εξαρτήματα του δέρματος είναι τα εξής:

- Αδένες.
- Τρίχες.
- Νύχια.

- **Αδένες:**

Υπάρχουν κυρίως στο κυρίως ή ιδίως δέρμα οι σμηγματογόνοι ή στεατώδεις αδένες, και οι ιδρωτοποιοί αδένες.

- **Τρίχες:**

Είναι κεράτινα όργανα και μπαίνουν σε κόλπωμα του δέρματος, το οποίο λέγεται θύλακας της τρίχας. Βρίσκονται σε όλη την επιφάνεια του δέρματος και διακρίνουμε δύο είδη τριχών:

- Τις χονδρές.
- Τις χνοώδεις (χνούδι).

Το μήκος τους μπορεί να φθάσει μέχρι 2,30 μέτρα. Ο αριθμός τους στο τριχωτό του κεφαλιού είναι μεταξύ 90.000 και 150.000.

Το χρώμα των τριχών δημιουργείται από κοκκία χρωστικής τα οποία βρίσκονται στον φλοιό αυτής, από το χρώμα του κυτταροπλάσματος των κυττάρων και από τον αέρα που υπάρχει μεταξύ των κυττάρων. Όταν υπάρχει αέρας μεταξύ των κυττάρων τότε έχουμε

άσπρες τρίχες, αλλά στο άσπρισμα των τριχών παίζει ρόλο το νευρικό σύστημα, η ηλικία και άλλοι παράγοντες. Βέβαια, το χρώμα εξαρτάται και από την φυλή.⁵

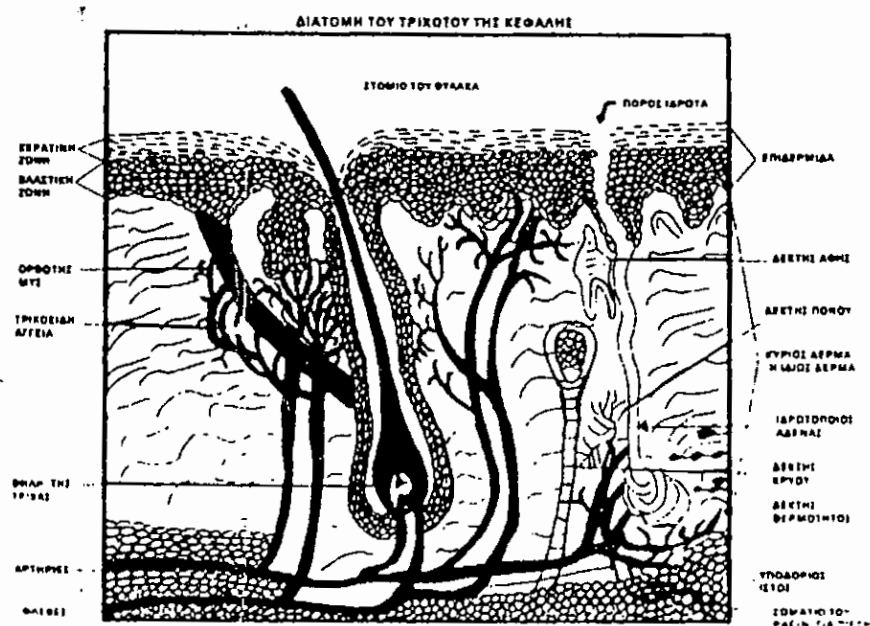
➤ **Νύχια:**

Χρησιμεύουν σαν στηρίγματα των άκρων των δακτύλων, έχουν δύο επιφάνειες, την κοίλη, η οποία εφάπτεται με το δέρμα και λέγεται κοίτη και την κυρτή επιφάνεια, δηλαδή αυτή που βλέπουμε και λέγεται άρνεμος.

Το πίσω μέρος, που μπαίνει μέσα στο δέρμα λέγεται μητέρα του νυχιού και το δέρμα που σκεπάζει το μέρος αυτό λέγεται παρωνύχιο.

Το νύχι αποτελείται από 3 μέρη:

- Από το σώμα, δηλαδή το ορατό μέρος,
- Από την κορυφή ή το χείλος του νυχιού και
- Από την ρίζα, η οποία στον αντίχειρα έρχεται προς τα έξω σαν λευκή ζώνη και λέγεται μηνίσκος ή ανατολή.



1.3. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΡΙΧΑΣ

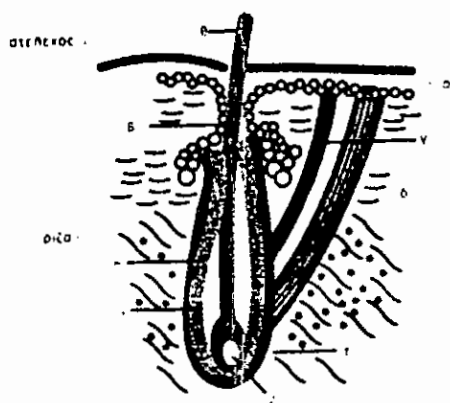
Η τρίχα αποτελείται από τα εξής μέρη:

1. Από την ελεύθερη μοίρα, δηλ. αυτή που είναι πάνω από το δέρμα και λέγεται στέλεχος και
2. Από το τμήμα μέσα στο δέρμα που λέγεται ρίζα.

Το στέλεχος αποτελείται από τρεις στοιβάδες από έξω προς τα μέσα:

- Το περιτρίχιο,
- Το φλοιό, και
- Τον μυελό.

Η ρίζα βρίσκεται στον τριχοσηγματικό θύλακα. Στο κάτω μέρος η ρίζα είναι διογκωμένη και λέγεται βολβός ενώ από το ένα μέρος του ο θύλακας έχει ένα μυ, ο οποίος λέγεται ορθωτής μυς.³



- α). επιδερμίδα
- β) σμηγματογόνοι αδένες
- γ) μυς ορθωτής
- δ) δέρμα
- ε) βολβός της τρίχας
- στ) θριξ (τρίχα)
- ζ) θηλή της τρίχας
- η) εξωτερική επιθηλιακή θήκη
- ι) εσωτερική επιθηλιακή θήκη

Ανατομία της τρίχας

1.4. ΑΓΓΕΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Τα αγγεία του δέρματος είναι περισσότερα στο θηλώδες στρώμα και μετά στο χόριο. Έρχονται από μέσα δηλαδή από την υποδερμίδα και φθάνουν μέχρι των κορυφών των θηλών.

Το αγγειακό σύστημα του δέρματός μας αποτελείται από δύο δέσμες αιμοφόρων αγγείων, δηλαδή αρτηρίες – φλέβες και από μία δέσμη λεμφικών αγγείων τα οποία βαίνουν παράλληλα προς το φλεβικό στήστημα.⁶

Οι αρτηρίες είναι η επιφανειακή δέσμη των αιμοφόρων αγγείων, που βρίσκονται πιο πολύ στο θηλώδες στρώμα και φθάνει μέχρι των κορυφών των θηλών, διαποτίζει την επιδερμίδα μας με αίμα, η οποία όπως αναφέρθηκε στερείται αγγείων και περισσότερο διαποτίζεται με αίμα η βασική ή βλαστική στοιβάδα.

Οι φλέβες είναι πιο βαθιά δέσμη και βρίσκεται μεταξύ χορίου και υποδέρματος. Απομακρύνουν τις άχρηστες ουσίες και το διοξείδιο του άνθρακα.

Τέλος, η δέσμη των λεμφαγγείων βαίνει παράλληλα προς τις φλέβες και με λεμφοφόρα τριχοειδή αγγεία διαποτίζει τα κύτταρα με θρεπτικές ουσίες και παίρνει τις άχρηστες. Διότι από τα αιμοφόρα τριχοειδή εξέρχεται προς το λεμφικό υγρό πλάσμα αίματος, περιέχοντας θρεπτικές ουσίες, τις οποίες αφού αποδώσει επιστρέφει πάλι στο αίμα.^{6,7}

1.5. ΚΕΡΑΤΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

Κερατινοποίηση είναι η μετατροπή των κυττάρων της βασικής στοιβάδας σε κύτταρα της κερατίνης στοιβάδας και τέλος σε πτώση αυτών.

Κατά την φάση της κερατινοποίησης λαμβάνουν χώρα ένα σύνολο εκφυλιστικών διαβρώσεων.

Η κερατινοποίηση προστατεύει το δέρμα από υδατικά διαλύματα και από εξωτερικές επιδράσεις.

Έχουμε σχηματισμό δύο πραγμάτων:

- Κερατίνης, και
- Λίπους

Αρχίζει η κερατινοποίηση από την μαλπιγειανή στοιβάδα, μετά γίνεται στην κοκκώδη στοιβάδα. Εκεί υπάρχουν κοκκία κερατοϋαλίνης. Αυτά παράγουν γλυκογόνο, λιποειδή και λίπος που βρίσκονται στη διάφανη στοιβάδα.

Υπάρχει κερατινοποίηση και στις τρίχες και στα νύχια. Εδώ δημιουργείται κερατίνη παρ' όλο που δεν παράγεται κερατοϋαλίνη.

Μπορεί κανείς ν' αναρωτηθεί πώς συμβαίνει και παθαίνουν αυτές τις αλλαγές τα κύτταρα. Αυτό συμβαίνει για τον εξής λόγο:

Η επιδερμίδα μας δεν έχει αγγεία. Τρέφεται από το κυρίως δέρμα, το οποίο έχει αγγεία. Κατ' αυτόν τον τρόπο μένουν ζωντανά για λίγο καιρό τα κύτταρα της βασικής στοιβάδας. Όσο όμως ανεβαίνουν προς

την επιφάνεια πεθαίνουν. Αυτή η διαδικασία διαρκεί ένα μήνα, δηλαδή από την βασική στοιβάδα μέχρι την επιδερμίδα.⁶

Τα επίπεδα κύτταρα φθάνουν στο έξω μέρος της επιδερμίδας και πέφτουν σαν νιφάδες. Γι' αυτό τα κύτταρα αυτά λέγονται νεκρά κύτταρα. Η πτώση των κυττάρων της κερατίνης στοιβάδας σε μεγαλύτερο βαθμό από το φυσιολογικό λέγεται *πιτυρίαση*.

Η κερατίνη βρίσκεται σε δύο μορφές:

- Σε μαλακή, και
- Σε σκληρή κερατίνη.

Η *μαλακή* κερατίνη περιέχει 2% θείο, 50% - 70% υγρασία και λίγο λίπος και υπάρχει στην επιδερμίδα.

Η *σκληρή* υπάρχει στα μαλλιά και στα νύχια, περιέχει θείο 4%-8%, πολύ χαμηλότερη υγρασία απ' ότι η μαλακή και λιγότερο επίσης λίπος.

Χημικώς η κερατίνη είναι σκληροπρωτεΐνη παραγόμενη από πολλά αμινοξέα, τα περισσότερα των οποίων είναι θειούχα, όπως η τυροξίνη και η τρυπτοφάνη.⁴

1.6. ΧΡΩΣΤΙΚΗ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Το χρώμα του δέρματος είναι διαφορετικό στις διάφορες φυλές (λευκή, κίτρινη, μαύρη κ.τ.λ.) και στα διάφορα μέρη του σώματος.

Προέρχεται από την επίδραση χρωστικών ουσιών:

1. Από το κόκκινο της οξυαιμοσφαιρίνης.
2. Από το κίτρινο των καροτινοειδών.
3. Από το μαύρο της μελανίνης.
4. Από το άσπρο της κερατοϋαλίνης της κοκκώδους στοιβάδας.¹

Υπάρχουν όμως και χρωστικές ουσίες, οι οποίες αλλοιώνουν το χρώμα του δέρματος , όπως π.χ. η διάχυση της χολής, η αναιμία, η υπεραιμία.

1.6.α. Τί είναι το κόκκινο της οξυαιμοσφαιρίνης;

Σημαίνει ότι το κόκκινο χρώμα οφείλεται στο δίκτυο των αιμοφόρων αγγείων. Κατά την αναπνοή το οξυγόνο πηγαίνει στους πνεύμονες και από εκεί στο αίμα, όπου ενώνεται με την χρωστική ουσία του αίματος, την αιμοσφαιρίνη και δίνει μια ασταθή ένωση, την οξυαιμοσφαιρίνη.⁵

1.6.β. Τί είναι το κίτρινο των καρτινοειδών;

Τα κύτταρα της επιδερμίδας περιέχουν λίπη, είτε ελεύθερα, είτε αναμειγμένα με πρωτεΐνες. Υπάρχουν όμως και λίπη στο δέρμα και στο συνδετικό ιστό κάτω από το δέρμα. Τα λίπη αυτά είναι αναμειγμένα με καρτινοειδείς ουσίες, οι οποίες δίνουν το κίτρινο χρώμα. Τα καρτινοειδή λίπη είναι εφεδρικά λίπη.

1.6.γ. Τί είναι το μαύρο της μελανίνης;

Η μελανίνη είναι μια ουσία, στα κοκκία της οποίας οφείλεται, το μαύρο χρώμα του δέρματος και η οποία βρίσκεται στις βαθύτερες στοιβάδες της επιδερμίδας και στο χόριο.

1.6.δ. Τί είναι το άσπρο της κερατοϋαλίνης;

Είναι μια ουσία που βρίσκεται στην κοκκώδη στοιβάδα της επιδερμίδας.

Όπου η επιδερμίδα είναι παχύτερη π.χ. στα πέλματα, το χρώμα είναι πιο κίτρινο.

Το δέρμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν ένας απλός καθρέπτης, που αντανακλά την γενική κατάσταση της υγείας του ατόμου και σε γενικές γραμμές έχει ως εξής:

1. Καθαρά ροδοκόκκινα μάγουλα, σημαίνουν συνήθως πολύ καλή υγεία.
2. Κίτρινο δέρμα σημαίνει ότι υπάρχει κάποια ασθένεια, όπως π.χ. ηπατίτιδα.
3. Παρουσιάζονται πολλές φορές εξανθήματα στο πρόσωπο, που μπορεί να προέρχονται από διάφορες αλλεργίες, από καλλυντικά ή από αναφυλαξία από ορισμένα είδη διατροφής.^{3, 4}

1.7. ΤΟ ΔΕΡΜΑ ΚΑΙ Η ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ ΤΟΥ

Το δέρμα κάνει διάφορες λειτουργίες. Μεταξύ αυτών είναι να ρυθμίζει την θερμοκρασία του σώματος και δρα και σαν αποταμιευτικό και προασπιστικό κατά της αποβολής της θερμότητας.

Είναι δηλαδή:

- Ρυθμιστής της σωματικής θερμοκρασίας.

Αυτό γίνεται με την άδηλο αναπνοή. Με αυτήν αποβάλλεται CO₂, υδατμοί και το 80% της παραγόμενης στο σώμα θερμότητας.

Όταν η θερμοκρασία ανεβαίνει, τότε δημιουργείται ιδρώτας, ο οποίος για να εξατμισθεί απορροφάει θερμότητα και έτσι η θερμοκρασία του σώματος μένει σταθερή.

- Το δέρμα είναι αποταμιευτικό και προασπιστικό κατά της αποβολής της θερμότητας.

Αυτό γίνεται με το υποδόριο λίπος και τις τρίχες.⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Ο καρκίνος του δέρματος αποτελεί το 9-13% των κακοήθων όγκων. Οι πιο συχνοί καρκίνοι του δέρματος παρουσιάζονται στην Αυστραλία και Νότια Αφρική που αποτελούν το 50% των κακοήθων όγκων, αλλά επίσης συναντάται σε μεγάλη συχνότητα στη Νέα Ζηλανδία, στην Ιρλανδία, στις Η.Π.Α. και στην Βόρεια Ευρώπη.

Αυτό το είδος καρκίνου είναι εύκολα θεραπευόμενο και η επιβίωση είναι πολύ υψηλή.

Περισσότερο νοσούν οι άνδρες από τις γυναίκες σε ποσοστό 2:1. Ανάμεσα στους γνωστούς παθογενετικούς παράγοντες είναι η έκθεση στον ήλιο και περιβαλλοντολογικοί παράγοντες, όπως το αρσενικό, η πίσσα, η ιονίζουσα ακτινοβολία.⁸

Ένας μεγάλος αριθμός καρκινωμάτων αναπτύσσεται σε προηγούμενες προκαρκινικές καταστάσεις, όπως οι υπερκερατώσεις. Επίσης παρουσιάζονται πάνω σε προηγούμενες ουλές.

Μπορούν να εμφανιστούν σε όλα τα μέρη του σώματος αλλά κυρίως:

- Στο πρόσωπο,
- Στον τράχηλο, και
- Στην ραχιαία επιφάνεια του χεριού.

Οι κακοήθεις όγκοι του δέρματος είναι:

- ❖ Βασιλοκυτταρικό καρκίνωμα,
- ❖ Μαλιγγιακό καρκίνωμα, και
- ❖ Κακότητες μελάνωμα, το οποίο αποτελεί μια ξεχωριστή μορφή καρκίνου του δέρματος.⁹

ΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΙ - ΔΟΛΟΦΟΝΟΙ
(ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΙΣ Η.Π.Α. ΓΙΑ ΤΟ 2000)

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

2.2. ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ

Οι περισσότεροι καρκίνοι του δέρματος δεν θεωρούνται γενικά πολύ επικίνδυνοι διότι θεραπεύονται εύκολα χειρουργικά ή φαρμακευτικά. Εξαιρεση αποτελεί ο κακοήθης σπίλος που ονομάζεται μελάνωμα, που σημαίνει μελανός όγκος.

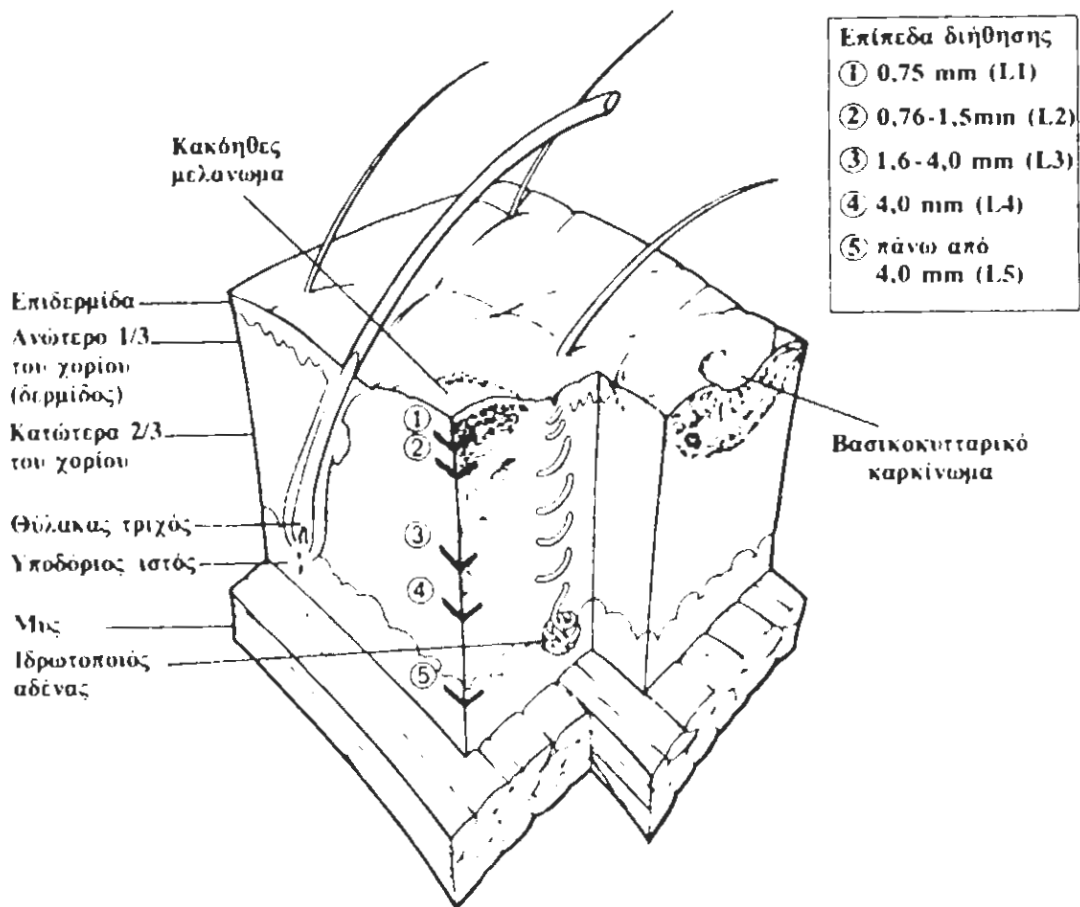
Το μελάνωμα είναι όχι μόνο ο πλέον κακοήθης δερματικός όγκος αλλά και από τους πλέον κακοήθεις όγκους γενικώς.

Το μελάνωμα μπορεί να διασπαρεί σχεδόν σε κάθε όργανο ή ιστό του σώματος και να οδηγήσει στον θάνατο μέσα σ' ένα χρόνο μετά την υποτροπή του σε απομακρυσμένα σημεία. Διασπείρεται από την μητέρα στο έμβρυο και είναι από τους όγκους που διασπείρονται συχνότερα στον εγκέφαλο και στο νωτιαίο μυελό.

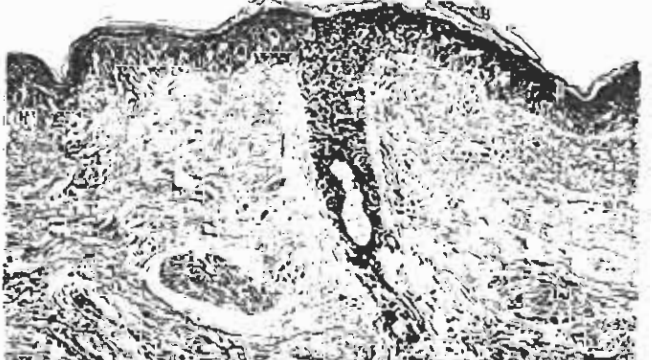
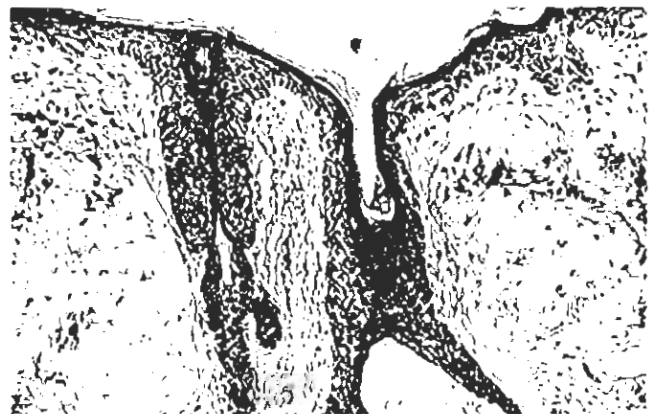
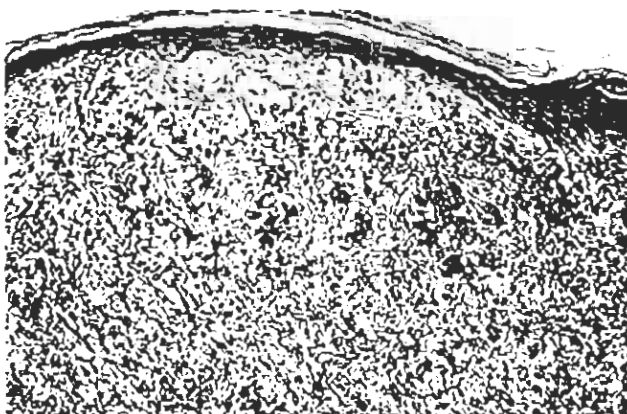
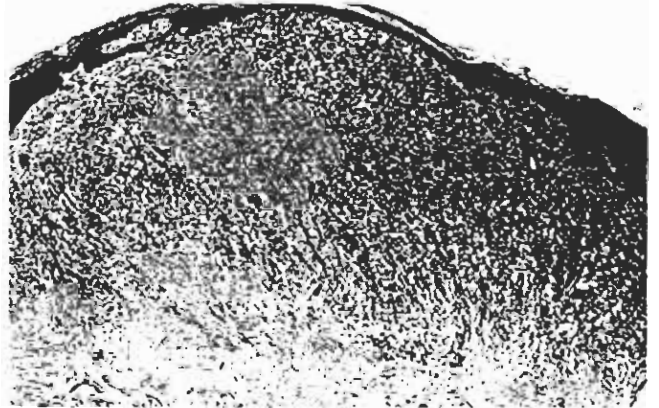
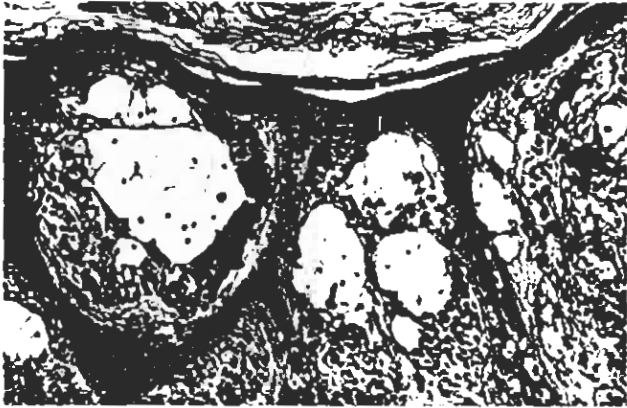
Εκτός από τις θλιβερές διαπιστώσεις υπάρχουν και ορισμένες ενθαρρυντικές. Όταν πρωτοεμφανιστεί το μελάνωμα ως καοήθης σπίλος στο δέρμα, στον οφθαλμό, στα ούλα, στον κόλπο και στο ορθό, είναι ιάσιμο με περιορισμένης έκτασης χειρουργική επέμβαση.

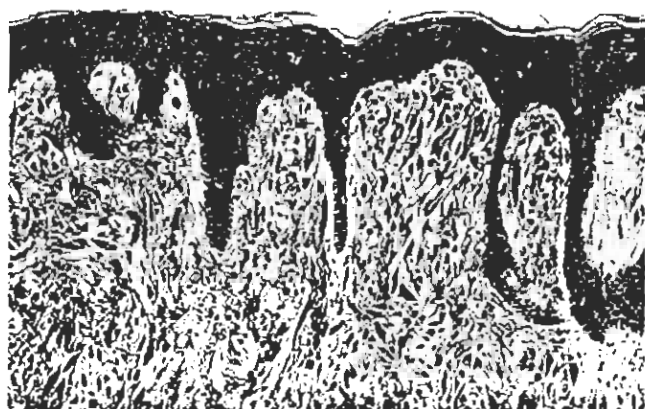
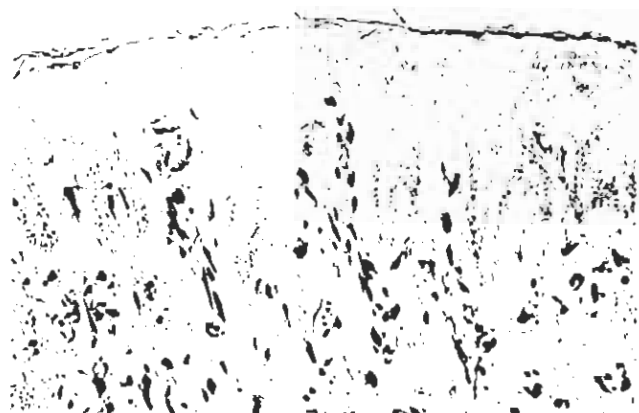
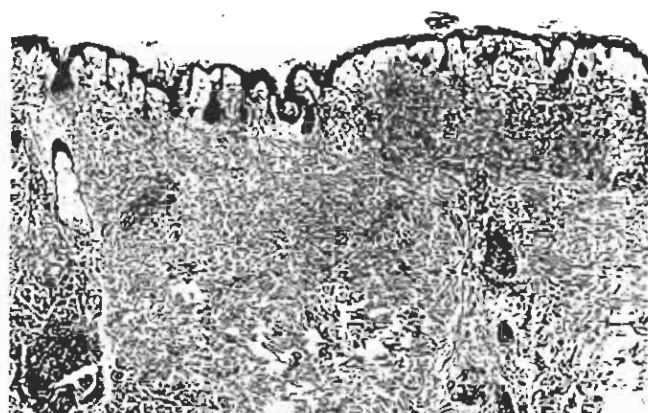
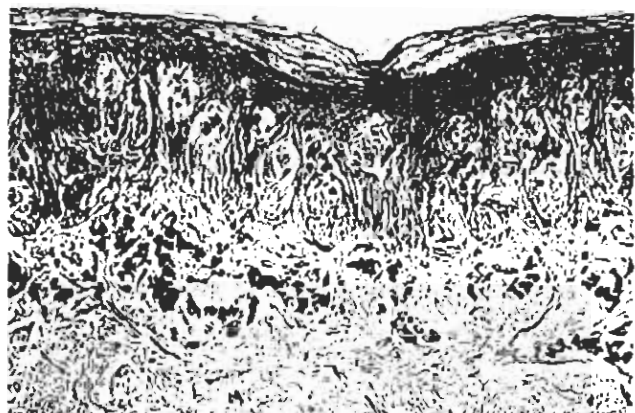
Έχει λοιπόν, τεράστια σημασία η αναγνώριση των πρώιμων σημείων του μελανώματος . Εάν αυτό διεισδύσει βαθιά στο δέρμα και φτάσει στα λεμφαγγεία και στα αιμοφόρα αγγεία του χορίου, συνήθως είναι αδύνατο να ιαθεί, αν και με την χειρουργική ογκολογία μπορεί να επιτευχθεί μεγάλο διάστημα ελεύθερο νόσου.¹⁰

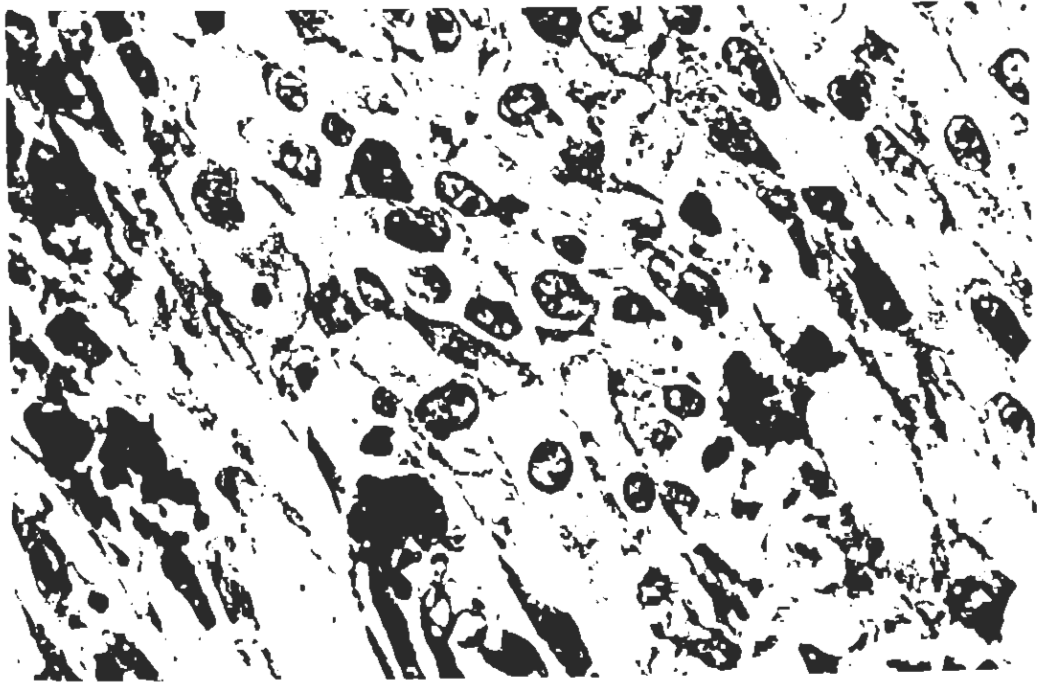
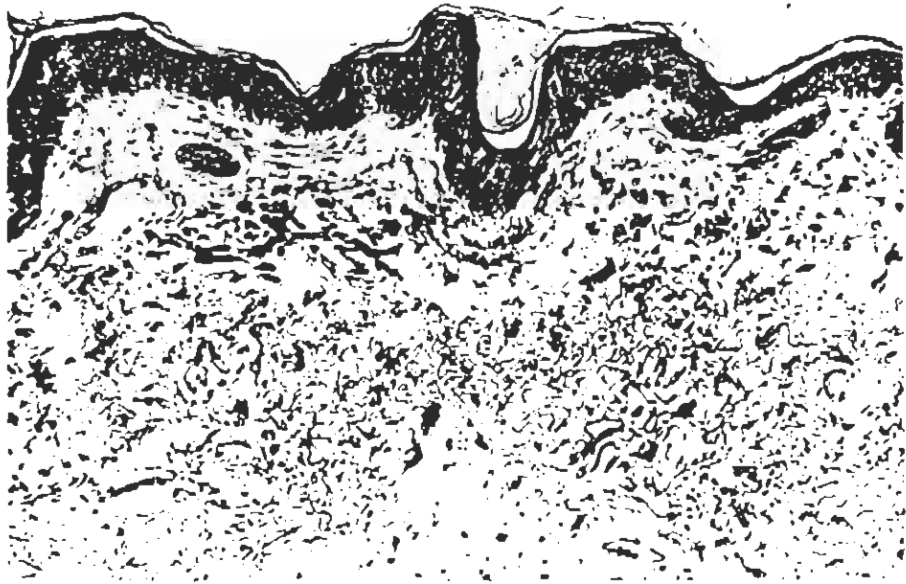
Στιβάδες του δέρματος
όπου φαίνεται ένα κακήθες μελάνωμα και
ένα βασικοκυτταρικό καρκίνωμα



Διάφοροι ιστολογικοί τύπου μελανωμάτων, όπως φάνηκαν στο
μικροσκόπιο







2.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Το μελάνωμα αποτελεί παγκοσμίως το 2-3% όλων των κακοήθων όγκων και η συχνότητά του αυξάνει κατά 4% ετησίως. Υπολογίζεται ότι για το έτος 2.000 η επίπτωσή του θα είναι 1:90 άτομα.

- Το 1930 αντιστοιχούσε 1 : 1.500 άτομα.
- Το 1950 αντιστοιχούσε 1 : 600 άτομα.
- Το 1980 αντιστοιχούσε 1 : 250 άτομα.
- Το 1985 αντιστοιχούσε 1 : 150 άτομα.
- Το 1990 αντιστοιχούσε 1 : 150 άτομα.
- Το 2000 θα αντιστοιχεί 1 : 90 άτομα.¹¹

Η δραματική αύξηση κατά την τελευταία 70ετία φέρνει το κακοήθες μελάνωμα να αυξάνεται με ρυθμούς μεγαλύτερους από κάθε άλλη κακοήθεια και να βρίσκεται στην 8^η θέση των κακοήθων νεοπλαστιών στις Η.Π.Α.

Οι ρυθμοί αύξησης της επίπτωσης στους άνδρες αυξάνονται περισσότερο απ' ότι στις γυναίκες.

Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό αύξησης στους άνδρες εμφανίζεται να είναι περίπου 5 φορές μεγαλύτερο απ' ότι ήταν στο παρελθόν ενώ για τις γυναίκες η αντίστοιχη τιμή είναι γύρω στο 3,5. Τους ρυθμούς

επίπτωσης τείνει να φθάσει και ο ρυθμός θνητότητας και στα δύο φύλα (2,5% για τους άνδρες και 1,3% για τις γυναίκες).

Τα περιορισμένα ελληνικά επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν αύξηση της θνητότητας από μελάνωμα την τελευταία 12ετία κατά 2,2 φορές χωρίς διαφορές στα δύο φύλα. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι στους άνδρες ηλικίας 20-49 ετών η θνητότητα μειώθηκε κατά 30% ενώ στους άνδρες 50 ετών και άνω αυξήθηκε κατά 30%. Στις γυναίκες δεν παρατηρήθηκε κάποια διαφοροποίηση.^{8, 11}

Μελανώματα παρατηρούνται και στα βρέφη. Συνήθως βρίσκονται στα αρσενικά βρέφη στον κορμό και στα θηλυκά βρέφη στα κάτω άκρα (δεξιά και αριστερά).

2.4. ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

Υψηλότερη επίπτωση της νόσου παρατηρείται στους λευκούς που ζουν σε τροπικά ή υποτροπικά κλίματα, όπως στη Ν.Δ. Αμερική, σε περιοχές της Αφρικής που βρίσκονται κοντά στον Ισημερινό, στην Χαβάη και στην Αυστραλία. Άρα η έκθεση στις υπεριώδεις ακτίνες ενοχοποιείται ισχυρά ως πιθανή αιτία.

Υπάρχουν περίπου 15 περιπτώσεις για κάθε 100.000 λευκούς της Καλιφόρνιας ή της Αριζόνας, ενώ σε κάθε 100.000 λευκούς της Χαβάης εντοπίζονται 30 περιπτώσεις μελανώματος. Οι μαύροι έχουν πολύ μικρότερη επίπτωση.¹²

Ακόμα και στις βορειοανατολικές περιοχές η συχνότητα υπερβαίνει τα 10 ανά 100.000 άτομα από 8/100.000 που ήταν πριν από 15 χρόνια. Το μελάνωμα αρχίζει να απασχολεί και τις χώρες του βορείου ημισφαιρίου, όπως η Σουηδία, η Φινλανδία, η Αγγλία, η Δανία, στις οποίες η αύξηση των κρουσμάτων δεν έχει ακόμα διευκρινιστεί.

Τα μελανώματα οφθαλμού ανευρίσκονται συχνότερα σε ανοιχτόχρωμα άτομα που ζουν σε ηλιόλουστα κλίματα. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα με γαλανά μάτια πρέπει να φορούν σκούρα γυαλιά, όταν εκτίθενται στον ήλιο.^{9,12}

Από τους λευκούς, υψηλότερο κίνδυνο αντιμετωπίζουν τα άτομα με κόκκινα μαλλιά και ανοιχτόχρωμη επιδερμίδα και μετά τα ξανθά άτομα με γαλανά μάτια.

Πρωτοπαθή μελανώματα μπορεί να παρουσιαστούν ακόμα και σε μελαχρινά – σκούρα άτομα στα πέλματα και στις παλάμες, κάτω από το δέρμα και στους βλεννογόνους του σώματος, όπως για παράδειγμα του ορθού.¹³

2.5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΙΪΝΤΕΣ

Διάφοροι παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για την δημιουργία μελανώματος , αν και ακόμα στην ουσία δεν έχουν αποδειχτεί. Όπως:

1) Οι υπεριώδεις ακτίνες του ήλιου.

Η συχνότητα της νόσου αυξάνει όσο πλησιάζει κανείς στον Ισημερινό, ενώ το συνηθέστερο μέρος δημιουργίας μελανώματος είναι η κεφαλή και ο τράχηλος, δηλαδή τα σημεία που εκτίθενται πιο πολύ στον ήλιο.

2) Τραύμα

Πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν ιστορικό τραυματισμού στο σημείο του όγκου, όμως είναι πιθανό ότι ο τραυματισμός τραβά την προσοχή του αρρώστου στην περιοχή, παρά ότι προκαλεί τον όγκο.

3) Κληρονομικότητα

Τα κληρονομικά μελανώματα είναι συνήθως πολλαπλά.

4) Ιοί

Έχουν ενοχοποιηθεί γιατί μερικοί από αυτούς έχουν κοινά αντιγόνα με το μελάνωμα.

5) Μελαγχρωματικοί σπίλοι (Ελιές)

Περίπου 25% έως 50% των μελανωμάτων προέρχονται από σπίλους.

Οι πιο επικίνδυνοι σπίλοι είναι οι επιδερμικοί στους οποίους απουσιάζουν οι τρίχες. Αντίθετα οι ενδοδερμικοί σπίλοι που έχουν τρίχες δεν εξαλάσσονται.

Οι γιγάντιοι παιδικό σπίλοι που καλύπτουν μεγάλο δερματικό τμήμα των παιδιών εξαλάσσονται σ' ένα ποσοστό 20%.¹⁴

2.6. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Το μελάνωμα προέρχεται από μελανοκύτταρα ασχέτως αν τα κύτταρα αυτά είχαν σχηματίσει σπίλο ή όχι. Η ιστολογική διάγνωση στηρίζεται στην διαπίστωση διηθήσεως του χορίου από άτυπα κύτταρα.

Οι μεταστάσεις είναι κατά 15% διαμέσου των αιμοφόρων αγγείων και κατά 85% δια μέσου των λεμφικών. Γενικευμένες μεταστάσεις δημιουργούνται πριν, ταυτόχρονα ή μετά την ανακάλυψη επιχωρίων λεμφαδενικών μεταστάσεων.¹³ Συνήθως προσβάλλονται οι πνεύμονες, το ήπαρ, ο μυελός των οστών και το έντερο.

Δευτερογενής διασπορά από ενδοκαρδιακές ή ενδοαρτηριακές μεταστάσεις προκαλεί την ξαφνική εμφάνιση δερματικών μεταστάσεων σε όλο το σώμα. Μεταστάσεις στο έντερο προκαλούν εγκολεασμό, εντερορραγία ή απόφραξη της πριοχής.¹⁵

Μακροσκοπικά τα μελανώματα χωρίζονται σε τρία είδη:

i. *Επίπεδα ή επιπολής αναπτυσσόμενα*

Αυτά έχουν ανώμαλη περιφέρεια, είναι επίπεδα και έχουν περιοχές όπου η χρωστική έχει χαθεί. Α μελανώματα αυτά έχουν καλή πρόγνωση.

ii. *Οζώδη*

Αυτά προέχουν σαν ογκίδια από το δέρμα, έχουν ομαλή περιφέρεια, αναπτύσσονται γρήγορα και έχουν κακή πρόγνωση.

iii. *Μελανώματα που αρχίζουν από φακίδες τύπου Hutchinson*

Αυτά εμφανίζονται σε ηλικιωμένα άτομα, εντοπίζονται στο πρόσωπο, είναι επίπεδα και έχουν άριστη πρόγνωση.^{12, 14, 15}

Πρωτοπαθής εστία (T)

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

Λεμφαδένες (N)

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

Μεταστάσεις (M)

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

2.7. ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ

Το μέγεθος του μελανώματος είναι συνήθως 1–3 εκατοστά, μπορεί όμως να λάβει μεγάλες διαστάσεις όταν είναι επίπεδο. Δορυφόρες μεταστάσεις γύρω από το μελάνωμα είναι μικρού μεγέθους και βρίσκονται σε μια ακτίνα 5 εκατοστών.

Ψηλάφηση υποδορίων οζιδίων στην περιοχή που βρίσκεται ανάμεσα στο μελάνωμα και τους επιχωρίους λεμφαδένες είναι σημεία βασικό των λεμφαγγειακών μεταστάσεων.¹⁶

Δεν υπάρχει σημείο του δέρματος που να μην προσβάλλεται από το νεόπλασμα αυτό.

Μελανώματα βρίσκονται στο τριχωτό της κεφαλής, το βλεννογόνο της μύτης, τα ούλα, τις θηλές του μαστού, τον οφθαλμό, τον ομφαλό, τις μασχάλες, το περίνεο, τον πρωκτό και το αιδοίο.¹⁵

Συχνά προσβάλλονται και τα δάκτυλα, τα πέλματα και τα νύχια. Ρινορραγίες, φλεγμονές ιγμορίων, ουλίτιδες, φλεγμονές της θηλής του μαστού, παρονυχίες και πληγές του πέλματος είναι συνήθεις λανθασμένες διαγνώσεις σε αρρώστους που στην πραγματικότητα είχαν μελάνωμα.

Ο όγκος είναι ανώδυνος, μπορεί όμως να εξελκωθεί, επιμολυνθεί και να παρουσιαστεί σαν «φλεγμονή».¹⁶

2.8. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Τα μελανοκύτταρα, τα οποία δημιουργούν το μελάνωμα, από εμβρυολογική πλευρά προέρχονται από τη νευρική ακρολοφία (neural crest) και κατά την διάρκεια της εμβρυϊκής ανάπτυξης και διαφοροποίησης τα κύτταρα αυτά μεταναστεύουν κυρίως στο δέρμα, στο χοριοειδή χιτώνα του οφθαλμού, στις μήνιγγες και στους βλεννογόνους.¹⁷

Υπάρχουν δύο συστήματα μικροσκοπικής σταδιοποίησης τα οποία έχουν επικρατήσει και εφαρμόζονται σήμερα.

- Το πρώτο είναι μορφολογικό (Clark – 1969) και το επίπεδο της διήθησης εξαρτάται από το στοιχείο του δέρματος στο οποίο φθάνει.¹⁰
- Το δεύτερο είναι μικρομετρικό (Breslow - 1970) και μετράει το πάχος του όγκου σε χιλιοστά με μεγάλη ακρίβεια.

Σύμφωνα με την σταδιοποίηση κατάClark εμφανίζονται:

Επίπεδο 1:

Το μελάνωμα βρίσκεται στη θέση της προέλευσής του, στην βασική μεμβράνη της επιδερμίδας εκεί όπου συναντώνται οι εξωτερικές στοιβάδες του δέρματος με τις εσωτερικές.

Επίπεδο 2

Επέκταση στο άνω τριτημόριο του χορίου, στην θηλιώδη στοιβάδα του χορίου.

Επίπεδο 3

Το μελάνωμα επεκτείνεται στο όριο μεταξύ θηλώδους και δικτυωτής στοιβάδας του χορίου.

Επίπεδο 4

Διήθηση της δικτυωτής στοιβάδας.

Επίπεδο 5

Διήθηση υποδόριων ιστών, όπως του λιπώδους ιστού.

Τα μελανώματα του επιπέδου 1 σχεδόν πάντα είναι ιάσιμα με χειρουργική αφαίρεση. Τα μελανώματα του επιπέδου 3 υποτροπιάζουν περίπου στο 60% ενώ του επιπέδου 4 και 5 υποτροπιάζουν σε ποσοστό 85% περίπου.¹⁸

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑ CLARK

Επίπεδο I	Ενδοεπιδερμικό
Επίπεδο II	Διήθηση της θηλώδους μοίρας του χορίου
Επίπεδο III	Διήθηση μέχρι του ορίου θηλώδους και δικτυωτής μοίρας του χορίου
Επίπεδο IV	Διήθηση της δικτυωτής μοίρας του χορίου
Επίπεδο V	Διήθηση του υποδορίου λίπους

Η μέθοδος Breslow περιλαμβάνει την μέτρηση του πάχους της διηθήσεως του δέρματος σε mm. Όσο αυξάνει ο αριθμός επιπέδου και το πάχος διηθήσεως, τόσο αυξάνει η συχνότητα λεμφαδενικών μεταστάσεων και τόσο χειροτερεύει η πρόγνωση.

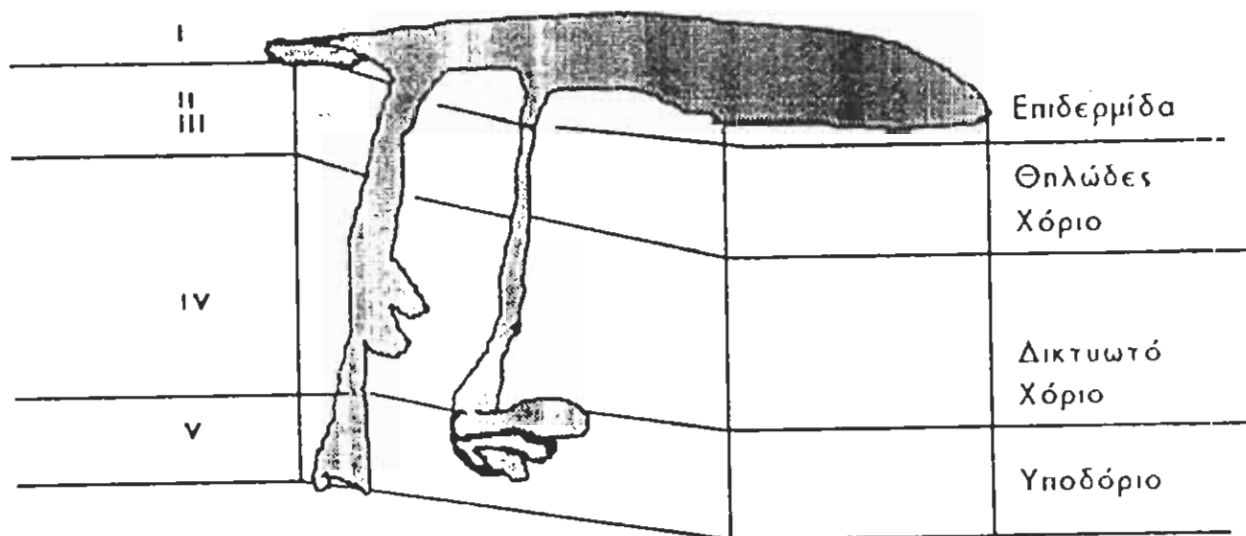
Επομένως ένα μελάνωμα διαμέτρου 5 cm και πάχους 0,5 mm έχει άριστη πρόγνωση ενώ ένα μικρό μελάνωμα διαμέτρου 0,8 cm και βάθους 1,9 mm έχει πολύ χειρότερη πρόγνωση παρά το μικρό του μέγεθος.¹⁹

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑ BRESLOW

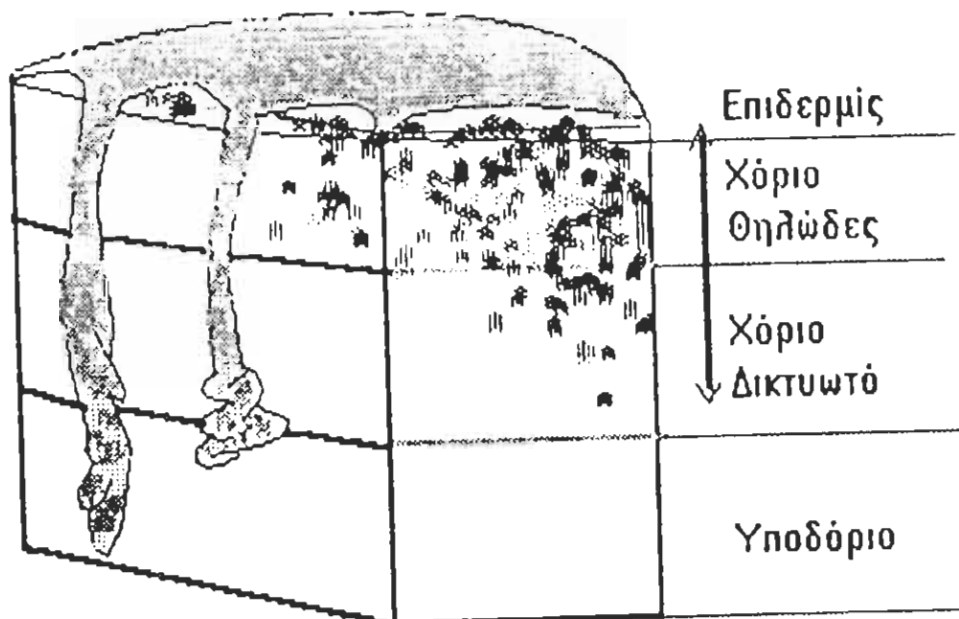
ΠΑΧΟΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ	ΠΡΟΓΝΩΣΗ (5ΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ)
Μέχρι 0,75 mm	Άριστη (100%)
0,76 – 1,5 mm	Σχετικά καλή (60-70%)
1,51 – 4,0 mm	Κακή (15%)
Μεγαλύτερο από 4,1 mm	Πολύ κακή (0%)

Η κατά Clark μέθοδος είναι αρκετά υποκειμενική και τείνει ν' αντικατασταθεί από την κατά Breslow, η οποία θεωρείται ακριβέστερη και αναπαραγώγιμη και αρκετά σαφής στην πρόγνωση των μελωμάτων.^{17, 18}

Επίπεδα διηθήσεως



Επίπεδα διηθήσεως κατά Clark



Πάχος Μελανώματος κατά Breslow

2.9. ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΤΩΝ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΩΝ

Αν και μελάνωμα μπορεί να αναπτυχθούν σε οποιαδήποτε μέρη του σώματος, υπάρχουν ορισμένες εκλεκτικές εντοπίσεις αυτών.

Κατά γενικό κανόνα, μελάνωμα αναπτύσσονται εκλεκτικά στις δερματικές μοίρες που καλύπτουν την πρωτοπαθή εστία του νεοπλασματος. Οι πιο συχνές εντοπίσεις είναι:

1. Κοιλιακή χώρα (25%).
2. Πρόσθια θωρακική επιφάνεια (24%).
3. Πρόσωπο και τράχηλος (18%).
4. Ράχη και οσφυϊκή χώρα (13%).
5. Τριχωτό της κεφαλής (8,3%).
6. Άνω (7%) και κάτω (3%) άκρα.
7. Πυελική χώρα (1,5%).²⁰

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΙ ΦΥΛΛΟ

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

2.10. ΠΟΙΑ Η ΔΙΦΟΡΑ ΜΕΤΑΞΥ ΜΕΛΑΝΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΛΙΑΣ;

Μία φυσιολογική ελιά έχει καφεοειδές χρώμα το ίδιο κατανεμημένο ή μαύρο σε όλη την επιφάνεια. Το σχήμα είναι στρογγυλό ή ωοειδές και έχει διακριτικά όρια. Γενικά η διάμετρός της είναι λιγότερη των 6 mm. Μπορεί να εμφανιστεί από την γέννηση ή στις πρώτες δεκαετίες της ζωής. Από την στιγμή που εμφανίζεται παραμένει αναλλοίωτη σε χρώμα και σε σχήμα. Περιστασιακά ξεθωριάζουν στην γήρανση.

Μία ξαφνική και συνεχής αλλαγή σε μία ελιά είναι σοβαρή προειδοποίηση. Τα σημεία που θα βοηθήσουν το άτομο να ξεχωρίσει ένα μελάνωμα είναι:

- Ασυμμετρία. Το ένα μισό δεν ταιριάζει με το άλλο μισό.
- Οριακή αταξία. Οι άκρες του είναι ανώμαλες, με εγκοπές και η επιφάνειά του θαμπή.
- Λνομοιόμορφο χρώμα. Εμφανίζονται σκιές από σκούρο καφέ, μαύρο, άσπρο ή και μπλε.
- Η διάμετρος είναι μεγαλύτερη από 6 mm. Μία αύξηση του μεγέθους είναι ιδιαίτερα ανησυχητική.

Άλλα προειδοποιητικά σημάδια μελανώματος είναι η αιμορραγία, η εμφάνιση όζου, ερυθρότητα, νέο οίδημα, κνησμός και πόνος στην περιοχή.²¹

Η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία αναφέρει την αιμορραγία ως ένα από τα σημεία προχωρημένης νόσου και συνήθως παρατηρείται μετά από τραυματισμό ή συνυπάρχει με κνησμό και εφελκιδοποίηση της βλάβης.^{19, 25}

Πρέπει ακόμα να τονιστεί ότι οι περισσότερες μελαγχρωματικές κηλίδες δεν είναι μελάνωμα. Παρόμοια μελάγχρωση μπορεί να εμφανίζουν οι χρόνιες φλεγμονώδεις καταστάσεις, οι καλοήθειες ινώδεις όγκοι, δηλαδή τα γνωστά ινώματα και τα βασικοκυτταρικά καρκινώματα (από τους συχνότερους χαμηλής κακοήθειας όγκους του δέρματος).²⁰

Τα χαρακτηριστικά του μελανώματος που το διαφοροποιούν λοιπόν από έναν σπίλο (ελιά), είναι αυτά που αποτελούν τα συνηθισμένα σημεία και συμπτώματα της νόσου. Βασικότερα λοιπόν είναι οι αλλαγές στο χρώμα και στο σχήμα και η αιμορραγία, η οποία υποδηλώνει ότι η βλάβη έχει προσβάλλει το μεγαλύτερο σε πάχος του δέρματος.^{10, 18}

Μεταβολές που παρατηρούνται στην κακοήθη εξαλλαγή ενός σπίλου

-
1. Αίσθημα κνησμού
 2. Αποπτωση των τριχών στην περιοχή της βλάβης
 3. Εξαφάνιση των γραμμών του δέρματος στην περιοχή της βλάβης
 4. Αλλαγή στο χρώμα
 5. Μεταβολή στο περίγραμμα
 6. Αιμορραγία
 7. Αύξηση του μεγέθους (ταχεία)
 8. Οζώδης ανάπτυξη
 9. Εξέλκωση
-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

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

Για την εφαρμογή της ιστολογικής εξέτασης είναι αναγκαία η βιοψία της βλάβης. Κατά την βιοψία πρέπει ν' αφαιρείται όλη η αλλοίωση μαζί με υγιές δέρμα ενώ πρέπει ν' αποφεύγεται η λήψη μόνο τμήματος απ' την αλλοίωση.

Αυτό αιτιολογείται ως εξής:

- i. Η εξαλλαγή μπορεί ν' αφορά μόνο ένα τμήμα του σπίλου, και
- ii. Η σταδιοποίηση γίνεται με βάση το βάθος και το πάχος της διήθησης.^{21, 22}

Εκτομή - βιοψία με όριο 1 εκατοστό υγιούς δέρματος γίνεται για σχετικά μικρές βλάβες. Εάν η βλάβη αποδειχθεί ότι είναι μελάνωμα και εάν είναι πάχους μικρότερου του 1 χιλιοστού, τότε η πιθανότητα υποτροπής ή διασποράς είναι σχεδόν μηδενική και τίποτα περισσότερο δεν πρέπει να γίνει.

Για μεγαλύτερες βλάβες ή για βλάβες που εντοπίζονται σε περιοχές του σώματος όπου η σύγκλιση του τραύματος μετά την εκτομή είναι δύσκολη, μια μικρή τομή βιοψία η "PUNCH" βιοψία, μπορεί να

γίνει. Η περαιτέρω θεραπεία εξαρτάται από την προσεκτική μικροσκοπική ανάλυση του παρασκευάσματος.

Η παλιά αντίληψη ότι όλα τα μελανώματα πρέπει να αφαιρούνται με όριο εκτομής 5 εκατοστά φυσιολογικού δέρματος προς όλες τις κατευθύνσεις έχει μάλλον εγκαταλειφθεί.

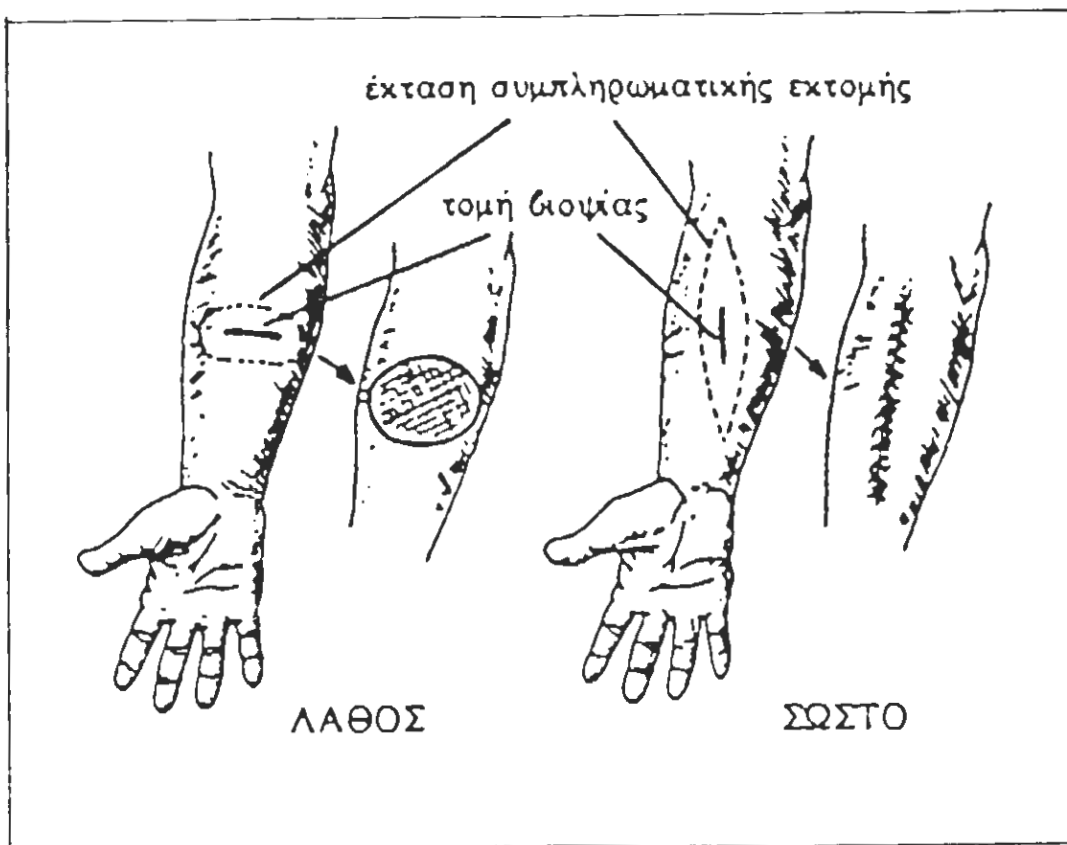
Οι περισσότεροι ογκολόγοι-χειρουργοί στις Η.Π.Α. χρησιμοποιούν στενά όρια (1 εκατοστό) για λεπτές βλάβες (1 mm ή λιγότερο) και κάπως ευρύτερα (2-3 εκατοστά) για παχύτερες βλάβες.

Η συμβολή της Κυτταρολογίας στην διάγνωση είναι παραπάνω από αξιόλογη. Η δια βελόνης κυτταρολογική εξέταση πρωτοπαθών μελαγχρωματικών βλαβών, είναι μία μέθοδος ακίνδυνη και αξιόπιστη (96-99% προγνωστική αξία). Χρησιμοποιείται για την προεγχειρητική διάγνωση κλινικά ύποπτων βλαβών, αλλά καλό θα ήταν ν' αποφεύγεται η εφαρμογή της σε μικρής διαμέτρου βλάβες, λόγω του σπάνιου μεν υπαρκτού δε κινδύνου πρόκλησης αιματώματος.²³

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

Επίσης, ακτινογραφία θώρακος είναι πάντα απαραίτητη. Αν και δεν είναι αναγκαία η λεμφογραφία από την ραχιαία επιφάνεια του ποδιού, συνίσταται σε υποψία μελανώματος κάτω άκρων ιδίως όταν υπάρχουν διογκωμένοι βουβωνικοί λεμφαδένες.

Άλλη διαγνωστική μέθοδος είναι η θερμογραφία και το test φωσφόρου ^{32}P , που δεν είναι ικανές να δώσουν θετικό αποτέλεσμα σε κάποια κλινική αμφιβολία αλλά είναι ικανές να επιβεβαιώσουν μία διάγνωση. Άρα, ένα αρνητικό αποτέλεσμα δεν είναι απαραίτητο να αποκλείει μια πιθανή διάγνωση μελανώματος.^{21, 22, 23}



3.2. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στην καθημερινή πράξη, το ερώτημα του εάν μια μελαγχρωματική ογκόμορφος βλάβη είναι κακήθες μελάνωμα ή όχι, μπορεί ν' απαντηθεί κάποτε εύκολα κλινικά, άλλοτε δύσκολα και άλλοτε εξαιρετικά δύσκολα.

Συνεπώς, η διαφορική διάγνωση είναι αναγκαία από τα πρώϊμα στάδια για την καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου. Ακόμα, δεν υπάρχουν ειδικές αιματολογικές εξετάσεις για πληθυσμιακό έλεγχο ή για επιβεβαίωση της διάγνωσης του πρωτοπαθούς μελανώματος.^{10,22}

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

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

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ (ΣΥΝΕΧΕΙΑ)

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

3.3. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

3.3.1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

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

Εάν η εξάπλωση γίνεται σε τοπικό επίπεδο, η χειρουργική αφαίρεση προτιμάται. Όμως σε περιστατικά με σημασία διασποράς της νόσου, η χημειοθεραπεία είναι η μέθοδος εκλογής. Ακτινοθεραπεία, ενδείκνυται σε πολύ ειδικές περιπτώσεις και με πολύ προσοχή. Τέλος, η ανοσοθεραπεία δίνει ενθαρρυντικά αποτελέσματα ενώ η ορμονοθεραπεία δίνει συνήθως αρνητικά αποτελέσματα.²⁴

3.3.2. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

3.3.2.α. ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ

Υπάρχουν διάφορες διεθνείς μελέτες που υποστηρίζουν ότι ο προφυλακτικός λεμφαδενικός καθαρισμός στο στάδιο I του μελανώματος δεν βελτιώνει την πρόγνωση.

Η κριτική που ασκήθηκε στις μελέτες αυτές εντοπίστηκε στις προκαταλήψεις κατά την επιλογή των αρρώστων και στο γεγονός ότι η τυχαιοποίηση δεν περιελάμβανε ακριβή σταδιοποίηση με μέτρηση του πάχους της βλάβης.^{24, 25}

Στις Η.Π.Α. οι περισσότεροι χειρουργοί - ογκολόγοι, συμφωνούν στα παρακάτω:

- ❖ Σε βλάβες μικρότερες του 1 mm, ο λεμφαδενικός καθαρισμός δεν είναι αναγκαίος.
- ❖ Σε βλάβες μεγαλύτερες από 4 mm σε πάχος, ο κίνδυνος αφανών μεταστάσεων είναι υψηλός και η 5ετής επιβίωση σχετικά μικρή. Επομένως, θα ήταν δύσκολο ν' αναγνωρίσει κανείς κάποια σημαντική πρόοδο στην επιβίωση με τον προφυλακτικό λεμφαδενικό καθαρισμό.

- ❖ Σε βλάβες ενδιάμεσου πάχους (1mm – 3,5 mm), η πιθανότητα αφανών μεταστάσεων είναι σχετικά υψηλή και αυτοί είναι οι ασθενείς που αναμένεται να έχουν την μέγιστη ωφέλεια από τον προφυλακτικό καθαρισμό.

Υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό πληροφοριών που υποστηρίζουν αυτή την αντίληψη και οι περισσότεροι χειρουργοί αισθάνονται ότι ο κίνδυνος μετάστασης στους περιοχικούς λεμφαδένες είναι αρκετά υψηλός, ώστε να δικαιολογεί την εκτέλεση προφυλακτικού λεμφαδενικού καθαρισμού.²⁵

3.3.2.β. ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ ΔΥΟ Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΩΝ ΠΕΡΙΟΧΙΚΩΝ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ ΑΠΟΧΕΤΕΥΤΙΚΩΝ ΘΕΣΕΩΝ

Οι περισσότεροι χειρουργοί θα προτιμούσαν να μην κάνουν λεμφαδενικό καθαρισμό σε δύο διαφορετικές θέσεις ταυτόχρονα, αλλά να παρακολουθούν τον άρρωστο στενά. Αυτό όμως μπορεί να μην γίνει αν υπάρχει αντένδειξη. Τότε, χορηγείται μια χρωστική ή ραδιενεργός ουσία στην θέση του πρωτοπαθούς, η οποία δίνει στοιχεία σχετικά με το ποια είναι η προτιμότερη λεμφική οδός για εκτομή.²⁶

3.3.2.γ. ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΣ

Ο ακρωτηριασμός δακτύλων για υπονύχιο μελάνωμα είναι παραδεκτή θεραπεία.¹⁹ Μεγαλύτεροι ακρωτηριασμοί γίνονται σπάνια, παρά το γεγονός ότι υπάρχουν αναφορές για μακρές επιβιώσεις μετά από τέτοιους ακρωτηριασμούς. Έχουν αναφερθεί ακόμα και περιπτώσεις οι οποίες περιλαμβάνουν και μία σπάνια ημιπυελεκτομή.

Εκτός από το υπονύχιο μελάνωμα λοιπόν, όλες οι πρόσφατες μελέτες συγκλίνουν στην αποφυγή ακρωτηριασμού κυρίως απομακρυσμένου για τις υπόλοιπες περιοχές του σώματος. Η καλύτερη θεραπεία για νόσο σε άκρο θα ήταν η κατ' αποκλεισμό έγχυση, κατά την οποία απομονώνεται το άκρο με ελαστικό-ισχαιμικό επίδεσμο και χορηγείται υπερ-θανατηφόρος δόση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου.^{10, 25, 26}

3.3.3. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

Η συνήθης αγωγή είναι με Dacarbazine (DTIC): αναμένεται υποχώρηση της τάξης του 18% αλλά βραχείας διάρκειας και χωρίς επανάληψη. Είναι περισσότερο δραστική σε πνευμονικές και δερματικές μεταστάσεις. Έχουν ακόμα δοκιμασθεί ως μονοθεραπεία οι νιτροζουρίες (BCNU, CCNU, methyl CCNU) με λιγότερο καλά αποτελέσματα. Παρόμοια αποτελέσματα με την Dacarbazine έδωσαν και οι πλατίνες. Σήμερα βρίσκεται στην δεύτερη φάση η αξιολόγηση ενός φυτικού κυτταροτοξικού παράγοντα του Taxol.²⁷

Οι συνδυασμοί χημειοθεραπευτικών ή η χημειοθεραπεία σε υψηλές δόσεις που έχει μέχρι τώρα δοκιμασθεί, δεν φαίνεται να είναι ανώτερη από την Dacarbazine όταν χρησιμοποιείται σαν μεμονωμένος παράγοντας. Πάντως ο συνδυασμός με Dacarbazine – CCNU – Bleomycin και Vincristine, έχει αναφερθεί να επιτυγχάνει πλήρη και μερική ύφεση σε 40% των ασθενών με μια μέση επιβίωση άνω των 12 μηνών.²⁸

Ο συνδυασμός BCNU – υροξουρίας – Dacarbazine καθώς και διάφοροι συνδυασμοί με πλατίνες, μπορούν να επιτύχουν αντικειμενική ύφεση σε περίπου 25-30% των περιπτώσεων.

Το αποτέλεσμα της θεραπείας εξαρτάται εν μέρει από το φύλο του ασθενούς (καλύτερα αποτελέσματα στις γυναίκες παρά στους άνδρες), τη γενική κατάσταση του ασθενή και την απουσία εκτεταμένης πολυσπλαχνικής προσβολής.²⁷

Φάρμακα Συνδυασμένης Χημειοθεραπείας στο Μελάνωμα

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ			
ΦΑΡΜΑΚΑ	ΔΟΣΗ	ΟΔΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ	ΗΜΕΡΕΣ
Bleomycin	154	Υποδόρια	1 ^η , 4 ^η
Vincristine	1 mg/m ²	Ενδοφλέβια	1 ^η , 5 ^η
CCNU (Lomustine)	8 mg/m ²	Per-os	1 ^η
Dacarbazine	200 mg/m ²	Ενδοφλέβια	1 ^η , 2 ^η , 3 ^η , 4 ^η , 5 ^η

3.3.4. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Παρά το γεγονός ότι, από παλαιά τα μελανώματα θεωρούνται σχεδόν τελείως ανθεκτικά στην ακτινοθεραπεία, νεότερες αντιλήψεις στην ραδιοβιολογία δίνουν κάποιο έδαφος για αισιοδοξία.

Σε μερικές ειδικές περιπτώσεις η ακτινοθεραπεία μπορεί να είναι αποτελεσματική και πρέπει να δίνεται σε μεγάλες δόσεις (δηλαδή 500–600 R δύο φορές την εβδομάδα) μάλλον παρά σε μικρές και πιο συχνά, όπως δίνεται για τους περισσότερους άλλους όγκους.²⁶

3.3.5. ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ανοσοθεραπεία έχει εισαχθεί τελευταία στην θεραπευτική του μελανώματος, βρίσκεται όμως ακόμη στο πειραματικό στάδιο. Κλινικές παρατηρήσεις υποδηλώνουν ότι το μελάνωμα είναι επιδεκτικό ανοσοβιολογικής επιδράσεως. Έτσι ενώ 1-2% όλων των νεοπλασμάτων είναι μελανώματα, 15% των περιπτώσεων αυτόματης υποχωρήσεως όγκων ανήκουν σε αρρώστους που έπασχαν από μελάνωμα.²⁸ Επίσης 4,5% των πρωτοπαθών μελανωμάτων εξαφανίζονται αυτομάτως. Με βάση λοιπόν τις παρατηρήσει αυτές, έχουν γίνει απόπειρες αυξήσεως τη άμυνας του οργανισμού.

Η θεραπεία είναι κυρίως μικροβιακή (BCG, Vaccinia, C. Parvum) και γίνεται με σκαριφισμούς στο δέρμα ή με ένεση μέσα στις δερματικές βλάβες. Ανοσοθεραπεία γίνεται επίσης σε συνδυασμό με κυτταροστατικά, οπότε χορηγείται μεταξύ των περιόδων χημειοθεραπείας.

Προληπτική ανοσοθεραπεία καθυστερεί την εμφάνιση υποτροπής χωρίς ν' αυξάνει την επιβίωση. Ενοφθαλμισμός δερματικών βλαβών συντελεί στην παροδική ή οριστική εξαφάνισή τους, όμως υποδόριοι όγκοι και μεταστάσεις στα σπλάχνα δεν επηρεάζονται.

3.3.6. ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗ

Έχει δοκιμασθεί η ανοσοποίηση ασθενών με λεμφαδενικές μεταστάσεις ή υψηλού κινδύνου τοπική νόσο με ακτινοβολημένα αλλογενή κύτταρα μελανώματος, μόνο ή σε συνδυασμό με BCG. Η ανοσοποίηση όμως αυτή προκαλεί αντισώματα κατά αλλοαντιγόνου του μείζονος συστήματος ιστοσυμβατότητας και όχι κατά των ειδικών αντιγόνων του μελανώματος του ξενιστή. Σήμερα γίνονται προσπάθειες να ενισχυθεί η αντιγονικότητα των κυττάρων του μελανώματος, επιμολύνοντάς τα με μη παθογόνους ιούς, όπως ο ιός της νόσου Newcastle.

Οι πρωτεΐνες του ιού που εκφράζονται στην επιφάνεια των μελανωματικών κυττάρων, φαίνεται να ενισχύουν την ανοσοδραστικότητα των αντιγόνων του όγκου.

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

Προσπάθειες γίνονται για την παρασκευή ανασυνδεδεμένου εμβολίου με το γονίδιο p97 αντιγόνου του μελανώματος και του ιού vacinia ως όχημα.

Ως ενεργητική ανοσοποίηση μπορεί να θεωρηθεί και η ένεση μέσα στην βλάβη του εμβολίου BCG, προκειμένου να προκληθεί ανοσοδιέγερση.

Επίσης, για πρώτη φορά έγινε σε 50χρονο ασθενή στην Αυστραλία το αντικαρκινικό εμβόλιο, ο οποίος έπασχε από μελάνωμα σε προχωρημένο στάδιο και με πολλές μεταστάσεις. Το εμβόλιο έγινε σε 3 δόσεις σε διάστημα δέκα εβδομάδων. Μετά από επανέλεγχο της κατάστασής του, παρατηρήθηκε στασιμότητα στην ανάπτυξη μεταστατικών όγκων και μια συνεχής ανοσολογική αντίδραση στα καρκινικά κύτταρα.

Το εμβόλιο παρασκευάστηκε με τέτοιο τρόπο ώστε καρκινικά κύτταρα του ίδιου του ασθενούς να παράγουν μια νέα πρωτεΐνη - την GM-CSF - η οποία φαίνεται ότι ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα εναντίον των καρκινικών κυττάρων.^{27, 14}

3.3.7. ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το μελάνωμα συνήθως δεν προκαλεί καταβολή δυνάμεων και οι ασθενείς αισθάνονται καλά σε όλη την διάρκεια της νόσου.

Το μελάνωμα γενικά δεν συνοδεύεται από σοβαρά συμπτώματα, εκτός αν τα προκαλεί η θέση του ή το μέγεθός του (π.χ. κεφαλαλγίες αν εντοπίζεται στον εγκέφαλο). Αυτό έρχεται σε αντίθεση με άλλους καρκίνους όπως της κεφαλής ή του εντέρου, όπου οι ασθενείς αδυνατίζουν και χάνουν την όρεξή τους σχεδόν από την έναρξη της νόσου.^{10, 26}

Οι νέες θεραπείες σχεδιάζονται έτσι ώστε να επιτρέπουν και να ενθαρρύνουν όλες τις δραστηριότητες στους ασθενείς.

Η ήπια άσκηση, όπως το κολύμπι ή το περπάτημα, πρέπει να επιδιώκονται από όλους τους ασθενείς που αισθάνονται καλά. Εντονότερες ασκήσεις επιτρέπονται εφ' όσον δεν προκαλούν άσχημα αποτελέσματα, λόγω χάρη κακώσεις στα οστά.

Η καλή και ισορροπημένη διατροφή (δημητριακά ολικής αλέσεως ή σύνθετοι υδατάνθρακες) βοηθά. Οι περίεργες δίαιτες πρέπει ν' αποφεύγονται διότι συχνά υπολείπονται σε βασικά θρεπτικά συστατικά.

Πολλοί ασθενείς που αισθάνονται καλά πιστεύουν ότι αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι παίρνουν υψηλές δόσεις βιταμινών ή άλλων εκχυλισμάτων, αν και οι περισσότεροι ακολουθούν κάποια συμβατική αγωγή, όπως ανοσοθεραπεία ή χημειοθεραπεία.

Όπως σε κάθε καρκίνο, η ψυχολογική υποστήριξη είναι σημαντική για την καλή έκβαση της νόσου. Το υψηλό φρόνημα είναι σπουδαίος παράγοντας. Οι ομάδες υποστήριξης βοηθούν τον ασθενή να προσαρμοστεί ψυχολογικά ώστε να ξεπεράσει το πρόβλημα του όγκου.

Αν και δεν είναι δυνατό να εξηγηθεί, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι όσοι πιστεύουν πως θα πάνε καλά, πραγματικά έχουν καλύτερα αποτελέσματα απ' ότι όσοι εγκαταλείπουν κάθε ελπίδα μόλις μάθουν ότι πάσχουν από καρκίνο. Βέβαια η διάθεση δεν μπορεί μόνη της να κάνει πολλά πράγματα, όμως χωρίς κάποια θετική προοπτική, ακόμα και η αντικειμενική ύφεση της νόσου δεν βοηθά τον ασθενή να αισθάνεται καλύτερα.

3.4. ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η αντινεοπλασματική χημειοθεραπεία έχει σαν προορισμό την καταστροφή των νεοπλασματικών κυττάρων. Δυστυχώς ο προορισμός αυτός δεν είναι εκλεκτικός και συνήθως τα φάρμακα αυτά καταστρέφουν και τα φυσιολογικά κύτταρα με αποτέλεσμα να εμφανίζονται παρενέργειες.

Πολλές φορές χορηγούνται συνδυασμοί φαρμάκων με σύγχρονη ανεκτή τοξικότητα, για να αυξηθεί η επιθυμητή δράση και το αποτέλεσμα να είναι καλύτερο. Σε αυτούς τους συνδυασμούς υπάρχουν τοξικές αλληλεπιδράσεις που άλλοτε μπορούν να προβλεφθούν και άλλοτε όχι.

Συγκεκριμένα:

3.4.1. ΠΡΟΒΛΕΠΤΕΣ ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΕΣ

- i. Αλληλεπίδραση φαρμάκων. Η μεθοτρεξάτη μαζί με τα σαλικυλικά αυξάνουν την βλεννογονίτιδα και την μυελοκαταστολή, επειδή τροποποιείται η νεφρική απέκκριση. Η πλατίνα και οι αμινογλυκοσίδες αυξάνουν τη νεφροτοξικότητα.^{22,}

- ii. Αλληλεπίδραση αρρώστου –φαρμάκου. Υπάρχουν καταστάσεις όπως η προχωρημένη ηλικία, η κακή θρέψη, η λοίμωξη που επιβαρύνουν τη νοσηρότητα από χημειοθεραπεία. Η χορήγηση μπλεομυκίνης σε ασθενείς με πνευμονική νόσο αυξάνει την πιθανότητα πνευμονικής τοξικότητας. Η πλατίνα επιβαρύνει κάποια προϋπάρχουσα νεφρική βλάβη. Οι ορμόνες κατακρατούν υγρά και μπορεί να προκαλέσουν πνευμονικό οίδημα σε ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα. Η 1-Ασπαριγινάση προκαλεί ηπατική βλάβη και ασθενείς που έχουν συλλογή εξιδρώματος σε διάφορες κοιλότητες και λαμβάνουν μεθοτρεξάτη μπορούν να εμφανίσουν αργότερα μυελοκαταστολή, επειδή απελευθερώνουν με βραδύ ρυθμό μεθοτρεξάτη από τις κοιλότητες. Βέβαια η μυελοκαταστολή είναι εντονότερη όταν έχει προηγηθεί ακτινοθεραπεία.

3.4.2. ΑΠΡΟΒΛΕΠΤΕΣ ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΕΣ

Η L-Ασπαραγινάση και η Μπλεομυκίνη, ένα από τα κυριότερα φάρμακα που χορηγούνται σε περιπτώσεις κακοήθους μελανώματος μπορούν να προκαλέσουν αλλεργικές αντιδράσεις. Συγκεκριμένα η μπλεομυκίνη: Κατατάσσεται στην ομάδα των αντιβιοτικών. Δεν προκαλεί αιματολογική τοξικότητα, γι' αυτό χρησιμοποιείται σε διάφορους συνδυασμούς φαρμάκων.

Η πιο σημαντική τοξικότητα από πλευράς βαρύτητας είναι η πνευμονοτοξικότητα. Η πιο συχνή εκδήλωση είναι η πνευμονίτιδα, η οποία μπορεί να εξελιχθεί μέχρι θανατηφόρα πνευμονική ίνωση σε ποσοστό έως 6%. Τα συμπτώματα της πνευμονίτιδας είναι δύσπνοια και

λεπτοί ρόγχοι οι οποίοι δεν μπορούν να διακριθούν από τους ρόγχους της λοιμώδους πνευμονίας.

Σε μια μελέτη αρρώστων που είχαν πάρει Μπλεομυκίνη, έγιναν διάφορες εξετάσεις αναπνευστικής λειτουργίας. Σε ποσοστό 20% βρέθηκε μείωση της ζωτικής χωρητικότητας και της πνευμονικής ολικής χωρητικότητας. Το πιο χρήσιμο τεστ για την παρακολούθηση των ασθενών αυτών είναι ο εκπνευστικός όγκος υπό προσπάθεια σε 1 δευτερόλεπτο. Καμιά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις παραπάνω αλλαγές και στην ανάπτυξη πνευμονικής ίνωσης δεν μπόρεσε να εξακριβωθεί. Οι διαταραχές από το κεντρικό και περιφερικό νευρικό σύστημα συνήθως φθάνουν να γίνονται θορυβώδεις. Από τις δυσλειτουργίες του αυτόνομου νευρικού συστήματος μπορεί να συμβεί παραλυτικός ειλεός και αύξηση της κατακράτησης ούρων λόγω ατονίας της ουροδόχου κύστης. Τοξικότητες στο Κ.Ν.Σ. περιλαμβάνουν κατάθλιψη και ψύχωση. Στην περίπτωση εμφάνισης τοξικών εκδηλώσεων θα πρέπει να μειωθεί η δόση κατά 25-50%. Αν η μείωση δεν αποδώσει τότε θα αραιωθούν τα μεσοδιαστήματα χορήγησης της Μπλεομυκίνης.²⁷

ΒΑΘΜΟΣ ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑΣ

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

3.5. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Το μελάνωμα είναι 100% ιάσιμο όταν ανακαλυφθεί και θεραπευθεί εγκαίρως. Γενικά η πρόγνωση των αρρώστων εξαρτάται από τους ακόλουθους παράγοντες:

✱ Επίπεδο διηθήσεως του δέρματος:

Η 5ετής επιβίωση στο στάδιο I είναι 80-100%, στο στάδιο II έως 65%, στο στάδιο III από 20-50%, στο στάδιο IV από 10-40% και λιγότερο από 10% στο V στάδιο.

✱ Πάχος διηθήσεως:

Όταν το πάχος είναι μικρότερο από 0,5 εκατοστό η 10ετής επιβίωση είναι 84%, 75%, όταν είναι 0,5-1,5 εκατοστά, 48% όταν το πάχος αυξηθεί σε 1,5-2 εκατοστά και μόνο 18% όταν το πάχος υπερβεί τα 3 εκατοστά.

✱ Εντόπιση:

Γιαση είναι δυνατό να επιτευχθεί σε 80% από τους αρρώστους που έχουν μελάνωμα των άκρων, ενώ μόνο 50% από αυτούς που

εμφανίζονται με μελάνωμα κεφαλής, τραχήλου, κορμού και γεννητικών οργάνων θεραπεύονται επιτυχώς.^{30, 31}

✱ Φύλο:

Οι γυναίκες παρουσιάζουν 5-10% καλύτερη επιβίωση από τους άνδρες.

✱ Κατάσταση λεμφαδένων:

Όταν οι επιχώριοι αδένες είναι αρνητικοί κλινικώς και ιστολογικώς η 5ετής επιβίωση είναι 71%, όταν είναι κλινικώς αρνητικοί αλλά ιστολογικώς θετικοί η επιβίωση είναι 51%, ενώ όταν είναι και κλινικώς και ιστολογικώς θετικοί η επιβίωση πέφτει στο 10%.²⁹ Όταν όμως ένας από τους αδένες είναι διηθημένος η 5ετής επιβίωση είναι 45%, ενώ όταν η διήθηση έχει προσβάλλει πάνω από 5 αδένες η επιβίωση είναι κάτω από 20%.

✱ Γενικευμένες μεταστάσεις:

Η μέση επιβίωση των αρρώστων που έχουν μεταστάσεις στα διάφορα όργανα είναι γύρω στους 2 μήνες.

3.6. ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρωτογενής πρόληψη συνίσταται στην αποφυγή έκθεσης στον ήλιο και την χρήση ηλιοπροστατευτικών, ιδιαίτερα από άτομα υψηλού κινδύνου.

Ακόμη πιο σημαντικά θα ήταν προηγμένα προγράμματα εκπαίδευσης για το κοινό και τα στελέχη υγείας, έτσι ώστε η διάγνωση να γίνεται όσο η βλάβη είναι ακόμη πλήρως ιάσιμη.^{28, 29, 31}

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. ΓΕΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΣΕ ΟΛΑ ΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ

Κάθε άτομο που εισάγεται στο νοσοκομείο για να νοσηλευτεί, προσέρχεται από κάποιο πρόβλημα υγείας οξύ ή χρόνια με γνωστή ή άγνωστη αιτιολογία, με σκοπό την διάγνωση, θεραπεία και την τελική αποκατάστασή του. Είναι γεγονός πως, κάθε ασθενής ανεξάρτητα με την αιτιολογία της εισαγωγής του, υποφέρει και αγωνιά περισσότερο για τις υποθέσεις που άφησε πίσω του, δηλαδή σκέφτεται την οικογένειά του, τις επαγγελματικές του υποχρεώσεις και οτιδήποτε θα ήθελε να πραγματοποιήσει και δεν πρόλαβε.

Θεωρείται σημαντικό οι Νοσηλευτές-τριες, να έχουν την ικανότητα και το σθένος να ανταποκρίνονται στις σωματικές, ψυχικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες του ασθενή. Με τον τρόπο που εκτελείται η νοσηλεία και οι διάφορες τεχνικές και δεξιότητες οι νοσηλευτές μεταβιβάζουν και εμπνέουν τον ανάλογο σεβασμό και ενδιαφέρον προς τον άρρωστο ή και το αντίθετο.²⁸

Δεν πρέπει να παραληφθεί το γεγονός ότι η συμπεριφορά των νοσηλευτών προς την οικογένεια του αρρώστου, προσδιορίζει την περαιτέρω συνεργασία τους με σκοπό την αποκατάσταση του ασθενή. Σε πολλές περιπτώσεις, έχει αποδειχθεί πως η συμβολή της οικογένειας στην οργάνωση και εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου, είναι πολύ σημαντική.

Συμπερασματικά, στόχος των Νοσηλευτών είναι ο προγραμματισμός και εκτέλεση της φροντίδας, που επεκτείνεται πέρα απ' τα συμπτώματα της παθήσεως, αντιμετωπίζοντας τον άρρωστο άνθρωπο ως βιοψυχοκοινωνικοπνευματική οντότητα.

4.2. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Τέσσερις μορφές χειρουργικών επεμβάσεων γίνονται σε ασθενείς με κακοήθες μελάνωμα, όπου ο νοσηλευτής καλείται να παρέμβει:

- Διαγνωστική βιοψία,
- Προφυλακτική εκτομή,
- Ριζική, και
- Παρηγορική.

4.2.α. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΒΙΟΨΙΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η ύποπτη για μελάνωμα βλάβη υποβάλλεται σε βιοψία ώστε να τεκμηριωθεί η κλινική διάγνωση και να πραγματοποιηθεί η ιστολογική εξέταση του βιοψικού υλικού, που θα καθορίσει την περαιτέρω θεραπευτική αντιμετώπιση. Είναι αναγκαίο η βιοψία να περιέχει ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα της βλάβης και το βάθος της εκτομής θα πρέπει να ικανοποιεί τις προϋποθέσεις για την μέτρηση του πάχους του μελανώματος και την σταδιοποίησή του.^{20, 28}

Οι νοσηλευτές γνωρίζοντας:

- Τον σκοπό της βιοψίας,
- Τον τρόπο προετοιμασίας του ασθενή,
- Τα αντικείμενα που θα χρειαστούν,
- Τον τρόπο λήψεως του δείγματος και
- Τον χρόνο που θα χρειαστεί,

είναι ικανοί να ενημερώσουν και να προετοιμάσουν τον ασθενή.

Με τον διάλογο ο ασθενής μπορεί να πληροφορηθεί για τα σχετικά με την βιοψία που πρόκειται να του γίνει, ενώ ο Νοσηλευτής μπορεί να πάρει στοιχεία για το ατομικό και το οικογενειακό ιστορικό υγείας. Στη συνέχεια, για να πραγματοποιηθεί η διαδικασία της βιοψίας, ο ασθενής ελευθερώνει το εξεταζόμενο μέλος του σώματός του και ο νοσηλευτής τον βοηθά να ξαπλώσει και να πάρει την κατάλληλη θέση.

Εκτελεί τοπική προεγχειρητική προετοιμασία με αντισηψία του μέλους και εφοδιάζει τον χειρουργό με τα κατάλληλα εργαλεία. Επίσης, κατά την διάρκεια της επέμβασης καθησυχάζει τον ασθενή από τους φόβους του.

Με το τέλος της επέμβασης, ο ασθενής χρειάζεται βοήθεια για να ντυθεί και να συνέλθει πλήρως. Ενημερώνεται για την κατάσταση του τραύματος και ορίζεται η επόμενη ημερομηνία επισκέψεώς του για επισκόπηση του τραύματος και για αλλαγή αυτού.³²

4.2.β. ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ, ΡΙΖΙΚΗ ΚΑΙ ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Στην περίπτωση του μελανώματος, ο προφυλακτικός καθαρισμός των λεμφαδένων συνίσταται σε εντοπισμένα μελανώματα διαμέσου πάχους. Η επέμβαση αυτή αναμένεται να βελτιώσει την πενταετή επιβίωση κατά 10-15%.

Η ριζική αφαίρεση του όγκου και των λεμφαδένων με μεγάλο μέρος υγιούς ιστού είναι απαραίτητη στο εντοπισμένο μελάνωμα με κλινικό στάδιο III. Η εκτομή των βουβονικών λεμφαδένων πρέπει να φθάνει μέχρι το διχασμό των λαγονίων αγγείων, ενώ των μασχαλιαίων πρέπει να γίνεται μαζί με τον ελάσσονα θωρακικό μυ.

Η παρηγορική γίνεται για την ανακούφιση του αρρώστου από τις επιπλοκές της νόσου, όπως σε εντερική απόφραξη, σε εξελκωμένες εστίες και σε επώδυνες εντοπίσεις.

Η προεγχειρητική και μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών που υποβάλλονται σε ένα από τα τρία προαναφερθέντα είδη χειρουργικής επέμβασης (προφυλακτική, ριζική, παρηγορική), είναι βασικά η ίδια που εφαρμόζεται σε όλους τους ασθενείς και σε κάθε είδος χειρουργικής επέμβασης που πραγματοποιείται. Βέβαια, ορισμένα ειδικά προβλήματα που τυχόν δημιουργηθούν πρέπει να τυγχάνουν ειδικής αντιμετώπισης.^{25, 33}

4.3 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η διάρκεια της προεγχειρητικής ετοιμασίας εξαρτάται από το είδος, την σοβαρότητα της επέμβασης και την κατάσταση του αρρώστου.

Η προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς συνίσταται σε:

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

4.3.α. ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

A) Ψυχολογική τόνωση

Ο Νοσηλευτής-τρια υποστηρίζει τον άρρωστο κατά την περίοδο των εξετάσεων και δικαιολογεί τον φόβο που τον διακατέχει για την διάγνωση. Αν οι εργαστηριακές εξετάσεις δείξουν πως ο οργανισμός του ασθενή είναι σε θέση να χειρουργηθεί και η βιοψία επιβεβαιώσει την ύπαρξη κακοήθειας, ενισχύεται η πεποίθηση του αρρώστου πως ο γιατρός θα εφαρμόσει την καλύτερη θεραπεία με τον σωστό επιστημονικό τρόπο.

Η σκέψη του ασθενή για την μετέπειτα πορεία της υγείας του και για την σωματική του αρτιμέλεια, δημιουργεί άγχος, αγωνία, φόβο και αγανάκτηση. Κύριος σκοπός των Νοσηλευτών είναι να μειώσουν την ένταση αυτών των συναισθημάτων και να ηρεμήσουν τον ασθενή. Τον ενθαρρύνουν να εκφράσει τα συναισθήματά του και λύνουν τυχόν απορίες ή παρερμηνεύσεις.

Ακόμα, ένας Νοσηλευτής θα πρέπει να προσπαθεί να εντοπίσει τα δυνατά σημεία του χαρακτήρα του αρρώστου και να μάθει ποια άλλη κοινωνική στήριξη έχει. Σε αυτό το σημείο ενθαρρύνεται και η παρέμβαση του συντρόφου ή της άμεσης οικογένειας.^{34,35}

Τέλος, ο ασθενής βεβαιώνεται ότι η χειρουργική στην εποχή μας έχει προοδεύσει τόσο ώστε το αποτέλεσμα να είναι άριστο. Σημαντική ηθική στήριξη προσφέρει η αναφορά του Νοσηλευτή-τριας σε προηγούμενα περιστατικά και στην πλήρη θεραπεία τους. Καλό θα ήταν ο ασθενής να έρθει σε επαφή με άλλα άτομα που έχουν υποβληθεί σε αντίστοιχη χειρουργική θεραπεία.

B) Σωματική τόνωση

Η σωστή θρέψη του ασθενούς, εξασφαλίζεται με την ρύθμιση του διαιτολογίου του, το οποίο εμπλουτίζεται με υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα και βιταμίνες για ν' ανταπεξέλθει ο οργανισμός στις απαιτήσεις της εγχείρησης. Ο Νοσηλευτής-τρια παρακολουθεί τον ασθενή να αντιμετωπίζει τα προβλήματα που παρουσιάζει η διατροφή του.

Γνωρίζοντας ότι σε κάθε εγχείρηση ο άρρωστος χάνει υγρά (αίμα, ιδρώτας, έμετοι) φροντίζει για την επαρκή κάλυψή του και παρακολουθεί την σχέση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών. Βοηθά έτσι στην πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών όπως shock, ναυτία, δίψα, κ.ά.

Μία ημέρα πριν την εγχείρηση, ο ασθενής τρέφεται ελαφρά και παραμένει νηστικός την ημέρα της επέμβασης για την αποφυγή εμέτων και μετεωρισμού της κοιλιάς.³⁶

Γ) Καθαριότητα του ασθενή

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

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα έχει σα σκοπό την αποφυγή εκκενώσεως του εντέρου επάνω στο χειρουργικό τραπέζακι, την ευχερέστερη διενέργεια της επέμβασης από το χειρουργό και την αποφυγή δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες.

Ο καθαρισμός του εντέρου επιτυγχάνεται με τη χρήση καθαρτικών φαρμάκων και με τον καθαρτικό υποκλυσμό. Εκτελούνται συνήθως δύο υποκλυσμοί, ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχείρησης και ο άλλος έξι ώρες πριν την εγχείρηση. Με αυτούς επιτυγχάνεται η καθαριότητα του κατώτερου τμήματος του παχέως εντέρου.^{36, 37}

Η καθαριότητα του σώματος του ασθενή, εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας, που αποβλέπει στην αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρμο δέρμα. Το λουτρό γίνεται την

παραμονή της επέμβασης και ο άρρωστος προστατεύεται για να μην κρυώσει.

**Δ) Προετοιμασία, Εκπαίδευση,
Προσανατολισμός του ασθενή**

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

Επίσης ο ασθενής προσανατολίζεται στο νέο δωμάτιο που θα μεταφερθεί και του δίνονται εξηγήσεις για την αλλαγή αυτή (άνετος χώρος, ησυχία, κλιματισμός).

Είναι απαραίτητο να ενημερωθεί ο άρρωστος πριν την επέμβαση, για να μην ανησυχήσει όταν κατά την αφύπνιση βρεθεί σε άγνωστο περιβάλλον και για άγνωστο λόγο.

Ε) Εξασφάλιση καλού ύπνου

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

Ο Νοσηλευτής-τρια για να εξασφαλίσει στον ασθενή έναν ήσυχο και επαρκή ύπνο, του χορηγεί ύστερα από ιατρική εντολή και μόνο τη νύχτα της παραμονής της εγχείρησης κάποιο ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.³⁷

4.3.β. ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

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

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

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

4.3.γ. ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Την ημέρα της επέμβασης, ο Νοσηλευτής-τρια παρακολουθεί τα ζωτικά σημάδια και την γενική κατάσταση του ασθενή. Οποιαδήποτε παρέκκλιση από τα φυσιολογικά όρια σημειωθεί πρέπει να αναφέρεται στον υπεύθυνο ιατρό.

Ο ασθενής στη συνέχεια ενημερώνεται για την ώρα που θα πάει στο χειρουργείο και υπενθυμίζεται ότι πρέπει να ουρήσει πριν του φορεθούν τα ρούχα του χειρουργείου. Μισή ώρα πριν την εγχείρηση, ο Νοσηλευτής-τρια αφαιρεί όλα τα ενδύματα του ασθενή καθώς και τα κοσμήματα, τις ξένες οδοντοστοιχίες, πρόσθετα μέλη, κ.τ.λ.

Είναι σημαντικό να ξεβάφονται τα νύχια στις ασθενείς, για να παρακολουθείται τυχόν εμφάνιση κυάνωσης κατά την νάρκωση. Αμέσως μετά ο ασθενής φοράει την ενδυμασία του χειρουργείου και παραμένει στο κρεβάτι του. Σ' αυτό το σημείο ενδείκνυται να γίνει η προνάρκωση. Το είδος της θα καθοριστεί από τον αναισθησιολόγο και έχει σαν σκοπό την μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την πρόκληση υπνηλίας καθώς και την ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος. Επίσης δημιουργείται κατάλληλο περιβάλλον χωρίς θόρυβο και έντονο φωτισμό.

Μετά την προνάρκωση, ο ασθενής μεταφέρεται στο φορείο με το οποίο θα οδηγηθεί στην αίθουσα του χειρουργείου. Καθώς αναχωρεί δέχεται την συμπαράσταση και τις ευχές του νοσηλευτικού προσωπικού.

Κατά την διάρκεια της αναμονής του αρρώστου από το χειρουργείο, οι Νοσηλευτές ετοιμάζουν τον θάλαμο, το κρεβάτι και το κομοδίνο του (νεφροειδές, χαρτοβάμβακο, χαρτοσακκούλα, νερό και port-cotton). Επίσης ελέγχεται η φιάλη και η συσκευή οξυγόνου.³⁸

4.4. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής επανέρχεται στο νοσηλευτικό τμήμα.

Είναι από τις σοβαρότερες και πλέον υπεύθυνες νοσηλευτικές εργασίες.

Σκοπός τους είναι:

- i. Η προστασία του ασθενούς κατά τις φάσεις της ανάνηψης.
- ii. Η παρακολούθηση της εξέλιξης της ασθένειάς του.
- iii. Η ανακούφιση του πόνου.
- iv. Η πρόληψη των επιπλοκών.
- v. Η υποστήριξη και η τόνωση του ασθενούς, για την ταχύτερη αποκατάστασή του.^{35, 38}

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα, περιλαμβάνει:

- * Την προστασία του ασθενή από ρεύματα αέρα κατά την μεταφορά του στον θάλαμο.

- ✱ Την ασφαλή μεταφορά του ασθενή από το φορείο στο κρεβάτι του. Δίνεται η κατάλληλη θέση ανάλογα με την επέμβαση προσέχοντας τη σωστή λειτουργία των παροχετεύσεων.
- ✱ Τον έλεγχο των ζωτικών σημείων.
- ✱ Τον έλεγχο του τραύματος για τυχόν αιμορραγία.
- ✱ Τον έλεγχο και την επισκόπηση της φλέβας και της ροής των χορηγουμένων ενδοφλέβιων υγρών.
- ✱ Την ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο, τις παρενέργειες της νάρκωσης και των άλλων προβλημάτων που αντιμετωπίζει συνήθως τα δύο πρώτα 24ωρα μετά την εγχείρηση.
- ✱ Την καθαριότητα του σώματος.
- ✱ Τις συχνές αλλαγές του επιδεσμικού υλικού για πρόληψη μεθαιμορραγικού shock και αποφυγή μόλυνσης.

Αν και όλα όσα αναφέρθηκαν αποτελούν βασικές νοσηλευτικές ενέργειες προς τον ασθενή, περισσότερο έντονη πρέπει να είναι η προσπάθεια προσέγγισης και παρακολούθησης της ψυχικής και διανοητικής κατάστασης του αρρώστου.

Οι σκέψεις μετά την εγχείρηση γίνονται εντονότερες. Η αβεβαιότητα για το μέλλον και την πορεία της υγείας του, η αναμονή για

τα αποτελέσματα των μετεγχειρητικών εξετάσεων, η πεποίθηση πως όλοι θα τον βλέπουν σαν ένα άλλο άτομο με καρκίνο, τον κάνουν να αισθάνεται φόβο, αγωνία, θυμό, απογοήτευση και ηθική κατάπτωση.

Οι Νοσηλευτές-τριες έχουν μεγάλη ευθύνη στην προσφορά βοήθειας και ψυχολογικής υποστήριξης. Η στάση αυτών καθώς και των συγγενών και η έκφραση των θετικών τους συναισθημάτων, θα κάνει τον άρρωστο να ξεπεράσει τους φόβους του και να αντιμετωπίσει με περισσότερη αισιοδοξία και δύναμη το μέλλον.³⁹

Είναι γεγονός, πως η ίδια η ασθένεια αλλά και οι επιπτώσεις της θεραπείας (ακρωτηρισμός μελών, δυσμορφίες κ.τ.λ.) απαιτούν μεγάλες αλλαγές που προϋποθέτουν ψυχολογική προετοιμασία, ανθρώπινη στήριξη και εκπαίδευση (εκμάθηση τεχνικών).

Σε ανάλογες περιπτώσεις, όπου η πλήρης αποκατάσταση του ατόμου είναι αδύνατη, οι προσπάθειες να εναρμονίσει την ζωή του με την ποιότητα ζωής που μπορεί να έχει, με τις ικανότητες που του έχουν απομείνει.³⁴

4.5. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

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

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χορηγούνται από το στόμα, ενδομυϊκά, ενδοαγγειακά και με έγχυση σε κοιλότητα. Σε μελάνωμα των άκρων γίνεται χορήγηση του φαρμάκου ενδοαρτηριακά, απομονώνοντας το μέρος του σώματος που νοσεί από την υπόλοιπη κυκλοφορία.

Συχνές τοξικές παρενέργειες είναι:

- ναυτία,
- ανορεξία,
- έμετοι,
- στοματίτιδα,
- διάρροιες,
- αλωπεκία,
- περιφερική νευροπάθεια,
- δερματίτιδες,
- αύξηση της θερμοκρασίας.

Ιδιαίτερη τοξικότητα παρουσιάζεται στο μυελό των οστών, με αποτέλεσμα την εμφάνιση λευκοπενίας, θρομβοπενίας, αιμορραγικής διάθεσης κ.τ.λ.

Σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας στην χημειοθεραπεία, είναι:

- i. Η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας.
- ii. Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος, και
- iii. Η έγκαιρη διαπίστωση των επιπλοκών και η αντιμετώπισή τους.

Οι νοσηλευτικές ευθύνες στην προετοιμασία και εφαρμογή της χημειοθεραπείας, είναι:

- Ο σωστός χειρισμός στην προετοιμασία των φαρμάκων. Απαιτείται μεγάλη προσοχή για την αποφυγή λάθους στο θεραπευτικό σχήμα.
- Ο έλεγχος του σημείου φλεβοκέντησης, η σωστή θέση και η συνεχής παρακολούθηση της έγχυσης.
- Η παρακολούθηση για εμφάνιση συμπτωμάτων (πόνος, οίδημα, ερυθρότητα) και η διακοπή του φαρμάκου μετά από ιατρική εντολή.

Οι νοσηλευτικές ευθύνες στην προσέγγιση του ασθενή, είναι:

- ❖ Η ενημέρωση του ασθενή για την ευεργετική δράση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, δηλαδή της καταστροφής των καρκινικών κυττάρων, αλλά και των παρενεργειών τους.
- ❖ Η εκπαίδευση αλλά και η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή, ώστε να αποδεχθεί την θεραπεία του.
- ❖ Η αξιολόγηση της γενικής κατάστασής του ασθενή, δηλαδή της κατάστασης του δέρματος, του τριχωτού της κεφαλής, της υγιεινής της στοματικής κοιλότητας, η σωστή διατροφή και το επίπεδο της διανοητικής κατάστασης.^{40, 41}

Νοσηλευτική αντιμετώπιση των παρενεργειών της χημειοθεραπείας, είναι:

- Η χορήγηση αντιεμετικών και αντιδιαρροϊκών φαρμάκων, κατόπιν ιατρικής εντολής.
- Γίνονται συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας για την πρόληψη στοματίτιδας.
- Δίνονται διουρητικά και ελέγχεται το ισοζύγιο αποβαλλομένων – προσλαμβανομένων υγρών.
- Συστηματική θερμομέτρηση και χρήση ψυχρών επιθεμάτων.

- Χορηγείται τροφή σε μικρά, συχνά και κυρίως ελκυστικά γεύματα.
Η διαίτα πρέπει να είναι πλούσια σε υδατάνθρακες και λευκώματα.
Μεγάλη προσοχή χρειάζεται στην εμφάνιση ανορεξίας και απαιτείται συχνή μέτρηση του σωματικού βάρους.
- Ενθαρρύνεται ο ασθενής και λαμβάνονται τα καλύτερα μέτρα για την πρόληψη της αλωπεκίας.
Ενημερώνεται για την παροδικότητα του φαινομένου και για την χρήση μαντηλιού, καπέλου ή περούκας.
- Εξασφαλίζονται, άνετο περιβάλλον, ησυχία, σωματική και ψυχική ανάπαυση.^{36, 37}

4.6. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Όπως έχει αναφερθεί, το μελάνωμα είναι όγκος ανθεκτικός στην ακτινοβολία. Συνεπώς η ακτινοβολία χρησιμοποιείται συνήθως για την ανακούφιση των αρρώστων με μεταστάσεις στον εγκέφαλο ή στα οστά. Χρησιμοποιείται μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με χειρουργική επέμβαση.

Έχει αποδειχθεί, πως ημερήσιες υψηλές δόσεις ακτινοβολίας φέρνουν καλύτερα αποτελέσματα απ' ότι οι χαμηλές. Τα συνήθη σχήματα δεν ξεπερνούν τις τρεις εβδομάδες, έτσι το κόστος είναι χαμηλότερο και ο ασθενής αποδέχεται περισσότερο τηνθεραπεία.²⁸

Σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας στην ακτινοθεραπείας, είναι:

- i. Η ενημέρωση του ασθενή για την ακτινοθεραπεία,
- ii. Η βοήθεια του για την εφαρμογή τη θεραπείας.
- iii. Η προστασία του ασθενή, του περιβάλλοντος και του νοσηλευτή από την επίδραση της ακτινοβολίας, και
- iv. Η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή.

Οι νοσηλευτικές ευθύνες στην προστασία του ασθενή είναι:

- Η ενημέρωση του για την αποτελεσματικότητα της αγωγής.
- Η ευκαιρία για έκφραση αποριών, ανησυχίας, φόβου και γενικά όλων των συναισθημάτων που διακατέχουν τον ασθενή.
- Η αξιολόγηση της γενικής κατάστασής του (σωματική τόνωση, περιποίηση δέρματος και ιδιαίτερα του σημείου που θα δεχθεί ακτινοβολία).

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση των παρενεργειών της ακτινοθεραπείας, είναι:

- ❖ Προστατεύεται η ακτινοβοληθείσα περιοχή από ήλιο ή κρύο .
- ❖ Χορηγούνται αντιεμετικά και αντιδιαρροϊκά φάρμακα.
- ❖ Χορηγείται ελαφρά τροφή, υψηλής όμως θερμιδικής αξίας.
- ❖ Ελέγχεται το δέρμα του αρρώστου και καθαρίζεται συστηματικά, χωρίς να αφαιρεθεί το σημάδι που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή.
- ❖ Ελέγχεται το ισοζύγιο λαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

- ❖ Ενημερώνεται για την πιθανή εμφάνιση τριχόπτωσης και ενθαρρύνεται για να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του, που συνήθως είναι παροδικό.

- ❖ Προστατεύεται από λοιμώξεις και τραυματισμούς.

- ❖ Καλύπτονται οι φυσικές του ανάγκες, όταν χρειάζεται να παραμένει κλινήρης.

- ❖ Τέλος, καταβάλλεται προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού του, που συμβάλλει στην μείωση και στην σωστή αντιμετώπιση των δυσχερειών που τυχόν να εμφανιστούν κατά την περίοδο της ακτινοθεραπείας.^{34, 35, 37}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η νοσηλευτική διεργασία αποτελεί το σύνολο της εφαρμοσμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Αρχίζει από την αξιολόγηση των αναγκών του ασθενή, θέτει αντικειμενικό σκοπό, προγραμματίζει και εφαρμόζει τη νοσηλευτική φροντίδα και καταλήγει στην εκτίμηση των αποτελεσμάτων.

Σκοπός της είναι ο συντονισμός των προσπαθειών της νοσηλευτικής ομάδας και η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας στους ασθενείς.

Είναι μια σύνθετη νοσηλεία, η οποία αποτελεί και απαιτεί επιστημονική κατάρτιση, κλινική πείρα και υπευθυνότητα. Για την πραγματοποίησή της, οι νοσηλευτές θα πρέπει να έχουν αυξημένη αντίληψη και μνήμη, ειλικρινές ενδιαφέρον για τον συνάνθρωπο, διαίσθηση και βέβαια ικανότητα στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Στις επόμενες σελίδες, παραθέτονται περιπτώσεις και πίνακες νοσηλευτικής διεργασίας, οι οποίοι περιλαμβάνουν το σύνολο της νοσηλευτικής φροντίδας που δόθηκε σε ασθενείς με κακήθες μελάνωμα, που νοσηλεύθηκαν στο Π.Π.Γ.Ν.Π. Ρίου.

5.2. ΙΣΤΟΡΙΚΟ 1^ο

Όνοματεπώνυμο	:	Λ.Η.
Ηλικία	:	69 ετών
Ύψος	:	1.70 εκατοστά
Βάρος	:	67 kg
Τόπος μόνιμης κατοικίας	:	Πάτρα
Επάγγελμα	:	Συνταξιούχος δημοσίου
Ημερομηνία εισόδου	:	10-1-99
Ημερομηνία εξόδου	:	18-1-99

Παρούσα κατάσταση

Ο ασθενής ανέφερε την ύπαρξη σκουρόχρωμης βλάβης, η οποία βρισκόταν στο νύχι του μεγάλου δακτύλου του αριστερού ποδιού. Επίσης ανέφερε πως την βλάβη την είχε παρατηρήσει εδώ και 2 χρόνια, αλλά τους τελευταίους μήνες είχε γίνει επώδυνη. Παρατήρησε αλλαγή στο μέγεθος και προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Π.Π.Γ.Ν.Π. για εξέταση. Μετά από εξέταση αποφασίστηκε η εισαγωγή του στην χειρουργική κλινική για περαιτέρω νοσηλεία.

Ατομικό αναμνηστικό

Το 1986 υποβλήθηκε σε χολοκυστεκτομή και το 1988 ύστερα από τροχαίο ατύχημα που είχε, υποβλήθηκε σε τοποθέτηση τεχνητού οστού του μηριαίου στο δεξί πόδι.

Πριν από 2 έτη παρατηρήθηκε ελαφρά πτώση του αιματοκρίτη του, αλλά και βλάβη σκουρόχρωμη στο νύχι του μεγάλου δακτύλου του αριστερού ποδιού, στην οποία δεν έδωσε ιδιαίτερη σημασία έως ότου αυτή έγινε επώδυνη και άρχισε ν' αλλάζει σχήμα.

Οικογενειακό ιστορικό

Έγγαμος με ένα γιο.

Οι γονείς του απεβίωσαν, προ 10ετίας η μητέρα του και 30ετίας ο πατέρας του από φυσιολογικά αίτια. Δεν έχει άλλα αδέρφια και δεν αναφέρει παρόμοιο περιστατικό νόσου στην οικογένειά του.

Συνήθειες

- Βάδιση, κολύμπι και ελαφρά άσκηση.
- Πριν 4 χρόνια σταμάτησε το κάπνισμα.
- Δεν κάνει άλλες καταχρήσεις.

Εισαγωγή στην χειρουργική κλινική

Όταν ο ασθενής εισήχθη στον θάλαμο, έγινε λήψη των ζωτικών του σημείων και έγινε ενημέρωση του φύλλου νοσηλείας, της λογοδοσίας και του θερμομετρικού διαγράμματος. Στη συνέχεια, το προσωπικό προγραμματίσει για την επόμενη μέρα να του γίνουν αιματολογικές εξετάσεις, ακτινογραφία θώρακος και ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Οι γιατροί ενημέρωσαν τον ασθενή, πως η καλύτερη θεραπεία για την περίπτωση του ήταν η χειρουργική αφαίρεση, όχι μόνο της βλάβης αλλά και του δακτύλου. Τον καθησύχασαν πως δεν υπάρχει μετάσταση στους λεμφαδένες και ενώ είχε ταραχτεί λίγο, έδειξε να ηρεμεί και ειδικά όταν πληροφορήθηκε πως η κατάσταση της υγείας του δεν θα παρουσιάσει πρόβλημα μετά την απεξάρθρωση του δακτύλου.

Μετά από την ορθή προεγχειρητική ετοιμασία, ο ασθενής χειρουργήθηκε στις 12-1-99, που έγινε ο ακρωτηριασμός.

Μετεγχειρητικά ο ασθενής έτυχε της ανάλογης φροντίδας που χρειαζόταν και δημιουργήθηκαν όλες οι προϋποθέσεις για μια άνετη ζωή έξω από το νοσοκομείο.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ				
Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>1.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής αναφέρει πόνο στην περιοχή του δακτύλου. 	<p>1.</p> <ul style="list-style-type: none"> Η υποχώρηση του πόνου και η ανακούφιση του ασθενή. 	<p>1.</p> <ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση αναλγητικού φαρμάκου κατόπιν ιατρικής εντολής. Τοποθέτηση του μέλους σε ανάρρωση με την επέμβαση της κλίσης. Παρότρυνση του αρρώστου για κάποια εναλλακτική ενασχόληση (π.χ. διάβασμα βιβλίου, περιοδικού) με σκοπό την απόσπαση της προσοχής του από τον πόνο. 	<p>1.</p> <ul style="list-style-type: none"> Με ιατρική εντολή δόθηκε Lonarid, p.o.. 1X1 στις 2 μ.μ. Το μέλος τοποθετήθηκε σε ανάρρωση θέση και επτεύχθηκε με την ανύψωση της κάτω πλευράς της κλίνης. Ενθαρρύνθηκε ο ασθενής για ανάγνωση βιβλίων στο κρεβάτι, ώστε να αποσπαστεί η προσοχή του. 	<p>1.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ο πόνος υποχώρησε αρκετά και ο ασθενής ήταν και πάλι ήρεμος, ήσυχος και ευδιάθετος.

ΠΡΟΓΡΑΦΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ				
Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> Κατά την λήψη των ζωτικών σημείων, την παραμονή της επέμβασης Παρατηρήθηκε αύξηση της αρτηριακής πίεσης, δηλ. 180/90 mm Hg. 	<p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> Η πίωση της τιμής της Α.Π. στα φυσιολογικά επίπεδα. 	<p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ενημέρωση του ιατρού ώστε να χορηγηθεί κάποιο αντιυπερτασικό σκεύασμα. Ενημέρωση του ασθενούς για την επικείμενη επέμβαση και συζήτηση μαζί του ώστε να εκφράσει τις απορίες του. Συχνή λήψη της Α.Π. 	<p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> Δόθηκε Adalat caps, 5 mg υπογλώσσια. Έγινε συζήτηση με τον ασθενή για την ευκολία της επέμβασης και το νοσηλευτικό προσωπικό καθήσυχασε τον ασθενή για την μετέπειτα σίγουρα καλή πορεία της υγείας του. Γινόταν μέτρηση της Α.Π. κάθε μισή ώρα αρχικώς και μετά κάθε 2 ώρες και καταγράφονταν στο θερμομετρικό διάγραμμα. Ενθαρρύνθηκε ο ασθενής για ανάγνωση βιβλίων στο κρεβάτι, ώστε να αποσπαστεί η προσοχή του. 	<p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ο συνεχής έλεγχος της Α.Π. έδειξε πτώση της στα φυσιολογικά επίπεδα (130/70 mmHg).

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>3. Ναυτία, συνηχίες έμετοι και ανησυχία του ασθενούς γι' αυτές τις διαταραχές.</p>	<p>3. Αντιμετώπιση ναυτίας και εμέτων.</p> <p>Αποφυγή κακοσμίας του στόματος.</p> <p>Πρόληψη της αφυδάτωσης.</p> <p>Διατήρηση ισοζυγίου ύδατος-ηλεκτρολυτών.</p> <p>Καθησυχασμός του ασθενούς.</p>	<p>3. Χορήγηση αντιεμετικών μετά από ιατρική συνταγή. Εφαρμογή συχνών στοματικών πλύσεων.</p> <p>Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών για πρόληψη της αφυδάτωσης.</p> <p>Χορήγηση ελαφράς τροφής, όχι υδαρούς.</p> <p>Συζήτηση με τον άρρωστο και καθησυχασμός αυτού.</p>	<p>3. Χορηγήθηκε κατόπιν ιατρικής εντολής Primoregam tab, 1X3 (9-5-1).</p> <p>Ο ασθενής εφάρμοξε συχνές στοματικές πλύσεις με οδοντόπαστα και Hexalen.</p> <p>Έγινε αύξηση των χορηγούμενων υγρών και ηλεκτρολυτών (Ringer's 1000 cc και 2 Na+).</p> <p>Έγινε μέτρηση και καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών στο ειδικό δελτίο.</p> <p>Δόθηκε ελαφρά τροφή που δεν επιβαρύνει το στομάχι (τσάι, φρουγανιά).</p> <p>Ο νοσηλευτής της βάρδιας, συζήτησε με τον ασθενή και τον καθησυχασε πως τα συμπτώματα αυτά σύντομα θα υποχωρήσουν.</p>	<p>3. Οι έμετοι υποχώρησαν και το αίσθημα ναυτίας καταπολεμάται με τις στοματικές πλύσεις.</p> <p>Το ισοζύγιο των υγρών ελέγχεται και ο ασθενής είναι πιο ήρεμος από πριν.</p>

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>4. Κεφαλαλγία, αίσθημα ζάλης και αδυναμίας.</p>	<p>4. Αντιμετώπιση της κεφαλαλγίας.</p> <p>▪ Απαλλαγή από τα συμπτώματα ζάλης και αδυναμίας.</p> <p>▪ Πρόληψη από Τραυματισμούς</p>	<p>4. Χορήγηση ήπιου αναλγητικού φαρμάκου.</p> <p>▪ Χορήγηση βιταμινών μαζί με τα ενδοφλέβια υγρά, για την τόνωση και θρέψη του οργανισμού.</p> <p>▪ Συχνή παραμονή του αρρώστου στο κρεβάτι και έλεγχος των ζωτικών του σημείων ανά δωρο.</p>	<p>4. Κατόπιν ιατρικής συνταγής χορηγήθηκε Panadol tabl, p.o., 1X2 (8-8).</p> <p>▪ Έγινε έναρξη ενδοφλέβιας υποστήριξης με βιταμίνες στον ορρό (Α, Β6, Β12, C, K).</p> <p>▪ Ελέγχονταν τα ζωτικά σημεία ανά δωρο και οι τιμές καταγράφονταν στο θερμομετρικό διάγραμμα και στην λογοδοσία.</p> <p>▪ Ενθαρρύνθηκε ο ασθενής να παραμείνει στο κρεβάτι και να διαβάσει κάποιο βιβλίο ή να ξεκουράζεται, ώστε να προληφθούν τυχόν τραυματισμοί από την ζάλη και την αδυναμία.</p>	<p>4. Ο ασθενής πλέον δεν εμφανίζει συμπτώματα και σημεία κεφαλαλγίας.</p> <p>▪ Τα ζωτικά σημεία εμφανίζονται σταθεροποίηση των τιμών.</p> <p>▪ Ο ασθενής φροντίζει να παραμείνει στο κρεβάτι του θαλάμου του.</p>

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>1. Ο ασθενής αναφέρει πρόβλημα στο σημείο της φλεβοκέντησης.</p>	<p>1. Η πρόληψη και η αντιμετώπιση της θρομβοφλεβίτιδας.</p>	<p>1. Έλεγχος του σημείου φλεβοκέντησης για πρόβλημα, ερυθρότητα, οίδημα, θερμότητα, θερμότητα.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Εφαρμογή αλλαγής θέσης του σημείου φλεβοκέντησης. ▪ Ενθάρρυνση του αρρώστου για ενεργητικές κινήσεις. ▪ Αποφυγή τριψίματος της Περιχής με ελεύθερο χέρι αλλά με σφουγγάρι μόνο, λόγω κινδύνου αποκόλλησης τυχόν υπάρχοντα θρόμβου και μεταφοράς του προς τους πνεύμονες. ▪ Τοποθέτηση επιθέματος με διάλυμα αλουμινίου ή με αντιφλεγμονώδη αλοιφή στο πάσχον σημείο. 	<p>1. Έγινε επισκόπηση του σημείου, το οποίο παρουσίασε ελαφρά ερυθρότητα.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Πραγματοποιήθηκε διακοπή της ενδοφλέβιας έγχυσης και επιλέχθηκε νέα, μεγάλη, σταθερή και ορατή φλέβα για φλεβοκέντηση. ▪ Ο ασθενής έκανε ήπιες ενεργητικές κινήσεις. ▪ Ο ασθενής κατά την διαδικασία της καθαριότητας του σημείου αυτού αλλά και ολόκληρου του μέλους (δεξιό χέρι) χρησιμοποίησε μόνο σφουγγάρι. ▪ Έγινε επίλειψη της περιοχής με την ειδική αλοιφή Lasonil κάθε 4 ώρες, έως ότου τα σημεία ερυθρότητας εξαφανιστούν. ▪ Ενθαρρύνθηκε ο ασθενής για ανάγνωση βιβλίων στο κρεβάτι, ώστε να αποσπαστεί η προσοχή του. 	<p>1. Ο ασθενής ανακουφίστηκε και τα συμπτώματα φλεγμονής υποχώρησαν.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Η εκδήλωση αιδήματος και καύσου απόφευχθηκε.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Δυσλειτουργία του εντερικού σωλήνα. 	<p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Η επαναφορά της φυσικής λειτουργίας του εντέρου. 	<p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Διαπαιδαγώγηση του εντέρου από το νοσηλευτικό προσωπικό. ▪ Χορήγηση κατάλληλου διαιτολογίου και μικρών συχνών γευμάτων. ▪ Εφαρμογή συχνών αλλαγών για την αποφυγή κατάκλισης. ▪ Ενθάρρυνση του ασθενή για ενεργητικές και όχι παθητικές κινήσεις και για κινητοποίηση έγκαιρη. 	<p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Δόθηκαν συμβουλές για την διαίτα και τις δραστηριότητες του ασθενή. ▪ Το διαιτολόγιο δεν περιείχε όσπρια ούτε τροφές πλούσιες σε κυτταρίνη, οι οποίες επιδεινώνουν την απώλεια κοπράνων. ▪ Γίνονταν συχνές αλλαγές θέσης ανά δωρο και τεντώνονταν πολύ καλά τα κλινοσκεπάσματα για την πρόληψη της κατάκλισης. ▪ Ο ασθενής κινητοποιήθηκε κι έτσι άρχισε να πραγματοποιεί μόνος τις ενεργητικές κινήσεις. 	<p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Με την καθοδήγηση και την κατάλληλη διαπαιδαγώγηση, η φυσιολογική εντερική λειτουργία επανακτήθηκε και πάλι.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ				
Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>3.</p> <ul style="list-style-type: none"> Μετωρισμός της κοιλίας. 	<p>3.</p> <ul style="list-style-type: none"> Η αντιμετώπιση του μετωρισμού και η ανακούφιση του ασθενή. 	<p>3.</p> <ul style="list-style-type: none"> Τοποθέτηση του ασθενή σε ελαφρά κλίση προς τα πλάγια. Τοποθέτηση σωλήνα αερίων στο ορθό και θερμοφόρας στο επιγάστριο. Ενθάρρυνση του ασθενή για ήπιες ενεργητικές κινήσεις. 	<p>3.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ενημερώθηκε ο ασθενής και βοηθήθηκε να στραφεί στο πλάι, ώστε να διευκολυνθεί η αποβολή των αερίων. Επετεύχθη εφαρμογή και συγκράτηση της θερμοφόρας στο επιγάστριο από τον ίδιο τον ασθενή, στον οποίο ο νοσηλευτής το νήσε να αποφεύγει απότομες κινήσεις ώστε η θερμοφόρα να παραμείνει στην θέση της. Τοποθετήθηκε σωλήνας αερίων. Ο ασθενής ενθαρρύνθηκε για ενεργητικές κινήσεις, τις οποίες πραγματοποίησε στο κρεβάτι και στον θάλαμό του. 	<p>3.</p> <ul style="list-style-type: none"> Μετά την τοποθέτηση του σωλήνα αερίων το έντερο κινητοποιήθηκε και τα αέρια αποβάλλονται. Αναφορά ενοχλήσεων από τον ασθενή δεν γίνεται πλέον.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ				
Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>4.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ανορεξία, λόγω κακής και περιορισμένης θρέψης. 	<p>4.</p> <p>Ολοκληρωμένη και σωστή διατροφή ώστε ο ασθενής να παίρνει τις απαραίτητες θερμίδες και βιταμίνες.</p>	<p>4.</p> <ul style="list-style-type: none"> Επίτευξη συνεργασίας με τον διαιτολόγο του νοσοκομείου, ώστε να δίνονται συχνά και μικρά γεύματα και να χορηγούνται όλες οι πρωτεΐνες, άλατα, βιταμίνες, λευκώματα και υδατάνθρακες που απαιτούνται. Διενέργεια συχνών στοματικών πλύσεων, για την αποφυγή κακοσμίας και το αίσθημα καθαριότητας στην στοματική κοιλότητα. 	<p>4.</p> <ul style="list-style-type: none"> Χορηγήθηκε και προγραμματίστηκε ειδική διατροφή κατά, περιλαμβάνει: κρέας, αυγά, γάλα, φρούτα και λαχανικά. Δίνονταν μικρά, συχνά και καλοσεβριρισμένα γεύματα. Μετά από κάθε τροφή γίνονταν πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με νερό και σόδα και αργότερα με Hexalen, σχολαστικός καθαρισμός των ούλων και ελαφρό βούρτσισμα των οδόντων. 	<p>4.</p> <ul style="list-style-type: none"> Με την εξασφάλιση επαρκούς και σωστής θρέψης, ο ασθενής απέφυγε προβλήματα αδυναμίας, κόπωσης και απώλειας βάρους.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ				
Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>5.</p> <ul style="list-style-type: none"> Πιθανές μεταβολές στη νεφρική λειτουργία λόγω της εγχείρησής. 	<p>5.</p> <ul style="list-style-type: none"> Έλεγχος της νεφρικής λειτουργίας. 	<p>5.</p> <ul style="list-style-type: none"> Μέτρηση του όγκου των ούρων το πρώτο 24ωρο κάθε μισή ώρα ή μία ώρα. Αποτελεί ένδειξη του κατά λεπτό όγκου αίματος και της καλής ή όχι αιμάτωσης των νεφρών, του εγκεφάλου των περιφερικών ιστών. Μέτρηση του ειδικού βάρους για τον έλεγχο της ικανότητας των νεφρών να πυκνώνουν τα ούρα. Εξέταση του χρώματος των ούρων. 	<p>5.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ο νοσηλεύτης μέτρησε κάθε μία ώρα τον όγκο των ούρων του ασθενούς. Η ωριαία απόβολή ήταν περίπου 35 MP. Κατέγραψε τον όγκο των ούρων κάθε φορά που μετρούσε στο νοσηλευτικό διάγραμμα. Μέτρησε το ειδικό βάρος των ούρων, όπου ήταν περίπου 1015 διαπιστώνοντας πως ο ασθενής δεν παρουσίασε μειωμένη ενυδάτωση ούτε υπερβολική ενυδάτωση. Έλεγε το χρώμα των ούρων. Ήταν φυσιολογικό. 	<p>5.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής δεν παρουσίασε μεταβολές στη νεφρική λειτουργία.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ				
Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>6.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ο ασθενής επιθυμεί να γνωρίζει τις βασικές οδηγίες για την προστασία του χειρουργημένου άκρου μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. 	<p>6.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Η ολοκληρωμένη πληροφόρηση του ασθενή για τις λεπτομέρειες, όσον αφορά την προστασία του χειρουργημένου άκρου του. 	<p>6.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ενημέρωση των ιατρών ώστε να οριστεί ώρα συνάντησης με τον ασθενή. ▪ Ενημέρωσή του για την αναγκαία επίσκεψή του στο ογκολογικό εξωτερικό ιατρείο και επισήμανση για την σωστή φροντίδα του τραύματος. ▪ Επισήμανση της σπουδαιότητας των περιοδικών εξετάσεων και της πρόληψης. ▪ Ενημέρωση του ασθενή, πως οποιαδήποτε παρέκκλιση από το φυσιολογικό Παρατηρηθεί να ειδοποιηθεί και να ενημερωθεί αμέσως ο γιατρός. 	<p>6.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ενημερώθηκαν οι γιατροί και έγινε συζήτηση με τον ασθενή και ορίστηκε ώρα και ημέρα συνάντησης. ▪ Πληροφορήθηκε ο ασθενής να αποφεύγει τα στενά παπούτσια και την ορθοστάσια. ▪ Εξηγήθηκε από το νοσηλευτικό προσωπικό η αναγκαιότητα των περιοδικών εξετάσεων (αιματολογικές, ακτινογραφία) ώστε να προληφθούν τυχόν περαιτέρω επιπλοκές. ▪ Ο ασθενής ενημερώθηκε ώστε να δίνει μεγάλη προσοχή στην περιοχή του χειρουργημένου άκρου και στις επιπλοκές που τυχόν εμφανίσει. ▪ Ενημερώθηκαν οι συγγενείς για την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και κατάλληλης φροντίδας. 	<p>6.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ο ασθενής έμεινε ικανοποιημένος και αισθάνθηκε την ανάγκη να ευχαριστήσει όλο το προσωπικό για την φροντίδα και την ενημέρωση που του παρασχέθηκε.

5.3. ΙΣΤΟΡΙΚΟ 2^ο

Όνοματεπώνυμο	:	E.I.
Ηλικία	:	60 ετών
Ύψος	:	1.59 εκατοστά
Βάρος	:	62 kg
Τόπος μόνιμης κατοικίας	:	Πάτρα
Επάγγελμα	:	Εκπαιδευτικός
Ημερομηνία εισόδου	:	20-10-99
Ημερομηνία εξόδου	:	11-11-99

Παρούσα κατάσταση

Η ασθενής αναφέρει διόγκωση κοιλίας που έγινε αντιληπτή πριν ένα μήνα, με διάχυτα κοιλιακά άλγη. Επίσης παραπονείται για εμέτους και κεφαλαλγίες.

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

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

Ατομικό αναμνηστικό

Το 1970 υποβλήθηκε σε σκωληκοειδεκτομή. Αναφέρει εκδήλωση φυματίωσης το 1957.

Το έτος 1992 υποβλήθηκε σε αφαίρεση μελαγχρωματικής βλάβης και καθαρισμό των βουβωνικών λεμφαδένων. Δεν αναφέρει ενοχλήσεις μέχρι τις αρχές του 1999.

Οικογενειακό ιστορικό

Έγγαμη, χωρίς παιδιά.

Η μητέρα της πέθανε το 1990 και ο πατέρας της σκοτώθηκε στον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο. Έχει άλλα 6 αδέρφια. Δεν αναφέρεται άλλο οικογενειακό ιστορικό μελαγχρωματικής βλάβης.

Συνήθειες

- Κάπνιζε για αρκετά χρόνια, 4-5 τσιγάρα την ημέρα.
- Δεν πίνει.
- Όρεξη φυσιολογική.

Εισαγωγή στην χειρουργική κλινική

Αφού η ασθενής εισήχθη στην χειρουργική κλινική, έγινε έλεγχος των ζωτικών σημείων, ενημέρωση της λογοδοσίας και των φύλλων νοσηλείας.

Στην συνέχεια προγραμματίστηκε μία σειρά εξετάσεων.

1. Εξετάσεις ούρων,
2. Εξετάσεις αίματος,
3. Γυναικολογική εξέταση,
4. Rο κοιλίας και υπερηχογράφημα,
5. Ορθοσκόπηση και
6. Αξονική τομογραφία κοιλίας.

Η διάγνωση που τέθηκε ήταν:

Ανεύρεση μάζας στο δεξιό εξάρτημα της μήτρας και μικρή ποσότητα υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Μετά από ερευνητική λαπαροτομία εξήλθε άφθονο ασκитικό υγρό. Ανευρέθη διάχυτο μελάνωμα που είχε διηθήσει σχεδόν όλα τα όργανα της κοιλίας. Έγινε αφαίρεση του διηθημένου επιπλόου, τοποθετήθηκε σωλήνας παροχέτευσης και έγινε συρραφή της κοιλίας κατά στρώματα.

Η μετεγχειρητική χημειοθεραπεία ήταν η μέθοδος εκλογής. Η ασθενής μετά το χειρουργείο έφερε Levin και ουροκαθετήρα. Και τα δύο αφαιρέθηκαν την 3^η μετεγχειρητική ημέρα χωρίς προβλήματα.

Οι επιπλοκές της μετεγχειρητικής περιόδου αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με τα σχέδια της νοσηλευτικής φροντίδας. Πριν την έξοδο της ασθενούς έπρεπε να γίνει ενημέρωσή της για την μετέπειτα πορεία της υγείας της και την χημειοθεραπεία που θα έπρεπε να ακολουθήσει μετά από λίγες εβδομάδες και η ασθενής ανταποκρίθηκε θετικά και ήρεμα σε όλες τις νοσηλευτικές και ιατρικές οδηγίες που της δόθηκαν.

ΠΡΟΓΡΑΦΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ				
Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>1.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Κατάθλιψη και αγωνία της ασθενούς λόγω της νόσου καθώς και φόβος για την μετεγχειρητική εξέλιξη. 	<p>1.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ανακούφιση της ασθενούς από την κατάθλιψη και την αγωνία. ▪ Μείωση του φόβου. 	<p>1.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Επεξήγηση με σαφείς και κατανοητές λέξεις προς την ασθενή για την φύση και για την πορεία της νόσου. ▪ Χορήγηση κάποιου κατασταλτικού φαρμάκου. 	<p>1.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Το νοσηλευτικό προσωπικό βοήθησε την ασθενή να προσαρμοστεί στο νέο περιβάλλον και να αισθανθεί άνετα. ▪ Υπήρχε συχνή επικοινωνία και επεξήγηση για την φύση του μελανώματος και την πρόγνωσή του. ▪ Δημιουργήθηκε κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας και η ασθενής μπόρεσε να εκφράσει τους προβληματισμούς της. ▪ Συμβουλευθήκε να αποφεύγει διάφορες καταστάσεις που θα επιδεινώσουν την κατάσταση της (π.χ. μικροτραυματισμοί, πολύωρη κόπωση, κ.ά.) ▪ Κατόπιν εντολής ιατρού δόθηκε Stedon tab., per-os, 1X1 (10η βραδινή), ώστε η ασθενής να ηρεμήσει. 	<p>1.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Η ασθενής εκφράζει ελεύθερα τα αισθήματά της και έχει κατανοήσει τα βασικά στοιχεία της ασθένειάς της. ▪ Ένιωσε ηρεμία και ασφάλεια με τις απαντήσεις που της δόθηκαν.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> Αντίδραση της ασθενούς για την εφαρμογή της προανάρκωσης στον θάλαμό της. 	<p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> Κατανόηση του σκοπού και της αναγκαιότητας της προανάρκωσης. 	<p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> Αναφορά της αντίδρασης στο ιατρό αναισθησιολόγο. Ενημέρωση της ασθενούς για τον σκοπό της προανάρκωσης που είναι τόσο η απαλλαγή από το άγχος και το φόβο όσο και η καταστολή των εκκρίσεων του βλεννογόνου των κυψελίδων προς αποφυγή εισρόφησης των υγρών. 	<p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ενημερώθηκε διεξοδικά η ασθενής από τον αναισθησιολόγο και τον νοσηλευτή για τον σκοπό που γίνεται η προανάρκωση. Τονίστηκε στην άρρωστη πως η προανάρκωση πρέπει να γίνει στον θάλαμό της και μετά θα οδηγηθεί στο χειρουργείο. Χορηγήθηκε τελικώς: Pethidine ½ amp., 0,5 mg και Atropine ½ amp., 0,5 mg 1.M., μισή ώρα πριν την επέμβαση. 	<p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> Η προανάρκωση εφαρμόστηκε χωρίς αντιδράσεις από την ασθενή, η οποία παρέμεινε ήσυχη μέχρι την μεταφορά της στο χειρουργείο.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ			
Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας
<p>3. Έλλειψη νερού και ηλεκτρολυτών που οφείλεται στην απαγόρευση από την εγχείρηση.</p>	<p>3. Κάλυψη των αναγκών του οργανισμού σε νερό και ηλεκτρολύτες.</p> <p>▪ Διατήρηση ισοζυγίου των υγρών και των ηλεκτρολυτών.</p>	<p>3. Χορήγηση διαλυμάτων αναγραφόμενα από το γιατρό στο διάγραμμα ισοζυγίου υγρών.</p> <p>▪ Ακριβής μέτρηση όλων των αποβαλομένων υγρών.</p> <p>▪ Μέτρηση της Κ. Φ.Π. για αποφυγή υπερκόπωσης της κυκλοφορίας ή υποογκαιμίας.</p> <p>▪ Καθημερινός έλεγχος του επιπέδου των ηλεκτρολυτών (Κ⁺, Na⁺, Cl⁻, Ca²⁺).</p>	<p style="text-align: center;">Εκτίμηση Αποτελεσμάτων</p> <p>3. Στην αρχή διαπιστώθηκε έλλειψη νερού και ηλεκτρολυτών, η οποία αποκαταστάθηκε με τη χορήγηση κατάλληλων διαλυμάτων.</p>
<p>3. Έλλειψη νερού και ηλεκτρολυτών που οφείλεται στην απαγόρευση από την εγχείρηση.</p>	<p>3. Κάλυψη των αναγκών του οργανισμού σε νερό και ηλεκτρολύτες.</p> <p>▪ Διατήρηση ισοζυγίου των υγρών και των ηλεκτρολυτών.</p>	<p>3. Ο νοσηλευτής πριν τη χορήγηση των αναγραφόμενων διαλυμάτων έφάρμοσε την κάνουλα τριών οδών για τη χορήγηση περισοστέρων από ένα διαλυμάτων σε κάθε φλεβική γραμμή ελέγχοντας τα διαλύματα να είναι συμβατά μεταξύ τους.</p> <p>▪ Έλεγε τις συσκευές μικροσταγόνων που λειτουργούν με τη βοήθεια ηλεκτρικών αντλιών ώστε να γίνεται η έγχυση με κανονικό ρυθμό τον προκαθορισμένο αριθμό των σταγόνων το λεπτό.</p> <p>▪ Άλλαξε καθημερινά τις συνδέσεις των συσκευών και παρακολουθούσε προσεκτικά στις φλέβες για τυχόν σημεία φλεγμονής.</p> <p>▪ Όσα διαλύματα χορήγησε ήταν γραμμένα στο διάγραμμα. Μέτρησε όλα τα αποβαλλόμενα υγρά (διούρηση-παροχέτευση από σωλήνα τραύματος κ.λ.π.) και τα προσλαμβανόμενα. Στα χορηγούμενα Ε.Φ. υγρά υπολογίστηκαν και τα υγρά εκπλύσεως των αρτηριακών ή φλεβικών γραμμών).</p> <p>▪ Μέτρησε την Κ.Φ.Π. για αποφυγή υπερφόρτωσης και υποογκαιμίας.</p> <p>▪ Έκανε έλεγχο του επιπέδου των ηλεκτρολυτών Κ⁺, Na⁺, Ca²⁺, GP.</p>	<p style="text-align: center;">Εκτίμηση Αποτελεσμάτων</p> <p>3. Στην αρχή διαπιστώθηκε έλλειψη νερού και ηλεκτρολυτών, η οποία αποκαταστάθηκε με τη χορήγηση κατάλληλων διαλυμάτων.</p>

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ				
Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>1. Διαταραχή λειτουργίας ουροδόχου κύστης (επίσχεση ούρων) και πρόβλημα ουρολοίμωξης.</p>	<p>1. Επαναφορά της ομαλής λειτουργίας ουροδόχου κύστης και κατ'επέκταση απόφυγή της ουρολοίμωξης</p>	<p>1. Εφαρμογή ενός συστηματικού προγράμματος ούρησης.</p> <p>• Τοποθέτηση καθετήρα κύστεως με την παρουσία ιατρού.</p> <p>• Μέτρηση ισοζυγίου υγρών ανά βωρο.</p> <p>• Ενθάρρυνση ώστε η ασθενής να εκφράσει τα αισθήματά της.</p>	<p>1. Εφαρμόστηκε πρόγραμμα επανειλημμένης ούρησης με φυσιολογικά μέσα (π.χ. άνοιγμα βρύσης) καθώς και συχνή και επιμελημένη καθαριότητα κατά την ούρηση.</p> <p>• Ο υπεύθυνος νοσηλεύτης ετοίμασε δίσκο καθετηριασμού ο οποίος περιείχε: καθετήρες διαφόρων μεγεθών αποστειρωμένους, δύο ζεύγη γάντια, Τετράγωνο αδιάβροχο αλλαγών, Τολύπια, γάζες 2^{ου} και 3^{ου} βαθμού, λαβίδες χειρουργική και ανατομική, ψαλίδι, σύριγγα, βελόνες, τοπικό αναισθητικό, σακούλες συλλογής υγρών, νεφροειδές και ένα άδειο καψάκι.</p> <p>• Έγινε τοποθέτηση του καθετήρα από ουρολόγο.</p> <p>• Έγινε λήψη καλλιέργειας ούρων από τον καθετήρα Foley τηρώντας όλα τα μέτρα ασηψίας.</p> <p>• Η απάντηση της ουροκαλλιέργειας ήταν θετική για GRAM(-) μικρόβια και έγινε αντιβιογράμμα, με αποτέλεσμα να χορηγηθεί Sertigin I.V., 1X2 (12-2) επί 7 ημέρου.</p> <p>• Η ασθενής καθησυχάστηκε από την ανησυχία που την διακατείχε.</p>	<p>1. Επανακτήθηκε σε μερικό βαθμό η λειτουργία της ουροδόχου κύστης και τα προβλήματα από το ουροποιητικό σύστημα αντιμετωπίστηκαν.</p>

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ				
Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Διαρροϊκό σύνδρομο. 	<p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Απαλλαγή της άρρωστης από την διάρροια και αποφυγή αφυδάτωσης. 	<p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Χορήγηση μετά από συνεννόηση με τον γιατρό ενός αντιδιαρροϊκού φαρμάκου. ▪ Αποφυγή τροφών ή υγρών που προκαλούν διάρροια. ▪ Εφαρμογή τοπικής καθαριότητας. ▪ Χορήγηση ορρών ενδοφλέβιας έγχυσης. 	<p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> 2. Χορηγήθηκε κατόπιν ιατρικής εντολής Immodium sig, p.o., 1X3 (8-4-12). ▪ Η ασθενής απέφυγε τροφές υδαρείς και άφθονα υγρά τα οποία προκαλούν διάρροια. ▪ Έγινε τοπική καθαριότητα από γυναίκα νοσηλεύτρια, η οποία απομόνωσε την περιοχή και με ήπιες κινήσεις εφάρμοσε την νοσηλευτική διαδικασία της τοπικής καθαριότητας. ▪ Χορηγήθηκαν ακόμα οι εξής ορροί: Sodium Chloride 0,9% 1000 cc και Dextrose 10% 1000 cc, που εμπλουτίστηκαν με 2Κ⁺ και ένα Ca⁺. 	<p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Υποχώρησαν τα συμπτώματα του διαρροϊκού συνδρόμου και η ασθενής άρχισε να αισθάνεται καλύτερα.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ									
Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων					
<p>3.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Έντονο αίσημα δίψας μετά την χορήγηση της νάρκωσης. 	<p>3.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Η υποχώρηση του αισθήματος της δίψας και η αποφυγή της αφυδάτωσης. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 3. Τοποθέτηση στο κομοδίνο όλων των απαραίτητων υλικών για αντιμετώπιση της δίψας. ▪ Αυστηρή μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και αναγραφή τους στο διάγραμμα και στο ειδικό δελτίο ισοζυγίου υγρών. ▪ Αποφυγή χορήγησης υγρών από το στόμα λόγω κινδύνου εισρόφησης μέχρι να αποκαταθούν οι φυσιολογικές λειτουργίες (ανάληψη της σθενοσύς, φυσιολογικές τιμές των ζωτικών σημείων). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 3. Ύστερα από ιατρική εντολή προστέθηκε Normal Saline 1000 cc, 1X2, που εμπλουτίστηκε με 1 amp. Sodium Chloride 15% και 2 amp. Potassium Chloride 10%. Επίσης Dextrose 5% 1X1. ▪ Τοποθετήθηκαν στο κομοδίνο όλα τα αναγκαία υλικά (νεφροειδές, port-cotton, ποτήρι με νερό, κουταλάκι, τολύπια βάμβακος, χαρτοβάμβακο και σακουλάκι για τα απορρίμματα). ▪ Έγιναν συχνές επαλείψεις των χειλέων με νερό. ▪ Εφαρμόστηκε για την ακριβή χορήγηση των υγρών ο τύπος σταγον/ min: <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ποσόν διαλύματος</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Χρόνος χορήγησης(ώρες)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">=></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Αριθμός σταγ. ανά ml (15)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Αριθμός λεπτών (60)</td> </tr> </table> 	Ποσόν διαλύματος	Χρόνος χορήγησης(ώρες)	=>	Αριθμός σταγ. ανά ml (15)	Αριθμός λεπτών (60)	<p>3.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Το αίσημα της δίψας υποχώρησε και η ασθενής είναι ικανή να περιμένει μέχρι να της επιτραπεί η λήψη υγρών.
Ποσόν διαλύματος									
Χρόνος χορήγησης(ώρες)									
=>									
Αριθμός σταγ. ανά ml (15)									
Αριθμός λεπτών (60)									
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Και έτσι ενυδατώθηκε σωστά η άρρωστη. ▪ Γινόταν δωρη μέτρηση του ισοζυγίου υγρών. ▪ Τηρήθηκαν όλοι οι νοσηλευτικοί κανόνες ασηψίας-αντισηψίας για την τοποθέτηση ενδοφλέβιου καθετήρα. 						

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>4. Αύξηση της θερμοκρασίας (38,5° C) και αίσθημα κεφαλαλγίας.</p>	<p>4. Επαναφορά της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά όρια και ανακούφιση από την κεφαλαλγία.</p>	<p>4. Χορήγηση αντιπυρετικού και αναλγητικού φαρμάκου ώστε να μειωθεί η αυξημένη ενδοκράνια πίεση.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Συστηματικός έλεγχος του τραύματος και της παροχέτευσης, καθώς και συστηματικές αλλαγές του επιδεσμικού υλικού του τραύματος προς αποφυγή λοίμωξης. ▪ Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων. ▪ Χορήγηση αντιβιοτικού για την πρόληψη της μόλυνσης. ▪ Ανάρτηση θερμομετρικού διαγράμματος 3ωρης θερμομέτρησης στο κρεβάτι της αρρώστου και ενημέρωση της λογοδοσίας. 	<p>4. Με ιατρική εντολή χορήγησε 1 amp. Aprotel, I.M., επί 38,6° C. Χορηγήθηκε Zinacef Fl. 1gr., I.V., 1X3 (6-2-10).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Έγινε συχνός έλεγχος του τραύματος και αλλαγή του επιδεσμικού υλικού, ώστε να αντιμετωπιστούν έγκαιρα τυχόν σημεία αιμορραγίας ή λοίμωξης. ▪ Χορηγήθηκε Aproxil sir, 1X2 (8-8) και τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα στο μέτωπο της ασθενούς. ▪ Καταγράφηκε στο διάγραμμα η θερμοκρασία ανά 3 ώρες. 	<p>4. Μετά την χορήγησή του αντιπυρετικού παρατηρήθηκε πτώση του πυρετού (37,5° C).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Επίσης μειώθηκε η ενδοκράνια πίεση και έτσι υποχώρησε η κεφαλαλγία. ▪ Δεν παρατηρήθηκε επιμόλυνση του τραύματος ούτε σημείο λοίμωξης στην ασθενή. ▪ Συνεχίστηκε η χορήγηση του αντιβιοτικού επί 8ήμερο.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ				
Αξιολόγηση Αναγκών και Προβλημάτων	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>5. Ανησυχία της ασθενούς για τα αποτελέσματα των εξετάσεων και την έναρξη της χημειοθεραπείας</p> <p>τηνεπόμενη ημέρα.</p>	<p>5. Πλήρης ενημέρωση της ασθενούς για τα αποτελέσματα των εξετάσεων και για την χημειοθεραπεία</p> <p>Απαλλαγή απότόαγχος.</p>	<p>5. Ενημέρωση ασθενούς και συζήτηση με τον γιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό για τις εξετάσεις και την χημειοθεραπεία.</p> <p>Χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων για την καταστολή του άγχους.</p> <p>Επεξήγηση της ασθένους για τις παρενέργειες χημειοθεραπείας.</p>	<p>5. Ενημερώθηκε η ασθενής για τα αποτελέσματα των εξετάσεων και συζήτησε γι' αυτά με τον ιατρό και την υπεύθυνη νοσηλεύτρια.</p> <p>Ενημερώθηκε επίσης για τα προβλήματα της χημειοθεραπείας, για τον σχηματισμό του ιδώλου και τις εργαστηριακές εξετάσεις που επιβάλλονται μετά την χημειοθεραπεία (γενική αιμάτος και ούρων, Η.Κ.Γ., α/α θώρακος) και κυρίως για το αποτέλεσμα της λευκοπενίας που δημιουργούν αυτά τα φάρμακα.</p> <p>Με ιατρική εντολή το σχήμα που δόθηκε ήταν: Bleomycin υποδ. Την 1^η και 4^η ημέρα, Yincristine 1 mg/m², I.V. την 1^η και 5^η ημέρα και Dacarbazine 200 mg/m², I.V. την 1^η, 2^η, 3^η, 4^η και 5^η μέρα.</p> <p>Για την καταστολή του άγχους δόθηκε Lexotanil tab, 1,5 mg, per-os, 1X1 (12^η μεσημβρινή).</p>	<p>5. Η επικοινωνία μεταξύ ασθενούς-νοσηλευτών έφερε θετικά αποτελέσματα.</p> <p>Διατηρεί κάποιες επιφυλάξεις για το μέλλον της υγείας της.</p> <p>Είναι ευχαριστημένη που σε μικρό χρονικό διάστημα άρχισε η χημειοθεραπεία και έτσι η παραμονή της στην κλινική θα είναι ελάχιστη.</p> <p>Η χορήγηση του ηρεμιστικού είχε θετικό αποτέλεσμα ως προς την συμπεριφορά της κατά την διάρκεια του ύπνου.</p>

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1. Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΩΣ ΕΝΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΣΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Ο καρκίνος είναι η δεύτερη αιτία θανάτου στην Ευρώπη και συνοδεύεται από σημαντική νοσηρότητα γι' αυτούς που έχουν τη νόσο. Στην Σύσταση 51 του προγράμματος «Ευρώπη κατά του Καρκίνου» (1987-1989), η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων προετοίμασε μια λεπτομερειακή αναφορά για την κατάσταση του καρκίνου στα κράτη-μέλη της Ευρώπης.

Ένα σημαντικό στοιχείο από αυτήν την αναφορά ήταν ότι για αρκετά χρόνια τα περισσότερα Ευρωπαϊκά κράτη είχαν να αντιμετωπίσουν την έλλειψη εκπαιδευμένου νοσηλευτικού προσωπικού, για την φροντίδα καρκινοπαθών στο νοσοκομείο, στο σπίτι και στην κοινότητα.

Η Επιτροπή πιστεύει ότι πρέπει να προαχθεί η ογκολογική νοσηλευτική, για να ικανοποιηθούν οι ανάγκες των καρκινοπαθών και ότι η γνώση πρέπει ν' αναπτυχθεί σε συνδυασμό με την βελτίωση της κλινικής πράξης.⁴²

Η Συμβουλευτική Επιτροπή της Ε.Ο.Κ. για την εκπαίδευση των νοσηλευτών, ανταποκρινόμενη στις προτάσεις, αποφάσισε να δημιουργήσει μια Ομάδα Εργασίας για την εκπαίδευση στον καρκίνο.

Στην αναφορά της Ομάδας Εργασίας της Συμβουλευτικής Επιτροπής, προτάθηκε η προετοιμασία ενός μεταβατικού προγράμματος ογκολογικής νοσηλευτικής για την εκπαίδευση των νοσηλευτών.

Επιπλέον προτάθηκε η δημιουργία διδακτικού προσωπικού εξειδικευμένου στην ογκολογία, η καθιέρωση οδηγιών για τον καρκίνο σε όλα τα κράτη-μέλη και τέλος η δημιουργία καταλόγου με τα υπάρχοντα εκπαιδευτικά υλικά για τον καρκίνο για την διδασκαλία στην βασική νοσηλευτική εκπαίδευση αλλά και στα υπόλοιπα επαγγέλματα υγείας.^{42, 43}

6.2. ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Η Νοσηλευτική σαν επιστήμη της υγείας, είναι επιστήμη της ζωής και επομένως έχει ηθικό θεμέλιο.

Η Νοσηλευτική Δεοντολογία διδάσκει το σεβασμό της προσωπικότητας, της ζωής, της αξιοπρέπειας και των δικαιωμάτων του ανθρώπου για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών ευθυνών με συνεπή τήρηση των ηθικών υποχρεώσεων του επαγγέλματος και την άριστη ποιότητα της φροντίδας.

Το αίσθημα της ευθύνης αποτελεί τον ισχυρότερο μοχλό της νοσηλευτικής δραστηριότητας. Η καρδιά της ευθύνης είναι το ενδιαφέρον.

Στα πλαίσια της ογκολογικής νοσηλευτικής ο νοσηλευτής –τρια, έχει την ευθύνη για την:

- Άρτια εκπαίδευσή του.
- Συνεχή επιμόρφωσή του
- Διεύρυνση της παρατηρητικότητας.
- Διατήρηση, εκσυγχρονισμό και τελειοποίηση των νοσηλευτικών δεξιοτήτων.
- Νοσηλευτικές αποφάσεις και ενέργειες.
- Πρόβλεψη των συνεπειών των νοσηλευτικών πράξεων.
- Τρόπο εκτέλεσης καθηκόντων.
- Συμπεριφορά.
- Ψυχολογική υποστήριξη του καρκινοπαθή.⁴⁴

Οι απαιτήσεις της Ογκολογικής Νοσηλευτικής θέλουν το νοσηλευτή-τρια προικισμένο με πολλά προσόντα, όπως:

- ✱ Υψηλό αίσθημα ευθύνης.
- ✱ Τιμιότητα και ευσυνειδησία.
- ✱ Παρατηρητικότητα.
- ✱ Πνεύμα συνεργασίας.
- ✱ Πόθο της ατομικής τελειοποίησης.
- ✱ Αγάπη και σεβασμό για τον άνθρωπο.
- ✱ Θέληση να ανακουφίζει, υποστηρίζει, θεραπεύει αλλά και ενδιαφέρον, ευεργετικότητα, καλοσύνη, υπομονή, σύνεση, συμπόνια, στοργή, τρυφερότητα, θάρρος και αξιοπρέπεια.^{42, 44}

Η επιμόρφωση και η πληροφόρηση για την πρόληψη και αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκαλεί ο καρκίνος, οι νέες θεραπείες, η βελτίωση της θεραπευτικής παρέμβασης και η καλύτερη αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών μεθόδων σε διάφορους τύπους καρκίνου και η δημιουργία νέων συνθηκών καλούν τους νοσηλευτές να είναι προσαρμοσμένοι στις νέες συνθήκες. Αυτό απαιτεί ενεργή συμμετοχή αλλά και στην διεύρυνση νέων μεθόδων και τρόπων αντιμετώπισης των αναγκών στη νοσηλεία του καρκίνου.

Η ανάγκη επιμόρφωσης του κοινού αυξάνει το φάσμα των νοσηλευτικών ευθυνών, διότι οι νοσηλευτές γνωρίζουν τις επιπτώσεις του καρκίνου σε πόνο, αγωνία, ιατρικές προσφορές και οικονομικό κόστος.⁴⁵

Προς την κατεύθυνση της πρωτοπαθούς και δευτεροπαθούς πρόληψης, η νοσηλευτική συμβολή αντανακλάται στην παροχή της κατάλληλης εκπαίδευσης του κοινού, που αφορά την:

- ❖ Απόκτηση υπευθυνότητας.
- ❖ Αρμονική συμβίωση με το οικολογικό περιβάλλον.
- ❖ Τροποποίηση της συμπεριφοράς προς υγιεινούς τρόπους ζωής.
- ❖ Συμμετοχή στα προγράμματα πληθυσμιακών ελέγχων.

Όσον αφορά την ανίχνευση, το ενδιαφέρον του νοσηλευτή-τριας στην συνειδητοποίηση συνθηκών υψηλού κινδύνου, την αναγνώριση της αξίας της έγκαιρης διάγνωσης και την σωστή παραπομπή του ασθενή προς το ανάλογο υγειονομικό κέντρο, αυτά όλα αποτελούν νοσηλευτική επαγγελματική ευθύνη.

Με την σωστή προσέγγιση του ανθρώπου σαν μοναδική προσωπικότητα, με ατομική ιστορία, ψυχική ζωή και αρχές, οι νοσηλευτές συμβάλλουν στην πολυσύνθετη διεργασία της επικοινωνίας με τον καρκινοπαθή.⁴⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΚΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Στο παρελθόν το ενδιαφέρον των περισσότερων επιστημόνων (γιατροί, νοσηλεύτες-τιες) συγκεντρωνόταν στην τελική περίοδο εξέλιξης του καρκίνου στον άνθρωπο, δηλαδή στην διάγνωση και θεραπεία της εδραιωμένης νόσου.

Γνωρίζοντας την σχέση ανάμεσα στην σταδιοποίηση του καρκίνου και το ποσοστό πρόγνωσης-επιβίωσης, διότι σχεδόν όλες οι προδιηθητικές μορφές καρκίνου είναι ιάσιμες σε ποσοστό 95-100%, γίνεται κατανοητή η ανυπολόγιστη αξία της έγκαιρης διάγνωσης. Σε αυτό το σημείο, φαίνεται και η ανεκτίμητη προσφορά της πρόληψης, στην μάχη κατά του καρκίνου.³³

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

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

7.2. ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΑΤΤΩΣΗ ΤΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ

Παγκόσμια στατιστική παρατήρηση δείχνει μια σταθερή αύξηση του αριθμού νέων περιπτώσεων και θανάτων από καρκίνο του δέρματος. Μαζί με τον καρκίνο δέρματος, αυξάνεται με ταχύ ρυθμό και η πιο θανάσιμη μορφή του, το κακοήθες μελάνωμα.

Γνωρίζοντας την πιθανότερη αιτία για την δημιουργία κακοήθους μελανώματος (ηλιακή ακτινοβολία) και την αυξημένη συχνότητα (99%) με την οποία εντοπίζεται στο δέρμα, μπορούμε να εφαρμόσουμε τρόπους πρωτογενούς πρόληψης.

Ωστόσο, υπάρχουν γενετικοί παράγοντες και άλλοι εξωγενείς, που επίσης αιτιολογούνται ως παθογενετικοί. Προς το παρόν, δεν έχει γίνει γνωστό το τμήμα του γονιδίου με την γενετική ανωμαλία και έτσι δεν είναι δυνατό να προσδιοριστεί η γονιδιακή ταυτότητα και η ευαισθησία των ατόμων στην καρκινογένεση από τον ήλιο κι άλλους εξωγενείς παράγοντες χημικά και βιολογικά καρκινογόνους.⁴⁶

Πρωταρχικό λοιπόν είναι, να πληροφρήσουμε το κοινό να αποφεύγει την ασυλλόγιστη έκθεση στην ηλιακή ενέργεια, ώστε να αποτρέψει την βλαβερή επίδραση των υπεριωδών ακτίνων. Η χρησιμοποίηση αλοιφών που φιλτράρουν μεγάλο μέρος της ακτινοβολίας καθώς και η χρησιμοποίηση ενδυμάτων, αποτελούν μέτρο προστασίας.

Το κοινό πρέπει να διδαχθεί ότι η ηλιοθεραπεία μόνο κατ' ευφημισμό αποτελεί θεραπεία, διότι στην ουσία βλάπτει ανεπανόρθωτα

την υγεία. Δυστυχώς, η ραγδαία τεχνολογική και βιομηχανική ανάπτυξη τείνει να αλλοιώσει κατά τρόπο βλαπτικό το περιβάλλον, με δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία των ανθρώπων.⁴⁷

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα, μετά στα πλαίσια της πρόληψης, δεν προορίζονται μόνο για το κοινό αλλά και για τον δερματολόγο, το γενικό γιατρό, τους νοσηλευτές κ.ά. Η διαφοροποίηση στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα είναι ανάλογη με την ομάδα που απευθύνεται π.χ. μαθητές δημοτικού, γυμνασίου, λυκείου, κάτοικοι πόλεων ή χωριών.

Αναλυτικά τα προγράμματα περιλαμβάνουν:

1. Οπτικοακουστικά μέσα, που να τονίζουν την αυτοεξέταση του δέρματος.
2. Φυλλάδια με φωτογραφικό υλικό, που να απεικονίζουν τα στάδια του μελανώματος.
3. Ενημερωτικά πόστερς, αφίσες και ερωτηματολόγια.
4. Περιοδικά προς τα νοσοκομεία, κέντρα υγείας, αγροτικά ιατρεία, κ.ά.
5. Ογκολογικούς σταθμούς, που θα πληροφορούν για τις σύγχρονες αντιλήψεις και τις νέες θεραπείες.

Ο νοσηλευτικός ρόλος δεν σταματά εδώ ούτε περιορίζεται. Οι νοσηλευτές-τριες επίσης βοηθούν:

- i. Στην εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα σε άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες.

- ii. Στην ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντός του.
- iii. Σε ερευνητικά προγράμματα και
- iv. Στην διαφώτιση του κοινού.

Ο πληθυσμιακός έλεγχος λοιπόν, είναι μια γιγαντιαία συγχρονισμένη προσπάθεια προς όλους και η επιτυχία της δεν στηρίζεται μόνο σ' αυτούς που εκτελούν τα εκπαιδευτικά προγράμματα αλλά και στο ίδιο το άτομο. Στηρίζεται στην επαγρύπνιση του ατόμου για την υγεία του και στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου.⁴⁸

7.3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Κλείνοντας το θέμα «Κακοήθες Μελάνωμα – Νοσηλευτική Αντιμετώπιση» είναι απαραίτητο να αναφερθούν τα σπουδαιότερα σημεία αυτής της εργασίας, που συνοψίζονται ως εξής:

- Το κακοήθες μελάνωμα, με τους σημερινούς ρυθμούς αύξησης της επίπτωσής του, τείνει να κατακτήσει την πρώτη θέση ανάμεσα στις άλλες μορφές καρκίνου.
- Ενώ η πρόγνωσή του είναι άριστη όταν διαγνωστεί έγκαιρα, κανένας δεν επισκέπτεται τον γιατρό παρά μόνο όταν η νόσος έχει προχωρήσει. Αυτό γίνεται είτε από αμέλεια είτε από άγνοια.
- Δεν είναι υπερβολικό να αναφερθεί ότι η σημερινή θνητότητα από κακοήθες μελάνωμα, μπορεί να πλησιάσει το μηδέν με τη σωστή πρόληψη συνδυασμένη με την άμεση χειρουργική επέμβαση.
- Τα αποτελέσματα από διάφορες τεχνικές ανοσοθεραπείας είναι πολύ ενθαρρυντικά και αποτελούν σήμερα το ερευνητικό πεδίο αιχμής στην θεραπεία του μελανώματος.^{46, 48}

Προτάσεις που μπορούν να εφαρμοστούν είναι:

- Σχεδιασμός και εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων.
- Δημιουργία κέντρων εκπαίδευσης, σεμιναρίων, σχεδιασμός ενημερωτικού υλικού, που θα συμβάλλουν στην ενημέρωση φορέων υγείας και κοινού.
- Λειτουργία κινητών μονάδων σε συνδυασμό με την λειτουργία ογκολογικών σταθμών, για ετήσια εξέταση του δέρματος όλων των ατόμων.
- Σχεδιασμός μέτρων προστασίας του περιβάλλοντος, για την εξασφάλιση καλύτερων συνθηκών διαβίωσης και μείωσης των κρουσμάτων καρκίνου.^{33, 45}

7.4. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

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

Γιατί παρά το γεγονός ότι η θεραπεία διασφαλίζει την αποκατάσταση της υγείας του ασθενή, η σκέψη ότι προσβλήθηκε από καρκίνο, συνιστά την πηγή σημαντικού άγχους, φόβου και ανασφάλειας για την ζωή του. Έτσι λοιπόν, η νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με καρκίνο (κακότητες μελάνωμα), δεν περιορίζεται μόνο στην αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενή αλλά συνεχίζει και στην οικογένειά του. Το πιο σημαντικό είναι να δοθεί σωστή κατεύθυνση στα μέλη της οικογένειας, ώστε να μην οδηγηθούν στην αποδιοργάνωση.

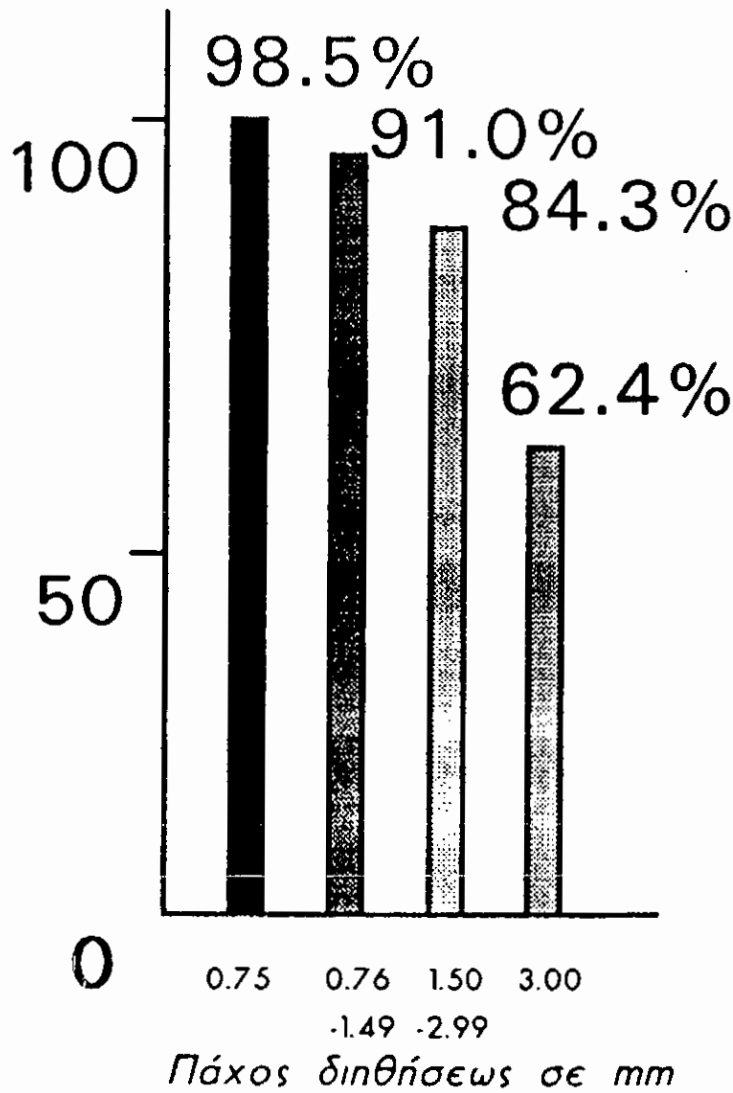
Στον χώρο του νοσοκομείου, οι ασθενείς αισθάνονται ασφάλεια και σιγουριά ενώ συγχρόνως εκφράζουν έντονη νοσταλγία για το σπίτι τους και το οικείο περιβάλλον. Ο νοσηλευτής-τρια καλείται με την στάση του να βοηθήσει τους ασθενείς και να κάνουν την παραμονή τους στην κλινική πιο άνετη, καλύπτοντας τις ψυχοσωματικές τους ανάγκες και ενισχύοντας την πίστη τους για ένα αισιόδοξο μέλλον.

Σημαντική επίσης είναι η προσφορά των νοσηλευτών-τριών και έξω από το χώρο του νοσοκομείου. Ο τομέας της πρόληψης παρουσιάζει μεγάλες ελλείψεις. Σε αυτό το σημείο επικεντρώνει τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον της η ογκολογική νοσηλευτική, προσπαθώντας να βρει τους τρόπους και τα μέσα για μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

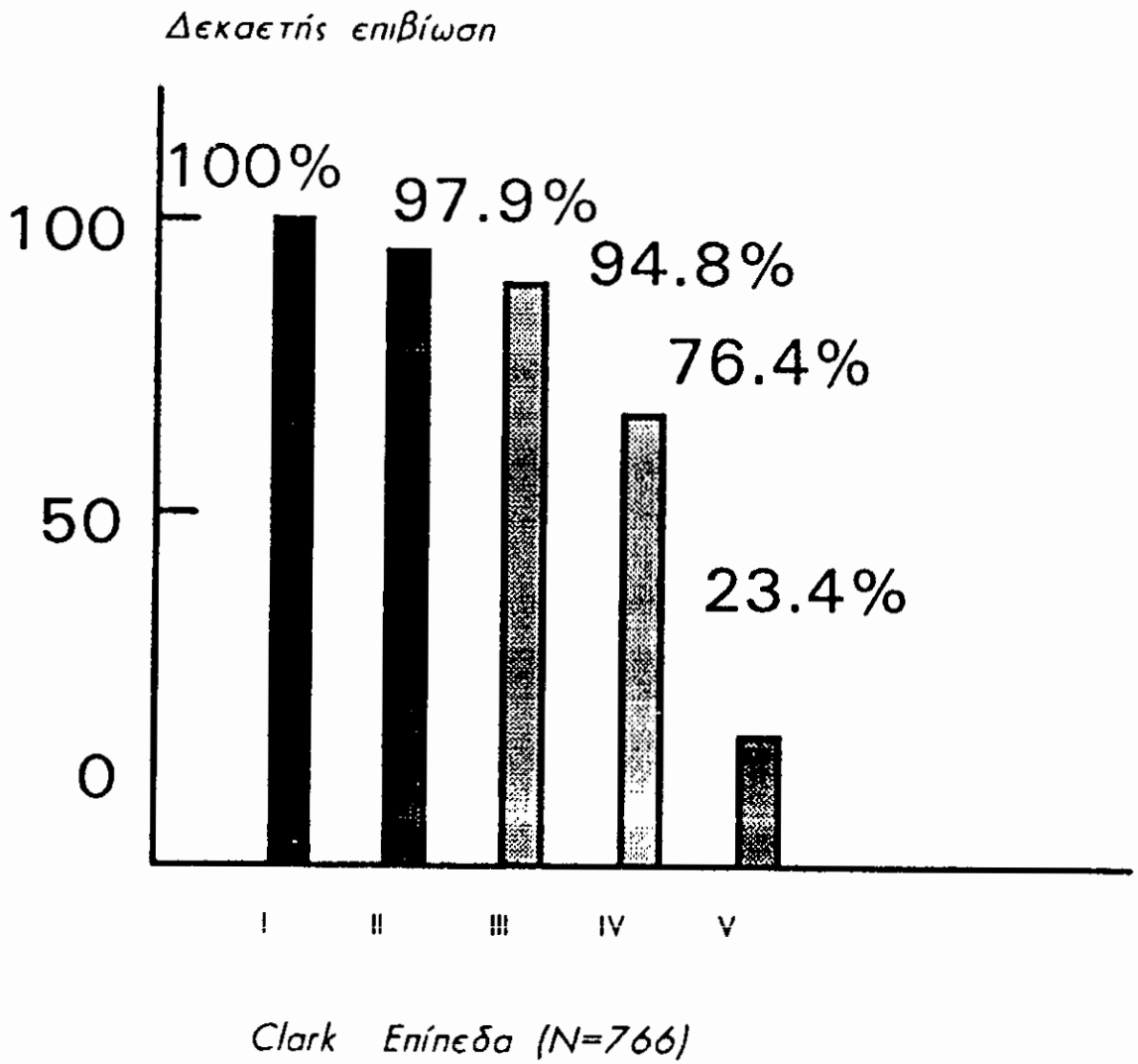
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Κακότητες Μελάνωμα
Πάχος διηθήσεως κατά Breslow

Δεκαετής επιβίωση



Κακήθες Μελάνωμα
Επίπεδο διηθήσεως κατά Clark



**Μελάνωμα του δέρματος της πλάγιας
Τραχηλικής χώρας (οζώδες)**



**Ανθρώπινα νεοπλάσματα στα οποία έχουν αποδειχθεί
ειδικά των όγκων αντιγόνα**

- Μελάνωμα
 - Λέμφωμα του Burkitt
 - Οστεοσάρκωμα και σαρκώματα χαλαρών ιστών
 - Νευροβλάστωμα
 - Καρκίνος του μαστού
 - Καρκίνος του παχέος εντέρου
 - Λευχαιμίες
 - Καρκίνος του πνεύμονα
 - Καρκίνος της ουροδόχου κύστης
 - Καρκίνος του νεφρού
-

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Καπετανάκης Ι.**, «Δερματολογία – Αφροδισιολογία», Έκδοση 2^η, Επιστημονικές Εκδόσεις “Γ.Κ. Παρισσιανός”, Αθήνα 1971.
2. **Lippert H.**, “Ανατομική – Κείμενο και Άτλαντας”, Έκδοση 5^η, Επιστημονικές Εκδόσεις “Γ. Κ. Παρισσιανός”, Αθήνα 1993.
3. **Κολοκωτσά – Βασιλειάδου Μ.**, «Στοιχεία Βιολογίας και Δερματολογίας», Εκδόσεις “ΙΩΝ”, Αθήνα 1996.
4. **Fitzpatrick T./Eisen A./Wolff K., et al.**, “DERMATOLOGY IN GENERAL MEDICINE – Textbook and Atlas”, Second Edition, “Mc Graw Hill” Book Company, New York 1979.
5. **Milne J.A.**, “An Introduction to the Diagnostic Histopathology of the Skin”, “Edward Arnold” Publications, London 1972.
6. **Jarrett A.**, “The Physiology and Pathophysiology of the Skin”, Volume 2, Academic Press, London – New York 1973.
7. **Πέτρου Μ.Γ.**, «Σημειώσεις Συστηματικής Ανατομικής», Τμήμα Νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι. Πάτρας, Πάτρα 1983.
8. **Lever W./Lever- Schaumburg G.**, “Histopathology of the skin”, 6th Edition, Philadelphia 1983.

9. **Fraser M./Deborah Mc Guire**, "Skin Cancer's- early warning system", *American Journal of Nursing*, Volume 84, October 1984.
10. **Dollinger M./Rosenbaun E./Cable G.**, "Ο καρκίνος – Διάγνωση, Πρόληψη, Θεραπεία και Καθημερινή Αντιμετώπιση», Έκδοση 1", Εκδόσεις «Κάτοπτρο», Αθήνα, Δεκέμβριος 1992.
11. **Γολεμάτης Β.**, «Εγχειρίδιο Χειρουργικής Παθολογίας», Τόμος Α' Ιατρικές Εκδόσεις «Π. Χ. Πασχαλίδης», Αθήνα 1985.
12. **Blois M.S./Sagebiel R.W./Abarbanel R. M. et al.**, "Malignant melanoma of the skin. The association of tumor depth, and type, and patient sex, age and site with survival", *Cancer Vol. 52*, New York 1983.
13. **Jones D.**, "Subungual melanoma of the left big toe", *Nursing Times*, Vol. II, June 1981.
14. **Μπούτης Α., Παπαϊωάννου Α. κ.α.**, «Κλινική Ογκολογία – Με την συνεργασία Ελλήνων Ειδικών και της U.I.C.C.», Ιατρικές Εκδόσεις «Λίτσας», Αθήνα 1981.
15. **Κανδρεβιώτου Ν.**, «Νεοπλάσματα – Στο πλαίσιο της γενικής παθολογίας και της Παθολογοανατομίας», Τόμος Γ', Επιστημονικές Εκδόσεις «Γ. Κ. Παρισιανός», Αθήνα 1985.

16. **Σμπαρούνης Χ.**, «Γενική Χειρουργική», Τόμος Α' – Γενικό Μέρος, *University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1989.*
17. **Βαρελτζίδη Α.**, «Παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη κακοήθους μελανώματος», Σεμινάριο με θέμα: Κακοήθες μελάνωμα, Αθήνα, Οκτώβριος 1992.
18. **Μπαλάς Π.**, «Χειρουργική» Τόμος Α', Ιατρικές Εκδόσεις «Π. Χ. Πασχαλίδης», Αθήνα 1987.
19. **Cascinelli N./Vander P./Breslow A. et al.**, "Stage I melanoma of the skin: the problem of resection margins" *European Journal of Cancer, Volume 16, October 1980.*
20. **Κανιτάκης Ι.**, «Μεταστατικά νεοπλάσματα του δέρματος», *Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας – Αφροδισιολογίας, Τόμος 2, Τεύχος 2, Απρίλιος –Ιούνιος 1991.*
21. **Keir L./Wise B./Krebs C. et al.**, «Ανατομία και Φυσιολογία του Ανθρώπινου Σώματος», μετάφραση: Ταλαντοπούλου Μ., Έκδοση 3^η, Εκδόσεις «Έλλην», Αθήνα 1996.
22. **Λισσαίος Β./Δοντάς Ν./Ασημακόπουλος Γ.**, «Εγχειρίδιο Κλινικής Ογκολογίας», Ιατρικές Εκδόσεις «Λίτσας», Αθήνα 1991.
23. **Sauer C. G.**, "Manual of Skin Diseases", Sixth Edition, J. B. Lippincott Company Publications, Philadelphia 1991.

24. **Marks R./Knight A./Laidler P.**, "Atlas of Skin Pathology", Volume Eleven, MTP Press Limited, Lancaster – England 1986.
25. **Canirares O.**, "Atlas of malignant and premalignant dermatoses", Shering Corporation, U.S.A. 1984 (New Jersey, Kenilworth).
26. **Kock S. and Henneberry J.**, "Malignant melanoma of the Skin", *Journal of the American Academy of Dermatology*, Volume 40, Number 2, Part 1, February 1999.
27. **Κοσμίδης Π.**, «Επείγουσα Θεραπευτική Ογκολογία», Ιατρικές Εκδόσεις «Λίτσας», Αθήνα 1984.
28. **Ποτουρίδου Ε./Βέρρος Δ.Κ./Τσιανάκας Π. κ.ά.**, «Κακοήθες μελάνωμα – Ένα διαγνωστικό πρόβλημα», *Ελληνική Επιθεώρηση Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας*, Τόμος 3, Τεύχος 1, Ιανουάριος – Μάρτιος 1992.
29. **Δασκαλοπούλου Δ./Τριχίλης Ε.**, «Κυτταρολογική διαγνωστική προσέγγιση κακοήθων πρωτοπαθών όγκων του δέρματος», *Ιατρική*, Τεύχος 57, Αθήνα 1990.
30. **Αραπαντώνη – Δαδιώτη Π.**, «Αυτόματη υποστροφή μελανωμάτων», *Ιατρική*, Τεύχος 62, Αθήνα 1992.
31. **Οικονόμου Γ./Παπούλιας Α./Μωϋσής Ι.**, «Κακοήθες μελάνωμα», *Οφθαλμολογικά Χρονικά*, Τόμος 22, Τεύχος 1, Ιανουάριος - Μάρτιος 1985.

32. *North N.Q.*, "Malignant Melanoma", *Nursing Times*, Volume 14, September 1983.
33. *Κορδιολής Ν./Βουτζούλιας Σ.*, «Γενικές αρχές αποκατάσεως – Ποιότητα ζωής», Σεμινάρια ογκολογίας, Περιλήψεις ομιλιών, Τόμος Α', Αθήνα, Οκτώβριος 1992.
34. *Μαλγαρινού Μ./Κωνσταντινίδου Σ.*, «Γενική Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική», Τόμος Α', Έκδοση 18^η, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1994.
35. *Αθανάτου Κ.Ε.*, «Κλινική Νοσηλευτική – βασικές και ειδικές νοσηλείες», Έκδοση Ε', Βελτιωμένη, Αθήνα 1995.
36. *Σαχίνη – Καρδάση Α./Πάνου Μ.*, «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική - νοσηλευτικές διαδικασίες», Τόμος Β', Δ' Επανέκδοση, Εκδόσεις «ΒΗΤΑ», Αθήνα 1994.
37. *Σαχίνη – Καρδάση Α. /Πάνου Μ.*, «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική – νοσηλευτικές διαδικασίες», Τόμος Α', Δ' Επανέκδοση, Εκδόσεις «ΒΗΤΑ», Αθήνα 1994.
38. *Μαλγαρινού Μ./Κωνσταντινίδου Σ.*, «Γενική Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική», Τόμος Β', Μέρος 2^ο, Έκδοση 17^η, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΔΑ», Αθήνα 1995.

39. **Γουλιά Γ.Ε.**, «Εφαρμοσμένη Νοσηλευτική», Έκδοση 1^η, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1991.
40. **Bibbings J.**, "Nursing care Study – Malignant melanoma", *Nursing Times*, Vol. 29, January 1981.
41. **Αλεξόπουλος Α.**, «Ενημέρωση των ασθενών για συστηματική θεραπεία», Σεμινάρια ογκολογίας, Περιλήψεις ομιλιών, Τόμος Α', Αθήνα, Οκτώβριος 1992.
42. **Λεμονίδου Χ.**, «Ο Καρκίνος ως ενότητα στην βασική νοσηλευτική εκπαίδευση», *Νοσηλευτική, Τριμηνιαία Έκδοση του Ε.Σ.Δ.Ν.Ε.*, Τόμος 32, Τεύχος 3, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 1993.
43. **Δοντάς Ν.**, «Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στην πρόληψη του καρκίνου», *ΣΑ Μ' ενδιαφέρει*, Τεύχος 7, Μάιος – Ιούνιος 1994.
44. **Λοϊζου Α.**, «Ευθύνη στην Ογκολογική Νοσηλευτική», *Νοσηλευτική Ογκολογία – Προβλήματα Νοσηλευτικής στον Καρκίνο*, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Ευρώπη Κατά του Καρκίνου», Αθήνα 1994.
45. **Βενιζέλος Μ.**, «Η Συμβολή του γιατρού στην πρόληψη του καρκίνου», Σεμινάρια ογκολογίας, Περιλήψεις ομιλιών, Τόμος Β' Αθήνα, Οκτώβριος 1992.

46. Χειμωνίτση -- Κυπρίου Β./ Βαδαλούκα Α./ Ευτυχίδου Ε. κ.ά., «Γιατρέ πονάω», *Ca M'* ενδιαφέρει, Τεύχος 6, Μάρτιος – Απρίλιος 1994.
47. Τριχίλης Ε., «Ο ρόλος της ηλιακής ακτινοβολίας στον καρκίνο του δέρματος – Μύθος ή πραγματικότητα;», *Ca M'* ενδιαφέρει, Τεύχος 2, Επανεκδοση 1993.
48. Οικονόμου Γ., «Μελάνωμα», *Ca M'* ενδιαφέρει, Τεύχος 7, Μάιος – Ιούνιος 1994.

