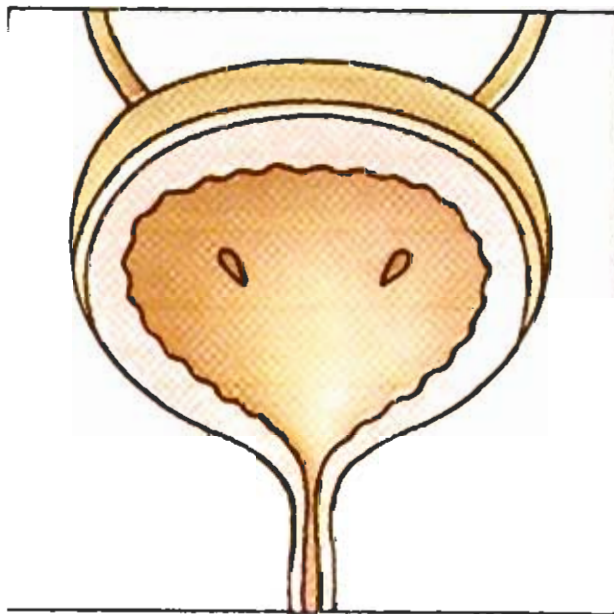


ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΕΞΑΜΗΝΟ ΣΤ΄

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΗΣ ΟΥΡΟΛΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ
ΓΕΝΕΙΑΤΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΚΛΘΗΓΗΤΡΙΑ
Δρ. Μ. Μπατσολάκη

ΠΑΤΡΑ
2004



ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	5
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	7
ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ	7
3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ	7
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΥΣΤΕΩΣ	7
3.2 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ - ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	7
3.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	12
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ ...	12
4.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	18
ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ –	
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ – ΒΙΟΧΗΜΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	18
5.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	18
5.2 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ- ΒΙΟΧΗΜΙΚΑ-	19
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	23
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ ΚΑΙ	
ΠΡΟΓΝΩΣΗ	23
6.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	23
6.2 ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	23
6.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	29

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	31
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8	35
ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	35
8.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ- ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ- ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	35
8.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9	41
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	41
9.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	41
9.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	49
9.3 ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10	55
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	55
10.1 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ	55
10.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11	59
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	59

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η πιο ελπιδοφόρα προσπάθεια στο αγώνα κατά του καρκίνου είναι η πρόληψη. Μερικοί τύποι καρκίνου μπορεί να προληφθούν, όπως ο καρκίνος της ουροδόχου κύστεως, μπορεί να αναγνωρισθεί και να θεραπευτεί εντελώς αν διαγνωστεί σε πρώιμο στάδιο.

Οι πληροφορίες που μπορούν να σώσουν πολλές ανθρώπινες ζωές παραμένουν άγνωστες στην μεγάλη πλειοψηφία, είτε αρνούνται να τις παραδεχτούν, δημιουργείται και διασπείρεται ο φόβος ότι ο καρκίνος της ουροδόχου κύστεως δεν μπορεί να προληφθεί, με αποτέλεσμα οι περισσότεροι άρρωστοι να ζητούν ιατρική βοήθεια πολύ αργά.

Η πρόληψη είναι η αυριανή ελπίδα κατά του καρκίνου της ουροδόχου κύστεως. Η πρόληψη όμως συνεπάγεται αλλαγή τρόπου ζωής. Τροποποιήσεις των συνθηκών της ζωής θ' αρκούσαν στο να οδηγήσουν σε σημαντική μείωση της εμφάνισης του καρκίνου της ουροδόχου κύστεως.

Οι προσπάθειες από τις ομάδες υγείας να προβλέψουν μηνύματα της πρόληψης είναι πολύ δύσκολες και τα αποτελέσματα τους αμφίβολα.

Οι προκαταλήψεις, οι φόβοι, οι συνήθειες, η στάση από την αρρώστια που λέγεται "Καρκίνος" της ουροδόχου κύστεως πολλές φορές γίνονται αιτία να φθάσει ο καρκίνος στο τελικό και θεραπεία του δυσκολότερη¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστεως εμφανίζεται σε άτομα πάνω από 60 ετών, είναι η δεύτερη πιο συχνή νεοπλασία του ουρογεννητικού συστήματος. Παγκοσμίως συμβάλει σε 250.000 νέες διαγνώσεις καρκίνου κύστεως και οδηγεί σε 120.000 θανάτους ετησίως. Η αναλογία ανδρών γυναικών είναι 3:1². Πρόδρομο σύμπτωμα είναι η αιματουρία η οποία δημιουργείται κατά τις συσπάσεις της κύστεως προς σύρση ή από διάβρωση και ρήξη τριχοειδών αγγείων και συνοδεύεται από συχνοουρία και δυσουρία λόγω υπέρξεως πηγμάτων αίματος. Η διάγνωση επισφραγίζεται με την κυστεοσκόπηση. Η θεραπεία συνιστάται με εγχείρηση, ακτινοβολία, κυτταροστατικά κ.λ.π. και είναι απλά ανακουφιστική. Ριζική θεραπεία δεν υπάρχει, εφόσον δε λείπει ο κίνδυνος μεταστάσεως και όταν ακόμη είναι πρωτοπαθής η εντόπιση της κακοήθους νεοπλασίας στην κύστη.

Η αρρώστια συνοδεύεται από όλη την ειδική ψυχολογία των καρκινοπαθών. Επομένως, η νοσηλεύτρια καλείται να είναι εξοπλισμένη προς αντιμετώπιση των πολλών και διαφόρων ψυχολογικών προβλημάτων που εμφανίζονται καθώς και της μόνιμης κυστεοσμίας που γίνεται. Η τοπική καθαριότητα είναι απαραίτητη, επειδή η κακοσμία από την καταστροφή των ιστών κάνει το άτομο αποκρουστικό σε επαφή και φροντίδα. Καθώς περνά ο καιρός ο άρρωστος εμφανίζει τη χαρακτηριστική κακοήθη καχεξία η οποία και τον οδηγεί τελικά στο μοιραίο, αν δεν μεσολαβήσουν μεταστάσεις.

Το πρόβλημα της διατροφής είναι οξύ οπότε επιβάλλεται πολύ φροντίδα για τον εμπλουτισμό του διαιτολογίου. Ο άρρωστος επίσης καθημερινά γίνεται περισσότερο εξαρτημένος από το περιβάλλον οπότε η νοσηλεύτρια καλείται να ικανοποιήσει όλες τις φυσικές και συναισθηματικές του ανάγκες. Δεν πρέπει ποτέ να παραθεωρείται το γεγονός ότι νοσηλεύεται καρκινοπαθής και κατά συνέπεια άνθρωπος ο οποίος αντιμετωπίζει το θάνατο καθημερινά. Η όλη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού θα πρέπει να συμβάλλει, ώστε η αβεβαιότητα για το αύριο να είναι λιγότερο οδυνηρή και η πίστη και η ελπίδα της αιωνιότητας ν'αντισταθμίζουν ότι αγαπητό συνδέει τον άρρωστο με αυτό τον υλικό κόσμο³.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ

3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ

Καρκίνος της ουροδόχου κύστης είναι μια βιολογική επανάσταση στην οποία μια ομάδα κύτταρων παύει να πειθαρχεί στην νομοτέλεια της βιολογικής εξέλιξης που διέπει τα άλλα κύτταρα με αποτέλεσμα να προκληθεί μια μη ελεγχόμενη ανάπτυξη κυττάρων αυτών που οδηγεί σ' ένα καταστρεπτικό αποτέλεσμα⁴.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΥΣΤΕΩΣ

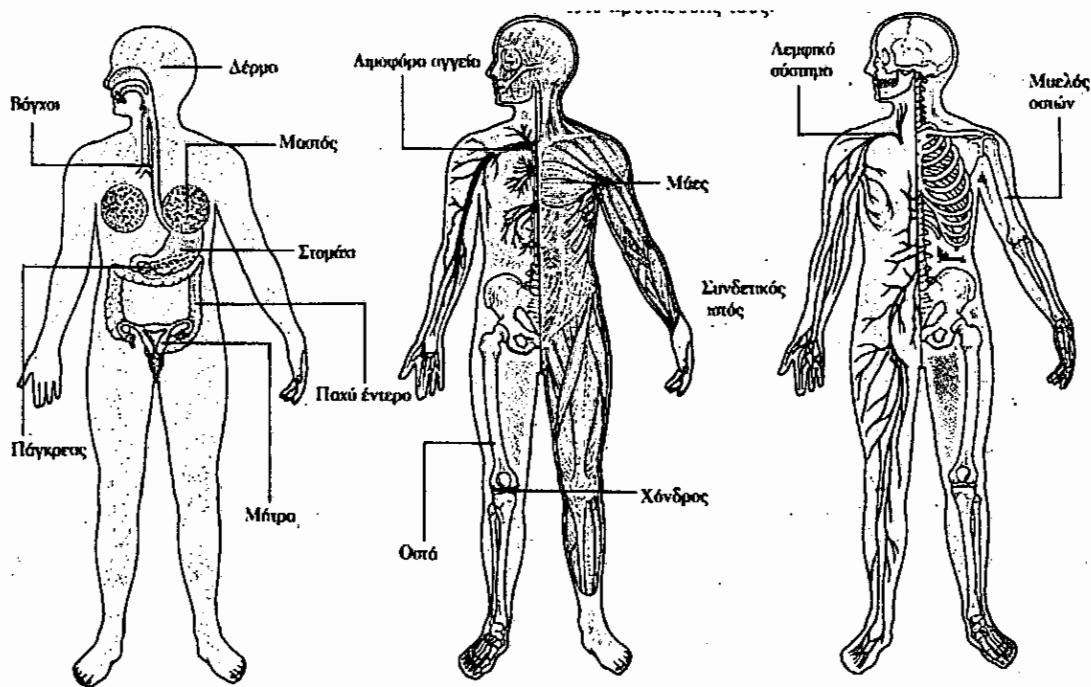
Η ουροδόχος κύστη είναι ένας μυϊκός σάκος ο οποίος εσωτερικά περιβάλλεται από βλεννογόνο που βρίσκεται πίσω από την ηβική σύμφυση και καλύπτεται από πάνω με το περιτόναιο. Η φυσιολογική της χωρητικότητα είναι 500 ml περίπου. Η διάστασή της ευαισθητοποιεί νευρικούς υποδοχείς οι οποίοι μεταβιβάζουν το ερέθισμα και έτσι εμφανίζεται το αίσθημα της κένωσης της. Η έξοδος των ούρων πραγματοποιείται μέσω της ουρήθρας όταν ο έσω και ο έξω σφικτήρας της κύστεως βρίσκεται σε χαλάρωση. Η ουρήθρα έχει μήκος 4εκ στις γυναίκες και περί τα 20εκ στους άνδρες⁵.

3.2 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ - ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ο Καρκίνος της ουροδόχου κύστης είναι τέταρτος σε συχνότητα στους άνδρες και όγδοος στις γυναίκες και ευθύνεται για το 5,5% και 2,3% όλων των νεοπλασιών αντίστοιχα. Το καρκίνωμα από μεταβατικό επιθήλιο καλύπτει το 90% όλων των καρκίνων της ουροδόχου κύστης. Άλλοι ιστολογικοί τύποι περιλαμβάνουν το αδενοκαρκίνωμα του ουραχού. Στην κύστη μπορούν επίσης να αναπτυχθούν όγκοι που δεν προέρχονται από το ουροθήλιο όπως το μικροκυτταρικό καρκίνωμα, το λέμφωμα, το λειομυοσάρκωμα, το φαιοχρωμακύτωμα, το

καρκινοςάρκωμα και οι μεταστατικοί όγκοι. Οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τον καρκίνο της κύστεως από το μεταβατικό επιθήλιο περιλαμβάνουν την ηλικία, η επαγγελματική έκθεση σε χρωστικές ανιλίνης, το κάπνισμα⁶.

ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ



Τα νεοπλάσματα της κύστεως διαιρούνται σε τρεις κατηγορίες:

1. Τα **επιφανειακά** (64%-80%) που δεν διηθούν τον μυϊκό χιτώνα της κύστεως. Αντιμετωπίζονται με διουρηθική εξαίρεση και ίσως και ενδοκυστικές εγχύσεις φαρμάκων αλλά έχουν την πιθανότητα να υποτροπιάσουν (66%) στα πέντε χρόνια ή ακόμα να μετατραπούν σε διηθητικά (15%). Γι'αυτό και μετά την διουρηθική εξαίρεση συνιστάται περιοδική παρακολούθηση με κυτταρολογικές ούρων, υπερήχους και κυστεοσκόπηση.

Στις ενδοκυστικές εγχύσεις τα φάρμακα που χορηγούνται μπορεί να καταστρέφουν τα νεοπλασματικά κύτταρα (χημειοθεραπεία) ή να διεγείρουν την ανοσολογική απάντηση του οργανισμού.

2. Τα **διηθητικά**. Τα φυσιολογικά κύτταρα του οργανισμού δεν επηρεάζονται ενώ στην πρώτη δράση επεκτείνεται και σ'αυτά αλλά σε μικρότερο βαθμό από τα νεοπλασματικά. Ο ρόλος των ενδοκυστικών εγχύσεων είναι να ελαχιστοποιήσουν τα υπολειπόμενα νεοπλασματικά κύτταρα μετά την διουρηθική εκτομή, να μειώσουν την συχνότητα των υποτροπών ή να επιμηκύνουν τον χρόνο που αυτές θα εμφανισθούν. Τέλος, να ελαττώσουν την πιθανότητα καρκίνου σε διηθητικά. Τα διηθητικά νεοπλάσματα που έχουν βγει έξω από την κύστη αντιμετωπίζονται με ριζική κυστεκτομή, μια βαρύτατη επέμβαση, όπου αφαιρούνται ολόκληρη η ουροδόχος κύστη και ο προστάτης και οι ουρητήρες εμφυτεύονται στο δέρμα (ουρητήροστομία στο δέρμα) ή στο έντερο (ουρητηροοιχομειδοστομία) ή τέλος δημιουργείται νέα ουροδόχος κύστη από τμήματα εντέρου στη θέση της φυσιολογικής (ορθότοπη). Εναλλακτική θέση στην θεραπεία του διηθητικού καρκίνου έχει η ακτινοβολία με καλά αποτελέσματα ενώ για προχωρημένα νεοπλάσματα σημαντική ανακούφιση μπορεί να προσφέρει η χημειοθεραπεία⁷.

3. Το **καρκίνωμα in situ** είναι επίπεδο κόκκινο και μπορεί να είναι δύσκολο να διαχωρισθεί μερικές φορές από χρόνια φλεγμονή.

3.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης είναι μια από τις πιο συχνές ασθένειες που αντιμετωπίζουν οι ουρολόγοι. Οι περισσότεροι καρκίνοι είναι καρκινώματα του μεταβατικού επιθηλίου.

1. Συχνότητα εμφάνισης

Η ουροδόχος κύστη είναι η πιο συχνός τύπος εμφάνισης του ουροποιητικού συστήματος. Στους άνδρες είναι ο τέταρτος κατά σειρά συχνότερος καρκίνος μετά τον καρκίνο του προστάτη, του πνεύμονα και του παχέος εντέρου, θεωρούμενος υπαίτιος για 10 τοις εκατό όλων των περιπτώσεων. Στις γυναίκες, είναι όγδοη κατά σειρά πιο συχνή αιτία καρκίνου και υπολογίζεται και υπολογίζεται στο 4 τοις εκατό του συνόλου των καρκίνων.

2. Θνησιμότητα – Φύλο και Φυλή

Ο Καρκίνος της ουροδόχου κύστης είναι η τέταρτη συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο στους άντρες, μετά τον καρκίνο του πνεύμονα του προστάτη και του παχέος εντέρου, με ποσοστό που ανέρχεται στο 5% των θανάτων από καρκίνο στους άντρες. Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστεως είναι υπαίτιος για 3% περίπου του συνόλου θανάτων από καρκίνων στις γυναίκες. Τα ποσοστά θνησιμότητας στους λευκούς (6% για τους άντρες και 1,7% για τις γυναίκες) είναι συγκρίσιμα με αυτά των μαύρων (4,2% στους άντρες και 2,4% στις γυναίκες).

Σε ασθένειες με εντοπισμένους όγκους, το ποσοστό επιβίωσης 5 ετών είναι 88% για τους λευκούς σε σύγκριση με 75% για τους μαύρους. Σε ασθενείς με τοπικούς όγκους, το ποσοστό επιβίωσης 5 ετών είναι 44% για τους λευκούς και 30% για τους μαύρους. Σε αυτούς με απομακρυσμένες μεταστάσεις, το ποσοστό επιβίωσης 5 ετών είναι 9% για τους λευκούς και 8% για τους μαύρους. Γενικά τα ποσοστά θνησιμότητας από τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης είναι γύρω στο 20% ως προς την συχνότητα εμφάνισης της νόσου, το οποίο υποδεικνύει ότι οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο της ουροδόχου κύστης καταλήγουν από άλλα αίτια.

Μετά την δεκαετία του 1950 ο ρυθμός εμφάνισης καρκίνου της ουροδόχου κύστης αυξάνεται σταθερά. Η βελτίωση των διαγνωστικών τεχνικών και η αυξημένη διαθεσιμότητα των τεχνικών αυτών συνέβαλαν στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Παρατηρείται σταθερή μείωση των ποσοστών θνησιμότητας από καρκίνο της ουροδόχου κύστης κατά το ίδιο χρονικό διάστημα. Η μείωση των

ποσοστών θνησιμότητας οφείλεται κυρίως σε αύξηση των περιπτώσεων που η διάγνωση γίνεται στα αρχικά στάδια της νόσου αλλά επίσης, ως ένα βαθμό, και πιο αποτελεσματικές θεραπείες.

3. Ηλικία

Θεωρείται γενικά νόσος των ηλικιωμένων με μέση ηλικία διάγνωσης τα 67 με 70 έτη. Οι νεώτεροι ασθενείς φαίνεται να έχουν καλύτερη πρόγνωση γιατί παρουσιάζουν πιο συχνά επιφανειακούς, χαμηλής διαφοροποίησης καρκίνους. Όλοι οι ασθενείς πρέπει να υποβάλλονται σε βάσει του σταδίου και της διαφοροποίησης της νόσου, ανεξάρτητα από την ηλικία τους.

4. Τοπικές και εθνικές διαφορές

Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου της ουροδόχου κύστης αναφέρεται ότι είναι 30 με 50% υψηλότερη στις βόρειες περιοχές των Ηνωμένων Πολιτειών από ότι στις νότιες. Είναι υψηλότερη στις Ηνωμένες Πολιτείες και στην Αγγλία από ότι στην Ιαπωνία και στην Φιλανδία. Στην Χαβάη, η συχνότητα εμφάνισης είναι διπλάσια στον λευκό πληθυσμό από ότι στους Ιάπωνες. Υψηλά ποσοστά καρκίνου της ουροδόχου κύστης έχουν αναφερθεί επίσης στους Εβραίους⁸.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

4.1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Νέες ενδείξεις και εμπειριστατωμένες έρευνες, όμως, έχουν αυξήσει σημαντικά τις γνώσεις μας για την αιτιολογία του καρκίνου της ουροδόχου κύστεως όπως⁹:

1. Επαγγελματική έκθεση σε χημικές ουσίες.

Τα χρώματα ανιλίνης, που εισήχθησαν στα μέσα του 19^{ου} αιώνα για την χρώση των υφασμάτων, είναι καρκινογόνα του ουροθηλίου. Άλλες χημικές ουσίες που έχει αποδειχθεί ότι προξενούν καρκίνο της ουροδόχου κύστης είναι 2-ναφθυ-λαμίνη, το 4-αμινοδιφαινύλιο (ξενυλαμίνη), το 4-νιτροφαινύλιο, το 4,4-διαμινοφαινύλιο και το 2-αμινο-1-ναφθαλ, τα αέρια της καύσης και η αιθάλη από το κάρβουνο καθώς επίσης, ενδεχομένως, οι χλωριωμένοι αλειφατικοί υδρογονάνθρακες. Υπολογίζεται ότι γύρω στο ένα τέταρτο με ένα τρίτο των καρκίνων της ουροδόχου κύστης στις Ηνωμένες Πολιτείες οφείλονται σε επαγγελματική έκθεση. Η λανθάνουσα περίοδος μπορεί να διαρκέσει περί τα 40 με 50 έτη, αλλά μια πιο εντατική έκθεση στο καρκινογόνο μπορεί να μειώσει τη διάρκεια της λανθάνουσας περιόδου.

2. Κάπνισμα

Η συχνότερη εμφάνιση της νόσου στους καπνιστές είναι τετραπλάσια από ότι στους μη καπνιστές. Ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου συσχετίζεται με τον αριθμό των τσιγάρων, την διάρκεια του καπνίσματος, και το βαθμό εισπνοής του καπνού. Εκτιμάται ότι το ένα τρίτο των περιπτώσεων καρκίνου της ουροδόχου κύστης μπορεί να οφείλονται στο κάπνισμα.

3. Κατανάλωση καφέ και τσαγιού

Η κατανάλωση καφέ έχει ενοχοποιηθεί σε ορισμένες αλλά όχι σε όλες τις μελέτες όσον αφορά την αιτιολογία του καρκίνου της ουροδόχου κύστης.

4. Κατάργηση αναλγητικών

Η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων του αναλγητικού φαινακετίνης, που έχει χημική δομή ανάλογη με τις βαφές ανιλίνης, συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης του καρκινώματος του μεταβατικού επιθηλίου της νεφρικής πυέλου και της κύστης.

5. Σύνθετα γλυκαντικά

Μεγάλες δόσεις συνθετικών γλυκαντικών ουσιών, περιλαμβανομένης της σααχαρίνης και της κυκλαμάτης, έχει αποδεχτεί ότι προξενούν καρκίνο της ουροδόχου κύστης σε πειραματικές μελέτες με τρωκτικά.

6. Χρόνια κυστίτιδα

Η χρόνια κυστίτιδα παρουσία ουρηθρικών καθετήρων ή λίθων συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο καρκινώματος των πλακωδών κυττάρων της κύστης. Το 2-10% των παραπληγικών με μακροχρόνια χρήση ουρηθρικών καθετήρων αναπτύσσουν καρκίνο της ουροδόχου κύστης. Το 80 % των περιπτώσεων αυτών είναι καρκίνος πλακώδους επιθηλίου.

7. Ακτινοβολία της πυέλου.

Οι γυναίκες που υπεβλήθησαν σε ακτινοθεραπεία για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας έχουν διπλάσια έως και τετραπλάσια πιθανότητα εμφάνισης καρκινώματος του μεταβατικού επιθηλίου της ουροδόχου κύστης.

8. Κυκλοφωσφαμίδη.

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία με κυκλοφωσφαμίδη έχουν έως και εννεαπλάσια πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου της ουροδόχου κύστης. Ο μεταβολίτης του Cytoxan στα ούρα, η ακροκεΐνη, που πιστεύεται ότι ευθύνεται για την αιμορραγική κυστίτιδα.

9. Ενδογενείς Μεταβολίτες της Τρυπτοφάνης.

Οι ασθενείς με καρκίνο της ουροδόχου κύστης αναφέρεται ότι έχουν αυξημένα επίπεδα μεταβολιτών της τρυπτοφάνης. Τα υψηλά επίπεδα έχει αναφερθεί ότι σχετίζονται με την πιθανότητα υποτροπής του όγκου. Σε πρόσφατες αποδεικνύεται ότι οι ενδογενείς μεταβολίτες της τρυπτοφάνης δεν συμβάλλουν σε σημαντικό βαθμό στην ανάπτυξη καρκίνου της ουροδόχου κύστης. Ωστόσο, ο συνδυασμός της τρυπτοφάνης με το 2-ακετυλαμινοφθορίδια ή της τρυπτοφάνης με μια δίαιτα πτωχή σε πυριδοξίνη προκάλεσε καρκίνο της ουροδόχου κύστης σε πειραματόζωα.

10. Κληρονομικότητα

Δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία για μια κληρονομική αιτιολογία στις περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου της ουροδόχου κύστης. Έχουν υπάρξει αναφορές εμφάνισης καρκίνου της ουροδόχου κύστης σε οικογένειες. Μια εναλλακτική εξήγηση για την εμφάνιση καρκίνου σε οικογένειες μπορεί να είναι η έκθεση στους ίδιους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Δύο διαφορετικά σχήματα γενετικής επίδρασης έχουν προταθεί για τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης: ένα αυτοσωματικό επικρατές σχήμα που ευθύνεται για μικρό αριθμό περιπτώσεων κι ένα πολυπαραγοντικό, πολυγονικό σχήμα όπου ενέχονται γενετικές και περιβαλλοντικές αλληλεπιδράσεις¹⁰.

4.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο Καρκίνος της κύστης είναι ο πιο συχνός καρκίνος του ουροποιητικού με μέσο όρο ηλικίας κατά την διάγνωση τα 65 έτη και διαρκώς αυξανόμενη επίπτωση. Ο επιφανειακός καρκίνος αφορά τα στάδια Tis , Ta και T₁, δηλαδή τις περιπτώσεις τις οποίες δεν διηθείται η μυική στοιβάδα.

Η διάγνωση της νόσου θα γίνει από το: **1. Ιστορικό. 2. Την φυσική εξέταση. 3. Τις εργαστηριακές εξετάσεις.**

1.Ιστορικό: Από το ιστορικό θα πρέπει να ερωτηθεί ο ασθενής σχετικά με την παρουσία ή απουσία της νόσου στην οικογένεια, καθώς, για το αν κάπνιζε (πόσο και για πόσο χρόνο) , καθώς σχετικά

και σχετικά με τα συμπτώματα τα οποία είναι μη ειδικά. Κύριο σύμπτωμα είναι η αιματουρία που είναι παρούσα 85-90% των περιπτώσεων. Μπορεί να είναι μικροσκοπική ή μακροσκοπική και είναι κατά κανόνα διαλείπουσα. Σε μικρότερο ποσοστό ανευρίσκονται συμπτώματα ερεθισμού της κύστης (συχνουρία, δυσουρία και έπειξη), τα οποία είναι πολύ συχνά¹¹.

Επίσης

- α) Ηλικία
- β) Παντρεμένος ή όχι
- γ) Φύλο
- δ) Κοινωνικοοικονομική κατάσταση
- ε) Επάγγελμα πιθανή έκθεση σε καρκινογόνες ουσίες
- στ) Περιβάλλον σπιτιού
- ζ) Διατροφή
- η) Ύψος, βάρος
- θ) Ιστορικό αλλεργίας (ειδικά στο ιώδιο) και ομάδα αίματος
- ι) Προηγούμενη κατάσταση υγείας¹².

2. Φυσική Εξέταση: Από την φυσική εξέταση δεν διαπιστώνονται συνήθως σημεία της νόσου λόγω της επιφανειακής της φύσης.

- α) Φηλαφητή Υπερηβική μάζα (σπάνια)
- β) Οίδημα στα κάτω άκρα μπορεί να υπάρχει. Υποδηλώνει στάση του φλεβικού αίματος στα κάτω άκρα εξαιτίας απόφραξης από εισβάλλοντα όγκο.
- γ) Πυρετός και έντονος λαγόνιος πόνος. Μπορεί να υποδηλώνουν νεφρική λοίμωξη.
- δ) Ουραιμικά συμπτώματα μπορεί να υπάρχουν δευτεροπαθώς από κακή νεφρική λειτουργία.
- ε) Αιματουρία, Αναιμία¹³.

3. Εργαστηριακός Έλεγχος:

- α. Γενική εξέταση ούρων θα διαπιστωθεί αιματουρία
- β. Κυτταρολογική εξέταση των ούρων μπορεί να ανευρεθούν αποφολιδούμενα νεοπλασματικά ουροθηλιακά κύτταρα.

Η ευαισθησία της μεθόδου εξαρτάται τόσο από το grade όσο και από το stage του όγκου και στην περίπτωση των επιφανειακών όγκων δεν είναι ιδιαίτερα μεγάλη (25-30%), ενώ και η ειδικότητα της

μεθόδου επηρεάζεται από την παρουσία φλεγμονών , λιθίασης ή χειρισμών που μπορεί να έχουν προηγηθεί

γ. Κυτταρομετρία ροής είναι η πιο πρόσφατη μέθοδος κατά την οποία τα αποφολιδούμενα κύτταρα συλλέγονται, φυγοκεντρούται, καθορίζονται από κυτταρικά υπολείμματα και χρωματίζονται με χρωστικές που βάφουν το DNA και εν συνέχεια επεξεργάζονται σε έναν κυτταρομετρητή ροής, ο οποίος μετρά ακτινοβολία σε ειδική μνήμη κύματος για κάθε κύτταρο. Οι κυτταρικοί πληθυσμοί μπορεί να είναι αρνητικοί, ύποπτοι ή θετικοί για καρκίνο, ανάλογα με την παρουσία ανευπλοειδίας και το βαθμό υπερπλοειδίας. Η ευαισθησία της μεθόδου είναι ανώτερη της κυτταρολογικής, ενώ είναι μικρότερη σε επιφανειακούς (70%). Η ειδικότητα της μεθόδου μπορεί να βελτιωθεί με την χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων που αναγνωρίζουν ουροθηλιακά κύτταρα και με τον τρόπο αυτό εξέρχονται της ανάλυσης φλεγμονώδη κύτταρα που προέρχονται από μόλυνση του δείγματος.

δ. Άλλοι δείκτες που έχουν χρησιμοποιηθεί μαζί με τις πιο πάνω μεθόδους για την πρώιμη ανίχνευση του καρκίνου της ουροδόχου κύστεως είναι το BTA test, το BTA stat test, το BTA trak test, ο καθορισμός της πρωτεΐνης της μητρικής ουσίας του πυρήνα στα ούρα NMR 22,η μέτρηση του λόγου ινώδογόνου/προϊόντα αποδόμησης ινώδους στα ούρα (FDP), ο καθορισμός του LEWIS X αντιγόνου σε αποφολιδούμενα κύτταρα και ο προσδιορισμός της δραστηριότητας της τελομεράσης σε αποφολιδούμενα κύτταρα.

ε. Υπερηχογράφημα. Από τον απεικονιστικό έλεγχο το υπερηχογράφημα μπορεί να αναδείξει αλλοιώσεις του βλεννογόνου μη ειδικές οι οποίες μπορεί να προβάλουν στον αυλό.

στ. Πνευλογραφία. Απεικονίζει μη ειδικά ελλείμματα σκιαγράφησης εντός της κύστης.

ζ. Υπέρηχος δια της ουρήθρας, που έχει χρησιμοποιηθεί πιο πρόσφατα, υπερτερεί σαφώς στην ανάδειξη αλλοιώσεων του διακοιλιακού.

η. Κυστεοσκόπηση. Οι επιφανειακοί καρκίνοι φαίνονται εξωφυτικοί με θηλώδη μορφολογία, ενώ ενδέχεται να είναι επίπεδοι ή και να έχουν μορφολογία διηθητικού καρκίνου. Ειδικά το Cis είναι συνήθως μια επίπεδη εξέρυθρη περιοχή. Λόγω του ότι ο καρκίνος θεωρείται νόσος του ουροθηλίου μπορεί να υπάρχουν πολλές εστίες μέσα στην κύστη ή να συνυπάρχει το Cis με όγκους άλλων σταδίων.

θ. Βιοψία. Η βιοψία τελικά θα μας καθορίσει το στάδιο και το grade της νόσου. (μορφολογία κυττάρων)

ι. Διουρηθρική Εκτομή. Με την διουρηθρική εκτομή γίνεται κατά κανόνα και θεραπευτική παρέμβαση στην περίπτωση επιφανειακών καρκίνων της κύστης.

- ια. Ακτινογραφία θώρακα, σπινθηρογράφημα οστών, για ανίχνευση τυχόν μεταστάσεων.
- ιβ. Μελέτες νεφρικής λειτουργίας. Υποδηλώνει στάση του φλεβικού αίματος στα κάτω άκρα εξαιτίας απόφραξης από εισβάλλοντα όγκο.
- ιγ. Ουρηθρογραφία.
- ιδ. Ενδοουρολογία.
- ιε. Ουροδυναμικές μελέτες¹⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5
ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ –
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ – ΒΙΟΧΗΜΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

5.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Συμπτώματα

1. Κωλικός του νεφρού, Πυρετός, Οίδημα, Υπέρταση
2. Αιματουρία, μικροσκοπική ή μακροσκοπική, συνήθως από κωλικό ή κόπωση.
3. Ουρολοίμωξη, μπορεί να είναι εμπύρετη με ή χωρίς πόνο, απλή πυουρία ή μικροβουρία συμπτωματική ή ασυμπτωματική¹⁵.
4. Συχνουρία. Αυξημένη συχνότητα ούρησης χωρίς αύξηση στον όγκο ούρων που αποβάλλονται υποδηλώνει ότι η κύστη δεν μπορεί να κρατήσει το συνηθισμένο υγρό.
5. Δυσουρία. Οδυνηρή ούρηση που μπορεί να προκληθεί από πολλές αιτίες.
6. Κατακράτηση ούρων, οίδημα. Υπερβολική συσσώρευση υγρών στο σώμα σε ιστούς και κοιλότητες.
7. Κυστίτις. Οξεία ή χρόνια μόλυνση της ουροδόχου κύστης. Αυτή είναι μια φλεγμονή του εσωτερικού τοιχώματος της κύστης που μπορεί να οφείλεται σε βακτηριακή μόλυνση ή σε μηχανικό γδάρσιμο από μικρούς κρυστάλλους φωσφορικού ασβεστίου στα ούρα¹⁶.
8. Απόφραξη του ουρητήρα.
9. Πνευλική μάζα ή συμπτώματα μεταστατικής μάζας
10. Κυστικός πόνος.
11. Βαθύ άλγος.

Η αναγνώριση ενός συμπτώματος αποτελεί το πρώτο σημαντικό βήμα για την ανακάλυψη του καρκίνου. Δυστυχώς πολλά άτομα δεν δίνουν σημασία σε αυτά τα προειδοποιητικά σημάδια. Πολλές φορές καθυστερούν ακόμη και μήνες πριν καταφύγουν στην ιατρική περίθαλψη που θα μπορούσε να του σώσει τη ζωή.

Οι περισσότερες πιθανότητες πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου της ουροδόχου κύστεως εξαρτώνται από την επίγνωση του ασθενούς ότι κάτι νέο συμβαίνει στο οργανισμό του, ιδιαίτερα όταν εκδηλώνεται κάποιο από τα παραπάνω συμπτώματα¹⁷.

5.2 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ- ΒΙΟΧΗΜΙΚΑ- ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Τα εργαστηριακά, βιοχημικά – αιματολογικά ευρήματα ταξινομούνται ως εξής:

1.Κλινική Εξέταση: Η υποψία ότι αναπτύσσεται καρκίνος της ουροδόχου κύστης δημιουργείται συχνά κατά την συνηθισμένη κλινική εξέταση, η οποία αποτελεί το κυριότερο τμήμα του ετήσιου ελέγχου υγείας. Η κλινική εξέταση είναι πλήρης, συστηματική, κατά στάδια έρευνας ολόκληρου του οργανισμού με στόχο να επισημανθούν ενδείξεις νόσου ή κάποιας μη φυσιολογικής λειτουργίας. Οποιαδήποτε μέθοδος κι αν ακολουθείται, η καλή κλινική εξέταση που αποσκοπεί στην ανακάλυψη του καρκίνου της ουροδόχου κύστεως πρέπει να περιλαμβάνει την έρευνα ιδιαίτερα της ευπαθέστερης περιοχής.

Κατά την εξέταση, ο γιατρός θα σας απευθύνει αρκετές ερωτήσεις σχετικά με τις διαφορετικές λειτουργίες του σώματος. Θα υπάρξουν και ειδικές ερωτήσεις. Η καταφατική απάντηση σε μια από τις ερωτήσεις οδηγεί σε λεπτομερέστερες ερωτήσεις, σε ειδικότερη κλινική εξέταση και πιθανόν σε εξετάσεις αίματος, ακτινολογικό έλεγχο. Πρέπει επίσης να γίνουν ερωτήσεις για το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου, ιδιαίτερα των πλησιέστερων συγγενών.

Υποπτα ευρήματα κατά την κλινική εξέταση θα οδηγήσουν σε περαιτέρω εξετάσεις.

2. Εξετάσεις αίματος: Το επόμενο στάδιο των διαγνωστικών μεθόδων περιλαμβάνει την εργαστηριακή ανάλυση δείγματος αίματος. Χρησιμοποιούνται δύο κατηγορίες εξετάσεων που βοηθούν για την διάγνωση του καρκίνου της ουροδόχου κύστεως.

Μη ειδικές εξετάσεις: Οι περισσότερες εξετάσεις αίματος είναι μη ειδικές, δηλαδή μπορεί να δείξουν πως υπάρχει κάποια πάθηση, όχι όμως και ποια είναι. Υπάρχουν πολλές εξετάσεις για να εντοπισθεί διαταραχή στην ουροδόχο κύστη, ώστε οι γιατροί ζητούν συνήθως να γίνει πλήρης έλεγχος: γενική αίματος, μεταβολικός έλεγχος, ηπατικές δοκιμασίες, εξετάσεις νεφρών και ούρων. Τα αποτελέσματα τους ίσως υποδηλώνουν ότι υπάρχει κάποιος όγκος στην ουροδόχο κύστη, όμως δεν μπορεί να γίνει ειδική διάγνωση με βάση τις εξετάσεις αυτές και μόνο.

Ειδικές εξετάσεις: Υπάρχουν αιματολογικές εξετάσεις μάλλον ειδικές που συχνά επαρκούν για την διάγνωση του καρκίνου της ουροδόχου κύστης. Τις εξετάσεις αυτές θα τις ζητήσει ο γιατρός αν έχει υποψίες για καρκίνο.

3. Γενική ούρων: Αυτή είναι η σπουδαιότερη εργαστηριακή εξέταση, επειδή προσανατολίζει τον γιατρό προς ένα μεγάλο βαθμό παθήσεων του ουροποιητικού συστήματος. Η εξέταση συνήθως γίνεται από τα πρωινά ούρα που είναι πιο πυκνά και προσφέρονται για την μακροσκοπική και μικροσκοπική εξέταση τους.

Η μακροσκοπική εξέταση των ούρων αναφέρεται στα εξής:

- Την εξέταση των γενικών χαρακτήρων τους, δηλαδή της όψεως, της χροιάς και της οσμής τους.
- Τον προσδιορισμό του pH και του ειδικού βάρους τους.
- Την ποιοτική ανίχνευση και τον ποσοτικό προσδιορισμό διαφόρων ουσιών μέσα στα ούρα, όπως λεύκωμα, γλυκόζη, ουρία, χλωριούχο νάτριο, αιμοσφαιρίνη, χολοχρωστικές κ.α.

Η μικροσκοπική εξέταση αναφέρεται στην αναζήτηση ερυθρών αιμοσφαιρίων λευκοκυττάρων, επιθηλιακών κυττάρων, κυλίνδρων, κρυστάλλων, διαφόρων ουσιών και μικροοργανισμών.

4. Καλλιέργεια ούρων: Με αυτή διαπιστώνεται η παρουσία των παθογόνων μικροοργανισμών και καθορίζεται η ευαισθησία τους στα διάφορα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Με την ουροκαλλιέργεια, απομονώνεται το μικρόβιο, που είναι υπεύθυνο για την ουρολοίμωξη και το οποίο θεωρείται ως παθογόνο, όταν ο αριθμός των αποικιών του είναι μεγαλύτερος από 100.000 ανά cm^3 . Αν ο αριθμός αυτός είναι μεταξύ 10000 και 100000 τότε το αποτέλεσμα θεωρείται αμφίβολο και η ουροκαλλιέργεια ξαναγίνεται και αν είναι μικρότερος από 10000 τότε το αποτέλεσμα κρίνεται ως αρνητικό και τα μικρόβια, που αναπτύσσονται, αποδίδονται σε επιμόλυνση των ούρων από σαπρόφυτα ή από εξωτερικό περιβάλλον¹⁸.

5 Βιοψία Νεφρού: Αυτή συνιστάται στη λήψη ενός πολύ μικρού τμήματος νεφρού για ιστολογική εξέταση. Η βιοψία υποβοηθεί σημαντικά τη διάγνωση στις διάχυτες και αμφοτερόπλευρες νεφροπάθειες, ενώ στις εντοπισμένες, όπως είναι η χρόνια πυελονεφρίτιδα μπορεί να δώσει ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα σε ποσοστό 50% των περιπτώσεων.

- 6 **Κυστεοσκόπηση:** αυτή συνιστάται στην εξέταση του βλεννογόνου της ουροδόχου κύστεως δια της εισαγωγής μέσα σ' αυτήν κυστεοσκοπίου. Η εξέταση αυτή αποβλέπει στην αποκάλυψη φλεγμονής ή όγκου της ουροδόχου κύστεως, στη διερεύνηση αδιευκρίνιστων περιπτώσεων, αιματουρίας και γίνεται σε κάθε περίπτωση που με τα συνηθισμένα μέσα δεν μπορεί να γίνει διάγνωση. Ακόμη γίνεται σε διάφορες ενδοσκοπικές επεμβάσεις, όπως ηλεκτροπληξία θηλώματος, βιοψία για όγκο κλπ. Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει ότι η κυστεοσκόπηση ενέχει κινδύνους μόλυνσεως του ουροποιητικού συστήματος και συνεπώς πρέπει κατά την εκτέλεσή της να τηρούνται σχολαστικά οι απαραίτητες συνθήκες ασηψίας, όμοιες μ' αυτές που ακολουθούνται στην εκτέλεση μιας εγχειρήσεως.
- 7 **Κυστεογραφία:** Αυτή συνιστάται στην εισαγωγή σκιαγραφικής ουσίας στην ουροδόχο κύστη και στην λήψη ακτινογραφιών με γεμάτη και στη συνέχεια άδεια την κύστη. Γίνεται έτσι δυνατή η διαπίστωση κυστεο-ουρητηρικής παλινδρομήσεως, υπερτροφίας του αυχένα της ουροδόχου κύστεως ή ενδοκυστικών όγκων.
- 8 **Ενδοφλέβια ουρογραφία:** αποτελεί την βασική εξέταση του ουροποιητικού συστήματος, εφόσον ο άρρωστος δεν εμφανίζει αύξηση της ουρίας του αίματος και προϋποθέτει τη λήψη απλής ακτινογραφίας. Αυτή δίνει πληροφορίες για τη λειτουργική αξία του νεφρικού παρεγχύματος για τη μορφολογική κατασκευή και κατάσταση των νεφρικών καλύκων, των πύελων και των ουρητήριων για τη λειτουργική κατάσταση της αποχετευτικής μοίρας των νεφρών και παράλληλα επιτρέπει τη λήψη απεκκριτικής κυστεογραφίας και ουρηθρογραφίας κατά τη διάρκεια της ουρήσεως.
- 9 **Κάθαρση ουρίας:** η δοκιμασία δείχνει την ικανότητα του νεφρού να απεκκρίνει την ουρία.
- 10 **Ανιούσα πυελογραφία:** στην ανιούσα πυελογραφία το σκιαγραφικό εκχέεται μέσα στο αποχετευτικό σύστημα απευθείας με ουροκαθετήρα, ο οποίος εισάγεται από κυστεοσκόπιο. Η τεχνική αυτή δίνει καλύτερη απεικόνιση της θέσης του μεγέθους και του σχήματος των νεφρών και της μορφολογίας του αποχετευτικού συστήματος. Σήμερα δεν χρησιμοποιείται συχνά εξ αιτίας των βελτιωμένων τεχνικών στην απεκκριτική ουρογραφία.

- 11 **Υπολογιστική Τομογραφία και Μαγνητική αντιχητική απεικόνιση:** είναι μη αιματηρές τεχνικές που δίνουν μια άποψη εγκάρσιας διατομής του νεφρού και των ουροφόρων οδών για ανίχνευση παρουσίας και διερεύνηση έκτασης ουρολογικών παθήσεων. Ένας υπολογιστής μετρά μικρές μεταβολές στην απορρόφηση ακτίνων Χ και μεγεθύνει τις διαφορές από ιστό σε ιστό. Δεν γίνεται προετοιμασία αρρώστου¹⁹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

6.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

Οι θεραπευτικές επιλογές που προσφέρονται σε αρρώστους με καρκίνο ουροδόχου κύστεως πρέπει να στηρίζονται σε ρεαλιστικούς και επιτεύξιμους στόχους. Το εύρος των δυνατών θεραπευτικών στόχων μπορεί να περιλαμβάνει πλήρη εκρίζωση της κακοήθους νόσου ή παρατεταμένη επιβίωση με την παρουσία της κακοήθειας ή απαλλαγή από συμπτώματα που συνδέονται με την διεργασία της κακοήθους νόσου. Είναι αναγκαία η ομάδα φροντίδα υγείας ο άρρωστος και η οικογένεια του να έχουν μια σαφή κατανόηση των θεραπευτικών επιλογών και στόχων. Η ανοικτή επικοινωνία και η υποστήριξη είναι ζωτικής σημασίας, καθώς ο άρρωστος απορρίπτουν θεραπευτικά σχέδια και στόχους όταν αναπτύσσονται επιπλοκές της θεραπείας ή εξέλιξη της νόσου.

Για την θεραπεία του καρκίνου της ουροδόχου κύστεως μπορεί να χρησιμοποιηθούν διάφορες θεραπευτικές μεθόδους.²⁰

6.2 ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Η επιλογή χειρουργικής θεραπείας εξαρτάται από τα

- α. Χαρακτηριστικά του όγκου
 - β. Την παρουσία ή μη διήθηση του κυστικού τοιχώματος και τοπικής ή απομακρυσμένης μετάστασης
 - γ. Την ηλικία και τη φυσική, διανοητική και συγκινησιακή κατάσταση του αρρώστου.
-

Χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία χρησιμοποιούνται παρηγορητικά ή σε συνδυασμό με χειρουργική επέμβαση.

Πρόσφατα έχει ανακοινωθεί επιτυχία στην θεραπεία όγκων κύστης με τροποποιητές βιολογικής απάντησης, όπως η ιντερλεφκίνη -2(IL-2). Τέλος, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και η διαδικασία του Helmstein (θεραπεία υδροστατικής πίεσης), που συνιστάται στην τοποθέτηση μπαλονιού γεμάτου νερού μέσα στην κύστη, για να προκαλέσει νέκρωση του όγκου με μείωση της αιμάτωσης του.

A. Χειρουργική μέθοδος

1. Διουρηθρική εκτομή και καυτηρίαση

Εφαρμόζεται σε επιφανειακούς όγκους. Συνήθως συνδυάζεται με ενδοκυστική θεραπεία.

2. Τμηματική εκτομή της κύστης

3. Ολική κυστεκτομή (απλή ή ριζική)

Αυτός ο τύπος επέμβασης συνήθως γίνεται μετά από αξιολόγηση του μεγέθους του όγκου, του βάθους συμμετοχής των ιστών και της γενικής κατάστασης υγείας του αρρώστου. Στην χειρουργική επέμβαση γίνεται εκτροπή της ροής των ούρων. Υπάρχουν διάφορες τεχνικές εκτροπής υγρών ούρων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν

4. Ουρητηροειλοειστομία (ειλειακός αγωγός)

Είναι η μεταφύτευση ουρητήρων μέσα σε απομονωμένο τμήμα ειλεού του οποίου ράβεται και κλείνεται το ένα άκρο ενώ το άλλο εκστομώνεται στο δέρμα του κοιλιακού τοιχώματος. Στους ουρητήρες εισάγονται ουρητηρικοί ενδαυλικοί συρμάτινοι νάρθηκες (ureteral stends), που παραμένουν 5- 15 μέρες μετά την εγχείρηση για να προλάβουν απόφραξη εξαιτίας οιδήματος των ουρητήρων. Στον χώρο αφαιρεθείσας κύστης τοποθετούνται σωλήνες Jackson Pratt ή άλλοι τύποι παροχέτευσης, για να προλάβουν συσσώρευση εξιδρωματικού υγρού.

5. Δερματική Ουρητηροστομία

Είναι η εκστόμωση των ουρητήρων αμέσως στο κοιλιακό τοίχωμα.

6.Ελεγχόμενη ειλειακή δεξαμενή ούρων (Kock Pouch). Είναι ένας άλλος τύπος εκτροπής της ροής ούρων, που εφαρμόζεται μετά από κυστεκτομή ή σε νευρογενή κύστη. Στην διαδικασία αυτή, απομονώνεται χειρουργικά ένα τμήμα του λεπτού εντέρου, το οποίο χρησιμεύει για συλλογή ούρων. Οι ουρητήρες εμφυτεύονται σ' αυτό και δημιουργείται άνοιγμα που συνδέει τη νέα "κύστη" με το κοιλιακό τοίχωμα. Για έλεγχο διαρροής ούρων δημιουργείται μια βαλβίδα τύπου θηλής μαστού. Για παροχέτευση ούρων από το σάκο, εισάγεται καθετήρας μέσα από τη βαλβίδα σε καθορισμένα χρονικά διαστήματα για να προλαβαίνετε η απορρόφηση

άχρηστων προϊόντων μεταβολισμού από τα ούρα, η παλινδρόμηση ούρων στους ουρητήρες και η ουρολοίμωξη.

7. Ουρητηροσιγμοειδοστομία.

Είναι η εμφύτευση ουρητήρων σε ακέραιο σιγμοειδές κόλο. Γίνεται σε αρρώστους με εκτεταμένη πυελική ακτινοβόληση, προηγούμενη εκτομή λεπτού εντέρου ή συνυπάρχουσα νόσο λεπτού εντέρου.

8. Απομόνωση μέρους του παχέος εντέρου, για να δημιουργήσει δεξαμενή ούρων και να σχηματίσει κοιλιακό στόμιο (Mainz reservoirs.)

9. Διαδικασία Gamey. Χρησιμοποιεί τμήμα ειλεού ως υποκατάστατο κύστης. Στο τμήμα αυτό, που σχηματίζει αγκύλη, εμφυτεύονται στα δύο σκέλη του οι ουρητήρες, ενώ η αγκύλη αναστομώνεται άμεσα με το τμήμα της ουρήθρας που απέμεινε, απ' όπου και παροχετεύονται τα ούρα.

10. Ορθική κύστη

Τμήμα ειλεού απομονώνεται και αναστομώνεται με το σιγμοειδές κόλο. Στο τμήμα αυτό (ορθική κύστη) εμφυτεύονται οι ουρητήρες.²¹

B. Ακτινοθεραπεία

Η εφαρμογή της ακτινοθεραπείας στην θεραπεία του καρκίνου της ουροδόχου κύστης, όπως και η χημειοθεραπεία είναι σχετικά νέες επιστημονικές κατακτήσεις. Από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα, που οι Roentgen και Curies ανακάλυψαν τις επιδράσεις της ακτινοβολίας στον ζωντανό οργανισμό, μέχρι σήμερα πολλά έχουν γίνει γνωστά για τις θανατηφόρες ιδιότητες και τις θεραπευτικές τις εφαρμογές.

Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στην θεραπευτική έχει σαν βασικό σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης ασυμβίβαστης με τη ζωή στους φυσιολογικούς ιστούς, που ακτινοβολούνται συγχρόνως.

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μοναδική θεραπεία του καρκίνου αν γίνει συνδυασμός χειρουργικής θεραπείας και ακτινοθεραπείας.

1. Είδη

> **Εξωτερική:** Είναι η τηλεθεραπεία που εφαρμόζεται με: α. Ακτίνες Χ οι οποίες παράγονται από ειδικό μηχάνημα.

β. Ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα σε θήκες που εφαρμόζονται πάνω στο σημείο που πρέπει να ακτινοβοληθεί.

γ. Ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα μέσα σε ραδιοθεραπευτικές βόμβες. Το πλεονέκτημα είναι ότι γίνεται μεγαλύτερη απορρόφηση της ακτινοβολίας κάτω από την επιφάνεια του δέρματος.

> **Εσωτερική:** Αυτή εφαρμόζεται.

α. Ενδοκοιλοτηκά: Γίνεται εισαγωγή ραδιοϊσότοπου σε κοίλα όργανα ή σε κοιλότητες του οργανισμού όπως η ουροδόχος κύστη. Το ραδιοϊσότοπο, όπως χρυσός-196 κ.α, εισάγεται με έγχυση ή τοποθέτηση μέσα στην κοιλότητα.

β. Εμφύτευση: Τα ραδιοϊσότοπα με στερεά μορφή βελονών, κάψουλων, κόκκων, ράβδων, συρμάτων εμφυτεύονται και μένουν μόνιμα. Η αφαιρούνται μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα μέσα σε ιστούς. Ισότοπα που χρησιμοποιούνται για εμφύτευση είναι το ράδιο, ο χρυσός – 169, το ραδόνιο –222, το ταντάλιο –182, το καίσιο –137, το ύτριο –90, το ιρίδιο –192, το κοβάλτιο –60 κ.α.

γ. Εσωτερική χορήγηση από το στόμα ή ενδοφλέβια (ραδιοχρυσός –196, ραδιοφωσφόρος –32)

2. **Δοσολογία:** Εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου και την ευαισθησία των οργάνων στόχων στην ακτινοβολία.

3. **Τοξικότητα:** Εξαρτάται από την περιοχή που δέχεται την ακτινοβολία. Δημιουργείται: α. Ακτινοδερματίτιδα: Είναι τοπικός ερεθισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολείται. Ο βαθμός του ερεθισμού και της καταστροφής του δέρματος βέβαια εξαρτάται από το είδος, τη δόση της ακτινοβολίας και την ευαισθησία του δέρματος. Αν παρατηρηθεί βλάβη του δέρματος (νέκρωση), η επούλωση του γίνεται πολύ αργά εφόσον άμεσα συσχετίζεται με τα κύτταρα που πολλαπλασιάζονται πολύ γρήγορα.

β. Βλάβη του βλεννογόνου των οργάνων που ακτινοβολούνται και ιδιαίτερα του επιθηλίου που καλύπτει το έντερο με αποτέλεσμα την εμφάνιση διαρροϊκού συνδρόμου.

γ. Υπέρχρωση ή υποχρωματισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολήθηκε.

δ. Βλάβη γεννητικών αδένων. Στείρωση μόνιμη ή παροδική και μετάλλαξη των γονιδίων που απειλεί του απογόνους.

Γ. Χημειοθεραπεία

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα αν και δεν θεραπεύουν τα νεοπλασματικά νοσήματα όμως επιβραδύνουν την εξέλιξη τους και περιορίζουν τις διαστάσεις του νεοπλάσματος.

Ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο είναι κύτταρο τοξικό, δηλαδή δηλητηριάζει τα κύτταρα. Η δηλητηριώδης όμως δράση του δεν περιορίζεται μόνο στα κακοήθη κύτταρα, αλλά επεκτείνεται στα υγιή. Τα κακοήθη κύτταρα επειδή πολλαπλασιάζονται περισσότερο και είναι πιο δραστήρια από τα φυσιολογικά, επηρεάζονται περισσότερο από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Τα κακοήθη κύτταρα, που είναι πολύ δραστήρια είναι ιδιαίτερα ευπαθή στα φάρμακα αυτά.

1. Είδη

> Αλκυλιωτικοί παράγοντες: Επηρεάζουν την πρωτεϊνική σύνθεση και άλλες μεταβολικές εξεργασίες του κυττάρου και κυρίως διαστρέφουν την λειτουργία των νουκλεϊνικών οξέων. Σταματούν τον κυτταρικό κύκλο κυρίως στην προμιτωτική φάση.

> Αντιμεταβολίτες: Αυτοί μοιάζουν δομικά με τους μεταβολίτες (ουσίες απαραίτητες για την βιοσύνθεση των νουκλεϊνικών οξέων). Υποκαθιστούν τις ουσίες αυτές, προσροφούνται από τα ένζυμα και παρεμποδίζουν την δράση τους. Δρουν στη φάση S του κυττάρου που γίνεται η σύνθεση του DNA.

> Αναστολείς της κυτταρικής μίτωσης: Παρεμποδίζουν την σύνθεση DNA-RNA και επομένως τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων. Τα φάρμακα που ανήκουν στην κατηγορία αυτή αναστέλλουν την εξέλιξη της μίτωσης των κυττάρων.

> Φυτικά αλκαλοειδή.

2. Χορήγηση

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορούν να χορηγηθούν.

1. Από το στόμα
2. Ενδοαγγειακά
3. Ενδομυϊκά
4. Με έγχυση στην κοιλότητα που θέλουμε (ενδοϋπεζωκοτική, ενδοπεριτοναϊκή, ενδοραχιαία)

3. **Δοσολογία:** Ανάλογα με την σωματική επιφάνεια του ασθενούς, προηγούμενη αντίδραση στη χημειοθεραπεία ή στην ακτινοβολία, στην φυσική του κατάσταση.

4. τοξικότητα.

1. Ναυτία
2. Εμετός
3. Αλλοιωμένη γεύση
4. Ανορεξία και διάρροια
5. Κόπωση
6. Αλωπεκία
7. Εύκολες εκχυμώσεις
8. Ελεύθερα ερυθρά και λευκά αιμοσφαίρια
9. Νευροτοδικότητα
10. Νευροτοξικότητα
11. Ηπατοξικότητα
12. Διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων
13. Ανοσοκατασταλτική επίδραση
14. Αλλαγές στο δέρμα

Δ. Ανοσοθεραπεία

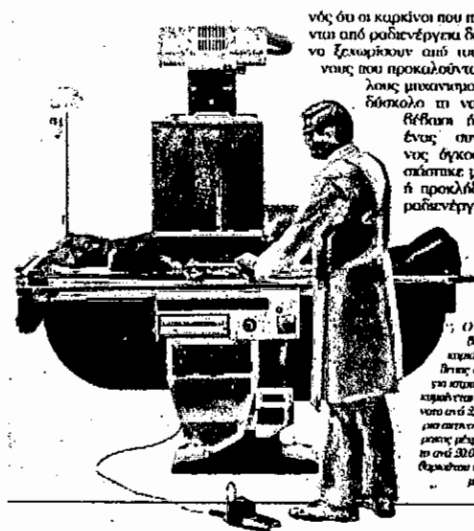
Η ανοσοθεραπεία είναι καινούργια μέθοδος θεραπείας του καρκίνου η οποία βρίσκεται ακόμη στο ερευνητικό στάδιο. Η ανοσοθεραπεία στηρίζεται στη θεωρία ότι ο καρκίνος δίνει την εντύπωση πως αναπτύσσεται με μεγαλύτερη συχνότητα στα άτομα των οποίων το ανοσοβιολογικό σύστημα είναι σε καταστολή ή δεν λειτουργεί καλά. Ο κύριος λοιπόν σκοπός της θεωρίας αυτής είναι να ισχυροποιηθεί η ανοσοβιολογική ανταπόκριση του αρρώστου στα κύτταρα του καρκίνου. Μελλοντικός στόχος της ανοσοθεραπείας είναι η πρόληψη του καρκίνου με ανοσοποίηση του ατόμου κατά των καρκινικών κυττάρων.

Διάφοροι ανοσοθεραπευτικοί τύποι ερευνώνται σήμερα. Αυτοί είναι:

1. Η ενεργητική ανοσοθεραπεία
2. Η θετική ανοσοθεραπεία
3. Η θετή ανοσοθεραπεία
4. Αυξητικές θεραπείες.

1. Ενεργητική ανοσοθεραπεία: Στην ενεργητική ανοσοποίηση γίνεται ένεση αντιγόνου στον άρρωστο που τον κινητοποιεί να αναπτύξει αντισώματα.

2. **Παθητική ανοσοθεραπεία:** Παθητική ανοσοθεραπεία επιτυγχάνεται με την άμεση μεταφορά αντικαρκινογόνων αντισωμάτων, ανοσοβιολογικά ικανών λεμφοκυττάρων ή άνοσων λεμφοκυττάρων δότη σε άρρωστο με νεόπλασμα εν ενεργεία.
3. **Θετή ανοσοθεραπεία:** Η ανοσοθεραπεία αυτή αναφέρεται στην μεταβίβαση παθητικής ανοσίας στον άρρωστο με την πρόσφατη ανάπτυξη και διατήρηση ενεργητικής ανοσίας από τον ίδιο τον άρρωστο.
4. **Αυξητικές θεραπείες:** Ο στόχος της θεραπείας αυτής είναι να βοηθήσει το ανοσοβιολογικό σύστημα του αρρώστου να λειτουργεί πολύ καλά για να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα. Ο καλύτερος τρόπος είναι να περιοριστεί το μέγεθος του καρκίνου με χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και χειρουργική μέθοδος. Όσο πιο μικρός είναι ο όγκος τόσο πιο λίγο λεμφοκύτταρα χρειάζονται για την καταστροφή του καρκίνου.²²



νός ότι οι καρκίνοι που προ-
νται από ραδιενέργεια δε-
νο ξεχωρίζουν από τους
νους που προκαλούνται
από μολυσματικούς
δυσκολό τι να
βέβαια ή
ένος συγ-
νός όγκος
απόσπασε με
ή προκλήθη
ραδιενέργεια

Ο ο-
θα
απαι-
θίσεις α-
στο σώμα
απαιτούν α-
νοσο από 2.5
μιας απειλη-
μιας μέθυ-
το από 2000
απαιτούν α-
με

6.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

Η πρόγνωση εξαρτάται κυρίως από την έκταση της νόσου. Η ίαση επιτυγχάνεται σε μεγάλο ποσοστό, όταν η ασθένεια είναι στα αρχικά στάδια. Όταν είναι προχωρημένη και με αρκετές απομακρυσμένες μεταστάσεις σε άλλα όργανα του σώματος, η χημειοθεραπεία προσφέρει καλύτερη ποιότητα ζωής, ενώ παρατείνεται ο χρόνος επιβίωσης.²³

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

Τον Ιούνιο του 1985 πάρθηκε η πολιτική απόφαση στην ευρωπαϊκή κοινότητα για λήψη μέτρων ώστε να αντιμετωπιστεί η αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα από τον καρκίνο. Η επιτροπή Ογκολόγων της κοινότητας το 1985 σχεδίασε το πρόγραμμα. Η Ευρώπη κατά του καρκίνου με το οποίο εκτός των άλλων πρότεινε την κατάρτιση σε ογκολογικά ζητήματα των επαγγελματιών υγείας. Στη χώρα μας λειτούργησε τέτοιο πρόγραμμα στο τμήμα νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Ο νοσηλευτής είναι πλέον αναγκαιότητα και για να αντεπεξέλθει στο δύσκολο ρόλο του απαιτείται:

- >Δεξιότητες
- >Επιστημονική κατάρτιση
- >Αγάπη για τους ασθενείς
- >Αίσθημα ευθύνης
- >Προσωπική προσπάθεια και χρόνο
- >Ενδιαφέρον για βελτίωση του επαγγέλματος μέσω της νοσηλευτικής έρευνας και την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της στην καθημερινή πράξη.

Ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας. Ζωτικής σημασίας είναι η θέση των νοσηλευτών στις πολύπλευρες προσπάθειες που γίνονται προς αντιμετώπιση τους σε όλα τα επίπεδα: Πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, έρευνα, παροχή υψηλής ποιοτικής φροντίδας – υποστήριξη ασθενών και οικογενειών τους. Οι ουρολογικοί ασθενείς, όπως και όλοι οι καρκινοπαθείς, είναι μια πρόκληση για τους νοσηλευτές, όπως όλους τους επαγγελματίες υγείας ώστε να αποδείξουν την συνεισφορά τους στο επίπεδο υγείας του κοινωνικού συνόλου διότι αποτελούν ιδιαίτερη ομάδα ασθενών με ιδιαίτερο ψυχισμό και

συναισθηματικές αντιδράσεις. Η βαρύτητα της νόσου τους και το προνόμιο να γνωρίζουν το επικείμενο τέλος αρκετές επηρεάζει τη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής τους.

Πιο αναλυτικά θα δούμε τους νοσηλευτές συνοδοιπόρους στο δύσκολο δρόμο που καλείται να διανύσει κάθε άνθρωπος αντιμέτωπος με τον καρκίνο σε όλα τα βήματα της πορείας του. Το πρώτο βήμα είναι η εισαγωγή στο νοσοκομείο.

Η εκπαίδευση του καρκινοπαθούς στο νοσοκομείο είναι από τα σημεία όπου οι νοσηλευτές έχουν καθοριστικό ρόλο. Από αυτούς απαιτείται δημιουργία κατάλληλης ατμόσφαιρας, ζεστασιάς, άνεσης, ειλικρινούς επαφής.

Εδώ έχουμε να αντιμετωπίσουμε δύο κατηγορίες ασθενών: αυτούς που θέλουν να ενημερωθούν και σε αυτούς που κλείνονται στους εαυτούς τους. Ανεξάρτητα με αυτό σκοπός του νοσηλευτή είναι η δημιουργία κλήματος τέτοιου ώστε ο ασθενής να αντλήσει ψυχικές δυνάμεις για να δώσει την μάχη του με τον καρκίνο

Απαιτείται μια πρώτη ξενάγηση στο χώρο, μια ενημέρωση με απλά και κατανοητά λόγια για την διαδικασία των εξετάσεων και την πορεία της νόσου. Βέβαια η πληροφόρηση του ασθενούς για την πορεία της υγείας του πρέπει να γίνεται από τον γιατρό και ο νοσηλευτής να δρα συμπληρωματικά.²⁴

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου, που πάσχει από μία συγκεκριμένη ουρολογική πάθηση εξαρτάται και από την εκτίμηση της καταστάσεως του αρρώστου που θα κάνει. Η αξιολόγηση αυτή στηρίζεται στις πληροφορίες, που θα συγκεντρώσει από διάφορες πηγές και στη συνθετική ικανότητα που έχει για αξιοποίηση των πληροφοριών αυτών σε συνάρτηση με την κλινική εικόνα του αρρώστου.

Πηγές πληροφοριών για την νοσηλευτική εκτίμηση της καταστάσεως του ουρολογικού αρρώστου είναι:

>Ο ίδιος ο άρρωστος με τον οποίο η νοσηλεύτρια έρχεται σε επαφή.

>Τα μέλη της οικογένειας του ή άλλα γνωστά άτομα.

>Ο ιατρικός φάκελος σε περίπτωση που ο άρρωστος αναφέρει προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο ή και νοσηλευτικός φάκελος.

>Οι διάφορες άλλες πηγές, πληροφορίες, που θα συγκεντρώσει η νοσηλεύτρια, θα αναφέρονται:

Α Στο ατομικό ιστορικό του αρρώστου.

- > Ηλικία, βάρος, ύψος
- > Εθνικότητα, θρήσκευμα.
- > Έγγαμος, άγαμος.
- > Επάγγελμα
- > Γραμματικές γνώσεις και μορφωτικό επίπεδο.
- > Κοινωνικοοικονομική κατάσταση (πηγές εσόδων, κάλυψη από ασφαλιστικούς φορείς κ.α.).
- > Τρόποι ζωής (επαγγελματικές δραστηριότητες ή άλλες δραστηριότητες, διαιτητικές συνήθειες, ενδιαφέρονται και προσωπικές προτιμήσεις, συνήθειες ύπνου, αναπαύσεως, ψυχαγωγίας κ.λπ).
- > Παιδικά νοσήματα που ο άρρωστος τυχόν έχει περάσει, όπως οστρακιά παρωτίτιδα κ.λ.π.
- > Άλλα νοσήματα από τα οποία στο παρελθόν ο άρρωστος έχει αρρωστήσει όπως σαχαρώδης διαβήτης, συστηματικός ερυθματώδης λύκος, σταφυλοκοκκική φαρυγγίτιδα, ουρική αρθρίτιδα, λοίμωξη με β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο, αμυλοείδωση, οζώδη περιαρτηρίτιδα κ.λ.π.
- > Προηγούμενες εισαγωγές στο νοσοκομείο, αίτια εισαγωγής, διάρκεια νοσηλείας, εμπειρίες από την παραμονή του στο νοσοκομείο και από τη νοσηλευτική του φροντίδα, τυχών χειρουργικές επεμβάσεις που έκανε, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία κ.λ.π.
- > Αν είναι αλλεργικό άτομο και σε τι είναι ευαίσθητο.
- > Καταστάσεις στο παρελθόν που προδιέθεσαν σε στάση ούρων όπως μακρές περίοδοι ακινησίας, λοιμώξεις κ.λ.π.
- > Παρελθούσες λιθιάσεις και είδος θεραπείας.

Β Στο οικογενειακό ιστορικό του αρρώστου όπως:

- > Δομή της οικογένειας του.
- > Συνθήκες διαβίωσης (περιγραφή περιβάλλοντος του σπιτιού).
- > Πληροφορίες σχετικά με τυχών νεφρικές παθήσεις μελών της οικογένειας του.
- > Θάνατοι μελών οικογένειας καθώς και αίτια αυτών.

Τ Στην παρούσα κατάσταση υγείας του αρρώστου:

Η παρούσα κατάσταση της υγείας του αρρώστου διαφοροποιείται σε κάθε συγκεκριμένη νεφρική πάθηση, εφόσον κάθε νόσος έχει ειδικά κλινικά συμπτώματα καθώς και εργαστηριακά ευρήματα. Εμείς θα αναφερθούμε στα περισσότερα κοινά κλινικά συμπτώματα και εργαστηριακά ευρήματα που εμφανίζουν οι ουρολογική άρρωστοι και τα οποία μπορεί η νοσηλεύτρια να χρησιμοποιήσει για να ολοκληρώσει τη νοσηλευτική αξιολόγηση του αρρώστου.²⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

8.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ- ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ- ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Σήμερα στην αντιμετώπιση του καρκίνου η πρόληψη έχει παγκόσμιο σύνθημα επιβίωσης και έχουν κινητοποιηθεί όλοι οι φορείς, πολιτεία, τοπική αυτοδιοίκηση, επιστημονικοί οργανισμοί, νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό. Η νοσηλεύτρια/της έχει εξέχοντα ρόλο στην εκστρατεία αυτή κατά του καρκίνου και η συμβολή τους είναι απαραίτητη για την επιτυχία του επίπονου αυτού έργου. Σ'όλα τα προγράμματα προληπτικού ελέγχου για προστάτη και ουροδόχου κύστεως η νοσηλεύτρια/της έχει άμεση και καίρια συμμετοχή και αποτελούν το βασικό παράγοντα ενημέρωσης και διδαχής του ελεγχόμενου πληθυσμού.

Είναι σημαντική η συμβολή των νοσηλευτριών/των στον πληθυσμιακό έλεγχο, ασυμπτωματικών ατόμων με το Haemoccut test για την πρόληψη του πεχέος εντέρου. Ο πληθυσμιακός έλεγχος γίνεται από το νοσηλευτικό προσωπικό και η περαιτέρω αναγκαία κλινική και εργαστηριακή εξέταση από τους γιατρούς. Αλλά και για την πρόληψη και άλλων μορφών καρκίνου, όπως ο καρκίνος της ουροδόχου κύστεως η νοσηλεύτρια/της έχει ενεργό συμμετοχή και καταβάλλει μεγάλη προσπάθεια και συντελεί στην ενημέρωση του πληθυσμού. Από την ανάλυση των προγραμμάτων πρόληψης του καρκίνου αναδεικνύεται ο ρόλος της νοσηλεύτριας.²⁶

Σ'όλα τα πλαίσια φροντίδας υγείας οι νοσηλευτές έχουν να παίξουν ένα σημαντικό ρόλο σ'όλα τα στάδια πρόληψης του καρκίνου της ουροδόχου κύστεως. Οι κλινικοί και οι ερευνητές δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη.

>Η πρωτογενής πρόληψη αφορά την ελάττωση του κινδύνου ή την πρόληψη ανάπτυξης καρκίνου σε υγιή άτομα.

>Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει προσπάθειες ανίχνευσης για έγκαιρη διάγνωση και γρήγορη παρέμβαση, ώστε να σταματήσει η διεργασία ανάπτυξης του καρκίνου.

>Η τριτογενή πρόληψη περιλαμβάνει εκείνες τις δραστηριότητες που στοχεύουν να περιορίσουν τις χρόνιες συνέπειες μιας ασθένειας

ελαχιστοποιώντας τη λειτουργική ανικανότητα που μπορεί να επιφέρει μια ασθένεια.

Οι νοσηλευτές για να παίξουν ενεργό και αποτελεσματικό ρόλο στην πρόληψη, πρέπει να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για να διδάξουν στην κοινότητα συμπεριφοράς που σχετίζονται με την υγεία, τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου της ουροδόχου κύστεως, όπως διαιτητικές συνήθειες, έκθεση στον ήλιο, κάπνισμα και αλκοόλ, μεθόδους ανίχνευσης καθώς και τα προειδοποιητικά σημεία του καρκίνου.

Η συνειδοποίηση από το κοινό της ανάγκης για προαγωγή της υγείας μπορεί να αυξηθεί με πολλούς τρόπους.

1. Κοινοτικά προγράμματα αγωγή υγείας και διατήρηση υγείας
2. Αναγνώριση κινδύνου για αρρώστου και τις οικογένειες τους σε πλαίσια οξείας φροντίδας και ενσωμάτωση διδασκαλίας και παροχής συμβουλών στο σχεδιασμό εξόδου από το νοσοκομείο.
3. Ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων που στοχεύουν σε αρρώστους και οικογένειες με υψηλές επιπτώσεις καρκίνου ουροδόχου κύστεως. Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστεως είναι μια κακοήθεια που αρχίζει να παρουσιάζει στα μέλη μιας οικογένειας.
4. Προγράμματα περιοδικών εξετάσεων με στόχο την έγκαιρη ανίχνευση για τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης στον η έγκαιρη διάγνωση παίζει σημαντικό ρόλο στους δείκτες επιβίωσης.

8.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη είναι τεράστιος. Με την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ο νοσηλευτής προσεγγίζει το άτομο, όχι μόνο τον άρρωστο αλλά και τον υγιές στο σπίτι του, στο σχολείο, στους χώρους εργασίας, στους χώρους ψυχαγωγίας και οπουδήποτε ζει και δραστηριοποιείται.

Ποιος άλλος από τον κοινοτικό νοσηλευτή του κατάλληλα εκπαιδευμένο στην ογκολογία μπορεί να διαφωτίσει, να διδάξει και να ενημερώσει;

Αναλυτικότερα ο ρόλος των νοσηλευτών περιλαμβάνει ενημέρωση για:

1. Μεθόδους πρόληψης του καρκίνου της ουροδόχου κύστεως που είναι:

- Περιοδικές σωματικές εξετάσεις
- Προγράμματα εξέτασης του καρκίνου της ουροδόχου κύστεως.
- Αυτοεξέταση των όρχεων και του πέους.
- Αποφυγή παραγόντων κινδύνου.

2. Τις μεθόδους ανίχνευσης που γίνονται με:

- Εργαστηριακές εξετάσεις: Αυξημένη ουρία αίματος, Αυξημένο ουρικό οξύ, Αυξημένη κρεατινίνη ορού, πλάσματος, Ελάττωση πρωτεϊνών πλάσματος, Αυξομειώσεις των κυριότερων ηλεκτρολυτών του πλάσματος.
- Ακτινογραφία: Εξέταση με αντίθετα μέσα (ενέσιμο βάριο, ενδοφλέβια πυελογραφία) τομογραφία, αξονική τομογραφία και εξέταση των ραδιοϊσοτόπων.
- Γ-camera: τομογραφία PET και τομογραφία SPECT
- Κυτταρολογία, βιοψία, μαγνητική τομογραφία και ενδοσκοπική εξέταση.

3. Τα ειδικά σημεία που ειδοποιούν με την εμφάνισή τους, την ύπαρξη καρκίνου της ουροδόχου κύστεως:

- Αλλαγές στις συνήθειες της ουροδόχου κύστεως
- Μια συμπαγής περιοχή ή παρουσία όγκου στο σημείο, που βρίσκεται η ουροδόχος κύστη.
- Αίσθημα καύσου κατά την ούρηση ή αίσθημα τεινισμού.
- Κακοσμία στόματος και αναπνοή με απόπνοια ούρων
- Δέρμα ωχρο, ξηρό, εύθραυστοι βλεννογόνοι και κνησμός (εξαιτίας της ουραιμίας και ουρικών κρυστάλλων).

Κάθε άτομο που έχει εμφανίσει ένα από τα πιο πάνω σημεία και η παρουσία του παρατείνεται πρέπει να ζητήσει τη συμβουλή του γιατρού, γιατί αν έτσι διαγνωσθεί καρκίνος της ουροδόχου κύστεως νωρίς ο άρρωστος θα μπορέσει να πάρει πρώιμα τη σωστή θεραπεία η οποία θα είναι τότε πολύ αποτελεσματική.

Θα ήταν παράλειψη αν δεν αναφερόμαστε και στον έλεγχο της κυστεοσκόπησης, κατά τον οποίο αναζητούμε προειδοποιητικά σημεία.

Επίσης ο καρκίνος της ουροδόχου κύστεως μπορεί να προληφθεί από τους ανθρώπους όταν αποφεύγονται προσωπικές συνήθειες που είναι γνωστό ότι παίζουν αιτιολογικό στην καρκινογένεση της κύστεως. Ο νοσηλευτής στα προγράμματα πρόληψης του καρκίνου εκθέτουν αυτούς τους παράγοντες ώστε να αποφευχθούν και είναι:²⁷

1. **Διατροφή:** Από τον 5^ο αιώνα π.χ. οι γιατροί της αρχαιότητας υποστήριζαν ότι ορισμένες τροφές διαδραματίζουν γενεσιουργικό ρόλο για την εκδήλωση του καρκίνου γενικότερα και της ουροδόχου κύστεως πιο συγκεκριμένα. Οι γιατροί της ιπποκρατικής σχολής υποδείκνυαν ακόμη και προληπτική αγωγή κατά του καρκίνου. Οι αντιλήψεις αυτές ξεχάστηκαν για αρκετό διάστημα, και τον 18^ο αιώνα στρέφεται πάλι η προσοχή των ερευνητών σε ουσίες που αποδεικνύονται καρκινογόνες και υπάρχουν στην τροφές μας.

Οι πρόσθετες ουσίες τροφίμων γίνεται αντιληπτό, ότι αρκετοί καρκίνοι, όπως της ουροδόχου κύστεως θα είχαν αποφευχθεί με αλλαγές στον τρόπο και στις συνήθειες διατροφής του ανθρώπου. Διαιτητικοί παράγοντες που ενοχοποιήθηκαν για την καρκινογόνο τους δράση είναι το λίπος και οι πρόσθετες ουσίες που περιέχονται στη διατροφή και που ο άνθρωπος καταναλίσκει συνειδητά ή όχι. Επιπλέον σημαντικοί παράγοντες κίνδυνου θεωρούνται η παχυσαρκία και το αυξημένο θερμιδικό ισοζύγιο. Αντίθετα, άλλες τροφές θεωρούνται ότι δρουν ανασταλτικά στην καρκινογένεση όπως π.χ οι αντιοξειδωτικοί παράγοντες και φυτικές ίνες.

Το λίπος αποτελεί ένα σπουδαίο διαιτητικό παράγοντα που ενοχοποιείται για την συχνότητα του καρκίνου της ουροδόχου κύστης. Πρωταρχικό ρόλο παίζει η σύνθεση και η ποσότητα του προσλαμβανόμενου με τις τροφές λίπος. Το αραβοσιτέλαιο, βαμβακέλαιο, ηλιέλαιο θεωρούνται ισχυροί παράγοντες της καρκινογένεσης, σε αντίθεση με το ελαιόλαδο, το σογιέλαιο και το ιχθυέλαιο.

Οι πρόσθετες ουσίες χρησιμοποιούνται στα τρόφιμα για να βελτιώσουν το χρώμα, το άρωμα, την υφή και την συντήρησή τους. Από αυτές μερικές απαντούν φυσικά, άλλες προστίθενται και άλλες μολύνουν αυτήν έμμεσα. Πολλές από αυτές για καρκινογόνο δράση. Σήμερα οι πρόσθετες βελτιωτικές χημικές ουσίες τις οποίες ο άνθρωπος χρησιμοποιεί συνειδητά ή όχι ανέρχονται περίπου στις 3000 και είναι:

α. Χημικές ουσίες για παρασκευή συντηρούμενων και καπνιστών τροφίμων (συντηρητικά)

β. Χρωστικές ουσίες που χρησιμοποιούνται για την χρωστικότητα των τροφίμων.

γ. Αρωματικές ουσίες που απαντούν φυσικά ή παρασκευάζονται συνθετικά και χρησιμοποιούνται αρωματίσουν ή να αυξήσουν το άρωμα των τροφών.

δ. Γλυκαντικές ουσίες που χρησιμοποιούνται για να γλυκαίνουν τα τρόφιμα. Οι συνθετικές δεν έχουν καμία θρεπτική αξία. Στην ομάδα αυτή ανήκουν οι κυκλαμινικές ενώσεις, η σααχαρίνη και το ασπαρτυκό οξύ. Η πιο γνωστή από αυτές και λόγω θορύβου που έγινε γύρω από το όνομα της τα τελευταία χρόνια είναι η σααχαρίνη. Από το 1979 χρησιμοποιείται στην Αμερική σαν γλυκαντική ύλη. Είχε απαγορευτεί η κυκλοφορία της γιατί είχε θεωρηθεί ύποπτη για τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης.

2. **Παχυσαρκία:** Η παχυσαρκία θεωρείται σημαντικός παράγοντας κινδύνου, όπως έδειξε και μια Αμερικάνικη μελέτη που αφορούσε 750.000 άτομα επί 13 χρόνια. Εδώ και αρκετά χρόνια έχει αποδειχθεί ότι ο βαθμός θνησιμότητας από καρκίνο ήταν αυξημένος σε ανθρώπους που ήταν τουλάχιστον 25% παραπάνω από το ιδανικό τους βάρος συγκρινόμενο με αυτούς που ήταν κάτω του κανονικού βάρους.

3. **Αλκοόλ:** Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες η υψηλή κατανάλωση αλκοολούχων ποτών αντιπροσωπεύει το δεύτερο παράγοντα κινδύνου. Επιδημιολογικές έρευνες δείχνουν ότι η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ που σε πολλές χώρες σήμερα είναι διαδεδομένη συνδυάζεται με τον καρκίνο του ήπατος, του φάρυγγα όπως και της ουροδόχου κύστης, και όταν συνδυάζεται με τον καπνό γίνεται περισσότερο επικίνδυνο. Για τους μανιώδεις καπνιστές και πότες ο κίνδυνος είναι 15 φορές μεγαλύτερος απ'ότι γι'αυτούς που δεν κάνουν χρήση σ'αυτά τα δύο. Στη Γαλλία που γίνεται υψηλή χρήση αλκοολούχων ποτών ένας καρκίνος στους δέκα συνδέεται με την χρήση αυτών.

4. **Καφές:** Κατά διαστήματα ενοχοποιούν τον καφέ για τον καρκίνο του προστάτη, των ωοθηκών και της ουροδόχου κύστεως. Επίσης ότι παρόλο που έχει μεγαλύτερη ποσότητα καφεΐνης απ'ότι ο καφές έχει μικρότερο επιβαρυντικό ρόλο. Αυτό δείχνει ότι κατά πάσα πιθανότητα δεν είναι η καφεΐνη ο επιβαρυντικός παράγοντας αλλά είτε κάποια ουσία φυτού καφέ είτε κάποιες ουσίες που προκύπτουν από την κατεργασία του καφέ.²⁸

5. **Περιβάλλον:** Το περιβάλλον είναι ο κυριότερος παράγοντας πρόκλησης του καρκίνου. Ο πιο γνωστός καρκινογόνος παράγοντας το βενζοπυρένιο που αιωρείται σ'όλες τις βιοχημικές περιοχές του κόσμου και οι νιτροζαμίνες που ευθύνονται βασικά για τον καρκίνο του πνεύμονα όπως και της ουροδόχου κύστης. Τα στοιχεία αυτά καθώς και απειρία άλλων χημικών καταλοίπων δημιουργούνται ή μάλλον υπάρχουν πλέον αιωρούμενα σε κάθε περιβάλλον και επηρεάζουν την δομή και την λειτουργία των γονιδίων των ζώντων οργανισμών.²⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

9.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Οι νοσηλευτές που ασχολούνται με τον άρρωστο που πάσχει από καρκίνο της ουροδόχου κύστης έχουν σαν κύριο στόχο την αντιμετώπιση του. Ταυτόχρονα όμως τον ενημερώνουν για τις επιπτώσεις της αρρώστιας που πολύ συχνά έχουν σχέση με την λειτουργία οργάνων και συστημάτων και την ακεραιότητα τους. Οι αποφάσεις που λαμβάνονται αναφορικά με την θεραπεία, στη φάση που γίνεται η διάγνωση της αρρώστιας, συνήθως είναι κριτικές. Στον άρρωστο που διαπιστώνεται μετάσταση του καρκίνου δεν υπάρχει αντιμετώπιση. Η αξιοποίηση των θεραπευτικών δυνατοτήτων, που υπάρχουν σήμερα στην διάθεσή μας, σε σχέση με τη νοσηρότητα ή θνησιμότητα που δημιουργεί η θεραπευτική αγωγή είναι πολύ δύσκολη. Αν η θεραπεία δεν είναι δυνατόν να επιτευχθεί, οι επιδιώξεις του γιατρού και της νοσηλεύτριας θα πρέπει να είναι:

1. Η πρόληψη νέων μεταστάσεων του καρκίνου.
2. Η ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της αρρώστιας.
3. Η εξασφάλιση για τον άρρωστο μιας καλής ποιότητας ζωής για περισσότερο χρόνο.

Οι τρεις βασικοί μέθοδοι που εφαρμόζονται για την βοήθεια του αρρώστου με καρκίνο είναι η χειρουργική, η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία. Τέταρτη μέθοδος, που ακόμα βρίσκεται στο πειραματικό στάδιο, είναι η ανοσοθεραπεία.

1. Χειρουργική θεραπεία : Οι χειρουργικές παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος απαιτούν εξατομικευμένα και υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας. Αυτό μπορεί να γίνει τότε μόνον όταν η νοσηλεύτρια είναι κατάλληλα προετοιμασμένη για να αντιμετωπίσει την προεγχειρητική ετοιμασία και μετεγχειρητική φροντίδα αυτών των αρρώστων.

Πριν από κάθε χειρουργική επέμβαση του ουροποιητικού προηγείται μακρύ στάδιο μελέτης και έρευνας. Στην περίοδο αυτή ο

άρρωστος προετοιμάζεται κατάλληλα, ώστε η όλη μετεγχειρητική πορεία του να είναι κατά το δυνατόν ομαλότερη.

- χορηγούνται μεγάλες ποσότητες υγρών από το στόμα ή παρεντερικά, ώστε να αποβάλει με τα ούρα μεγαλύτερες ποσότητες άχρηστων ουσιών.
- Γίνεται μέτρηση και συσχέτιση των προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών.
- Σε περίπτωση που ο άρρωστος φέρει καθετήρα ελέγχεται η βαρύτητα του, το ποσόν και χαρακτηριστικά των ούρων και λαμβάνονται μέτρα ασηψίας για αποφυγή μόλυνσεως.
- Η θρέψη του αρρώστου ενισχύεται λαμβάνοντας υπό προσωπικές προτιμήσεις επειδή τα άτομα με χειρουργικές παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος είναι μεγάλης ηλικία και έχουν προβλήματα θρέψης.
- Ελέγχεται το κυκλοφορικό και αναπνευστικό σύστημα με ιδιαίτερη επιμέλεια για πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών, ο δε εργαστηριακός έλεγχος πληροφορεί την νοσηλεύτρια για τον βαθμό της νεφρικής λειτουργίας και της παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν.
- Η φροντίδα στοματικής κοιλότητας επιβάλλεται προεγχειρητικά για πρόληψη μετεγχειρητικών αναπνευστικών προβλημάτων.
- Η προεγχειρητική διδασκαλία που αφορά, μετεγχειρητικές δραστηριότητες του αρρώστου σε σχέση με το βήχα και τις βαθιές αναπνοές, τα ενδοφλέβια υγρά, το μόνιμο καθετήρα, το πόνο, τις ενεργητικές κινήσει μέσα στο κρεβάτι, την έγερση κ.λ.π. συμβάλει την ομαλή μετεγχειρητική πορεία και την πρόληψη επιπλοκών.
- Η όλη ψυχική και συναισθηματική διέγερση του αρρώστου καθώς και η γενικότερη ανησυχία του μειώνονται κατά πολύ, εάν ο θεράπων γιατρός και η νοσηλεύτρια του εμπνέουν εμπιστοσύνη. Συχνά η απώλεια ενός νεφρού ερμηνεύεται από τον άρρωστο σαν ισόβια αναπηρία και αυτό το οδηγεί στην μελαγχολία και την ματαιοδοξία. Η γενική μετεγχειρητική φροντίδα είναι σε πολλά σημεία όμοια με αυτή αρρώστου που έκανε λαπαροτομία.
- Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να αποδίδεται στην κίνηση του αρρώστου στο κρεβάτι, όσο παραμένει κλινήρης, για την αποτροπή αναπνευστικών επιπλοκών και θρομβωτικών επεισοδίων.
- Ένα από τα κύρια σημεία της νοσηλευτικής αντιμετώπισεως για την βελτίωση της νεφρικής λειτουργίας είναι η χορήγηση υγρών παρεντερικά, ή από το στόμα, όταν υποχωρούν η ναυτία και εμετός.
- Επιβάλλεται ακριβής τήρηση διαγράμματος προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών καθώς και η εκτίμηση της σχέσεως μεταξύ τους.

- Ο άρρωστος επανέρχεται γρήγορα στην φυσιολογική του διαίτα, μόλις αποκατασταθεί πλήρως η περισταλτική κίνησή του εντέρου της οποίας δηλωτικό σημείο είναι η αποβολή αερίων.
- Δεν πρέπει να διαφεύγουν την προσοχή της νοσηλεύτριας ότι ο άρρωστος με ουρητηροτομή αποβάλλει ούρα από την τραυματική χώρα για μεγάλο χρονικό διάστημα.
- Χρειάζεται προσοχή μήπως αυτό δημιουργήσει άγχυση και διαφυγή της προσοχής τυχόν συνυπάρχουσες αιμορραγίας.
- Στις παραπάνω τομές τοποθετείται σωλήνας παροχετεύσεως για την αποβολή των ούρων και την διατήρηση του τραύματος στεγνού.
- Η νοσηλεύτρια πρέπει να ελέγχει συχνά την λειτουργικότητα του, δεδομένου ότι είναι εύκολη η εγκατάσταση θρόμβου στον αυλό του σωλήνα με αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της αποβολής των ούρων. Έτσι πρέπει να γίνονται συχνές πλύσεις των παροχευτικών σωλήνων με φυσιολογικό ορό και παίρνονται μέτρα απόλυτης ασηψίας και αντισηψίας, επειδή υπάρχει ελεύθερη επικοινωνία του νεφρικού παρεγχύματος με το εξωτερικό περιβάλλον.
- Η αλλαγή θέσεως του αρρώστου πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή, ώστε να μην επηρεάζεται η λειτουργικότητα των παροχευτικών σωλήνων.
- Τόσο η σύσπαση, όσο και η ποιότητα των αποβαλλόμενων ούρων πρέπει να ελέγχονται τουλάχιστον κάθε 12 ή 24 ώρες.
- Ακόμη πρέπει να γίνονται συχνές αλλαγές του τραύματος για την προστασία του γύρω δέρματος από τα αποβαλλόμενα υγρά και τον περιορισμό της κακοσμίας καθώς και συνεχής παρακολούθηση του για πρόληψη αιμορραγίας η οποία θα θέσει σε κίνδυνο τη ζωή του αρρώστου.
- Αυτοί οι άρρωστοι ποτέ δεν τοποθετούνται προς τη χειρουργική πλευρά, γι'αυτό για την άνεση και ανακούφιση τους χρησιμοποιούνται μαξιλάρια κατάλληλα τοποθετημένα
- Η καθορισμένη φαρμακευτική προληπτική αντιφλεγμονώδης αγωγή πρέπει να τηρείται πιστά και να αναφέρεται κάθε ανεπιθύμητη ενέργεια.

Ο άρρωστος πριν από την αναχώρησή του από το νοσοκομείο, ενημερώνεται για την θεραπευτική αγωγή που πρέπει να ακολουθήσει. Εάν κατά την έξοδο φέρει παροχευτικούς σωλήνες, πρέπει και ο ίδιος και κάποιο μέλος της οικογένειάς του να γνωρίζουν και να εφαρμόζουν ακριβώς την πλύση τους καθώς και την γενική φροντίδα του τραύματος.

Πάνω όμως από όλες τις γνώσεις και τις θεραπευτικές δεξιότητες είναι ο θεραπευτικός ρόλος της νοσηλεύτριας τόσο στην προεγχειρητική

ετοιμασία όσο και στην μετεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου. Ο ρόλος αυτός έχει επίκεντρό το ανθρωπιστικό κυρίως στοιχείο. Εάν διαθέτει κατανόηση, αγάπη, σεβασμό και εκτίμηση στην προσωπικότητα του αρρώστου, αγαθή διάθεση για την ικανοποίηση των ποικίλων φυσικών και συναισθηματικών αναγκών, και, τέλος δημιουργική δραστηριότητα για την επίλυση των ποικιλόμορφων προβλημάτων του, τότε πράγματι θα συμβάλει στην κατά το δυνατό επιτυχέστερη και ομαλότερη έκβαση της εγχειρήσεως³⁰.

2. Χημειοθεραπεία: Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοηθών νεοπλασιών, και πιο συγκεκριμένα της ουροδόχου κύστεως προκαλούν:

- Ναυτία, εμετός.
- Ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών.

Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα από την στοματική κοιλότητα ως το κόλο. Ορισμένα προκαλούν διάρροια, ενώ άλλα δυσκοιλιότητα.

Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά προκαλούν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Τέλος, αλλά δρουν τοξικά σε διάφορα ζωτικά όργανα, όπως οι νεφροί, το ήπαρ, και το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Προβλήματα που μπορούν να παρουσιαστούν εκτός των άλλων, στον άρρωστο.

1. Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας που οφείλεται στην μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες.
2. Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις (ελαττωμένα λευκά, ανοσοκαταστολή).
3. θρεπτικό ισοζύγιο (ναυτία, εμετοί, διάρροια,).
4. Διαταραχή υγρών ηλεκτρολυτών, δυνητική (εμετοί, διάρροια)
5. Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος.
6. Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής του σωματικού ειδώλου. (αλωπεκία, σκούρο δέρμα).

Σκοποί της φροντίδας του νοσηλευτή.

1. Η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας.
2. Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος.
3. Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπιση τους.

Η νοσηλεύτρια

1. προετοιμάζει τον άρρωστο με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σ'ένα κλίμα κατανόησης.
2. Χορήγηση αντιεμετικών πριν από την θεραπεία.
3. Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
4. Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
5. Γεύματα συχνά, μικρά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών και ελαφρά.
6. Προσεκτική φροντίδα στόματος.
7. Προστασία αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή ρευμάτων, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις).
8. Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο κεντρικό σύστημα, τους νεφρούς ή το ήπαρ.
9. Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
10. Βοήθεια του αρρώστου να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα.
11. Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με δέρμα του αρρώστου.
12. Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω οστών.

Άλλες παρενέργειες εκτός από το γαστρεντερικό μπορεί να είναι:

1. Αιμοποιητικό σύστημα: Όπου είναι απαραίτητη η συχνή γενική εξέταση του αίματος και η προστασία: Όπου είναι απαραίτητη η συχνή γενική εξέταση του αίματος και η προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και κακώσεις.
2. Νεφροί: πρόληψη βλάβης του νεφρού γίνεται επίσης με αύξηση των προσλαμβανόμενων υγρών, αλκαλοποίηση των ούρων και χορήγηση αλλοπουρινόλης που παρεμποδίζουν το σχηματισμό ουρικών κρυστάλλων.
3. Καρδιά και Πνεύμονες: πρέπει να παρακολουθούνται στενά κλάσμα καρδιακής εξώθησης, ΗΚΓ και για σημεία

συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας. Η βεομυκίνη και βουσουλφάνη είναι γνωστές για τα αθροιστικά τοξικά αποτελέσματα τους στην πνευμονική λειτουργία.

4. Γεννητικό σύστημα: Τα γεννητικά κύτταρα είναι δυνατόν να έχουν υποστεί βλάβη που δημιουργεί χρωμοσωματικές ανωμαλίες στους απογόνους. Επομένως προτείνεται φύλαξη σπέρματος σε τράπεζα σπέρματος για άνδρες πριν από την έναρξη χημειοθεραπείας.
5. Νευρικό σύστημα: Είναι δυνατό να παρουσιαστούν περιφερικές νευροπάθειες, απώλεια εν τω βάθει αντανακλαστικών και παραλυτικός ειλός. Αυτές οι παρενέργειες είναι συνήθως αναστρέψιμες και εξαφανίζονται μετά την συμπλήρωση της χημειοθεραπείας.

Ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει λαμβάνεται όταν χορηγούνται ενδοφλέβια χημειοθεραπευτικά φάρμακα που προκαλούν εκδορά. Τα φάρμακα αυτά, όταν εναποθέτονται μέσα στον υποδόριο ιστό, προκαλούν νέκρωση του και βλάβη των υποκείμενων τενόντων, νεύρων και αγγείων. Στην χορήγηση αυτών των φαρμάκων πρέπει να εμπλέκονται μόνο ειδικά εκπαιδευμένοι γιατροί και νοσηλεύτες.

Οι νοσηλεύτες μπορεί να εκθέτουν σε χαμηλές δόσεις των φαρμάκων από άμεση επαφή, εισπνοή ή είσοδο στο στομάχι. Προσωπικό που επανειλημμένα εκτέθηκε σε κυτταροτοξικά φάρμακα, έδειξε μεταλλακτική δραστηριότητα στα ούρα του.

Οι οδηγίες προτείνουν τα εξής:

1. Την χρήση ενός βιολογικού θαλάμου ασφαλείας για την προετοιμασία όλων των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.
2. Την χρήση χειρουργικών γαντιών κατά το χειρισμό φαρμάκων και απεκκριμάτων αρρώστων που έλαβαν χημειοθεραπευτικά.
3. Την χρησιμοποίηση ρόμπας με μακρύ μανίκι.
4. Την χρήση εξαρτημάτων Luer-loc σ'όλες τις συσκευές ενδοφλέβιας έγχυσης που χρησιμοποιούνται για χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.
5. Τοποθέτηση του υλικού που χρησιμοποιήθηκε σε κατάλληλα δοχεία.
6. Απόρριψη του άχρηστου χημειοθεραπευτικού υλικού ως επικύνδου.³¹

3. Ακτινοθεραπεία: Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από την στιγμή που η

νοσηλεύτρια θα έρθει σε επαφή με τον άρρωστο της. Από την στιγμή αυτή η νοσηλεύτρια με την ευσυνείδητη αγάπη της, το ενδιαφέρον της, την κατανόηση της και τις γνώσεις της θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στον άρρωστο ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αποδοχής.³²

Οι αρμοδιότητές και ευθύνες της νοσηλεύτριας/της είναι:

1. Ενημέρωση μέσα σε λογικά όρια του αρρώστου για την φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, ώστε να την αποδεχθεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης.
2. Επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας για απελευθέρωση της ακτινοβολίας μαζί με περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, της διάρκειας της διαδικασίας, της πιθανής ανάγκης για ακινητοποίηση του αρρώστου κατά την διάρκεια της διαδικασίας, καθώς και πληροφόρηση του ότι δεν θα αισθανθεί τίποτα κατά την διάρκεια της θεραπείας, όταν πρόκειται για τηλεθεραπεία.
3. Όταν το ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στο σώμα του αρρώστου, εξήγηση λήψης προφυλακτικών μέτρων για προστασία του περιβάλλοντος.

Οι παρενέργειες αυτές αντιμετωπίζονται, σε γενικές γραμμές, ως εξής:

1. Ναυτία και εμετοί:

- α. χορήγηση ηρεμιστικών αντιεμετικών αντισταμινικών, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- β. ενθάρρυνση του αρρώστου να λαμβάνει υγρά.
- γ. χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας.
- δ. σημείωση αντιδράσεων του αρρώστου.

2. Αντιδράσεις από το δέρμα:

- α. παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα, απολέπιση.
- β. προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό (ηλιακή ακτινοβολία, ψηλή θερμοκρασία) και τραυματισμό από στενά ενδύματα.
- γ. παροχή συμβουλών στον άρρωστο ώστε να αποφεύγει επάλειψη της περιοχής με αντισηπτικά βαριών μετάλλων, όπως υδραργύρου, μολύβδου, ψευδαργύρου, αργύρου και βάμμα ιωδίου.

3. Διάρροια:

- α. χορήγηση αντιδιαρροϊκών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία

β. χορήγηση διαίτα με μικρό υπόλειμμα.

4. Αντιδράσεις βλεννογόνου στοματικής κοιλότητας:

- α. ήπια στοματική υγιεινή για απομάκρυνση νεκρωμένων ιστών
- β. αποφυγή ερεθιστικών ουσιών για το στοματικό βλεννογόνο (κάπνισμα, αλκοολούχα ποτά, ερεθιστικά φαγητά).
- γ. διόρθωση χαλασμένων δοντιών πριν την έναρξη ακτινοθεραπείας της στοματικής κοιλότητας.
- δ. χορήγηση υγρών και βιταμινών από άλλες οδούς.

5. Καταστολή λειτουργίας μυελού οστών.

- α. προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και τραυματισμούς.
- β. στενή παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία λοίμωξης και για αιμορραγίες.

- 6. **Αν ο άρρωστος παρουσιάσει γενικά συμπτώματα**, όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης, μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και την ατομική υγιεινή.
- 7. **Υποστήριξη του αρρώστου** ώστε να δεχθεί όσο το δυνατό πιο ανώδυνα τυχόν παροδική αλλαγή στο σωματικό του είδωλο (αλωπεκία).³³

Κατά την προσφορά νοσηλείας στον άρρωστο η νοσηλεύτρια/της γνωρίζει και λαμβάνει προστατευτικά μέτρα, απόσταση και χρόνους, για τον εαυτό της χωρίς να εγκαταλείπεται ο άρρωστος.

- φορά μετρητή έκθεσης σε ακτινοβολία, όπως όλοι που εργάζονται σε χώρο που υπάρχει ακτινοβολία, που ελέγχεται περιοδικά από ειδικούς. Όταν ο μετρητής δείξει πως το άτομο τον χρησιμοποιεί πήρε περισσότερη από την ανεκτή ποσότητα ακτινοβολίας, απομακρύνεται περιοδικά από τον χώρο της ακτινοβολίας.
- Σε περίπτωση μόλυνσης του περιβάλλοντος από ακτινοβολία, που η πηγή της βρίσκεται στον άρρωστο, ειδοποιείται αμέσως η αρμόδια υπηρεσία του ιδρύματος για να ενεργήσει ανάλογα.
- Αν θωρακισμένη πηγή ραδιοϊσότοπου έφυγε από την θέση που φυτεύτηκε ή τοποθετήθηκε και βρίσκεται στο κρεβάτι του αρρώστου ή το δάπεδο, πάνεται με ειδικές μακριές λαβίδες και τοποθετείται στη θήκη της.

- Το ραδιενεργό υγρό που εγχέεται ενδοφλέβια ή σε κοιλότητα ή δίνεται από το στόμα, μολύνει, ανάλογα με το μεταβολισμό του και οδό απέκκρισης του, τα κόπρανα, τα ούρα, το αίμα, τον ιδρώτα, τους εμετούς κ.α. γι' αυτό λαμβάνονται ειδικά μέτρα που έχουν καθοριστεί για το χειρισμό και διάθεση των πιο πάνω υλικών.³⁴

9.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Αλλαγή στην εμφάνιση (αλλαγή της εικόνας, που έχει ο άρρωστος για το ίδιο του το σώμα). Η αλλαγή στην σωματική ακεραιότητα και εμφάνιση του αρρώστου με καρκίνο της ουροδόχου κύστεως, και γενικότερα με καρκίνο, είναι συχνό πρόβλημα, που απαιτεί τη σωστή αντιμετώπιση. Ακρωτηριασμοί μελών, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, αλωπεκία, καχεξία, κακοσμία κ.α. διαφοροποιούν την εμφάνιση του αρρώστου, δημιουργούν αναπηρίες και επηρεάζουν την ιδέα που έχει για την εικόνα του εαυτού του. Οι νοσηλευτές συχνά πρώτοι θα έλθουν σε επαφή με τον άρρωστο, που προσπαθεί να αποδεχθεί και να μάθει να ζει με τις μεταβολές που έχουν παρουσιαστεί στο σώμα του. Αυτές, πολύ συχνά, δίνουν πρώτες πληροφορίες στον άρρωστο για τις αλλαγές που έχουν γίνει στο σώμα του και τον εκπαιδεύουν στους νέους τρόπους ζωής και τεχνικές αυτοφροντίδας. Συνήθως σ' αυτή τη φάση ο άρρωστος αρχίζει να συνειδητοποιεί τις αλλαγές στο σώμα του σαν μία πραγματικότητα. Οι άρρωστοι που αισθάνονται την οικογένεια τους και τους φίλους τους, να βλέπουν αλλά και να αποδέχονται το πρόβλημα τους με ειλικρινή αγάπη και ενδιαφέρον, μπορούν πιο εύκολα να το αποδεχτούν και να συμβιβαστούν με αυτό. Η διαδικασία της αποδοχής της νέας εμφάνισης και της διαταραχής της σωματικής ακεραιότητας του αρρώστου παίρνει αρκετό χρόνο τόσο για τον άρρωστο, όσο και για οικογένεια και τους γνωστούς του. Στη διατήρηση της καλής ιδέας του αρρώστου για την σωματική του εμφάνιση αλλά και των άλλων γι' αυτόν, βοηθούν πολύ η καλή ατομική καθαριότητα, τα καθαρά και ωραία ρούχα, η χρησιμοποίηση προσθέσεων και η δραστηριοποίηση του.

> **Διατροφή:** Η καλή διατροφή του αρρώστου με καρκίνο αποτελεί πολλές φορές νοσηλευτικό πρόβλημα και συγχρόνως ευθύνη της νοσηλεύτριας/της, επειδή από τη μία οι ανάγκες για καλή θρέψη του καρκινοπαθή είναι μεγαλύτερες, από την άλλη η περιορισμένη διάθεση για φαγητό (ανορεξία) αποτελεί σύμπτωμα της αρρώστιας. Η αποστροφή στην τροφή και μάλιστα ορισμένα είδη και η ανορεξία ποικίλουν από άρρωστο σε άρρωστο. Πάρα πολλοί παράγοντες επηρεάζουν την καλή διατροφή του αρρώστου. Η νοσηλεύτρια πρέπει να ανακαλύπτει αυτούς τους παράγοντες και να τους αντιμετωπίζει ανάλογα, επειδή αυτή έχει την ολοκληρωτική ευθύνη της καλής διατροφής του αρρώστου.³⁵

Η διατροφική υποστήριξη των ασθενών από τα αρχικά στάδια διάγνωσης και θεραπείας φαίνεται να μειώνει την νοσηρότητα και θνησιμότητα, επίσης μειώνει το κόστος και βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η νόσος χαρακτηρίζεται από αυξημένο μεταβολισμό λιπών, πρωτεϊνών και υδατανθράκων που οδηγεί σε κατανάλωση αποθεμάτων ενέργειας του οργανισμού. Διάφορες μεταβολικές διαταραχές οδηγούν σε καχεξία με συνέπεια ηλεκτρολυτικές διαταραχές, έλλειμα βιταμινών. Σημασία έχει ότι η κακή θρέψη των ασθενών συνεπάγεται ανεπάρκεια του ανοσοποιητικού συστήματος καθώς ο λεμφικός ιστός μειώνεται ο σπλήνας, ο θυμός αδένας και οι λεμφαδένες υποστρέφονται. Η ανοσοκαταστολή και η επιβάρυνση της θεραπείας επιδεινώνουν την εξέλιξη της νόσου. Χειρουργικές επεμβάσεις για την θεραπεία πρωτοπαθούς εστίας στο πεπτικό σύστημα οδηγούν σε μόνιμες ή παροδικές αλλαγές στην πρόσληψη και την απορρόφηση των τροφών.

Η ακτινοθεραπεία επηρεάζει την λειτουργία των ιστών που περιβάλλουν την περιοχή που ακτινοβολείτε. Οι ασθενείς εμφανίζουν διαταραχές γεύσης και ξηροστομίας και συμβάλλουν στην εκδήλωση ανορεξίας. Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας επηρεάζουν την διατροφική κατάσταση των ασθενών. Τα συμπτώματα ποικίλουν και έχουν σχέση με τους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες που χρησιμοποιούνται. Τα συχνότερα προβλήματα που δημιουργούνται είναι η στοματίτιδα, διαταραχή γεύσης, εμετοί, ναυτία, διάρροια. Μεγάλης σημασίας είναι η έγκαιρη εκτίμηση των ασθενών ώστε να προληφθούν οι συνέπειες από την κακή θρέψη.

Η κακή θρέψη σχετίζεται με μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας υψηλό κόστος υπηρεσιών, μεγαλύτερο αριθμό επιπλοκών και υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας. Στα πλαίσια υποστήριξης των ασθενών, μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον αφορά στην ανεύρεση ορεξιογόνων φαρμάκων.

Η διαιτητική υποστήριξη γίνεται με δύο τρόπους:

1. Από τον πεπτικό σωλήνα.
2. Παρεντερικά.

Όταν ο πεπτικός σωλήνας δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για σίτιση τότε καταφεύγουμε στην παρεντερική σίτιση:

1. Από τον πεπτικό σωλήνα.
2. Από κεντρική φλέβα

Συμπερασματικά ο καρκίνος και η θεραπεία του επηρεάζουν την ³⁶θρέψη των ασθενών σε διαφορετικό επίπεδο κάθε φορά.

2. Νέκρωση – Εξέλκωση: Καθώς αυξάνεται το μέγεθος του όγκου, μπορεί να διαταρακτεί η αιμάτωση του με την συμπίεση των αγγείων που των αιματώνουν, με αποτέλεσμα την διακοπή της θρέψης και την νέκρωση του όγκου. Η νέκρωση συνήθως γίνεται στο κέντρο της διόγκωσης, μπορεί να φτάσει και στο δέρμα και τότε δημιουργείτε εξέλκωση ή διανοίγεται σε κοιλότητα ή κοίλο όργανο (έντερο). Η νέκρωση συνοδεύεται από γενική κακουχία και πυρετό. Τα γενικά αυτά φαινόμενα γίνονται περισσότερο έντονα, όσο μεγαλύτερη έκταση έχει ο ιστός που νεκρώνεται.

3. Κακοσμία: η κακοσμία είναι αναπόφευκτη και το πιο σπουδαίο μέτρο για την μείωση της είναι τήρη καθαρής τραυματική χώρας. Το είδος του υγρού, που θα χρησιμοποιηθεί για την πλύση του τραύματος, θα εξαρτηθεί από την κατάσταση της τραυματική χώρας. Η γύρω από το τραύμα περιοχή επιβάλλεται να σαπουνίζεται και να διατηρείται καθαρή. Η επίδεση του τραύματος αλλάζεται κάθε φορά που είναι λερωμένη.

Ο αερισμός του θαλάμου, χωρίς να κινδυνεύει ο άρρωστος από το κρύο, βοηθά στην μείωση ή και εξάλειψη της κακοσμίας.

Η χρήση αποσμητικών ουσιών για την μείωση της κακοσμίας του θαλάμου είναι συμπληρωματικό μέτρο και δεν αντικαθιστά την καθαριότητα του τραύματος.

4. Αιμορραγία: Είναι δυνατόν να αιμορραγήσουν οι νεοπλασματικές νεκρώσεις και εξελκώσεις. Η αιτιολογία, η προφύλαξη και η θεραπεία τους είναι ίδιες με τις άλλες αιμορραγίες. Η αιμορραγίες μετά από ακτινοθεραπεία αντιμετωπίζονται δυσκολότερα.

5. Δευτεροπαθής λοίμωξη: Η βασική φροντίδα για τον περιορισμό της μόλυνσης περιλαμβάνει τον καθαρισμό της μολυσμένης εξέλκωσης του όγκου με χλιαρό νερό και ήπια αντισηπτικά διαλύματα. Όταν εμφανιστεί λοίμωξη, χρησιμοποιούμε αντιμικροβιακά φάρμακα εσωτερικά και με τοπική εφαρμογή για την γρηγορότερη υποχώρηση της.

Η εξέλκωση και μάλιστα η μολυσμένη δεν επιτρέπει την ακτινοθεραπεία. Πρέπει να έχουμε υπόψη ότι η πρόληψη της λοίμωξης είναι ευκολότερη και πιο αποτελεσματική από την θεραπεία της. Επιβάλλεται, λοιπόν, η φροντίδα των όγκων, που έχουν εξέλκωση, με προσοχή και επιμέλεια για την αποτροπή λοιμώξεως όσο αυτό είναι δυνατό.

6. Πόνος: Ο πόνος ενώ συνοδεύει πάντοτε τον καρκίνο, αποτελεί το σύμπτωμα που ιδιαίτερα φοβίζει τον άρρωστο. Ο πόνος στον καρκίνο συνήθως είναι αποτέλεσμα πίεσης αισθητικών απολήξεων των νεύρων, πίεσης οργάνων, εξέλκωσης ή μόλυνσης του όγκου.

Η πρωταρχική θεραπεία του πόνου, που προκαλεί ο καρκίνος, είναι η αφαίρεση, η καταστροφή ή η μείωση του μεγέθους του όγκου. Όταν η θεραπεία (αντιμετώπιση) του πόνου είναι αδύνατον να γίνει, με τον περιορισμό της εντάσεως του, βελτιώνεται η ποιότητα της ζωής του αρρώστου.

Ο βαθμός που ο άρρωστος μπορεί να ανεχθεί τον πόνο επηρεάζεται από:

1. την έννοια που έχει ο πόνος στον άρρωστο.
2. τα ήθη, έθιμα και το πολιτισμικό επίπεδο του αρρώστου.
3. την πείρα πόνου που έχει ο άρρωστος στο παρελθόν.
4. το άγχος – το μεγάλο άγχος δεν δίνει περιθώρια ανοχής του πόνου.
5. την γενική κατάσταση του αρρώστου.

Ο τρόπος που η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζει τον πόνο επηρεάζει την ένταση (stress) και το άγχος του. Ο πόνος του γίνεται αφόρητος όταν η κατανόηση και το προσωπικό ενδιαφέρον δεν εκδηλώνεται και νομίζει ότι τον παραμελούν όλοι. Γι'αυτό η νοσηλεύτρια πρέπει να καταβάλει προσπάθεια για την ανακούφιση του αρρώστου από όλα τα ενοχλήματα με κατανόηση και αποδοχή των προβλημάτων του.

Στην συνέχεια αναφέρονται μερικές οδηγίες, που μπορούν να κατευθύνουν την νοσηλεύτρια στην προσπάθεια της να περιορίσει τον πόνο του αρρώστου.

- Μειώστε τους παράγοντες στο περιβάλλον που δημιουργούν στον άρρωστο ένταση (stress).
- Προλάβετε τις δυσάρεστες επιπτώσεις της ακινησίας και της παραμονής στο κρεβάτι (κατακλίσεις, λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος, δυσκοιλιότητα).
- Διδάξτε τον άρρωστο να αποφεύγει τραύμα και μόλυνση, παράγοντες που αυξάνουν τον πόνο και περιορίζουν το βαθμό ανεκτικότητάς του σ'αυτόν.
- Διερευνήστε αν, εκτός από φυσικό πόνο, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες, φυσικοί, συναισθηματικοί, κοινωνικοί, που συμβάλλουν στη γέννηση ή την επιδείνωση ή την μείωση του.
- Διερευνήστε αν η έλλειψη ύπνου, υπερβολική κόπωση, μπορούν να είναι αίτια, που γεννούν τον πόνο ή τον επιδεινώνουν.
- Ζητήστε από τον άρρωστο να εντοπίσει και να περιγράψει τον πόνο.

Αν χρειάζονται φάρμακα για την ανακούφιση από τον πόνο πρέπει να καθορίζονται από τον γιατρό. Μερικές φορές η νοσηλεύτρια προσπαθεί να προστατεύσει τον άρρωστο από τον κίνδυνο εθισμού και αραιώνει το διάστημα μεταξύ των δύο χορηγήσεων του φαρμάκου. Το αποτέλεσμα μιας τέτοιας πρωτοβουλίας της είναι το φάρμακο να μην επιδράσει αποτελεσματικά όταν ο πόνος είναι δυνατός και ο άρρωστος να πάψει να πιστεύει ότι είναι αποτελεσματικό το φάρμακο.

Έχει ιδιαίτερη σημασία να θυμόμαστε πως υπάρχουν πολλά φάρμακα που ελέγχουν μερικώς τον πόνο του αρρώστου. Με τη νοσηλευτική όμως αξιολόγηση του αρρώστου και την χρησιμοποίηση όλων των κατάλληλων μέσων προσέγγισης και βοήθειας του είναι δυνατόν να πετύχουμε ώστε οι άρρωστοι με καρκίνο να μην έχουν ανυπόφορο πόνο³⁷.

9.3 ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

1. Άμεσοι

- α. Διατήρηση ισορροπίας υγρών-ηλεκτρολυτών.
- β. Εξασφάλιση ασφαλούς περιβάλλοντος, πρόληψη λοίμωξης.
- γ. Μείωση αποτελεσμάτων νεοπλασματος σε άλλα συστήματα.
- δ. Μείωση αγωνίας και φόβου.

2. Μακροπρόθεσμοι

- α. Διατήρηση μέγιστης δυνατής νεφρικής λειτουργίας.
- β. Ανάπτυξη, μαζί με τον άρρωστο, στόχων αποκατάστασης.
- γ. Περιορισμός των αποτελεσμάτων της αυξημένης κυτταρικής ανάπτυξης και διήθησης.³⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

10.1 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

Η έννοια της λέξεως αποκατάστασης σημαίνει την επαναφορά του ατόμου στην προηγούμενη του κατάσταση ύστερα από διατάραξη ή αλλαγή που δέκτηκε. Και σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό η αποκατάσταση αρχίζει μετά την διάγνωση και θεραπεία της αρρώστιας. Σήμερα, όταν μιλούμε για αποκατάσταση εννοούμε την προσπάθεια που καταβάλλεται από τα μέλη της ομάδας υγείας να χρησιμοποιήσει το άτομο όλες τις ικανότητες που έχει, βιο-ψυχολογικές, όσο και αν αυτές φαίνονται μικρές, για να ζήσει <<ποιότητα ζωής>> σήμερα, δηλαδή να μην κλαίει για το χθές και να μην τρέμει για το αύριο. Για να γίνει όμως αυτό, η αρρώστια και στην προκειμένη περίπτωση ο καρκίνος, δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο οργανικά, αλλά συγχρόνως ψυχολογικά και κοινωνικά.

Επειδή στην βοήθεια αποκατάστασης του αρρώστου με τα μέλη της ομάδας υγείας, ασκεί επίδραση η οικογένεια του αρρώστου και το κοινωνικό του περιβάλλον, θα πρέπει στις διαστάσεις της αποκατάστασης να συμπεριλαμβάνονται κι αυτές οι ομάδες του πληθυσμού. Πρέπει, δηλαδή, να δούμε πως η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον του αρρώστου επηρεάζουν τον άρρωστο και πως θα μπορέσουν να προσφέρουν θετική βοήθεια στην αποκατάσταση του. Επομένως, όταν μιλούμε για οικογενειακό και κοινωνικό παράγοντα στην αποκατάσταση του αρρώστου με καρκίνο θα πρέπει να βλέπουμε τους παράγοντες αυτούς με τη διπλή τους άποψη:

1. Το θετικό και υποστηρικτικό ρόλο τους στον άρρωστο.
2. Στην ανάγκη των ίδιων των μελών αυτών των ομάδων για υποστήριξη.

Είναι γεγονός πως η αρρώστια αλλά και οι επιπτώσεις της θεραπείας απαιτούν αναπροσαρμογές και προϋποθέτουν ψυχολογική προετοιμασία, ανθρώπινη συμπαράσταση και κατάρτιση. Η αποκατάσταση με την σύγχρονη αυτή τάση θα βοηθήσει των άρρωστο να

εναρμονίσει την ζωή του με την ποιότητα ζωής που μπορεί να έχει με τις ικανότητες που του έχουν μείνει.

Για να υλοποιηθεί η φιλοσοφία αυτή της αποκατάστασης θα πρέπει οι άρρωστοι που πάσχουν από καρκίνο να φροντίζονται από ειδικευμένα μέλη της ομάδας υγείας στην καρκιнологία και την ψυχολογία του αρρώστου με καρκίνο. Η ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση και η συνεχής επιμόρφωση θα συμβάλλουν στην σωστή αντιμετώπισή της τόσο μεγάλης αυτής ομάδας του πληθυσμού. Εκτός από την εκπαίδευση, άλλος παράγοντας επίσης ουσιαστικός στην αποκατάσταση είναι η διαφώτιση της κοινωνίας με επιστημονικά μελετημένο τρόπο, ώστε να αλλάξει ο αποκλειστικός προσανατολισμός που σήμερα υπάρχει προς την έννοια καρκίνος, σαν πρόβλημα και να κατευθυνθεί προς την αποκατάσταση του.

Τον τρίτο παράγοντα για την υλοποίηση της σύγχρονης φιλοσοφίας της αποκατάστασης του αρρώστου με καρκίνο αποτελούν τα ειδικά προγράμματα αποκατάστασης του αρρώστου. Η εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών θα αρχίζει στο νοσοκομείο και θα συνεχίζεται, πολλές φορές μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του αρρώστου, στο σπίτι με την βοήθεια των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας και με τα κέντρα ψυχο-κοινωνικής αποκαταστάσεως του οικογενειακού περιβάλλοντος του αρρώστου.³⁹

10.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Μεγάλη σημασία έχει η νοσηλευτική παρέμβαση στην αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, την επαναφορά δηλαδή του ασθενούς στην πριν τη διάγνωση του νεοπλασματος κατάσταση σωματικής, ψυχικής-κοινωνικής υγείας. Μια αναγκαιότητα που προέκυψε μετά την επίτευξη υψηλών ποσοστών υφέσεων και μεγάλων μεσοδιαστημάτων ελεύθερα νόσου.

Μια ιδιαίτερη ετερογενής ομάδα καρκινοπαθών είναι οι ηλικιωμένοι για την βοήθεια, εκπαίδευση των οποίων χρειάζεται μεγαλύτερη προσπάθεια διότι:

1. Υπάρχουν δυσκολίες σε αλλαγές συμπεριφοράς και συνηθειών τους.
2. Βιολογικές φθορές (ελαττωμένη όραση, ακοή, διαταραχές μνήμης, περισσότερος χρόνος για κατανόηση πληροφοριών).
3. Απαιτείται αρκετή υπομονή για απλά-κατανοητά λόγια-επαναλήψεις.
4. Απαιτείται ολοκληρωμένη γηριατρική εκτίμηση για καθέναν ξεχωριστά και ανάλογη αντιμετώπιση.
5. Τα ψυχολογικά προβλήματα είναι εντονότερα λόγω ταυτόχρονης ύπαρξης προβλημάτων γήρατος.
6. Η κοινωνική θέση είναι υποβαθμισμένη και συχνά συνοδεύεται από οικονομική υποβάθμιση.
7. Μερικά συμπτώματα όπως ο πόνος βιώνεται εντονότερα εξαιτίας της συνύπαρξης των άλλων προβλημάτων (μοναξιά, κατάθλιψη)⁴⁰.

Αντικείμενο μεγάλου ενδιαφέροντος για τον νοσηλευτή είναι η αναζήτηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής, η έννοια της οποίας σχεδόν ταυτίζεται με το σκοπό της Νοσηλευτικής που είναι η ολιστική ευεξία του ατόμου.

Αναφέρεται σε όλα τα στάδια της νόσου από την διάγνωση, την θεραπεία ως τις διαδικασίες αποκατάστασης και την κοινωνική επανένταξη αλλά και στο τελικό στάδιο της νόσου.

Τα προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν για να επιτευχθεί όσο είναι εφικτό καλύτερη ποιότητα ζωής:

- Χειρισμός – διαχείριση καρκινικού πόνου.
- Αντιμετώπιση ψυχολογικών, κοινωνικών, ηθικών προβλημάτων.
- Αντιμετώπιση σεξουαλικών προβλημάτων.
- Διατροφική υποστήριξη, αντιμετώπιση καχεξίας.
- Φροντίδα τελικού σταδίου

Οι νοσηλευτές οφείλουν να είναι ικανοί να συμβάλλουν στην ανακούφιση από τον καρκινικό πόνο με τον:

1. Να εκτιμούν και να αξιολογούν την έντασή του, το είδος του ώστε να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα υποεκτίμησης και υποθεραπείας του πόνου.

2. Να γνωρίζουν άριστα τη φαρμακοκινητική, τρόπο χορήγησης, δράση, παρενέργειες και αντιμετώπιση των οπιοειδών, φάρμακο εκλογής για τον πόνο στον καρκινοπαθή.
3. Να ενημερώσουν τον ασθενή και την οικογένεια του ώστε να ελαττωθεί ο φόβος εξάρτησης, ένας φραγμός ανακούφισης του πόνου.

Η παροχή ποιοτικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου είναι η ύστατη συμβολή προς εξασφάλιση του στοιχειώδους δικαιώματος του ανθρώπου σε αξιοπρέπεια και ανθρωπιστική αντιμετώπιση της πιο δύσκολης στιγμής της ζωής του. Η φιλοσοφία αυτή απέναντι στον άρρωστο τελικού σταδίου εκφράζεται με τον όρο <<ανακουφιστική φροντίδα>>, έχει δε καθιερωθεί το 1987 ειδικότητα ιατρικής και νοσηλευτικής ανακουφιστικής φροντίδας.

Σημαντική εξέλιξη στην Νοσηλευτική είναι η ανάπτυξη Κοινοτικής Νοσηλευτικής και ιδιαίτερα του θεσμού της κατ'οίκον νοσηλείας που προσφέρει εκτός των άλλων και ανακουφιστική φροντίδα.

Οι νοσηλευτές σε όλο το φάσμα διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, τελικό στάδιο είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στον γιατρό-θεραπευτική ομάδα και ασθενή, οφείλει όμως να έχει εκπαίδευση και πλήρη ενημέρωση στις καθημερινές εξελίξεις για να ανταπεξέλθει στο ρόλο του κάτι που θα επιτευχθεί με την συνεχιζόμενη εκπαίδευση και την συμμετοχή στην έρευνα.⁴¹



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα ως αναπόσπαστη άποψη της ολιστικής νοσηλευτικής διάστασης του αρρώστου με κακοήθη νόσο είναι η διατήρηση της ισχύος και της ακεραιότητάς του, ώστε να καταπολεμά και να αντιμετωπίζει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν την αρρώστια.

Οι άρρωστοι με κακοήθη νοσήματα αντιμετωπίζουν διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που επηρεάζουν τόσο την πορεία και έκβαση της νόσου τους όσο και τις διαστάσεις του εγώ τους με επέκταση της ποιότητας της ζωής τους.

Οι αμυντικοί μηχανισμοί όπως το χιούμορ επηρεάζουν την έκφραση συναισθημάτων και σκέψεων με άνεση και χωρίς δυσμενείς επιπτώσεις στους άλλους και επιπλέον επιτρέπει στο άτομο να εκφραστεί με κάτι που κατά τα άλλα είναι δύσκολο να αντιμετωπίσει μειώνοντας την ένταση και το άγχος του.

Το γέλιο και το χιούμορ προσφέρει δύναμη και ελπίδα σε νοσηλευτή και ασθενή. Η ενσωμάτωσή τους στη νοσηλευτική φροντίδα, επιδρά θετικά σε εκφραστή και δέκτη ώστε να σώζεται η υπόληψη του ατόμου τόσο απέναντι του “εγώ” τόσο όσο απέναντι των άλλων. Σκοπός τους είναι η μείωση του άγχους και αποβλέπουν να βοηθήσουν όχι να λύσουν προβλήματα και δυσμενείς ψυχολογικές καταστάσεις.

Είναι κοινά αποδεκτό ότι το χιούμορ και το γέλιο βελτιώνει τις σωματικές, νοητικές και πνευματικές λειτουργίες ενός ατόμου. Μπορεί να απομακρύνει τη συναισθηματική φόρτιση που προκαλεί μια δυσάρεστη κατάσταση όπως είναι η απώλεια υγείας και να δώσει ανακούφιση και ελπίδα.

Από το λατινικό *humor* που σημαίνει υγρασία, χυμοί του σώματος. Πρόκειται για πνευματώδη αστεϊσμό, εύθυμη διάθεση που εκδηλώνεται με άκακη ειρωνεία και προκαλεί στους άλλους διασκέδαση ή ευχάριστη διάθεση. Στην στυγνή και μοναχική πραγματικότητα στο πρόβλημα καρκίνος το χιούμορ και το γέλιο πρέπει να έχουν θέση, ώστε οι επαγγελματίες υγείας να μπορούν να χρησιμοποιήσουν το γέλιο ως χρήσιμο εργαλείο για τη φροντίδα των ασθενών τους και την αυτοπροστασία τους. Σημαντική προϋπόθεση αποτελεί η γνώση των αποτελεσματικών τρόπων εφαρμογής του χιούμορ και προβλημάτων που μπορεί να επιφέρει για να μην οδηγηθούμε στην επικίνδυνη ρυπαρότητα που εξευτελίζει χωρίς να τέρπει, που μειώνει χωρίς να βελτιώνει, που διαφθείρει χωρίς να ευαισθητοποιεί.

Η κατανόηση της αξίας του και του ρόλου του σε ένα νοσηλευτικό τμήμα από τους επαγγελματίες υγείας μπορεί να οδηγήσει σε μια προσπάθεια ένταξής του στην καθημερινή πρακτική τους. Το μοτίβο του χιούμορ θα πρέπει να προσαρμόζεται ανάλογα με τον ασθενή. Έτσι μπορεί να είναι αυθόρμητο ή προμελετημένο. Το χιούμορ αποτελεί μια τέχνη η οποία προϋποθέτει έμπνευση, κοφτερή, σατιρική, διακριτική, θέλει ήθος και ευπρέπεια, φαντασία και λεπτότητα, ώστε ανάλαφρα συναισθήματα που χαρίζει να λειτουργούν καταπραϊντικά δίνοντας ευδιαθεσία και απελευθέρωση στον ασθενή.

Η χρήση του λειτουργεί συμπληρωματικά με τη θεραπευτική αγωγή στηρίζεται στην αποδοχή του χιούμορ ως μέρος της θεραπευτικής αγωγής από τον

ασθενή. Μπορεί να είναι εξατομικευμένο και πρέπει να ενσωματώνεται στο γενικό πλαίσιο φροντίδας του ασθενή και να ακολουθεί τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας. Την ώρα που δοκιμάζεται νους, ψυχή και σώμα, η προσέγγιση του ασθενή με θεραπευτικό χιούμορ πρέπει να γίνει με σωστό τρόπο και εφαρμογή, ώστε να μην αισθάνεται μόνος και ατελής.

Το χιούμορ δεν είναι απλά “αστειεύομαι και γελάω”. Είναι η θετική και αισιόδοξη στάση απέναντι στα προβλήματα που βοηθά στην αντιμετώπισή τους και δίνει δύναμη και ελπίδα για να ξεπεραστούν.

Το γέλιο και το χιούμορ δεν είναι έκφραση από το περίσσειμα της ζωής μας. Και δεν πρέπει να λογαριάζονται σαν ανάγκες δευτερεύουσας σημασίας. Είναι ικανά να χαρίσουν μια νότα ξεχωριστής διάθεσης στον ασθενή⁴².

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ο κ.Γεωργίου 50 ετών, με ιατρική διάγνωση καρκίνου ουροδόχου κύστεως εισήχθη στο Νοσοκομείο με έντονο κυστικό πόνο.

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>Ο ασθενής παρουσιάζει:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Δυσουρία	<p>Γίνεται προγραμματισμός για τοποθέτηση κυστικού καθετήρα και χρήση θερμών επιθεμάτων για την ανακούφιση του αρρώστου. Επίσης με ιατρική οδηγία, χορηγούνται ηρεμιστικά φάρμακα.</p>	<p>Τοποθέτηση του κυστικού καθετήρα και εφαρμογή θερμοφόρας με παράλληλη χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων βάσει της ιατρικής οδηγίας.</p>	<p>Κάποιες ώρες μετά από την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας, περιμένουμε ανακούφιση του αρρώστου.</p>
<ul style="list-style-type: none">▪ Συχνουρία	<p>Άρση του αιτίου πρόκλησης της συχνουρίας (φλεγμονή, τραυματική βλάβη ή νεόπλασμα της κύστεως).</p>	<p>Ακριβής τήρηση της θεραπευτικής και φαρμακευτικής αγωγής που καθορίστηκε από το γιατρό.</p>	<p>Συνεχής παρακολούθηση για την αποκατάσταση της ούρησης του αρρώστου.</p>
<ul style="list-style-type: none">▪ Αίσθημα κανίματος κατά την ούρηση	<p>Προγραμματισμός για την εξάλειψη του αιτίου που προκαλεί το αίσθημα καύσεως κατά την ούρηση.</p>	<p>Χορήγηση κατευναστικών φαρμάκων και τήρηση των ιατρικών οδηγιών.</p>	<p>Παρακολούθηση του αρρώστου για υποχώρηση των συμπτωμάτων.</p>

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Τσίκος Ν., - Καραγεωργοπούλου-Γραβάνη Σ., Πρακτική Άσκηση Νοσηλευτικής ΙΙ, 1999.
2. Σδρένιας Α. Ι., :Χειρουργός Ορολόγος, 2001
3. Μαλγαρινού Μ. Α., - Κωνσταντινίδου Σ. Φ., : Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική, τ. Β μέρος Α
4. Μαλγαρινού Μ. Α., - Κωνσταντινίδου Σ. Φ., : Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική, τ. Β μέρος Α
5. Στενός Ιωάννης, Αμ. Επ. Καθηγητής, Δ/ντής Ουρολογικής Κλινικής του ΓΝΝΑ “ Η ΕΛΠΙΣ”, 1998.
6. Σδρένιας Α. Ι., :Χειρουργός Ορολόγος, 2001
7. Στενός Ιωάννης, Αμ. Επ. Καθηγητής, Δ/ντής Ουρολογικής Κλινικής του ΓΝΝΑ “ Η ΕΛΠΙΣ”, 1998
8. Γκιάφης Ι. Αναστάσιος, Χειρουργός Ουρολόγος, Αθήνα, 2000.
9. Rosenbaum Ern., Dallinger Malin M.D, Rosenbaum Isabora, M.A και Dallinger Lenore, R.N: Ο Καρκίνος: Διάγνωση και Πρόληψη, Θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους, Αθήνα, 2001.
10. Γκιάφης Ι. Αναστάσιος, Χειρουργός Ουρολόγος, Αθήνα, 2000
11. Γκέκας Αριστ., Δάρρας Ι., : Διάγνωση, πρόιμη διάγνωση και θεραπευτική προσέγγιση του επιφανειακού καρκίνου της ουροδόχου κύστεως. Αθήνα, 2000.
12. Καρδάση-Σαχίνη Άννα: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, εκδ Β' τ., Α 1997.
13. Καρδάση-Σαχίνη Άννα: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, εκδ Β' τ., Α 1997.
14. Γκέκας Αριστ., Δάρρας Ι., : Διάγνωση, πρόιμη διάγνωση και θεραπευτική προσέγγιση του επιφανειακού καρκίνου της ουροδόχου κύστεως. Αθήνα, 2000
15. Πετριδής Α., Καθηγητής ΤΕΙ Αθηνών, Χειρουργός: Εγχειρίδιο Χειρουργικής, εκδ. Β', Αθήνα, 1998.
16. Ράπτη Αγγ., Φαρμακοποιός: Φωτοθεραπεία Ουροποιητικού, 2001.
17. Καρκίνος του Ήπατος Πουλιαντζάς Ι., :, Καθηγητής. Χειρουργική Ογκολογία. Δ/ντής Χειρουργός Ιατρικού Κέντρου Αθηνών, 2000.
18. Μαλγαρινού Μ. Α., - Κωνσταντινίδου Σ. Φ., : Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική, τ. Β μέρος Α
19. Καρδάση-Σαχίνη Άννα: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, εκδ Β' τ., Α 1997
20. Καρδάση-Σαχίνη Άννα: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, εκδ Β' τ., Α 1997
21. Καρδάση-Σαχίνη Άννα: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, εκδ Β' τ., Α 1997.
22. Μ.Α ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ – Σ.Φ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ: Νοσηλευτική Παθολογική χειρουργική. Τόμος Β. μέρος 2° . 1997
23. Ισάμ. Μπανκουάλι. Παθολόγος – Ογκολόγος: Καρκίνος της ουροδόχου κύστεως. ΑΘΗΝΑ 2002
24. Σουγλέρη μαρία : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ. ΑΘΗΝΑ. 2001.
25. Μ.Α. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ – Σ.Φ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ: Νοσηλευτική, παθολογική, χειρουργική. ΤΟΜΟΣ Β. Μέρος 1° ΑΘΗΝΑ 1999.
26. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (Ευρώπη κατά του καρκίνου.): Συνεχιζόμενη φροντίδα στον καρκινοπαθή. ΑΘΗΝΑ 1997
27. Τσίκος Νικόλαος –Σ. Καραγεωργοπούλου – Γραβάνη: Πρακτική Άσκηση Νοσηλευτικής ΙΙ.1999
28. Ποταμιανάκη Εμμανουέλα: Βιολόγος-Διατροφολόγος-διαιτολόγος: Ο καρκίνος στην Ελλάδα. Πρόληψη και διατροφή . Θεσσαλονίκη. 2002
29. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων << Ευρώπη κατά του καρκίνου>>: Συνεχιζόμενη Φροντίδα στον καρκινοπαθή. ΑΘΗΝΑ 1997
30. Μ.Α. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ – Σ.Φ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ: Νοσηλευτική, παθολογική, χειρουργική. ΤΟΜΟΣ Β. Μέρος 1° ΑΘΗΝΑ 1999

-
31. Καρδάση-Σαχίνη Άννα: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, εκδ Β' τ., Α 1997.
 32. Μ.Α ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ – Σ.Φ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ: Νοσηλευτική Παθολογική χειρουργική. Τόμος Β. μέρος 1^ο . 1999
 33. Καρδάση-Σαχίνη Άννα: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, εκδ Β' τ., Α 1997
 34. Μ.Α ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ – Σ.Φ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ: Νοσηλευτική Παθολογική χειρουργική. Τόμος Β. μέρος 2^ο . 1997
 35. Μ.Α ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ – Σ.Φ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ: Νοσηλευτική Παθολογική χειρουργική. Τόμος Β. μέρος 2^ο . 1997
 36. Τσιρώνη Κων/να: Διατροφικά προβλήματα ασθενών με καρκίνο-νοσηλευτική παρέμβαση. ΑΘΗΝΑ.2003.
 37. Μ.Α ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ – Σ.Φ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ: Νοσηλευτική Παθολογική χειρουργική. Τόμος Β. μέρος 2^ο . 1997
 38. Καρδάση-Σαχίνη Άννα: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, εκδ Β' τ., Α 1997
 39. Μ.Α ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ – Σ.Φ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ: Νοσηλευτική Παθολογική χειρουργική. Τόμος Β. μέρος 2^ο . 1997
 40. Αθηνά Γιαννοπούλου: ψυχιατρική – νοσηλευτική. ΑΘΗΝΑ. 1999
 41. Ε. Πατηράκη: Η ανακουφιστική φροντίδα στην Ελλάδα. Ογκολογική Ενημέρωση. ΑΘΗΝΑ 1998
 42. Αργυρόπουλος Γ., :Είναι αναγκαία η ενσωμάτωση του γέλιου και του χιούμορ στο νοσηλευτικό προφίλ. Αθήνα, 2000.

