



**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ –
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΚΟΥΚΟΥΜΤΖΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΜΑΚΡΥΛΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

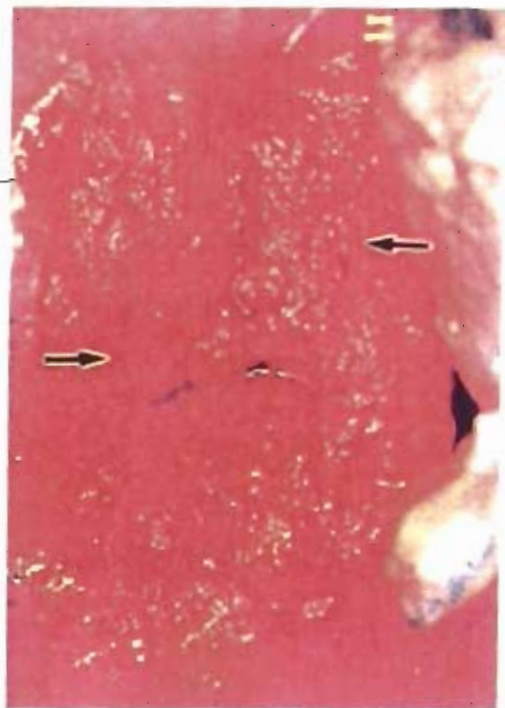
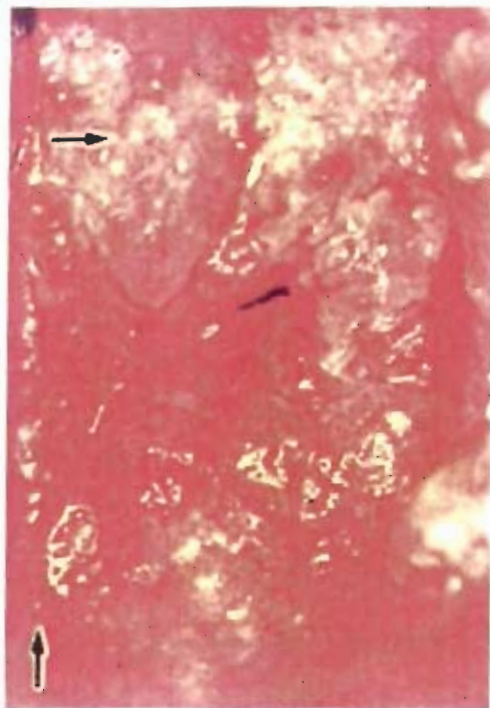
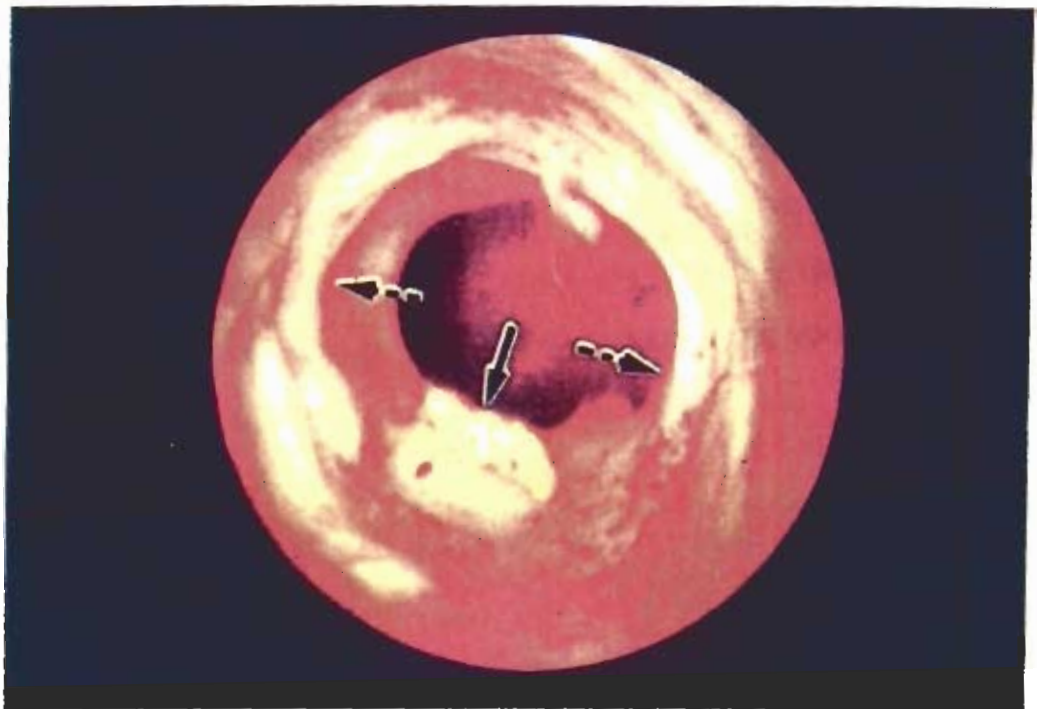
ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Dr. ΖΗΣΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ



ΠΑΤΡΑ, 2004

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ



Αφιέρωση - Ευχαριστίες

Αφιερώνουμε την εργασία αυτή, στις οικογένειές μας, και σε όσους μας βοήθησαν να την διεκπεραιώσουμε.

Ευχαριστούμε ιδιαίτερα τον καθηγητή μας κ. Ζήση Θεόδωρο που με τις παρεμβάσεις του συντέλεσε αποφασιστικά να φέρουμε εις πέρας την πτυχιακή μας εργασία.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελίδα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	i
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	ii
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	iv
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	v

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο .	Ανατομία: Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο .	Στοιχεία φυσιολογίας	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο .	Συμπτώματα καρκίνου του τραχήλου	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο .	Νεοπλάσματα τραχήλου της μήτρας	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο .	Στάδια καρκίνου τραχήλου της μήτρας	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο .	Αιτιολογικοί – προδιαθεσικοί παράγοντες	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο .	Πρόληψη – Έγκαιρη διάγνωση – Τεστ Παπανικολάου	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ^ο .	Διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ^ο .	Διαφορική διάγνωση	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 ^ο .	Θεραπεία: Επιλογή της κατάλληλης θεραπείας	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 ^ο .	Χειρουργική θεραπεία	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12 ^ο .	Ακτινοθεραπεία	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13 ^ο .	Χημειοθεραπεία	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14 ^ο .	Βιολογική θεραπεία	70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15 ^ο .	Εγκυμοσύνη και νεοπλάσματα τραχήλου	76
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16 ^ο .	Στατιστικά καρκίνου του τραχήλου της μήτρας	79

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο .	Γενικές νοσηλευτικές οδηγίες	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο .	Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο	83
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο .	Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε χειρουργική θεραπεία	85

Σελίδα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο.	Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε Χημειοθεραπεία	91
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο.	Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε Ακτινοθεραπεία	93
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο.	Νοσηλευτική αντιμετώπιση ειδικών προβλημάτων. Παρενέργειες και αντιμετώπισή τους	96
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο.	Άρρωστος με αθεράπευτο κασθήες νεόπλασμα	103
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο.	Ψυχολογικά προβλήματα του αρρώστου με καρκίνο	106
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο.	Αποκατάσταση του αρρώστου με καρκίνο	117
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο.	Η εξειδικευμένη στην ογκολογία αδελφή	120
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο.	Ζώντας με καρκίνο	126
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12^ο.	Κατ' οίκον περίθαλψη	132
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13^ο.	Σεξουαλικά θέματα	138
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14^ο.	Ρόλος νοσηλεύτριας-τη στην πρόληψη του καρκίνου τραχήλου μήτρας	141
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15^ο.	Περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο τραχήλου μήτρας – Νοσηλευτική διεργασία	143
ΠΕΡΙΛΗΨΗ		197
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ		198
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		200
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ		
Φωτογραφίες		

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το περιεχόμενο της εργασίας αυτής, αναφέρεται στη νόσο του καρκίνου του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και συγκεκριμένα στο καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας, που είναι πολύ συχνή αιτία θανάτου στις γυναίκες.

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

Το δεύτερο μέρος αναφέρεται στο ρόλο της νοσηλευτικής παρέμβασης κατά το διαγνωστικό έλεγχο, κατά τη διάρκεια της θεραπείας αλλά και μετά από αυτή. Γίνεται λόγος για την αντιμετώπιση των αρνητικών συναισθημάτων της καρκινοπαθούς, για την ψυχολογική, αλλά και κοινωνική προσφορά των νοσηλευτών στην ασθενή στο σπίτι.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σήμερα, στην εποχή μας, ο καρκίνος συνεχίζει να παραμένει ως ασθένεια που το άκουσμα της προκαλεί φόβο και τρόμο στον πληθυσμό, ως ασθένεια ανίατη αλλά και ως ένα στίγμα από τα μεγαλύτερα στο χώρο της ιατρικής.

Θα ήταν χρήσιμο να αναφέρουμε ότι σύμφωνα με τον Γαληνό Κλαύδιο, Έλληνα γιατρό κατά τον 3^ο μ.Χ. αιώνα, «Καρκίνος» σημαίνει κάβουρας. Η εικόνα του νεοπλάσματος όπως την περιγράφει ο Γαληνός αλλά και ο Ιπποκράτης παρουσιάζει διόγκωση και διήθηση της περιοχής, τα δε αγγεία έχουν διαταχθεί με τέτοιο τρόπο γύρω από τον όγκο, ώστε όλη η εικόνα να μοιάζει με τον κάβουρα της θάλασσας.

Ο καρκίνος αποτελείται από μια ομάδα κυττάρων που διαφέρουν από τα κανονικά κύτταρα του σώματος στο ότι, αντί να αναπτύσσονται κανονικά μ' έναν ελεγχόμενο τρόπο για να σχηματίσουν υγιείς ιστούς, φαίνεται να βρίσκονται έξω από κάθε έλεγχο και εξαπλώνονται γρήγορα μέσα στο σώμα, είτε με το αίμα ή κατευθείαν μέσα από τους ιστούς, σκοτώνοντας τα φυσιολογικά όσο αναπτύσσονται.

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

Ο γυναικείος πληθυσμός πολύ συχνά προσβάλλεται από διάφορες μορφές καρκίνου. Μια από τις συνηθισμένες μορφές καρκίνου είναι της μήτρας και πιο συγκεκριμένα του τραχήλου ο οποίος εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό από τα άλλα μέρη της.

Δυστυχώς ένας μεγάλος αριθμός γυναικών που πάσχει από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, είτε από φόβο, είτε διότι αγνοούν τα πλεονεκτήματα της ετήσιας γυναικολογικής εξέτασης, δεν διαγιγνώσκονται εγκαίρως.

Είναι χρήσιμο να κατανοηθεί απ' όλους ότι είναι ντροπή στη χώρα του Παπανικολάου να πεθαίνουν γυναίκες από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, λόγω άγνοιας και προκατάληψης.

Βασικός σκοπός σ' αυτή την εργασία είναι να αναφερθούν όλοι οι

παράγοντες που προδιαθέτουν σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και η σπουδαιότητα των διαγνωστικών εξετάσεων. Επίσης να επισημανθούν όλες οι θεραπευτικές επιλογές. Απέναντι σ' αυτή την νόσο αναγκαίο είναι να αναφερθεί και ο σημαντικός ρόλος της νοσηλεύτριας –τη από την ανίχνευση της νόσου, μέχρι τη θεραπεία ή ακόμα και το τελικό της στάδιο.



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Τα όργανα του συστήματος αυτού χωρίζονται:

- ⇒ στα μέσα και
- ⇒ στα έξω γεννητικά όργανα.

Στα μέσα γεννητικά όργανα ανήκουν:

- ▲ Οι ωοθήκες
- ▲ Οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί
- ▲ Η μήτρα και
- ▲ Ο κόλπος ή κολεός

Τα έξω γεννητικά όργανα αποτελούν όλα μαζί το αιδοίο και είναι:

- ▲ Το εφηβαίο ή όρος της Αφροδίτης.
- ▲ Τα μεγάλα χείλη.
- ▲ Τα μικρά χείλη.
- ▲ Η κλειτορίδα.
- ▲ Ο πρόδρομος του κόλπου.
- ▲ Οι βολβοί του προδρόμου.
- ▲ Οι αδένες του προδρόμου ή αδένες του Bartholini.

ΕΣΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Οι ωothήκες, όπως οι όρχεις, είναι δύο μικροί αδένες. Παράγουν τα ωράρια, που παριστάνουν την έξω έκκριση των ωθηκών και τις γυναικείες ορμόνες που αποτελούν την έσω έκκριση τους.

Η ωothήκη έχει σχήμα αμυγδάλου και μέγεθος 3 εκατοστά σε μήκος, 1,5 εκατοστό σε πλάτος και περίπου 1 εκατοστό σε πάχος. Η κάθε ωothήκη βρίσκεται σε μια μικρή κοιλότητα, των ωθηκικό βόθρο, που σχηματίζεται από το περιτόναιο στο πλάγιο τοίχωμα της μικρής πυέλου.

Η κάθε ωothήκη έχει μια μέσα και μία έξω επιφάνεια, ένα πάνω και ένα κάτω άκρο και ένα εμπρός και ένα πίσω χείλος.

Το μπρος χείλος συνδέεται με τον πλατύ σύνδεσμο της μήτρας με μία πτυχή του περιτοναίου που λέγεται μεσωθήκιο. Το χείλος αυτό αποτελεί την πύλη απ' όπου μπαίνουν τα αγγεία και τα νεύρα της ωothήκης. Το πίσω χείλος είναι ελεύθερο.

Το πάνω άκρο συνδέεται με το πλάγιο τοίχωμα της πυέλου με τον κρεμαστήρα σύνδεσμο και το κάτω άκρο συνδέεται με το πλάγιο τοίχωμα της μήτρας με τον μητροωθηκικό ή ίδιο σύνδεσμο της ωothήκης.

Η έξω επιφάνεια έχει σχέση με την έσω θυροειδή μυ και τα θυροειδή αγγεία και νεύρα. Στην μέσα επιφάνεια της ωothήκης ακουμπά ο κώδωνας του αγωγού με το μεσοσαλπίγγιο.

Η ωothήκη αποτελείται από τα έξω προς τα μέσα από:

- ▲ το βλαστικό επιθήλιο που είναι μονόστιβο κυβικό,
- ▲ τον φλοιό που περιέχει τα ωθυλάκια μέσα σ' ένα στρώμα από συνδετικό ιστό, και
- ▲ τον μυελό που περιέχει αγγεία, νεύρα και συνδετικό ιστό με μυϊκές ίνες.

Στις ωothήκες των ανήλικων γυναικών υπάρχουν πολλά μικρά ωθυλάκια που αποτελούνται από ένα ωάριο στο κέντρο και ένα στρώμα από κυβικά επιθηλιακά κύτταρα γύρω του.

Από την εφηβική ηλικία και μετά, ορισμένα από τα μικρά ανώριμα ωθυλάκια μεγαλώνουν, τα επιθηλιακά κύτταρα γύρω από το ωάριο

πολλαπλασιάζονται και μεταξύ τους σχηματίζονται κοιλότητες με υγρό. Προοδευτικά οι κοιλότητες ενώνονται σε μία και το ώριμο ωοθυλάκιο αποτελείται από:

1. Το ωάριο που έχει γίνει μεγαλύτερο από τα κύτταρα του σώματος.
2. Το επιθήλιο που είναι πολύστιβο και περιέχει μία κοιλότητα, το άντρο του ωοθυλακίου και
3. Την θήκη του ωοθυλακίου που σχηματίζεται από τον συνδετικό ιστό του φλοιού γύρω από τον επιθήλιο.

Στις ωοθήκες των ενήλικων γυναικών υπάρχουν ωοθυλάκια σε διάφορα στάδια ωριμότητας. Κάθε μήνα ένα από τα ωοθυλάκια αυτά μεγαλώνει περισσότερο από τα υπόλοιπα πλησιάζει την επιφάνεια της ωοθήκης και τελικά σπάζει και ελευθερώνει το ωάριο και μετατρέπεται σε ωχρό και μετά σε λευκό σωματίο.

Τα υπόλοιπα "άτρητα" ωοθυλάκια προοδευτικά ατροφούν και εξαφανίζονται.

Στην περίπτωση που το ωάριο γονιμοποιηθεί το ωχρό σωματίο τρέφεται μέχρι τον έκτο μήνα της κύησης.

Από το ωοθυλάκιο και το ωχρό σωματίο παράγονται οι θηλυκές ορμόνες ωοθυλακίνη (ή οιστραδιόλη) και ωχρίνη (ή προγεστερόνη).

Οι ωοθήκες παίρνουν αίμα από τις έσω σπερματικές αρτηρίες που λέγονται και ωοθηκικές, και από κλάδους της μητριαίας αρτηρίας.

Οι φλέβες των ωοθηκών είναι οι έσω σπερματικές που καταλήγουν στην κάτω κοίλη.

Το ωοθηκικό νευρικό πλέγμα, που στέλνει νευρικές ίνες στις ωοθήκες, σχηματίζεται από το συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα.

Οι σάλπιγγες ή वाग्वगोί είναι δύο λεπτοί σωλήνες που χρησιμεύουν για την μεταφορά του ωαρίου από τις ωοθήκες στην μήτρα. Στις σάλπιγγες γίνεται η γονιμοποίηση του ωαρίου.

Η κάθε σάλπιγγα έχει μήκος περίπου 10 εκατοστά και βρίσκεται στο πάνω χείλος του πλατιού συνδέσμου της μήτρας. Για τον λόγο αυτό το πάνω μέρος του συνδέσμου αυτού λέγεται και μεσοσαλπίγγιο.

Το έξω ή κοιλιακό στόμιο της σάλπιγγας μοιάζει με χωνί και λέγεται κώδωνας. Η άκρη του είναι πιο φαρδιά και σχηματίζει κρόσσια (ή γλωσσίδες) που ακουμπάνε στην ωοθήκη. Ιδιαίτερα ένα από τα κρόσσια αυτά που είναι πιο μακρύ και λέγεται ωοθηκικό έχει από το μέσα μέρος ένα αυλάκι. Το ωάριο όταν βγει από την ωοθήκη ακολουθώντας το αυλάκι αυτό κατευθύνεται προς την κοιλότητα της σάλπιγγας.

Το μέσα ή μητριαία στόμιο της σάλπιγγας είναι πολύ στενό και ανοίγει στα πλάγια του πυθμένα της μήτρας.

Εκτός από τον κώδωνα η σάλπιγγα χωρίζεται σε τρία άλλα μέρη από έξω προς τα μέσα:

- ↖ Τη λήκυθο
- ↖ Τον ισθμό και
- ↖ Το μητριαίο ή τοιχωματικό μέρος.

Η λήκυθος είναι το πιο μακρύ και πιο φαρδύ μέρος της σάλπιγγας. Αρχίζει από τον κώδωνα και φτάνει ως τον ισθμό. Σ' αυτό γίνεται η γονιμοποίηση του ωαρίου.

Ο ισθμός είναι πιο στενός και πιο μικρός από τη λήκυθο, και φτάνει προς τα μέσα ως την μήτρα.

Το μητριαίο τμήμα είναι το πιο στενό και το πιο μικρό μέρος της σάλπιγγας και βρίσκεται μέσα στο τοίχωμα της μήτρας. Αρχίζει από τον ισθμό και καταλήγει στο μητριαίο στόμιο της σάλπιγγας.

Το τοίχωμα των σαλπίγγων αποτελείται από:

1. Τον ορογόνο χιτώνα που είναι το περισπλάχνιο πέταλο του περιτοναίου και σκεπάζει την σάλπιγγα από έξω.
2. Τον μυϊκό χιτώνα που σχηματίζεται από δύο στοιβάδες λείων ινών:
 - i. την έξω επιμήκη και
 - ii. την μέση κυκλική, και

3. Τον βλεννογόνο που αποτελείται από μονόστιβο επιθήλιο και χόριο. Τα κύτταρα του επιθηλίου έχουν κρόσσια που κατευθύνουν με τις κινήσεις τους το ωάριο προς την κοιλότητα της μήτρας.

Οι σάλπιγγες έρχονται σε σχέση μπροστά με την ουροδόχο κύστη και πίσω με το ορθό. Η σκωληκοειδής απόφυση τις περισσότερες φορές είναι πολύ κοντά στη δεξιά σάλπιγγα και το σιγμοειδές στην αριστερή.

Οι σάλπιγγες παίρνουν αίμα από τις ωθηκικές και τις μητριάιες αρτηρίες.

Τα νεύρα προέρχονται από το μητροκοιλικό και το ωθηκικό πλέγμα του φυτικού συστήματος.

Η μήτρα βρίσκεται στη μικρή πύελο μεταξύ της ουροδόχου κύστης μπροστά και του ορθού πίσω. Έχει ένα παχύ μυϊκό τοίχωμα και μέσα μια κοιλότητα που επικοινωνεί από τα πλάγια με τις σάλπιγγες και προς τα κάτω με τον κόλπο.

Μέσα στην κοιλότητα της μήτρας φτάνει το ωάριο μετά από τη γονιμοποίησή του στη σάλπιγγα και αναπτύσσεται σε έμβρυο. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η μήτρα τρέφει και προστατεύει το έμβρυο ως την ώρα του τοκετού όταν οι συσπάσεις του μυϊκού χιτώνα σπρώχνουν το έμβρυο προς τον κόλπο.

Η μήτρα έχει το σχήμα αχλαδιού με τη βάση προς τα πάνω και είναι πιο πλατιά από εμπρός προς τα πίσω. Έχει μήκος 7,5 εκ. περίπου, πλάτος 5 εκ. στη βάση και πάχος 2,5 εκ.

Χωρίζεται σε τρία μέρη:

- ▲ Στον πυθμένα
- ▲ Στο σώμα και
- ▲ Στον τράχηλο.

Ο πυθμένας είναι το πιο φαρδύ πάνω μέρος της μήτρας. Χωρίζεται, από το αίμα με την μεσοσαλπιγγική γραμμή μια φανταστική γραμμή που ενώνει τα στόμια των δύο σαλπίγγων.

Το σώμα χωρίζεται από τον τράχηλο με τον ισθμό που είναι το πιο στενό μέρος της μήτρας. Ο ισθμός αντιστοιχεί από μέσα στο έσω στόμιο της

μήτρας που χωρίζει την κοιλότητα του σώματος από την κοιλότητα του τραχήλου.

Ον τράχηλος (ή αυχέννας) είναι το κατώτερο τμήμα της μήτρας. Επικοινωνεί προς τα κάτω με τον κόλπο, με το έξω στόμιο της μήτρας. Η κοιλότητα του κόλπου περιβάλλει το κατώτερο μέρος του τραχήλου και τον χωρίζει σε δύο μέρη:

- ▲ Το πάνω ή υπερκολεϊκό και
- ▲ Το κάτω ή ενδοκολεϊκό.

Το σώμα της μήτρας γέρνει μπροστά και ο άξονας του σχηματίζει με τον άξονα του τραχήλου περίπου μια ορθή γωνία. Η θέση αυτή είναι η φυσιολογική «πρόσθια κάμψη» της μήτρας.

Στη θέση αυτή η μήτρα παρουσιάζει δύο επιφάνειες μια μπρος και μία πίσω και δύο χείλη στα πλάγια. Η εμπρός επιφάνεια γέρνει προς τα κάτω και έρχεται σε σχέση με την ουροδόχο κύστη.

Η πίσω επιφάνεια βλέπει προς τα πάνω και έρχεται σε σχέση πίσω με το ορθό και πάνω με έλικες του λεπτού εντέρου.

Από τα πλάγια χείλη αρχίζουν οι πλατείς σύνδεσμοι της μήτρας. Μεταξύ των δύο πετάλων του συνδέσμου κοντά στα χείλη της μήτρας, βρίσκονται τα μητριαία αγγεία. Στα πλάγια χείλη της μήτρας και πάνω βρίσκονται τα μητριαία στόμια των σαλπίνγων.

Το περιτόναιο σκεπάζει όλη σχεδόν τη μήτρα εκτός από την εμπρός επιφάνεια του τραχήλου, και σχηματίζει δύο χώρους ένα πιο μικρό εμπρός, μεταξύ της μήτρας και της ουροδόχου κύστης και ένα πιο μεγάλο πίσω, μεταξύ της μήτρας και του ορθού. Ο πρώτος λέγεται κυστεομητρικός χώρος και ο δεύτερος ευθυμητρικός.

Τη μήτρα εκτός από το περιτόναιο στηρίζουν και οι παρακάτω σύνδεσμοι:

Οι πλατείς σύνδεσμοι είναι δύο πτυχές του περιτόναιου που συνδέουν τα χείλη της μήτρας με το πλάγιο τοίχωμα της πυέλου.

Περικλείουν στο πάνω χείλους τους τις σάλπιγγες και από τη μέση της πίσω επιφάνειας ξεκινά το μεσωθήκιο που χωρίζει έτσι τον πλατύ σύνδεσμο σε δύο μέρη. Το πάνω ή μεσοσαλπίγγιο και το κάτω ή μεσομήτριο.

Οι στρογγυλοί σύνδεσμοι είναι δύο ταινίες που αρχίζουν από τα πλάγια χείλη της μήτρας, κοντά στον πυθμένα, και μέσα από τα δύο πέταλα των πλατιών συνδέσμων φτάνουν στο μέσα στόμιο του βουβωνικού πόρου. Αφού διασχίσουν τον βουβωνικό πόρο καταλήγουν στα μεγάλα χείλη του αιδοίου.

Οι ιερομήτρικοί ή ευθυμητρικοί σύνδεσμοι είναι και αυτοί δύο και ενώνουν το ιερό οστό με τον ισθμό της μήτρας.

Το παραμήτριο είναι συνδετικός ιστός που περιβάλλει τη μήτρα, ειδικά γύρω από τον τράχηλο, και προχωρεί και στα πλάγια μεταξύ των δύο πετάλων των πλατιών συνδέσμων.

Το τοίχωμα της μήτρας αποτελείται από τρεις χιτώνες που είναι από έξω προς μέσα:

1. Ο ορογόνος ή περιμήτριο που εισέρχεται από το περιτόναιο.
2. Ο μυϊκός χιτώνας ή μυομήτριο είναι ο πιο παχύς από τους χιτώνες της μήτρας, ιδιαίτερα στο σώμα και αποτελείται από τρεις στιβάδες λείων μυϊκών ινών:
 - ↙ Την έξω που περιλαμβάνει κυρίως επιμήκειες ίνες.
 - ↙ Την μέση που είναι η πιο παχιά και περιλαμβάνει εγκάρσιες, επιμήκειες και λοξές ίνες και
 - ↙ Την έσω που περιλαμβάνει επιμήκειες και εγκάρσιες ίνες.
3. Ο βλεννογόνος ή ενδομήτριο που περιλαμβάνει:
 1. Επιθήλιο μονόστιβο σωληνώδες κροσσωτό εκτός από το έξω στόμιο που είναι πολύστιβο.
 2. Χόριο.
 3. Αδένες σωληνοειδείς που καλύπτονται και αυτοί από μονόστιβο κροσσωτό επιθήλιο και παράγουν γλυκογόνο στο σώμα και βλέννα στον τράχηλο. Οι πυθμένες των αδένων μπαίνουν μέσα στο μυομήτριο και από αυτούς ξαναγεννιέται το ενδομήτριο κάθε

μήνα μετά την καταστροφή του κατά την διάρκεια της εμμηνου ροής.

Οι αρτηρίες της μήτρας είναι οι δύο μητριαίες που προέρχονται από τις έσω λαγόνιες, και φτάνουν στη μήτρα από τα πλάγια, μέσα στους πλατείς συνδέσμους. Η μήτρα δέχεται αίμα και από τις ωθηκικές αρτηρίες.

Οι φλέβες της μήτρας σχηματίζουν ένα πλέγμα γύρω από τις μητριαίες αρτηρίες και καταλήγουν στις έσω λαγόνιες και τις έσω σπερματικές φλέβες.

Η νεύρωση της μήτρας προέρχεται από το μητροκολεϊκό και ωθηκικό πλέγμα που σχηματίζονται από συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες.

Ο κόλπος ή κολεός είναι ένας ελαστικός σωλήνας που αρχίζει από το έξω στόμιο της μήτρας και καταλήγει στο αιδοίο. Ο άξονας του έχει κατεύθυνση από πάνω και πίσω προς τα κάτω και εμπρός.

Το πάνω μέρος του κόλπου βρίσκεται μέσα στην πύελο κάτω από το περιτόναιο και λέγεται πνευλικό. Το κάτω μέρος του είναι πολύ μικρότερο, βρίσκεται στο περίνεο και λέγεται περινεϊκό.

Ο κόλπος έχει:

- ▲ Ένα πάνω άκρο.
- ▲ Ένα σώμα, και
- ▲ Ένα κάτω άκρο ή στόμιο.

Το πάνω άκρο περιβάλλει το ενδοκολεϊκό μέρος που τραχήλου σχηματίζοντας ένα κυκλικό θόλο. Προς τα πίσω ο θόλος ανεβαίνει πιο ψηλά σε σύγκριση με το μπρος και τα πλάγια μέρη του θόλου, και έρχεται σε σχέση με τον ευθυμητρικό χώρο της περιτοναϊκής κοιλότητας. Μπροστά ο θόλος φτάνει ως τον πυθμένα της ουροδόχου κύστης και πλάγια ως την βάση των πλατιών συνδέσμων.

Το σώμα του κόλπου είναι στο μεγαλύτερό του μέρος πιο πλατύ από εμπρός προς τα πίσω, παρουσιάζει δηλαδή ένα εμπρός και ένα πίσω τοίχωμα και δύο πλάγια χείλη. Το πίσω τοίχωμα (9 εκ.) είναι πιο μακρύ από το εμπρός (7,5 εκ.) και έρχεται σε σχέση με το ορθό από το οποίο χωρίζεται με τον ευθυμητρικό χώρο πάνω από το ευθυκολεϊκό διάφραγμα πιο κάτω. Το διάφραγμα αυτό που αποτελείται από συνδετικό ιστό είναι πιο παχύ στο κάτω μέρος του και ονομάζεται ευθυκολεϊκό τρίγωνο.

Το εμπρός τοίχωμα του κόλπου έρχεται σε σχέση με τον πυθμένα της ουροδόχου κύστης στο πάνω μέρος του και με την ουρήθρα στο κάτω. Μεταξύ τους μεσολαβεί ένα διάφραγμα από συνδετικό ιστό που ονομάζεται κυστεοκολεϊκό στο πάνω μέρος και ουρηθροκολεϊκό στο κάτω.

Τα πλάγια χείλη έρχονται σε σχέση πάνω με τους πλατείς συνδέσμους, τις μητριάιες αρτηρίες και το τελευταίο τμήμα των ουρητήρων, στη μέση με τους ανελκτήρες μυς του πρωκτού, και κάτω με τον εγκάρσιο μυ του περινέου και τους βολβούς του προδρόμου.

Το κάτω άκρο του κόλπου καταλήγει στον πρόδρομο του κόλπου ή κολεού. Στις παρθένες γυναίκες μια πτυχή του βλεννογόνου στενεύει το κάτω στόμιο του κόλπου. Η πτυχή αυτή που ονομάζεται παρθενικός υμένας έχει διαφορετικό σχήμα στις διάφορες γυναίκες. Ανάλογα με το σχήμα του ο παρθενικός υμένας λέγεται δακτυλιοειδής, μηνοειδής, κροσσώτος, σχιστός κ.τ.λ. Σε σπάνιες περιπτώσεις ο υμένας είναι άτρητος και φράζει τελείως το κάτω στόμιο του κόλπου.

Μετά την ρήξη του παρθενικού υμένα που γίνεται με τη συνουσία και ιδιαίτερα με τον τοκετό τα τμήματα του υμένα που παραμένουν γύρω από το στόμιο του κόλπου ονομάζονται μύρτα.

Το τοίχωμα του κόλπου αποτελείται από έξω προς τα μέσα από τρεις χιτώνες:

1. Τον ινώδη χιτώνα.
2. Τον μυϊκό χιτώνα που περιλαμβάνει δύο στιβάδες λείων ινών:
 - ο Την έξω επικήκη, και
 - ο Την έσω κυκλοτερή.

Γύρω από το στόμιο του κόλπου υπάρχουν και γραμμωτές ίνες που σχηματίζουν ένα σφιγκτήρα ελεγχόμενο από τη θέληση.

3. Τον βλεννογόνο που περιλαμβάνει:
 - ο Επιθήλιο πολύστιβο πλακώδες και
 - ο Χόριο χωρίς αδένες.

Ο βλεννογόνος σχηματίζει δύο κάθετες πτυχές στο εσωτερικό του κόλπου του εμπρός και τον πίσω στύλο από τους οποίους ξεκινάνε προς τα πλάγια εγκάρσιες ρυτίδες, οι φοινικοειδείς πτυχές.

Οι αρτηρίες του κόλπου είναι η μητροκολεϊκή, κλάδος της μητριάας, η μέση αιμορροϊδική και η μέση και κάτω κολεϊκοί κλάδοι της κάτω κυστικής.

Οι φλέβες του κόλπου σχηματίζουν ένα πλέγμα και καταλήγουν στην έσω λαγόνιο φλέβα.

Η νεύρωση προέρχεται από το μητροκολεϊκό πλέγμα που σχηματίζεται από ίνες του φυτικού συστήματος.

ΕΞΩ ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Τα έξω γεννητικά όργανα της γυναίκας αποτελούν το αιδοίο και βρίσκονται μεταξύ των ριζομηρίων.

Το αιδοίο περιλαμβάνει:

1. Το **εφηβαίο** ή **όρος της Αφροδίτης**. Είναι μια τριγωνική προεξοχή του δέρματος εμπρός από την ηβική σύμφυση και οφείλεται στο υποδόριο λίπος που υπάρχει στην περιοχή αυτή στις γυναίκες. Η βάση της τριγωνικής αυτής περιοχής είναι προς τα πάνω και η κορυφή προς τα κάτω. Μετά την εφηβική ηλικία στο δέρμα του εφηβαίου αναπτύσσονται τρίχες.
2. Τα **μεγάλα χείλη** του αιδοίου είναι δύο πτυχές του δέρματος που χωρίζονται μεταξύ τους, με την αιδοϊκή σχισμή. Τα εμπρός και τα πίσω άκρα των χειλέων αυτών ενώνονται για να σχηματίσουν τον πρόσθιο και τον οπίσθιο σύνδεσμο αντίστοιχα. Κάτω από το δέρμα των μεγάλων χειλέων υπάρχει αρκετό υποδόριο λίπος και μερικές λείες μυϊκές ίνες.
3. Τα **μικρά χείλη** του αιδοίου είναι και αυτά δύο πτυχές του δέρματος από το μέσα μέρος των μεγάλων χειλέων από τα οποία

σκεπάζονται. Από τα πλάγια τα μικρά χείλη χωρίζονται από τα μεγάλα με τις μεσοχειλικές αύλακες. Από το μέσα μέρος περικλείουν τον πρόδρομο του κόλπου από τον οποίο χωρίζονται με τις νυμφουμένικες αύλακες. Το κάθε μικρό χείλος χωρίζεται μπροστά με δύο πτυχές που ενώνονται με τις αντίστοιχες του άλλου χείλους γύρω από την κλειτορίδα. Οι πάνω πτυχές σχηματίζουν την πρόσθη και οι κάτω τον χαλινό της κλειτορίδας. Πίσω τα μικρά χείλη ενώνονται μεταξύ τους για να σχηματίσουν τον χαλινό των μικρών χειλέων.

4. Η **κλειτορίδα** βρίσκεται μεταξύ των πρόσθιων άκρων των μικρών χειλέων. Έχει μήκος 5-6 εκ. και αποτελείται από στυτικό ιστό όπως το πέος, με τη διαφορά ότι η κλειτορίδα έχει μόνο δύο σηραγγώδη σώματα. Πίσω τα σηραγγώδη σώματα καταλήγουν στα σκέλη της κλειτορίδας που ακουμπάνε στους ηβοϊσχιακούς κλάδους των ανώνυμων οστών. Τα σκέλη ενώνονται για να σχηματίσουν το σώμα της κλειτορίδας που καταλήγει μπροστά στη βάλανο. Το σώμα της κλειτορίδας γέρνει προς τα κάτω σχηματίζοντας το γόναυ της κλειτορίδας. Τα σηραγγώδη σώματα περιβάλλονται από έναν ινώδη χιτώνα που σχηματίζει μεταξύ τους ένα διάφραγμα. Στο πάνω μέρος του ινώδη χιτώνα καταφύεται ο κρεμαστήρας σύνδεσμος της κλειτορίδας που εκφύεται από την ηβική σύμφυση.
5. Ο **πρόδρομος του κολεού** είναι το χάσμα μεταξύ των μικρών χειλέων του αιδοίου από την κλειτορίδα μπροστά μέχρι τον χαλινό των μικρών χειλέων πίσω. Στο βάθος του προδρόμου υπάρχει το κάτω στόμιο του κόλπου με τον παρθενικό υμένα που το στενεύει από τα πλάγια και πίσω. Πιο μπροστά μεταξύ του στομίου του κόλπου και της κλειτορίδας υπάρχει η ουρική θηλή και στην κορυφή της βρίσκεται το έξω στόμιο της ουρήθρας.

6. **Οι βολβοί του προδρόμου** είναι δύο στενόμακρα σώματα από στυτικό ιστό που βρίσκονται στο βάθος των μεγάλων χειλέων και περιβάλλουν από τα πλάγια το κάτω στόμιο του κόλπου. Αντιστοιχούν στο βολβό του σηραγγώδους σώματος στην ουρήθρα στον άντρα. Ο κάθε βολβός του προδρόμου έχει μήκος 3 εκ. περίπου και σχήμα αμυγδαλού. Τα μυτερά άκρα των βολβών ενώνονται μπροστά μεταξύ της κλειτορίδας και της ουρηθρικής θηλής.

7. **Οι αδένες του προδρόμου ή αδένες του Bartholini** είναι δύο, έχουν μέγεθος φακής και βρίσκονται μέσα στα μεγάλα χείλη του αιδοίου κοντά στο πίσω άκρο των βολβών του προδρόμου. Ο κάθε αδένας έχει έναν πόρο μήκους 1-2 εκ. που ανοίγει στην νυμφουμένικη αύλακα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΜΗΤΡΑ

Το μιομήτριο στο σύνολό του, υφίσταται τις επιδράσεις των καθυκόντων ορμονών.

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

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

Ιστολογικά ευρήματα σε φυσιολογικό κύκλο

Το ενδομήτριο, υφίσταται μεταβολές κατά τη διάρκεια του φυσιολογικού γεννητικού κύκλου, ανάλογα προς τη δράση των ωοθηκών ορμονών, στις οποίες φυσιολογικά πρέπει να ανταποκρίνεται πλήρως.

Διακρίνονται τρεις φάσεις των μεταβολών αυτών:

- Η **παραγωγική**, η οποία δημιουργείται υπό την επίδραση των οιστρογόνων.
- Η **εκκριτική** που δημιουργείται από την επίδραση της

- προγεστερόνης παρουσία των οιστρογόνων, και
- ο Η αιμορροϊκή ή εμμηνορρυσιακή, η οποία προκαλείται από απότομη πτώση των αμφοτέρων ωθηκών ορμονών.

Παραγωγική φάση

Αρχίζει με τη λήξη της εμμήνου ρύσεως και διακρίνει μέχρι την ωοθυλακιορρηξία. περίπου μέχρι τη 14^η ημέρα του κύκλου, σε φυσιολογικό κύκλο 28 ημερών. Η αναγέννηση, όμως του ενδομητρίου, αρχίζει από την επίδραση των οιστρογόνων, ενώ νέο καλυπτικό επιθήλιο παρατηρείται από την 3^η ημέρα του κύκλου.

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

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

Εκκριτική φάση

Μετά την ωοθυλακιορρηξία, από την 13^η -15^η ημέρα του κύκλου, το ενδομήτριο υφίσταται περαιτέρω μεταβολές λόγω της επιπρόσθετης επίδρασης, της υπό του ωχρού σωματίου εκκρινόμενης προγεστερόνης.

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

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

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

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

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

Αιμορροϊκή ή εμμηνορρυσιακή φάση

Σε αποτυχία γονιμοποίησης του ωαρίου και εγκατάστασης αυτού εκδηλώνεται από πτώση του ενδομητρίου και επέρχεται με την αιμορραγία, το τέλος του γεννητικού κύκλου.

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

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

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

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

Όταν επέλθει εμμηνόπαυση, το ενδομήτριο εμφανίζει τη νέα σταθερή κατασκευή. Αυτό ατροφεί βαθμιαία μέχρις ότου λάβει την εικόνα γεροντικού, με ελάχιστα και βραχεία αδένια, επενδυσμένο από κυβοειδή κύτταρα και από στρώμα, το οποίο τείνει να γίνει ινώδες, με σπάνια αγγεία.

ΤΡΑΧΗΛΟΣ

Τραχηλικό στόμιο

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

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

Βλεννογόνος του ενδοτραχήλου

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

Σε φυσιολογικό γεννητικό κύκλο, με φυσιολογική δράση των ωοθηκών ορμονών, παρατηρείται ότι μετά την εμμηνορρυσία και μέχρι την 14^η ημέρα περίπου του κύκλου, τα κύτταρα πληρούνται προοδευτικά από βλέννα. Από τη 12^η μέχρι την 15^η ημέρα περίπου, η εκκρινόμενη βλέννα φθάνει στο

μεγαλύτερο βαθμό, ενώ μάζες προσφάτως εκκρινόμενης βλέννας, παρατηρούνται στον αυλό των αδενίων και της τραχηλικής κοιλότητας. Από την 18^η μέχρι την 24^η ημέρα του κύκλου η βλέννα μειώνεται σημαντικά. Τέλος από την 24^η ημέρα μέχρι την έναρξη της πρώτης ημέρας του κύκλου, η βλέννα επαναρχίζει σε μικρή ποσότητα ενώ ο πυρήνας των κυττάρων είναι στρογγυλός. Παρατηρούνται περισσότερα κροσσωτά κύτταρα.

Τραχηλική βλέννα

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

Μακροσκοπική εξέταση

Κατά το φυσιολογικό γεννητικό κύκλο, η τραχηλική βλέννα παρουσιάζει διάφορες αυξομειώσεις:

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

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

Επίσης, το Ph υφίσταται αυξομειώσεις κατά τη διάρκεια του κύκλου. Έτσι κατά την πρώτη φάση του κύκλου, αμέσως μετά την έμμηνο ρύση,

εμφανίζεται ελαφρώς όξινο και μετατρέπεται σταδιακά σε αλκαλικό για να φθάσει στο μεγαλύτερο βαθμό αλκαλικότητας κατά τη φάση της ωοθηλακιορρηξίας.

Μικροσκοπική εξέταση

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

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

Κρυστάλλωση βλέννας

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

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

Λευκοκύτταρα

Στα γεννητικά όργανα και σε φυσιολογικό γεννητικό κύκλο, αμέσως την 5^η ημέρα περίπου του κύκλου και μέχρι την 10^η, όπου η βλέννα είναι λίγη σε ποσότητα, θολή και παχύρρευστη, ανευρίσκονται εκτός και κυρίως εντός της τραχηλικής βλέννας, άφθονα πολυμορφοπύρηννα λευκοκύτταρα, ως και άφθονα μητρικά και ενδοτραχηλικά. Από την 1^η περίπου ημέρα, όπου η βλέννα αρχίζει να μεταβάλλεται, παρατηρείται ελάττωση των λευκοκυττάρων,

τα οποία εξαφανίζονται σχεδόν την 12^η ημέρα, δηλαδή περίπου κατά την ωοθυλακιορρηξία.

Από την 16^η ημέρα, παρατηρούνται εντός της βλέννας αφθονότατα πολυμορφοπύρρηνα λευκοκυττάρων, συγκεκολλημένα μεταξύ τους και ενδοτραχηλικά κύτταρα. Τα πολυμορφοπύρρηνα λευκοκύτταρα, αυξάνονται συνεχώς μέχρι την παραμονή της 28^{ης} ημέρας του κύκλου.

Η παρουσία άφθονων λευκοκυττάρων καθ' όλη τη διάρκεια του κύκλου και ιδιαίτερα κατά την εποχή της ωοθυλακιορρηξίας, σημαίνει την ύπαρξη φλεγμονής.

Ο τράχηλος κατά την κύηση και τον τοκετό

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

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

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

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Γυναίκες με προκαρκινικές αλλοιώσεις στον τράχηλό τους συνήθως δεν παρουσιάζουν συμπτώματα, αυτός είναι λόγος που καθιστά σημαντικούς τους τακτικούς ελέγχους με Pap –test. Μια γυναίκα συνήθως δεν παρουσιάζει κανένα σύμπτωμα μέχρι που τα κύτταρα μετατρέπονται σε καρκινικά και προσβάλλουν τα ενδότερα μέρη του τραχήλου και άλλων οργάνων της λεκάνης.

Στα πρώιμα στάδια του καρκίνου του τραχήλου μια γυναίκα μπορεί να παρουσιάσει λίγα συμπτώματα και αυτά μπορεί να μην είναι ανησυχητικά γι' αυτήν.

Κάποια πρώιμα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν:

- ο Κολπικές εκκρίσεις

Ο καρκίνος του τραχήλου μπορεί να προκαλέσει περισσότερες κολπικές εκκρίσεις από ότι συνήθως. Οι εκκρίσεις αυτές είναι αιματηρές και μυρίζουν έντονα.

- ο Ανώμαλες κολπικές αιμορραγίες

Μια γυναίκα με καρκίνο του τραχήλου μπορεί να έχει αιμορραγίες μεταξύ των περιόδων της ή μετά από σεξουαλική επαφή. Η αποβολή αίματος κατά την διάρκεια της περιόδου μπορεί να είναι εντονότερη ή να διαρκεί περισσότερο.

- ο Οσμή

Μια γυναίκα με καρκίνο του τραχήλου θα παρατηρήσει μια περίεργη και δυσάρεστη οσμή.

ο Πόνος

Μια γυναίκα με καρκίνο του τραχήλου θα νιώθει πόνο κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής ή ξαφνικούς πόνους στην περιοχή της λεκάνης.

Σε πιο προχωρημένα στάδια η γυναίκα μπορεί να παρατηρήσει:

- Πόνους στην περιοχή της λεκάνης.
- Έντονη αιμορραγία από τον κόλπο.
- Μόνο ένα πρησμένο πόδι.

Τα σημάδια αυτά συνήθως μαρτυρούν ότι ο καρκίνος έχει απλωθεί στον ιστό γύρω από τον τράχηλο.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

A. ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΑ (ΘΗΛΩΜΑΤΑ)

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

Διαφορική διάγνωση

Σε μια αδρή εξέταση τα κονδυλώματα, μπορεί να εκληφθούν ως διηθητικά καρκινώματα. Ιστολογικά διακρίνονται από έλλειψη κυτταρικής ατυπίας και μιτώσεων καθώς και από το ότι οι βασικές μεμβράνες παραμένουν άθικτες.

B. ΜΕΣΕΓΧΥΜΑΤΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ

Λειωμύωματα

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

Αιμαγγειώματα

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

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

Γ. ΜΙΚΤΟΙ ΟΓΚΟΙ

Θηλώδη αδenoϊνώματα

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

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

Διαφορική διάγνωση

Οι ενδοτραχηλικοί πολύποδες διακρίνονται από χαλαρό οιδηματώδες ή το ινώδες, χωρίς κυτταρικό στρώμα. Τα αδenoσάρκωματα αναγνωρίζονται από την υψηλή μιτωτική τους δραστηριότητα. Τις περιοδενικές τους συναθροίσεις από λευκοκύτταρα και τον πολυμορφισμό των κυτταρικών πυρήνων.

Αδενομώματα

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

Ινομώματα

Τα ινομώματα είναι δυνατόν να αφορούν το σώμα της μήτρας ή τον τράχηλο (τραχηλικά) και είναι μεμονωμένα ή πολλαπλά.

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

Ιστολογικά, αποτελούνται από μυϊκό και συνδετικό ιστό και φθάνουν σε μέγεθος από φουντούκι μέχρι κεφαλή ή και μεγαλύτερο. Σαν καλοήθεις όγκοι δεν διηθούν τους γύρω ιστούς, αλλά αφορίζονται από αυτούς με ινώδη κάψα.

ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

A. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ

Διακρίνουμε:

1. Την **υπερπλασία**: που είναι η αναστρέψιμη αύξηση του αριθμού φυσιολογικών κυττάρων, όπως το επιθήλιο του μαστικού αδένα στην εγκυμοσύνη.
2. Την **μεταπλασία**: που είναι η αντικατάσταση ενός τύπου και καλά διαφοροποιημένων κυττάρων από ένα άλλο τύπο και η οποία είναι αναστρέψιμη, όπως τα κυλινδρικά κύτταρα του ενδοτραχηλικού από

πλακώδη του τραχήλου.

3. Τη **δυσπλασία**: που είναι ποικιλία στο σχήμα και στο μέγεθος των κυττάρων και η οποία συνοδεύεται από απώλεια της φυσιολογικής δομής και αύξησης του αριθμού των κυττάρων και είναι και αυτή αναστρέψιμη, π.χ. η αποδιοργάνωση και πάχυνση του επιθηλίου του τραχήλου της μήτρας μετά από τραχηλίτιδα.
4. Την **αναπλασία**: Είναι η μεγαλύτερη αύξηση της ποικιλίας στο σχήμα και στο μέγεθος των κυττάρων απ' ότι στη δυσπλασία και η ύπαρξη υπερχρωματικών πυρήνων και πυρηνοκινήσιων που δεν είναι αναστρέψιμα και παρατηρείται στις κακοήθεις νεοπλασίες.
5. Την **παρακεράτωση**: Είναι η ύπαρξη επιπολής ζώνης κερατινοποιημένου επιθηλίου, με ύπαρξη πυρήνων στα κύτταρα.
6. Την **υπερκεράτωση ή λευκοπλακία**: που είναι η ύπαρξη μιας επιπολής στιβάδας κερατινοποιημένων κυττάρων χωρίς ορατούς πυρήνες.

B. ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΑ

Ανάλογα με το βαθμό διήθησης και τη θέση της εντόπισης του καρκίνου του τραχήλου, διακρίνουμε τις παρακάτω μορφές:

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

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

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

- ο Στο CIN II, το άνω 1/3 του πλακώδους επιθηλίου είναι ώριμο και καλά διαφοροποιημένο, αλλά με μερική ατυπία στους πυρήνες, ενώ τα κύτταρα στα κάτω 2/3 εμφανίζουν παθολογικές μιτωτικές εικόνες.
 - ο Στον CIN III, υπάρχει ωριμότητα στα κύτταρα εντοπισμένη στο άνω 1/3 του επιθηλίου, ανωμαλίες των πυρήνων και μιτωτικές εικόνες σε όλο το πάχος του επιθηλίου.
- 2. Προδιηθητικό καρκίνωμα ή sity καρκίνωμα.** Σ' αυτό το οποίο αντιστοιχεί στο CIN III, υπάρχουν άτυπα κύτταρα σε όλο το πάχος του πλακώδους επιθηλίου. Η βασική μεμβράνη του τραχήλου που βρίσκεται κάτω από αυτό και είναι ακύτταρη, δεν έχει προσβληθεί. Με αυτή τη μορφή ο καρκίνος μπορεί να παραμείνει 8-10 χρόνια και να είναι ασυμπτωματικός.
- 3. Μικροδιηθητικό καρκίνωμα.** Σ' αυτό εκτός από τις ατυπίες των κυττάρων ολόκληρου του πάχους του πλακώδους επιθηλίου, υπάρχουν σε μικρή έκταση ατυπίες στη βασική μεμβράνη και μικροδιηθήσεις με τη μορφή βελόνων ή σταγόνων στο υποκείμενο χόριο που δεν ξεπερνούν τα 3 χιλ. και δεν διηθούν αγγεία ή λεμφαγγεία.
- 4. Διηθητικό καρκίνωμα ή επιδερμοειδές.** Αυτό ανέρχεται σε ποσοστό 90-95% των πρωτοπαθών νεοπλασμάτων του τραχήλου και σε αυτόν τον τύπο, ο καρκίνος έχει διηθήσει τη βασική μεμβράνη και έφτασε στο μυϊκό στρώμα του τραχήλου και από αυτό προχώρησε με διήθηση ή λεμφογενή ή αιματογενή μετάσταση.

Το διηθητικό καρκίνωμα μπορεί να αναπτυχθεί από το πλακώδες αυτοχθόνο ή μεταπλαστικό επιθήλιο της επιφάνειας του τραχήλου σαν μια θηλωματώδης ή πολυτοειδής εκβλάστηση ή μπορεί η ανάπτυξη του να είναι κυρίως ενδοφυτική και να διηθεί τους περιβάλλοντες ιστούς, χωρίς εμφανή επιφανειακή ανάπτυξη.

Ο επιδερμοειδής τύπος, ανάλογα με το βαθμό διαφοροποίησης

των κύτταρων του, διακρίνεται:

- ο Σε **καλά διαφοροποιημένο καρκίνωμα**, του οποίου τα κύτταρα ανήκουν στον πρώτο βαθμό διαφοροποίησης και εμφανίζουν μεγάλη ποικιλομορφία, μεσοκυττάριας γέφυρες, σφαίρες κερατίνης και μιτώσεις λιγότερες από δυο.
- ο Σε **μέτρια διαφοροποιημένο καρκίνωμα**, του οποίου τα κύτταρα ανήκουν στο δεύτερο βαθμό διαφοροποίησης και εμφανίζουν μέτρια ποικιλομορφία, λίγες μεσοκυττάριας γέφυρες και σφαίρες κερατίνης και 2-4 μιτώσεις.
- ο Σε **χαμηλής διαφοροποίησης καρκίνωμα**, του οποίου τα κύτταρα ανήκουν στον τρίτο βαθμό διαφοροποίησης και εμφανίζονται βαθυχρωματικά, δεν έχουν μεσοκυττάριας γέφυρες και σφαίρες κερατίνης και μιτώσεις παραπάνω από 4.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Όταν η διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου έχει πλέον διασφαλιστεί ο γιατρός πρέπει να διαγνώσει πόσο έχει εξαπλωθεί ο καρκίνος, ώστε να αποφασίσει ποια μέθοδος θεραπείας είναι καταλληλότερη. Αυτό καλείται στάδια του καρκίνου. Ο γιατρός μπορεί να ζητήσει αιματολογικές και ουρολογικές εξετάσεις καθώς και αξονική ή μαγνητική τομογραφία, ώστε να καθορίσει το στάδιο του καρκίνου. Η γυναίκα επίσης μπορεί να υποβληθεί σε εξέταση λεκάνης. Σ' αυτήν την εξέταση η γυναίκα βρίσκεται σε αναισθησία, και χρειάζεται να γίνει σε νοσοκομείο.

Ο καρκίνος του τραχήλου μπορεί να εξαπλωθεί με δύο τρόπους. Μπορεί να μεγαλώσει και να εισβάλλει σε γειτονικά όργανα όπως κύστη, πρωκτό ή άλλους ιστούς κοντά στη μήτρα και τον κόλπο, ή μπορεί να εξαπλωθεί μέσω των λεμφαδένων στη λεκάνη. Ένας τρίτος τρόπος διάδοσης είναι μέσω της κυκλοφορίας του αίματος και είναι σπάνιος.

Οι παραπάνω εξετάσεις μπορεί να γίνουν από γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου:

- ▲ Πρωκτοσιγμοειδοσκόπηση: Σ' αυτήν την εξέταση ο γιατρός εξετάσει τον πρωκτό και το κάτω τμήμα του παχέως εντέρου, με ένα ειδικό όργανο (σιγμοειδοσκόπιο) για να εξακριβώσει εάν ο όγκος έχει εξαπλωθεί σ' αυτές τις περιοχές.
- ▲ Αξονική τομογραφία (ct): Σ' αυτό το τεστ, μια ακτίνα X κινείται γύρω από το σώμα, παίρνοντας εικόνες του σώματος από πολλές γωνίες. Οι εικόνες αυτές στην συνέχεια συναρμολογούνται από έναν υπολογιστή, δείχνοντας τελικώς μια λεπτομερειακή εικόνα του σώματος. Ο γιατρός μπορεί επίσης να ζητήσει μια ct πότε να διαπιστώσει αν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί στους λεμφαδένες ή σε άλλα εσωτερικά όργανα όπως το συκώτι ή τους πνεύμονες.

- ▲ Μαγνητική τομογραφία: Αποτελεί μια ακόμα μέθοδο για την διαπίστωση του σταδίου του καρκίνου του τραχήλου. Όπως και η CT, η μέθοδος αυτή μας δίνει εικόνες από το εσωτερικό του σώματος.
- ▲ Κυστεοσκόπηση: Σε μια κυστεοσκόπηση ο γιατρός εξετάζει το εσωτερικό της κύστης, χρησιμοποιώντας ένα ειδικό όργανο (κυστεοσκόπιο), για να εξακριβώσει εάν ο όγκος έχει εξαπλωθεί στην κύστη.
- ▲ Πυελογραφία: Είναι μια εξέταση με ακτίνες Χ, των νεφρών, της ουρήθρας (ένας εσωτερικός σωλήνας του σώματος μεταφέρει ούρα από τα νεφρά κάτω στην κύστη) και της κύστης. Αυτή η εξέταση δεν χρειάζεται αν έχει πραγματοποιηθεί μια CT.
- ▲ Ακτινογραφία θώρακος: Αυτή η εξέταση χρησιμοποιείται για να εξακριβωθεί εάν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί στους πνεύμονες.

Το πιο κοινό σύστημα περιγραφής των σταδίων του καρκίνου του τραχήλου έχει δημιουργηθεί από την διεθνή ομοσπονδία γυναικολογίας και μαιευτικής (FIGO). Σε αυτό το σύστημα τα λατινικά νούμερα από το 0 (το λιγότερο σοβαρό ή πρώιμο στάδιο) μέχρι το IV (το πιο σοβαρό ή εξελιγμένο στάδιο) αντιπροσωπεύουν τα διαφορετικά στάδια του καρκίνου:

- **ΣΤΑΔΙΟ 0**: Ο σταδίου 0 καρκίνος καλείται και καρκίνωμα In situ (CIS). Αυτό σημαίνει ότι η αλλοίωση είναι ακόμα πολύ επιφανειακή και μεγαλώνει μέσα στο δέρμα του τραχήλου.
- **ΣΤΑΔΙΟ I**: Ο σταδίου I καρκίνος βρίσκεται πιο βαθιά στον τράχηλο αλλά δεν έχει ακόμα εξαπλωθεί σε άλλα όργανα της λεκάνης και είναι ακόμα περιορισμένος στον τράχηλο.
- **ΣΤΑΔΙΟ IA1**: Ο καρκίνος είναι λιγότερος των 3mm σε βάθος και λιγότερο των 7 mm σε πλάτος.

- ο **ΣΤΑΔΙΟ IA2:** Ο καρκίνος είναι μεταξύ 3 και 5 mm στο βάθος αλλά ακόμα λιγότερο των 7 mm σε πλάτος.
- ο **ΣΤΑΔΙΟ IB1:** Ο καρκίνος του σταδίου αυτού είναι ορατός με γυμνό μάτι ή είναι βαθύτερος των 5 mm ή μεγαλύτερος κατά πάτος των 7 mm. Όμως πρέπει να είναι μικρότερος των 4 cm στο μέγεθος και να βρίσκεται ακόμα περιορισμένος στον τράχηλο.
- ο **ΣΤΑΔΙΟ IB2:** Ο καρκίνος είναι ακόμα περιορισμένος στον τράχηλο, αλλά είναι μεγαλύτερος των 4 cm στο μέγεθος.
- ο **ΣΤΑΔΙΟ II:** Ο καρκίνος του σταδίου II, βρίσκεται σε σημεία του σώματος κοντά στον τράχηλο αλλά δεν έχει εξαπλωθεί έξω από την λεκάνη.
- ο **ΣΤΑΔΙΟ IIA:** Ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί στο πάνω μέρος του κόλπου αλλά δεν έχει εξαπλωθεί σε ιστούς που βρίσκονται βαθύτερα του κόλπου.
- ο **ΣΤΑΔΙΟ IIB:** Ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί στους ιστούς που υπάρχουν γύρω από τον κόλπο και τον τράχηλο, αλλά όχι ακόμα στα τοιχώματα της λεκάνης.
- ο **ΣΤΑΔΙΟ III:** Ο καρκίνος του σταδίου III έχει εξαπλωθεί στον κόλπο ή στα τοιχώματα της λεκάνης.
- ο **ΣΤΑΔΙΟ IIIA:** Ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί στο κάτω μέρος του κόλπου.
- ο **ΣΤΑΔΙΟ IIIB:** Ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί στους μαλακούς ιστούς που βρίσκονται γύρω από τον κόλπο και τον τράχηλο, σε όλο το μήκος των τοιχωμάτων της λεκάνης ή μπλοκάρει ένα ή και τα δύο νεφρά.

- ο **ΣΤΑΔΙΟ IV:** Ο καρκίνος του σταδίου IV έχει εξαπλωθεί και σε άλλα μέρη του σώματος όπως η κύστη, ο πρωκτός ή οι πνεύμονες.

Οι γιατροί λαμβάνοντας υπόψη το στάδιο του καρκίνου καθώς και την υγεία και προτιμήσεις της ασθενούς θα προτείνουν ένα θεραπευτικό σχέδιο. Οι πληροφορίες για τα στάδια του καρκίνου βοηθούν τους γιατρούς να συγκρίνουν μεμονωμένες περιπτώσεις με άλλες γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του τραχήλου, βασιζόμενοι σε κλινικές μελέτες που έχουν γίνει σε ομάδες γυναικών με το ίδιο στάδιο καρκίνου. Επίσης, ένας γιατρός μπορεί να κάνει προβλέψεις για το πως ο καρκίνος μπορεί να συμπεριφερθεί ή πως τα διαφορετικά είδη θεραπείας ανταποκρίνονται.

Πρέπει ωστόσο να θυμόμαστε ότι οι εξετάσεις για την εξακρίβωση του σταδίου του καρκίνου δεν είναι τέλεια, και δεν μπορούμε να δούμε τι συμβαίνει μέσα στο σώμα σαν να κάνουμε χρήση μικροσκοπίου. Κάποιες φορές ο καρκίνος φαίνεται πολύ περιορισμένος και χωρίς ίχνη εξάπλωσης, αλλά παρόλα αυτά, μερικά χρόνια αργότερα, εμφανίζεται καρκίνος σε άλλα όργανα. Αυτό σημαίνει ότι υπήρχαν μικροσκοπικές καταθέσεις καρκινικών κυττάρων σε αυτά τα όργανα, όταν ο καρκίνος διαγνώστηκε αλλά ήταν πολύ μικρές για να διαπιστωθούν από τις εξετάσεις.

Επίσης, μερικές φορές, όχι όμως πολύ συχνά, οι εξετάσεις δείχνουν ότι ο καρκίνος είναι πιο εξαπλωμένος από ότι είναι στην πραγματικότητα. Αυτός είναι ο λόγος που ένας γιατρός δεν μπορεί να προβλέψει την πορεία ενός καρκίνου με εκατό τοις εκατό ακρίβεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ – ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

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

Ως πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες, αναφέρονται οι εξής:

1. Το σεξουαλικό ιστορικό

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

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

Άλλοι πιθανοί προδιαθεσιακοί παράγοντες, είναι η κακή υγιεινή, οι

εκτρώσεις και διάφορα αφροδισιακό νοσήματα. όπως η γονόρροια.

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

Όσον αφορά τον HSV-2 αρκετοί μελετητές προσπάθησαν να διαπιστώσουν συσχέτιση μεταξύ προσβολής από τον ιό και αυξημένης πιθανότητας ανάπτυξης τραχηλικής νεοπλασίας, βασιζόμενοι στην από εικοσαετίας, περίπου, άποψη ότι ορισμένοι ιοί δρουν ως καρκινογόνοι στον τράχηλο. Παρόλο του ότι οι γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου έχουν αυξημένους τίτλους αντισωμάτων έναντι του HSV-2, εντούτοις άμεση συσχέτιση του συγκεκριμένου με τραχηλική καρκινογένεση δεν έχει δειχθεί. Είναι δε αμφίβολο εάν καταστεί αποδείξιμη τέτοια συσχέτιση στο μέλλον.

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

Δεν υπάρχει όμως μελέτη που να παρέχει αναμφισβήτητα στοιχεία για την δυνητικότητα ή μη του HPV, να δρα ως αιτιολογικός παράγοντας καρκίνου στον τράχηλο. Φαίνεται ότι οι «αθώοι» υπότυποι 6, 11, 31, και 35 του HPV συσχετίζονται, κυρίως με οξυτενή και πλατέα κονδυλώματα και χαμηλής βαθμίδας ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες, σπανίως δε με διηθητικό καρκίνο, ενώ οι υπότυποι 8, 33 και κυρίως ο 16, σχετίζονται επιπλέον τόσο με υψηλής βαθμίδας ενδοεπιθηλιακές βλάβες, όσο και με

προχωρημένα στάδια του καρκίνου του τραχήλου.

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

3. Τα αντισυλληπτικά σκευάσματα

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

Συμπερασματικά, παρόλο που δεν έχει διευκρινιστεί επαρκώς ο ρόλος της χρησιμοποίησης αντισυλληπτικών δισκίων, είναι φρόνιμο γυναίκες που τα χρησιμοποιούν να υποβάλλονται σε τακτικότερο προληπτικό κυταρολογικό έλεγχο.

4. Το κάπνισμα

Το προσωπικό και παθητικό κάπνισμα, είναι παράγοντες που επίσης έχουν διερευνηθεί στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Το προσωπικό κάπνισμα φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο του τραχήλου. Ο κίνδυνος, είναι μεγαλύτερος σε εκείνες που δεν είναι ενεργές καπνίστριες συγκριτικά με αυτές που είναι παράλληλα ενεργές. Η σχέση μεταξύ καπνίσματος και τραχηλικής

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

5. Η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση της γυναίκας

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, βρέθηκε συχνότερος στις φτωχότερες τάξεις, ίσως γιατί η ηλικία της πρώτης σεξουαλικής επαφής είναι πρώιμη ή γιατί στερούνται προληπτικού ελέγχου. Ακόμα και λόγω πιθανόν κακής υγιεινής.

6. Η φυλή

Βρέθηκε ότι η συχνότητα του καρκίνου στις Ισραηλινές γυναίκες είναι 6/100.000, στις Αφρικανές 50/100.000 και αυτή είναι μεγαλύτερη στη μαύρη από ότι στη λευκή. Φαίνεται, και αυτές οι διαφορές πρέπει να αποδοθούν στην σεξουαλική συμπεριφορά των διάφορων λαών.

7. Η γενικευμένη ανοσοκαταστολή του οργανισμού

Έχει δειχθεί ότι αποτελεί παράγοντα κινδύνου για αυξημένη συχνότερης εμφάνισης, τόσο ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας, όσο και διηθητικού καρκίνου. Γυναίκες με μεταμόσχευση νεφρού έχουν περισσότερη πιθανότητα εμφάνισης CIN III, ενώ γυναίκες με AIDS έχουν αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης CIN, όταν υπάρχει ανοσοκαταστολή.

8. Η διαιθυλοστιλβοιστρόλη

Η χορήγηση διαιθυλοστιλβοιστρόλης σε έγκυες γυναίκες, είναι δυνατόν να προκαλέσει καρκίνο σε κορίτσια που θα γεννηθούν όταν αυτά βρίσκονται στην εφηβεία. Είναι μεγαλύτερα, σε συχνότητα 4/1.000. Ο καρκίνος αυτός έχει τύπο του διαυγοκυτταρικού.

9. Η έλλειψη βιταμινών

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

Όσον αφορά τις διατροφικές συνήθειες, μετά από μια μεγάλη έρευνα που διεξάχθηκε για τη σημασία πρόληψης βιταμίνης A, E και φυλλικού οξέως, φάνηκε ότι οι γυναίκες που κατανάλωναν πράσινα και κίτρινα λαχανικά και χυμούς φρούτων, είχαν μικρότερο κίνδυνο για καρκίνο του τραχήλου. Επίσης, η σε μεγάλες ποσότητες διαιτητική λήψη καρωτίνης, σχετιζόταν με μικρότερο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου, ιδιαίτερα του πλακώδους τύπου και ακόμη η υψηλή κατανάλωση της βιταμίνης C και E, συνδυαζόταν με ελαττωμένο κίνδυνο.

10. Η **σαλπιγγική στειρότητα**, αποτελεί σημαντική αιτιολογία για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

11. Οι ψυχολογικοί παράγοντες

Η αιτιολογική σύνδεση ψυχολογικών παραγόντων και καρκίνου διευρύνθηκε σε δυο βασικούς τομείς. Στον τομέα της προσωπικότητας και στον τομέα των ψυχοπιεστικών γεγονότων της ατομικής ζωής.

12. Προσωπικότητα

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

Παρ' όλα αυτά, όμως αξίζει να σημειώσουμε πως εκείνες τουλάχιστον οι μελέτες που καταλήγουν σε θετικά συμπεράσματα, συγκλίνουν στη διαπίστωση πως σε ορισμένους, τύπους καρκίνου, όπως των γυναικείων γεννητικών οργάνων και του πνεύμονος. Υπάρχει μια προδιαθεσική προσωπικότητα με κύρια γνωρίσματα: την μη εκδηλούμενη εχθρικότητα, την καταπίεση των αρνητικών συναισθηματικών, π.χ. θυμού, την τάση για κυριαρχικότητα και το αδύναμο εγώ. Ο τύπος της προσωπικότητας καθορίζει σε σημαντικό βαθμό την υιοθέτηση συνηθειών ή τύπων κοινωνικής συμπεριφοράς που εκθέτουν το άτομο περισσότερο στην επίδραση καρκινογόνων χημικών και άλλων ερεθισμών (κάπνισμα, εκλογή επαγγέλματος κ.τ.λ.) και συντελεί έτσι έμμεσα στην ανάπτυξη της νεολαίας.

13. Stress (ψυχοπιεστικά γεγονότα της ατομικής ζωής)

Η υπόθεση πως η συρροή ψυχοτραυματικών γεγονότων στη ζωή προδιαθέτει στην ανάπτυξη νεοπλασίας, έχει τις ρίζες της στη λαϊκή αντίληψη πως τον καρκίνο τον γεννάει η στενοχώρια. Αλλά

ενισχύεται από σχετικά πρόσφατα ευρήματα στον τομέα της πειραματικής καρκινογένεσης. Το 1980 ο Rilley και οι συνεργάτες του, έδειξαν σε ποντίκια εμβολιασμό το νεόπλασμα εμφανίζεται στο 92% των ποντικών που στη διάρκεια της δοκιμασίας είχαν υποβληθεί σε χειρισμούς που δημιουργούν stress και μόνο στο 7% των ποντικών, που δεν είχαν υποβληθεί σε παρόμοιους χειρισμούς. Η έντονη ερευνητική δραστηριότητα που αναπτύχθηκε τα τελευταία χρόνια με σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης stress και καρκίνου στον άνθρωπο και εδώ, δεν μπορούμε να πούμε πως μας έδωσε οριστικές - έγκυρες απαντήσεις.

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

Είναι πρόωρο να προχωρήσει κανείς πέρα από τη διαπίστωση μίας τέτοια συσχέτισης και να διατυπώσει υποθέσεις αναφερόμενες στον παθογενετικό μηχανισμό. Πάντως, η τρέχουσα και πιο λογικοφανής υπόθεση περιγράφεται στα πλαίσια μιας γενικότερης θεωρίας που συνδέει το stress με το συμβολικό επίπεδο ψυχοκοινωνικής οργάνωσης και τα δυο μαζί με το ανοσοβιολογικό σύστημα άμυνας του οργανισμού.

Το stress τροποποιεί όχι μόνο το συναίσθημα και την κοινωνική συμπεριφορά, αλλά όπως προκύπτει από πειραματικές ενδείξεις, τροποποιεί και τις ανοσοβιολογικές αντιδράσεις. Σύμφωνα, πάλι με τον Rilley, το stress αυξάνει την επινεφριδιακή δραστηριότητα και συνεπάγεται ελλειμματική λειτουργία των Τ-λεμφοκυττάρων, με αποτέλεσμα τη μείωση της ανοσοβιολογικής άμυνας του οργανισμού και την συνακόλουθη επιρρέπεια στη νεοπλαστική εργασία.

Γενικά θα μπορούσαμε να χωρίσουμε τον γυναικείο πληθυσμό σε

δύο ομάδες κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου στη μήτρα σε:

- ⇒ Χαμηλού, και
- ⇒ υψηλού.

A. Ομάδα χαμηλού κινδύνου

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

B. Ομάδα υψηλού κινδύνου

- Πρόωρη έναρξη σεξουαλικής δραστηριότητας.
- Πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι.
- Πρώτη κύηση σε μικρή ηλικία.
- Κατασκευή του ανοσολογικού συστήματος, λόγω λήψεως κορτικοστεροειδών, μεταμόσχευσης νεφρού, χημειοθεραπείας για άλλο καρκίνο ή AIDS.
- Κάπνισμα.
- Γυναίκες, με προηγούμενο ανώμαλο test Παπανικολάου.
- Διαιτολογικές ελλείψεις.
- Στεριότητα από καταστροφή σαλπίγγων.
- Χρήση αντισυλληπτικού χαπιού.
- Ιστορικό κονδυλωμάτων γεννητικών οργάνων.
- Χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση.
- Γυναίκες, οι ερωτικοί σύντροφοι των οποίων έχουν ή είχαν κονδυλώματα στο πέος, είχαν πολλές ερωτικές συντρόφους ή ερωτικές συντρόφους που έπασχαν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΠΡΟΛΗΨΗ – ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΤΕΣΤ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ

Ο Οργανισμός Ποτών και Φαρμάκων (F.D.A.) έχει εγκρίνει μια νέα εξέταση για τον καρκίνο του τραχήλου. Αυτή η εξέταση συνδυάζει το HPV τεστ με το ΠΑΠ τεστ για γυναίκες 30 ετών και μεγαλύτερες, η οποία είναι η ηλικιακή ομάδα με τις μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του τραχήλου.

HPV, ή ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων, ευθύνεται για όλους σχεδόν τους τύπους του καρκίνου του τραχήλου του τραχήλου. Σήμερα οι γιατροί μπορούν αντικειμενικά να ανακαλύψουν την παρουσία του, είναι πιθανόν να γνωρίζουν ποιες γυναίκες είναι σε κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του τραχήλου ή ποιες γυναίκες δεν κινδυνεύουν να αναπτύξουν τραχηλικές ασθένειες ή καρκίνο του τραχήλου μελλοντικά.

Η λήψη του Pap test είναι μια εύκολη εξέταση, ανώδυνη, χωρίς επιπλοκές, καλά ανεκτή από τα εξεταζόμενα άτομα, η οποία μαζί με την λήψη του ιστορικού δεν διαρκεί περισσότερο από δεκαπέντε είκοσι λεπτά. Η καλύτερη χρονική στιγμή για να πραγματοποιηθεί είναι 10-20 ημέρες μετά από την περίοδο.

Το Pap – test μπορεί να γίνει ιατρείο του γιατρού ή σε κάποια κλινική. Τοποθετούνται βλάβες ή μητροσκόπιο μιας χρήσεως και με την βοήθεια βαμβακοφόρου στυλεού, σπάτουλας και ψύκτρας λαμβάνονται κύτταρα που αποφολιδώνονται από τον κόλπο (οπίσθιο κολπικό θόλο – για να ελεγχθούν και τα κύτταρα που τυχόν έχουν αποφολιδωθεί από το ενδομήτριο, και πλάγια τοιχώματα του κόλπου – για να ελεγχθεί η ορμονική κατάσταση) τον τράχηλο και τον ενδοτράχηλο. Τα κύτταρα αυτά τοποθετούνται σε πλακίδιο το οποίο αφήνεται μισή ώρα σε οινόπνευμα 90° και με ειδική χρωστική

επεξεργασία, τη χρώση Παπανικολάου, εξετάζονται στο μικροσκόπιο.

Το Pap test πρέπει να γίνεται από όταν μια γυναίκα ξεκινά να έχει σεξουαλική δραστηριότητα, ανεξάρτητα του αν έχει ή όχι οικογενειακό ιστορικό καρκίνου και θα πρέπει να επαναλαμβάνεται ανά έτος τουλάχιστον μέχρι τα 60 της αν το αποτέλεσμα είναι αρνητικό ή σε διάστημα τριών ή έξι μηνών ανάλογα με το είδος και την σοβαρότητα της βλάβης που θα διαγνωσθεί. Προκειμένου για γυναίκες ηλικίας άνω των 60 ετών, εάν έχουν τρεις ετήσιες αρνητικές κυτταρολογικές εξετάσεις δεν χρειάζεται να υποβάλλονται ετήσια σε Pap test διότι με το Pap test δεν ελέγχεται το ενδομήτριο του οποίου ο καρκίνος παρατηρείται μετά την εμμηνόπαυση.

Κατά την διάρκεια της κυήσεως δεν υπάρχει αντένδειξη για Pap test.

Η διαγνωστική ακρίβεια του Pap test είναι μεγάλη. Εάν η λήψη των κυττάρων γίνει σωστά, όπως επίσης και η μικροσκοπική τους εξέταση, τότε η πιθανότητα λάθους είναι μηδαμινή. Επειδή όμως τόσο στη διαδικασία της λήψης όσο και στη διάγνωση στο μικροσκόπιο παρεμβάλλονται άτομα τα οποία είτε είναι ελλιπώς εκπαιδευμένα (λήψη) είτε δεν είναι ειδικευμένοι γιατροί (διάγνωση) επιχειρήθηκαν τα τελευταία χρόνια πολλές προσπάθειες για τη βελτίωση τόσο της παρασκευαστικής διαδικασίας όσο και για την αύξηση της διαγνωστικής ακρίβειας.

Με την ίδια μέθοδο, γυναίκες άνω των 30 ετών μπορούν να καθορίσουν εάν κινδυνεύουν από υψηλού κινδύνου HPV.

Από τα περισσότερα προγράμματα μαζικού ελέγχου του γυναικείου πληθυσμού έχει δειχθεί ότι ο συνδυασμός του κλασσικού Pap test με την παράλληλη διερεύνηση του ιού του HPV αποτελεί το ασφαλέστερο τρόπο πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Ο καρκίνος μπορεί να θεραπευτεί. Για να θεραπευτεί, όμως, με κάποιο ποσοστό επιτυχίας πρέπει να ανακαλυφθεί σε πρώιμα στάδια και η διάγνωση να γίνει γρήγορα. Μερικοί πρώιμοι σταδίου καρκίνοι του τραχήλου μπορούν να διαγνωσθούν κατά την διάρκεια εξέτασης της λεκάνης. Σε αντίθεση με την δυσπλασία ή τις επιφανειακές αλλοιώσεις, ο γιατρός μπορεί να διαγνώσει τις περισσότερες εισβολές καρκίνου κατά την διάρκεια της εξέτασης. Εάν ο γιατρός ή η νοσηλεύτρια παρατηρήσουν οτιδήποτε ύποπτο κατά την διάρκεια εξέτασης της λεκάνης ή του Pap test, οι παρακάτω εξετάσεις μπορούν να βοηθήσουν τον γιατρό να εξακριβώσει εάν η γυναίκα πάσχει από καρκίνο του τραχήλου.

- ⇒ **Κολποσκόπηση:** Η κολποσκόπηση είναι μια εξέταση η οποία βοηθάει να βρεθούν ανωμαλίες στον τράχηλο. Ο γιατρός ή η νοσηλεύτρια τοποθετεί διάλυμα όπως οξύ (3 με 5% οξείκό οξύ) στον τράχηλο. Ο τράχηλος τότε μπορεί να εξεταστεί οπτικά με τη χρήση ενός κολποσκοπίου, το οποίο μοιάζει με μικροσκόπιο. Αυτή η διαδικασία μπορεί να πραγματοποιηθεί και στο ιατρείο του γιατρού.
- ⇒ **Βιοψία:** Στην βιοψία ο γιατρός παίρνει ιστό από τον τράχηλο ώστε ένας παθολόγος να μπορεί να το εξετάσει υπό ένα μικροσκόπιο. Κάθε ορατή τραχηλική ανωμαλία πρέπει να υποστεί βιοψία ώστε να γίνει ακριβής διάγνωση.
- ⇒ **Ενδοτραχηλική απόξεση (ECC):** Στην περίπτωση αυτή, ο γιατρός θα αποσπάσει ιστό από την είσοδο του τραχήλου ώστε να μπορέσει να το εξετάσει καλύτερα. Κάποιες γυναίκες μπορεί να

αντιμετωπίσουν κολπική αιμορραγία ή κράμπες μετά από την εξέταση, τα συμπτώματα όμως δεν διαρκούν πολύ.

⇒ **Κωνοειδής βιοψία:** Ο γιατρός ίσως θελήσει να εξετάσει κύτταρα τα οποία βρίσκονται βαθύτερα στον τράχηλο. Η κωνοειδής βιοψία, επιτρέπει στον παθολόγο να εξακριβώσει εάν κυτταρικές ανωμαλίες υπάρχουν και βαθιά στον τράχηλο. Στην κωνοειδή βιοψία, ο γιατρός αφαιρεί κωνικού σχήματος ιστό. Όταν η κωνοειδής βιοψία πραγματοποιείται με την χρήση καλωδίου και ηλεκτρισμού τότε καλείται LEEP. Τα πλεονεκτήματα αυτής της διαδικασίας είναι ότι συχνά μπορεί να πραγματοποιηθεί στο ιατρείο, μετά από ένεση με αναισθητικό μέσα στον τράχηλο ώστε να προκληθεί μούδιασμα.

⇒ **Ενδομήτρια βιοψία (EMB):** Μερικές φορές ο γιατρός δεν μπορεί να καθορίσει εάν οι κυτταρικές ανωμαλίες υπάρχουν στον τράχηλο ή στο ενδομήτριο. Στις περιπτώσεις αυτές χρησιμοποιείται η ενδομήτρια βιοψία, κατά την οποία αφαιρούνται κύτταρα από το ενδομήτριο, ώστε να καθοριστεί που υπάρχει το πρόβλημα. Η διαδικασία αυτή μπορεί να λάβει χώρα είτε στο ιατρείο είτε σε κάποιο νοσοκομείο.

Συχνά οι εξετάσεις γίνονται για να καθορίσει ο γιατρός κατά πόσο ο καρκίνος είναι επιφανειακός ή διηθητικός. Οι μέθοδοι θεραπείας μεταξύ επιφανειακού και διηθητικού καρκίνου είναι αρκετά διαφορετικές.

Δεύτερη γνώμη

Δεν είναι πάντα εύκολο για μια γυναίκα με καρκίνο του τραχήλου να αποφασίσει τι είδους θεραπεία θα ακολουθήσει. Πριν αρχίσουν λοιπόν θεραπεία, οι γυναίκες πρέπει να απευθύνονται σε ένα γυναικολόγο – ογκολόγο για επιβεβαίωση της διάγνωσης και των επιλογών θεραπείας. Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι μια μικρή καθυστέρηση στην θεραπεία δεν θα

μειώσει τις πιθανότητες ίασης. Υπάρχουν αρκετοί τρόποι να βρεις έναν γιατρό που μπορεί να δώσει μια δεύτερη γνώμη όπως:

- ▲ **Ο γιατρός σας:** Ένας υπομονετικός γιατρός μπορεί να προτείνει έναν ειδικό, όπως έναν γυναικολόγο – ογκολόγο. Μερικές φορές οι διάφοροι γιατροί συνεργάζονται με κέντρα καρκίνου, νοσοκομεία ή ειδικά κέντρα για γυναικολογικούς καρκίνους. Οι ασθενείς δεν πρέπει να φοβούνται να ρωτήσουν το γιατρό τους εάν πρέπει να πάρουν μια δεύτερη γνώμη.
- ▲ **Η υπηρεσία πληροφοριών για τον καρκίνο:** Η υπηρεσία αυτή είναι διαθέσιμη και σας πληροφορεί για εγκαταστάσεις θεραπείας, όπως κέντρα κατά του καρκίνου, καθώς και άλλα προγράμματα που χρηματοδοτούνται από το Εθνικό Κέντρο Καρκίνου.
- ▲ **Άλλες επιλογές:** Οι ασθενείς μπορούν να βρουν ονόματα γιατρών από τοπικούς ιατρικούς συλλόγους, ένα κοντινό νοσοκομείο ή ιατρικές σχολές καθώς και από άλλους ασθενείς που είχαν καρκίνο του τραχήλου.
- ▲ **Λεξικό Ειδικών Ιατρών:** Το λεξικό αυτό περιέχει λίστες ιατρών κατά πολιτεία και ειδικότητα και παρέχει πληροφορίες για το ιστορικό τους και την εκπαίδευσή τους. Μπορεί να βρεθεί στις περισσότερες δημόσιες βιβλιοθήκες.

Είναι σημαντικό να καταλάβουμε ότι οι προτάσεις θεραπείας που θα γίνουν από ένα δεύτερο γιατρό μπορεί να είναι διαφορετικές από αυτές που έγιναν από τον πρώτο γιατρό.

Συχνά υπάρχουν πάνω από μία «σωστές αποφάσεις» για κάθε περίπτωση καρκίνου του τραχήλου. Όταν παίρνεται μια δεύτερη γνώμη, η ασθενής πρέπει να είναι έτοιμη να αποφασίσει πια πρόταση είναι πιο κατάλληλη γι' αυτήν.

Κλινική εξέταση

Στις περισσότερες γυναίκες που έχουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας δεν αποκαλύπτεται κάτι το παθολογικό κατά την κλινική εξέταση.

- ▲ Προσεκτική εξέταση του αιδοίου, της ουρήθρας και του κόλπου.
- ▲ Εξέταση των βουβωνικών και υπερκλειδίωων λεμφαδένων για πιθανή ανεύρεση κάποιας διόγκωσης.
- ▲ Εξέτασης της κοιλιάς για ενδεχόμενη διόγκωση του ήπατος, ψηλάφηση κάποιας μάζας ή ύπαρξη συλλογής υγρού (ασκίτης).
- ▲ Η γυναικολογική και η από του ορθού εξέταση είναι σημαντική διότι ενδέχεται να αποκαλύψει νόσο στους ιστούς που περιβάλλον τον τράχηλο και τον κόλπο καθώς και τους λεμφαδένες της πυέλου.

Αιματολογικές και άλλες εξετάσεις

- ▲ Γενική αίματος.
- ▲ Βιοχημικός έλεγχος ηπατικής λειτουργίας.
- ▲ Βιοχημικός έλεγχος νεφρικής λειτουργίας.
- ▲ Πρέπει να μετράμε τα επίπεδα στον ορό του αντιγόνου για το επιθηλιακό καρκίνωμα (SCCA) καθώς και τα επίπεδα του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA). Το SCCA βρίσκεται αυξημένο στο 50% όλων των γυναικών με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Το CEA είναι αυξημένο στο 20% των αντίστοιχων περιπτώσεων.

Αν και το CEA και το SCCA δεν είναι αρκετά ακριβείς μέθοδοι ώστε να χρησιμοποιούνται για πληθυσμιακό έλεγχο, εν τούτοις είναι χρήσιμα για να παρακολουθούμε την ανταπόκριση στη θεραπεία και να ανευρίσκουμε ενδεχόμενη υποτροπή της νόσου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

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

Η τραχηλική φυματίωση, είναι σπάνια στον τράχηλο αλλά σχεδόν πάντοτε υπάρχει ιστορικό φυματίωσης των γεννητικών οργάνων. Οι βλεννώδεις τραχηλικοί πολύποδες, όταν μολυνθούν, είναι δυνατό να παρουσιάσουν μια πολύ ύποπτη εμφάνιση και πρέπει να σημειωθεί ότι όλοι οι πολύποδες απαιτούν εξέταση. Ακόμη, το πρωτοπαθές συφιλιδικό έλκος, υπάρχει περίπτωση να εμφανισθεί στον τράχηλο εξελκωμένο και σκληρό, με συνέπεια να παρατηρηθεί λανθασμένα όγκος. Αξιοπρόσεχτο είναι ότι στην Αγγλία το συφιλιδικό έλκος είναι σπάνιο.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Χάρη στην πρόοδο της ιατρικής, σήμερα σχεδόν οι μισοί διαγνωσθέντες καρκίνοι θεραπεύονται. Βέβαια, η στατιστική αφορά μόνο τον μέσο όσο. Ορισμένοι τύποι καρκίνου θεραπεύονται πολύ περισσότερο απ' ό,τι άλλοι. Μερικές μορφές καρκίνου μπορεί να υποτροπιάσουν ακόμα και μετά την πενταετή περίοδο «ασφαλείας» που χρησιμοποιείται για να χαρακτηρίσει την πλήρη ίαση.

Ακόμη όμως και σε καρκίνους που χαρακτηρίζονται ανίατοι, η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή συχνά προσφέρει τεράστια πλεονεκτήματα: Προσθέτει μήνες ή και χρόνια σχεδόν φυσιολογικής ζωής και βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής μειώνοντας τους πόνους ή εξασφαλίζοντας μια σχεδόν φυσιολογική λειτουργία των δραστηριοτήτων του σώματος. Πολλοί χρόνιοι καρκινοπαθείς ζουν κανονική ζωή πριν καταλήξουν από κάποια άλλη ασθένεια.

Το μυστικό για να κερδηθεί η ευκαιρία της πλήρους αποθεραπείας ή κάποιας επιτυχούς αντιμετώπισης είναι ν' αρχίσει η θεραπεία το συντομότερο δυνατό μετά τη διάγνωση. Κατά την επιλογή της θεραπευτικής αγωγής, πρέπει και ο ίδιος ο ασθενής να εκφράσει την γνώμη του. Θα στηριχθεί φυσικά στους ειδικούς που και γνώσεις έχουν και πείρα, αλλά επειδή προέχει η ζωή του, η τελική απόφαση πρέπει να είναι δική του. Οπωσδήποτε θα βασιστεί στην λεπτομερή ανάλυση της νόσου και στις συστάσεις του αρχικού γιατρού του ή του ειδικού καρκιнологού.

ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΠΙΛΟΓΕΣ;

Για πολλά χρόνια οι τρεις βασικές μέθοδοι θεραπείας του καρκίνου παρέμεναν η χειρουργική, η ακτινοβολία και η χημειοθεραπεία. Σήμερα προστίθεται και η βιολογική θεραπεία η οποία χρησιμοποιεί το ανοσολογικό σύστημα του οργανισμού για να καταπολεμήσει την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων. Οι κίνδυνοι, οι τελικοί στόχοι, η έκβαση και οι παρενέργειες κάθε θεραπευτικής μεθόδου περιγράφονται παρακάτω. Οι ερευνητές συνεχώς ψάχνουν για νέες μεθόδους θεραπείας, ώστε οι γυναίκες τώρα να έχουν περισσότερες ελπίδες για επιβίωση από ποτέ άλλοτε.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η θεραπεία των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο του τραχήλου εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Ο πρώιμου σταδίου καρκίνος αντιμετωπίζεται διαφορετικά από τον εξαπλωμένο καρκίνο του τραχήλου. Ακόμα και μεταξύ των επιφανειακών αλλοιώσεων, η θεραπεία εξαρτάται από το βάθος της αλλοιώσεως. Εάν η γυναίκα πάσχει από χαμηλού βαθμού αλλοίωση ίσως χρειαστεί μια απλή θεραπεία.

Οι επιλογές θεραπείας για τις επιφανειακές αλλοιώσεις συνιστώνται στις εξής:

- ▲ Κρυοθεραπεία,
- ▲ Θεραπεία Laser και
- ▲ εκτομή.

Η εκτομή μπορεί να γίνει είτε με νυστέρι, είτε με την χρήση καλωδίου και ηλεκτρισμού (LEEP). Με την διαδικασία εκτομής η ανώμαλη περιοχή απομακρύνεται, ενώ στην κρυοθεραπεία τα κύτταρα ψύχονται, ή στην θεραπεία με Laser τα κύτταρα καίγονται.

Μερικές γυναίκες μπορεί να αποφασίσουν να καταφύγουν σε υστερεκτομή, παρόλο που αυτό δεν συνηθίζεται. Η υστερεκτομή προτείνεται

όταν τα ανώμαλα κύτταρα βρίσκονται στην είσοδο του τραχήλου και δεν μπορούν να θεραπευτούν με ασφάλεια με κρυοθεραπεία, Laser θεραπεία ή εκτομή. Οι γυναίκες που υπόκειται σε υστερεκτομή δεν μπορούν να κάνουν παιδιά γιατί η μήτρα τους αφαιρείται.

ΤΥΠΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Οι μέθοδοι θεραπείας για διηθητικό του τραχήλου καρκίνο, διακρίνονται σε:

- ▲ τοπικές και
- ▲ συστηματικές.

Οι τοπικές θεραπείες γίνονται για την απομάκρυνση, καταστροφή ή έλεγχο των καρκινικών κυττάρων σε μια συγκεκριμένη περιοχή. Η χειρουργική και η θεραπεία θεωρούνται τοπικές θεραπείες.

Οι συστηματικές θεραπείες χρησιμοποιούνται για να καταστρέψουν ή να ελέγξουν καρκινικά κύτταρα σε όλο το σώμα.

Η χημειοθεραπεία αποτελεί την κύρια μορφή συστηματικής θεραπείας για γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου. Ένας ασθενής μπορεί να έχει ενός είδους θεραπεία ή συνδυασμό θεραπειών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11°

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΣΤΟΧΟΣ

Ο στόχος της χειρουργικής θεραπείας είναι να απομακρυνθούν όσο το δυνατόν περισσότερα καρκινικά κύτταρα. Η χειρουργική αντιμετώπιση είναι αποτελεσματική όταν χρησιμοποιείται σε πρώιμα στάδια του καρκίνου.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όταν μια γυναίκα χειρουργείται για καρκίνο του τραχήλου, ο γιατρός προσπαθεί να απομακρύνει τον όγκο χωρίς να αφήσει καρκινικά κύτταρα στο σώμα. Συγκεκριμένοι παράγοντες καθορίζουν ποιοι ασθενείς μπορούν ή όχι να εγχειρηθούν και τι είδους εγχείρηση θα γίνει. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν την ηλικία του ασθενή, την κατάσταση της υγείας του, καθώς και τον βαθμό εξάπλωσης του καρκίνου. Ένας γυναικολόγος – ογκολόγος χειρουργός είναι ο πλέον αρμόδιος γιατρός για να αποφασίσει αν ο όγκος μπορεί να αφαιρεθεί με ασφάλεια.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ

▲ LEEP (LOOP ELECTROSURGICAL EXCISION PROCEDURE)

Αυτή η απλή διαδικασία μπορεί να γίνει στο γραφείο ενός ιατρού με τοπική αναισθησία. Ένα ηλεκτρικά φορτισμένο καλώδιο LOOP

χρησιμοποιείται να για απομακρύνει το εξωτερικό μέρος του τραχήλου όπου βρίσκεται ο ανώμαλος ιστός. Αυτός ο ιστός στη συνέχεια εξετάζεται υπό ένα μικροσκόπιο για να βεβαιωθεί ότι δεν υπάρχει καρκίνος.

Σε πολλές περιπτώσεις οι γυναίκες θεραπεύονται μετά από μια διαδικασία LEEP. Εφόσον η επανεμφάνιση είναι πιθανή, είναι σημαντικό να συνεχιστούν τα Pap – test μετά από ένα LEEP. Πολλές γυναίκες επανέρχονται στις καθημερινές τους δραστηριότητες μια μόνο ημέρα μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας αυτής.

▲ ΚΡΥΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αυτή είναι μια διαδικασία με την οποία τα ανώμαλα κύτταρα του τραχήλου, ψύχονται και καταστρέφονται. Σε αυτήν την διαδικασία, ένας ασημένιος καθετήρας ο οποίος έχει ψυχθεί με υγρό άζωτο, τοποθετείται στον τράχηλο και προκαλεί ένα πάγωμα. Αυτό το πάγωμα σκοτώνει το εξωτερικό στρώμα των κυττάρων του τραχήλου, εντός των οποίων βρίσκονται και τα ανώμαλα.

Αυτή η διαδικασία μπορεί να γίνει στο γραφείο του γιατρού χωρίς χρήση αναισθητικού. Η θεραπεία αυτή έχει απαγορευτεί στις Η.Π.Α. μετά την εμφάνιση του LEEP.

▲ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ

Σε αυτήν την διαδικασία η μήτρα απομακρύνεται μέσω του υπογαστρίου ή του κόλπου. Η υστερεκτομή είναι μια σημαντική χειρουργική επέμβαση και απαιτεί τουλάχιστον μια διαμονή στο νοσοκομείο.

Υπάρχουν πολύ λίγες περιπτώσεις για τις οποίες πρέπει να γίνει υστερεκτομή για επιφανειακές αλλοιώσεις. Μερικές φορές χρησιμοποιείται για γυναίκες που έχουν υποστεί περισσότερες από μια υποτροπές και δεν έχουν αρκετό ιστό για άλλη LEEP.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΣΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟ

Γυναίκες με προχωρημένου σταδίου καρκίνο μπορούν να θεραπευτούν με διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις. Ο τύπος της επέμβασης εξαρτάται από το στάδιο του καρκίνου όσο και από την επιθυμία της γυναίκης να παραμείνει γόνιμη.

Μεγαλύτερες και περισσότερο εκτεταμένες εγχειρήσεις έχουν περισσότερα ρίσκα και έχουν συνδεθεί με περισσότερες επιπλοκές αλλά, στάδιο προς στάδιο, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες ίασης. Παρακάτω δίνεται μια λίστα με τους πιο κοινούς τύπους χειρουργικής, τις ενδείξεις τους και τους αντίστοιχους κινδύνους. Ο τύπος εγχείρησης που θα διαλέξει μια γυναίκα θα προκύψει από προσεκτική συζήτηση με τον γιατρό της.

Λ LEEP

Η διαδικασία αυτή έχει περιγραφεί λεπτομερώς παραπάνω και χρησιμοποιείται για την θεραπεία IA1 σταδίου καρκίνου, όταν η γυναίκα επιθυμεί να παραμείνει γόνιμη. Εάν η γυναίκα έχει σταματήσει να κάνει παιδιά, τότε συνήθως καταφεύγει την λύση της υστερεκτομής (υπογάστρια ή κολπική). Με την χρήση της LEEP υπάρχει ένα μικρό ρίσκο επανεμφάνισης και γι' αυτό μικρότερη πιθανότητα ίασης. Το γεγονός αυτό είναι πιο κοινό σε αδενοκαρκινώματα. Οι κίνδυνοι είναι λίγοι και συνήθως περιλαμβάνουν αιμορραγία και μερικές φορές τραχηλική στένωση, η οποία μπορεί να μειώσει την γονιμότητα ή να προκαλέσει αποτυχημένη εγκυμοσύνη.

Λ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ (υπογάστρια ή κολπική)

Αυτή είναι η πιο συνηθισμένη επιλογή για IA1 σταδίου καρκίνο. Η υστερεκτομή έχει αναλυθεί λεπτομερώς παραπάνω. Οι κολπικές υστερεκτομές έχουν μικρότερους χρόνους ανάρρωσης αλλά δύσκολα

πραγματοποιούνται σε παχύσαρκες γυναίκες ή όταν υπάρχουν και άλλες γυναικολογικές επιπλοκές όπως όγκοι στις ωοθήκες. Ως γενικός κανόνας η επιλογή απομάκρυνσης ή όχι των ωοθηκών και των σαλπίγγων διαφοροποιείται από την διενέργεια υστερεκτομής για την θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου. Με άλλα λόγια, η απομάκρυνση των ωοθηκών και των σαλπίγγων πρέπει να συζητηθεί με τον χειρουργό πριν την επέμβαση.

▲ ΡΙΖΙΚΗ ΥΠΟΓΑΣΤΡΙΑ ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ

Η χειρουργική αφαίρεση της μήτρας, του άνω μέρους του κόλπου καθώς και των τενόντων και των συνδετικών ιστών που κρατούν την μήτρα στην θέση της. Αυτό ο τύπος χειρουργικής χρησιμοποιείται για την θεραπεία IA2, IB1, IB2 και IIA τύπου καρκίνου. Κατά την διάρκεια μιας ριζικής υστερεκτομής, οι λεμφαδένες στην περιοχή της λεκάνης αφαιρούνται επίσης. Αυτό συμβαίνει γιατί μικροσκοπικά καρκινικά κύτταρα μπορούν να εξαπλωθούν στους λεμφαδένες καθώς και στους τένοντες που κρατούν την μήτρα στη θέση της. Δεν είναι απαραίτητο να αφαιρεθούν και οι ωοθήκες σε μία ριζική υστερεκτομή, οπότε αυτές συνεχίζουν να λειτουργούν.

Αυτό είναι πολύ σημαντικό για νεαρότερες γυναίκες. Μετά από μία ριζική υστερεκτομή η γυναίκα δεν θα έχει εμμηνορροϊκές περιόδους, δεν θα μπορεί να κάνει παιδιά, αλλά θα συνεχίσει να υπάρχει η θηλυκή ορμόνη οιστρογόνου στο σώμα της. Η ριζική υστερεκτομή απαιτεί παραμονή αρκετών ημερών στο νοσοκομείο και αρκετές εβδομάδες ανάρρωσης μετά.

Για ασθενείς που έχουν επιλέξει τη θεραπεία αυτή, το ποσοστό θεραπείας του καρκίνου του τραχήλου είναι 85-95%. Αυτού του είδους ενχειρήσεις πρέπει να γίνονται μόνο από γυναικολόγους – ογκολόγους.

▲ ΡΙΖΙΚΗ ΚΟΛΠΙΚΗ ΤΡΑΧΗΛΕΚΤΟΜΗ

Αυτή η επέμβαση βρίσκεται ακόμη σε πειραματικό στάδιο. Μοιάζει με ριζική υστερεκτομή αλλά αφαιρείται μόνο ο τράχηλος, ενώ το υπόλοιπο

μέρος της μήτρας παραμένει ώστε η γυναίκα να μπορεί να αποκτήσει παιδιά.

ΠΟΙΟΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ;

Έχει ιδιαίτερη σημασία η συζήτηση προεγχειρητικά, μεταξύ της ασθενούς και του γιατρού, σχετικά με τους κινδύνους της αναισθησίας, της ίδιας της επέμβασης και των ενδεχομένων επιπλοκών της. Συν τοις άλλοις, πρέπει να προσδιοριστεί η εγχειρητική θνησιμότητα (πρόκειται για το θάνατο που επέρχεται μέσα σε τριάντα ημέρες από την εγχείρηση), που οφείλεται είτε στη νόσο είτε στις επιπλοκές που προκαλούνται κατά την επέμβαση.

- ▲ Ο **κίνδυνος της νάρκωσης**. Συνδέεται με την ηλικία του ασθενούς, την έκταση της εγχείρησης και την παρουσία άλλων νοσημάτων. Η Αμερικανική Εταιρεία Αναισθησιολογίας έχει σχεδιάσει έναν κατάλογο όπου οι ασθενείς κατατάσσονται σε πέντε κατηγορίες. Όσο η ηλικία και τα συνυπάρχοντα νοσήματα αυξάνονται, ο αριθμός της κατηγορίας αυξάνει για να δηλωθεί έτσι ο μεγαλύτερος κίνδυνος. Παρά ταύτα ο συνολικός κίνδυνος από την νάρκωση παραμένει πολύ μικρός.
- ▲ Οι **διεγχειρητικοί κίνδυνοι** ποικίλουν εξαρτώνται δε από το είδος της επέμβασης που εκτελείται. Διαιρούνται σε άμεσους κινδύνους (παρουσιάζονται λίγες ημέρες μετά την επέμβαση) και σε απώτερους (παρουσιάζονται μήνες ή χρόνια μετά την επέμβαση). Όπως και στην περίπτωση της αναισθησίας, ο άμεσοι κίνδυνοι αυξάνονται όταν υπάρχουν άλλα νοσήματα.
- ▲ **Παρενέργειες της χειρουργικής θεραπείας του καρκίνου του τραχήλου**: Είναι δύσκολο να περιορίσεις τα αποτελέσματα της θεραπείας στην απομάκρυνση και καταστροφή μόνο καρκινικών κυττάρων. Επειδή η θεραπεία συνήθως καταστρέφει και υγιή κύτταρα και ιστούς προκαλούνται ανεπιθύμητες και μερικές φορές σημαντικές παρενέργειες. Οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες-τές, μπορούν να εξηγήσουν στους

ασθενείς τις πιθανές παρενέργειες της θεραπείας που προτείνεται. Μπορούν επίσης να προτείνουν τρόπους εμποδισμού ή χειρισμού τέτοιων παρενεργειών. Είναι σημαντικό ο ασθενής να ενημερώσει τον γιατρό ή νοσηλεύτρια–τη εάν αντιμετωπίζει τέτοιες παρενέργειες.

Η επέμβαση προκαλεί προσωρινούς πόνους στην περιοχή που εγχειρίσθηκε. Οι ασθενείς συχνά νιώθουν άβολα κατά τις πρώτες ημέρες μετά την επέμβαση όμως ο πόνος μπορεί να ελεγχθεί με φάρμακα. Οι ασθενείς πρέπει να συζητήσουν με τον γιατρό ή την νοσηλεύτρια–τη πως θα μπορέσουν να ανακουφίσουν τον πόνο. Οι ασθενείς επίσης μπορεί να αισθάνονται κουρασμένοι ή αδύναμοι για ένα διάστημα. Ο χρόνος ανάρρωσης που χρειάζεται ο κάθε ασθενής διαφέρει αναλόγως το άτομο.

Η χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του τραχήλου μπορεί επίσης να προκαλέσει σε μια γυναίκα αιμορραγίες, κράμπες ή κοιλιακές αποβολές υγρών, για ένα διάστημα μετά την επέμβαση.. Μπορεί να υποφέρει από πόνους στο κάτω μέρος του υπογαστρίου και από προσωρινή αδυναμία ούρησης. Μπορεί επίσης να αντιμετωπίσει προβλήματα με την αφόδευση για μερικές ημέρες.

Εάν μια γυναίκα κάνει ριζική υπογαστρία υστερεκτομή, οι παρενέργειες συνήθως σχετίζονται με το ουρολογικό και εντερικό σύστημα γιατί βρίσκονται κοντά στον τράχηλο. Επίσης μερικές γυναίκες αντιμετωπίζουν πρόβλημα στο να καταλάβουν αν η κύστη τους είναι γεμάτη ή μπορεί να γίνουν δυσκοιλίες. Αυτές είναι οι πιο κοινές παρενέργειες αλλά συνήθως είναι ήπιες. Μερικοί λιγότερο κοινοί κίνδυνοι περιλαμβάνουν τρύπες στην κύστη ή στον πρωκτό, συρίγγιο ή φραγμό του εντέρου (δυσκολίες αφόδευσης). Άλλες σπάνιες παρενέργειες είναι ζημιά στα νεύρα, κήλη, μολύνσεις και αλλαγές στην σεξουαλική λειτουργία.

Η σεξουαλικότητα μιας γυναίκας μπορεί επίσης να επηρεαστεί, ιδιαίτερα μετά από μια υστερεκτομή, ιδιαίτερα επειδή εν θα μπορεί πλέον να τεκνοποιήσει. Είναι σημαντικό για τον σύντροφο και το γιατρό να δείξουν κατανόηση και να το συζητήσουν μαζί της πριν γίνει η εγχείρηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12°

ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΣΤΟΧΟΣ

Πρώτη κίνηση του ακτινολόγου – ογκολόγου είναι να αξιολογήσει σε βάθος την κάθε περίπτωση. Αφού θα υποβάλλει την ασθενή σε κλινική εξέταση, θα επανεξετάσει όλα τα σπινθηρογραφήματα, τις διαγνωστικές ακτινογραφίες, τα πλακίδια των παθολογοανατομικών παρασκευασμάτων, την έκθεση της χειρουργικής επέμβασης. Κατόπιν θα συζητήσει την περίπτωση με τον υπεύθυνο γιατρό, τον ογκολόγο και πιθανώς με τον χειρουργό. Αμέσως μετά θα αποφασίσει αν ο στόχος της ακτινοβολίας είναι η ίαση ή η παρηγορητική θεραπεία και θα επιλέξει ποια μέθοδο ακτινοβολίας θα εφαρμόσει, αν δηλαδή θα είναι εξωτερική, εσωτερική ή συνδυασμός τους.

ΤΥΠΟΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑΣ

Η εξωτερική ακτινοβολία – η απελευθέρωση δηλαδή της δόσης από εξωτερική πηγή – ποικίλλει ανάλογα με την ενέργεια των φωτονίων που χρησιμοποιούμενου μηχανήματος, τον τύπο των παραγόμενων ακτινών (ηλεκτρόνια, ακτίνες X, ακτίνες γ), την διάρκεια χορήγησης της θεραπείας και τον αριθμό των δέσμων που χρησιμοποιούνται στη συγκεκριμένη περίπτωση.

A. ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ ΥΨΗΛΗΣ ΚΑΙ ΧΑΜΗΛΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ

Η εξωτερική ακτινοθεραπεία χρειάζεται ειδικές συσκευές που

χρησιμοποιούν είτε χαμηλή ενέργεια (μηχανήματα orthovoltage) είτε υψηλή (μηχανήματα megavoltage). Όλα τα σύγχρονα μηχανήματα είναι αρκετά ακριβή όσον αφορά το σημείο πρόσπτωσης της ακτινοβολίας.

▲ **Μηχανήματα χαμηλής ενέργειας (orthovoltage)**

Οι ακτίνες X χαμηλής ενέργειας παράγονται από ένα σωλήνα μέσα στον οποίο θερμαίνεται ε υψηλή θερμοκρασία, ένα λεπτό σύρμα. Τα ηλεκτρόνια απελευθερώνονται και χτυπούν σ' ένα στόχο βολφραμίου, παράγοντας ακτίνες X, με ενέργεια άνω των 300 Kilovolts. Αυτός ο τύπος μηχανήματος απελευθερώνει το μέγιστο της δόσης στην επιφάνεια του δέρματος και έχει πολύ περιορισμένη διεισδυτική ικανότητα. Σήμερα τα μηχανήματα orthovoltage χρησιμοποιούνται μόνο για επιφανειακούς όγκους.

▲ **Μηχανήματα υψηλής ενέργειας (megavoltage)**

Παράγουν υψηλή ενέργεια άνω των 1.00 kilovolts και επιτρέπουν στον ακτινοθεραπευτή να θεραπεύσει εσωτερικούς όγκους αποφεύγοντας την υπερβολική δόση στο δέρμα. Συνήθως χρησιμοποιείται το μηχάνημα Colbat 60 και ο Γραμμικός Επιταχυντής (Linear Accelerator).

B. ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΚΤΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ασθενείς με εντοπισμένους καρκίνους που δεν είναι δυνατό να εξαιρεθούν πλήρως ή εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο υποτροπής, είναι υποψήφιοι για διεγχειρητική ακτινοθεραπεία, η οποία διενεργείται κατά την διάρκεια της επέμβασης.

Αρχικά ο χειρουργός εντοπίζει το όργανο με τον όγκο και αφαιρεί όσο το δυνατόν μεγαλύτερο τμήμα του. Κατόπιν μετακινεί τους φυσιολογικούς ιστούς εκτός του πεδίου ακτινοβολίας. Τότε μεταφέρεται είτε στο μηχάνημα στο χειρουργείο είτε ο ασθενής στο ακτινολογικό τμήμα. Ο όγκος ακτινοβολείται απευθείας με μία μόνο υψηλή δόση.

Γ. ΣΤΕΡΕΟΤΑΚΤΙΚΗ (ΣΤΕΡΕΟΤΑΞΙΚΗ) ΑΚΤΙΝΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Εφαρμόστηκε αρχικά στη δεκαετία του 1950 από τον Σουηδό γιατρό Dr. Lars Leksell, ο οποίος ανακάλυψε ότι μπορεί να θεραπεύσει με πηγή κοβαλτίου διαμαρτίες περί τη διάπλαση αιμοφόρων αγγείων που βρίσκονται σε μεγάλο βάθος μέσα στον εγκέφαλο. Σήμερα γίνεται με την χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή και του Γραμμικού Επιταχυντή.

ΤΥΠΟΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑΣ

Η σύγχρονη ακτινοθεραπευτική χρησιμοποιεί ευρέως μεθόδους οι οποίες διανέμουν την ακτινοβολία στα καρκινικά κύτταρα όχι εξ αποστάσεως αλλά με απευθείας είσοδο της στον όγκο ή γύρω του. Οι ραδιενεργές πηγές είναι δυνατό να χορηγηθούν υπό μορφή ενέσεων, να τοποθετηθούν σε οδικούς υποδοχείς ή να εμφυτευθούν υπό μορφή βελονών ή κόκκων.

A. ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ (ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ) ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Με αυτόν τον τύπο θεραπείας τα ραδιενεργά ισότοπα χορηγούνται ενδοφλέβια ή τοποθετούνται σε όργανα όπως η κύστη ή η κοιλιά (ραδιενεργό ιώδιο, ισότοπα ραδιενεργού φωσφόρου).

B. ΔΙΑΜΕΣΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Με την μέθοδο αυτή, που καλείται και βραχυθεραπεία, οι πηγές ακτινοβολίας τοποθετούνται απευθείας μέσα στον όγκο και τους γύρω ιστούς.

Υπάρχουν δύο είδη εμφυτευμάτων.

- Το μόνιμο, και
- Το προσωρινό εμφύτευμα.

Γ. ΕΝΔΟΚΟΙΛΟΤΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Συνήθως αυτή η μέθοδος εφαρμόζεται στους γυναικολογικούς όγκους, όπως τα καρκινώματα της μήτρας. Η διαδικασία της επέμβασης είναι απλή και σύντομη. Με γενική ή επισκληρίδια νάρκωση τοποθετούνται στη μήτρα κοίλες συσκευές, ειδικά σχεδιασμένες. Η ακριβώς θέση τους ελέγχεται ακτινογραφικά στο χειρουργείο.

Η μέθοδος πλεονεκτεί επειδή μπορούμε να χορηγήσουμε πολύ μεγάλη δόση ακτινοβολίας στο όγκο ενώ η ταχεία ελάττωση της δόσης προσφέρει τη μέγιστη προστασία στα παραπλήσια όργανα.

Δ. ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η μέθοδος έχει περιορισμένη εφαρμογή και χρησιμοποιείται σε ορισμένους όγκους κοίλων οργάνων. Η ενδοαυλική θεραπεία χρησιμοποιείται συχνά σε συνδυασμό με την εξωτερική ακτινοβολία.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Η θεραπεία με ακτινοβολία (ακτινοθεραπεία) είναι ένας ακόμα τρόπος για να αντιμετωπιστεί ο καρκίνος του τραχήλου. Ο σκοπός της θεραπείας αυτής είναι η εξόντωση των καρκινικών κυττάρων με την χρήση ακτινών Χ οι οποίες κατευθύνονται προς το σημείο που βρίσκεται ο όγκος. Ο ακτινολόγος θα δημιουργήσει το σχέδιο θεραπείας της γυναίκας, που θα περιλαμβάνει λεπτομερώς το είδος της θεραπείας ακτινοβολίας καθώς και το χρονικό διάστημα που θα διαρκέσει.

Η ακτινοθεραπεία είναι τοπική θεραπεία που σημαίνει ότι επιδρά μόνο στα καρκινικά κύτταρα της περιοχής που εφαρμόζεται. Στον καρκίνο του τραχήλου, η θεραπεία αυτή χρησιμοποιείται όταν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί πέρα από τον τράχηλο, ή για μεγαλύτερους όγκους οι οποίοι βρίσκονται μόνο στην περιοχή της λεκάνης.

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται για να συρρικνωθεί ο όγκος πριν την χειρουργική επέμβαση, όμως δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι αυτή η μέθοδος παρέχει καλύτερα αποτελέσματα. Μπορεί ακόμη να χρησιμοποιηθεί μετά την επέμβαση για να σιγουρευτούμε ότι όλα τα καρκινικά κύτταρα έχουν καταστραφεί.

Εάν η ασθενής έχει πρώιμου σταδίου καρκίνο του τραχήλου, η ακτινοβολία μπορεί να χρησιμοποιηθεί αντί του χειρουργείου. Η ακτινοθεραπεία είναι το ίδιο αποτελεσματική με την ριζική υστερεκτομή για μικρούς καρκίνους του τραχήλου. Παρόλα αυτά και για μεγαλύτερους καρκίνους η ακτινοθεραπεία είναι η προτιμότερη μέθοδος.

ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Συνίσταται σε γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου, ο οποίος είναι μεγαλύτερος ή έχει εξαπλωθεί πέρα από τον τράχηλο, να λάβουν θεραπεία ακτινοβολίας σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία. Όταν η ακτινοβολία δίνεται σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία, τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την χημειοθεραπεία, επιτρέπουν στην ακτινοβολία να δρα αποτελεσματικότερα ενάντια στα καρκινικά κύτταρα.

Μερικοί γιατροί προτιμούν προτού αρχίσει η ακτινοθεραπεία να γίνεται η χημειοθεραπεία, ώστε να συρρικνωθεί πρώτα ο όγκος. Αυτή η θεραπεία όμως θεωρείται ακόμη πειραματική.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Η ακτινοθεραπεία έχει παρενέργειες, οι οποίες εμφανίζονται λίγες ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας. Μερικές από τις πιο κοινές παρενέργειες είναι η συχνή ενοούρηση με κάψιμο και διάρροια. Αυτό μπορεί να αντιμετωπιστεί με κάποια φαρμακευτική αγωγή, ώστε να ελεγχθούν αυτά τα συμπτώματα. Στις γυναίκες προ εμμηνόπαυσης, η ακτινοβολία καταστρέφει τις ωοθήκες οι οποίες παύουν να παράγουν τις θηλυκές

ορμόνες (οιστρογόνο - προγεστερόνη). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την παύση των κανονικών περιόδων, και μπορεί να προκαλέσει στη γυναίκα έξαψη και άλλα συμπτώματα εμμηνόπαυσης. Η θεραπεία αντικατάστασης ορμονών δεν επηρεάζει τον καρκίνο και η επιλογή αυτή θα πρέπει να συζητηθεί με τον γιατρό.

Η ακτινοβολία επιδρά στους φυσιολογικούς ιστούς γύρω από τον τράχηλο. Σπάνια μπορεί να προκαλέσει συρίγγιο στην κύστη ή στον πρωκτό, χρόνια διάρροια, αίμα στα ούρα ή τα κόπρανα, και εντερική απόφραξη.

Για εξωτερική ακτινοθεραπεία οι ασθενείς δεν χρειάζεται να παραμείνουν στο νοσοκομείο. Στις περισσότερες περιπτώσεις η εξωτερική ακτινοθεραπεία δεν θα αλλάξει μόνιμα την όψη του δέρματος της ασθενούς. Μοιάζει με ακτινογραφία θώρακος, εκτός του ότι διαρκεί λίγα λεπτά και επαναλαμβάνεται ημερησίως για τέσσερις με πέντε εβδομάδες. Αυτός ο τύπος ακτινοβολίας δεν είναι βλαβερός και πολλές γυναίκες συνεχίζουν να έχουν φυσιολογική ζωή κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Ρυθμίζοντας την δόση της ακτινοβολίας προστατεύονται οι υγιείς ιστοί. Στο τέλος της θεραπείας, μια έξτρα δόση ακτινοβολίας μπορεί να κατευθυνθεί στην περιοχή όπου ξεκίνησε ο όγκος και καλείται «BOOST». Όσον αφορά τον καρκίνο του τραχήλου, η εξωτερική θεραπεία ακολουθείται από εμφυτεύσεις.

Στην θεραπεία εμφύτευσης, η ασθενής πρέπει να παραμείνει στο νοσοκομείο 2 με 3 ημέρες. Η ασθενής μπορεί επίσης να δεχτεί εναλλακτική θεραπεία εμφύτευσης, η οποία καλείται υψηλών δόσεων θεραπεία εμφύτευσης. Η εναλλακτική θεραπεία εμφύτευσης είναι μια θεραπεία που γίνεται εβδομαδιαίως για αρκετές εβδομάδες. Σ' αυτήν την θεραπεία, μια ραδιενεργός συσκευή τοποθετείται μέσα στον κόλπο και κοντά στον τράχηλο ώστε να σκοτώσει τα ανώμαλα κύτταρα. Η συσκευή παραμένει στον κόλπο για ένα μικρό διάστημα, αρκετό όμως, ώστε να βομβαρδίσει τον όγκο με μία υψηλή δόση ραδιενέργειας. Το εμφύτευμα αφαιρείται προτού η ασθενής επιστρέψει σπίτι της και το σώμα της δεν παραμένει ραδιενεργό μετά το τέλος της θεραπείας.

Ένα από τα μειονεκτήματα αυτής της θεραπείας είναι ότι οι ωοθήκες παύουν να λειτουργούν. Αυτό σημαίνει ότι οι νεαρές γυναίκες θα αντιμετωπίσουν μια πρόωμη εμμηνόπαυση και πρέπει να ακολουθήσουν μια

θεραπεία αντικατάστασης ορμονών μετά την ακτινοθεραπεία.

Σε μερικές περιπτώσεις ο κόλπος γίνεται στενότερος και κοντύτερος κάνοντας έτσι την ερωτική επαφή δύσκολη ή επίπονη. Ο γιατρός μπορεί να χορηγήσει, σε καθημερινή χρήση, κολπικούς διαστολείς ώστε να σταματήσουν αυτά τα συμπτώματα.

Οι πιο κοινές παρενέργειες της ακτινοθεραπείας είναι η κούραση, δερματικές αλλαγές, ανορεξία και απώλεια βάρους, ναυτία και διάρροια.

ΝΕΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Οι μελετητές ερευνούν διάφορους τρόπους για να καταστήσουν αποτελεσματικότερη την ακτινοθεραπεία, βασιζόμενοι σε σημαντικές εξελίξεις στον τομέα της βιολογίας, της φυσικής και της μηχανολογίας. Σε αρκετές περιπτώσεις τα αποτελέσματα είναι σημαντικά.

▲ **Υπερθερμία:** Πάνω από έναν αιώνα πριν, οι επιστήμονες είχαν παρατηρήσει την επίδραση της θερμότητας σε μερικές μορφές καρκίνου. Το 1893 ο W. B. Cooly ανέφερε ότι οι υψηλές θερμοκρασίες είχαν ευεργετικά αποτελέσματα σε 38 ασθενείς, οι 12 από τους οποίους παρουσίασαν πλήρη αναστολή του καρκίνου τους. Πολλά κακοήθη κύτταρα εμφανίζουν θεραπευτική ανταπόκριση σε υψηλές θερμοκρασίες. Ακόμη και η μέτρια υπερθερμία (42° C) είναι δυνατόν να καταστρέψει τα κακοήθη κύτταρα/

Οι ερευνητές μελετούν σήμερα μια νέα «πολυπαραγοντική» θεραπευτική μέθοδο, δηλαδή το συνδυασμό ακτινοθεραπείας, χημειοθεραπείας και υπερθερμίας που μπορεί να αυξήσει το ποσοστό ανταπόκρισης ορισμένων όγκων.

▲ **Κλινικοί τροποποιητές:** Η έρευνα συνεχίζεται με την ελπίδα ότι θα βρεθούν χημικές συνθέσεις που θα μεταβάλλουν τα αποτελέσματα της

ακτινοβολίας. Επειδή η ακτινοβολία έχει μεγαλύτερη επίδραση σε κύτταρα με καλή παροχή οξυγόνου, σε μία από τις πρώτες προσπάθειες βελτίωσης της ευαισθησίας στην ακτινοβολία χρησιμοποιούνται θάλαμοι υπερβαρικού οξυγόνου. Οι ασθενείς τοποθετούνται σε κλειστό θάλαμο ώστε να αναπνέουν αέρα με ποσοστό οξυγόνου υψηλότερο από το κανονικό.

▲ **Ακτινοβολία μεταφοράς υψηλής γραμμικής ενέργειας (LET)**

Σε διάφορα κέντρα ερευνούν την ακτινοβολία με επιταχυντές που χρησιμοποιούν βαρέα ή υποατομικά σωματίδια αντί ηλεκτρονίων, ακτινών Χ ή γάμα. Ερευνώνται αρκετοί τύποι βαρέων σωματιδίων, μεταξύ των οποίων τα πρωτόνια, τα ιόντα ηλίου και τα νετρόνια.

Αυτή η μέθοδος, που αποκαλείται ακτινοβολία μεταφοράς υψηλής γραμμικής ενέργειας, είναι αποτελεσματική επειδή, πρώτον νεκρώνει τα κακώς οξυγονωμένα κύτταρα καλύτερα απ' ό τι η κοινή ακτινοβολία, και δεύτερον, επειδή τα καρκινικά κύτταρα έχουν μικρότερη ικανότητα να αποκαταστήσουν τις σχεδόν θανατηφόρες βλάβες που τους προκαλεί η ακτινοβολία LET.

Έχει εξακριβωθεί ότι αρκετοί όγκοι ανταποκρίνονται καλύτερα στην υψηλή ακτινοβολία LET. Επειδή όμως αυτή η μέθοδος θεραπείας βρίσκεται ακόμα σε ερευνητικό στάδιο, εφαρμόζεται σε ελάχιστα ιατρικά κέντρα στις Η.Π.Α.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13^ο

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Α Αντινεοπλασματική φαρμακοθεραπεία

Η ιδέα της χρησιμοποίησης χημικών ουσιών για την καταπολέμηση του καρκίνου ξεκίνησε από τις αρχές του Α' Παγκοσμίου Πόλεμου, όταν παρατήρησαν πως πολεμικά δηλητήρια του τύπου του υπερίτη, προκαλούσαν λευκοπενία. Έτσι το 1942, χρησιμοποιήθηκε ο αζωθυπερίτης για την αντιμετώπιση λευχαιμιών. Ήταν τότε μια εμπειρική θεραπεία, που στην εποχή μας εξελίχθηκε σε μία από τις κύριες θεραπευτικές μεθόδους κατά του καρκίνου.

Με τον όρο «χημειοθεραπεία του καρκίνου» εννοούμε την θεραπεία του με την χρήση κυτταροστατικών ή αντινεοπλασματικών φαρμάκων, δηλαδή ουσιών, που γενικά αναστέλλουν τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων προσβάλλοντας βασικές βιοχημικές διεργασίες της ζωής. Όλα τα κύτταρα, φυσιολογικά και νεοπλασματικά, προσβάλλονται το ίδιο από τα κυτταροστατικά φάρμακα και το θεραπευτικό αποτέλεσμα στηρίζεται σε ποσοτικές μόνο διαφορές μεταξύ τους. Έτσι είναι φυσικό, η αντινεοπλασματική θεραπεία να συνοδεύεται από ανεπιθύμητες ενέργειες που έχουν σχέση με την προσβολή των υγιών κυττάρων και ιδιαίτερα αυτών που έχουν έντονο και συνεχιζόμενο πολλαπλασιασμό, όπως είναι τα γεννητικά κύτταρα.

Α Χημειοθεραπεία

Είναι η προσπάθεια να αντιμετωπίσουμε και κατά συνέπεια να θεραπεύσουμε διάφορα νοσήματα χορηγώντας χημικές ενώσεις φυσικώς ή τεχνικώς παρασκευασμένες. Ο όρος χημειοθεραπεία προέρχεται από τον

συνδυασμό δύο λέξεων: «χημικός» και «θεραπεία». Πολλοί άνθρωποι έχουν κάνει κάποιο ο σχήμα χημειοθεραπείας για ασθένεια στην ζωή τους, π.χ. πήραν Penicillin για κάποια μόλυνση. Σήμερα η λέξη «χημειοθεραπεία» χρησιμοποιείται πιο συχνά για να περιγράψει μια μέθοδο του καρκίνου. Η εποχή της άρχισε το 1940, κατά την διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, με την ανακάλυψη της Νιτρογενούς Μουστάρδας (Nitrogen Mustard), που οι ιδιότητές της χρησιμοποιήθηκαν στο αιμοποιητικό σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού.

ΠΩΣ ΔΡΑ Η ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα χημειοθεραπευτικά παρασκευάσματα δρουν στο παθολογικό κύτταρο με το να εμποδίζουν την ανάπτυξη και τον πολλαπλασιασμό του και με το να επιφέρουν την καταστροφή του. Το κάθε φάρμακο δρα με τον δικό του τρόπο. Όλα τα κυτταροστατικά φάρμακα σκοτώνουν τα παθολογικά και τα φυσιολογικά κύτταρα.

Τα φυσιολογικά όμως κύτταρα έχουν την δυνατότητα της αναγεννήσεως. Έτσι σε μικρά διαστήματα μερικών μόνο ημερών, αναγεννώνται και επανέρχονται στον αρχικό ρυθμό τους. Μερικές φορές τα φάρμακα χρησιμοποιούνται για να επιτύχουν ένα τοπικό αποτέλεσμα και άλλες φορές ένα γενικό.

ΠΩΣ ΧΟΡΗΓΕΙΤΑΙ Η ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα περισσότερα φάρμακα δίνονται μ' έναν από τους εξής τρόπους: Από το στόμα, ενδομυϊκώς, ενδοφλεβίως, ενδοαρτηριακώς, υποδορίως, τοπικώς, ενδοκρανιακώς, ενδοσπλαχνικώς και σε κοιλότητες.

ΠΩΣ ΕΠΙΛΕΓΟΝΤΑΙ ΤΑ ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Η επιλογή των κυτταροστατικών φαρμάκων για κάθε άρρωστο εξαρτάται από τον τύπο, το σημείο εμφανίσεως και το στάδιο εξελίξεως της

νόσου. Από το πώς επηρεάζει τις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού και την γενική κατάσταση της υγείας του αρρώστου.

ΑΡΧΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

1. Η θεραπεία δεν πρέπει να εφαρμόζεται όταν τα λευκά αιμοσφαίρια είναι κάτω από 3.000, τα ουδετερόφιλα κάτω από 1.200 και τα αιμοπετάλια κάτω από 100-120.000 κ.κ.χ.
2. Μετάγγιση αίματος πρέπει να γίνεται μόνο, όταν ο αιματοκρίτης είναι κάτω από 24%.
3. Σε ελαφρά τοξικότητα του φαρμάκου η δόση στον επόμενο θεραπευτικό κύκλο πρέπει να ελαττώνεται κατά 25% και σε σοβαρή τοξικότητα κατά 50%.
4. Σε συνδυασμό φαρμάκων, όταν αναπτυχθεί τοξικότητα, ελαττώνουμε μόνο το υπεύθυνο γι' αυτή φάρμακο.
5. Μεγάλη τοξικότητα του φαρμάκου εμφανίζεται σε 1-3 εβδομάδες μετά την θεραπεία. Πρώιμη εμφάνιση θεωρείται σοβαρή και η χορήγηση του φαρμάκου πρέπει να διακόπτεται.
6. Οι ασθενείς πρέπει να διδαχθούν να ειδοποιούν τον γιατρό τους σε κάθε περίπτωση εμφάνισης ανεπιθύμητες ενέργειας.
7. Η θεραπεία δεν θεωρείται αποτυχημένη, αν δεν εφαρμοσθεί τουλάχιστον για 2-3 θεραπευτικούς κύκλους.
8. Ανάπτυξη του όγκου ή συλλογή υγρού σημαίνει ανεπάρκεια του φαρμάκου και πρέπει να αλλαχθεί με άλλο.
9. Η γενική κατάσταση της άρρωστης να είναι ικανοποιητική, όπως ικανοποιητική πρέπει να είναι και η κατάσταση του μυελού των οστών και οι λειτουργίες των νεφρών και του συκωτιού.
10. Να μην υπάρχει λοίμωξη σε ενέργεια, ούτε να συνυπάρχει άλλη εκτός από τον καρκίνο, πάθηση.
11. Να αποκλεισθεί η ύπαρξη εγκυμοσύνης. Αν υπάρξει πρέπει να διακοπεί. Στην αρχή της χημειοθεραπείας σε νεαρές γυναίκες μπορεί να χορηγηθούν αντισυλληπτικά δισκία (αν δεν υπάρχει αντένδειξη) για

την αποφυγή εγκυμοσύνης.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η χημειοθεραπεία βλάπτει υγιή κύτταρα μαζί με τα καρκινικά. Οι παρενέργειες που μπορεί να αντιμετωπίσει ένας ασθενής εξαρτώνται από τα φάρμακα ή τον συνδυασμό φαρμάκων που λαμβάνει. Επίσης η ποσότητα των φαρμάκων είναι ένας άλλος παράγοντας που καθορίζει τι είδους παρενέργειες θα υπάρξουν. Ο γιατρός και η νοσηλεύτρια – της ενημερώνει τον άρρωστο για τα συμπτώματα που πρέπει να προσέχει εκτός νοσοκομείου, τα οποία πρέπει να αναφέρει επικοινωνώντας με το γιατρό ή την ίδια την νοσηλεύτρια-τη. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να είναι:

- ▲ Ασυνήθιστες αιμορραγίες (αίμα στα ούρα, στα εμέσματα, στα ούλα, στα κόπρανα, ρινική επίσταξη, μητρορραγίες)
- ▲ Εξάνθημα και πετέχιες στο δέρμα.
- ▲ Υπερπυρεξία.
- ▲ Κόπωση, δύσπνοια.
- ▲ Στοματαλγία ή δυσκαταποσία, στοματίτις.
- ▲ Μούδιασμα ή υπαισθία των δακτύλων χεριών ή ποδιών.
- ▲ Αλλαγή στις συνήθειες αφοδεύσεως.
- ▲ Δυσκολία στην ούρηση.
- ▲ Απότομη αύξηση ή μείωση του σωματικού βάρους.
- ▲ Πόνοι ασυνήθιστης εντάσεως.
- ▲ Κεφαλαλγίες.
- ▲ Διόγκωση αδένων.

Μερικές κοινές παρενέργειες της χημειοθεραπείας περιλαμβάνουν ναυτία και εμέτους, απώλεια μαλλιών, πληγές στο στόμα, διάρροια και κούραση. Οι μολύνσεις αποτελούν σημαντικές πιθανές επιπλοκές. Οι μολύνσεις συμβαίνουν γιατί η χημειοθεραπεία μειώνει τον αριθμό των λευκών αιμοσφαιρίων, τα οποία χρησιμοποιούνται από τον οργανισμό για την αντιμετώπιση των μολύνσεων.

Οπωσδήποτε ένδειξη πυρετού κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας,

πρέπει να αναφερθεί στον γιατρό. Εάν δεν αντιμετωπισθούν οι λοιμώξεις μπορεί να προκαλέσουν τον θάνατο της ασθενούς

ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΧΟΡΗΓΟΥΝΤΑΙ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Όταν γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση μερικών φαρμάκων, απαιτείται η παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο για λίγες μέρες. Οι ενέσεις γίνονται συνήθως στο νοσοκομείο ή στο ιατρείο, αν και οι αδελφές ογκολογίας μπορούν να χορηγήσουν φάρμακα στο πλαίσιο της κατ' οίκον νοσηλείας του ασθενούς.

Αν συνταγογραφηθούν χάπια, κάψουλες ή υγρά, ο ασθενής μπορεί να τα πάρει στο σπίτι ή στην εργασία. Ακόμη κι αν λαμβάνει χημειοθεραπεία από το στόμα πρέπει οπωσδήποτε να επισκέπτεται τον γιατρό του, ώστε να παρακολουθείται η ανταπόκριση του όγκου στη θεραπεία και να υποβάλλεται σε αναλύσεις αίματος. Μερικά φαρμακευτικά προγράμματα απαιτούν περισσότερες επισκέψεις στο ιατρείο του ογκολόγου, επειδή ο συνδυασμός τους μπορεί να είναι αρκετά πολύπλοκος.

ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ

Η χημειοθεραπεία για καρκίνο του τραχήλου συνήθως περιλαμβάνει ένα συνδυασμό φαρμάκων τα οποία χορηγούνται με ενδοφλέβια ένεση. Το Cisplatin (Ptatinol®), Carboplatin (Paraplatin ®), Paclitaxel (Taxol®), Cyclophosphamide (Cynoxan®), Ifostamid (Ifex®) και S-fu (flairouracil®, Adeucil®, Efudex®) είναι φάρμακα τα οποία χορηγούνται κατά του καρκίνου του τραχήλου. Για γυναίκα, που μετά την θεραπεία με ακτινοβολία ή την χειρουργική επέμβαση, ο καρκίνος εξακολουθεί να υφίσταται, η χημειοθεραπεία έχει ως στόχο την επιβράδυνση ή το συρρίκνωμα του καρκίνου. Είναι πολύ σπάνιο, η χημειοθεραπεία να επιτύχει πλήρη εξάλειψη του καρκίνου.

ΠΟΤΕ Η ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΝΔΕΧΕΤΑΙ ΝΑ ΔΙΑΚΟΠΕΙ ΛΟΓΩ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

Δεν υπάρχει κανένας λόγος να διακοπεί η θεραπεία επειδή τα φάρμακα προκαλούν κάποια προβλήματα, εφόσον ο όγκος ελέγχεται αρκετά ή έστω λίγο ικανοποιητικά. Σοβαρές παρενέργειες ή επιπλοκές όμως μπορούν να δικαιολογήσουν την συνέχιση της θεραπείας μόνο αν υπάρχει σαφής αντικαρκινική ανταπόκριση.

Η απόφαση για τη διακοπή της θεραπείας εξαρτάται από το πώς ο ασθενής και ο γιατρός αντιλαμβάνονται το ανεπιθύμητο και μέχρι ποίου σημείου είναι διατεθειμένοι να δείξουν ανοχή. Φυσικά τόσο οι γιατροί όσο και οι ασθενείς είναι συνήθως πρόθυμοι να υποστούν την ενόχληση και δυσφορία των παρενεργειών στην περίπτωση που οι πιθανότητες ίασης είναι μεγάλες. Η άλλη επιλογή ίσως αποβεί μοιραία για την ζωή τους.

Το βασικό είναι να χορηγείται επαρκής δόση φαρμάκων. Ένα φάρμακο αναμένεται να έχει αποτελέσματα αν και εφόσον ο καρκίνος του συγκεκριμένου ασθενούς είναι ευαίσθητος σ' αυτό. Μετά από κάποιο χρονικό διάστημα (συνήθως δύο με τρεις μήνες) οι εξετάσεις θα δείξουν αν ο όγκος παρουσιάζει ύφεση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14^ο

ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η βιολογική θεραπεία είναι σχετικά νέος τρόπος θεραπείας του καρκίνου. Βασίζεται στην αρχή ότι το ανοσολογικό σύστημα του ανθρώπου, το οποίο έχει διαμορφωθεί για να εξουδετερώνει και να καταστρέφει οποιοδήποτε ξένο σώμα παρουσιαστεί στο εσωτερικό του οργανισμού, θα μπορούσε να διαδραματίσει κάποιο ρόλο στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων.

Διάφορα προβλήματα συνδέονται με την συγκεκριμένη μέθοδο. Ένα από τα σοβαρότερα είναι ότι το ανοσολογικό σύστημα δεν αντιμετωπίζει πάντοτε τα καρκινικά κύτταρα ως «ξένα». Είναι εύκολο για το σύστημα να αναγνωρίζει τα βακτηρίδια ή τους ιούς, αφού είναι εντελώς διαφορετικά από τα ανθρώπινα φυσιολογικά κύτταρα. Η διαφορά όμως ανάμεσα σ' ένα καρκινικό κύτταρο και ένα φυσιολογικό είναι μικρή.

Εν τούτοις, έχουν γίνει μεγάλα βήματα και τώρα πια η βιολογική θεραπεία αποτελεί αποδεκτή θεραπευτική αγωγή για ορισμένα είδη καρκίνου. Η θεραπεία έγκειται, κυρίως, στην τροφοδότηση του ανοσολογικού συστήματος με υψηλής καθαρότητας πρωτεΐνες, οι οποίες βοηθούν το σύστημα να δραστηριοποιηθεί, και συνεπώς να διεκπεραιώσει αποτελεσματικότερα το έργο του. Η ιντερφερόνη και η ιντερλευκίνη-2 είναι οι γνωστότερες από τις πρωτεΐνες αυτές, ενώ πολλές άλλες βρίσκονται στο στάδιο της αξιολόγησης.

ΤΥΠΟΙ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η ανοσοποιητική θεραπεία του καρκίνου μπορεί να χαρακτηριστεί από πέντε στρατηγικές μεθόδους:

1. Στρατηγική ενεργητικής διέγερσης: Βασίζεται στην αρχή ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν κάποιο βαθμό φυσικής αντικαρκινικής ανοσίας, και ότι αν τα αμυντικά κύτταρα καταφέρουν με κάποιο τρόπο να διεγερθούν, ενδεχομένως να έχουν κάποια επίδραση στα καρκινικά κύτταρα. Για το σκοπό αυτό υπάρχουν τόσο ειδικές όσο και μη ειδικές στρατηγικές μέθοδοι.

Οι μη ειδικές στρατηγικές χρησιμοποιούν βακτηριδιακές ή χημικές ενισχυτικές ουσίες (επικουρικές) για να «αναζωπυρώσουν» μια ολόκληρη σειρά ανοσοποιητικών κυττάρων – τα μακροφάγα, τα κύτταρα φυσικούς φονείς και άλλα μη ειδικά κύτταρα φονείς. Μια από τις επιδράσεις της ενεργοποίησης των μακροφάγων είναι και η παράλληλη ενεργοποίηση των T-κυττάρων.

Κατά την ειδική αυτή στρατηγική χρησιμοποιούνται τα ίδια καρκινικά κύτταρα ή τα αντιγόνα που σχετίζονται με τον όγκο προκειμένου να ενεργοποιηθούν τα ειδικά «δραστικά» κύτταρα, όπως είναι τα T-κύτταρα –φονείς.

2. Στρατηγική υιοθέτησης: Συνίσταται στη μεταφορά ανοσοποιητικών κυττάρων ή μορίων τα οποία είναι φορείς πληροφοριών (ιδίως λεμφοκίνες και κυτταροκίνες που εκκρίνονται από τα λεμφοκύτταρα), οι οποίες βοηθούν το ανοσολογικό σύστημα να επιτελέσει το έργο πιο συντονισμένα.

3. Στρατηγική αποκατάστασης: Ο ίδιος ο καρκίνος αλλά και τα διάφορα είδη θεραπείας, όπως η ακτινοβολία και η χημειοθεραπεία, μπορούν να ελαττώσουν τον αριθμό των ανοσοποιητικών κυττάρων που συμμετέχουν στην ανοσολογική απόκριση. Με τη μέθοδο αυτή επιδιώκεται αντικατάσταση των κυττάρων αυτών, ή επιτυγχάνεται έμμεσα ο ίδιος στόχος αναστέλλοντας τις κατασταλτικές επιδράσεις πάνω στο ανοσολογικό σύστημα, όπως είναι εκείνη των κατασταλτικών T-κυττάρων.

4. Παθητική στρατηγική: Κατ' αυτήν ενισχύεται το ανοσολογικό σύστημα με ειδικά «όπλα», όπως είναι τα αντισώματα ή οι βραχείας διάρκειας αντικαρκινικοί «παράγοντες», που μπορούν να προβάλλουν ορισμένα ειδικά κύτταρα. Μπορεί επίσης να προγραμματιστούν ειδικά

αντισώματα που παράγουν θανατηφόρα μόρια, όπως είναι τα ραδιενεργά ισότοπα ή οι τοξίνες έναντι των καρκινικών κυττάρων.

5. **Στρατηγική διαμόρφωσης του καρκινικού κυττάρου:** Αυτό το είδος αγωγής δεν έχει γίνει ακόμη αποδεκτό, είναι όμως το πιο κατάλληλο όταν αναφερόμαστε σε βιολογικές ουσίες όπως είναι οι ιντερφερόνες. Όλα τα είδη ανοσοθεραπείας εξαρτώνται από την ικανότητα των ανοσοποιητικών κυττάρων να αναγνωρίζουν τα καρκινικά. Ο μόνος τρόπος για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο είναι να εντοπίζονται ορισμένα αντιγόνα στην επιφάνεια των κυττάρων αυτών, κάτι όμως που δεν είναι καθόλου εύκολο.

«*Διαμόρφωση του κυττάρου*» σημαίνει την εντόπιση των αντιγόνων που σχετίζονται με τον όγκο, προσφέροντας ένα είδος φωτεινού σηματοδότη στα ανοσοποιητικά κύτταρα για να τον σκοπεύσουν. Η στρατηγική αυτή ίσως χρησιμεύσει και για να τροποποιήσει το μεταβολισμό των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Τα τελευταία χρόνια έχουν ερευνηθεί πολλές βιολογικές ουσίες και έχουν εφαρμοσθεί πολλές βιολογικές θεραπείες. Οι περισσότερες κλινικές μελέτες επικεντρώθηκαν αρχικά στην μία ή την άλλη από τις στρατηγικές που περιγράφηκαν, σε μια προσπάθεια να αντιληφθούμε και να εκμεταλλευτούμε την κάθε προσπάθεια για βελτίωση της ανοσολογικής απόκρισης των καρκινοπαθών.

Με τα δεδομένα αυτών των κλινικών μελετών, μπορούν πλέον να σχεδιάζονται χρήσιμοι συνδυασμοί στρατηγικών μεθόδων και βιολογικών παραγόντων. Σήμερα, ερευνώνται πλήθος βιολογικοί παράγοντες που περιλαμβάνουν ουσίες που τροποποιούν τη βιολογική απάντηση. Αυτές οι ουσίες δεν έχουν άμεσο αντικαρκινικό αποτέλεσμα αλλά είναι δυνατό να διεγείρουν το ανοσολογικό σύστημα, επηρεάζοντας έτσι έμμεσα στους όγκους.

- ▲ Οί ιντερφερόνες (IFN).
- ▲ Ιντερλευκίνες.
- ▲ Παράγοντες αποικιοδιεγερτικοί.
- ▲ Τ-κύτταρα.
- ▲ Εμβόλια κατά των όγκων.
- ▲ Παράγοντες νέκρωσης των όγκων (TNF).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ

Τα αντισώματα είναι πρωτεΐνες (γ-σφαιρίνες) που παράγονται από Β-λεμφοκύτταρα. Κάθε Β-λεμφοκύτταρο, παράγει ένα είδος αντισώματος που αναγνωρίζει μια «ξένη» δομή πρωτεΐνης ή ένα αντιγόνο. Οι εξωγενείς δομές βρίσκονται συνήθως σε βακτηρίδια, ιούς ή άλλες αντιγονικές πρωτεΐνες. Αν το αντίσωμα καταφέρει να έρθει σε επαφή με το αντιγόνο, προσκολλάται πάνω του.

Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία διότι ένα καρκινικό κύτταρο που περιβάλλεται από αντισώματα γίνεται πιο ευάλωτο στα κύτταρα του ανοσολογικού συστήματος.

Τα καρκινικά κύτταρα γίνονται πιο ευάλωτα εξαιτίας της δομής των αντισωμάτων, τα οποία αποτελούνται από δύο μέρη:

- Το μεταβλητό και
- Το σταθερό.

- Το μεταβλητό μέρος αναγνωρίζει το αντιγόνο ή την ειδική δομή του «ξένου» επιδρομέα.
- Το σταθερό μέρος, η «ουρά», αναγνωρίζεται από τα δραστικά κύτταρα του ανοσολογικού συστήματος, όπως είναι τα μονοκύτταρα, τα ουδετερόφιλα και τα κύτταρα LAK. Έτσι, το σταθερό μέρος προσελκύει τα ενεργά ανοσοποιητικά κύτταρα τα οποία εν συνεχεία επιτίθενται και καταστρέφουν τη δομή στην οποία έχει προσκολληθεί το αντίσωμα.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Όλες οι κυτταροκίνες είναι πρωτεΐνες, που σημαίνει ότι μπορούν να καταστραφούν από ένζυμα του στομάχου, οπότε δεν είναι δυνατή η χορήγησή τους από το στόμα. Τα αντικαρκινικά αντισώματα εισάγονται επίσης με ενέσεις.

Μπορεί επίσης να προκύψουν παρενέργειες στο σημείο της ένεσης, όπως η αντίδραση που παρατηρείται στο βραχίονα όταν γίνεται εμβόλιο ευλογίας. Επειδή όμως τα βιολογικά συστατικά εισέρχονται στον οργανισμό, οι παρενέργειες ενδέχεται να γενικευτούν και να επηρεάσουν όλον τον οργανισμό.

- Οι περισσότερες κυτταροκίνες προκαλούν πυρετό, κόπωση και σπανίως ρίγη και εξάνθημα. Ενδέχεται ακόμη να προκαλέσουν μεταβολές της αρτηριακής πίεσης, συνήθως υπόταση.
- Οι ιντερφερόνες και οι TNF προκαλούν γενική κακουχία που ονομάζεται, ενίοτε, γριποειδές σύνδρομο.
- Η ιντερλευκίνη (-2) μπορεί να προκαλέσει εξαιρετικά σοβαρές παρενέργειες ικανές να θέσουν σε κίνδυνο ακόμη και τη ζωή του ασθενούς, όπως το ιδιότυπο σύνδρομο διάρροης των τριχοειδών αγγείων. Αν κάτι τέτοιο συμβεί, αυξάνεται γρήγορα το βάρος, πέφτει η πίεση και δυσχεραίνεται η αναπνοή. Οι ιστοί εξοιδαίνονται, λόγω της συγκέντρωσης υγρών, και ενίοτε παρατηρούνται τοξικές επιδράσεις στην καρδιά. Αν δεν σταματήσει η θεραπευτική αγωγή, η IL-2 μπορεί να προκαλέσει αναστολή της λειτουργίας των νεφρών ή αναπνευστική ανακοπή και θάνατο. Για τους λόγους αυτούς η IL-2 χορηγείται συνήθως σε μονάδα εντατικής θεραπείας, όπου η πίεση, η αποβολή ούρων και η αναπνοή παρακολουθούνται στενά και οι παρενέργειες αντιμετωπίζονται άμεσα, ώστε να αποφευχθεί η βλάβη κάποιου ζωτικού οργάνου.
- Τα αντικαρκινικά αντισώματα ενδέχεται να προκαλέσουν αλλεργική αντίδραση η οποία ποικίλει από ελαφρό εξάνθημα, βήχα, δύσπνοια με ρύγχο ως οξεία και σοβαρή αντίδραση η οποία καλείται αναφυλαξία. Όταν κάποιος ασθενής παρουσιάσει τέτοια αντίδραση,

παρουσιάζεται πτώση της πίεσης, οίδημα σε διάφορα σημεία του σώματος, σοβαρό εξάνθημα στο δέρμα και δύσπνοια. Η κατάσταση μπορεί να αποβεί μοιραία αν δεν χορηγηθεί άμεσα και γρήγορα θεραπευτική αγωγή με αδρεναλίνη και κορτιζόνη. Η πιθανότητα αλλεργικών αντιδράσεων στα αντισώματα (ή σε άλλες ξένες ουσίες) αυξάνει σημαντικά με κάθε πρόσθετη ένεση επειδή τελικά ο ασθενής που υποβάλλεται στην αγωγή ανοσοποιείται έναντι των ξένων μορίων. Το ανοσολογικό σύστημα καταστρέφει με ταχύ ρυθμό τα κύτταρα αυτά και η αλλεργική αντίδραση αποτελεί ένδειξη της αυξημένης δραστηριότητας των ανοσοποιητικών κυττάρων.

- Οι παρενέργειες των αντισωμάτων ποικίλλουν ανάλογα με το στόχο τους. Ένα αντίσωμα που στοχεύει σε αντιγόνο του παχέως εντέρου, μπορεί να προκαλέσει διάρροια, ενώ κάποιο άλλο κατευθυνόμενο εναντίον των λευκών αιμοσφαιρίων προκαλεί πτώση του αριθμού τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15°

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Τα καλοήθη νεοπλασμάτα του τραχήλου, όπως οι πολύποδες, που αν δεν διαγνωσθούν με επισκόπηση, λόγω της μικρής αιμορραγίας, που δυνατόν να δώσουν, μας δημιουργούν διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα με τις επαπειλούμενες εκτρώσεις, δεν επηρεάζουν την εγκυμοσύνη και μπορούν να εξαιρεθούν κατά την διάρκειά της. Κατά την επέμβαση αποφεύγουμε την εκτέλεση ηλεκτροκαυτηρίασης.

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας συνδυαζόταν με εγκυμοσύνη σε συχνότητα 1:6.000. Η συνύπαρξη της πάθησης αυτής με την εγκυμοσύνη είναι σπάνια και οφείλεται στο γεγονός, ότι οι γυναίκες όλο και περισσότερο συνειδητοποιούν την αξία της κυτταροδιαγνωστικής (κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου). Μέση ηλικία εμφάνισης της συνύπαρξης του είναι τα 32-34 χρόνια της γυναίκας, ενώ στον υπόλοιπο πληθυσμό η μέση ηλικία ανέρχεται στα 40-45 χρόνια. Συχνότερα εμφανίζεται σε γυναίκες που γέννησαν περισσότερα από τέσσερα παιδιά.

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

Τα συμπτώματα της πάθησης είναι η αυτόματη αιμορραγία από το γεννητικό σύστημα, που στην περίπτωση της εγκύου εκλαμβάνεται ως απειλούμενη έκτρωση. Γι' αυτό ο έλεγχος του τραχήλου με μητροσκόπιο σ' όλες τις επισκέψεις της εγκύου κρίνεται απαραίτητος.

Εκτός από τον κυτταρολογικό έλεγχο, για την διάγνωση του, εκτελούμε ιστοληψία του τραχήλου, ύστερα από δοκιμασία S. Chiller ή εκτελούμε κωνοειδή εκτομή του αν προτιμάται, επειδή η αιμορραγία από τον τράχηλο είναι αυξημένη και επειδή υπάρχει κίνδυνος αυτόματης έκτρωσης και ρήξης του εμβρυϊκού σάκου. Αν όμως κρίνεται απαραίτητη, εκτελείται στο δεύτερο

τρίμηνο. Μόνο με ιστολογικό έλεγχο του τραχήλου θα διαγνώσουμε την πάθηση και όχι με κυτταρολογικό, γιατί οι ορμονικές επιδράσεις της εγκυμοσύνης αλλάζουν τα κύτταρα του επιχρίσματος τόσο που και ο πλέον έμπειρος κυτταρολόγος να δυσκολευτεί στην διάγνωση.

Πιστεύεται πως η εγκυμοσύνη δεν επιδεινώνει τον καρκίνο του τραχήλου, αλλά ο τοκετός προκαλεί διασπορά της πάθησης η οποία εξελίσσεται. Όσο για την επίδραση του καρκίνου στην εγκυμοσύνη, παρατηρήθηκαν συχνότερες αυτόματες εκτρώσεις, μετά προηγούμενο θάνατο του εμβρύου.

Αν συμβεί αυτόματη έκτρωση και ακολουθεί απόξεση της μήτρας, ή ακόμα και σε φυσιολογικό τοκετό, η κατάσταση της άρρωστης επιδεινώνεται, γιατί ευνοείται η επέκταση της πάθησης. Στην απόξεση δυνατό να συμβεί αιμορραγία από ρήξη του τραχήλου με επέκταση στον ισθμό και στο σώμα της μήτρας. Ποτέ δεν επιτρέπουμε το φυσιολογικό τοκετό σε έγκυο που πάσχει από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Όσο για την θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του τραχήλου στην εγκυμοσύνη, αυτή εξαρτάται από το αν η έγκυος επιθυμεί ή όχι διακοπή της εγκυμοσύνης.

Σε περίπτωση που επιθυμεί τέκνο και δεν θέλει υστερεκτομία, προβαίνουμε σε κρυσπηξία, ηλεκτροκαυτηρίαση, κωνοειδή εκτομή ή καταστροφή του ιστού που πάσχει με ακτίνες Laser. Σε περίπτωση που δεν επιθυμεί τέκνο, τότε:

1. Σε καρκίνωμα *in situ* αφήνουμε την εγκυμοσύνη να εξελιχθεί. Αν φθάσει στο τέλος της εκτελούμε καισαρική τομή, και κωνοειδή εκτομή ή υστερεκτομία.
2. Σε στάδιο I και II και όταν η έγκυος βρίσκεται στο πρώτο και δεύτερο τρίμηνο εκτελούμε ριζική υστερεκτομία. Όταν όμως βρίσκεται μετά την 24^η εβδομάδα προτιμάμε την συνέχιση της εγκυμοσύνης μέχρι να ωριμάσουν οι εμβρυϊκές πνεύμονες. Τότε εκτελούμε καισαρική τομή και υστερεκτομία.
3. Σε προχωρημένο στάδιο προτιμάμε την ακτινοθεραπεία με ενδοκοιλιακή εφαρμογή ραδίου ή εκτελούμε εξωτερική ακτινοβολία. Κατά την εκτέλεση εξωτερικής ακτινοβολίας, στη διάρκεια του πρώτου μισού της εγκυμοσύνης, ακολουθεί εφαρμογή ραδίου. Στην διάρκεια

του δεύτερου μισού της εγκυμοσύνης εκτελούμε πρώτα καισαρική τομή και ύστερα εφαρμόζουμε ακτινοθεραπεία.

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

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16°

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Μερικοί άνθρωποι χρησιμοποιούν στατιστικές εκθέσεις για να υπολογίσουν τις πιθανότητες τους να προσβληθούν από καρκίνο ή να θεραπευτούν είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι οι στατιστικές δείχνουν τι συμβαίνει με ένα μεγάλο αριθμό ατόμων. Όμως επειδή δύο άνθρωποι δεν μπορούν να είναι εντελώς όμοιοι, οι στατιστικές δεν μπορούν να καθορίσουν τι θα συμβεί σε ένα συγκεκριμένο άτομο.

Παρακάτω δίνονται ορισμένες στατιστικές για τον καρκίνο του τραχήλου:

- ⇒ Σύμφωνα με την American Cancer Society περίπου 12.200 γυναίκες θα προσβληθούν από καρκίνο του τραχήλου στις Η.Π.Α.
- ⇒ Έχει υπολογιστεί ότι ετησίως περίπου 4.100 γυναίκες πεθαίνουν από καρκίνο του τραχήλου.
- ⇒ Καρκίνος του τραχήλου μπορεί να αναπτυχθεί σε γυναίκες που έχουν προσβληθεί από τον Human Papillomavirus (HPV), ένα σεξουαλικό μεταδιδόμενο ιό (HPV)= Ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων.
- ⇒ Πριν 40 χρόνια, ο καρκίνος του τραχήλου ήταν μία από τις πιο κοινές αιτίες θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες παγκοσμίως.
- ⇒ Συχνοί έλεγχοι με το Test Pap έχουν μειώσει τους θανάτους από καρκίνο του τραχήλου κατά 70% από το 1940.
- ⇒ Ο καρκίνος του τραχήλου συνήθως προσβάλλει γυναίκες μεταξύ 30 και 55 ετών.
- ⇒ Για προκαρκινικές αλλοιώσεις εντός της ρήτρας πολλές γυναίκες θεραπεύονται χωρίς να γίνεται υστερεκτομή.
- ⇒ Γυναίκες που έχουν προσβληθεί από καρκίνο του τραχήλου μπορούν να θεραπευτούν με χειρουργική επέμβαση ή θεραπεία ακτινοβολίας.



**ΕΙΔΙΚΟ
ΜΕΡΟΣ**

Καρκίνος
τραχήλου μήτρας

Νοσηλευτική
παρέμβαση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΓΕΝΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Ο κάθε άρρωστος έχει ανάγκη νοσηλευτικής φροντίδας και επίβλεψης ανάλογα με την κατάστασή του.

Όλοι οι άρρωστοι με καρκίνο, εκτός από μερικές ομάδες με ειδικά προβλήματα και ανάγκες για ειδική νοσηλευτική φροντίδα, έχουν ανάγκη από τη συνηθισμένη γενική νοσηλευτική φροντίδα με περισσότερη έμφαση στα εξής:

Ο ασθενής διαισθάνεται τη στάση της νοσηλεύτριας-τη. Το να γνωρίζει ότι η νοσηλεύτρια-της έχει θετική στάση στην αρρώστια του είναι σημαντικό, σαν πρώτο βήμα στην εργασία της με τον άρρωστο.

Γι' αυτό:

- ❖ Δείξτε κατανόηση στον άρρωστο και παρουσιάστε την ευχάριστη όψη της ζωής. Αυτό του δίνει ελπίδα.
- ❖ Διατηρήστε την αξιοπρέπεια και την υπόληψη του αρρώστου. Ίσως σε καμία άλλη ασθένεια δεν υπάρχει τέτοια απειλή της οντότητας του ατόμου, όπως υπάρχει στον καρκίνο. Πολλοί άρρωστοι που γνωρίζουν ότι έχουν καρκίνο, λένε ότι δε φοβούνται τόσο πολύ τον πόνο ή τη δυσμορφία ή άλλη ειδική άποψη της ασθένειας, όσο φοβούνται μη χάσουν τον αυτοέλεγχο και την αξιοπρέπεια στα τελευταία στάδια της νόσου.
- ❖ Προσπαθήστε να βοηθήσετε τον άρρωστο να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό του.
- ❖ Φροντίστε να μην εκτίθεται ο άρρωστός σας κατά τις νοσηλείες.
- ❖ Προσέξτε πολύ την καθαριότητα, τη συμμετοχή του στον προγραμματισμό της φροντίδας του, εφόσον είναι ικανός γι' αυτό. Τα

- παραπάνω είναι μέτρα που θα τον βοηθήσουν να διατηρήσει την αξιοπρέπειά του παρά την προσβολή της αρρώστιας.
- ❖ Ευγένεια και θαλπωρή δίνει στον άρρωστο αίσθημα ασφάλειας.
 - ❖ Ενθαρρύνει τον άρρωστο να ενεργεί με τρόπο ευχάριστο για τον εαυτό του.
 - ❖ Βοηθήστε στην ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης ότι είναι καλά και μπορεί αν περιποιηθεί τον εαυτό του (όταν αυτό αποτελεί πραγματικότητα).
 - ❖ Ενθαρρύνετε τον άρρωστο να σηκώνεται από το κρεβάτι, εφόσον αυτό επιτρέπεται.
 - ❖ Ενισχύστε τη συχνή αλλαγή θέσεως του αρρώστου στο κρεβάτι.
 - ❖ Ενισχύστε την καλή διατροφή του αρρώστου. Η απώλεια σωματικού βάρους δηλώνει διαταραχή στο ισοζύγιο αναγκών του.
 - ❖ Χρησιμοποιήστε τα κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα και μέσα για την πρόληψη επιπλοκών όπως πνευμονίας, κατακλίσεων, υποσιτισμού.
 - ❖ Πάρτε κάθε μέτρο για τη διατήρηση καλής ατομικής καθαριότητας του αρρώστου.
 - ❖ Στο σχέδιο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας μη παραλείπετε, εφόσον κατάσταση του αρρώστου το επιτρέπει, την εργασιοθεραπεία, επειδή η απασχόληση προλαμβάνει πολλά ψυχολογικά προβλήματά του.
 - ❖ Ενισχύστε - το γρηγορότερο δυνατό - την αποκατάσταση του αρρώστου, εφόσον η αναπηρία είναι προϊόν της νόσου.
 - ❖ Ακόμη, μην παραλείψετε να διδάξετε, όποιον και αν έλθει σε επαφή μαζί σας, για τη σπουδαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης του όγκου στην πρόγνωση της νόσου.
 - ❖ Πριν αναχωρήσει ο άρρωστος από το νοσοκομείο, διδάξτε του τον τρόπο αυτοφροντίδας, όπως στην κολοστομία, τραχειοτομή κ.λ.π. Για τέλεια αποκατάσταση, οι άρρωστοι πρέπει να αισθάνονται πως τίποτε δεν ανέκοψε το σχέδιο της ζωής τους και ότι μπορούν να συμμετέχουν σ' αυτήν.
 - ❖ Στην φροντίδα του καρκινοπαθή οι επιδιώξεις είναι ο περιορισμός της νόσου και η βοήθεια του αρρώστου να ξαναγυρίσει κατά το δυνατόν στην φυσιολογική ζωή.

Για την κάλυψη των αναγκών του αρρώστου, κατά την περίοδο αναζήτησης της νόσου, διαγνώσεις και θεραπείας, προσοχή θα πρέπει να δοθεί:

1. Στις ανάγκες του αρρώστου ως ατόμου.
2. Στις ανάγκες της αρρώστιας.
3. Στις ανάγκες της θεραπείας που εφαρμόζεται.
4. Στις ανάγκες του αρρώστου από την επίδραση της θεραπείας στην ψυχική και φυσική του κατάσταση.

Η ευθύνη μας, ως νοσηλευτριών-των στην φροντίδα καταδικασμένου σε θάνατο αρρώστου, περιλαμβάνει κάλυψη όσο το δυνατόν περισσότερων φυσικών και ψυχολογικών αναγκών του. Η ενθάρρυνση και η μετάγγιση ελπίδας θα περιορίσουν την απαισιοδοξία και απογοήτευση του αρρώστου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Ο στόχος της ογκολογικής νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει τον άρρωστο να διατηρήσει τις δυνάμεις του και την ακεραιότητά του και να τα χρησιμοποιήσει, για την καταπολέμηση των κακοηθών κυττάρων, να ανεχθεί τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την αρρώστια. Ακόμη οι γνώσεις και οι δεξιότητες βοηθούν τη νοσηλεύτρια-τη να προβλέψει και παρεμποδίσει την εμφάνιση των προβλημάτων αυτών.

Οι συγγραφείς του βιβλίου «*Cancer Care Nursing*», Donova & Pierce περιγράφουν στην παράγραφο που ακολουθεί τα προσόντα που πρέπει να έχει η νοσηλεύτρια για να νοσηλεύσει τον άρρωστο με καρκίνο.

«Η νοσηλεύτρια-της που εργάζεται με τον άρρωστο, που έχει καρκίνο, πρέπει να είναι περισσότερο από ένας έμπειρος τεχνικός. Πρέπει να είναι ο άνθρωπος που προσεγγίζει τον συνάνθρωπο και του προσφέρει τον εαυτό της με τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την ανθρωπιά της. Για να μπορέσει όμως να το επιτύχει αυτό χρειάζεται: (1) γνώσεις, (2) φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική, (3) ικανοποίηση (θετική ενίσχυση) και (4) βοήθεια και υποστήριξη (βοήθεια από κάποιον που βρίσκεται πολύ κοντά της). Η φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική περιλαμβάνει εκτίμηση της αξίας της ζωής και αντιμετώπιση του αναπόφευκτου του θανάτου. Πιο μεγάλη σημασία έχει να πιστεύει πως μπορεί να βοηθήσει τους άλλους με ό,τι είναι, με ό,τι γνωρίζει και με ό,τι έχει τη δύναμη να κάνει».

Η ικανότητα του καρκινοπαθή να αντιμετωπίσει την κατάστασή του επηρεάζεται από παράγοντες όπως:

- η ηλικία,
- το πολιτιστικό του επίπεδο,
- η βοήθεια και υποβάσταξη που του προσφέρεται στο σύστημα υγείας και
- η πείρα από αρρώστια στο παρελθόν.

Τα προβλήματα του αρρώστου είναι ανάλογα με το στάδιο της αρρώστιας και το είδος της θεραπείας που εφαρμόζεται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Προβλήματα άρρωστης

1. Ψυχολογικά προβλήματα, ανησυχία, φόβος καρκίνου και θανάτου.
2. Μεταβολή σωματικού ειδώλου εξαιτίας της επέμβασης.
3. Προβλήματα σεξουαλικής δραστηριότητας και γονιμότητας κυρίως αν δεν έχει παιδιά.

Σκοποί της φροντίδας

1. Άμεσοι:
 - i. Μείωση ανησυχίας και φόβου της εγχείρησης.
 - ii. Βοήθεια στη δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου.
2. Μακροπρόθεσμοι:
 - i. Παροχή βοήθειας στην άρρωστη να ζήσει με τη διάγνωση του καρκίνου.
 - ii. Μείωση κινδύνου υποτροπής.

Παρέμβαση

1. Προεγχειρητική παρέμβαση

- i. Ερμηνεία του όρου «υστερεκτομή» στην άρρωστη και την οικογένειά της. Εξασφάλιση συγκατάθεσης του συζύγου για την τεχνητή στείρωση και τη διακοπή κύησης, αν η άρρωστη είναι έγκυος.

- ii.** Ενημέρωση άρρωστης σχετικά με μετεγχειρητική θεραπεία (ακτινοβολία), πόνο, δραστηριότητα, διαίτα, συνουσία, έμμηνη ρύση.
- iii.** Παροχή συμβουλών που αφορούν τη σεξουαλική δραστηριότητα, θηλυκότητα και γονιμότητα.
- iv.** Παροχή ευκαιριών στην άρρωστη να εκφράσει τα αισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες της.
- v.** Υπόστήριξη της άρρωστης κατά την περίοδο της συγκινησιακής της προσαρμογής στην απώλεια των γεννητικών οργάνων. Μερικές γυναίκες είναι ικανές να αποδεχθούν την υστερεκτομή και μπορεί να γνωρίζουν ότι η απώλεια της μήτρας δεν επηρεάζει την εκπλήρωση του ρόλου τους και τις σεξουαλικές τους ανάγκες. Άλλες διατηρούν αμφιβολίες για την απώλεια και οι προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές εμπειρίες είναι καθοριστικές στην αντίληψη τους για την επίπτωση της υστερεκτομής. Άλλες πάλι μπορεί να παρουσιάζουν κατάθλιψη και άλλες να χρειάζονται ψυχιατρική βοήθεια, αν η προσαρμογή τους στις επερχόμενες μεταβολές είναι δύσκολη.
- vi.** Κατανόηση των πολύπλοκων προβλημάτων της άρρωστης (φυσικών, συγκινησιακών και κοινωνικών).
- vii.** Παροχή φυσικής ετοιμασίας της άρρωστης για το χειρουργείο.
 - Εξέταση αιμοσφαιρίνης, αντιμετώπιση αναιμίας αν υπάρχει.
 - Προσδιορισμός ομάδας αίματος και εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση.
 - Ενδοφλέβια πυελογραφία (οι ουρητήρες μπορεί να έχουν προσβληθεί).
 - Διάκοπή αντισυλληπτικών δισκίων.
 - Ακτινογραφία θώρακα.
 - Διδασκαλία αναπνευστικών, κοιλιακών ασκήσεων.
 - Ετοιμασία εγχειρητικού πεδίου.
 - Καθαρτικός υποκλυσμός και κοιλπική πλύση με αντισηπτικό σε κοιλπική υστερεκτομή (σπάνια σε κοιλιακή υστερεκτομή)

γίνεται συνήθως το προηγούμενο βράδυ της επέμβασης (μετά από ιατρική οδηγία).

- ο Χορήγηση ηρεμιστικού για εξασφάλιση ύπνου.

2. Μετεγχειρητική παρέμβαση

- i.** Εκτίμηση: ζωτικά σημεία, πόνο, προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα, κολπική εκροή, παροχέτευση τραύματος.
- ii.** Προαγωγή ανάπαυσης και χαλάρωσης.
- iii.** Ανακούφιση από τον πόνο.
- iv.** Προαγωγή επούλωσης του τραύματος.
- v.** Στενή παρακολούθηση της άρρωστης για έγκαιρη διαπίστωση μετεγχειρητικών επιπλοκών και αντιμετώπισή τους.
 - ο Οι επιπλοκές που εμφανίζονται μετά από κοιλιακή ή κολπική υστερεκτομή, είναι κυρίως δημιουργία αιματώματος στην περιοχή της επέμβασης, αιμορραγία, λοίμωξη και σχηματισμός συριγγίων (ειδικά αν υπάρχει χαλάρωση από την νεοπλασματική εξεργασία ή αν η άρρωστη είχε υποβληθεί σε ραδιοθεραπεία της πυελικής περιοχής).
 - ο Αν η μετεγχειρητική αιμορραγία είναι υπερβολική, ίσως χρειαστεί να επιστρέψει η άρρωστη στο χειρουργείο για αιμόσταση.
 - ο Η άρρωστη παρακολουθείται στενά, γιατί η αιμορραγία ενδέχεται να αυτοπεριοριστεί και ν μην χρειαστεί χειρουργική επέμβαση.
- vi.** Μείωση πιθανότητας εμφάνισης προβλημάτων από την κύστη (οφείλονται στη γειτονία της κύστης με τη χειρουργική περιοχή).
 - ο Παρακολούθηση και αναγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, χορήγηση υγρών παρεντερικά σύμφωνα με την οδηγία.

- Τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα, αν δόθηκε εντολή, γιατί το οίδημα ή ο τραυματισμός νεύρων μπορεί να προκαλέσει προσωρινά ατονία της κύστης. Δυνατόν να τοποθετηθεί υπερηβικός καθετήρας.
- Αφαίρεση του καθετήρα, με οδηγία του γιατρού, μετά από 5 ημέρες.
- Καθετηριασμός της κύστης, αν η άρρωστη δεν έχει καθετήρα και δεν ούρησε για 8 ώρες ή αισθάνεται δυσφορία.
- Διαπίστωση υπολείμματος, η άρρωστη καθετηριάζεται μετά από κάθε ούρηση. Παραμονή ούρων στην κύστη μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη.

vii. Ανακούφιση από τη δυσφορία εξαιτίας της κοιλιακής διάτασης.

- ▲ Εισαγωγή ρινογαστρικού καθετήρα, ενώ η άρρωστη είναι ακόμα στο χειρουργείο.
- ▲ Τα υγρά και οι τροφές περιορίζονται, μέχρις ότου επανέλθει ο περισταλτικός του εντέρου.
- ▲ Ακρόαση της κοιλιάς για διαπίστωση έναρξης περισταλτισμού.
- ▲ Χορήγηση υγρών και μαλακής διαίτας, μόλις επανέλθει ο περισταλτισμός.

viii. Πρόληψη αναπνευστικών και κυκλοφοριακών διαταραχών.

- Βοήθεια της άρρωστης να αλλάζει θέση κάθε 2 ώρες και ενθάρρυνση να παίρνει βαθιές αναπνοές.
- Αποφυγή τοποθέτησης της άρρωστης σε ψηλή Fowler θέση, καθώς και πίεσης κάτω από τα γόνατα, για πρόληψη στάσης του αίματος.
- Υπολογισμός του αίματος που χάνεται με τη ζύγιση των γαζών αμέσως μετά την αφαίρεσή τους, σύγκριση βρεγμένων και στεγνών γαζών, η διαφορά του βάρους θα είναι το αίμα που χάνεται.

- ο Αναζήτηση σημείου Homan (ευαισθησία και πόνος στη γαστροκνημία κατά τη ραχιαία κάμψη του ποδιού).
 - ο Έπισκόπηση κάτω άκρων για παρουσία κιρσών, προαγωγή κυκλοφορίας με ειδικές ασκήσεις άκρων.
 - ο Χρήση ελαστικών καλτσών ως προφυλακτικό μέτρο, για προαγωγή της κυκλοφορίας.
- ix.** Πρόληψη λοίμωξης. Συνήθως παραγγέλλονται πλύση και τοποθέτηση αλοιφών ή υποθέτων για μείωση πιθανότητας μετεγχειρητικής λοίμωξης.
- x.** Παρακολούθηση για κοιλιακή απέκκριση, αλλαγή γαζών με άσηπτη τεχνική.
- xi.** Έγκαιρη έγερση της άρρωστης, για πρόληψη επιπλοκών.
- xii.** Ετοιμασία της άρρωστης για ακτινοβολία (προφυλακτικά) με ακτίνες Rontgen ή ραδιενεργό κοβάλτιο -60.
- xiii.** Σχεδιασμός εξόδου από το νοσοκομείο – Διδασκαλία.
- ο Η ολική υστερεκτομή προκαλεί εμμηνόπαυση και στειρότητα.
 - ο Επεξήγηση της σπουδαιότητας της ορμονικής αντικατάστασης, αν η άρρωστη έχει υποβληθεί σε ολική υστερεκτομή με ωθηκετομή/σάλπιγγεκτομή.
 - ο Παροχή συμβουλών στην άρρωστη:
 - ο Να αποφεύγει κατά την περίοδο της ανάρρωσης να σηκώνει βαριά αντικείμενα (για ένα μήνα μέχρι 6 εβδομάδες) ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες, όπως οδήγηση ή άνοδο κλίμακας, για πρόληψη διάσπασης του τραύματος. Η οδήγηση αυτοκινήτου μπορεί να καθυστερήσει για 3 εβδομάδες, γιατί η απλή πίεση του πεντάλ του φρένου μπορεί να προκαλέσει ελαφρά ενοχλήματα στην κάτω κοιλιά.
 - ο Να ασκείται και να αποφεύγει το παρατεταμένο κάθισμα, όπως κατά την οδήγηση μεγάλων

αποστάσεων, εξαιτίας της πιθανότητας να λιμνάσει το αίμα στην πύελο και να δημιουργηθούν θρομβοεμβολές.

- Να αποφεύγει τη συνουσία για 6-8 εβδομάδες μετά την υστερεκτομή.
- Παροχή επεξηγήσεων στην άρρωστη ότι η κοιλιακή έκκριση, που παρατηρείται μετά την υστερεκτομή και έχει ένα καφεοειδές χρώμα, είναι φυσιολογική και ότι η ποσότητα της θα μειωθεί προοδευτικά και τελικά θα σταματήσει.
- Ενημέρωση της άρρωστης για πιθανή εμφάνιση «αισθήματος κόπωσης» κατά τις πρώτες ημέρες μετά την επιστροφή της στο σπίτι, γι' αυτό το λόγο, δεν θα πρέπει να προγραμματίσει πολλές δραστηριότητες την πρώτη εβδομάδα.
- Βοήθεια της άρρωστης στο σχεδιασμό ενός προγράμματος οικιακών δραστηριοτήτων που θα είναι σε θέση να πραγματοποιήσει μέσα σ' ένα μήνα, μετά από 2 μήνες θα αισθάνεται τον εαυτό της φυσιολογικό.
- Έμφαση για ανάληψη των επαγγελματικών της δραστηριοτήτων μόνο με οδηγία του γιατρού, θα εξαρτηθεί βέβαια από το είδος τη εργασίας, τις ανάγκες για εργασία κ.τ.λ.
- Ενημέρωση της άρρωστης να μην αποθαρρύνεται αν κατά διαστήματα, κατά την περίοδο της ανάρρωσης, αισθάνεται κατάθλιψη, εκδηλώνει διάθεση να φωνάξει και φαίνεται ασυνήθιστα νευρική. Οι εκδηλώσεις αυτές εμφανίζονται συχνά, αλλά δεν διαρκούν πολύ.
- Τονισμός της σπουδαιότητας του υπερσιτισμού, της παρακολούθησης του βάρους του σώματος και του ανά τρίμηνο κλινικοεργαστηρικού ελέγχου για 5 χρόνια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοηθών νεοπλασμάτων προκαλούν ναυτία, έμετο, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών.

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

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

Προβλήματα του αρρώστου

1. Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας που οφείλεται στην μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες (θρομβοπενία).
2. Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις (ελαττωμένα λευκά, ανοσοκαταστολή).
3. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, διάρροια).
4. Διαταραχή υγρών – ηλεκτρολυτών, δυνητική (έμετοι, διάρροια).
5. Προβλήματα από καλή λειτουργία νεφρών, ήπατος, Κ.Ν.Σ.
6. Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής σωματικού ειδώλου (αλωπεκία, σκούρο δέρμα).

Σκοποί της φροντίδας

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

Παρέμβαση

1. Προετοιμασία αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σ' ένα κλίμα κατανόησης.
2. Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία.
3. Επαρκής ενυδάτωση, μέτρηση προσλαμβανόμενων – 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 Κ.Ν.Σ., τους νεφρούς και 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 το δέρμα του αρρώστου.
12. Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Προβλήματα του αρρώστου

1. Κακή διακίνηση οξυγόνου (αναιμία).
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, ανορεξία, εφαρμογή ραδιοϊσοτόπου στη στοματική κοιλότητα).
3. Δυνητικό ανισοζύγιο υγρών, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής ισορροπίας.
4. Δυσχέρειες από την εφαρμογή του ραδιοϊσοτόπου.
5. Κίνδυνοι αιμορραγίας (θρομβοπενία).
6. Κίνδυνοι λοίμωξης (λευκοπενία).
7. Κίνδυνοι άλλων επιπλοκών από την ακτινοθεραπεία για τον άρρωστο και το περιβάλλον.
8. Ψυχικά προβλήματα (απομόνωση, μικρός χρόνος φροντίδας, αριθμητικός και χρονικός περιορισμός επισκεπτηρίου).

Παρέμβαση

1. Ενημέρωση, μέσα σε λογικά όρια, του αρρώστου για τη 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 τη διάρκεια της διαδικασίας,

καθώς και πληροφόρηση του ότι δεν θα αισθανθεί τίποτα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όταν πρόκειται για τη τηλεθεραπεία.

3. Όταν το ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στο σώμα του αρρώστου, εξήγηση λήψης προφυλακτικών μέτρων για προστασία του περιβάλλοντος.
4. Λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών από την ακτινοθεραπεία και έγκαιρη αντιμετώπισή τους όταν εκδηλωθούν.

Οι παρενέργειες αυτές αντιμετωπίζονται, σε γενικές γραμμές ως εξής:

1. Ναυτία και έμετοι

- ο Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντιϊσταμινικών, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- ο Ενθάρρυνση του αρρώστου να λαμβάνει υγρά.
- ο Χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας.
- ο Σημείωση αντιδράσεων του αρρώστου.

2. Αντιδράσεις από το δέρμα

- Παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα, απολέπιση.
- Προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό (ηλιακή ακτινοβολία, ψηλή θερμοκρασία) και τραυματισμό από στενά ενδύματα.
- Παροχή συμβουλών στον άρρωστο ώστε να αποφεύγει επάλειψη της περιοχής με αντισηπτικά βαριών μετάλλων, όπως υδραργύρου, μολύβδου, ψευδαργύρου, αργύρου και με βάμμα ιωδίου. Ακόμα να αποφεύγει αλοιφές, λοσιόν και σκόνες, επιθέματα και λευκοπλάστη.
- Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, πλύση με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό.
- Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, χρήση υδροκορτιζόνης σπρέι και γαζών Lanettwax.

3. Διάρροια

- ο Χορήγηση αντιδραρροϊκών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.
- ο Χορήγηση δίαιτας με μικρό υπόλειμμα.

4. Αντιδράσεις βλεννογόνου στοματικής κοιλότητας
 - ο Ήπια στοματική υγιεινή για απομάκρυνση νεκρωμένων ιστών.
 - ο Αποφυγή ερεθιστικών ουσιών για το στοματικό βλεννογόνο (κάπνισμα, αλκοολούχα ποτά, ερεθιστικά φαγητά).
 - ο Διόρθωση χαλασμένων δοντιών πριν από την έναρξη ακτινοθεραπείας της στοματικής κοιλότητας.
 - ο Χορήγηση υγρών και βιταμινών από άλλες οδούς.

5. Καταστολή λειτουργίας του μυελού οστών
 - ο Προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και τραυματισμούς.
 - ο 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 στην ατομική υγιεινή.

7. Υποστήριξη του αρρώστου ώστε να δεχθεί όσο το δυνατό πιο ανώδυνα τυχόν παροδική αλλαγή στο σωματικό του είδωλο (αλωπεκία).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ

Ναυτία – Έμετος

Είναι γενικά συνέπειες της ΧΜΘ στο Κ.Ν.Σ. γι' αυτό ωφέλιμα αντιεμετικά φάρμακα είναι αυτά με καταπραϋντική δράση. Προληπτικά πριν από τη ΧΜΘ θα πρέπει να δίνονται αντιεμετικά 1-2 ώρες πριν τη θεραπεία, κατά τη διάρκεια και αργότερα σε κανονικά διαστήματα για 24 ώρες μετά τη θεραπεία.

Οι εξωτερικοί ασθενείς πρέπει να προειδοποιούνται να μην οδηγούν αυτοκίνητο ή να χειρίζονται μηχανήματα κατά το διάστημα που παίρνουν αντιεμετικά φάρμακα.

Εκτός από τα φάρμακα υπάρχουν πολλοί τρόποι που μπορεί να προσαρμοστούν με τη θεραπεία του αρρώστου ώστε να μειωθεί η ναυτία και ο έμετος, όπως:

- ▲ Ο άρρωστος να τρώει μικρά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας, ώστε να μην αισθάνεται βάρος στο στομάχι.
- ▲ Να αποφεύγει τα γλυκά, τα τηγανητά ή τα λιπαρά φαγητά.
- ▲ Να τρώει τροφές σε θερμοκρασία περιβάλλοντος, μάλλον κρύες παρά ζεστές ή παγωμένες και μαλακές.
- ▲ Να τρώει αργά, ώστε μόνο μικρές ποσότητες τροφής να μπαίνουν στο στομάχι του κάθε φορά.
- ▲ Να μασάει την τροφή του καλά, ώστε να την χωνεύει πιο εύκολα.
- ▲ Να τρώει ξηρές τροφές, όπως τoστ, ξηρά δημητριακά ή κράκερς. Αυτά συχνά βοηθούν να ηρεμήσει ένα αναστατωμένο στομάχι.
- ▲ Να αποφεύγει να τρώει βαριά γεύματα αμέσως μετά τη θεραπεία.

- ▲ Να πίνει δροσερά αλλά άγλυκα ποτά, όπως χυμό μήλου.
- ▲ Να αποφεύγει μυρωδιές που τον ενοχλούν.
- ▲ Να αποφεύγει να κουράζεται για 2 ώρες τουλάχιστον μετά τα γεύματα.
- ▲ Να βγάλει τις μασέλες τις μέρες που παίρνει φάρμακα της θεραπείας, διότι διάφορα αντικείμενα μέσα στο στόμα του αυξάνουν την τάση για έμετο.
- ▲ Να προσπαθήσει να αναπνέει με ανοιχτό το στόμα όταν έχει ναυτία.
- ▲ Μερικοί άρρωστοι έχουν ναυτία όταν σκέφτονται ότι θα κάνουν ΧΜΘ. Ακόμα και με την είσοδό τους στο νοσοκομείο.

Διάρροια

Σε έντονες καταστάσεις δίνεται στον άρρωστο αντιδιαρροϊκό φάρμακο.

- Να δοκιμάσει μια δίαιτα υγρών για να επιτρέψει στο έντερο να ξεκουραστεί.
- Να πίνει πολλά υγρά για να αντικαταστήσει αυτά που χάνει.
- Να αφήνει ο άρρωστος να φύγει το αέριο από τα ανθρακούχα ποτά, πριν τα πει.
- Να τρώει μικρές ποσότητες φαγητού, αλλά πιο συχνά. Να μην παραλείπει γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Να αποφεύγει τροφές που προκαλούν αέρια (π.χ. πουρέ, φασόλια, λάχανο, κ.λ.π.).
- Όταν αισθάνεται καλύτερα να προσθέτει στη δίαιτα τροφές χαμηλές σε ίνες π.χ. ρύζι, μπανάνες κ.τ.λ.

Ο άρρωστος με διάρροια χάνει κάλλιο που είναι πολύ σημαντικό για την λειτουργία του οργανισμού. Γι' αυτό θα προσπαθήσει να αυξήσει την ποσότητα των τροφών με μεγάλη περιεκτικότητα σε ΚCl (κάλλιο).

Οι πατάτες, οι μπανάνες και τα πορτοκάλια είναι πολύ καλές πηγές.

Δυσκοιλιότητα

- Να πίνει πολλά υγρά που διευκολύνουν το έντερο.

- Να συμπεριλαμβάνει στην διαίτα τροφές με πολλές φυτικές ίνες (π.χ. ωμά φρούτα και λαχανικά, ψωμί ολικής αλέσεως και ξηρούς καρπούς).

Εκτός νοσοκομείου να έχει κάποια δραστηριότητα και να ασκείται αν μπορεί. Γενικά διαίτα πλούσια σε κυτταρίνη και νερό.

Στοματίτιδα: Για διευκόλυνση της κατάποσης

- Να πίνει πολλά υγρά.
- Να πιπιλίζει κομματάκια πάγου.
- Να τρώει άγλυκα μαλακά ζαχαρωτά ή τσίχλα χωρίς ζάχαρη που αυξάνουν την υγρασία.
- Να τρώει υγρές τροφές όπως π.χ. φρούτα ή παγωτό.
- Να μαλακώνει τις τροφές με βούτυρο, μαργαρίνη, χυμό.
- Να αποφεύγει τις τροφές με οξύ περιεχόμενο όπως ντομάτες, πορτοκάλια, γκρέιπ – φρουτ.
- Να αποφεύγει πικάντικες και αλμυρές τροφές.
- Να διατηρεί το στόμα και τα ούλα του καθαρά για να αποφύγει την μόλυνση. Η καλή φροντίδα του στόματος κατά την διάρκεια της ΧΜΘ είναι πολύ σπουδαία γιατί οι ιστοί του στόματος γίνονται πιο επιρρεπείς στις μολύνσεις.
- Να χρησιμοποιεί αντισηπτικά υγρά, σταγόνες Mycostatin (με εντολή γιατρού).
- Να συμβουλευτεί τον οδοντίατρό του για να του δείξει τις καλύτερες τεχνικές για το βούρτσισμα και τον καθαρισμό των δοντιών με κλωστή κατά την διάρκεια της Χ.Μ.Θ.

Λευκοπενία (έλλειψη λευκών αιμοσφαιρίων)

- Να ενημερωθεί ο άρρωστος ότι είναι προσωρινή.
- Να ζει σε καθαρό και υγιεινό περιβάλλον.
- Όταν νοσηλεύεται σε νοσοκομείο πρέπει να λαμβάνονται προστατευτικά μέτρα για τις λοιμώξεις (π.χ. μονόκλινο δωμάτιο και αν είναι δυνατό να έχει απολυμανθεί πριν. Το προσωπικό του

- νοσοκομείου και οι συγγενείς να φορούν μάσκα προσώπου, γάντια και ποδιά όταν είναι στο θάλαμο).
- Ο άρρωστος να κυκλοφορεί στους διαδρόμους του νοσοκομείου με μάσκα.
 - Να αποφεύγει τα ωμά φαγητά και φρούτα.
 - Να ενισχυθεί με αντιβιοτικά (με εντολή γιατρού).
 - Να φροντίζει να πλένει τα χέρια του συχνά για αποφυγή μολύνσεων.
 - Να αποφεύγει τον συνωστισμό, καθώς και όσους πάσχουν από μεταδοτικές αρρώστιες, όπως ανεμοβλογιά, γρίπη.
 - Να μην κόβει τα πετσάκια των νυχιών του. Να χρησιμοποιεί κρέμα που τα αφαιρεί.
 - Να αποφεύγει σκληρή οδοντόβουρτσα.
 - Να κάνει ζεστό μπάνιο με αντισηπτικό υγρό όπως Betadine scrub καθημερινά, και να σκουπίζεται απαλά αντί να τρίβει δυνατά το δέρμα του.
 - Εάν το δέρμα του είναι σκληρό και σκάει να χρησιμοποιεί lotion ή λάδι για να το μαλακώσει.
 - Εάν κοπεί ή γδαρθεί να καθαρίσει αμέσως την περιοχή με νερό και σαπούνι.
 - Μετά από κάθε κένωση να καθαρίζει την περιοχή του πρωκτού, απαλά και πολύ καλά. Εάν υπάρχει ερεθισμός ή πρόβλημα αιμορροϊδων ας συμβουλευτεί τον γιατρό ή την νοσηλεύτρια-τη (για την αποφυγή περιπρωκτικού συριγγίου).
 - Μετάγγιση λευκών αιμοσφαιρίων

Αναιμία (μείωση των ερυθρών αιμοσφαιρίων)

- Ο άρρωστος θα πρέπει να ξεκουράζεται και να μην ξοδεύει την ενέργειά του άσκοπα.
- Στο διαιτολόγιο του να προστεθούν περισσότερα πράσινα λαχανικά, συκώτι και κόκκινο κρέας.
- Να κινείται αργά για να αποφεύγει τις ζαλάδες.
- Η μετάγγιση αίματος είναι ένας τρόπος γρήγορης αντιμετώπισης.

Θρομβοπενία

- Να αποφεύγει αθλοπαιδιές και ασπιρίνη.
- Να καθαρίζει τη μύτη του φυσώντας απαλά.
- Να προσέχει πολύ όταν χρησιμοποιεί μαχαίρι ή εργαλεία.
- Να προσέχει να μην καίγεται όταν είναι στο σπίτι.
- Να φροντίζει το στόμα του πρῶτι βράδυ μετά το φαγητό.

Το ίδιο ισχύει και για τις οδοντοστοιχίες

- Να πλένει το στόμα του με σόδα.
- Να χρησιμοποιεί ειδικά ξυλαράκια με βαμβάκι αντί για οδοντόβουρτσα.
- Να μην κάνει ενδομυϊκές ενέσεις.
- Να αποφεύγει τις τροφές που τραυματίζουν.
- Να αποφεύγει ξινά, καρκεύματα, οινόπνευμα, κάπνισμα.
- Σε δυσκοιλιότητα να αποφεύγει τον υποκλυσμό ή τα υπόθετα καθώς και την θερμομέτρηση από το ορθό.
- Εάν τα αιμοπετάλια του πέσουν πολύ χαμηλά θα κάνει μετάγγιση αιμοπεταλίων (αιμοπεταλοαφαίρεση).

Τριχόπτωση (αλωπεκία)

Ο άρρωστος δεν είναι εύκολο να δεχτεί την τριχόπτωση στο κεφάλι, το πρόσωπο ή το σώμα του, γι' αυτό θα χρειαστεί κάποια ψυχολογική προσαρμογή.

- ▲ Ο άρρωστος να είναι ενημερωμένος σχετικά με την τριχόπτωση και καλό είναι να υπογράψει πριν ότι ενημερώθηκε.
- ▲ Εάν αισθάνεται καλύτερα με καλυμμένο το κεφάλι, μπορεί να φοράει καπέλο, μαντήλι ή περούκα. Σε όγκους εγκεφάλου ή εγκεφαλικές μεταστάσεις η κάσκα ψύξεως θα πρέπει να αποφεύγεται γιατί εμποδίζει τα αποτελέσματα της ΧΜΘ.
- ▲ Να μην λούζεται συχνά και να μην χρησιμοποιεί βούρτσα με σκληρές τρίχες.

- ▲ Να αποφεύγει την περμανάντ και τις βαφές κατά την διάρκεια της θεραπείας.

Ευαισθησία στο φως

- Να χρησιμοποιεί γυαλιά ηλίου και να αποφεύγει το δυνατό φως.

Προβλήματα εκ του ουροποιητικού συστήματος

Μερικά χημειοθεραπευτικά φάρμακα αλλάζουν το χρώμα και την οσμή των ούρων.

- Να μην φοβηθεί ο άρρωστος αν τα ούρα του είναι κόκκινα, αν γίνουν έντονα κίτρινα ή έχουν έντονη μυρωδιά.
- Να πίνει πολλά υγρά για να έχει πολλά ούρα και να αποφύγει τα προβλήματα από το ουροποιητικό σύστημα.

Προβλήματα νευροφυτικού συστήματος

Η αναιμία και η επίδραση μερικών χημειοθεραπευτικών φαρμάκων μπορεί να προκαλέσει μούδιασμα δακτύλων καθώς επίσης «μυρμήγκιασμα» ή «κάψιμο».

- Σε περίπτωση μούδιάσματος δακτύλων θα πρέπει ο άρρωστος να προσέχει όταν πιάνει κοφτερά αντικείμενα ή ζεστά για να μην κοπεί ή καεί.
- Εάν χάνει την ισορροπία του να κινείται αργά και να χρησιμοποιεί τα κάγκελα για να πιάνεται όταν ανεβοκατεβαίνει σκάλες.

Σε μερικά φάρμακα οι παρενέργειες αυτές μπορεί να είναι προσωρινές, ίσως όμως να χρειαστούν ιατρική παρακολούθηση, γι' αυτό θα πρέπει να αναφερθούν αμέσως στο γιατρό.

Προβλήματα δέρματος (κνησμός, ερυθρότητα, ξηρότητα, εγκαύματα)

- Σε ξηρές επιφάνειες να χρησιμοποιείται λοσιόν. Εάν τα ερεθίσματα δεν υποχωρούν, να συμβουλευτείτε τον γιατρό.

- Προστατευτική κρέμα με δείκτη υγρασίας 15, για αποφυγή ηλιακών εγκαυμάτων.
- Ταλκ σε κνησμό ή σε αρνητικό αποτέλεσμα συμβουλή γιατρού.

Προβλήματα από το γεννητικό σύστημα

Οι παρενέργειες που μπορεί να συμβούν στη γεννητική σφαίρα κατά τη ΧΜΘ, εξαρτάται από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, από την ηλικία του αρρώστου και την γενική του κατάσταση. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν επηρεάζουν την ικανότητα ή την επιθυμία για σεξ.

Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε ΧΜΘ μπορεί να παρατηρήσει αλλαγές στην περίοδό της. Οι κύκλοι περιόδου μπορεί να είναι ανώμαλοι ή να σταματήσουν εντελώς κατά την διάρκεια της θεραπείας.

Μερικά χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν στειρότητα, όπου μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη. Μπορεί να έχουν εξάψεις και άλλα συμπτώματα εμμηνοπαύσεως. Επίσης κνησμό, κάψιμο ή ξηρότητα του κόλπου. Ο γυναικολόγος θα τους προτείνει μια κρέμα για να βοηθήσει το πρόβλημά τους. Η περίπτωση εγκυμοσύνης να συζητηθεί με το γιατρό αν και όλα τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα αντενδείκνυνται στην εγκυμοσύνη.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΜΕ ΑΘΕΡΑΠΕΥΤΟ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ

Σκοπός

Διατήρηση του αρρώστου στην καλύτερη δυνατή φυσική και ψυχολογική κατάσταση.

Παρέμβαση

1. Ετοιμασία του αρρώστου για εφαρμογή της θεραπείας που πρόκειται να του γίνει, βοήθειά του κατά τη διάρκειά της.
2. Παρακολούθηση για εκδηλώσεις που δείχνουν μετάσταση του κακοήθους νεοπλασματος σε άλλες περιοχές.
3. Σχεδιασμός για συμμετοχή του αρρώστου σε κοινωνικές ή άλλες εκδηλώσεις, επίσκεψη άλλων αρρώστων κ.τ.λ.
4. Συζήτηση με τον άρρωστο μέσα σε κλίμα κατανόησης, ενδιαφέροντος και αγάπης, με ευκαιρίες να εκφράσει τους φόβους, τις αγωνίες και γενικά τα αισθήματα και τις σκέψεις του.
5. Κατανόηση της, σε πολλές περιπτώσεις, επίδειξη αντικοινωνικής συμπεριφοράς από μέρους του αρρώστου.
6. Βοήθεια για ενίσχυση του αισθήματος αυτοεκτίμησης.
7. Σχεδιασμός φροντίδας του αρρώστου τέτοιας, ώστε να συμμετέχει τόσο ο ίδιος (ανάλογα με τις δυνάμεις του) όσο και η οικογένειά του.
8. Βοήθεια του αρρώστου στις καθημερινές του δραστηριότητες ατομικής υγιεινής.
9. Εξασφάλιση ζεστού και άνετου φυσικού περιβάλλοντος.

10. Βοήθεια του αρρώστου όταν σηκώνεται από το κρεβάτι ή αλλάζει θέση.
11. Αντικειμενική αξιολόγηση του πόνου και της απόκρισης του αρρώστου σ' αυτόν και λήψη μέτρων για την ανακούφισή του.
12. Χορήγηση των πιο κάτω φαρμάκων κατόπιν ιατρικής οδηγίας:
 - Ηρεμιστικών και υπνωτικών για πρόκληση ύπνου.
 - Τοπικών αναισθητικών για εντοπισμένο πόνο.
 - Αντιεμετικών.
 - Μυοχαλαρωτικών και αντισπασμωδικών.
 - Αναλγητικών.
 - Ναρκωτικών για έντονο πόνο (προσοχή στο φαύλο κύκλο ναρκωτικό – υπνηλία – λιγότερη τροφή και υγρά – αφυδάτωση, ναυτία κα έμετοι – αύξηση έντασης πόνου – μεγαλύτερη δόση ναρκωτικών).
13. Ετοιμασία του αρρώστου για χειρουργικές επεμβάσεις ή άλλες θεραπείες που γίνονται για μείωση του πόνου: διατομή νεύρων, νωτιαίου μυελού ή εγκεφάλου, διήθηση νεύρων με αλκοόλ.
14. Αντιμετώπιση τυχόν παρενεργειών ακτινο - ή χημειοθεραπείας, που ήδη αναφέραμε.
15. Αντιμετώπιση τυχόν διαταραχών από κύστη και έντερο.
 - Εφαρμογή μόνιμου καθετήρα.
 - Φροντίδα στομίου ουρήθρας και περινεϊκής χώρας.
 - Χορήγηση υγρών και τροφών που βοηθούν στην κένωση του εντέρου.
 - Υπόθετα γλυκερίνης ή άλλα υπακτικά με ιατρική οδηγία.
 - Προσοχή: οι υποκλυσμοί να αποφεύγονται.
16. Φροντίδα δέρματος, πρόληψη κατακλίσεων.
17. Αντιμετώπιση δυσοσμίας που οφείλεται στη νέκρωση νεόπλαστων ιστών.

- Συχνή πλύση του τραύματος με φυσιολογικό διάλυμα NaCl, αλλαγή γαζών με άσηπτη τεχνική και άμεση απομάκρυνσή τους από το δωμάτιο του αρρώστου.
- Αλλαγή λευχειμάτων και ενδυμάτων αρρώστου όταν βρέχονται.
- Καλός αερισμός του δωματίου.
- Χρησιμοποίηση αποσμητικών.

18. Αντιμετώπιση αιμορραγίας που οφείλεται στη διάβρωση αγγειακού τοιχώματος από το νεόπλασμα

- Συχνή λήψη ζωτικών σημείων.
- Εξάσκηση πίεσης, κλίση του γιατρού.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου.
- Μετάγγιση αίματος ή αιμοπεταλίων.
- Ετοιμασία αρρώστου για καυτηρίαση ή απολίνωση του αιμορραγούντος αγγείου.

19. Κάλυψη καρκίνου εντοπισμένου στο πρόσωπο και μείωση της έντασης φωτός του δωματίου.

Η στατική έρευνα έδειξε ότι το σπίτι είναι το καλύτερο περιβάλλον για την φροντίδα αυτών των αρρώστων. Εκεί, στο δικό τους περιβάλλον, μπορούν να βλέπουν τους φίλους τους και τα μέλη της οικογένειάς τους είναι συνεχώς κοντά τους. Εκεί μπορούν να ασχοληθούν με εργασίες του σπιτιού, πράγμα που τους κάνει να αισθάνονται χρήσιμοι.

Μια καλά οργανωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα μέσα στο όλο σύστημα υγείας, βοηθά στη φροντίδα του αρρώστου στο σπίτι και στη στενή του παρακολούθηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Το άτομο στο οποίο διαγνώστηκε ότι πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Η μάχη, λοιπόν, κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική, οι δε επιπτώσεις του επεκτείνονται πολύ περισσότερο από τη φυσική βλάβη που προκαλεί στο σώμα. Κι αυτό επειδή ο καρκίνος είναι συνώνυμος με έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αναπηρία, εγκατάλειψη ή παθητική και αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας. Ακόμη και οι συγγενείς του συνήθως έχουν αισθήματα φόβου, ανησυχίας και αγωνίας. Παράλληλα ο άρρωστος πολλές φορές δοκιμάζει μελαγχολία, θυμό, αίσθημα μοναξιάς, ντροπής και απογοήτευσης.

Η οικογένεια, οι φίλοι του και δυστυχώς συχνά μορφωμένοι άνθρωποι, μεγαλώνουν την ιδέα ότι η διάγνωση του καρκίνου είναι ισοδύναμη με το θάνατο. Τις απόψεις αυτές, κι αν δεν γίνουν γνωστές, τις διαισθάνονται οι άρρωστοι και διέρχονται στάδια αβεβαιότητας.

Αλλά γιατί τόσος φόβος για τον καρκίνο; Η διάγνωση ενός μεγάλου εμφράγματος μυοκαρδίου δεν είναι περισσότερο ελπιδοφόρα από τον καρκίνο, κι όμως ενώ αισιοδοξούμε για το έμφραγμα, απελπιζόμαστε για τον καρκίνο.

Είναι επιτακτική η ανάγκη να αναθεωρήσουμε τις απόψεις μας για την αρρώστια. Η αναθεώρηση αυτή θα επηρεάσει τα συναισθήματά μας απέναντι της και τότε θα μπορέσουμε να βοηθήσουμε τον άρρωστο να ξεπεράσει τους φόβους του και να αντιμετωπίσει με πίστη και αισιοδοξία το μέλλον. Ακόμη θα επιτύχουμε να βοηθήσουμε τον άρρωστο με καρκίνο, όταν κατορθώσουμε να μην εμβαθύνουμε τον πόνο του, χωρίς παράλληλα να έχουμε απομακρυνθεί από τον άρρωστο και τον κόσμο του.

Συμβαίνει όμως να αρνούμαστε να ακούσουμε τον άρρωστο να περιγράφει τους φόβους του ή ακόμη συμβαίνει να του διηγούμαστε μια αστεία ιστορία, τη στιγμή που εκείνος βρίσκεται σε αγωνία. Είναι γνωστό ότι άθελά μας απορρίπτουμε ό,τι δεν μπορούμε να χειρισθούμε με επιτυχία. Αλλ' αυτός είναι λανθασμένος τρόπος αντιμετώπισης. Απλές, σαφείς ανακοινώσεις, διευκρινίσεις παρανοήσεων, σταθερό ενδιαφέρον ελαττώνουν τους φόβους και τις ανησυχίες.

Ακόμη όταν προσεκτικά αποφεύγουμε να πούμε τη λέξη «καρκίνος» στον άρρωστο που γνωρίζει την αρρώστια του, αυτό φανερώνει ότι φοβόμαστε αυτή την αρρώστια. Είναι πολύ σωστό αυτό που ειπώθηκε σε γιατρό «αν εσένα σε φοβίζει ή σε σοκάρει η αρρώστια μου, φοβίζει και σοκάρει κι εμένα (άρρωστος). Αλλά εάν εσύ είσαι ήρεμος και έχεις τον έλεγχο της παρούσας κατάστασης, είναι κι εγώ».

Η άρνηση της αποδοχής της διάγνωσης της αρρώστιας, όχι σπάνια αποτελεί την πρώτη αντίδραση του καρκινοπαθή σ' αυτή. Η άρνηση της αρρώστιας μπορεί να χαρακτηριστεί σαν καλή αντίδραση του αρρώστου με καρκίνο κακής πρόγνωσης. Προσοχή χρειάζεται στη συμπεριφορά αυτή του αρρώστου, επειδή μπορεί να αρνηθεί τη θεραπεία και την παρακολούθησή του από γιατρό.

Μετά την άρνηση συνήθως εμφανίζεται ο θυμός, ο οποίος στρέφεται προς τα μέλη της οικογένειάς του, τα μέλη της ομάδας υγείας κ.ά. Εκδηλώνεται κατά την Ross (1969), με αντίδραση, απαιτητική συμπεριφορά. Η τρίτη φάση που διέρχεται ο άρρωστος είναι της συνδιαλλαγής κατά την οποία συνήθως είναι ήρεμος και προσπαθεί με κάποιο αντάλλαγμα, κυρίως με τον Θεό, να επιτύχει τη θεραπεία της αρρώστιας του ή την αναβολή του μοιραίου. Όταν όμως ο άρρωστος αρχίζει να αντιλαμβάνεται τις συνέπειες της αρρώστιας και πως τίποτα δεν μπορεί να διαφοροποιηθεί τότε μελαγχολεί και η φάση αυτή ονομάζεται φάση της κατάθλιψης. Στην κατάθλιψη ο μοναδικός ή ο πιο κατάλληλος τρόπος βοήθειας του αρρώστου είναι να καθίσουμε κοντά του και να τον αφήσουμε να εκφράσει μόνος του τα αισθήματα λύπης που δοκιμάζει. Να τον ακούσουμε, να του δείξουμε κατανόηση και να μην προσπαθούμε να τον βγάλουμε από τον κόσμο της πραγματικότητας. Τέλος, ο άρρωστος, μπαίνει στη φάση της αποδοχής. Ο

άρρωστος, στη φάση αυτή, έχει πλήρη επίγνωση ότι πρόκειται σύντομα να πεθάνει, περιορίζει πολύ τα ενδιαφέροντά του, περιορίζει τις επισκέψεις, σε πρόσωπα ιδιαίτερα αγαπητά και δικά του και αρκείται στη σιωπηλή παρουσία τους.

Η απώλεια λειτουργίας μερικών οργάνων, όπως της γεύσεως, αφής, ομιλίας κ.λ.π. και η δυσμορφία από την αρρώστια, αποτελούν ερεθίσματα ψυχικής έντασης. Η νοσηλεύτρια-της καλείται να βοηθήσει τον άρρωστο να τα αντιμετωπίσει, όπως ήδη έχει αναφερθεί.

Ακόμη ο φόβος του αρρώστου ότι η οικογένεια και οι φίλοι του δεν τον αποδέχονται, πολλές φορές είναι πραγματικότητα. Εδώ καλείται η νοσηλεύτρια-της να ενισχύσει και ψυχολογικά να στηρίξει τον άρρωστο, ώστε να μπορέσει να αποκτήσει τα αισθήματα εμπιστοσύνης, ελπίδας και αισιοδοξίας.

Αλλά πρέπει να γνωρίζει τη διάγνωση της αρρώστιας του ο άρρωστος με καρκίνο;

Η ερώτηση αυτή για τους αρρώστους με καρκίνο έχει απασχολήσει και απασχολεί ακόμη γιατρούς, ψυχολόγους, εκκλησία και όλους εκείνους που εργάζονται κοντά του, για να προστεθεί ένα μεγάλο ερώτημα και σε μας τις νοσηλεύτριες –τές. Και μεις τι θα απαντήσουμε; Θα του κρύψουμε την αλήθεια; Πρέπει ο άρρωστος να γνωρίζει τη διάγνωση της νόσου; Πρέπει ο άρρωστος να γνωρίζει τους ανθρώπινους υπολογισμούς για το χρόνο ζωής του;

Ο τρόπος που ο άρρωστος δέχεται την πληροφορία ότι έχει καρκίνο συχνά εξαρτάται από την ψυχοσύνθεση και το χαρακτήρα του, από τη φιλοσοφία του για τη ζωή, και τις απόψεις του γύρω από τη ζωή και το θάνατο. (Η μεγαλύτερη ανακούφιση μπορεί να είναι η θρησκευτική παρηγοριά).

Ακόμη όλες οι λέξεις δεν έχουν το ίδιο νόημα για κάθε άτομο. Αν ξέρουμε μια ορισμένη λέξη τι σημαίνει για ένα συγκεκριμένο άτομο, τότε μόνο μπορούμε να τη χρησιμοποιήσουμε. Οι εντυπώσεις, οι γνώσεις, οι παραστάσεις, οι ψυχολογικές και άλλες εμπειρίες του αρρώστου γύρω από τη λέξη «καρκίνος» θα ρυθμίσουν τη συμπεριφορά μας απέναντι στο ερώτημα, «Πρέπει ο ασθενής να γνωρίζει τη διάγνωση της αρρώστιας;»

Το ερώτημα λοιπόν, αν θα πρέπει να ενημερώνεται ο άρρωστος για την αρρώστια του μπορεί να απαντηθεί με τρεις τρόπους:

1. Ποτέ δεν πρέπει ο άρρωστος να γνωρίζει πως πάσχει από καρκίνο,
2. Ποτέ δεν πρέπει ο άρρωστος να μην γνωρίζει πως πάσχει από καρκίνο, και
3. Εξατομικεύεται η ανάγκη της ενημέρωσης, αλλά και του τρόπου της ενημέρωσης του αρρώστου ότι πάσχει από καρκίνο.

Παρακάτω αναφέρονται οι δυσμενείς επιδράσεις, που μπορεί να έχουν στον άρρωστο όταν του γίνεται γνωστή η διάγνωση της αρρώστιας.

Η απόκρυψη της διάγνωσης της αρρώστιας ποτέ δεν μπορεί να είναι εξασφαλισμένη. Ο άρρωστος πολλές φορές πληροφορείται την αρρώστια από άλλους αρρώστους, επισκέπτες και όχι σπάνια άτεχνα, από τον γιατρό ή τη νοσηλεύτρια-τη. Η ενημέρωσή του για την αρρώστια, με τον τρόπο αυτό, αποτελεί τραυματική εμπειρία, κλονίζει την πίστη και εμπιστοσύνη του στο γιατρό και τη νοσηλεύτρια.

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

Αλλά αποτελεί ηθικό, ίσως και νομικό πρόβλημα η απόκρυψη της διάγνωσης της αρρώστιας από τον καρκινοπαθή. Μεταξύ των δικαιωμάτων του αρρώστου είναι να γνωρίζει την αρρώστιας του και να βοηθείται από την ομάδα υγείας να παίρνει τις σωστές αποφάσεις. Με την ενημέρωσή του περιορίζονται οι αμφιβολίες και οι υπόνοιες, που έχει ο άρρωστος στα αρχικά στάδια της αρρώστιας, αποφεύγεται η διάψευση των ελπίδων χωρίς περιεχόμενο που καλλιεργούνται από τον άρρωστο και η διασάλευση της εμπιστοσύνης του στο προσωπικό της ομάδας υγείας. Άλλωστε οι περισσότεροι υγιείς και άρρωστοι στην Η.Π.Α., που ρωτήθηκαν αν θα ήθελαν να γνωρίζουν την αρρώστια τους δήλωσαν ότι προτιμούν να είναι ενημερωμένοι για την αρρώστια τους (Δόσιος, 1984).

Αλλά και η ενημέρωση του αρρώστου για την αρρώστια πολλές φορές προκαλεί σύγχυση, πανικό και μερικές φορές τον οδηγεί και στην αυτοκτονία.

Είναι γεγονός ότι η αυτοκτονία από τη διάγνωση της αρρώστιας, δεν είναι συχνό φαινόμενο, όταν ο άρρωστος πάρει με συμπάθεια και κατανόηση τις απαραίτητες πληροφορίες, και του εξηγηθούν όλες οι απόψεις της αρρώστιας, που δεν είναι μόνο δυσάρεστες αλλά πολλές φορές και ελπιδοφόρες. Ο Στεφανής (1981), υποστηρίζει ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας του καρκινοπαθή έχει σαφώς υπερεκτιμηθεί και πως πρέπει να δεχθούμε ότι οι καρκινοπαθείς αυτοκτονούν τόσο συχνά, όσο και οι μη καρκινοπαθείς.

Γενικά, νομίζεται ότι αν η ενημέρωση του αρρώστου γίνει με πρόγραμμα στο οποίο θα γίνεται προσπάθεια για διάλυση αβάσιμων φόβων, τοποθέτηση του καρκίνου μεταξύ πολλών ανεπιθύμητων ασθενών, κινητοποίηση ψυχικών και φυσικών δυνάμεων του αρρώστου για αντιμετώπιση της αρρώστιας, θα βοηθήσει περισσότερους ανθρώπους και δεν θα βλάψει ίσως κανένα.

Είναι βέβαιο ότι υπάρχουν ορισμένοι άρρωστοι που αρνούνται τελείως την πάθησή τους και άλλοι, πολύ περισσότεροι, που δεν αρνούνται την πάθησή τους, αλλά δεν έχουν την ψυχική δύναμη να αντιμετωπίσουν όλη την αλήθεια, που σχετίζεται με αυτή (Δόσιος, 1984). Σ' αυτούς τους αρρώστους η γνωστοποίηση κάθε πληροφορίας, που σχετίζεται με την αρρώστια τους, όταν μάλιστα δεν τη ζητούν, πρέπει να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στον ψυχισμό τους.

Αναμφίβολα πρέπει να σημειωθεί ότι η κάθε περίπτωση του αρρώστου και στο θέμα αυτό πρέπει να εκτιμάται σαν ειδική περίπτωση και μ' αυτόν τον τρόπο να αντιμετωπίζεται.

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

Πρώτος: Η ψυχική δύναμη και ψυχραιμία που διαθέτει ο άρρωστος. Για να αποφασιστεί αν θα του λεχθεί η ανεπιθύμητη διάγνωση της αρρώστιας, ο γιατρός και η νοσηλεύτρια-της πρέπει να εκτιμήσουν τη στάση του απέναντι στην αρρώστια, τι περιμένει από την ιατρική περίθαλψη, το φόβο που τρέφει για τον καρκίνο και το θάνατο.

Η συγκέντρωση πληροφοριών, κατά τις απόψεις των ψυχιάτρων, θα βοηθήσει στην απόφαση της ενημέρωσης ή όχι του αρρώστου για τη διάγνωση της αρρώστιας.

Οι πληροφορίες περιλαμβάνουν:

- (1) Εκτίμηση της δυνατότητας του αρρώστου να συνηθίσει και να δεχθεί τον ακρωτηριασμό ενός μέλους.
- (2) Προσοχή σε γεγονότα της προηγούμενης ζωής του αρρώστου και μάλιστα σε όσα προκάλεσα την ψυχική ένταση.
- (3) Ο ρόλος του αρρώστου στην οικογένεια.
- (4) Προηγούμενη προσαρμογή στις δυσκολίες της ζωής και την αρρώστια.

Τέλος, η άρνηση του αρρώστου να χειρουργηθεί ή να υποβληθεί σε θεραπεία επιβάλλει ορισμένες φορές να πληροφορηθεί τη σοβαρότητα της αρρώστιας.

Δεύτερος: Τα αισθήματα του γιατρού, της νοσηλεύτριας –τη και των μελών της οικογένειας απέναντι στην αρρώστια, που κάθε στιγμή πρέπει να εκτιμώνται. Δυστυχώς (έχει συμβεί) ο γιατρός να ανακοινώσει τη διάγνωση στον άρρωστο – ενώ ο ίδιος είναι γεμάτος αρνητικά συναισθήματα απέναντι στην αρρώστια – από φόβο μήπως κάποιος άλλος συνάδελφος ανακοινώσει την αλήθεια και έτσι χάσει την φήμη του ως καλού γιατρού. Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός δεν μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο να αντιμετωπίσει την αρρώστια του και γι' αυτό η ενημέρωσή του για την αρρώστια σίγουρα είναι καταστρεπτική.

Τα συναισθήματά μας και ιδιαίτερα σε καταστάσεις άγχους και απώθησης είναι μεταδοτικά. Ακόμη και η μεγάλη επιφυλακτικότητα στη χρήση της λέξεως «καρκίνος» αντανακλά σε μεγάλο βαθμό τα αρνητικά μας συναισθήματα απέναντι στην αρρώστια. Επιτακτική, λοιπόν, είναι η ανάγκη το προσωπικό που έχει αναλάβει τη φροντίδα και θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκινοπαθή, να αποφεύγει συμπεριφορά που να κρύβει φόβο, τρόμο, απελπισία, λύπη και τα παρόμοια. Πρέπει με τη συμπεριφορά του να δείχνει ότι νοσηλεύει άρρωστο που δεν έχει διαφορετική αρρώστια σε σχέση με άλλα σοβαρά νοσήματα που έχουν άλλοι άρρωστοι. Αλλά δυστυχώς, σε πολλούς αρρώστους η συμπεριφορά του αρμόδιου προσωπικού έχει η ακτινοβολία των αισθημάτων τους απέναντι στον καρκίνο, που όχι σπάνια αφήνουν στον άρρωστο νοήματα όπως: «έχεις καρκίνο, η πρόγνωση είναι κακή και χωρίς ελπίδα. Εφόσον δεν έχω κάτι να αλλάξω στην προοπτική της αρρώστιας σου

σε παρακαλώ να μη με ενοχλείς. Δεν μου αρέσει να ασχολούμαι με περιπτώσεις που δεν θεραπεύονται, επειδή με κάνεις να αισθάνομαι ανεπαρκής, γι' αυτό σε παρακαλώ μη με ενοχλείς» κ.λ.π.

Για να γίνει η επαφή του υγειονομικού προσωπικού με τον άρρωστο θεραπευτή πρέπει να γνωρίζουμε τον άρρωστο, την οικογένειά του και τον εαυτό μας.

Τι πρέπει λοιπόν να γνωρίζουμε για τον άρρωστο;

1. Το ρόλο του στην οικογένεια.
2. Τη μόρφωσή του.
3. Την αντίληψη που έχει για τον εαυτό του.
4. Την ωριμότητα της προσωπικότητάς του, μήπως είναι συναισθηματικά ασταθής. Την ικανότητα προσαρμογής σε προηγούμενες δυσκολίες, αν έχει την ψυχική δύναμη να δεχθεί ολόκληρη την αλήθεια.
5. Το στάδιο της αρρώστιας.
6. Τις ερωτήσεις που κάνει (πρέπει να αφήσουμε τον άρρωστο να εκφράσει τις απορίες του, τους φόβους του, την αγωνία του, την επιθυμία να ενημερωθεί και το βάθος στο οποίο θέλει να προχωρήσει η ενημέρωση).
7. Την ανάγκη συνεργασίας στη θεραπεία του.
8. Το θρήσκευμά του.
9. Τις σχέσεις του με το γιατρό του.
10. Την προηγούμενη προσαρμογή του σε αρρώστια.
11. Αν αισθάνεται ή όχι ενοχή για την αρρώστια.
12. Τη διάρκεια της αρρώστιας.
13. Τις ανάγκες του αρρώστου.
14. Την προηγούμενη εμπειρία με το θάνατο (θάνατος συγγενών, γνωστών).
15. Τον τρόπο νοσηλείας του (νοσοκομείο, σπίτι).
16. Το νόημα της παρούσας αρρώστιας για τον άρρωστο.
17. Την επιθυμία του αρρώστου να μάθει την αλήθεια κ.ά.

Ίσως σε καμία άλλη ειδικότητα της ιατρικής – με εξαίρεση ίσως την ψυχιατρική – η ανάλυση της ψυχολογικής κατάστασης του αρρώστου και της ιδιοσυγκρασίας του έχουν τόση σημασία όση στους καρκινοπαθείς.

Τι πρέπει να γνωρίζουμε για την οικογένεια του αρρώστου:

1. Ποιο είναι το ισχυρότερο μέλος της οικογένειας.
2. Την στάση των μελών της οικογένειας απέναντι στον άρρωστο.
3. Την οικονομική κατάσταση.
4. Την στάση της οικογένειας απέναντι στην αρρώστια και την ιατρική περίθαλψη.
5. Τις διάφορες οικογενειακές πιέσεις.
6. Τις ερωτήσεις που γίνονται από τα μέλη της οικογένειας.
7. Την ανάγκη για συνεργασία με τα μέλη της οικογένειας.
8. Τις σχέσεις και την επαφή μεταξύ των μελών της οικογένειας.
9. Αν η οικογένεια παίρνει κοινωνική βοήθεια κ.ά.

Τι πρέπει να γνωρίζουμε για τον εαυτό μας

1. Τα συναισθήματά μας απέναντι στην αρρώστια.
2. Τα συναισθήματα μας απέναντι στο θάνατο.
3. Τη φιλοσοφία μας για το θάνατο.
4. Το βαθμό επαφής που έχουμε αναπτύξει με τον άρρωστο.
5. Το βαθμό επαφής που έχουμε με τα μέλη της οικογένειας του αρρώστου.
6. Την εμπιστοσύνη που ο άρρωστος τρέφει για μας.
7. Τη δυνατότητα που έχουμε για το χειρισμό τέτοιου θέματος.

Η γνωριμία μας με τον άρρωστο, την οικογένειά του και τον εαυτό μας θα βοηθήσουν στο σωστό χειρισμό του δύσκολου θέματος «η γνωστοποίηση της αρρώστιας καρκίνος στον άρρωστο».

Τί να ειπωθεί στον άρρωστο;

1. Η ακριβής φάση της αρρώστιας.

2. Το προσδόκιμο επιβίωσης του αρρώστου.
3. Η αισιόδοξη άποψη για την αρρώστια.
4. Η έκταση λεπτομερειών, που ζητά ο άρρωστος και οι δικοί του.

Πότε θα ειπωθούν στον άρρωστο οι παραπάνω πληροφορίες;

1. Όταν ο άρρωστος βρίσκεται σε συναισθηματική ισορροπία.
2. Όταν μπορεί να δεχθεί τις πληροφορίες αυτές δημιουργική.
3. Όταν το προσωπικό (γιατρός, νοσηλεύτρια-της) έχει καλή επαφή μαζί του.
4. Όταν οι σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας και του αρρώστου είναι καλές.
5. Όταν η απόφαση της ανακοινώσεως των παραπάνω πληροφοριών πάρθηκε αντικειμενικά.
6. Όταν υπάρχει κίνδυνος κάποιος αναρμόδιος να του ανακοινώσει τη διάγνωση.

Πώς να ειπωθούν οι παραπάνω πληροφορίες στον άρρωστο;

1. Με τον καλύτερο και τον καταλληλότερο, για κάθε άρρωστο, τρόπο. Η Ross (1969), υπογραμμίζει τη σπουδαιότητα που έχει γι' αυτόν που ανακοινώνει στον άρρωστο την αρρώστια του, να βρει ποιος είναι ο πιο συμφέρον για τον κάθε συγκεκριμένο άρρωστο τρόπος να αποκαλύψει την αλήθεια.
2. Σταδιακά και με άνεση χρόνου. Είναι επικίνδυνο να δίνονται όλες οι πληροφορίες σε μια συνάντηση ή την ίδια μέρα.
3. Να παρακολουθείται η επίπτωση της ενημερώσεως στον άρρωστο και να υποβαστάζεται ανάλογα.

Τις πληροφορίες μας πρέπει να κατευθύνουν η συμπάθεια, η στοργή, η επαγρύπνηση, ο ανθρωπισμός, η επίγνωση της σοβαρής και ιδιόρρυθμης θέσεως, που πολλές φορές βρίσκεται ο άρρωστος, η σύνεση, η προσοχή, η ανοχή και ιδιαίτερα η περιποίηση με στοργή. Έτσι θα μπορέσουμε να

αποσπάσουμε τη συμπάθεια του αρρώστου και θα επιβληθούμε ώστε να δέχεται όσα του λέμε καθώς και τη θεραπεία που του υποδείχθηκε.

Ορθά παρατηρείται από κάποιον συγγραφέα πως η φαρμακολογική αξία της αλήθειας είναι πολύ ανώτερη από εκείνη του ψεύδους. Αρκεί η αλήθεια να χρησιμοποιείται στη σωστή δόση, και να προστεθεί και με τον κατάλληλο τρόπο.

Οι απαντήσεις της νοσηλεύτριας –τη στις ερωτήσεις των αρρώστων και οι πληροφορίες που δίνει πρέπει πάντοτε να συμβαδίζουν με το πνεύμα του γιατρού.

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

Τα παιδιά με καρκίνο εμφανίζουν μεγαλύτερη ψυχραιμία από τους γονείς τους που οφείλεται σε άγνοια. Ακόμη ο συναισθηματισμός των παιδιών απέναντι στους γονείς τους επιβάλλει να δείχνουν θάρρος και ψυχραιμία μεγαλύτερη από αυτούς.

Η σκέψη, ότι βρισκόμαστε μπροστά σε άρρωστο, που μάλλον προχωρεί προς το θάνατο με πολλή ταλαιπωρία και πόνο μας δημιουργεί επιτακτική την ανάγκη να γνωρίσουμε τα συναισθήματά του απέναντι στο θάνατο. Η νοσηλεύτρια-της που έχει δώσει στον ετοιμοθάνατο άρρωστο ανακούφιση και θάνατο, μπορεί να δώσει στον ετοιμοθάνατο άρρωστο ανακούφιση και δύναμη.

Κάθε περίπτωση αρρώστου είναι διαφορετική και ποτέ δεν συνηθίζεται. Οι αντιλήψεις των αρρώστων που πεθαίνουν, καθώς και των συγγενών τους, διαφέρουν και είναι η συνισταμένη πολλών παραγόντων,

όπως θρησκευτικών πεποιθήσεων, νοοτροπίας, καλλιέργειας αγωγής, προοπτικής ζωής μορφώσεως, κοινωνικής τάξης κ.λ.π.

Η νοσηλεύτρια-της προετοιμάζει τον άρρωστό της για τη μετάβαση από την παρούσα στη μέλλουσα ζωή, προσφέροντας και δημιουργώντας ατμόσφαιρα γαλήνης και παρηγοριάς. Τέτοια ατμόσφαιρα βοηθά στη μείωση της ψυχικής έντασης, αγωνίας και άγχους, που δοκιμάζουν οι καρκινοπαθείς που βρίσκονται μπροστά στο θάνατο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Όλα όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω βρίσκονται μέσα στο πνεύμα της αποκατάστασης του αρρώστου με καρκίνο, για την οποία τελευταία γίνεται πολύς λόγος. Τι είναι όμως αποκατάσταση; Η έννοια της λέξεως αποκατάσταση σημαίνει την επαναφορά του ατόμου στην προηγούμενη του κατάσταση ύστερα από διατάραξη ή αλλαγή που δέχτηκε και σύμφωνα με αυτό τον ορισμό η αποκατάσταση αρχίζει μετά τη διάγνωση και θεραπεία της αρρώστιας. Και ασφαλώς έτσι είναι όταν πρόκειται για την αποκατάσταση του αρρώστου μετά από χολοκυστεκτομή ή αφαίρεση ποδοκνημικού γύψου c.a. Είναι όμως το ίδιο και για τον άρρωστο που έκανε λαρυγγεκτομή ή «παρά φύσιν έδρα» ή για τον άρρωστο που ανθρώπινα δεν υπάρχουν ελπίδες επαναφοράς του στην προηγούμενή του κατάσταση;

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 κι αν αυτές φαίνονται μικρές για να ζήσει «ποιότητα ζωής» σήμερα, δηλαδή να μην κλαίει για το χθες και να μη τρέμει για το αύριο. Για να γίνει όμως αυτό, η αρρώστια και στην προκειμένη περίπτωση ο καρκίνος, δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται μόνο οργανικά – που η αντιμετώπιση στο χώρο αυτό είναι πολλές φορές σχεδόν ανύπαρκτη – αλλά συγχρόνως ψυχολογικά και κοινωνικά.

Όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, από τη στιγμή της πρώτης ύποπτης διαγνώσεως του καρκίνου πρέπει να κρατήσουν στάση κατανόησης, σωστής επικοινωνίας και συνεργασίας με τον άρρωστο. Η υποστήριξη του αρρώστου στη φάση αυτή είναι πολύ ουσιαστική, δηλαδή να αρχίσει πριν ακόμη κατασταλάξουν τα συναισθήματά του και αρχίσει να υιοθετεί τρόπους συμπεριφοράς που είναι δύσκολο να επηρεάσουμε ή ελέγξουμε αργότερα.

Επειδή όμως στη φάση αυτή – βοήθειας 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 αποκαταστάσεως 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 αποκατάστασή του.

Επομένως, όταν μιλούμε για οικογενειακό και κοινωνικό παράγοντα στην αποκατάσταση του αρρώστου με καρκίνο θα πρέπει να δούμε τους παράγοντες αυτούς με τη διπλή τους άποψη:

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

Είναι γεγονός πως η αρρώστια αλλά κι οι επιπτώσεις της θεραπείας (ακρωτηριασμοί μελών, παρά φύσιν λειτουργία οργάνων, αλωπεκία κ.ά.) απαιτούν αναπροσαρμογές που προϋποθέτουν ψυχολογική προετοιμασία, ανθρώπινη συμπαράσταση και κατάρτιση (εκμάθηση τεχνικών). Η αποκατάσταση με τη σύγχρονη αυτή τάση θα βοηθήσει τον άρρωστο να εναρμονίσει τη 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. Επομένως, οι ειδικότητες της Ογκολογίας και της Ογκολογικής Νοσηλευτικής θα καλύψουν ένα κενό, παράλληλα δε η ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση και η συνεχής επιμόρφωση θα συμβάλουν στη σωστή αντιμετώπιση 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 αποκατάστασή 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 τη βοήθεια των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας (πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας) και με τα κέντρα ψυχο-κοινωνικής αποκαταστάσεως του οικογενειακού περιβάλλοντος του αρρώστου.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10°

Η ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ ΑΔΕΛΦΗ

Επαγγελματική εκπαίδευση

Πολλές μελέτες απέδειξαν ότι οι καρκινοπαθείς θέλουν και αναμένουν πολλά από τις αδελφές και προπάντων να εκτελούν άψογα το καθήκον τους. Οι ασθενείς θέλουν να ξέρουν ότι η αδελφή γνωρίζει πώς να κάνει την ενδοφλέβια ένεση και να χορηγεί τη χημειοθεραπεία, πώς να κάνει την αλλαγή του τραύματος, να τοποθετεί τον καθετήρα και πώς να αντιδρά αποτελεσματικά σε μια επείγουσα κατάσταση.

Όταν ο ασθενής υποβάλλεται σε αντικαρκινική θεραπευτική αγωγή, προφανώς επιθυμεί να είναι σίγουρος πως βρίσκεται στα χέρια κάποιου έμπειρου, καταρτισμένου και ενήμερου για τις πιο σύγχρονες θεραπευτικές μεθόδους.

Επαγγελματική οργάνωση

Στις Η.Π.Α. ο Εθνικός Οργανισμός των Αδελφών Ογκολογίας είναι η Εταιρεία Νοσηλευτικής Περίθαλψης Καρκινοπαθών, η οποία ιδρύθηκε το 1975 για να εξελιχθεί σε έναν μεγάλο οργανισμό με πολλά τοπικά παραρτήματα. Η Εταιρεία έχει αναλάβει την επαγγελματική εξέλιξη, την προαγωγή της ποιότητας της κλινικής πρακτικής, την έρευνα και την εκπαίδευση, επηρεάζει δε και διάφορους πολιτικούς παράγοντες. Πολλές αδελφές εξειδικευμένες στην ογκολογία ανήκουν σε τοπικά παραρτήματα και παρακολουθούν ενημερωτικά σεμινάρια για τις ιατρικές ή άλλες εξελίξεις που μπορούν να βελτιώσουν την περίθαλψη των ασθενών. Υπάρχει επίσης ένας οργανισμός αδελφών εξειδικευμένων στην περίθαλψη των καρκινοπαθών παιδιών που ονομάζεται Εταιρεία Αδελφών Παιδιατρικής Ογκολογίας.

Εξειδικευμένη εκπαίδευση

Οι αδελφές ογκολογίας εκπαιδεύονται ειδικά στην περίθαλψη των καρκινοπαθών μέσα στο νοσοκομείο, στο ιατρείο, στο σπίτι ή σε ειδικά τμήματα, όπως είναι οι μονάδες ακτινοθεραπείας.

Για να συμπληρώσουν τις βασικές ιατρικές τους γνώσεις εκπαιδεύονται στα εξής:

- Χορήγηση χημειοθεραπείας και αντιμετώπιση των παρενεργειών όπως η ναυτία, οι έμετοι και η τριχόπτωση.
- Ανακούφιση και έλεγχος του πόνου.
- Αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών καρκίνου.
- Παροχή ψυχολογικής συμπαράστασης στους ασθενείς και τους συγγενείς.
- Μετεγχειρητική περίθαλψη.
- Διδασκαλία και φροντίδα των μόνιμων ενδοφλέβιων καθετήρων, όπως οι καθετήρες Hickman και Groshong και των συσκευών ενδοφλέβιας έγχυσης.
- Συμμετοχή σε ομάδες κλινικών ερευνών ή άλλων ανεξάρτητων ερευνών για θέματα περίθαλψης.
- Χρήσης νέας τεχνολογίας και θεραπευτικών μεθόδων που βρίσκονται σε εξέλιξη, όπως οι μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών ή οι βιολογικές θεραπείες.

Οι αδελφές μπορούν επίσης να συμπληρώνουν τις γνώσεις τους σε διάφορες υποειδικότητες όπως την ακτινοθεραπεία, τη χειρουργική ή την παθολογική ογκολογία, στην παρηγορητική θεραπεία, στην πρόληψη και την έγκαιρη ανακάλυψη του καρκίνου, στην περίθαλψη των ασθενών μέσα στο νοσοκομείο, στα ιδρύματα ή στο σπίτι, στην ενημέρωση του ασθενούς, στην περίθαλψη των περιπατητικών ασθενών και σε διοικητικά καθήκοντα νοσηλείας. Μερικές αδελφές, ιδίως μεγάλων αντικαρκινικών περιφερειακών κέντρων, μπορεί να μετεκπαιδευτούν σε πιο συγκεκριμένους τομείς

ειδικότερου ενδιαφέροντος , όπως ο καρκίνος του μαστού, η ανοσοθεραπεία ή ο έλεγχος του πόνου.

Η συνεργασία αδελφών και γιατρών

Σήμερα, η θεραπεία του καρκίνου αποτελεί συλλογική προσπάθεια. Συνεργαζόμενες στενά με τα υπόλοιπα μέλη της ιατρικής ομάδας, οι αδελφές ογκολογίας εμπλέκονται συνεχώς περισσότερο με την περίθαλψη των καρκινοπαθών.

Μολονότι ο προσωπικός γιατρός, ή ο ογκολόγος είναι οι υπεύθυνοι για τη διάγνωση και το σχεδιασμό μιας αποτελεσματικής αγωγής, σήμερα η επαγγελματική συνεργασία μεταξύ γιατρών και αδελφών, είναι ευρύτερη απ' ότι στο παρελθόν. Οι αδελφές αποφασίζουν για την περίθαλψη του ασθενούς εντός των ορίων των αρμοδιοτήτων τους. Ο γιατρός ενθαρρύνει και εκτιμά τις συστάσεις και τη συνεισφορά των αδελφών.

- Στο νοσοκομείο οι αδελφές είναι εκείνες που βρίσκονται κοντά στον ασθενή εικοσιτέσσερις ώρες το εικοσιτετράωρο, επτά ημέρες την εβδομάδα. Έτσι ο γιατρός ζητά συχνά από την ομάδα των αδελφών να τον ενημερώσουν για την πορεία του ασθενούς. Οι αδελφές συνοδεύουν το γιατρό κατά την επίσκεψη στους θαλάμους για να διαπιστώσει την πρόοδο και να καταρτίσει το πρόγραμμα της επόμενης ημέρας. Η εξειδικευμένη στην ογκολογία αδελφή είναι εκείνη που μέσα στο νοσοκομείο παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία του οργανισμού, εκτιμά τις εργαστηριακές εξετάσεις και τα κλινικά ευρήματα, αξιολογεί τις ανάγκες του ασθενούς και καλεί το γιατρό όταν χρειαστεί.
- Στις περιπτώσεις εξωτερικών ασθενών ή στο ιατρείο η αδελφή συνεργάζεται με τον ασθενή σ' ένα πιο ανεξάρτητο επίπεδο. Ο γιατρός, βεβαίως, είναι υπεύθυνος για τον προγραμματισμό της θεραπείας, όμως η αδελφή αποτελεί πολύτιμο συνεργάτη για την εκτέλεσή της. Οι αδελφές ίσως βοηθούν το γιατρό να προγραμματίσει και να αποφασίσει τον πιο αποτελεσματικό τρόπο χορήγησης των χημειοθεραπευτικών

φαρμάκων. Η γνώση τους π.χ. είναι πολύτιμη στην επιλογή των φαρμάκων κατά της ναυτίας που θα αποβεί πιο αποδοτική για τη συγκεκριμένη χημειοθεραπεία.

- Γιατροί και αδελφές συνήθως συσκέπτονται γύρω από θέματα που αφορούν την περίθαλψη των ασθενών. Συχνά οι αδελφές επισημαίνουν τις ανεπαίσθητες αλλαγές στην κατάσταση του ασθενούς, που πιθανόν ο γιατρός να μην τις γνωρίζει, και κάποιες από αυτές ίσως αλλάξουν την πορεία της θεραπευτικής αγωγής.
- Στον τομέα της έρευνας, οι εξειδικευμένες στην ογκολογία αδελφές μπορεί να εργάζονται είτε ανεξάρτητα είτε σε συνεργασία με τους γιατρούς. Τις περισσότερες φορές, όμως, η συνεργασία τους είναι πολύ στενή. Η αδελφή αποτελεί μέλος της ερευνητικής ομάδας που διενεργεί κλινικές μελέτες νέων θεραπειών, συλλέγει τα στοιχεία και εκτιμά το βαθμό ανταπόκρισης και τις παρενέργειες. Όταν συγκεντρωθούν και αναλυθούν τα δεδομένα της έρευνας θα σταλούν προς δημοσίευση και το όνομα της εξειδικευμένης στην ογκολογία αδελφής θα αναγραφεί μαζί με το όνομα του γιατρού.
- Επειδή συνήθως ο ασθενής περνά πολύ περισσότερο χρόνο με την αδελφή παρά με το γιατρό του, συχνά αναπτύσσεται ένας ιδιαίτερος δεσμός. Μερικές φορές ο ασθενής σαστίζει με τους πρωτόγνωρους όρους και τα πολύπλοκα θεραπευτικά προγράμματα, και η αδελφή αναγκάζεται να αφιερώσει περισσότερο χρόνο για να εξηγήσει όσες πληροφορίες παρέχει ο γιατρός. Συχνά η αδελφή θα επικοινωνήσει την επόμενη μέρα, είτε μέσα στο νοσοκομείο είτε τηλεφωνικώς στο σπίτι, για να βεβαιωθεί ότι ο ασθενής κατανόησε το πρόγραμμα της αγωγής του και νιώθει άνετα με τη θεραπεία του.

Η περίθαλψη και η θεραπευτική αγωγή αποτελεί στην πραγματικότητα μια συλλογική προσπάθεια του ασθενούς, του ογκολόγου και της αδελφής.

Και σίγουρα ο καρκινοπαθής είναι εκείνος που ωφελείται περισσότερο από τη συνεργασία αυτή.

Περίθαλψη ασθενών στο νοσοκομείο, την κλινική και το ιατρείο

Ενώ ο ρόλος των αδελφών ποικίλλει στο ιατρείο, στο νοσοκομείο, στο σπίτι ή στο ίδρυμα, οι περισσότερες εξειδικευμένες στον καρκίνο αδελφές εργάζονται στα νοσοκομεία. Τα περισσότερα αντικαρκινικά κέντρα και πολλά περιφερειακά νοσοκομεία διαθέτουν τμήματα περίθαλψης καρκινοπαθών – μονάδες ογκολογίας – στα οποία εργάζονται οι εξειδικευμένες αδελφές.

Οι αδελφές που ανήκουν στο νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου παρέχουν άμεση περίθαλψη στους καρκινοπαθείς με βάρδιες οκτάωρες, δεκάωρες ή δωδεκάωρες.

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο ο ασθενής θα έρθει σε επαφή με αδελφές διαφόρων αρμοδιοτήτων και επιπέδων εκπαίδευσης.

- ⇒ Οι βοηθοί αδελφές ή το βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό τελειώνουν ένα βασικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα και μπορεί να διαθέτουν μακροχρόνια πείρα. Είναι, λοιπόν, ικανές να παρέχουν άμεση πρακτική περίθαλψη αλλά δεν χορηγούν φάρμακα.
- ⇒ Οι διπλωματούχες αδελφές που διαθέτουν άδεια ασκήσεως επαγγέλματος, τελειώνουν ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα και μπορούν να παρέχουν τόσο άμεση περίθαλψη, όσο και φάρμακα. Συνεργάζονται με τις πτυχιούχους προϊστάμενες αδελφές.
- ⇒ Οι πτυχιούχοι αδελφές εκπαιδεύονται στο πλαίσιο ενός πανεπιστημιακού προπτυχιακού προγράμματος ή ενός προγράμματος πτυχίου Bachelor σε κολέγιο ή πανεπιστήμιο. Πολλά νοσοκομεία διαθέτουν θέσεις διάφορων επιπέδων κλινικών επιμόρφωσης και αρμοδιοτήτων, τις οποίες καταλαμβάνουν προοδευτικά οι αδελφές, με βάση τα προσόντα τους και τη διάρκεια

εκπαίδευσής τους. Μια πτυχιούχος αδελφή, έμπειρη σε θέματα καρκίνου, μπορεί να αποκτήσει Πιστοποιητικό Ογκολογίας (OCN) ύστερα από σχετικές εξετάσεις από την αρμόδια επιτροπή.

- ⇒ Μερικές αδελφές κατέχουν πτυχίο Master στη νοσηλεία των καρκινοπαθών. Ασκούν το επάγγελμά τους ως ιδιωτικές αδελφές, ως εξειδικευμένες νοσοκομειακές αδελφές, ως προϊστάμενες ή ως ερευνήτριες. Ακόμη μπορεί να επιλέξουν να συνεχίσουν την άσκηση της εργασίας τους δίπλα στον ασθενή. Σε επίπεδα εξειδικευμένης κλινικής πρακτικής, οι αδελφές αυτές διδάσκουν θεωρητικά και πρακτικά άλλες αδελφές, συμμετέχουν σε εξειδικευμένες διαδικασίες επίλυσης προβλημάτων ή σε κλινικές έρευνες και προΐστανται διαφόρων δραστηριοτήτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Γυναίκες που έχουν επιβιώσει από μια σοβαρή ασθένεια συχνά αναπτύσσουν νέες προοπτικές για τη ζωή. Βλέπουν τα πράγματα διαφορετικά από ότι πριν διαγνωστεί ο καρκίνος. Άσχετα με το πώς ο καρκίνος αλλάζει μια γυναίκα είναι πολύ σημαντικό να συνεχίσει να δίνει ιδιαίτερη σημασία στη σωματική και πνευματική της υγεία. Η ύπαρξη ανησυχίας για επιστροφή ή επανεμφάνιση του καρκίνου είναι κάτι φυσιολογικό, αλλά θα μειωθεί καθώς ο χρόνος περνά από την αρχική διάγνωση. Ο γιατρός ή η νοσηλεύτρια μπορούν να δώσουν συγκεκριμένες συμβουλές για να διατηρήσει μια γυναίκα την υγεία της. Ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου, την ηλικία της και την υγεία της γενικότερα, ο γιατρός θα συμβουλέψει την ασθενή πόσο συχνά θα χρειάζεται τσεκ απ.

Η διατήρηση της υγείας απαιτεί διαφορετικά πράγματα αναλόγως το άτομο, στους επιζώντες από καρκίνο. Παρόλα αυτά υπάρχουν κάποια πράγματα που όλοι οι επιζώντες από καρκίνο πρέπει να κάνουν ώστε να διατηρήσουν την καλή τους υγεία.

Αυτά είναι:

- Να τρώνε μια θρεπτική διαίτα. Γενικά το να τρως μια θρεπτική διαίτα συνίσταται για όλους τους ασθενείς που ζουν με καρκίνο. Μια υγιής διαίτα είναι αυτή που συμπεριλαμβάνει φαγητά και από τις τέσσερις διατροφικές ομάδες: Φρούτα και λαχανικά, πρωτεΐνες, δημητριακά και γαλακτοκομικές τροφές. Εάν απαιτείται ειδική διαίτα λόγω του καρκίνου, ένας ειδικευμένος διαιτολόγος μπορεί να μάθει στον ασθενή πώς να σχεδιάσει ένα θρεπτικό μενού. Το φαγητό διατηρεί το σώμα δυνατό και γεμάτο ενέργεια ώστε να μπορεί να κάνει τα πράγματα που πρέπει.

- **Άσκηση.** Ο γιατρός θα συμβουλεύσει τον ασθενή να ασκείται ή να είναι όσο πιο ενεργητικός γίνεται. Μερικοί επιζώντες βρίσκουν ότι το περπάτημα είναι ένας καλός τρόπος άσκησης και χαλάρωσης. Η ομάδα Υγείας μπορεί να εγκρίνει πρόγραμμα άσκησης ή να προτείνει αυτό που θεωρεί καλύτερο για την ασθενή καθώς επανακτά την φυσική της δύναμη. Εάν ο καρκίνος έχει περιορίσει την ικανότητα της γυναίκας για άσκηση, ο γιατρός της και ο φυσιοθεραπευτής της μπορεί να προτείνει νέους τρόπους άσκησης.
- **Ξεκούραση.** Επιπλέον της ενεργητικότητας, η ασθενής πρέπει να ξεκουράζεται. Μπορεί η ασθενής να αισθάνεται σωματικά όπως παλιά, όμως να μην επιθυμεί να ξαναγυρίσει σε ό,τι έκανε πριν την διάγνωση. Η ομαλή επιστροφή στον τρόπο ζωής που έκανε πριν τον καρκίνο, θα κάνει αυτό το μεταβατικό στάδιο ευκολότερο και λιγότερο αγχωτικό. Οι επιζώντες πρέπει να κοιμούνται αρκετά. Εάν η ασθενής αισθάνεται υπερβολικά αναστατωμένη, θα πρέπει να θέτει μικρούς στόχους στον εαυτό της.
- **Επικοινωνία.** Η ασθενής θα πρέπει να έχει καλή επικοινωνία με την ιατρική ομάδα της και να αφήνει τους ανθρώπους να την βοηθούν. Ακόμα και εάν η θεραπεία της έχει τελειώσει και δεν κάνει συχνές επισκέψεις στο νοσοκομείο ή στο γραφείο του γιατρού, μπορεί ακόμα να αισθάνεται αισθηματικά και σωματικά εξαντλημένη. Οι ασθενείς πρέπει να συζητούν τέτοια πράγματα με το γιατρό τους ή τη νοσοκόμα ή τον κοινωνικό λειτουργό καθώς και με τις οικογένειες και φίλους τους. Ένα δίκτυο βοήθειας είναι διαθέσιμο σε επιζώντες από καρκίνο μέσω ομάδων υποστήριξης, συμβουλών, ιερωμένων και άλλων πνευματικών ηγετών.
Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι το ταξίδι του καρκίνου δεν τελειώνει όταν αυτό φύγει.

Ζώντας με προχωρημένου σταδίου καρκίνο

Υπάρχουν στιγμές που ο καρκίνος δεν ανταποκρίνεται στην θεραπεία ή όταν ο καρκίνος επανεμφανίζεται μετά την θεραπεία. Όταν αντιμετωπίζεις

προχωρημένου σταδίου ή επανεμφανισμένο καρκίνο μπορεί να νιώσεις απογοήτευση ή αποθαρρυνμένος αλλά υπάρχει πάντα ελπίδα. Υπάρχει ελπίδα να ζήσεις όσο το δυνατό περισσότερο και να συνεχίσεις. Να κάνεις πράγματα τα οποία έχουν νόημα και είναι σημαντικά. Υπάρχει επίσης ελπίδα να ανακουφιστείς από τα συμπτώματα του καρκίνου. Είναι σημαντικό να γνωρίζεις ότι οι άνθρωποι μπορούν να ζήσουν με προχωρημένου σταδίου καρκίνο.

Θεραπείες

Όπως η χημειοθεραπεία και η ακτινοβολία μπορεί ακόμα να είναι χρήσιμες στον έλεγχο και χειρισμό των συμπτωμάτων του καρκίνου. Ενώ μερικοί άνθρωποι συνεχίζουν να αναζητούν ενεργές θεραπείες (θεραπείες που στοχεύουν στην εξόντωση του καρκίνου). Άλλοι επιθυμούν να έχουν αυτό που καλείται καταπραϋντική φροντίδα. Καταπραϋντική φροντίδα σημαίνει να αναζητάς ανακούφιση από τα συμπτώματα του καρκίνου και να έχεις την καλύτερη ποιότητα ζωής για όσο περισσότερο καιρό είναι δυνατό. Η θεραπεία μπορεί να είναι η ίδια με αυτή που ακολουθήθηκε παλαιότερα αλλά οι στόχοι να είναι διαφορετικοί.

Τι μπορεί να κάνεις;

Παρόλο που οι ανάγκες υγείας των ατόμων διαφοροποιούνται, εξαρτώμενες από πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων του είδους και της τοποθεσίας του καρκίνου, υπάρχουν μερικά γενικά πράγματα τα οποία ένα άτομο, που ζει με προχωρημένου σταδίου καρκίνο, μπορεί να κάνει για να διατηρήσει την ποιότητα ζωής του.

1. Συζήτηση με οικογένεια, φίλους, ιατρική ομάδα. Συζητήστε τη διάγνωση και τη θεραπεία σας με την οικογένεια, φίλους και την ιατρική ομάδα σας. Επίσης μιλήστε με την ιατρική ομάδα σας για οτιδήποτε ανησυχίες έχετε. Είναι φυσικό για έναν άνθρωπο με

προχωρημένου σταδίου καρκίνου, να νιώθει διάφορα αισθήματα όπως θυμό, φόβο και μελαγχολία.

Όπως εσείς χρειάζεστε χρόνο για να προσαρμοστείτε σε αυτή τη νέα φάση της αρρώστιας σας, έτσι και οι οικογένειές σας και οι φίλοι σας χρειάζονται χρόνο. Εάν έχετε πρόβλημα να συζητήσετε με την οικογένεια και τους φίλους, ζητείστε από τη νοσοκόμα, το γιατρό ή το σύμβουλό σας να συγκεντρώσουν όλους τους γνωστούς σας για να μιλήσετε. Συζητήστε με τον σύμβουλό σας για το πως να αντιμετωπίσετε αυτά τα αισθήματα. Ρωτήστε την ιατρική ομάδα σας για τοπικές ομάδες υποστήριξης. Μερικοί άνθρωποι βρίσκουν δύναμη στα θρησκευτικά ή πνευματικά τους πιστεύω. Σκεφθείτε την πιθανότητα να συζητήσετε με ένα μέλος του κλήρου.

2. Χειριστείτε τα συμπτώματά σας. Η ποιότητα της ζωής θα γίνει καλύτερη εάν ελέγχεται τα συμπτώματά σας. Συζητήστε με την ιατρική ομάδα σας για τον καλύτερο τρόπο, ώστε εσείς και αυτοί που σας φροντίζουν, να χειριστείτε τα συμπτώματά σας.
3. Είστε πιο ενεργητικοί μπορείτε. Όσο η ασθένεια προχωρά, είναι δυσκολότερο να γίνουν τα πράγματα που πάντα κάνατε. Μιλήστε στην ιατρική ομάδα σας για το τι, ή εάν υπάρχουν, περιορισμοί. Εάν η φυσική σας υγεία το επιτρέπει, συνεχίστε να ασκείτε με κάποιο τρόπο που σας αρέσει. Εάν πάλι είναι πολύ δύσκολο για σας να ασκείστε, βρείτε νέα χόμπι. Ή βρείτε πράγματα που μπορείτε ακόμα να κάνετε και να ευχαριστηθείτε όπως διάβασμα, γράψιμο, φτιάξτε ένα άλμπουμ με φωτογραφίες ή ένα βίντεο για την οικογένεια και τους φίλους σας.
4. Επιτρέψτε στους φίλους και την οικογένειά σας να γνωρίζουν τι μπορούν να κάνουν για να βοηθήσουν. Τι μπορείτε να κάνετε για τον εαυτό σας; Τι μπορούν να κάνουν για σας οι φίλοι και η οικογένειά σας; Τι είναι σημαντικό για σας; Τι μπορείτε να κάνετε όλοι μαζί; Που

μπορείτε να στραφείτε εάν χρειάζεστε βοήθεια ή φροντίδα; Εάν δεν είστε κοινωνικοί αφήστε τους άλλους να το ξέρουν κι αυτό.

5. Κάντε τις επιθυμίες σας γνωστές. Παίρνοντας την απόφαση να σταματήσετε τις ενεργείς θεραπείες για τον καρκίνο, μπορεί να είναι μια δύσκολη απόφαση για τον ασθενή και την οικογένειά του. Αυτές είναι προσωπικές επιλογές. Εάν πρέπει να λάβετε μια τέτοια απόφαση, συζητείστε το με την οικογένειά σας και την ιατρική σας ομάδα και διερευνήστε όλες τις επιλογές. Ακόμα και εάν δεν μπορείτε να είστε ιδιαίτερα δραστήριος, πρέπει να θυμάστε ότι ακόμα ελέγχετε τη ζωή σας, είστε ακόμα ικανός να παίρνετε αποφάσεις για τη ζωή σας, στο βαθμό που επιθυμείτε. Συζητείστε με τους φίλους, οικογένεια, ιατρική ομάδα για το ποιοι θέλετε να συμμετέχουν στις αποφάσεις που αφορούν την φροντίδα σας.

Ίσως να θέλετε να μεταβιβάσετε σε κάποιον αυτές τις αρμοδιότητες κάνοντας μια εξουσιοδότηση. Αυτό επιτρέπει σε κάποιον που διαλέξατε να παίρνει αποφάσεις για εσάς. Ότι και να διατάζετε, σεις ελέγχεται τη ζωή σας και ξέρετε τι είναι καλύτερο για σας.

Ίσως πάλι προτιμάτε να κάνετε τη διαθήκη σας ή να δώσετε συγκεκριμένες οδηγίες που αφορούν τις επιθυμίες σας, εφόσον ο καρκίνος προχωρήσει. Αυτή η διαδικασία θα βοηθήσει, ώστε οι επιθυμίες σας που αφορούν το τέλος της ζωής σας να γίνουν γνωστές στην οικογένεια, φίλους και ιατρική ομάδα, ώστε να διασφαλιστεί ότι οι επιθυμίες θα γίνουν σεβαστές. Σε αυτές τις επιθυμίες μπορεί να περιλαμβάνονται λεπτομέρειες σχετικά με την κηδεία ή την νοσηλεία σας σε άσυλο. Συζητείστε με φίλους, οικογένεια ιατρική ομάδα τις επιθυμίες σας σχετικά με την επαναφορά σας στη ζωή. Ίσως θελήσετε να εκδώσετε μια διαταγή μη επαναφοράς στη ζωή (DNR).

6. Αποφάσισε ποιο είναι το καλύτερο μέρος για την φροντίδα σου. Ασθενείς με προχωρημένου σταδίου καρκίνο έχουν επιλογές για το

μέρος φροντίδας τους, στο σπίτι τους, ένα εξω-ιατρικό περιβάλλον ή στο γραφείο του γιατρού, στο νοσοκομείο ή μέσω ενός ασύλου. Παρόλο που ένας ασθενής με επανεμφανιζόμενο ή μεταστατικό καρκίνο μπορεί να ζήσει για αρκετό καιρό, κάποια στιγμή ο ασθενής θα νιώσει μια αλλαγή όπου γίνεται φανερό ότι πεθαίνει. Είναι καλύτερο να συζητηθούν οι παραπάνω επιλογές πριν φτάσει η αλλαγή αυτή. Η φροντίδα στο άσυλο εστιάζεται στην ποιοτική βελτίωση της εναπομείνουσας ζωής και να κάνει την διαδικασία αθανάτου όσο πιο εύκολη και ανώδυνη γίνεται. Η φροντίδα αυτή μπορεί να δοθεί στο σπίτι, στο νοσοκομείο ή σε ειδικά άσυλα. Αυτές είναι όλες προσωπικές επιλογές και βασίζονται στις ανάγκες του ασθενή καθώς και στα διαθέσιμα μέσα.

7. Ετοιμασία για το τέλος της ζωής. Πολλοί άνθρωποι βρίσκουν ότι αυτές τις στιγμές είναι δύσκολο να σκεφθούν και να μιλήσουν γι' αυτές. Συχνά φίλοι, οικογένεια και ιατροί περιμένουν τον ασθενή για να ανοίξει τη συζήτηση σχετικά με ότι τον ανησυχεί. Μιλήστε με φίλους, οικογένεια και την ιατρική ομάδα σας σχετικά με το τι θέλετε να συμβεί στη τελική φάση της ασθένειάς σας. Συζητείστε για την οργάνωση των προσωπικών εγγράφων σας και που τα φυλάτε ώστε η οικογένεια και οι φίλοι σας να ξέρουν που είναι και ποιες είναι οι επιθυμίες σας. Νομικοί, κλήρος και σύμβουλοι μπορούν επίσης να σας βοηθήσουν για θέματα που αφορούν το τέλος της ζωής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12^ο

ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Πολλοί αισθάνονται πολύ άνετα στο ζεστό γνωστό περιβάλλον του σπιτιού τους παρά στο νοσοκομείο ή το αναρρωτήριο. Φυσικά οι ιατρικές εγκαταστάσεις φαίνονται αλλόκοτες. Κυριαρχεί η αντισηψία, λειτουργούν σύμφωνα με κανονισμούς και μερικές φορές παρουσιάζονται αποκρουστικές. Μολταυτά πολλοί καρκινοπαθείς παρατείνουν την παραμονή τους στο νοσοκομείο διότι είτε οι ίδιοι είτε η οικογένειά τους φοβούνται ότι δεν θα έχουν τη σωστή περίθαλψη στο σπίτι ή δεν θα μπορέσουν να ανταποκριθούν στα προβλήματα που θα προκύψουν.

Οι φόβοι είναι κατανοητοί αλλά μπορεί να υπερνικηθούν. Οι διάφορες κρίσεις, είτε έχουν σχέση είτε όχι με κλινικά προβλήματα, μπορεί να προβλεφθούν και συχνά να αποφευχθούν αν οι ασθενείς και οι συγγενείς τους διδαχθούν σωστά την κατ' οίκον περίθαλψη πριν την έξοδο από το νοσοκομείο.

Είναι η περίθαλψη στο σπίτι κατάλληλη για σας;

Η περίθαλψη στο σπίτι μπορεί να παίζει ζωτικό ρόλο στην ανάρρωση, δεν είναι όμως κατάλληλη για όλους. Σε ορισμένες περιπτώσεις δεν είναι καθόλου πρακτικό το να πάει κανείς στο σπίτι του. Πρέπει λοιπόν να εκτιμηθούν όχι μόνο οι οργανικές ανάγκες αλλά και η ικανότητα του αρρώστου και τις οικογένειάς του να αντιμετωπίσουν το ψυχολογικό στρες που προκαλεί η κατ' οίκον περίθαλψη.

Πολλές φορές είναι δύσκολο για τον καρκινοπαθή να υποφέρει την προσβολή της αξιοπρέπειάς του που οφείλεται στην εξάρτησή του από τα μέλη της οικογένειάς του. Επίσης το στρες που προκαλείται από την ύπαρξη στο σπίτι ενός ασθενούς με χρόνια πάθηση μπορεί να αποδειχθεί

υπερβολικά έντονο για μια οικογένεια επιβαρημένη με άλλες υποχρεώσεις. Ίσως να είναι καλύτερα ο ασθενής σε ιδιωτική κλινική.

Η κατ' οίκον περίθαλψη είναι μια συλλογική προσπάθεια που προϋποθέτει τη συνεργασία. Θα αποφασίσει λοιπόν από κοινού ο ασθενής με την οικογένειά του και την υγειονομική ομάδα για το αν θα επιστρέψει στο σπίτι.

Θεραπευτική αγωγή στο σπίτι

Μερικοί καρκινοπαθείς αναβάλλουν την επιστροφή τους στο σπίτι επειδή σκέφτονται ότι θα πρέπει συνεχώς να πηγαινοέρχονται για τις συνεδρίες της θεραπευτικής τους αγωγής. Η ανησυχία τους ήταν εύλογη έως λίγα χρόνια πριν, σήμερα όμως τα πράγματα άλλαξαν ή μάλλον επανήλθαν στην αρχική τους κατάσταση.

Κατά το πρώτο ήμισυ του αιώνα, η ιατρική προσέφερε πολύ λιγότερα στον τομέα των ειδικών θεραπειών απ' ό,τι τώρα. Πριν από την εποχή των αντιβιοτικών, των σύγχρονων διαγνωστικών μέσων και της αποτελεσματικής θεραπευτικής αγωγής πολλών ασθενειών που σήμερα είναι ιάσιμες, οι γιατροί έστελναν τους βαριά ασθενείς στα νοσοκομεία. Η ιατρική περίθαλψη παρέχονταν κατά κύριο λόγο στο σπίτι ή στο ιατρείο. Όσο όμως η ιατρική εξελισσόταν με τη βοήθεια και της τεχνολογικής προόδου, η οποία οδήγησε σταδιακά σε εξαιρετικής αποτελεσματικότητας διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους, τα νοσοκομεία έγιναν το κέντρο της υγειονομικής περίθαλψης. Οι ασθενείς εισάγονται για περίπλοκες διαγνωστικές μελέτες και για να αρχίσουν θεραπεία, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για σοβαρές ασθένειες όπως ο καρκίνος.

Τώρα όμως έχει αρχίσει μια αντίστροφη κίνηση. Τα νοσοκομεία παύουν να είναι οι βασικοί τόποι παροχής ιατρικής περίθαλψης και επανέρχεται στο προσκήνιο το σπίτι και το ιδιωτικό ιατρείο, τα οποία μπορούν να γίνουν εξίσου αποτελεσματικά με τα νοσοκομεία. Και τα δύο τους μάλιστα είναι πιο βολικά.

Από καιρό οι γιατροί κατανόησαν ότι θα μπορούσαν να εφαρμόσουν το ίδιο πρόγραμμα χημειοθεραπείας στην άνεση του ιατρείου τους, όπου θα υπάρχουν αδελφές ογκολογίας και αναπνευστικές πολυθρόνες και ο ασθενής

θα έχει τη δυνατότητα να παρακολουθεί τηλεόραση. Και οι ασθενείς προτιμούν το ιατρείο παρά το νοσοκομείο, ιδιαίτερα για συνεδρίες που διαρκούν μόνο 4 έως 6 ώρες. Έπειτα από λίγα χρόνια παρατηρήσεων, κατά τα οποία καταδείχθηκε ότι οι διαδικασίες αυτές εκτελούμενες στο ιατρείο ήταν ασφαλείς, ικανοποιητικές και αποτελεσματικές, δεν ήταν τόσο επαναστατικό το βήμα ν' αρχίσει η θεραπεία στο σπίτι του καρκινοπαθούς.

Σήμερα τα νοσοκομεία πάλι χρησιμοποιούνται για σοβαρά ιατρικά περιστατικά ή επιπλοκές που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή, για σοβαρές χειρουργικές επεμβάσεις ή για την έναρξη περίπλοκων θεραπευτικών αγωγών που απαιτούν πολύπλοκο εξοπλισμό ή συνεχή παρακολούθηση, πράγματα ανέφικτα έξω από το νοσοκομείο.

Οι νέες υπηρεσίες κατ' οίκον περίθαλψης

Η περίθαλψη στο σπίτι ή το ιατρείο παρουσιάζει σημαντικά πλεονεκτήματα: μικρότερο κόστος, αποφυγή του ξένου περιβάλλοντος, και κυρίως δυνατότητα της οικογένειας να παράσχει άμεσα περίθαλψη και στήριξη.

Υπηρεσίες κατ' οίκον περιποίησης υπάρχουν σε πολλές περιοχές, καλύπτουν δε τη χημειοθεραπεία, την αντιβίωση και την πλήρη παρεντερική διατροφή. Παρέχονται στο σπίτι από αδελφές ογκολογίας, οι οποίες εργάζονται υπό την επίβλεψη του καρκινολόγου. Η δυνατότητα παροχής ασφαλούς χημειοθεραπείας στο σπίτι έχει βελτιωθεί με τη χρήση εμφυτευμένων συσκευών φλεβικής πρόσβασης, όπως είναι οι καθετήρες Hickman, Broviac ή Groshong ή οι φορητές συσκευές εγχύσεως.

Αν ο ασθενής χρειάζεται τέτοιες υπηρεσίες, η αδελφή μπορεί να μείνει μαζί του όσες ώρες πρέπει. Τα μέλη της οικογένειάς του μπορούν να εκπαιδευτούν για να του παρέχουν άλλου είδους φαρμακευτική αγωγή για τον έλεγχο των συμπτωμάτων και των παρενεργειών.

Οι ασφαλιστικές εταιρείες και άλλοι παρεμφερείς οργανισμοί αποδέχονται συνεχώς περισσότερο να καλύπτουν τις δαπάνες της κατ' οίκον περίθαλψης, αφού, μάλιστα, το κόστος της αποδεικνύεται πολύ κατώτερο των υπηρεσιών που παρέχονται στο νοσοκομείο.

Έλεγχος του πόνου

Οι ασθενείς που πρόκειται να επιστρέψουν στο σπίτι τους, συχνά ανησυχούν για το πώς θα αντιμετωπίσουν τους πόνους. Αν οι αδελφές και οι γιατροί τους χορηγήσουν αναλγητικά συχνά διερωτώνται: «Ποιος θα μου τα δίνει τώρα στο σπίτι;», «Τι θα γίνει αν τελειώσουν τα φάρμακα;», «Τι θα γίνει αν χρειαστώ ένεση;», «Τι θα γίνει αν μείνω μόνος και ενταθούν οι πόνοι».

Ο ασθενής πρέπει πάντοτε να θυμάται ότι είναι δυνατή η ανακούφιση από τους περισσότερους πόνους. Υπάρχουν πολλά φάρμακα και συνεπώς κάποιο θα τον βοηθήσει.

Πρέπει να θυμάται επίσης ότι ο πόνος είναι μια περίπλοκη εμπειρία όχι μόνο σωματική. Ψυχολογικοί και συναισθηματικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανταπόκριση του ατόμου στον πόνο. Ο χρόνιος πόνος, από τον οποίο ανακουφίζεται κανείς μόνο παροδικά, μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά κουραστικός. Με τη σειρά της η κόπωση θα επιτείνει τον πόνο. Ο οξύς ή ξαφνικός πόνος μπορεί να προκαλέσει άγχος και φόβο.

Το κλειδί για να καταπολεμήσει ο ασθενής τον πόνο είναι να θεωρεί τον εαυτό του σαν ειδικό και να πιστεύει ότι μπορεί να κάνει κάτι γι' αυτό. Αν κρατά υπό έλεγχο τους πόνους του, χαλαρώνει. Η χαλάρωση μεταφράζεται σε λιγότερο άγχος και λιγότερο άγχος σημαίνει λιγότερος πόνος.

Η παρακολούθηση των πόνων

Το πρώτο βήμα για να ελεγχθούν οι πόνοι θα γίνει στο νοσοκομείο, όταν ο γιατρός θα συστήσει το είδος και στη συχνότητα χορήγησης της φαρμακευτικής αγωγής. Ο ασθενής και η οικογένειά του πρέπει να κρατάνε ένα γραπτό ιστορικό που θα σημειώνουν πως επιδρά στους πόνους του ασθενούς η φαρμακευτική αγωγή.

Ο ασθενής πρέπει να παρακολουθεί που εκδηλώνεται ο πόνος, πως τον αισθάνεται, πόση ώρα θέλει το φάρμακο για να επιδράσει, πόσο διαρκεί η ανακούφιση και αν υπάρχουν παρενέργειες. Όλες αυτές οι πληροφορίες θα βοηθήσουν το γιατρό να συστήσει μικρές μεταβολές στη δοσολογία ή να γράψει άλλο φάρμακο, αποτελεσματικότερο ίσως. Αν κρατά το ιστορικό των

επιδράσεων αυτών ενόσω βρίσκεται ακόμα στο νοσοκομείο, θα κατορθώσει να γίνει αυτοδύναμος στο ζήτημα του ελέγχου του πόνου όταν επιστρέψει στο σπίτι του.

Συναισθηματική υποστήριξη στην οικογένεια

Όταν επιστρέψει ο ασθενής στο σπίτι από το νοσοκομείο ίσως νιώθει λίγο φοβισμένος. Μπορεί όμως και να ανυπομονεί να ξανακοιμηθεί στο κρεβάτι του και να επανέλθει στις συνηθισμένες ασχολίες του. Τα μέλη της οικογένειάς του θα ευχαριστηθούν που γύρισε σπίτι, ταυτόχρονα όμως θα αισθάνονται και κάποια στεναχώρια. Θα αναρωτιούνται πως θα του προσφέρουν τη σωστή περίθαλψη. Νέες δουλειές, νέοι ρόλοι και νέα προσδοκίες τους περιμένουν. Και το σπουδαιότερο, πρέπει να αντιμετωπίζουν τις συχνές αλλαγές της διάθεσης και της συμπεριφοράς του, που θα σημειώνονται όσο θα παλεύει με την ασθένεια. Πολλοί καρκινοπαθείς, εξαιτίας της σοβαρότητας της ασθένειάς τους, αδυνατούν να παράσχουν αρκετή συναισθηματική υποστήριξη σε ανταπόδοση.

Έτσι, τα μέλη της οικογένειας ίσως χρειαστούν ιδιαίτερη συναισθηματική στήριξη. Μπορεί να αισθάνονται ότι δεν ζητήθηκε η γνώμη τους για κρίσιμες αποφάσεις, και ότι φορτώνονται με ευθύνες. Πιθανόν να φοβούνται για το τι τους επιφυλάσσει το μέλλον. Μπορεί να αισθάνονται θυμό, εξαιτίας της αναταραχής που προκαλείται στη δική τους ζωή, και ενοχή για διάφορους λόγους. Πρέπει λοιπόν να βοηθηθούν ιδιαίτερα ώστε να μην αισθάνονται ενοχές επειδή λαμβάνουν υπόψη τις δικές τους ανάγκες μαζί με τις ανάγκες του ασθενούς ή επειδή χρησιμοποιούν το χρόνο τους για τις δικές τους κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Είναι επίσης σημαντικό να συμμετέχουν και τα παιδιά στις συζητήσεις, ανάλογα με την ηλικία και το επίπεδο αντίληψής τους.

Η σημασία της επικοινωνίας

Οι συναισθηματικές ανάγκες του καθενός αντιμετωπίζονται με τον καλύτερο τρόπο όταν υπάρχει ο κατάλληλος προγραμματισμός και ανοιχτή

επικοινωνία. Αν στην περίπτωση του ασθενούς συμμετέχουν περισσότερα από ένα μέλη της οικογένειας, πρέπει να καταστρωθεί ένα πρόγραμμα ώστε να αναλαμβάνουν τα διάφορα καθήκοντα με εναλλασσόμενες βάρδιες. Αν κάποιος απ' όσους έχει τη μεγαλύτερη ευθύνη της περίθαλψης, πρέπει να του παρέχεται ελεύθερος χρόνος ώστε να διατηρεί την πνευματική και σωματική του ευεξία. Αισθήματα εχθρότητας και φόβου πρέπει να συζητούνται όσο πιο ελεύθερα είναι δυνατόν, ώστε να μην υποβόσκουν προβλήματα, τα οποία κάποτε θα εκραγούν. Όταν οι ενδιαφερόμενοι συζητούν τα προβλήματά τους, τα αντιμετωπίζουν ευκολότερα.

Η προσφυγή στις συμβουλευτικές υπηρεσίες των ψυχολόγων ή σε ομάδα υποστήριξης που αποτελούνται από μέλη οικογενειών άλλων καρκινοπαθών μπορεί να δώσει στα μέλη της οικογένειας να βρουν συναισθηματική διέξοδο. Ο γιατρός, ο κοινωνικός λειτουργός ή οι τοπικές υγειονομικές οργανώσεις έχουν τη δυνατότητα να φέρουν την οικογένεια σε επαφή με τις κατάλληλες ομάδες.

Αν η κατάσταση στο σπίτι εντείνεται συνεχώς και ο ασθενής εξαντλείται συναισθηματικά, θα μπορούσε να εξετάσει την πιθανότητα να παραμείνει προσωρινά σε ιδιωτική κλινική. Αν δοθεί στα μέλη της οικογένειας μια ευκαιρία ανάπαυλας από τα βάρη της κατ' οίκον περίθαλψης, ακόμα και για λίγες ημέρες, θα επανέλθουν όλοι στα καθήκοντα της περίθαλψης ανανεωμένοι και χαλαρωμένοι.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13°

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Ο καρκίνος του τραχήλου μπορεί να επηρεάσει την σεξουαλική ζωή μιας γυναίκας. Εάν έχει ουλές, θα επηρεαστεί ο τρόπος που αισθάνεται για το σώμα της καθώς και ο τρόπος που αισθάνεται για το σεξ. Εάν έχει σύντροφο, ίσως φοβάται για τις αντιδράσεις του συντρόφου της σχετικά με αυτές τις αλλαγές. Οι γυναίκες πρέπει να μιλάνε στους συντρόφους τους, γιατρούς ή νοσοκόμες για τις ανησυχίες τους.

Πολλές γυναίκες νιώθουν άβολα να μιλάνε γύρω από το σεξ και μπορεί να μην είναι ειλικρινείς για το πώς αισθάνονται. Ο σύντροφός της, ο γιατρός ή η νοσοκόμα μπορεί να περιμένουν από αυτή να ανοίξει το θέμα του σεξ, γιατί δεν θέλουν να την κάνουν να αισθάνεται άβολα. Οι γυναίκες πρέπει να αισθάνονται ελεύθερες να κάνουν ερωτήσεις και να συζητούν γύρω από σεξουαλικά θέματα και ανησυχίες. Είναι χρήσιμο να μιλάνε σε κοινωνικούς λειτουργούς, συμβούλους ή άλλες γυναίκες σε ομάδες υποστήριξης.

Όταν σκέφτεται τις συνέπειες που έχει ο καρκίνος στην σεξουαλικότητά της, μια γυναίκα ίσως θελήσει να κάνει στον εαυτό της τις εξής ερωτήσεις:

- Πως η ασθένεια μου έχει αλλάξει τον τρόπο που βλέπω και αισθάνομαι για τον εαυτό μου;
- Πώς η ασθένειά μου έχει επηρεάσει τον ρόλο μου ως συντρόφου, ως μητέρας...
- Πως η ασθένειά μου έχει επηρεάσει την σεξουαλική λειτουργία και ανταπόκρισή μου;

ΑΛΛΑΓΕΣ

Πολλές μακροπρόθεσμες και βραχυπρόθεσμες αλλαγές συμβαίνουν κατά την διάρκεια της θεραπείας του καρκίνου που επηρεάζουν τη

σεξουαλικότητα μιας γυναίκας. Οι αλλαγές αυτές μπορεί να είναι προσωρινές ή μπορεί να διαρκέσουν πολύ καιρό. Οι επιδράσεις των διαφόρων θεραπειών μπορούν να αλλάξουν τον τρόπο που μια γυναίκα αισθάνεται, μοιάζει και λειτουργεί. Αλλαγές στην εικόνα του σώματος όπως χάσιμο μαλλιών, αλλαγές στο βάρος, εμμηνόπαυση, κούραση, πόνος και άγχος είναι μερικές μόνο παρενέργειες. Μια γυναίκα που είχε θεραπεία για καρκίνο μπορεί να αντιμετωπίσει μικρή σεξουαλική επιθυμία, κολπική στεγνότητα, στεγνό κόλπο, κολπική στένωση και μίκρυνση, επώδυνες επαφές, προβλήματα στον οργασμό και στειρότητα. Όλες αυτές οι αλλαγές μπορούν να επηρεάσουν την σεξουαλικότητα μιας γυναίκας καθώς και την ικανότητα και ενδιαφέρον της για σεξουαλική δραστηριότητα. Ο όρος σεξουαλικότητα δεν αναφέρεται μόνο στην σεξουαλική επαφή αλλά και σε άλλες δραστηριότητες όπως το άγγιγμα και το φίλημα. Ο όρος οικειότητα αναφέρεται τόσο στη φυσική όσο και στη συναισθηματική επαφή με κάποιο άλλο άτομο. Η αυτοεκτίμηση και η εικόνα του σώματος είναι σημαντικοί παράγοντες που καθορίζουν τον τρόπο που μια γυναίκα αισθάνεται για τον εαυτό της.

Άσχετα με το αν οι αλλαγές είναι βραχυπρόθεσμες ή μακροπρόθεσμες, μια γυναίκα μπορεί να βρει τρόπους για να αισθάνεται ωραία με τον εαυτό της και οικειότητα με τον σύντροφό της. Είναι σημαντικό να είναι υπομονετική και να δώσει χρόνο στον εαυτό της.

Παρακάτω δίνεται μια λίστα με ιδέες που μπορεί να βοηθήσουν μια γυναίκα να προσαρμοστεί με αυτές τις αλλαγές:

- Συγκεντρωθείτε στην σωματική φυσική ανάρρωση, περιλαμβάνοντας δίαιτα και σωματικές ασκήσεις.
- Ρωτήστε τον γιατρό ή νοσοκόμα για το αν μπορείτε να διατηρήσετε ή ξαναρχίσετε την σεξουαλική δραστηριότητα.
- Συμπεριλάβετε τον σύντροφό σας στις συζητήσεις.
- Αναφέρετε κολπικές αποβολές ή αιμορραγία, πυρετό ή πόνο στο γιατρό σας.
- Δημιουργήστε μια ρομαντική διάθεση.
- Δοκιμάστε διαφορετικές στάσεις μέχρι να βρείτε αυτή που είναι πιο άνετη και λιγότερο κουραστική.

- Χρησιμοποιείτε μαξιλάρια για άνεση.
- Χρησιμοποιείτε ένα υγροδιαλυτό λιπαντικό εάν χρειάζεται στην επαφή.
- Χρησιμοποιείτε αμυδρά φώτα, περούκες, σέξι εσώρουχα και άλλα διάφορα ώστε να καλύψετε πληγές ή ουλές, εφόσον στη εικόνα του σώματος σας, σας εμποδίζει να δείξετε οικειότητα.
- Εάν πόνος ή ναυτία σας εμποδίζει να δείξετε οικειότητα, χρησιμοποιείτε φαρμακευτική αγωγή 30-60 λεπτά πριν την συνεύρεση.
- Θυμηθείτε ότι ο καρκίνος δεν είναι μεταδοτικός.
- Χρησιμοποιείτε τρόπους περιορισμού της πιθανότητας να μείνετε έγκυος αν χρειάζεται.
- Θυμηθείτε ότι η οικειότητα δεν θα προκαλέσει επανεμφάνιση ή μεγάλωμα του καρκίνου.
- Θυμηθείτε ότι ο σύντροφός σας έχει επίσης επηρεαστεί από την αρρώστια σας, για' αυτό συζητείστε μαζί του για το πώς και οι δύο αισθάνεστε ή τους φόβους σας.
- Δοκιμάστε νέους τρόπους για να δείξετε αγάπη.
- Συζητείστε τις επιλογές θεραπείας με την ιατρική σας ομάδα και αν έχετε συμπτώματα εμμηνόπαυσης λόγω της θεραπείας.
- Βρείτε τον τρόπο να αστειεύεστε όποτε μπορείτε.

Ερωτήσεις σεξουαλικότητας

- ⇒ Πώς θα επηρεάσει ο καρκίνος μου και η θεραπεία του την επιθυμία μου για σεξ και την σεξουαλική μου λειτουργία;
- ⇒ Ποιο καιρό θα κρατήσουν οι αλλαγές;
- ⇒ Τι μπορώ να κάνω γι' αυτές;
- ⇒ Θα προκαλέσω ζημιά στον εαυτό μου ή στον σύντροφό μου εάν κάνω σεξ;
- ⇒ Υπάρχουν οποιοδήποτε περιορισμοί που πρέπει να γνωρίζω;



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14°

ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας-τη στην πρωτογενή πρόληψη του τραχηλικού καρκίνου είναι πολύ σημαντικός. Κυρίως πρέπει να εστιάζεται στην ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού για τη σπουδαιότητα του κυτταρολογικού ελέγχου Pap test, από την πρώτη σεξουαλική επαφή. Η ενημέρωση, θα πρέπει να αφορά, πρώτιστα, νεαρές γυναίκες και γυναίκες απομακρυσμένων περιοχών, γιατί τα ποσοστά εμφάνισης παρουσιάζονται ιδιαίτερα υψηλά σε αυτές τις δυο κατηγορίες γυναικών. Η διαφώτιση, είναι ανάγκη να ξεκινά με επιδέξιο και διακριτικό τρόπο από τη σχολική ηλικία και να παρέχει τις κατάλληλες πληροφορίες, σχετικά με την εκτέλεση της εξέτασης αυτής, η οποία είναι περισσότερο προληπτική και λιγότερο διαγνωστική.

Επίσης, χρέος της νοσηλεύτριας είναι να πληροφορήσει για τους παράγοντες που προδιαθέτουν σε καρκίνο του τραχήλου και κυρίως για τη συσχέτιση της πρόωρης έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας, αλλά και των πολλαπλών συντρόφων. Επιπλέον η αναφορά στα πρώτα συμπτώματα της νόσου, η οποία θα πρέπει να θορυβούν τη γυναίκα και να την οδηγήσουν στο γιατρό, είναι υψίστης σημασίας.

Πρέπει να τονιστεί, ότι η δυνατότητα που προσφέρεται στη γυναίκα, με τους προληπτικούς ελέγχους και την αφύπνιση της, να διαγνώσει τον καρκίνο στο αρχικό στάδιο, προσφέρει αυξημένα ποσοστά ίασης.

Κατά την διαφώτιση του κοινού για τον καρκίνο, η νοσηλευτική μεταφέρει το μήνυμα πως η νόσος αυτή είναι η μοναδική ασθένεια του αναπόφευκτού θανάτου, αν δεν θεραπευτεί και της ζωτικής σημασίας της έγκαιρης θεραπείας.

Η εφαρμογή τόσο της πρωτογενούς, όσο και της δευτερογενούς

πρόληψης, η οποία δευτερογενής ξεκινά με την παροχή φροντίδας στα πρώτα ενοχλήματα, στο αρχικό στάδιο, δεν εξαρτάται μόνο από τη νοσηλεύτρια, αλλά και από το ίδιο το άτομο και το ενδιαφέρον για την υγεία του, από το γιατρό και την πολιτεία που έχει χρέος να διαφωτίσει το γυναικείο πληθυσμό με όσα μέσα διαθέτει τηλεόραση, εφημερίδες, έντυπα, οργάνωση ομαδικών συγκεντρώσεων.

Στη χώρα μας, η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία που ιδρύθηκε το 1959, είναι ο μόνος επίσημος Εθνικός Υγειονομικός Οργανισμός που έχει καταρτίσει και εφαρμόζει πρόγραμμα διαφώτισης του κοινού και ενημέρωσης των γιατρών και νοσηλευτών στις νέες εξελίξεις του καρκίνου στις νέες μεθόδους διαγνώσεως, θεραπείας και ανίχνευσης των καρκινοπαθών.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15°

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ, ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Α΄ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Ιστορικό ασθενούς

Η κυρία Σ. Β. ετών 37, εισήλθε στο Γενικό Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου, στη γυναικολογική κλινική στις 25/10/1998, συνοδευόμενη από το σύζυγό της, με διάγνωση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας τύπου CINII.

Ήταν περιπατητική και η γενική της κατάσταση, ήταν καλή. Είχε αρτηριακή πίεση 120/70mmHg, σφύξεις 98/λεπτά, λόγω άγχους, θερμοκρασία 36,7° C και αναπνοές 18/λεπτά. Κατά την εισαγωγή της, είχε έκδηλα αισθήματα φόβου και ανησυχίας.

Συμπληρώνοντας το νοσηλευτικό ιστορικό, τα στοιχεία του οποίου συγκεντρώθηκαν από την ίδια την ασθενή, το σύζυγό της και από προηγούμενο ιστορικό, οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν είναι οι εξής: η ασθενής είναι έγγαμη, δημόσια υπάλληλος και μητέρα τριών παιδιών. Επίσης, είναι μόνιμη κάτοικος Πατρών.

Όσον αφορά το ιστορικό υγείας, πάσχει από υποθυρεοειδισμό που αντιμετωπίζεται με θυρεορμονική αγωγή και παλαιότερα, είχε εμφανίσει τραχηλίτιδα, η οποία εντοπίστηκε κατά την εκτέλεση κυτταρολογικού ελέγχου. Στην οικογένειά της, δεν υπάρχει ιστορικό καρκίνου.

Όπως, ανέφερε η ίδια, η έμμηνος ρύση εμφανίστηκε σε ηλικία 12 ετών και ήταν φυσιολογική, μέχρι τα 35 χρόνια της. Όπου παρουσιαζόταν έντονο άλγος κατά την διάρκειά της. Η πρώτη της σεξουαλική επαφή ήταν σε ηλικία

19 ετών και από τότε εκτελεί Test Pap κάθε χρόνο. Σε ερώτηση αν αισθανόταν ενόχληση κατά τη συνουσία, απάντησε πως μερικές φορές και κυρίως τα τελευταία δύο χρόνια.

Μέχρι την ηλικία των 24 ετών, οπότε και τεκνοποίησε με φυσιολογικό τοκετό, χωρίς επιπλοκές, χρησιμοποιούσε αντισυλληπτικά δισκία. Οι επόμενοι τοκετοί, οι οποίοι ήταν και αυτοί φυσιολογικοί ακολούθησαν σε ηλικία 26 και 27 ετών.

Στις οκτώ του ίδιου μήνα, είχε επισκεφθεί τα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής για την προγραμματισμένη εξέταση Test – Pap. Το αποτέλεσμα του κυτταρολογικού ελέγχου, ήταν εικόνα συμβατή CINII (τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία τύπου II). Παρατηρήθηκαν κύτταρα αρκετά δυσκαριωτικά, κύτταρα από πλακώδες επιθήλιο του εξωτραχήλου με υπερχρωματία του πυρήνα, αδρή κατανομή της χρωματίνης και διαταραχή πυρηνοπλαστικής αιτιολογίας.

Σε εξέταση των καρκινικών αντιγόνων, βρέθηκαν οι εξής τιμές: A-19,9 (καρκινικό αντιγόνο)=7,04/ml, F.T.=0,0-37,0, A125 (αντιγόνο ωοθηκών) = 8,04/ml, Φ.Τ.=0,0-35,0, CA15,3 (αντιγόνο καρκίνου μαστού)= 16,0 κ/ml, Φ.Τ.=0,0-23,0, CEA (καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο)= 1,4 ng/ml, Φ.Τ.=0,0-10,0, A- FETO α-εμβρυϊκή σφαιρίνη= 5,5 ng/ml, Φ.Τ.=0,0-20,0.

Η κ. Ξ, δεν εμφάνιζε συμπτώματα παρά μόνο μικρή ποσότητα λευκόρροιας που την απέδιδε στην προηγούμενη τραχηλίτιδα.

Στις 16/10/98, εκτελέστηκε κωνοειδής εκτομή του τραχήλου. Η βιοψία έδειξε ότι τμήμα του τραχήλου, είχε ικανοποιητικό βαθμό χρόνιας ενεργής φλεγμονώδους διήθησης. Επίσης, ανευρέθησαν εστίες σοβαρού βαθμού δυσπλασίας, ως και καρκίνωμα *in situ* του πλακώδους μεταπλασθέντος επιθηλίου της ζώνης μετάπτωσης. Οι αλλοιώσεις επεκτείνονταν και στα ενδοτραχηλικά αδένια.

Μετά από δέκα ημέρες, προγραμματίστηκε αξονική τομογραφία κάτω κοιλίας, τα ευρήματα της οποίας ήταν: το κατώτερο ήμισυ του οπίσθιου περιτοναϊκού χώρου, ελεύθερο παθολογίας, η ουροδόχος κύστη, επίσης άνευ παθολογίας, διόγκωση και ανομοιογενή σύσταση του τραχήλου της μήτρας και διήθηση που επεκτείνεται προς τη μήτρα.

Η ασθενής, εκτός από τη λευκόρροια που παρουσίαζε στην αρχή

εμφάνισε και σταγονοειδής αιμορραγία, η οποία εμφανιζόταν κυρίως, μετά τη συνουσία.

Στις 18/11/98 αποφασίστηκε να εκτελεστεί ολική υστερεκτομή άνευ εξαρτημάτων με λεμφαδενικό καθαρισμό μετά από ενημέρωση της ασθενούς και του συζύγου της. Η ασθενής, είχε καλή μετεγχειρητική πορεία και η επέμβαση ήταν επιτυχής.

Το εξιτήριό της έγινε στις 26/11/98, αφού πρώτα ενημερώθηκε από τον θεράποντα γιατρό ότι κάθε έξι μήνες θα πρέπει να κάνει επαναληπτικές εξετάσεις (test - pap, κυστεοσκόπηση, ακτινογραφία θώρακος, καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο).

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>1. Η ασθενής, εισήχθη στις 15/10/98 στην γυναικολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου, παρουσιάζοντας λευκόρροια και σταγονοειδή αιμορραγία που οφείλεται σε καρκίνο του Τραχήλου της μήτρας του τύπου CIN (στάδιο 0).</p>	<p>1. Η ασθενής να προσαρμοστεί, σε σύντομο χρονικό διάστημα, στο περιβάλλον του νοσοκομείου.</p> <p>2. Να αντιμετωπιστεί η λευκόρροια και η σταγονοειδής αιμορραγία στην επόμενη μία ώρα.</p>	<p>1. Η νοσηλεύτρια –της, να οδηγήσει την ασθενή στο θάλαμό της και να την ενημερώσει για τους χώρους της κλινικής.</p> <p>2. Η ασθενής, να ενημερωθεί ότι μετά τη θεραπευτική αντιμετώπιση, τα συμπτώματά της νόσου θα υποχωρήσουν.</p> <p>3. Να γίνει τοπική καθαριότητα και τοποθέτηση επιθεμάτων που θα αλλάζονται, συχνά και από την ίδια την ασθενή, μετά από διδασκαλία της.</p> <p>4. Να ενημερωθεί η λογοδοσία.</p>	<p>1. Η ασθενής, οδηγήθηκε στο θάλαμό της, τον οποίο μοιραζόταν με μια άλλη ασθενή που αντιμετώπιζε το ίδιο πρόβλημα με αυτή, αλλά βρισκόταν στο στάδιο της αποθεραπείας της.</p> <p>Της εξηγήσαμε ότι ο θάλαμος διαθέτει λουτρό και ότι κοντά στο κρεβάτι της, βρίσκεται κομοδίνο, όπου μπορεί να βάλει τα προσωπικά της αντικείμενα.</p> <p>Επίσης, την ενημερώσαμε για το σύστημα επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό και τον τρόπο λειτουργίας του, καθώς και για τις ώρες του επισκεπτηρίου.</p>	<p>Η ασθενής, μετά από μια ώρα είχε τακτοποιηθεί στο θάλαμο και άρχισε να προσαρμόζεται. Σε αυτό βοήθησε τόσο η δική μας ενημέρωση, όσο και η συζήτηση με την άλλη ασθενή που την ενημέρωσε για τον τρόπο λειτουργίας της κλινικής.</p> <p>Επίσης, ανακουφίστηκε απ' τα συμπτώματα, αλλά κατανόησε πως αυτά θα υφίστανται, έως ότου αντιμετωπιστεί ριζικά η αρχική αιτία, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας.</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
			<p>2. Η ασθενής, ενημερώθηκε, ότι η λευκόρροια και η σταγονοειδής αιμορραγία, θα ελεγχθούν μετά την εφαρμογή της θεραπείας</p> <p>3. Έγινε τοπική καθαριότητα με χλιαρό νερό και ουδέτερο σαπούνι και τοποθετήθηκε σεβιέτα. Κατά την εκτέλεση της νοσηλευτικής φροντίδας, της εξηγήσαμε τη διαδικασία, ώστε να φροντίζει και η ίδια τον εαυτό της. Παράλληλα, της τονίσαμε την ανάγκη να αλλάξει σεβιέτα, όταν κρίνεται αναγκαίο, για την αποφυγή κακοσμίας, για την άνεση της ίδιας, αλλά και για μείωση του κινδύνου για κολπική φλεγμονή.</p> <p>4. Έγινε ενημέρωση της λογοδοσίας.</p>	<p>Η ασθενής, μετά από μια ώρα είχε τακτοποιηθεί στο θάλαμο και άρχισε να προσαρμόζεται. Σε αυτό βοήθησε τόσο η δική μας ενημέρωση, όσο και η συζήτηση με την άλλη ασθενή που την ενημέρωσε για τον τρόπο λειτουργίας της κλινικής. Επίσης, ανακουφίστηκε από τα συμπτώματα, αλλά κατανόησε πως αυτά θα υφίστανται, έως ότου αντιμετωπιστεί ριζικά η αρχική αιτία, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>2. Λήψη ζωτικών σημείων και ιστορικού.</p>	<p>1. Να γίνει έλεγχος γενικής κατάστασης της ασθενούς.</p> <p>2. Να συλλεχθούν πληροφορίες που θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της ασθενούς.</p>	<p>1. Να ληφθεί η αρτηριακή πίεση, οι σφύξεις, η θερμοκρασία και οι αναπνοές.</p> <p>2. Να ενημερωθεί η ασθενής για το σκοπό της λήψης του ιστορικού.</p> <p>3. Οι πληροφορίες να συγκεντρωθούν από την ίδια την ασθενή, το σύζυγό της και αν είναι δυνατόν, από το στενό της περιβάλλον και από προηγούμενο νοσηλευτικό –ιατρικό ιστορικό.</p> <p>4. Οι πληροφορίες να αφορούν το ατομικό ιστορικό υγείας, το οικογενειακό, το γυναικολογικό και μαιευτικό.</p> <p>5. Οι ερωτήσεις να γίνουν με λεπτότητα και διακριτικότητα και με τρόπο που να μη προσβάλλουν την προσωπικότητα της ασθενούς.</p>	<p>1. Ελήφθησαν τα ζωτικά σημεία τα οποία ήταν: Α.Π.: 120/70 mmHg, σφ=98/min, C και αν=18/min.</p> <p>2. Η ασθενής, ενημερώθηκε ότι οι ερωτήσεις για προσωπικά της θέματα είναι απαραίτητο να γίνουν για να σχηματίσουμε μια ολοκληρωμένη άποψη για την υγεία της, προκειμένου να γίνει σωστή αντιμετώπιση της κατάστασής της.</p> <p>3. Οι πληροφορίες συγκεντρώθηκαν από την ίδια την ασθενή, το σύζυγό της και από προηγούμενο ιστορικό και αφορούσαν γενικά στοιχεία για τη ζωή της, όπως την οικογενειακή της κατάσταση και τον τόπο κατοικίας, ασθένειες που είχε περάσει στο παρελθόν,</p>	<p>Η γενική της κατάσταση ήταν πολύ καλή και μάλιστα ήταν σε θέση να αυτοεξυπηρετείται. Όσον αφορά τη συνεργασία κατά τη λήψη του ιστορικού, τόσο η ίδια, όσο και ο σύζυγός της, δεν είχαν ιδιαίτερο πρόβλημα με τις ερωτήσεις και απαντούσαν άνετα. Σε αυτό συνέβαλε η ηλικία τους, οι οποίοι ήταν σχετικά νέοι, αλλά και το μορφωτικό του επιπέδο.</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
			<p>το χρόνο που έγινε η διάγνωση της νόσου και τον τρόπο, ασθένειες της οικογένειάς της και κυρίως καρκινικοί, ερωτήσεις για την έναρξη της εμμηνορρυσίας και για τα χαρακτηριστικά της, για την έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων, τη χρήση αντι-συλληπτικών δισκίων και ερωτήσεις για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό.</p> <p>4. Κατά την εκτέλεση των ερωτήσεων, προσπαθήσαμε να μη φέρουμε σε δύσκολη θέση την ίδια και το σύζυγό της, γι' αυτό και δεν επιμείναμε σε ερωτήσεις που δυσκολεύονταν να απαντήσουν. Ο λόγος μας ήταν απλός και φιλικός και διαθέσαμε αρκετό χρόνο που θα τους έδινε την ευχέρεια να απαντήσουν.</p>	<p>Κατά τη λήψη του ιστορικού. Η ασθενής απεκάλυψε ότι ο καρκίνος διαγνώθηκε κατά την εκτέλεση προγραμματισμένης εξέτασης test-pap.</p> <p>Η αίσθησή μας είναι, ότι μετά την επικοινωνία μας, η ασθενής ένωσε μεγαλύτερη εμπιστοσύνη και ασφάλεια προς το νοσηλευτικό προσωπικό.</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>3. Διαταραχές στην ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς που οφείλονται στην ενήμερωση ότι έχει προβληθεί από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, μετά την επέκταση του test Παπανικολάου.</p>	<p>Η ασθενής να επανέλθει σε φυσιολογική ψυχολογική κατάσταση στα αμέσως επόμενα δύο 24ωρα.</p>	<p>1. Η νοσηλεύτρια-της, να υποστηρίξει ψυχολογικά την ασθενή καθ' όλη τη διάρκεια των ψυχολογικών διακυμάνσεων της (άρνηση, εξέγερση, ελπίδα, κατάθλιψη, παραδοχή).</p> <p>2. Να διαθέσει, το νοσηλευτικό προσωπικό απαιτούμενο χρόνο και υπομονή.</p> <p>3. Να γίνει ψυχολογική υποστήριξη της οικογένειας, αλλά και της ασθενούς από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον</p>	<p>1. Όταν έγινε η ανακίνωση της νόσου στην ασθενή, η νοσηλεύτρια ήταν παρούσα και αμέσως διαπιστώθηκε το σοκ που υπέστη. Διέθεσε, περισσότερο από δύο 24ωρα για την αντιμετώπιση των σταδίων που διήλθε η ψυχολογία της.</p> <p>- Κατά τη φάση της άρνησης, η ασθενής αρνήθηκε όχι μόνο ότι πάσχει από καρκίνο, αλλά και την εκτέλεση περαιτέρω διαγνωστικών εξετάσεων η νοσηλεύτρια της εξήγησε ότι το στάδιο, στο οποίο βρίσκεται, έχει πολύ καλή πρόγνωση και πιθανότητα ίασης 100%, αν γίνει έγκαιρα η θεραπευτική αντιμετώπιση. Για το λόγο αυτό της τόνισε, ότι η συνεργασία της με το ιατρι-</p>	<p>Μέσα σε τρία 24ωρα, σταθεροποιήθηκε η ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς, τόσο με την δική μας υποστήριξη, όσο και με της οικογένειάς της. Δέχτηκε να υπακούσει σε όλες τις ιατρικές και νοσηλευτικές υποδείξεις και να συνεργαστεί στις διαγνωστικές εξετάσεις που θα ακολουθήσουν.</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
			<p>κό και νοσηλευτικό προσωπικό. Στη συνέχεια των διαγνωστικών εξετάσεων και στην έναρξη της θεραπείας, είναι αναγκαία για να διατηρηθεί στη ζωή.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Κατά τη φάση του ερεθισμού και της εξέγερσης, το νοσηλευτικό προσωπικό κατανόησε αυτή την αντίδραση, της μιλούσε ζεστά και σε καμία περίπτωση δεν εκνευρίστηκε, όταν αρνήθηκε κάθε συνεργασία σε εξετάσεις που επρόκειτο να εκτελεστούν. - Μετά το στάδιο του θυμού, η ασθενής ηρέμησε και προσπαθούσε με κάποιο ανταλλαγμα να επιτύχει τη θεραπεία της ασθένειάς της. Οι νοσηλεύτριες γνωρίζοντας ότι η ελπίδα είναι πολύ σημαντική γι' αυτήν όπως 	

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
			<p>και για κάθε άνθρωπο της πρόσφεραν κάθε στιγμή, δίνοντας την δύναμη να συνεχίσει τις διαγνωστικές και θεραπευτικές δοκιμασίες.</p> <p>- Κατά το στάδιο της μελαγχολίας, στο οποίο επήλθε, μόλις συνειδητοποίησε τις συνέπειες της ασθένειας, η νοσηλεύτρια την ενθάρρυνε να μιλήσει για ό,τι την απασχολεί, χωρίς να την διακόπτει και να προσπαθεί να την επαναφέρει στην πραγματικότητα.</p> <p>- Στο στάδιο της αποδοχής, η ασθενής είχε κατανοήσει ότι πρόκειται να περάσει μια μεγάλη δοκιμασία γι' αυτό και άρχισε να αποξενώνεται τόσο από την οικογένειά της όσο από τον κοινωνικό περίγυρο.</p>	

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
			<p>Σε αυτή τη φάση, η μεγαλύτερη συμβολή ήταν της οικογένειας, η οποία έπρεπε να ενθαρρυνθεί να δείχνει απεριόριστα την αγάπη της στον άνθρωπό της.</p> <p>2. Όταν ανακοινώθηκε η νόσος οι συγγενείς ενημερώθηκαν πλήρως για την κατάσταση της ασθενούς, ώστε να μπορέσουν να τη στηρίξουν στις δοκιμασίες που θα ακολουθούσαν. Επίσης ενημερώθηκαν με ακρίβεια για την θεραπευτική αντιμετώπιση καθώς και τις συνέπειές της. Ακόμα επισημάνθηκε στην οικογένεια όσο και τους φίλους η αναγκαιότητα ότι σε καμία περίπτωση δεν έπρεπε να απομονώσουν την ασθενή. Έγινε ενημέρωση για τα στάδια της νόσου.</p>	

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
4. Προετοιμασία για την εκτέλεση κωνοειδούς εκτομής.	Η ασθενής να προετοιμαστεί ψυχολογικά και σωματικά για την εκτέλεση της επέμβασης, 24 ώρες πριν.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να ενημερωθεί η ασθενής για το είδος της εξέτασης. 2. Να της δοθεί χρόνος για να εκφράσει τις απορίες και τους φόβους. 3. Να γίνει κατάλληλη θρέψη. 4. Να εξασφαλιστεί επαρκής και καλός ύπνος. 5. Την ημέρα της επέμβασης να γίνει κένωση της κύστης και καθετηριασμός. 7. Η ασθενής, να ενημερωθεί ότι μετά την εξέταση θα οδηγηθεί στο δωμάτιό της. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η ασθενής διατύπωσε τις απορίες της που αφορούσαν το αν έχει τις αισθήσεις της και αν υπάρχουν επιπλοκές μετά την εξέταση. Την ενημερώσαμε πως εφαρμόζεται γενική αναισθησία και ότι οι επιπλοκές που μπορεί να εμφανιστούν είναι, κυρίως, το άλγος και η μόλυνση. <p>Η αιμορραγία με την τοποθέτηση ραμμάτων πριν την εξέταση, έχει μειωμένη πιθανότητα να εμφανιστεί.</p> <p>Όσον αφορά το άλγος τη διαβεβαίωσε πως αντιμετώπιζεται με τη χορήγηση αναλγητικών και έτσι δεν θα υποφέρει.</p>	<p>Η ασθενής προετοιμάστηκε κατάλληλα σωματικά, αλλά της ήταν αδύνατο να κοιμηθεί.</p> <p>Έγινε αντιμετώπιση της αύπνιας και την επόμενη ημέρα εκτέλεστηκε κωνοειδής εκτομή.</p> <p>Τα αποτελέσματα ήταν: Ικανοποιητικός βαθμός χρόνιας ενεργής φλεγμονώδους</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
			<p>2. Την προηγούμενη ημέρα έγινε ιδιαίτερη φροντίδα στη διατροφή της, η οποία ήταν πλούσια σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες. Έξι ώρες, όμως, πριν από την επέμβαση δεν πήρε τίποτα από στόμα.</p> <p>3. Η ασθενής, εκτέλεσε μόνη της το μπάνιο της και το απόγευμα της κάναμε καθατικό υποκλυσμό.</p> <p>4. Της επισημάναμε την αναγκαιότητα να κοιμηθεί χωρίς για να είναι ξεκούραστη και χαλαρή την ημέρα της επέμβασης.</p> <p>Η αϋπνία και η κόπωση, της εξηγήσαμε ότι δεν βοηθά στην ομαλή πορεία, μετά την επέμβαση.</p> <p>5. Την ημέρα της επέμβασης, έγινε καθετηριασμός, 6 ώρες πριν και δεύτερος υποκλυσμός.</p> <p>Της εξηγήσαμε ότι μόλις συνέλθει θα επιστρέψει στο δωμάτιό της.</p>	<p>Διήθησης, σοβαρός βαθμός δυσπλασίας CIN III, ως και καρκίνωμα in situ του πλακώδους μεταπλασθέντος επιθηλίου της ζώνης μετάπτωσης και αλλοιώσεις που επεκτείνονταν στα ενδοτραχηλικά αδένια.</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>5. Αϋπνία που οφείλεται σε ανησυχία για την κωνοειδή εκτομή που πρόκειται να εκτελεστεί την επόμενη ημέρα.</p>	<p>Η ασθενής να ηρεμήσει, μέσα σε μια ώρα και να αναπαυθεί για την αυριανή διαγνωστική δοκιμασία.</p>	<p>1. Να υπενθυμίσουμε στην ασθενή τη σπουδαιότητα της σωματικής ξεκούρασης.</p> <p>2. Να τη βεβαιώσουμε ότι βρίσκεται σε έμπειρα ιατρικά και νοσηλευτικά χέρια και ότι θα γίνει ό,τι είναι δυνατό για να είναι ανώδυνα η εξέταση.</p> <p>3. Να επιλύσουμε τις απορίες της.</p> <p>4. Να εξαλειφθούν ή να μειωθούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ένταση και προκαλούν αϋπνία.</p> <p>5. Να συμβουλευτεί να κάνει ζεστό μπάνιο για να χαλαρώσει και να της δοθεί ζεστό ρόφημα.</p>	<p>1. Τόνισαμε για μια ακόμη φορά στην ασθενή μας πως η πορεία της υγείας της, μετά την επέμβαση όσον αφορά την εμφάνιση επιπλοκών δεν εξαρτάται μόνο από τους γιατρούς αλλά και από την ίδια. Γι' αυτό και θα πρέπει να προσπαθήσει να κοιμηθεί, γιατί η σωματική της ανάπαυση, είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει στην ομαλή μετεγχειρητική πορεία.</p> <p>2. Τη διαβεβαίωσαμε ότι θα έχει την καλύτερη νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα, και που επιβεβαιώθηκε και από την ασθενή που μοιραζόταν το θάλαμο.</p> <p>3. Μας εξέφρασε την ανησυχία της, αν το σώμα της θα έχει κάποια αλλαγή. Τη διαβεβαίωσαμε πως ο φόβος αυτός είναι αβάσιμος.</p>	<p>Όταν επισκεφθήκαμε το θάλαμο, μετά από μισή ώρα περίπου, η ασθενής είχε αποκοιμηθεί.</p> <p>Οι παρεμβάσεις μας ήταν επιτυχείς και δεν χρειάστηκε να χορηγηθεί ηρεμιστικό.</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκεσ προβλήματα διάννωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδασ	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδασ	Εκτίμηση Αποτελεσματοσ
		<p>6. Να εξασφαλιστούν προϋποθέσεισ που θα τη βοηθήσουν να ηρεμήσει και να κοιμηθεί όπωσ να ακούσει την αγαπημένη της μουσική ή να διαβάσει κάποιο βιβλίο.</p> <p>7. Να χορηγηθεί ηρεμιστικό, μετά από ιατρική εντολή, αν κριθεί αναγκαία.</p>	<p>4. Τη συμβουλευσαμε να κάνει ένα ζεστό μπάνιο για να χαλαρώσει και να ηρεμήσει.</p> <p>5. Απομακρύνουμε τουσ επισκέπτεσ, χαμηλώσαμε το φωσ και κλείσαμε το παράθυρο, ώστε να μειωθούν οι εξωτερικοί θόρυβοι.</p> <p>6. Μόλισ τελείωσε το μπάνιο της, τη ρωτήσαμε αν επιθυμεί να ακούσει την αγαπημένη της μουσική, αλλά προτίμησε να λύσει κάποιο σταυρόλεξο.</p> <p>7. Όταν φύγαμε από το θάλαμο, συζητούσε με την άλλη ασθενή για θέματα της καθημερινότητας, σε ήπιο τόνο.</p>	

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
6. Έντονη ανησυχία που οφείλεται σε άλγος στα έσω γεννητικά όργανα, μετά την εκτέλεση της κωνοειδούς εκτομής.	Η ασθενής να ανακουφιστεί από το άλγος, εντός μισής ώρας.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να γίνει διδασκαλία της ασθενούς για βαθιές αναπνοές όταν πονάει. 2. Να συμβουλευτεί να έχει τα πόδια της κεκαμμένα για σύσπαση των μυών. 3. Να απαλαχθεί η ασθενής από παράγοντες που της προκαλούν ένταση. 4. Να ενημερωθεί ο γιατρός και να χορηγηθεί αναλγητικό, αν το άλγος επιμένει. 5. Να ενημερωθεί η λογοδοσία. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ενημερώνουμε την ασθενή να παίρνει βαθιές εισπνοές, όταν πονάει και να έχει τα πόδια κεκαμμένα, για να συσπώνται οι μύες. Έτσι, θα ανακουφιστεί από το άλγος. 2. Μειώσαμε τους θορύβους και δημιουργήσαμε άνεση στο κρεβάτι, τοποθετώντας μαλακά μαξιλάρια και αφαιρώντας περιττά επιθέματα. 3. Ενημερώθηκε ο γιατρός για τι το άλγος δεν υποχώρησε και έδωσε εντολή να χορηγηθεί σκεύασμα κωδεΐνης – παρακεταμόλης 1 tabi (Ionaigal). 4. Ενημερώθηκε η λογοδοσία. 	<p>Το άλγος σε λιγότερο από μισή ώρα υποχώρησε, λόγω της χορήγησης του αναλγητικού και η ασθενής ηρέμησε.</p> <p>Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις δεν ανακούφισαν στην ασθενή, γι' αυτό και δόθηκε εντολή να ενημερώνεται ο γιατρός, σε περίπτωση άλγους, για να χορηγηθεί αναλγητικό.</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>7. Προετοιμασία για την αξονική τομογραφία κάτω κοιλίας.</p>	<p>1. Η ασθενής να προετοιμασθεί κατάλληλα ψυχολογικά, 24 ώρες πριν την εξέταση και σωματικά μια ώρα πριν.</p> <p>2. Να εξασφαλιστεί η συνεργασία της ασθενούς, κατά τη διάρκεια της εξέτασης.</p>	<p>1. Να ενημερωθεί η ασθενής για το σκοπό τη εξέτασης και για τον τρόπο που θα διεκπερωθεί.</p> <p>2. Να διατεθεί αρκετός χρόνος για να εκφράσει η ασθενής τις απορίες της.</p> <p>3. Να γίνει μια ώρα, πριν την εξέταση κένωση του εντερικού περιεχομένου για διευκόλυνση της εξέτασης και για αντικειμενικά αποτελέσματα.</p> <p>4. Να επισημανθεί η σπουδαιότητα της συνεργασίας της.</p> <p>5. Να ενημερωθεί η λογοδοσία.</p>	<p>1. Η ασθενής για τον σκοπό της εξέτασης και για τον τρόπο εκτέλεσής της.</p> <p>2. Οι απορίες που μας εξέφρασε, ήταν αν θα έχει τις αισθήσεις της, αν θα πονέσει και πόση ώρα θα κρατήσει η εξέταση. Την ενημερώσαμε ότι εφόσον δεν πάσχει από κλειστοφοβία, δεν υπάρχει λόγος να της εφαρμοστεί αναισθησία.</p> <p>3. Επίσης, ότι είναι ανώδυνη εξέταση και ότι διαρκεί περίπου μισή ώρα.</p> <p>4. Τη διαβεβαιώσαμε ότι θα μείνουμε κοντά της κατά την εξέταση.</p> <p>5. Μια ώρα περίπου πριν την εξέταση έγινε χορήγηση gastrograffine 10 cc, κάθε 10 λεπτά για να μειωθεί ο κίνδυνος να θεωρηθεί το διατεταγμένο έντερο όγκος.</p> <p>6. Τονίστηκε στην ασθενή η αναγκαιότητα, να συνεργαστεί κατά την εξέταση, γιατί είναι απαραίτητο να μείνει ακίνητη.</p>	<p>Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις ήταν επιτυχείς και επιτεύχθηκε η συνεργασία της ασθενούς, κατά την εξέταση. Σε αυτό κυρίως, η παρουσία μας, κατά την αξονική τομογραφία τα αποτελέσματα της οποίας ήταν: Το καλύτερο ήμισυ του σπίθιου περιτοναϊκού χώρου, ελεύθερο παθολογίας, η ουροδόχος κύστη άνευ παθολογίας, διόγκωση και ανομοιογενή σύσταση του τραχήλου της μήτρας και διήθησης που επεκτείνεται προς τη μήτρα.</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>8. Ενημέρωση της ασθενούς και του συζύγου για την ολική υστερεκτομή.</p>	<p>1. Να δεχθούν ομαλά την δοκιμασία. 2. Η ασθενής να βοηθήσει στη δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου.</p>	<p>1. Επεξήγηση του όρου υστερεκτομή στην ίδια και στο σύζυγό της. 2. Εξασφάλιση της συγκατάθεσης του συζύγου για την τεχνητή στείρωση. 3. Παροχή ευκαιριών στην ασθενή να εκφράσει τα αισθήματά της, τους φόβους της και τις ανησυχίες της. 4. Να γίνει υποστήριξη, κατά την περίοδο της συγκινησιακής της προσαρμογής στην απώλεια των γεννητικών οργάνων. 5. Ενημέρωση της ασθενούς, σχετικά με τον πόνο, τη δραστηριότητα, τη διαίτα και τη συνουσία, μετεγχειρητικά.</p>	<p>1. Εξηγήσαμε στην ασθενή και το σύζυγό της πως κατά την ολική υστερεκτομή, θα αφαιρεθεί ο τράχηλος και η μήτρα, αλλά οι ωοθήκες και οι σάλπιγγες θα μείνουν. Τους εξηγήσαμε, παράλληλα πως δεν υπάρχει δυνατότητα για τεκνοποίηση γι' αυτό και ζητήθηκε γραπτή συγκατάθεση από το σύζυγο. Και οι δύο, ανέφεραν πως δεν ήθελαν νέο παιδί, κυρίως, λόγω της ηλικίας τους, γι' αυτό και μετά το τρίτο παιδί χρησιμοποιούσαν αντισύλληψη. 2. Δόθηκε χρόνος στο ζευγάρι να εκφράσει τις απορίες και τους φόβους του. Η πρώτη ερώτηση που έκαναν, ήταν αν υπάρχει κίνδυνος για την ζωή της ασθενούς κατά την επέμβαση. Τους απαντήσαμε πως η ιατρική ομάδα που θα εκτελέσει την επέμβαση είναι έμπειρη και δεν θα υπάρξει κανένας κίνδυνος.</p>	<p>Η ενημέρωση του ζευγαριού, ολοκληρώθηκε μέσα σε μιάμιση ώρα. Το ζευγάρι κατανόησε το είδος της επέμβασης και δέχτηκε με ηρεμία της συνέπειες της. Το μόνο που τους απασχολούσε, πάνω απ' όλα, ήταν να αποκατασταθεί η υγεία της συζύγου. Η ασθενής κατόννησε πως το σώμα της εξωτερικά δεν θα αλλάξει και ότι επιπλέον δεν θα έχει τον κίνδυνο να μείνει έγκυος.</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
		<p>6. Παροχή συμβουλών που αφορούν τη θηλυκότητα και γονιμότητα.</p> <p>7. Να κατανοηθούν πλήρως, τα πολύπλοκα προβλήματα τη ασθενούς (φυσικά, συγκινησιακά και κοινωνικά).</p>	<p>Επίσης, ρώτησαν σε πόσο διάστημα θα αναρρώσει η ασθενής και τι προβλήματα θα έχει στη συνέχεια. Τους ενημερώσαμε ότι ο χρόνος της ανάρρωσης, εξαρτάται, εκτός από την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, η οποία θα είναι άριστη και από την ίδια την ασθενή και τον οργανισμό της. Επίσης, ότι θα συνεχιστεί και στο σπίτι γι' αυτό και θα πρέπει να έχει μειωμένη δραστηριότητα στον πρώτο μήνα, τόσο στην εργασία της όσο και στο σπίτι.</p> <p>3. Ενημερώνουμε την ασθενή ότι θα πονέσει για λίγο, κάτι όμως, που μπορεί να αντιμετωπιστεί με αναλγητικά και ότι θα έχει κοιλική έκκριση, η οποία σταδιακά θα μειώνεται σε ποσότητα και τελικά θα σταματήσει.</p> <p>4. Ενημερώσαμε το σύζυγο ότι μετά την αφαίρεση της μήτρας, χρειάζεται μεγάλη ψυχολογική υποστήριξη η ασθενής και δεν πρέπει σε καμιά</p>	<p>Όπως μας αποκάλυψε αργότερα, ανησυχούσε ιδιαίτερα για τα παιδιά της, τα οποία ήταν μικρά και πήγαιναν στο σχολείο, όπως και για την εργασία της από την οποία θα έπρεπε να απουσιάσει αρκετό διάστημα.</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
			<p>περιπτωση να βιαστεί για έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων. Αυτές θα πρέπει να αρχίσουν, μετά από οκτώ εβδομάδες, για επούλωση του κόλπου.</p> <p>Επίσης, θα πρέπει να της εκδηλώνει το ενδιαφέρον του και να δείχνει ότι την επιθυμεί και τη θέλει, όπως και πριν την επέμβαση.</p> <p>5. Τόνισαμε στην ασθενή ότι μετά την επέμβαση, η εξωτερική της εμφάνιση θα μείνει ίδια και εξωτερικά θα είναι ο ίδιος άνθρωπος. Ακόμα, ότι η ζωή της θα συνεχίσει να είναι φυσιολογική από τον δεύτερο μήνα μετά την επέμβαση όπου θα επανέλθει στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.</p> <p>6. Καθ' όλη τη διάρκεια της συζήτησης, δείχναμε κατανόηση στις ανησυχίες του ζευγαριού και προσπαθήσαμε με απλό λόγο και ακρίβεια να τους δίνουμε τις απαιτούμενες πληροφορίες.</p>	

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>9. Ανησυχία της ασθενούς που οφείλεται στη φροντίδα των παιδιών της, κατά την παραμονή της στο νοσοκομείο, καθώς και στην απουσία της από την υπηρεσία της.</p>	<p>Η ασθενής να διαβεβαιωθεί πως τα παιδιά της θα έχουν την σωστή φροντίδα και ότι η απουσία της από την εργασία θα δικαιολογηθεί.</p>	<p>1. Να διαβεβαιωθεί η ασθενής πως τα παιδιά της θα τα φροντίζει η οικογένειά της. 2. Να ενημερωθεί ο προϊστάμενος της ασθενούς, για τη δήλην περίπτωση, απουσία της.</p>	<p>1. Ο σύζυγος και η μητέρα της ασθενούς, τη διαβεβαίωσαν ότι θα αναλάβουν τη διατροφή των παιδιών, την ενδυμασία τους, την προετοιμασία τους για το σχολείο, αλλά και την ψυχολογική τους υποστήριξη, κατά τη διάρκεια της απουσίας της και της τόνισαν να μην ανησυχεί και να φροντίζει να αναρρώσει γρήγορα. 2. Τη διαβεβαίωσαν ότι θα ενημερώσουν την κοινωνική πρόνοια να εκτελεί επισκέψεις στο σπίτι. 3. Ενημερώθηκε ο προϊστάμενος, ο οποίος έδωσε αναρρωτική άδεια στην ασθενή.</p>	<p>Η ασθενής ανακουφίστηκε με τις διαβεβαιώσεις του συζύγου και της μητέρας της και ζήτησε να εξηγήσει η ίδια στα παιδιά της, το λόγο της απουσίας της από το σπίτι. Παράλληλα ενημερώθηκε ότι η απουσία της θα καλυφθεί από την αναρρωτική άδεια και ότι θα πληρώνεται κανονικά.</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
10. Γενική προεγχειρητική ετοιμασία.	Να γίνει προετοιμασία της ασθενούς ένα 24ωρο πριν, για την αποφυγή επιπλοκών.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να γίνει τόνωση του ρηικού και σωματική τόνωση. 2. Να εκτελεστούν ιατρικές εξετάσεις. 3. Να γίνει καθαριότητα της ασθενούς (εντερικού σωλήνα και σώματος). 4. Να εξασφαλιστεί επαρκής και καλός ύπνος. 5. Να γίνει προετοιμασθεί και εκπαίδευση της ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις. 6. Να ενημερωθεί η ασθενής για το θάλαμο που θα μεταφερθεί μετά το χειρουργείο. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η ασθενής εξέφρασε τους φόβους της και το νοσηλευτικό προσωπικό, προσπάθησε να την ενθαρρύνει και να της τονίσει ότι όλα τα πάνε καλά. Έχει πολύ μεγάλη σημασία, η ασθενής να οδηγηθεί στο χειρουργείο ήρεμη, γιατί ανησυχία αυξάνει τον κίνδυνο για μετεγχειρητικό σοκ. 2. Την προηγούμενη ημέρα, έγινε σωματική τόνωση η οποία επιτεύχθηκε με διαιολόγο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη. 3. Έγινε εξέταση της ασθενούς από το χειρουργό που θα εκτελέσει την επέμβαση, από τον παθολόγο για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων και από τον αναισθησιολόγο για την εξέταση του αναπνευστικού συστήματος. <p>Ακόμη, έγινε γενική αίματος (Λευκά – ερυθρά), εξετάστηκε ο τύπος των λευκών αιμοσφαιρίων, ο χρόνος ροής και πήξεως του αίματος, η</p>	Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις ήταν σωστές και ακριβείς και αποφεύχθηκε σημαντική αποφυγή για την αποφυγή επιπλοκών.

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
			<p>ομάδα και το Phesus, ο αιματοκρίτης και το σάκχαρο. Επίσης, στάθηκε δείγμα αίματος στην τράπεζα για να ετοιμαστεί αίμα για τυχόν μετάγγιση. Έγινε γενική ούρων.</p> <p>4. Έγινε καθαρισμός του εντερικού σωλήνα με καθαρικό υποκλυσμό και λουτρό της ασθενούς, όπου κόπηκαν και τα νύχια και έγινε αντισηψία της στοματικής κοιλότητας.</p> <p>5. Εξασφαλίστηκαν οι κατάλληλες προϋποθέσεις για επαρκή ύπνο.</p> <p>6. Έγινε εκπαίδευση της ασθενούς να εκτελέσει μετεγχειρητικά, ασκήσεις άκρων και αναπνευστικές ασκήσεις, τις οποίες θα πρέπει να τις εκτελέσει και πριν την επέμβαση.</p> <p>7. Ενημερώσαμε την ασθενή ότι μετά την επέμβαση θα μεταφερθεί στην ανάνηψη, μέχρι να ανακτήσει τις αισθήσεις της. Στη συνέχεια, θα οδηγηθεί στο θάλαμό της.</p>	

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
11. Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία.	Να αποφευχθεί ο κίνδυνος της μόλυνσης.	Να γίνει προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου (καθαριότητα, αποτρίχωση, αντισήψια της περιοχής).	Έγινε τοπική πλύση των εξω γεννητικών οργάνων με αντισηπτικό διάλυμα και στη συνέχεια και του κόλπου. Ακολούθησε αποτρίχωση με ιδιαίτερη προσοχή για αποφυγή τραυματισμού και αντισήψια με betadine, αφού πρώτα η περιοχή πλύθηκε με φυσιολογικό ορό.	Με τα παρεμβάσεις αυτές, μειώθηκε ή και εξαλείφθηκε ο κίνδυνος για μόλυνση από μικρόβια της περιοχής.
12. Τελική προεγχειρητική ετοιμασία.	Να γίνει τελευταίος έλεγχος στην ασθενή και να εφαρμοσθούν οι τελευταίες παρεμβάσεις, μια ώρα πριν την επέμβαση για την ομαλή διεξαγωγή της.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να γίνει παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης της ασθενούς. 2. Να γίνει κατάλληλη ένδυση και καθετηριασμός της κύστης. 3. Να γίνει προνάρκωση και να υποστηρίζεται ψυχολογικά η ίδια και η οικογένειά της. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Έγινε μέτρηση των ζωτικών σημείων: Α.Π. = 120/75 mmHg ΣΦ=80/Min, Θ=36,8° C και Αν=26/min 2. Έγινε καθετηριασμός της κύστης και η ασθενής φόρεσε τη χειρουργική μπλούζα, το σκουφάκι και τα ποδονάρια. Της αφαιρέθηκαν όλα τα ξένα αντικείμενα που έφερε πάνω της φυλάχθηκαν σε φάκελο με το ονοματεπώνυμο της στο γραφείο της προϊσταμένης. 	Η ασθενής ήταν έτοιμη για το χειρουργείο, αφού εξασφαλίστηκαν οι κατάλληλες προϋποθέσεις για την ομαλή διεξαγωγή του.

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
			<p>Ακόμα, έγινε έλεγχος για τελευταία φορά στην καθαριότητα του σώματος και υπενθυμήθηκαν στην ασθενή οι μετεγχειρητικές ασκήσεις.</p> <p>3. Η προνάρκωση έγινε μισή ώρα πριν την επέμβαση, αφού πρώτα η ασθενής είδε τους συγγενείς της. Χορηγήθηκε με εντολή γιατρού 0,5 mg Penthidin IV και 0,5 mg Atropine IV. Στη συνέχεια, μειώθηκε ο φωτισμός και οι θόρυβοι. Μετά την προνάρκωση, η ασθενής μεταφέρθηκε στο χειρουργείο από τη νοσηλεύτρια και τον τραυματιοφορέα.</p> <p>4. Καθ' όλη τη διαδικασία, η νοσηλεύτρια έδινε κουράγιο στην ασθενή, λέγοντας της ότι όλα θα πάνε καλά και ενημέρωσε την οικογένειά της για την κατάσταση της ασθενούς.</p>	

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
13. Προετοιμασία κλίνης και θαλάμου.	Κατάλληλη ετοιμασία του θαλάμου για υποδοχή της ασθενούς μετά την επέμβαση.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να αεριστεί ο θάλαμος και να ετοιμαστεί το χειρουργικό κρεβάτι. 2. Να ετοιμαστεί το κομοδίνο και να σημειωθεί στο θερμομετρικό διάγραμμα το σύμβολο του χειρουργείου. 3. Να ενημερωθεί η λογοδοσία. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Έγινε αερισμός του θαλάμου και στρώθηκε το χειρουργικό κρεβάτι, στο οποίο τοποθετήθηκε θερμοφόρα για την αποφυγή πνευμονίας στην χειρουργημένη. Επίσης, τοποθετήθηκε προστατευτικό μαξιλάρι στο κικλίδωμα για την αποφυγή τραυματισμού σε διεγέρσεις και πετσέτα προσώπου και αδιάβροχο για την προστασία του πάνω μέρους των κλινοσκεπασμάτων. 2. Έγινε ετοιμασία του κομοδίνου, στο οποίο τοποθετήθηκε τετράγωνο αλλαγών, νεφροειδές, χαρτοβάμβακας, ποτήρι με δροσερό νερό και Port – cotton και χάρτινη σακούλα για τα άχρηστα. Στο θερμομετρικό διάγραμμα, σημειώθηκε το σύμβολο του χειρουργείου. 3. Έγινε ενημέρωση της λογοδοσίας για όλη την προεγχειρητική ετοιμασία. 	Ο θάλαμος ήταν έτοιμος να δεχθεί την ασθενή.

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΟΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>14. Παραλαβή ασθενούς μετά το χειρουργείο.</p>	<p>1. Να γίνει έλεγχος της κατάστασης της ασθενούς.</p> <p>2. Να αποφευχθούν οι επιπλοκές.</p>	<p>1. Να εκτιμηθεί η γενική κατάσταση.</p> <p>2. Να γίνει έλεγχος των παροχετεύσεων και του τραύματος.</p> <p>3. Να ενημερωθεί η λογοδοσία.</p>	<p>1. Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων τα οποία ήταν: Α.Π. = 90/60 mmHg ΣΦ=110/min, =36° C και ΑΝ=10/min. Εμφάνισε κυανώσεις στα άκρα και στο πρόσωπο. Επικοινωνούσε με το περιβάλλον, αλλά ένωθε έντονη αδυναμία και εξασθένηση.</p> <p>2. Έφερε καθετήρα foley και όταν ελέγξαμε το τραύμα, αιμορραγούσε.</p> <p>3. Ενημερώσαμε την λογοδοσία για την κατάσταση της ασθενούς, μετά το χειρουργείο.</p>	<p>Η γενική κατάσταση της ασθενούς, δεν ήταν καλή. Είχε σημαντική απώλεια αίματος, γ' αυτό και δόθηκε ιατρική εντολή για μετάγγιση.</p>
<p>15. Αιμορραγία που οφείλεται στην επέμβαση.</p>	<p>1. Να γίνει διακοπή της αιμορραγίας σε σύντομο χρονικό διάστημα.</p> <p>2. Να αναπληρωθεί ο όγκος αίματος, μέσα σε μισή ώρα.</p>	<p>1. Να τοποθετηθούν πιεστικά επιθέματα και να ειδοποιηθεί ο γιατρός.</p> <p>2. Να γίνει επανέλεγχος του αίματος.</p> <p>3. Να γίνει μέτρηση του Htc.</p> <p>4. Να δοθεί εντολή στην τράπεζα αίματος να στείλει φιάλες για</p>	<p>1. Τοποθετήσαμε πιεστικά επιθέματα στηνείσοδο του κόλπου, προσπαθώντας να ηρεμήσουμε τον ασθενή και ειδοποιήσαμε το γιατρό.</p> <p>2. Επειδή η αιμορραγία ήταν μεγάλη, δόθηκε εντολή να οδηγηθεί στο χειρουργείο για νέα απολίνωση.</p> <p>3. Ο Hct ήταν 28,4% και δόθηκε εντολή για 1 μονάδα αίματος. Η ομάδα και το Rhesus ήταν γνωστά</p>	<p>Η αιμορραγία με την νέα απολίνωση σταμάτησε, μέσα σε μια ώρα και ο όγκος του αίματος αναπληρώθηκε σε λιγότερο από 2 ώρες. Σημαντικός ήταν ο ρόλος μας, τόσο γιατί αντιδρά-</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
		<p>μετάγγιση.</p> <p>6. Να γίνει μέτρηση των ζωτικών σημείων και του Hct, μετά την μετάγγιση.</p> <p>7. Να υποστηριχθεί ψυχολογικά η ασθενής.</p> <p>8. Να ενημερωθεί η λογοδοσία.</p>	<p>στην αιμοδοσία, γιατί είχε σταλεί δείγμα πριν την επέμβαση.</p> <p>4. Πριν γίνει η μετάγγιση, η οποία έγινε στο χειρουργείο, ελέγχθηκε το ονοματεπώνυμο της ασθενούς, η ημερομηνία λήξης, ο αριθμός της φιάλης που ήταν ίδιος με τον αριθμό της ετικέτας διασταύρωσης, η ομάδα το Rhesus (A+), ο γονότυπος, η υπογραφή του γιατρού της αιμοδοσίας που εκτέλεσε τη συμβατότητα, η κλινική της ασθενούς και η ετικέτα ελέγχου για μεταδιδόμενες νόσους (AIDS, Ηπατίτιδα Β, Σύφιλη).</p> <p>5. Κατά τη μετάγγιση παρακολούθησε συνεχώς για σημεία επιπλοκών, όπως πυρετός, εξανθήματα.</p> <p>6. Έγινε χορήγηση του αιματοποιητικού παράγοντα Eprex 10.000 in υποδόρια x1.</p> <p>7. Η διαδικασία της απολίνωσης και της μετάγγισης, διήρκεσε 45 λεπτά. Μετά την απολίνωση και τη</p>	<p>σαμε έγκαιρα, όσο και γιατί καταφέραμε να κρατήσουμε ήρεμη την ασθενή.</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
16. Ναυτία – έμετοι που οφείλονται στη δράση του αναισθητικού.	Η ασθενής να ανακουφιστεί από τους εμετούς σε μισή ώρα.		μετάγγιση έγινε νέα μέτρηση των ζωτικών σημείων και του Hct. Οι τιμές ήταν: Α.Π.=110/7mmHg, ΣΦ=90/min, Θ=36,6° C, Αν=16/min και Hct=37%.	
	1. Το κεφάλι της ασθενούς να είναι σε πλάγια θέση. 2. Να απομακρυνθούν τα εμύσματα και να γίνει πλύση της στοματικής κοιλότητας και προστασία των κλινοσκεπασμάτων. 3. Να γίνει ενδοφλέβια χορήγηση υγρών. 4. Να γίνει έλεγχος των εμεσμάτων. 5. Να ενημερωθεί η λογοδοσία.	1. Χορηγήθηκε με εντολή γιατρού χορηγήθηκε ondansetron IV 8 MgX 3 (Zofron). 2. Μειώσαμε τις οσμές από τα φάρμακα και τα φαγητά που που μπορεί να της προκαλούσαν ναυτία και νέο έμετο. 3. Ενημερώσαμε τη λογοδοσία.	Νέος εμετός - δεν επαναλήφθηκε αλ- λά η ναυτία συνε- χίζταν. Με εντολή γιατρού χορηγή- θηκε ondansetron IV 8 MgX 3 (Zofron). Την επόμενη ημέ- ρα η ναυτία υπο- χώρησε και έγινε διακοπή του Zofron.	

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
17. Δίψα που οφείλεται στην ξηρότητα του βλεννογόνου από τη γενική νάρκωση.	Να διατηρείται υγρή η στοματική κοιλότητα της ασθενούς.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να ενημερωθεί η ασθενής για το λόγο που δεν πρέπει να πιει νερό. 2. Να ενημερωθεί ότι ο οργανισμός της παίρνει υγρά από ενδοφλέβια χορήγηση. 3. Να γίνει περιποίηση της στοματικής κοιλότητας. 4. Να ενημερωθεί ο συνοδός της, αλλά και η ίδια να χρησιμοποιήσει βρεγμένα port-cotton, όταν διψάει. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ενημερώσαμε την ασθενή, ότι λόγω της γενικής νάρκωσης, τα ανακλαστικά της κατάποσης δεν έχουν αποκατασταθεί και υπάρχει κίνδυνος πνιγμού. 2. Της εξηγήσαμε ότι ο οργανισμός της παίρνει τα απαιτούμενα υγρά από τη χορήγηση των ορών και έτσι δεν υπάρχει κίνδυνος να αφυδατωθεί. 3. Έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας με γάζα εμποτισμένη σε δροσερό νερό. 4. Την ενημέρωσαν πως όταν διψάει να βρέχει τα χείλη της και τη γλώσσα της με βρεγμένα Port – cotton. 	Η ασθενής κατόνοεί ότι θα πρέπει να κάνει υπομονή και ότι με τα μέτρα που της προτείναμε θα ανακουφιστεί παροδικά από τη δίψα.

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>18. Έντονη δυσφορία και ανησυχία που οφείλεται σε άλγος από το τραύμα.</p>	<p>Η ασθενής να ανακουφιστεί από το άλγος, εντός μισής ώρας.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να γίνει έλεγχος του τραύματος. 2. Διδασκαλία για βαθιές εισπνοές όταν πονάει. 3. Να ενημερωθεί ο γιατρός. 4. Να ενημερωθεί η λογοδοσία. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Έγινε έλεγχος στη ν περιοχή του περινέου για αιμορραγία. Το κολόβωμα, δεν αιμορραγούσε. 2. Ενημερώσαμε το γιατρό, αφού πρώτα συμβουλευσαμε την ασθενή να εισπνέει βαθιά, κάθε φορά που πονά. 3. Μετά από ιατρική εντολή χορηγήθηκε Dextropropoxyphene hydrochloride 75 mg IV (Zideron 1 amp). 4. Ενημερώσαμε την λογοδοσία. 	<p>Το αναλγητικό, έδρασε σε μισή ώρα και η ασθενής ηρέμησε.</p> <p>Δόθηκε ιατρική εντολή, επί πόνου να χορηγούνται 75 mg Zideron IV.</p>
<p>19. Υψηλός πυρετός (39,2° C) που οφείλεται σε λοίμωξη του αναπνευστικού.</p>	<p>Η ασθενής, ν αποκτήσει φυσιολογική θερμοκρασία εντός μιας ώρας.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να ενημερωθεί ο γιατρός για χορήγηση σωστής αντιβίωσης. 2. Να γίνει κρύο μπάνιο και να αλλάχθούν τα κλινοσκεπάσματα, αν είναι αναγκαίο. 3. Να τοποθετηθούν παγοκύστες και να χορηγηθεί κρύος ορός. 4. Να ληφθεί εκ νέου η θερμοκρασία. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ενημερώθηκε ο γιατρός και τέθηκε στη νοσηλεία (iprofloracin lactate 1 gr X 3 IV (Ufexil)). 2. Έγινε κρύο μπάνιο, αφού πρώτα κλείσαμε τα παράθυρα και στη συνέχεια τοποθετήσαμε παγοκύστες. 3. Αλλάξαμε τα κλινοσκεπάσματα, λόγω της εφίδρωσης και κάναμε συχνά επαλείψεις με οινόπνευμα. 4. Χορηγήσαμε κρύο Ringers 100 ml X 1 IV μετά από ιατρική εντολή. 	<p>Οι παρεμβάσεις ήταν επιτυχείς, αφού ο πυρετός υποχώρησε μέσα σε μια ώρα.</p> <p>Επειδή η θερμοκρασία δεν αποκαταστάθηκε πλήρως τοποθετήθηκαν κρύες κομπρέσες και έγινε νέα θερμομέτρηση.</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
20. Χειρουργικό τραύμα.	Σωστή αντιμετώπιση του τραύματος για πρόληψη μόλυνσης.	5. Να ενημερωθεί η λογοδοσία.	5. Εκτελέστηκε νέα θερμομέτρηση μετά από μια ώρα. Η θερμοκρασία της ήταν 37,6° C. 6. Ενημερώθηκε η λογοδοσία.	Η αντιβίωση συνεχίστηκε μέχρις ότου νέα ακτινογραφία θώρακος, έδειξε ότι η λοίμωξη υποχώρησε.
21. Κοιλιακή διάταση που οφείλεται σε συσσώρευση αερίων στο παχύ έντερο.	Να αποκατασταθεί η λειτουργία του εντέρου, σε σύντομο χρονικό διάστημα.	1. Αλλαγή τραύματος και περιποίησης με άσηπτη τεχνική. 2. Έλεγχος ραμμάτων και παροχτεύσεων. 3. Ενημέρωση λογοδοσίας.	1. Έγινε αλλαγή των επιθεμάτων που είχαν τοποθετηθεί στον κόλπο, αφού πρώτα έγινε πλύση με αντισηπτικό διάλυμα. 2. Ελέγχθηκαν τα ράμματα και οι παροχτεύσεις. 3. Ενημερώθηκε η λογοδοσία.	Με την πρώτη φροντίδα του τραύματος, επιτεύχθηκε η αποφυγή της μόλυνσης.
21. Κοιλιακή διάταση που οφείλεται σε συσσώρευση αερίων στο παχύ έντερο.	Να αποκατασταθεί η λειτουργία του εντέρου, σε σύντομο χρονικό διάστημα.	1. Να περιοριστούν οι τροφές και τα υγρά. 2. Να γίνει αντικατάσταση των υγρών και ηλεκτρολυτών. 3. Να χορηγηθούν υγρά και μαλακή τροφή μόλις επιστρέψει ο περισταλτισμός του εντέρου. 4. Να γίνει έγκαιρη	1. Έγινε διακοπή της λήψης υγρών και τροφής από το στόμα. 2. Έγινε ενδοφλέβια χορήγηση εμπλουτισμένου ορού. 3. Μετά από ιατρική εντολή χορηγήθηκαν 10 cc sir Duphalax x3. 4. Όταν επέστρεψε ο περισταλτισμός του εντέρου ο οποίος διαπιστώθηκε, μετά από ακρόαση στην κοιλία, χορηγήθηκαν	Η ασθενής απέκτησε εντερική λειτουργία μετά από μια ώρα, λόγω της χορήγησης του Duphalac και της διακοπής της εντερικής χορήγησης υγρών και τροφίμων. Μαλακή διαίτα χο-

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
		<p>έγερση της ασθενούς.</p>	<p>5. υγρά από το στόμα και μαλακή διαίτα. 6. Η ασθενής δεν μπορούσε να σηκωθεί από το κρεβάτι, γι' αυτό και τη συμβουλευσαμε να αλλάξει συχνά θέσεις.</p>	<p>ρηγήθηκε μόλις επέστρεψε ο περισταλτισμός του εντέρου.</p>
<p>22. Δυσφορία που οφείλεται σε κολπική έκκριση καφεοειδούς χρώματος.</p>	<p>Να αντιμετωπιστεί η κολπική έκκριση.</p>	<p>1. Να τοποθετηθεί σε βιέτα. 2. Να γίνει τοπική καθαριότητα. 3. Να ενημερωθεί η ασθενής πως θα μειωθεί σταδιακά.</p>	<p>1. Έγινε τοπική καθαριότητα και τοποθετήθηκε σε βιέτα, η οποία αλλάζοταν όταν ήταν ανάγκη. 2. Ενημερώσαμε την ασθενή πως η κολπική έκκριση θα μειώνεται σταδιακά και τελικά θα σταματήσει μόνη της.</p>	<p>Η ασθενής με την τοπική καθαριότητα, ανακουφίστηκε. Η κολπική έκκριση, σταμάτησε μετά από μια εβδομάδα.</p>
<p>23. Σχεδιασμός εξόδου από το νοσοκομείο.</p>	<p>Να δοθούν απαραίτητες οδηγίες στην ασθενή για ανάρρωση και αποκατάσταση της υγείας της στο σπίτι.</p>	<p>1. Να δοθούν συμβουλές σχετικά με την ανάληψη δραστηριοτήτων. 2. Να ενημερωθεί η ίδια και ο σύζυγός της για την έναρξη των σεξουαλικών σχέσεων. 3. Ενημέρωση ασθενούς και οικογένειας για περίοδο κατάθλιψης</p>	<p>1. Ενημερώσαμε την ασθενή να αποφεύγει κατά την περίοδο της ανάρρωσης να σηκώνει βάρια αντικείμενα ή σαν συμμετέχει σε δραστηριότητες, όπως οδήγηση ή ανέβασμα σκάλας για πρόληψη ρήξης των ραμμάτων. Η οδήγηση του αυτοκινήτου μπορεί να καθυστερήσει για</p>	<p>Η ασθενής κατόνοσε πλήρως την ανάγκη να εφαρμόσει αυτές τις οδηγίες και υποσχέθηκε πως δεν θα παραλείπει να επισκέπτεται το γιατρό της, κάθε τρεις μήνες.</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
	<p>Να αποκατασταθεί η λειτουργία του εντέρου, σε σύντομο χρονικό διάστημα</p>	<p>και νευρική κίνησης. 4. Να τονισθεί η σπουδαιότητα του υπερσιτισμού. Να της υπενθυμίσουμε την ανάγκη επαναληπτικού εξεταστικού ελέγχου.</p>	<p>τρεις εβδομάδες, γιατί η απλή πίεση του πεντάλ, μπορεί να προκαλέσει ενόχληση στην κάτω κοιλία. Της τονίσαμε πως η άσκηση είναι απαραίτητη και να αποφεύγει να κάθεται πολύ ώρα για την αποφυγή θρομβοεμβόλων. Επίσης την ενημερώσαμε πως τις πρώτες ημέρες μπορεί αν αισθανθεί ημιάσθημα κόπωσης γι' αυτό δεν θα πρέπει να προγραμματίσει πολλές δραστηριότητες την πρώτη εβδομάδα. Δώσαμε ιδιαίτερη έμφαση στο να αναλάβει τις επαγγελματικές δραστηριότητες, μόνο με εντολή γιατρού, εκτός αν το είδος της εργασίας δεν είναι επιβαρυντικό για την υγεία της και υπάρχει μεγάλη ανάγκη να εργαστεί.</p>	
			<p>2. Ενημερώσαμε το ζευγάρι πως οι σεξουαλικές σχέσεις πρέπει να</p>	

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
			<p>αρχίσουν μετά από 8 εβδομάδας όπου θα έχει επουλωθεί ο κόλπος.</p> <p>3. Αναφέραμε στην ασθενή να μην αποθαρρύνεται αν κατά διαστήματα, κατά την περίοδο της ανάρρωσης, αισθάνεται κατάθλιψη, εκδηλώνει διάθεση να φωνάξει και φαίνεται ασυνήθιστα νευρική. Οι εκδηλώσεις αυτές εμφανίζονται συχνά, αλλά δεν διαρκούν πολύ.</p> <p>4. Της τονίσαμε την ανάγκη να τρέφεται πολύ καλά, με τροφές πλούσιες σε βιταμίνες, σίδηρο, λευκώματα, υδατάνθρακες, να τηρήσει πιστά το διαιτολόγιο που θα της δώσει ο γιατρός της και να παρακολουθεί το βάρος της. Η σωστή διατροφή θα επιταχύνει την ανάρρωσή της. Της αναφέραμε ότι ανά τρεις μήνες και για πέντε χρόνια θα πρέπει να κάνει επαναληπτικές εξετάσεις για την αποφυγή της υποτροπής.</p>	

B΄ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Ιστορικό ασθενούς

Η κυρία Μ. Μ. του Νικολάου, ετών 46, εισήλθε στις 12/8/98 στη γυναικολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου, συνοδευόμενη από τον άντρα της και τα παιδιά της. Η αιτία εισόδου ήταν κολπική αιμορραγία και άλγος στο υπογάστριο που οφείλεται σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, στάδιο III.

Η κ. Μ. Μ. ήρθε στην κλινική με καρέκλα και η γενική της κατάσταση δεν ήταν καλή. Είχε αρτηριακή πίεση 90/50 mm Hg, σφύξεις 100 min, αναπνοές 14 min, θερμοκρασία 36° C, εμφάνιζε ωχρότητα και κυάνωση στο πρόσωπο και στα άκρα και ο αιματοκρίτης της ήταν 19,6% (Φ.Τ. 36-46).

Αμέσως, έγινε ενδοφλέβια έγχυση υγρών (Dextrose 10% και Ringers) και ετοιμάστηκε αίμα για μετάγγιση με εντολή γιατρού. Επίσης, τοποθετήθηκαν γάζες στον κόλπο και συστήθηκε στην ασθενή να μείνει ακίνητη. Για τον πόνο, της έγινε ενδομυϊκά παυσίπονη ένεση με εντολή γιατρού (Morfine IV).

Όταν σταθεροποιήθηκε η κατάστασή της, συμπληρώθηκε το νοσηλευτικό ιστορικό, του οποίου τα στοιχεία συγκεντρώθηκαν από την ίδια, το σύζυγό της και από το προηγούμενο ιατρικό – νοσηλευτικό ιστορικό.

Η ασθενής, είναι έγγαμη, έχει δύο κόρες, ασχολείται με τα οικοκυρικά και μένει μόνιμα σε χωριό της Πάτρας. Αναφέρει ότι στο παρελθόν είχε εγχειριστεί για αφαίρεση σκωληκοειδίτιδας και ότι προ ετών είχε διαγνωσθεί στο 409 νοσοκομείο της Πάτρας, δυσπλασία τραχήλου. Σε ερώτηση που έγινε στην ίδια και το σύζυγό της, για το ποια ήταν η αντιμετώπιση, απάντησε ότι την ενημέρωναν οι γιατροί για την υστερεκτομή, αλλά αυτή αρνήθηκε. Η ίδια δεν είναι καπνίστρια, ζει όμως σε περιβάλλον καπνιστών.

Στο οικογενειακό της ιστορικό, αναφέρεται ότι η μητέρα της είχε καρκίνο του ενδομητρίου.

Η κ. Μ. εμφάνισε εμμηνορρυσία στα 13 χρόνια της, η οποία διαρκούσε 6 ημέρες και συχνά παρουσίαζε ανωμαλίες (μητρορραγίες). Είχε πρώιμη έναρξη σεξουαλικών σχέσεων, σε ηλικία 15 χρονών και ποτέ δεν είχε κάνει

test – pap. Παρουσίαζε, συχνά, φλεγμονές στο γεννητικό σύστημα και κυρίως, κολπίτιδες.

Η πρώτη της εγκυμοσύνη ήταν 16 ετών και γέννησε με φυσιολογικό τοκετό, όπως και η δεύτερη. Δεν είχε χρησιμοποιήσει ποτέ αντισυλληπτικά δισκία, ούτε άλλο είδος αντισύλληψης.

Στις 14/8/98, έγινε υπερηχογράφημα κοιλίας, στο οποίο τα συμπαγή όργανα της άνω κοιλίας απεικονίστηκαν χωρίς εστιακές αλλοιώσεις και τα χοληφόρα αγγεία, φυσιολογικά. Στην ελάσσονα πύελο, όπισθεν της ουροδόχου κύστης υπήρχε συμπαγές μόρφωμα, ανομοιογενούς μορφής 30 cm.

Στις 18/8/98, έγινε αξονική τομογραφία άνω – κάτω κοιλίας και έσω γεννητικών οργάνων: η μήτρα στο ύψος του τραχήλου, παρουσίαζε παθολογικά αυξημένες διαστάσεις και ανομοιογενή δομή (γνωστά ευρήματα στο CA τραχήλου) που οπισθίως θα μπορούσαν να αποδοθούν σε παθολογικούς διογκωμένους λεμφαδένες. Διηθητικά στοιχεία στο περιορθικό λίπος, ασαφτοποιούν τα όρια αυτού και του σιγμοειδούς. Η ουροδόχος κύστη, εμφανιζόταν παρεκτοπισμένη προς τα άνω, ελαφρώς και διατεταμένος απεικονίστηκε ο αριστερός ουρητήρας. Ακόμη, βρέθηκαν μικρή συλλογή υγρού στον υπεζωκοτικό χώρο.

Μετά από δύο ημέρες, έγινε ορθοσιγμοειδοσκόπηση, η οποία ήταν αρνητική για αίμα και μάζα και παράλληλα έγινε έναρξη ergex amp 1X1 και σιδήρου (Legpler 40 mg P.O.S.).

Στις 23 του ιδίου μήνα, συνεδρίασε το Ογκολογικό συμβούλιο και αποφάσισε να γίνει ακτινογραφία θώρακος και έναρξη βραχυθεραπείας.

Μετά από μια εβδομάδα ο αιματοκρίτης ήταν 30,6% η αιμοσφαιρίνη 9,3 gr/dl και έγινε αξονική τομογραφία θώρακος.

Στις 8/9/1998, έγινε έναρξη ακτινοθεραπείας και χορηγήθηκε Decadron 8 mg X1 και Lasix 1X2. Την 1^η Οκτωβρίου, η ακτινοθεραπεία διακόπηκε, λόγω βαριάς γενικής κατάστασης. Πάσχει από συνεχή έντονο πόνο στο περίνεο και στα έξω γεννητικά όργανα, με αντανakλαστικά στην οσφυϊκή χώρα, έχει σημαντική απώλεια βάρους (από 56 κιλά που ήταν, με ύψος 1,63, έφθασε να είναι 40 κιλά) και εμφανίζει οιδήματα στα σκέλη.

Λόγω αυτής της κατάστασης και επειδή είχε ενημερωθεί ότι πλέον βρίσκεται στο τελικό στάδιο (IVA), εφόσον είχε ζητήσει η ίδια ακριβή ενημέρωση, αρνήθηκε περαιτέρω θεραπεία και παρουσίαζε έντονα συμπτώματα κατάθλιψης και ανησυχίας. Επιθυμούσε να περνά πολλές ώρες με τα παιδιά και τον σύζυγό της.

Στις 4/11/98 απεβίωσε, αφού πρώτα είχε προλάβει να εξομολογηθεί στον πνευματικό της ιερέα.

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>1. Η ασθενής ει- σήχθηκε στη γυναι- κολογική κλινική του Ρίου, στις 12/8/98, παρου- σιάζοντας μεγάλη κολπική αιμορραγία και άλγος στο υπο- γάστριο που οφεί- λεται σε καρκίνο του τραχήλου μη- τρας σταδίου III.</p>	<p>1. Η ασθενής να προσαρμοστεί στο νοσοκομειακό περι- βάλλον, σε σύντομο χρονικό διάστημα. 2. Να αντιμετωπι- στεί η αιμορραγία μέσα στην επόμενη ώρα. 3. Να αντιμετω- πιστεί το άλγος με- σα στην επόμενη ώρα.</p>	<p>1. Η νοσηλεύτρια-της να οδηγήσει την ασθενή στο θάλαμό της και να της εξηγήσει την αναγκαιό- τητα της παραμονής της στο νοσοκομείο, να γίνει λήψη των ζωτικών ση- μείων (Α.Π., θερμ., σφ, Αν), να ενημερωθεί ο γιατρός. 2. Να τοποθετηθεί ενδοφλέβια γραμμή για έγχυση ενδοφλέβιων δια- λυμάτων, να τοποθετηθεί η ασθενής σε θέση που να μειώνει την κολπική αιμορραγία, να χρησιμο- ποιηθούν πιστικά επι- θέματα στον κόλπο για αναχαίτιση αυτής, να γίνει δειγματοληψία αίματος για έλεγχο της ομάδας για τυχόν μετάγγιση και του αιματοκρίτη. Να γίνει με- τρηση της κεντρικής</p>	<p>1. Η ασθενής, οδηγήθηκε στο θάλαμό της και τοποθετήθηκε με προσοχή στο κρεβάτι, ενημερώθηκε για το λόγο που πρέπει να παραμείνει στο νοσοκομείο, τονί- ζοντας της ότι χρειάζεται άμεση παρακολούθηση και της αναφέρ- θηκε ότι κοντά της μπορεί να μείνει ένα άτομο. Στη συνέχεια, ελή- φθησαν τα ζωτικά σημεία, οι τιμές των οποίων ήταν: Α.Π.: 90/50 mmHg, ΣΦ.: 110/min, Αν: 14 /min, θερμ.: 36° C. Ειδοποιήθηκε ο γιατρός. 2. Έγινε φλεβοκέντρηση και χορηγήθηκε με ιατρική εντολή Dextrose 10% 1000 ml X 2 και Ringers 1000 ml X2, τοποθετήθηκε η ασθενής σε ανάρροπη θέση με τα πόδια κεκαμμένα και έγινε επι- μωματισμός του κόλπου με γάζες, οι οποίες αλλάζονταν ανά μισή ώρα. Πάρθηκε δείγμα αίματος για έλεγχο της ομάδας και του αιματοκρίτη. Η ομάδα αίματος, ήταν</p>	<p>Η ασθενής μας διαβεβαίωσε ότι θα υπακούσει στις υποδείξεις μας και φάνηκε ότι κατα- νόησε τη σοβαρό- τητα της κατάστα- σής της. Η αιμορραγία μέσα σε μια ώρα πε- ριορίστηκε στο ελάχιστο, αλλά λό- γω της μεγάλης απώλειας του αίμα- τος, έγιναν οι απαι- τούμενες ενέργειες για μετάγγιση. Η κεντρική φλεβική πίεση σε νέα με- τρηση δεν σημείω- σε σημαντική αύξη- ση. Το άλγος, συ- νέχισε να υφίσταται και μετά ιατρική</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
2. Πτώση αιματο- κρίτη (HCT=19,6), λόγω μεγάλης κολ- πικής αιμορραγίας.	Να αναπληρωθεί το απλωλεσθέν αίμα, μέσα σε δύο ώρες.	φλεβικής πίεσης. 3. Να τοποθετηθεί η ασθενής σε θέση που ανακουφίζει από τον πό- νο και να εξασφαλισθεί άνετο περιβάλλον. 4. Να ενημερωθεί η λογοδοσία για όλες τις νοσηλευτικές παρεμ- βάσεις.	0+ και είχε HCT 19,6%. Η κεντρική φλεβική πίεση ήταν 2 cmH ₂ O γι' αυτό και χορηγήθηκε Haes 10% 500 ml X 2 με γρήγορη ροπή. 3. Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ανατροπή θέση με τα πόδια κεκαμμένα, μειώθηκε ο φωτισμός και περιορίστηκαν οι θόρυβοι στο ελάχιστο. 4. Ενημερώθηκε η λογοδοσία.	εντολή, χορηγή- θηκε ενδοφλέβια Lamp Morfine, η οποία επέφερε αποτελέσματα μέσα σε μισή ώρα.
2. Πτώση αιματο- κρίτη (HCT=19,6), λόγω μεγάλης κολ- πικής αιμορραγίας.	Να αναπληρωθεί το απλωλεσθέν αίμα, μέσα σε δύο ώρες.	1. Να σταλούν 2 μο- νάδες αίματος από την τράπεζα. 2. Να ενημερωθεί η ασθενής για τη με- τάγγιση. 3. Να γίνει ο απαιτού- μενος έλεγχος στις φιάλες του αίματος για πρόληψη των επι- πλοκών.	1. Η ασθενής ενημερώθηκε για τη μετάγγιση και ερωτήθηκε αν έχει αλλεργία σε κάποιο φάρμακο. Απάντησε αρνητικά. 2. Η τράπεζα αίματος έστειλε τις φιάλες και έγινε ο έλεγχος. Ελέγχθηκε το όνομα της ασθενούς, η ημερομηνία λήξεως, ο αριθμός της φιάλης που ήταν ίδια με τον αριθμό της ετικέτας διασταύρωσης, η ομάδα, το Rhesus και ο γονότυπος, η υπογραφή του γιατρού της αιμοδοσίας που εκτέλεσε τη	Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις, ήταν επιτυχείς. Κατά την μετάγγιση δεν εμφανίστηκαν επιπλοκές και εν- μέρει ο κυκλοφο- ρούμενος όγκος αίματος αναπλη- ρώθηκε. Ο Hct όμως, δεν έφθασε σε φυσιο- λογικά επίπεδα, γι' αυτό και τέθηκε στη

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
		<p>4. Να ελεγχθεί ο αιματοκρίτης μετά τη χορήγηση του αίματος.</p> <p>5. Να μετρηθούν τα ζωτικά σημεία και η κεντρική φλεβική πίεση, μετά τη μετάγγιση.</p>	<p>συμβατότητα, η κλινική της ασθενούς και η ετικέτα για μεταδιδόμενες νόσους (AIDS, Ηπατίτιδα Β, σύφιλη). Κατά τη διάρκεια της μετάγγισης, η νοσηλεύτρια παρακολούθησε, συνεχώς, για σημεία επιπλοκών, όπως πυρετός, ναυτία – έμετοι, δύσπνοια, διάρροια, εξάνθημα.</p> <p>3. Χορηγήθηκε ο αιματοποιητικός παράγοντας Eprex 10.000 14 υποδόρια X 1.</p> <p>4. Μετά τη μετάγγιση ελέγχθηκε ο αιματοκρίτης, τα ζωτικά σημεία και η κεντρική φλεβική πίεση. HCT: 30,6.</p>	<p>νοσηλεία σίδηρος POS (Legofer 40 mg X1), μετά από εντολή γιατρού. Ακόμη, δόθηκε εντολή για διαιτολόγιο, περιεκτικό σε σίδηρο.</p>
<p>3. Ανησυχία και φόβος που οφείλεται στη σοβαρότητα κατάσθής της</p>	<p>Η ασθενής να ηρεμήσει σε όσο το δυνατό σύντομο χρονικό διάστημα.</p>	<p>1. Διαβεβαίωση της ασθενούς ότι η νοσηλεύτρια και οι γιατροί θα κάνουν ό,τι είναι δυνατό για να βελτιώσουν την κατάστασή της.</p> <p>2. Ενθάρρυνση να εκφράζει τα συναισθήματά της.</p>	<p>1. Διαθέσαμε χρόνο στην άρρωστη και παραμείναμε κοντά της, δίνοντας την ευκαιρία να μας εμπιστευτεί και να μας μιλήσει για τους προβληματισμούς της, αφού πρώτα τη διαβεβαίωσαμε ότι το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, θα κάνει το καθήκον του.</p>	<p>Η ασθενής μετά τη συζήτηση, φάνηκε ότι ηρέμησε και ότι ένιωθε ασφαλής. Πριν φύγουμε, μας ευχαρίστησε που την ακούσαμε και ήμασταν στη διάθεσή της.</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
4. Λήψη ιστορικού.	Να συλλεχθούν πληροφορίες που θα βοηθήσουν στην ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της ασθενούς.	3. Είλικρινή συμπαράσταση.	2. Με τη στάση μας δείξαμε ότι είμαστε στο πλάι της ασθενούς όποτε μας χρειαστεί. Επίσης, της τονίσαμε ότι πρέπει να σκέφτεται θετικά και να μη χάνει την ελπίδα της.	
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Να ενημερωθεί η ασθενής για το σκοπό της λήψης του ιστορικού. 2. Να συγκεντρωθούν πληροφορίες από την ίδια, το σύζυγό της και από προηγούμενο ιατρικό - νοσηλευτικό προσωπικό. 3. Οι πληροφορίες να αφορούν το ιστορικό υγείας της, το οικογενειακό ιστορικό, το γυναικολογικό και μαιευτικό. 4. Οι ερωτήσεις να γίνουν με διακριτικότητα και με τρόπο 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η ασθενής ενημερώθηκε ότι οι ερωτήσεις για προσωπικά θέματα πρέπει να γίνουν για να σχηματίσουμε μια ολοκληρωμένη άποψη για την υγεία της, προκειμένου να γίνει σωστή αντιμετώπιση της κατάστασης. 2. Οι πληροφορίες συγκεντρώθηκαν από την ίδια, το σύζυγό της και από προηγούμενο ιατρικό και αφορούσαν προσωπικές ασθένειες που είχε περάσει στο παρελθόν, το χρονικό διάστημα που εμφανίστηκε η συγκεκριμένη νόσος, ασθενείς στην οικογένειά της και κυρίως, καρκίνος στα θήλαα άτομα αυτής, ερωτήσεις για την έμμηνου ρύση κ.λ.π. 	<p>Η ασθενής με τη στάση και τους χειρισμούς μας, συνεργάστηκε κατά την λήψη του ιστορικού, αρκετά καλά, αν ληφθεί υπόψη και η σοβαρότητα της κατάστασής της, όπου σημειωτέον, γνώριζε γι' αυτήν.</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
5. Ανησυχία και αγωνία για την εκτέλεση της αξονικής τομογραφίας που πρόκειται να γίνει.	Η ασθενής να ηρεμήσει και να απαλλαγεί από αυτά τα συναισθήματα, τουλάχιστον μια ώρα πριν την εξέταση.	που να μην προσβάλλουν την προσωπικότητα της ασθενούς.	3. Έγινε προσπάθεια οι ερωτήσεις να μην προσβάλλουν την ασθενή και την κάνουν να νιώσει άβολα.	
		<p>1. Ενημέρωση ασθενούς για το λόγο που θα γίνει η εξέταση και για τον τρόπο που θα ενεργηθεί.</p> <p>2. Διάθεση αρκετού χρόνου στην ασθενή για να εκφράσει τις απόψεις της και τους προβληματισμούς της.</p> <p>3. Διαβεβαίωση ότι καθ' όλη τη διάρκεια της εξέτασης θα παραμείνουμε κοντά της.</p> <p>4. Να χορηγηθεί μισή ώρα πριν την εξέταση, παυσίπονο φάρμακο, γιατί η ασθενής θα πρέπει να είναι σε πλήρη ακινησία για όση ώρα διαρκέσει η εξέταση.</p>	<p>1. Η ασθενής ενημερώθηκε για το λόγο που θα γίνει η εξέταση και με ποιο τρόπο θα γίνει.</p> <p>2. Της διαθέσαμε αρκετό χρόνο περίπου μια ώρα για να μας εκφράσει όλες τις απορίες της που αφορούσαν, κυρίως για πόση ώρα θα διαρκέσει η εξέταση, αν θα έχει τις αισθήσεις της και αν θα πονάει. Την ενημερώσαμε ότι διαρκεί περίπου μισή ώρα, είναι ανώδυνη και θα έχει τις αισθήσεις της.</p> <p>3. Τη διαβεβαίωσαμε ότι θα παραμείνουμε κοντά της κατά την εξέταση.</p> <p>4. Μισή ώρα πριν την εξέταση χορηγούμε με ιατρική εντολή Dextropropoxyphene hydrochloride 75 ml IV (Zideron).</p>	<p>Η ασθενής ηρέμησε δύο περίπου ώρες πριν την εξέταση και ανέφερε ότι επιθυμεί να μην της εφαρμοστεί γενική αναισθησία. Επίσης, τόνισε ότι όποιο και αν είναι το αποτέλεσμα επιθυμεί να το γνωρίζει. Τα αποτελέσματα της αξονικής τομογραφίας ήταν: παθολογικά αυξημένες διαστάσεις τον τράχηλο, διηθητικά στοιχεία στο περιφερικό λίπος, παρεκτόπιση της ουροδόχου κύστης και διάταση</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
6. Απώλεια βάρους που οφείλεται σε μειωμένη θρέψη (48 kg από 56 kg).	Η ασθενής να αποκτήσει σωστή θρέψη και να καλύψει τις θερμιδικές ανάγκες μέσα σε μια εβδομάδα.	5. Να ενημερωθεί η λογοδοσία.	5. Ενημερώθηκε η λογοδοσία.	του αριστερού ουρητήρα. Επίσης, συλλογή υγρού στον υπεζωκοτικό χώρο. Η ασθενής δέχθηκε το διαιολόγιο και άρχισε να αποκτά το βάρος της από την πρώτη εβδομάδα.
7. Εκτέλεση ορθοσιμοειδοσκόπησης.	Η ασθενής να προετοιμαστεί κατάλληλα για την εκτέλεση της	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να ρωτηθεί η ασθενής για φαγητά που προτιμά. 2. Να ενημερωθεί η κουζίνα για το διαιολόγιο της ασθενούς που πρέπει να είναι πλούσιο σε θερμίδες, πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, σίδηρο. 3. Να σεβριστεί με ελκυστικό τρόπο. 4. Να μετρηθεί το βάρος του σώματος της σε 1 εβδομάδα. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η ασθενής ρωτήθηκε και απάντησε ότι προτιμά κυρίως τα λαχανικά, τα ψαρικά και κόκκινο κρέας. 2. Ενημερώθηκε η κουζίνα και το φαγητό σεβριρίστηκε με ιδιαίτερα προσεγμένο τρόπο. 3. Έγινε μέτρηση του σωματικού της βάρους μετά από μια εβδομάδα (50 κιλά). 	Η ασθενής ενημερώθηκε ότι θα πρέπει να γίνει η εξέταση για τυχόν ανεύρεση μάζας στο ορθό ή το σιμοειδές και ενημερώθηκε για την
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Να εξηγηθεί η διαδικασία στην ασθενή. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η ασθενής ενημερώθηκε ότι θα πρέπει να γίνει η εξέταση για τυχόν ανεύρεση μάζας στο ορθό ή το σιμοειδές και ενημερώθηκε για την 	Η ασθενής ενημερώθηκε ότι θα πρέπει να γίνει η εξέταση για τυχόν ανεύρεση μάζας στο ορθό ή το σιμοειδές και ενημερώθηκε για την

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός εξέτασης, 72 ώρες πριν.	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
		<p>2. Να γίνει προετοιμασία του εντέρου.</p> <p>3. Να μεταφερθεί η ασθενής στο δωμάτιο ενδοσκοπήσεων με καρότσι ή φορείο.</p> <p>4. Φροντίδα μετά την εξέταση.</p> <p>5. Να γίνει ενημέρωση της λογοδοσίας.</p>	<p>θέση που πρέπει να πάρει κατά την εξέταση (πλάγια θέση με κάλυψη του υπολοίπου σώματος και τοποθέτηση μαξιλαριού κάτω από το κεφάλι. Επίσης ενημερώθηκε ότι θα πρέπει να αναπνέει βαθιά κατά την εξέταση για να απαλλαγεί από την ανάγκη για κένωση του εντέρου.</p> <p>2. Έγινε προετοιμασία του εντέρου από 3 ημέρες πριν την εξέταση, η οποία περιλάμβανε: υγρή διαίτα και ένα μπουκαλί (283.5 γρ.) κρύου κιτρικού μαγνησίου, κάθε βράδυ την ώρα του ύπνου.</p> <p>Νωρίς το πρωί της ημέρας της εξέτασης έγινε υποκλυσμός.</p> <p>3. Έγινε μεταφορά της ασθενούς στο δωμάτιο της ενδοσκόπησης.</p> <p>4. Μετά την εξέταση βοηθήθηκε η ασθενής να καθαρήσει την πρωκτική περιοχή. Ενημερώναμε την ασθενή να λαμβάνει υγρά για να εφάρμοσει την κανονική της διαίτα το συντομότερο δυνατόν.</p> <p>5. Ενημερώθηκε η λογοδοσία.</p>	<p>ενημέρωση που της έγινε και δεν παρουσιάστηκαν προβλήματα κατά και μετά την εξέταση.</p> <p>Τα αποτελέσματα της ορθοσκιμοειδοσκόπησης ήταν αρνητικά για αίμα και μάζα.</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΟΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
8. Αυξημένη δύ- σοση κολπική απέκκριση που οφείλεται στη νέ- κρωση και μόλυνση της μάζας του όγκου.	Η ασθενής να απαλλαγεί από την δυσσομία των κολπικών εκκρί- σεων, μέσα στην επόμενη μισή ώρα.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να γίνει πλύση κόλπου με ουδέτερο σαπούνι. 2. Να τοποθετηθούν αλοιφές ή υπόθετα, μετά από εντολή γιατρού. 3. Να τοποθετηθεί σερβιέτα η οποία να αλλάζεται συχνά. 4. Να ενημερωθεί η ασθενής ότι δεν ευθύνεται η ίδια για την δυσσομία, λόγω ελλιπούς τοπικής υγιεινής, αλλά η νέκρωση των ιστών που προκαλεί η νόσος. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Έγινε κολπική πλύση στην ασθενή και τοποθετήθηκαν κολπικές αλοιφές για την αντιμετώπιση της δυσσομίας. 2. Η ασθενής, τοποθέτησε σερβιέτα, την οποία την άλλαξε σχεδόν, κάθε μισή ώρα. 3. Διαβεβαιώθηκε ότι δεν ευθύνεται για την δυσσομία. 	Η κολπική απέκ- κριση με τις παρεμβάσεις αυτές περιορίστηκε και η δυσσομία αντι- μετωπίστηκε πλή- ρως, μέσα σε 45 περίπου λεπτά. Η ασθενής, κατανόη- σε ότι δεν ευ- θύνεται για την δυσσομία.
9. Έναρξη ακτινο- θεραπείας στις 8-9- 98.	Να ανακουφιστεί η ασθενής από τα συμπτώματα της νόσου και να απο- φευχθούν οι επι- πλοκές της ακτινο-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να ενημερωθεί η νοσηλεύτρια από το φάκελο της ασθενούς για την ακτινοθερα- πεία. 2. Να ενημερώσει την 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Έγινε ενημέρωση από το φάκελο τα ασθενούς για το είδος της ακτινοβολίας (και το σήμα) η οποία ήταν εξωτερική, την ποσότητα (7.000-10.000 rads) και το σκοπό της θεραπείας. 	Η ασθενής ήταν συνεργάσιμη παρ' όλη την παρακο- λούθηση εμφανί- σθηκαν επιπλοκές όπως:

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
	<p>Θεραπείας.</p>	<p>ασθενή για την θεραπεία να την προετοιμάσει και να την βοηθήσει σωματικά αλλά και ψυχολογικά.</p> <p>3. Διάθεση χρόνου στην ασθενή για απάντηση σε ερωτήσεις της.</p> <p>4. Διδασκαλία της για την ακτινοβολία.</p> <p>5. Χορήγηση αναληπτικών, πριν από την θεραπεία.</p> <p>6. Εφαρμογή σωστής θρέψης.</p> <p>7. Παρακολούθηση σημείων αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία.</p> <p>8. Να οδηγηθεί στο δωμάτιό της αν επιτρέπεται.</p> <p>9. Να ενημερωθεί η λογοδοσία.</p>	<p>που ήταν στο στάδιο αυτό παρηγορητικός.</p> <p>2. Έγινε ενημέρωση της ασθενούς για το είδος της θεραπείας και προετοιμάστηκε σωματικά με σωστή θρέψη δηλαδή πλούσια σε λευκώματα και βιταμίνες. Υποστηρίχθηκε ψυχολογικά να εκφράσει τις απορίες της. Δόθηκαν απαντήσεις: αν θα πονάει, τι πρέπει να κάνει η ίδια και αν θα είναι μόνη της επίσης τι θα κάνει αν χρειαστεί κάτι κατά τη διάρκεια της θεραπείας.</p> <p>3. Η ασθενής ενημερώθηκε ότι δεν πρέπει να βγάλει το σήμα που καθορίζει το σημείο της ακτινοβολίας και ότι πρέπει να διατηρεί στεγνή την περιοχή της ακτινοβολίας, να πλένεται με νερό, χωρίς σαπούνι, η περιοχή και να αποφεύγεται η τριβή, όπως και η τοποθέτηση πούδρας, λουσιών, να μην ζεσταίνεται πολύ και να προστατεύεται από τον ήλιο και το κρύο.</p>	<p>δερματίτιδα, ναυτία – έμετοι, διάρροια. Η ακτινοθεραπεία δεν επέφερε τα επιθυμητά αποτελέσματα. Αντίθετα η κατάσταση της επιδεινώθηκε και στις 1-10-98 έγινε διακοπή αυτής.</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
10. Ερυθρότητα, άλγος, φουσαλίδες που οφείλονται στην ακτινοδερματι- τίδα.	Να αντιμετωπιστεί η ακτινοδερματίτιδα και να επανέλθει το δέρμα της σθε- νούς στην προη- γούμενη φυσιολο- γική κατάσταση, με- σα σε δύο 24ωρα.	1. Να γίνει περιποίηση του δέρματος που εμφάνισε ακτινο- δερματίτιδα. 2. Διδασκαλία ασθενούς. 3. Να ενημερωθεί η λο- γοδοσία.	4. Χορηγήθηκε αναλγητικό γιατί η ασθενής πρέπει να μείνει ακίνητη. 5. Κατά τη διάρκεια και μετά τη θεραπεία έγινε παρακολούθηση για σημεία αντίδρασης, όπως ναυτία, εμετοί, διάρροια. 6. Η ασθενής μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας, οδηγήθηκε στο δωμάτιό της αφού δεν αποτελεί πηγή ακτινοβολίας. 7. Ενημερώθηκε η λογοδοσία.	Τη δεύτερη μέρα από την έναρξη της θεραπείας η ακτι- νοδερματίτιδα υποχώρησε.
		1. Να γίνει περιποίηση του δέρματος που εμφάνισε ακτινο- δερματίτιδα. 2. Διδασκαλία ασθενούς. 3. Να ενημερωθεί η λο- γοδοσία.	1. Έγινε καθαρισμός της περιοχής με χλιαρό νερό και τοποθετήθηκαν ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές, μετά από ιατρική εντολή. 2. Ενημέρωση να μην ξαπλώνει στην περιοχή του δέρματος που παρουσιάζει ακτινο-δερματίτιδα. 3. Ενημέρωση λογοδοσίας.	

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>11. Ναυτία – έμετοι που οφείλονται στην ακτινοθεραπεία</p>	<p>Να ανακουφιστεί η ασθενής από τους εμέτους στην επόμενη μία ώρα.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να μη χορηγηθεί τίποτα από το στόμα. 2. Να απομακρυνθούν οι σμές που μπορεί να επιδεινώσουν την κατάσταση. 3. Να γίνει περιποίηση στοματικής κοιλότητας και να απομακρυνθούν τα εμέσματα. 4. Να τοποθετηθεί νεφροειδές και χαρτοβάμβακας κοντά στην ασθενή. 5. Να ενημερωθεί η λογοδοσία. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Για λίγη ώρα δεν χορηγήθηκε τίποτα από το στόμα. Στη συνέχεια χορηγήθηκε υγρά τροφή 2. Έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας με Hexalene και απομακρύνθηκαν αμέσως τα εμέσματα. 3. Τοποθετήθηκε νεφροειδές και χαρτοβάμβακας δίπλα στο κρεβάτι σε περίπτωση νέου εμετού. 4. Ενημερώθηκε η λογοδοσία. 	<p>Η ασθενής εξακολούθησε να νιώθει ναυτία γι' αυτό και χορηγήθηκε μετά από ιατρική εντολή με τοκλοπραμίδη (primperan sir, 10 cc X2). Μετά από λίγο η ναυτία υποχώρησε.</p>
<p>12. Διάρροια που οφείλεται στην ακτινοθεραπεία.</p>	<p>Η ασθενής να αποκτήσει ομαλή εντερική λειτουργία σε σύντομο χρονικό διάστημα.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να χορηγηθεί κατάλληλη τροφή. 2. Να χορηγηθούν αντιδιαρροϊκά φάρμακα με εντολή γιατρού. 3. Να ενημερωθεί η λογοδοσία. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορηγήθηκε ειδική διαίτα (τροφές χωρίς υπολείμματα). 2. Με εντολή γιατρού χορηγήθηκε Ercefytil sir. 5 cc. 3. Ενημερώθηκε η λογοδοσία. 	<p>Οι διάρροιες μετά από 1 ώρα σταμάτησαν και η ειδική διαίτα με την αντιδιαρροϊκή αγωγή, συνεχίστηκαν μέχρι και το επόμενο 24ωρο.</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΟΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
13. Ανορία.	Η ασθενής να αποκτήσει ομαλή διούρηση μέσα στο επόμενο 24ωρο.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Παρακολούθηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών. 2. Να γίνει μέτρηση της Κ.Φ.Π. και να χορηγηθούν υγρά αν κριθεί αναγκαίο σύμφωνα με ιατρική εντολή. 3. Να γίνει καθετηριασμός κύστεως για ωριαία μέτρηση των ούρων. 4. Ενημέρωση γιατρού αν δεν υπάρχουν ούρα περισσότερα από 1000 CC το 24ωρο. 5. Να ενημερωθεί η λογοδοσία. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Έγινε μέτρηση της Κ.Φ.Π. η οποία ήταν 3 cm H₂O. Μετά από ιατρική εντολή, εκτός από τους ορούς της νοσηλείας, χορηγήθηκε επιπλέον Hoes 6% 500 mlX3. 2. Έγινε καθετηριασμός κύστεως με καθετήρα Foller και παρακολούθηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών κάθε μία ώρα. 4. Τα ούρα δεν ξεπερνούσαν τα 800 cc το 24ωρο, για αυτό και ενημερώθηκε ο γιατρός. 5. Ενημερώθηκε η λογοδοσία. 	Οι παρεμβάσεις δεν επέφεραν αποτελέσματα και η διούρηση δεν αποκαταστάθηκε. Έγινε μέτρηση εκ νέου της Κ.Φ.Π. η οποία έφθασε 16 cm H ₂ O. Μετά από ιατρική εντολή έγινε διακοπή του Hoes 6% και χορηγήθηκε φουροσεμίδα (lasix 20 mgX1) IV. Επίσης, δόθηκε εντολή και για ωριαία μέτρηση των ούρων όπως και της Κ.Φ.Π. Η ούρηση αποκαταστάθηκε (1800 cc./24ωρο) και η ΚΦΠ ήταν 8 cm H ₂ O.

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>14. Έντονο άλγος στο περίνεο και στα έξω γεννητικά όργανα με αντανάκλαση στην οσφυϊκή χώρα που οφείλεται στο προχωρημένο στάδιο της νόσου.</p>	<p>Να ανακουφιστεί η ασθενής από το άλγος μέσα σε μισή ώρα.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να εξασφαλιστεί η ηρεμία και να δημιουργηθεί άνετο περιβάλλον. 2. Να απασχολείται την ώρα του έντονου πόνου με ευχάριστα θέματα. 3. Να χορηγηθούν αναλγητικά, μετά από ιατρική εντολή. 4. Να γίνει ενημέρωση λογοδοσίας. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Περιορίστηκαν οι θόρυβοι στο ελάχιστο και απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες. 2. Κατά την ώρα του πόνου, άκουγε ραδιόφωνο. 3. Μετά από ιατρική εντολή έγινε ενδοφλέβια χορήγηση Morphine 1 amp. 4. Ενημερώθηκε η λογοδοσία. 	<p>Το άλγος υποχώρησε μισή ώρα μετά τη χορήγηση της μορφίνης. Επειδή η ασθενής βρίσκεται στο τελικό στάδιο της νόσου δόθηκε εντολή να γίνεται χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων άμεσα.</p>
<p>15. Οιδήματα στα σκέλη που οφείλονται σε φλεβική απόφραξη.</p>	<p>Να ανακουφιστεί η ασθενής σε σύντομο χρονικό διάστημα από τα οίδημα.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να ανυψωθούν τα κάτω άκρα. 2. Να ελευθερωθούν από πιεστικούς παράγοντες και να γίνουν μαλάξεις. 3. Να μειωθεί η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και να χορηγηθούν διουρητικά, με παρακολούθηση του ισοζυγίου. 4. Να γίνει ενημέρωση της λογοδοσίας. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Τα άκρα τοποθετήθηκαν σε μαξιλάρια. 2. Αφαιρέθηκαν από τα πόδια οι κάλτσες και έγινε μασάζ για μισή ώρα. 3. Χορηγήθηκε φουροσεμίδη (Lasix 20 mg X1). 4. Στο τέλος της κάθε βάρδιας έγινε έλεγχος του ισοζυγίου. 5. Έγινε ενημέρωση της λογοδοσίας. 	<p>Αντιμετώπιση του άλγους με αναλγητικά φάρμακα.</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
16. Γενική κατά- πτωση, αδυναμία λόγω τελικού στα- δίου της νόσου (IVA)	Να βοηθήσει η ασθενής στην εκτέ- λεση των καθημε- ρινών της αναγκών, μέχρι το τέλος της ζωής της.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να γίνει προσοχή λουτρό επί κλίνης. 2. Να περιποιηθεί η στοματική της κοιλό-τητα καθημερινά. 3. Να εκτελείται τοπική καθαριότητα, μετά την αφόδευση. 4. Να γίνει κατάλληλη θρέψη. 5. Να τονωθεί ψυχο-λογικά. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Έγινε μπάνιο στο κρεβάτι με ζεστό νερό και μασάζ. 2. Κάθε πρωί γίνεται περιποίηση της στοματικής κοιλότητας με διαλύματα όπως Hexalen. 3. Τοποθετήθηκε σκωραμίδα στο κρεβάτι όταν ήθελε να αφο-δεύσει. Απομακρύνθηκε αμέσως και έγινε τοπική καθαριότητα. 4. Η διατροφή της είναι πλούσια σε βιταμίνες και πρωτεΐνες αλλά στη συνέχεια, λόγω της αδυ-ναμίας της τοποθετήθηκε ρινοαστρικός σωλήνας Levin και έγινε τεχνητή διατρο-φή με Impact 500 mlX2. 5. Η ασθενής ενημερώθηκε ότι δεν πρέπει να αισθάνεται ανίκανη και δυσάρεστα που το νοση-λευτικό προσωπικό ασχολείται με την ατομική της φροντίδα και ότι σε αυτή τη θέση που βρίσκεται μπορεί να βρεθεί κάθε άνθρωπος. 	<p>Η ασθενής διευ-κολύνθηκε όσον αφορά την εκτέ-λεση των αναγκών της αλλά συνέχιζε να νιώθει δυσά-ρεστα που εξαρ-τίονταν για τις πιο πολλές ενέργειες από το νοσηλευ-τικό προσωπικό.</p>

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>17. Αϋπνία που οφείλεται σε φόβο για επικείμενο θάνατο.</p>	<p>Η ασθενής να απαλλαχτεί από το φόβο σε σύντομο διάστημα.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να διατεθεί αρκετός χρόνος στην ασθενή για συζήτηση. 2. Να μειωθεί ο φωτισμός και οι θόρυβοι στο θάλαμο. 3. Να γίνει χλιαρό μπάνιο για χαλάρωση. 4. Να δοθεί στην ασθενή ζεστό ρόφημα. 5. Να εξασφαλιστούν παράγοντες που θα τις αποσπάσουν την προσοχή και θα την παραπέμψουν σε ευχάριστες στιγμές της ζωής της. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Διαθέσαμε αρκετό χρόνο στην ασθενή, η οποία κυρίως μας μίλησε για το μέλλον των παιδιών και του συζύγου της. Μας ζήτησε ότι επιθυμεί να τους έχει συνεχώς κοντά της κάτι που έγινε. 2. Της κάναμε χλιαρό μπάνιο στο κρεβάτι χωρίς να την εκθέσουμε και της δώσαμε να πει με καλαμάκι λίγο ζεστό γάλα. 3. Μας ζήτησε να της διαβάσουμε αποσπάσματα από την Καινή Διαθήκη και να της βάλουμε χαμηλή μουσική. 4. Χαμηλώσαμε το φωτισμό στο δωμάτιο και κλείσαμε την πόρτα και τα παράθυρα. 	

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου Ανάγκες προβλήματα διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>18. Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς και της οικογένειάς της στις τελευταίες στιγμές της ζωής της.</p>	<p>Να επέλθει γαλήνη και ηρεμία στην ασθενή, αλλά και στην οικογένειά της.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να τακτοποιήσει η ασθενής τυχόν εκκρεμότητες. 2. Να επικοινωνήσει με όλα τα αγαπημένα της πρόσωπα. 3. Να υλοποιηθούν οι τελευταίες της επιθυμίες. 4. Να ενημερωθεί το οικογενειακό της περιβάλλον για τον επερχόμενο θάνατο και για τον τρόπο που πρέπει να φερθούν στην ασθενή. 5. Να έλθουν σε επαφή με τον πνευματικό τους πατέρα, οποίος μπορεί να τους δώσει κουράγιο και δύναμη σε αυτή τη σκληρή δοκιμασία. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Επισκέφθηκε την ασθενή συμβολαιογράφος και τακτοποίησε τα περιουσιακά της στοιχεία. 2. Οικογένεια και φίλοι την επισκέφθηκαν, αφού πρώτα τους τονίσαμε ότι είναι πολύ σημαντικό να της δείξουν αγάπη και στοργή και όχι οίκτο. 3. Ζήτησε να φάει το αγαπημένο της φαγητό το οποίο το είχαν ετοιμάσει οι κόρες της και να ανοίξουμε το παράθυρο για να δει τον ήλιο. 4. Ζήτησε ιερέα για να εξομολογηθεί και ο οποίος βρισκόταν ήδη εκεί, γιατί τον είχε ενημερώσει ο σύζυγος. 	<p>Ο ιερέας έδωσε κουράγιο στις κόρες και το σύζυγο της και με τα λόγια του γαλήνεψε την ψυχή της ασθενούς και της έδωσε δύναμη για να δεχθεί την τελευταία δοκιμασία σε αυτόν τον κόσμο, τον θάνατο.</p> <p>Η ασθενής κατέληξε το βράδυ της ίδιας μέρας, στις 4-11-98, μετά από ένα μήνα περίπου ταλαιπωρία σωματική και ψυχική.</p>

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι τρίτος σε συχνότητα μετά τον καρκίνο του μαστού και του ενδομητρίου. Εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες με πολλαπλούς συντρόφους, με πρώτη κύηση σε μικρή ηλικία, με ιστορικό κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων. Τα συμπτώματα στο στάδιο 0 είναι λευκόρροια και μικρές αιματηρές εκκρίσεις, ενώ σε προχωρημένα στάδια εμφανίζεται αιμορραγία, δύσοσμες εκκρίσεις, άλγος στην κοιλία και την οσφύ και τελικά γενική εξασθένηση.

Με τη βοήθεια των διαγνωστικών εξετάσεων που οι κυριότερες είναι η κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου (εξέταση κυρίως προληπτική), η κολποσκόπηση, η βιοψία και η τραχηλοσκόπηση, δίνεται η δυνατότητα για έγκαιρη έναρξη της θεραπείας. Ανάλογα με το στάδιο, μπορεί να είναι ηλεκτροκαυτηρίαση, κρυοπηξία, laser κωνοειδής εκτομή, χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία (εξωτερική – ενδοκοιλιακή), χημειοθεραπεία, θεραπεία με πρωτεΐνη (ιντερφερόνη άλφα-2b) και ορμονική θεραπεία υποκαταστάσεως.

Η επιβίωση, μετά από πέντε χρόνια, εφόσον η θεραπεία αρχίσει στο στάδιο 0, είναι 100% και μειώνεται, όταν αρχίσει σε πιο προχωρημένο στάδιο. Σε συχνότητα 1:6.000 υπάρχει περίπτωση να εμφανιστεί τραχηλικός καρκίνος και κατά την εγκυμοσύνη. Η αντιμετώπιση σε αυτήν την περίπτωση καθορίζεται και από την επιθυμία της γυναίκας να τεκνοποιήσει και μπορεί να εφαρμοσθεί παρόμοια θεραπεία με αυτή που αναφέρθηκε πιο πάνω. Εκτός από την ιατρική παρέμβαση, σημαντικός είναι και ο ρόλος της νοσηλεύτριας-τη, κυρίως, όσον αφορά τον ψυχολογικό τομέα, γιατί τέτοιου είδους ασθενείς βιώνουν έντονα συναισθήματα φόβου και απομόνωσης. Συχνά γεννάται το ερώτημα, αν υπάρχει τρόπος πρόληψης της «κακιάς» αρρώστιας όπως πολλοί την αποκαλούν. Η απάντηση είναι θετική εφόσον ο γυναικείος πληθυσμός ενημερωθεί κατάλληλα από όλους τους φορείς πολιτειακούς και υγειονομικούς. Το πιο σημαντικό όμως από όλα είναι να κατανοήσει η γυναίκα τη σπουδαιότητα του κυτταρολογικού ελέγχου test pap γιατί μόνο τότε θα μπορέσει να προασπίσει την υγεία της και να συμβάλει στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Κλείνοντας το θέμα του καρκίνου της μήτρας πρέπει να διατυπωθούν ορισμένες συμπερασματικές παρατηρήσεις. Είναι κατανοητό ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, είναι θεραπεύσιμος αν διαγνωσθεί στα πρώτα στάδια.

Θα μπορούσαμε να πούμε ότι σαν προτάσεις – λύσεις, ώστε η θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας να γίνει πραγματικότητα, είναι οι ακόλουθες:

1. Εξασφάλιση διαγνωστικών κέντρων για τον καρκίνο. Το τεστ Παπανικολάου και οι υπόλοιπες διαγνωστικές μέθοδοι, πρέπει να γίνονται σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα και κέντρα υγείας της χώρας.
2. Εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και των άλλων μελών της υγειονομικής μονάδας και συνεχής ενημέρωσή τους στις νέες μεθόδους αντιμετώπισης και πρόληψης της νόσου, με σεμινάρια που πρέπει να προγραμματίζουν οι ανάλογοι φορείς υγείας.
3. Προληπτική ενημέρωση των γυναικών, μέσα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, καθώς και μέσα από τα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής. Η διαφώτιση του κοινού από τις νοσηλεύτριες πρέπει να είναι συνεχής και να χαρακτηρίζεται από σαφήνεια, δίνοντας όλα εκείνα τα στοιχεία που μας επιτρέπουν να ελπίζουμε σε νικηφόρο τέλος.

Άλλωστε στη νοσηλεύτρια – τη ανήκει και η φροντίδα της ασθενούς. Όχι μόνο στα τυπικά προσόντα της εργασίας της αλλά και η ψυχολογική φροντίδα και αποκατάσταση της ασθενούς. Και όλοι γνωρίζουμε, το πόσο ο ψυχολογικός παράγοντας επηρεάζει την φυσική κατάσταση και καμιά φορά η έκβαση μιας ασθένειας κρίνεται από την καλή ή όχι ψυχολογική υποστήριξη που παρέχεται στον ασθενή.

Ελπίζουμε ότι τα τελευταία επιτεύγματα της επιστήμης θα είναι σε θέση να επηρεάσουν τη διαγνωστική και θεραπευτική αντιμετώπιση της

νόσου, με αποτέλεσμα να υπόσχονται ένα καλύτερο αύριο στις καρκινοπαθείς όλου του κόσμου.

Γι' αυτό πρέπει να κάνουμε ό,τι περνά από το «χέρι» της επιστήμης και της νοσηλεύτριας καθώς και των ιδίων των γυναικών για να εξαλειφθεί η μορφή αυτή του καρκίνου και γενικά όλα τα είδη καρκίνου.

Ο ετήσιος γυναικολογικός έλεγχος σώζει ζωές γιατί διαγιγνώσκεται έγκαιρα το πρόβλημα και έτσι θεραπεύεται έγκαιρα.

Αυτό άλλωστε, το αποδεικνύουν και τα ποσοστά.

Δηλαδή ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και κάθε μορφή καρκίνου, είναι θεραπεύσιμος σε ποσοστό 100% αν διαγνωσθούν και θεραπευτούν έγκαιρα.

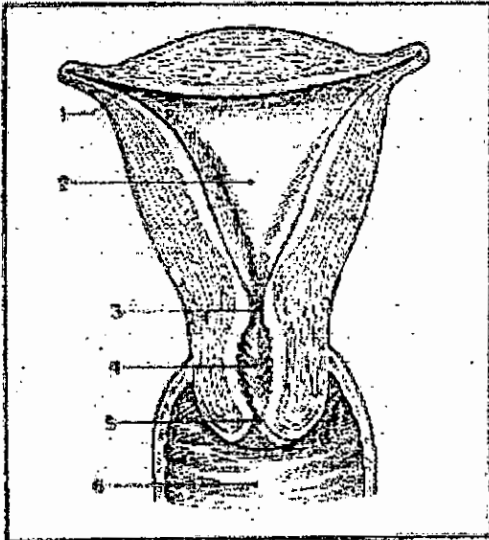
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γεωργακόπουλος ΑΠ., «Επιτομή Μαιευτικής Γυναικολογίας και Νοσηλευτικής», Έκδοση 7^η, Εκδόσεις: Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1993.
- Κασκαρέλης Β.Δ., «Μαιευτική και Γυναικολογία», Έκδοση Δ', Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1990.
- Κουρούνης Γ., Παθολογία Τραχήλου Μήτρας – Κολποσκόπηση», Έκδοση Β', Εκδόσεις Άτλας, Αθήνα 1991.
- Λώλης Εδ., «Γυναικολογία και Μαιευτική», Τόμος Α', Εκδόσεις Μ. Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1995.
- Μαλγαρινού Μ.Α. – Κωνσταντινίδου Σ.Φ., «Νοσηλευτική, Παθολογία, Χειρουργική», Τόμος Β', Μέρος 2^ο, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1997.
- Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχοογίας, Αθήνα 1999.
- Μπαρμπουνάκη – Κωνσταντάκου Ευαγγελία, «Χημειοθεραπεία», Έκδοση Β', Εκδόσεις Βήτα medical arts, Αθήνα 1989.
- Μπούτης Λ. – Παπαϊωάννου Α., «Κλινική Ογκολογία», Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας, Αθήνα 1981.
- Παπανικολάου Ν., «Γυναικολογική Γηριατρική», Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1993.
- Παπανικολάου Ν. Α., «Γυναικολογία», Έκδοση 3^η, Επιστημονικές Εκδόσεις Μ. Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1994.
- Παπανικολάου Ν. Α., «Γυναικολογική Φαρμακολογία», Επιστημονικές Εκδόσεις Μ. Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1995.
- Παπανικολάου Ν. Α., «Μαιευτική», Έκδοση 3^η, Επιστημονικές Εκδόσεις Μ. Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1994.
- Πισίδης Α. – Καρδάση – Πάνου Μ., «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», Έκδοση Β', Τόμος 1^{ος}, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1997.
- Σαχίνη Α. – Καρδάση – Πάνου Μ., «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», Έκδοση Β', Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1997.

- Τοκμακίδης Παναγιώτης, «Μαιευτική» University Studio Press, Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, Θεσσαλονίκη 2000. Garrey, Govan, Hodge, Callander, "Γυναικολογία Εικονογραφημένη», Μετάφραση Επιμέλεια Σαρρής Γ., Ανδρικόπουλος Π., Έκδοση Β΄, Εκδότης: Γιαννακόπουλος Δ., Αθήνα.
- Malin Dollinger, MD, Ernest Rosenbaum, MD, και Grey Cable, «Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ», Μετάφραση: Μάθας Χ. Λαμπρόπουλος Σ., Λαδάς Γ., Αναγνωστοπούλου Β, Επιμέλεια: Μάθα Χ., Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα 1992.
- Trevor Weston, MD, MRCGP, «ΑΤΛΑΣ ΑΝΑΤΟΜΙΑ», Εκδόσεις Κισσός, 1992.
- Women Cancer Network
www.WCN.ORG.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Μήτρα

- 1. Σελιγγικό στόμιο, 2. Κολόμητα σέματος, 3. Εσωτερικό τραχηλικό στόμιο, 4. Τραχηλικός αυλός, 5. Εξωτερικό τραχηλικό στόμιο, 6. Κόλπος.



Άλλα όργανα

- 1. Εσθλαίο, 2. Πύελος αμφοτέρων, 3. Μήτρας, 4. Κολός της μήτρας, 5. Τράχηλος, 6. Ουτήρα, 7. Μυελόσπινθη, 8. Περικάρυα μείζονα, 9. Αδενία του κλιν, 10. Σπέρματιος βύθρος, 11. Ουρήνες, 12. Αρθρώση.

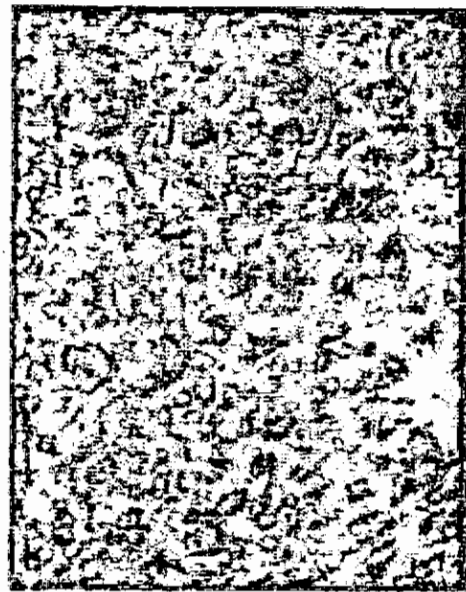
Μέτριου Βαθμού δυσπλασία (CIN 2)



Ελαφρού βαθμού δυσπλασία



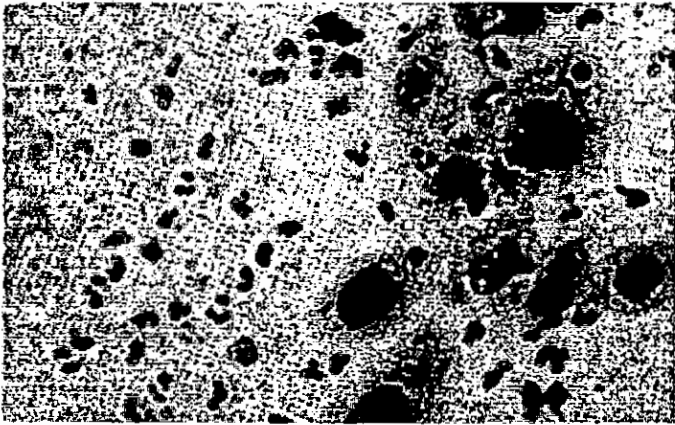
Βαρεία δυσπλασία (CIN 3)



Ενδοεπιθηλιακό (IN SITU)



CIN I (Pap test)



CIN II (Pap test)

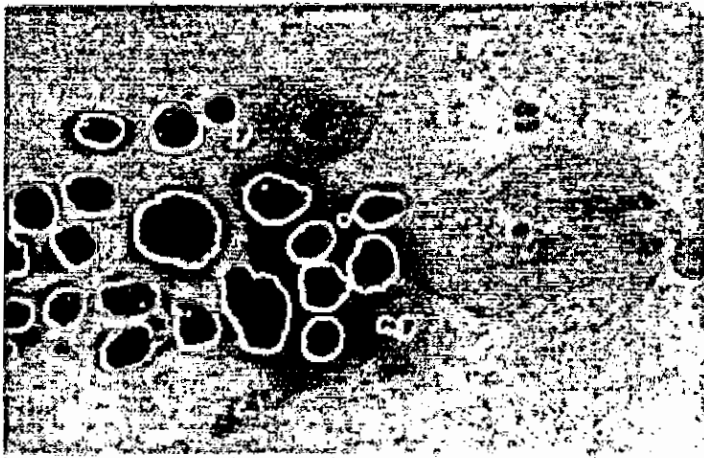


Φυσιολογικό πλακώδες επιθήλιο (Pap test)

Φυσιολογικά κύτταρα ενδοτραχήλιου αδενικού (Pap test)

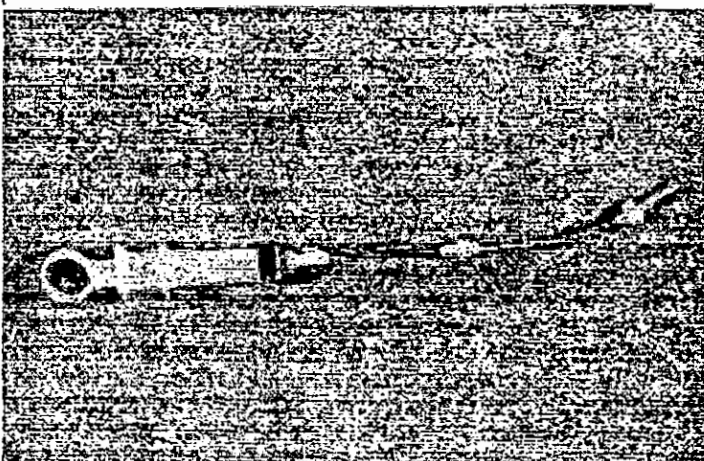
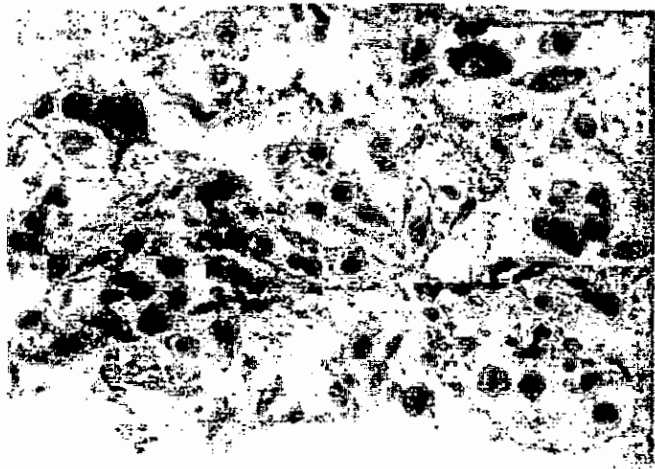


Διηθητικό καρκίνωμα στο πρόσθιο χείλος.

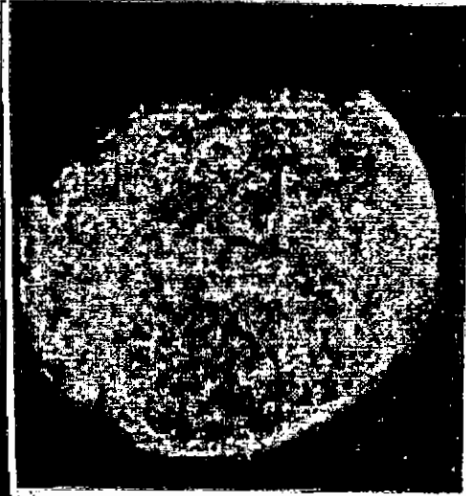


CIN III (Pap test)

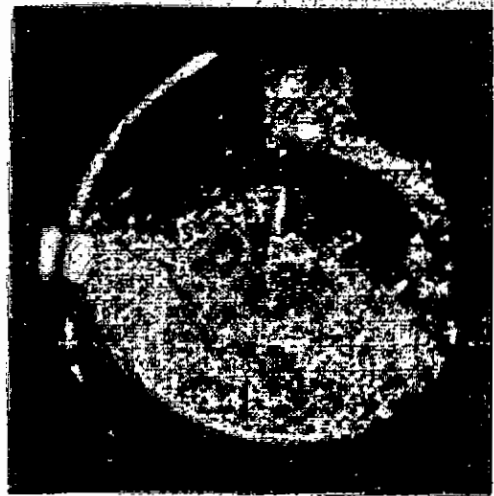
Θετικό για κακοήσιο πλακώ-
δους κύτταρα (Pap test)



Ενδομητρίσιος δειγματολή-
πτης ISAACS



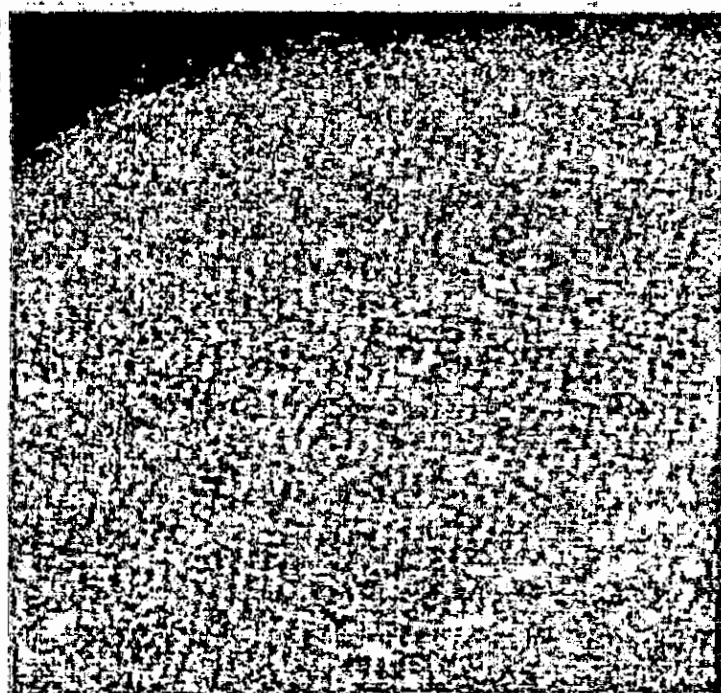
Τράχηλος σε φάση επόκλησης 7 ημέρες μετά από εβδόμητη με Laser CO₂.



Τράχηλος σε φάση επόκλησης 10 ημέρες μετά από εβδόμητη με Laser CO₂.



Εικόνας κατά της επόκλησης 1 χρόνο μετά από επινωειδή εκτομή του τραχήλου με Laser CO₂.



Καρκίνωμα *in situ* και κύηση.

