

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Καρκίνος Προστάτη»



Εισηγήτρια:

Φιδάνη Κατερίνη

Σπουδάστρια:

Παπαγεωργίου Κατερίνα

ΠΑΤΡΑ 2002

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

1. Ανατομικά στοιχεία του προστάτη
2. Αγγείωση και νεύρωση του προστάτη
3. Στοιχεία Φυσιολογίας του προστάτη
4. Επιδημιολογία του καρκίνου του προστάτη

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

1. Παθογένεια
2. Προδιαθεσικοί παράγοντες
3. Κλινικές εκδηλώσεις
4. Μορφές προστατικού καρκίνου
 - 4.1 Λανθάνων καρκίνος
 - 4.2 Τυχαίος καρκίνος
 - 4.3 Κρυφός καρκίνος
 - 4.4 Κλινικός καρκίνος
- 5.1 Στάδια και ταξινόμηση των όγκων
- 5.2 T.N.M. Σύστημα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'

1. Διάγνωση
 - 1.1 Καρκινικοί δείκτες
 - 1.1.1 Προστατική Όξινη Φωσφατάση
 - 1.1.2 Ειδικό Προστατικό Αντιγόνο
 - 1.2 Κλινική εξέταση
 - 1.3 Εργαστηριακές εξετάσεις
 - 1.4 Απεικονιστικές Μέθοδοι
 - 1.5 Βιοψία του προστάτη
2. Διαφορική Διάγνωση
3. Πρόγνωση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

Θεραπεία

1. Χειρουργική
 - 1.1 Επιπλοκές
 - 1.1.1 Επιπλοκές κατά τη διάρκεια της επέμβασης
 - 1.1.2 Ενωρίς μετεγχειρητικές επιπλοκές
 - 1.1.3 Απώτερες μετεγχειρητικές επιπλοκές

2. Ακτινοβολία
3. Ορμονοθεραπεία
4. Χημειοθεραπεία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'

1. Ρόλος νοσηλεύτριας στην ακτινοθεραπεία
 - 1.1 Ακτινοθεραπεία
 - 1.2 Μέτρα προστασίας
 - 1.3 Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία
2. Ρόλος νοσηλεύτριας στη χημειοθεραπεία
 - 2.1 Χημειοθεραπεία
 - 2.2 Μέτρα προστασίας
 - 2.3 Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία
3. Ψυχολογική υποστήριξη του καρκινοπαθούς
 - 3.1 Άτομο-Καρκινοπαθής
 - 3.2 Φάσεις
 - 3.3 Πρέπει ο καρκινοπαθής να γνωρίζει;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ'

1. Προεγχειρητική φροντίδα
 - 1.1 Γενική προετοιμασία
 - 1.2 Τοπική προετοιμασία
 - 1.3 Τελική προετοιμασία
2. Μετεγχειρητική φροντίδα
3. Μετεγχειρητικές Δυσχέρειες
 - 3.1 Πόνος
 - 3.2 Εμετός
 - 3.3 Ανησυχία και δυσφορία
 - 3.4 Δίψα
 - 3.5 Διάταση εντέρου
 - 3.6 Δυσκοιλιότητα
4. Μετεγχειρητικές Επιπλοκές
 - 4.1 Αιματουρία
 - 4.2 Θρομβοφλεβίτιδα και φλεγμονή του δέρματος
 - 4.3 Υπερηβικό συρίγγιο
 - 4.4 Λοίμωξη

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ'

1. Πρόληψη

1.1 Πρωτογενής Πρόληψη

1.2 Δευτερογενής Πρόληψη

2. Αποκατάσταση

3. Συμπεράσματα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Η'

Εξατομικευμένη Νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

1.1 Περιγραφή ασθενούς με καρκίνο του προστάτη

1.2 Περιγραφή ασθενούς με καρκίνο του προστάτη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του προστάτη είναι μια νόσος που μαστίζει τον ανδρικό πληθυσμό. Η παρούσα εργασία θα ασχοληθεί με την πιο πολυσύχναστη ιστοπαθολογική μορφή του προστάτη, το αδενωκαρκίνωμα, που προέρχεται από τα επιθηλιακά κύτταρα στο 95% των περιπτώσεων. Το 75% των αδενωκαρκινωμάτων αυτών προέρχεται από την περιφερική ζώνη του προστάτη, το 15-20% από την κεντρική και μόνο το 10-15% από τη μεταβατική ζώνη.

Υπάρχουν κι άλλα είδη καρκίνου του προστάτη, σπάνια βέβαια, όπως το σάρκωμα, τα ραβδομυοσαρκώματα, που παρατηρούνται στα παιδιά και εφήβους, το λειοσάρκωμα, το μελάνωμα του προστάτη κ.α. Στην παρούσα εργασία θα αναφερθούν ορισμένα στοιχεία για τον καρκίνο του προστάτη, αλλά κυρίως θα επιστήσω την προσοχή στο ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον άρρωστο-καρκινοπαθή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

1. ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ο προστάτης είναι ένα μικρών διαστάσεων συμπαγές όργανο, σε σχήμα κώνου βάρους 20gr. περίπου και διαστάσεων 4 επί 3 επί 2cm. που παράγει ένα λεπτόρρευστο, αδιαφανές, αλκαλικό έκκριμα. Ο φυσιολογικός προστάτης ποικίλλει σε χρώμα από γκρι μέχρι κόκκινο ανάλογα με τη δραστηριότητα του. Είναι ένα αδενοινομυώδες όργανο του άνδρα και ανήκει στα έσω γεννητικά του όργανα. Βρίσκεται πίσω από την ηβική σύμφυση, κάτω από την ουροδόχο κύστη μπροστά από το ορθό και περιβάλλει την ανδρική ουρήθρα. Στηρίζεται μπροστά από τους ηβοπροστατικούς συνδέσμους και κάτω από το ουρογεννητικό διάφραγμα. Η οπίσθια μοίρα του προστάτη διελαύνεται από τους εκσπερματικούς πόρους που εκβάλλουν διαμέσου του σπερματικού λοφίου, στην οπίσθια ουρήθρα ακριβώς κεντρικότερα της περιοχής του έξω γραμμωτού ουρηθρικού σφιγκτήρα.

Ο προστάτης σύμφωνα με την ταξινόμηση του Lowsley διακρίνεται σε 5 λοβούς, στον πρόσθιο, οπίσθιο, μέσο, και τους δυο πλάγιους. Ο McNeal και οι συνεργάτες του, διαχώρισαν τον προστάτη σε 4 ζώνες.

-Την περιφερική, στην οποία αναπτύσσεται το 70-80% των προστατικών καρκίνων.

-Την μεταβατική, εκ της οποίας προέρχονται οι πλάγιοι λοβοί των αδενωμάτων και μόνο το 10-20% των καρκίνων.

-Την κεντρική του αδένος γύρω από τους εκσπερματικούς πόρους, στην οποία αναπτύσσεται ο μέσος λοβός των αδενωμάτων αλλά σχεδόν ποτέ καρκινώματα.

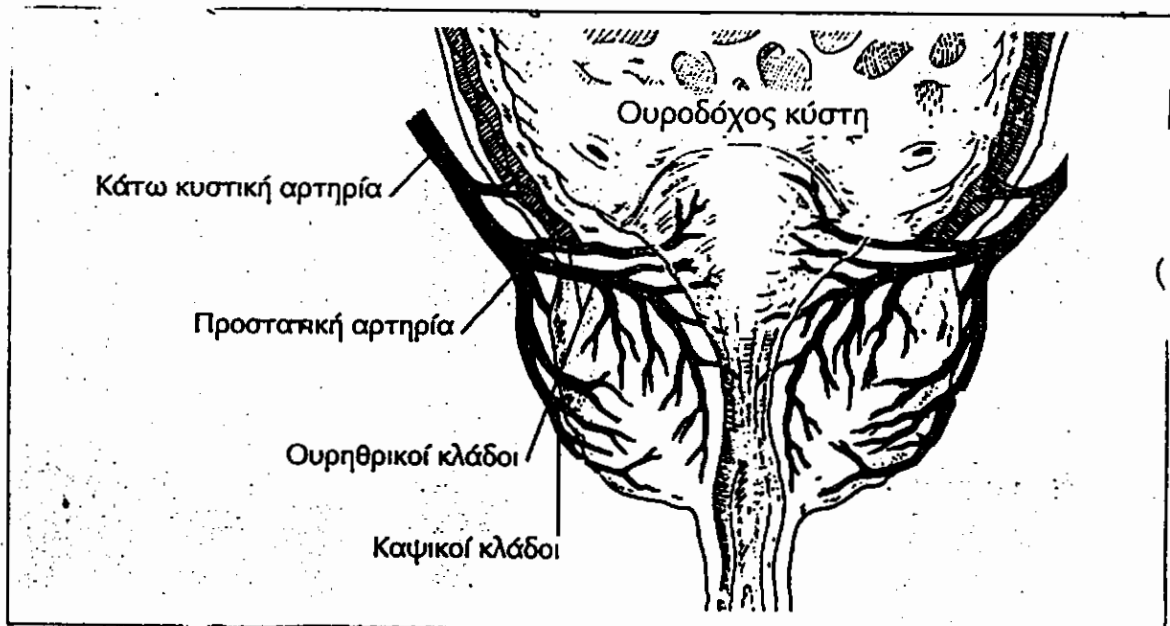
-Την προστατική ουρήθρα.

Ο προστάτης περιβάλλεται από την κάψα του, η οποία σχηματίζεται από την ενδοπυελική και ευθυπροστατική περιτονία.

Περιγραφικά ο προστάτης εμφανίζει βάση, κορυφή και τέσσερις επιφάνειες, την πρόσθια, την οπίσθια και τις δυο πλάγιες. Η πρόσθια επιφάνεια έρχεται σε σχέση με την ηβική σύμφυση, από την οποία χωρίζεται, με το φλεβικό πλέγμα του Santorini. Η οπίσθια επιφάνεια έρχεται σε σχέση με το απευθυσμένο, από το οποίο χωρίζεται με την ευθυπροστική περιτονία ή περιτονία του Denonvillier, η οποία εκτείνεται προς τα κάτω μέχρι το ουρογεννητικό διάφραγμα. Πλάγια ο προστάτης έρχεται σε σχέση με τον ανελκτήρα μυ του πρωκτού. Η βάση του προστάτη συνεχίζεται ανατομικά με τον αυχένα της ουροδόχου κύστης και έρχεται σε σχέση κατά τα δύο πρόσθια τριτημόρια, με τις σπερματικές ληκύθους και τις σπερματοδόχους κυστείς. Η κορυφή του προστάτη, που βλέπει προς τα κάτω, συνάπτεται με το περίνεο αντίστοιχα προς το ουρογεννητικό τρίγωνο.

2. ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΚΑΙ ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Η αιμάτωση του προστάτη προέρχεται από τις κάτω κυστικές και μέσες αιμορροϊδικές αρτηρίες, ενώ η νεύρωση του προέρχεται από τα συμπαθητικά και παρασυμπαθητικά νευρικά πλέγματα. Οι φλέβες του προστάτη σχηματίζουν κατά την έξοδο τους το περιπροστατικό πλέγμα που συνδέεται με την εν τω βαθύ ραχιαία φλέβα του πέους και τις έσω λαγόνιες φλέβες!



Αρτηριακή αγγείωση προστάτου.

3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Ορμονική ρύθμιση του προστάτη.

Ο προστάτης είναι ένας αδένας με μεικτή ενδοκρινική λειτουργία. Η λειτουργία του βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο του άξονα του υποθαλαμικού υπόφυσης, όπως σε κάθε αδένα.

Εξωκρινής λειτουργία :

Περιλαμβάνει την παραγωγή του προστατικού υγρού. Αυτό παράγεται από τα αδενικά κύτταρα του προστάτη και κατά την εκπερμάτιση αναμιγνύεται με το σπέρμα και αποτελεί το 12-20% του συνολικού όγκου.

Σύνθεση προστατικού υγρού :

Περιέχει :

πρωτεΐνες, νάτριο, ασβέστιο, κιτρικά, λιπίδια, κάλιο, χοληστερόλη κ.α.

Ενδοκρινής λειτουργία :

Περιλαμβάνει την παραγωγή πρωτεΐνων, που διοχετεύονται στην κυκλοφορία του αίματος και δρουν σε άλλα όργανα επηρεάζοντας τη λειτουργία τους. Τέτοιες ορμόνες θεωρούνται το Ρ.Σ.Α. και η προστατική όξινη φωσφατάση².

4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Η συχνότητα της νόσου διαφέρει σημαντικά από κράτος σε κράτος, από φυλή σε φυλή, αλλά και ανάμεσα σε διαφορετικές κοινωνικο-οικονομικές ομάδες που κατοικούν στον ίδιο γεωγραφικό χώρο και είναι της ίδιας φυλής. Σύμφωνα με μελέτες σε ευρωπαϊκά κράτη, ο καρκίνος του προστάτη αποτελεί το 21% των όγκων στους καρκινοπαθείς άνδρες και είναι ο δεύτερος κατά σειρά συχνότητας καρκίνος.

Έχει υπολογισθεί ότι στις ΗΠΑ διαγιγνώσκονται 103.000 νέα περιστατικά καρκίνου του προστάτη κάθε χρόνο. Στην πραγματικότητα, τα παραπάνω ποσοστά είναι κατά πολύ μεγαλύτερα, διότι υπάρχουν πολλά περιστατικά «λανθάνοντος» καρκίνου, τα οποία ίσως διαγνωσθούν μόνο κατά τη

νεκροψία. Σε καρκινοπαθείς άνδρες ηλικίας μεγαλύτερης των 55ετών αποτελεί την τρίτη κατά σειρά συχνότητας αιτία θανάτου, μετά από τον καρκίνο του πνεύμονα και του ορθού. Στις ΗΠΑ οι θάνατοι από καρκίνο προστάτη αντιστοιχούν σε 22,7 θανάτους ανά 100.000 άνδρες, αίνο αντίθετα στην Ιαπωνία το αντίστοιχο ποσοστό είναι μόνο 5 θάνατοι ανά 100.000 άνδρες. Υψηλή θεωρείται η συχνότητα του καρκίνου του προστάτη στα κράτη της Δυτικής Ευρώπης και Βορείου Αμερικής, ενώ χαμηλή είναι στα κράτη της Άπω ανατολής και στους Εβραίους. Οι Μαύροι της Αμερικής έχουν 50%μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης της νόσου από ότι οι Λευκοί. Επίσης το αντίστοιχο ποσοστό διαφέρει μεταξύ των Μαύρων της Αμερικής και των Μαύρων της Αφρικής. Εκτός όμως της φυλής, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες «κλίμα, διατροφή, οικονομική κατάσταση επάγγελμα]που συντελούν στην ανάπτυξη και εκδήλωση του καρκίνου του προστάτη. Στην Ελλάδα η θνητότητα ανέρχεται στο 12/100.000³.

Ο καρκίνος του προστάτη είναι σπάνιος σε άτομα ηλικίας κάτω των 50 ετών, η δε συχνότητά του αυξάνει με την ηλικία, με τη μεγαλύτερή της τιμή να παρατηρείται στη δεκαετία των ογδόντα Αυτό μαζί με το γεγονός της παγκόσμιας αύξησης ηλικιωμένων, δείχνει ότι ο αριθμός των θανάτων από καρκίνο του προστάτη θα αυξηθεί σημαντικά τα επόμενα χρόνια.

Η συχνότητα ανεύρεσης καρκίνου σε νεκροτομικές μελέτες διαφέρει από μελέτη σε μελέτη. Μελέτες σε άνδρες 50 ετών αναφέρουν ποσοστά που κυμαίνονται απο 12-67% στην ηλικία των 70-79,το ποσοστό είναι 30%,ενω άνω των 80-89 ετών αυξάνει στο 67%⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

1. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η παθογένεια του καρκίνου του προστάτη είναι κατά το πλείστον αδιευκρίνιστη, κυρίως εάν η καρκινογένεση διαδραματίζεται σε πολλαπλές φάσεις (ετερογενής σχηματισμός όγκου) ή σε μια μεμονωμένη φάση από ένα καρκινικό κύτταρο σχηματιζόμενος ομοιογενής πληθυσμός.

Σίγουρο είναι ότι η νεοπλασματική νόσος βασίζεται στη λειτουργική και μορφολογική εξάρτηση του προστάτη από τα ανδρογόνα. Αλλά μόνο στο 80% υπάρχει μια πρωτοπαθής ορμονοεξάρτησης της ανάπτυξης του όγκου. Μια υποτροπή δεν μπορεί να επηρεασθεί από επιπλέον ορμονοθεραπεία. Ο ασθενής πεθαίνει τελικά από έναν ορμονοανθεκτικό όγκο.

Ο καρκίνος του προστάτη παρουσιάζει πάντα διαφορετική βιολογική συμπεριφορά. Η εξήγηση αυτού του φαινομένου θα είχε σίγουρα μεγάλη κλινική σημασία. Προς το παρόν συζητούνται δύο θεωρητικά μοντέλα εξέλιξης του προστατικού καρκινώματος. Στο πρώτο, το μοντέλο της προσαρμογής, ο όγκος αποτελείται από ορμονοευαίσθητους ομοιογενείς κυτταρικούς κλώνους, μερικοί των οποίων μετά την πρωτοπαθή αφαίρεση των ανδρογόνων προσαρμόζονται στο φτωχό σε ανδρογόνα περιβάλλον. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να αποκλησθούν όχι μόνο γονάδες αλλά και τα επινεφρίδια. Το εκλεκτικό μοντέλο υποστηρίζει ότι βρίσκεται πάντα ένας πρωτοπαθής ετερογενής όγκος, ο οποίος αποτελείται από ορμονοεξαρτώμενους και μη ορμονοεξαρτώμενους κυτταρικούς κλώνους. Για τη θεραπεία αυτών των όγκων θα πρέπει, εκτός από την απομάκρυνση των ανδρογόνων, να αντιμετωπισθούν και τα μη ανδρογονοεξαρτώμενα κύτταρα. Σύμφωνα με αυτή τη θεραπεία, κλινική συνέπεια θα ήταν για τον προχωρημένο καρκίνο του προστάτη ο πρωτοπαθής συνδιασμός της ορμονοχημειοθεραπείας.

Ενας σημαντικός μηχανισμός για την ανάπτυξη μιας ετερογένειας όγκου στην περίπτωση του καρκίνου του προστάτη είναι η γενετική αστάθεια. Αυτό εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εξέλιξης του όγκου, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη νεοπλασματικών κυττάρων με διαφορετικό φαινότυπο⁵.

2. ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Η αιτιολογία του παραμένει άγνωστη, Έτσι, υπεύθυνοι είναι διάφοροι παράγοντες, όπως:

-Οι ορμόνες. Υπάρχουν πολλές ενδείξεις για την επίδραση των ορμονών στην ανάπτυξη του καρκίνου του προστάτη. Ως κύριοι υπεύθυνοι θεωρούνται τα ανδρογόνα. Είναι κοινή παρατήρηση ότι δεν αναπτύσσεται στους ενούχους. Τα καρκινικά κύτταρα είναι ορμονοεξαρτώμενα στην πλειονότητα τους και αναπτύσσονται γρήγορα με την επίδραση ανδρογόνων.

-Τα οιστρογόνα επίσης παίζουν κάποιο ρόλο. Υψηλές τιμές οιστρογόνων θεωρείται ότι αναστέλλουν την ανάπτυξη της νόσου. Η παραπάνω παρατήρηση έχει γίνει σε κίρρωτικούς ασθενείς που ως γνωστόν έχουν αυξημένα ποσοστά οιστρογόνων, ενώ παρουσιάζουν καρκίνο σε συχνότητα ίση με το 1/3 από ότι οι μη κίρρωτικοί.

-Η κληρονομική προδιάθεση. Άνδρες που έχουν πατέρα ή αδερφό που ανέπτυξε καρκίνο προστάτη έχει βρεθεί ότι έχουν 2-3 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο. Αν υπάρχουν 2 ή περισσότεροι συγγενείς που εμφανίζουν το νόσο, τότε υπάρχουν 5 πλάσιες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο.

-Η κοινωνικο-οικονομική και γεωγραφική θέση, το θρήσκευμα, η εθνικότητα και οι διαιτητικές συνήθειες, [τροφές πλούσιες σε λίπος ίσως παίζουν κάποιο ρόλο.] Οι σημαντικές διαφορές στη συχνότητα ανάπτυξης του καρκίνου μεταξύ διαφόρων κρατών και φυλών αλλά και διαφορετικών κοινωνικών ομάδων της ίδιας χώρας αποτελούν σοβαρές ενδείξεις ότι συμβάλλουν στην ανάπτυξη της νόσου. Απομένει οι συνεχείς μελέτες να προσδιορίσουν το ρόλο τους επακριβώς τόσο στη δημιουργία, αλλά κυρίως στην ανάπτυξη και εμφάνιση της νόσου.

-Φλεγμονώδη νοσήματα, ιογενούς και μικροβιακής αιτιολογίας, όπως είναι η γονόρροια και ο έρπης των γεννητικών οργάνων, φαίνεται ότι συντελούν στην ανάπτυξη της νόσου. Παρόλα αυτά, τα αποτελέσματα των μελετών για τον ακριβή ρόλο των νοσημάτων αυτών στην ανάπτυξη της νόσου είναι αντιφατικά².

3. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Το καρκίνωμα του προστάτη είναι δυνατόν να εκδηλωθεί με ορισμένα συμπτώματα μπορεί όμως να μην εμφανίσει εκδηλώσεις. Τα συνήθη συμπτώματα είναι τα εξής:

-Στην πλειονότητα των περιπτώσεων με τα κλασικά συμπτώματα του προστατισμού, όπως *η δυσουρία και η συχνουρία*. Σε λίγες περιπτώσεις η οξεία επίσχεση των ούρων είναι μια από τις πρώτες εκδηλώσεις. Χαρακτηριστικό γνώρισμα είναι το βραχύ ιστορικό και η γρήγορη εξέλιξη.

-Σε ένα μικρό ποσοστό ασθενών εμφανίζεται *αιματοουρία*,

-Σε σημαντικό ποσοστό ασθενών οι πρώτες εκδηλώσεις μπορεί να προέρχονται από την *τοπική επέκταση της νόσου ή από τις μεταστάσεις της*.

-Ετσι, η τοπική επέκταση του καρκινώματος μπορεί να προκαλέσει *πόνο στην κύστη και το περίνεο*. Η διήθηση των ηβοκοκκυγικών συνδέσμων μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση δυσκοιλιότητας. Η διήθηση της ελάσσοнос πυέλου μπορεί να προκαλέσει λεμφική και φλεβική στάση, με συνέπεια τα οιδήματα και η οπισθοκυστική διήθηση των ουρητήρων να προκαλέσει απόφραξη των ανώτερων ουροφόρων οδών.

-Οι μεταστάσεις σε άλλα όργανα προκαλούν ποικιλία συμπτωμάτων. Πόνοι στην οσφυ και τα άκρα είναι οι πιο συνιθισμένες εκδηλώσεις των οστικών μεταστάσεων. Παρόλο αυτά μπορεί να είναι ασυμπτωματικές οι οστικές μεταστάσεις έως ότου προκαλέσουν παραπληγία ή παθολογικά κατάγματα.

-Η διήθηση του μυελού των οστών εκδηλώνεται με *αναιμία*.

-Ακόμη, μπορεί να εμφανιστούν ασυνήθιστες *νευρολογικές εκδηλώσεις* από καρκινωματούδη διήθηση.

-Τέλος, η *απώλεια βάρους* αποτελεί ένα ακόμη σύμπτωμα³.

4. ΜΟΡΦΕΣ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

4.1 ΛΑΝΘΑΝΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Είναι ο καρκίνος εκείνος που ανακαλύπτεται από τον παθολογοανατόμο σε νεκροτομική μελέτη, σε ασθενή που δεν είχε συμπτώματα από τον προστάτη κατά τη διάρκεια της ζωής του.

4.2 ΤΥΧΑΙΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Στο 6-20% των περιπτώσεων όπου γίνεται προστατεκτομή για την αντιμετώπιση της καλοήθους υπερτροφίας, ανευρίσκεται τυχαία στην παθολογοανατομική εξέταση καρκίνος. Αυτή η κατηγορία των αρρώστων ανήκει εξορισμού στο στάδιο T1 ή A.O καρκίνος σε αυτές τις περιπτώσεις βρίσκεται περιουρηθρικά και συνήθως είναι καλά διαφοροποιημένος

4.3 ΚΡΥΦΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Σε αυτή την κατηγορία ανήκει ο καρκίνος εκείνος ,που προκαλεί μεταστάσεις στα οστά ή στους λεμφαδένες ή έχει προκαλέσει την αύξηση της τιμής του ειδικού προστατικού αντιγόνου στο αίμα, χωρίς όμως ο ασθενής να έχει την υποψία ότι πάσχει από τη νόσο αυτή, μια και δεν δείξει συμπτώματα από τον προστάτη του, ή δεν έχει δώσει σημασία σε αυτά.

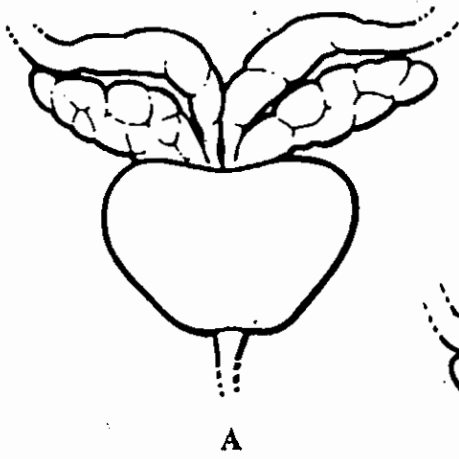
4.4 ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Είναι ο καρκίνος εκείνος ,ο οποίος ανακαλύπτεται από τον ουρολόγο, συνήθως με τη δακτυλική εξέταση, σε ασθενείς που προσέρχονται αιτιώμενοι κάποιο σύμπτωμα από τον προστάτη.

5.1 ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ

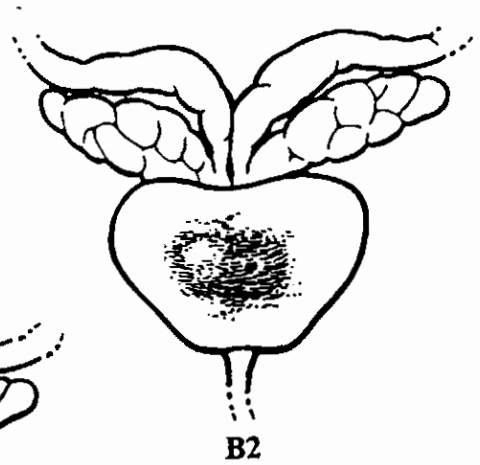
Η σταδιοποίηση των νεοπλασματικών νοσημάτων είναι αναγκαία για την κατάταξη των ασθενών σε θεραπευτικές ομάδες, ώστε να τίθενται σωστά οι ενδείξεις για την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση, την εκτίμηση της πρόγνωσης ανάλογα με το στάδιο και τη σύγκριση των στοιχείων των ασθενών. Στον καρκίνο του προστάτη χρησιμοποιούνται ευρέως δύο συστήματα σταδιοποίησης. Σήμερα στην Ευρώπη χρησιμοποιείται κυρίως το σύστημα T.N.M.Στις Η.Π.Α. χρησιμοποιείται το σύστημα κατά Whitmore & Jewett⁶. Η επικρατέστερη ταξινόμηση των σταδίων εξέλιξης είναι του Jewett και είναι η ακόλουθη:

- Στάδιο A1 : Ορισμένα μόνο τεμάχια αδενώματος περιέχουν καρκινικά κύτταρα. Η όξινη φωσφατάση είναι φυσιολογική.
- Στάδιο A2: Μεγαλύτερες εστίες καρκινικής διηθήσεως, φυσιολογική όξινη φωσφατάση.
- Στάδιο B1: Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από το οξύδιο του Jewett που είναι 1 cm. σε μέγεθος και περιορίζεται σ' ένα λοβό.
- Στάδιο B2: Χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερη επινέμηση αλλά η οζώδης σκλήρυνση παραμένει εντός των ορίων ενός λοβού.
- Στάδιο C : Η σκλήρυνση επεκτείνεται σε μεγάλο μέρος του λοβού ή και στον άλλο λοβό αλλά δεν υπάρχει διάτρηση της κάψας του προστάτη. Συνήθως η όξινη φωσφατάση είναι φυσιολογική.
- Στάδιο D : Υπάρχει διάτρηση της κάψας και επεκταση του καρκίνου σε παρακείμενα όργανα. Η όξινη φωσφατάση είναι αυξημένη και υπάρχουν έκδηλες μεταστικές εστίες στους λεμφαδένες, στα οστά ή σε άλλα όργανα⁷.



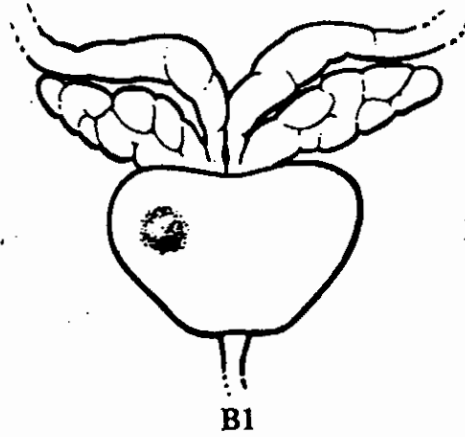
A

Ο αδένας ψηλαφάται
φυσιολογικός
Κρυμμένος καρκίνος



B2

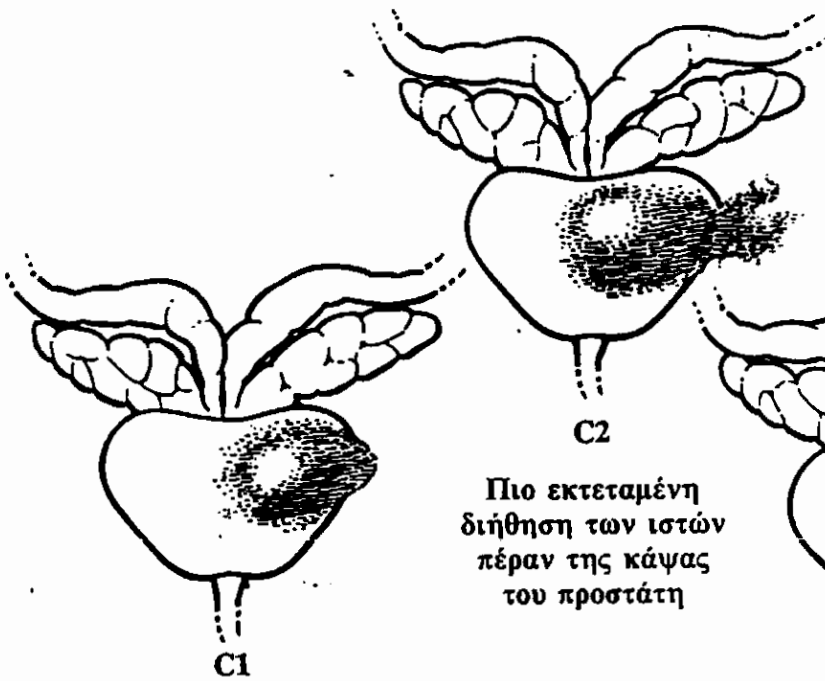
Μεγαλύτερος από 2 cm
Επεκτείνεται και στους δύο
λοβούς του προστάτη



B1

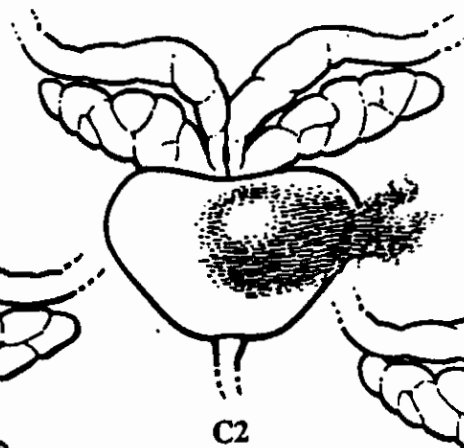
Μικρότερος από 1,5 cm
Περιορίζεται σ' έναν λοβό

Στάδια του καρκίνου του προστάτη.



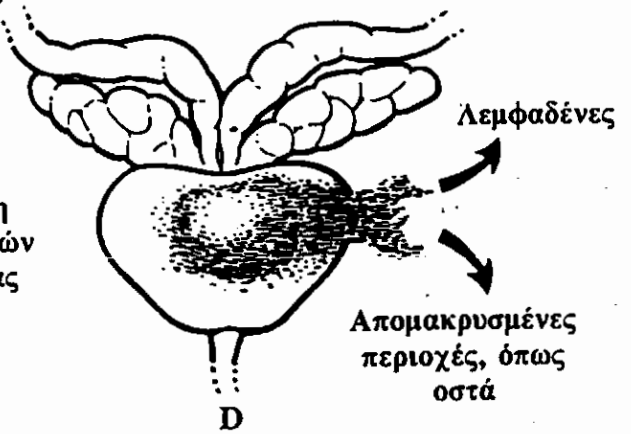
C1

Διήθηση ιστών
ακριβώς έξω από την
κάψα του προστάτη



C2

Πιο εκτεταμένη
διήθηση των ιστών
πέραν της κάψας
του προστάτη



D

Λεμφαδένες
Απομακρυσμένες
περιοχές, όπως
οστά

Στάδια του καρκίνου του προστάτη.

5.2 T.N.M.-ΣΥΣΤΗΜΑ

-[T] Τοπική νόσος

-T0 Δεν υπάρχει όγκος

-T1: Όγκος που δεν ψηλαφάται με τη δακτυλική εξέταση και δεν φαίνεται με τους υπέρηχους.

T1a: Τυχαία ανακάλυψη του όγκου, καταλαμβάνουσα 5% του ιστού που εξαιρέθηκε χειρουργικά.

T1b: Τυχαία ανακάλυξη του όγκου, καταλαμβάνουσα 5% του ιστού που εξαιρέθηκε χειρουργικά.

T1c: Διάγνωση έγινε μετά από βιοψία με βελόνα, λόγω υψηλής τιμής του P.Σ.Α.

-T2: Ο όγκος περιορίζεται μέσα στον προστάτη.

T2a: Ο όγκος καταλαμβάνει το μισό ή λιγότερο από τον ένα λοβό

T2b: Ο όγκος καταλαμβάνει πάνω από το μισό λοβό, αλλά όχι και τους δύο.

T2c: Ο όγκος καταλαμβάνει και τους δύο λοβούς.

-T3: Όγκος επεκτείνεται έξω από την κάψα του προστάτη.

T3a: Ο όγκος επεκτείνεται έξω από την κάψα του προστάτη από τη μια πλευρά.

T3b: Αμφοτερόπλευρη επέκταση έξω από την κάψα.

T3c: Όγκος διηθεί τις σπερματοδόχους κύστεις.

-T4: Ο όγκος διηθεί και άλλα πλην των σπερματοδόχων κύστεων παρακείμενα όργανα.

T4a: Ο όγκος διηθεί τον αυχένα της κύστης ή τον έξω σφιγκτήρα.

T4b: Ο όγκος διηθεί τους μύες ή είναι καθηλωμένος στο πυελικό τοίχωμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'

1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1.1 ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ

1.1.1 ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΗ ΟΞΙΝΗ ΦΩΣΦΑΤΑΣΗ

Η όξινη φωσφατάση και ιδιαίτερα του προστατικού κλάσματος, είναι ιδιαίτερα σημαντική στη διάγνωση, σταδιοποίηση και αξιολόγηση της διάγνωσης του καρκίνου. Όταν ο καρκίνος έχει επεκταθεί και κάνει μεταστάσεις, τότε περίπου το 70% των περιπτώσεων έχουν αυξημένο το ένζυμο αυτό.

Επίσης, αυξημένες τιμές όξινης φωσφατάσης ανιχνεύονται σε καρκινοειδείς όγκους του ορθού, σε λευχαιμίες, σε ασθενείς με πολλαπλούν μυέλωμα, σε ασθενείς με καλοήγη υπερπλασία του προστάτη⁷.

1.1.2 ΕΙΔΙΚΟ ΠΡΟΣΤΑΤΙΚΟ ΑΝΤΙΓΟΝΟ (P.S.A.)

Το P.S.A. είναι μια γλυκοπρωτεΐνη με μοριακό βάρος 34.000 daltons και απαρτίζεται από μια πολυπεπτιδική αλυσίδα 240 αμινοξέων. Εντοπίζεται στα επιθηλιακά κύτταρα των αδενίων και των πόρων του προστάτη αλλά και στο σπέρμα. Οι φυσιολογικές τιμές του P.S.A. σε νέους άνδρες είναι 0-4ng/ml.

Ανευρίσκεται αυξημένο στον καρκίνο του προστάτη. Η παραγωγή του P.S.A. σε καρκίνο του προστάτη εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου αλλά και από το βαθμό διαφοροποίησης του νεοπλάσματος. Επίσης ανευρίσκεται αυξημένο στο 25% των ασθενών με καλοήγη υπερπλασία του προστάτη. Τέλος αυξάνει σταδιακά με την ηλικία και το μέγεθος του καρκίνου,

Καταστάσεις που επηρεάζουν το P,S,A. και προκαλούν αύξηση της τιμής του είναι η οξεία επίσχεση των ούρων, η επώδυνη προστατίτιδα, διάφοροι χειρισμοί του προστάτη. Η λήψη ορισμένων φαρμάκων δεν έχει επιβεβαιωθεί ότι επηρεάζει την τιμή του P.S.A.

Έχει προσδιοριστεί ότι η τιμή του P.S.A. αυξάνει κατά 0,04ng/ml ανά έτος στα άτομα χωρίς καρκίνωμα προστάτου και κατά 0,2 ng/ml. σε άντρες με καλοήγη υπερπλασία του προστάτη. Έτσι, ορίστηκαν τα ανώτερα όρια του P.S.A. σύμφωνα με την ηλικία.

<u>ΗΛΙΚΙΑ</u>	40-49 ετών	ανώτερο όριο P.S.A. = 2,5ng/ml
	50-59 ετών	3,5ng/ml
	60-69 ετών	4,5 ng/ml
	70-79 ετών	6,5 ng/ml ⁶

1.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η δακτυλική εξέταση είναι η σπουδαιότερη διαγνωστική εξέταση για του καρκίνο του προστάτη. Με αυτή ανευρίσκεται περιοχή του προστάτη σκληρή σαν πέτρα, με ασαφή όρια, ανώδυνη. Άλλοτε παρατηρούνται ένα ή περισσότερα σκληρά οζίδια. Είναι δυνατή η έλλειψη σκληρίας του προστάτη με την ψηλάφηση και ο προστάτης να είναι φυσιολογικός. Αυτό όμως δεν αποκλείει την πάθηση αφού ο καρκίνος μπορεί να αναπτυχθεί και μέσα στο αδένωμα⁵.

1.3 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

-Βιοχημικές εξετάσεις αίματος όπου το ειδικό αντιγόνο του προστάτη και το προστατικό κλάσμα της όξινης φωσφατάσης που μπορεί να είναι αυξημένο στον καρκίνο του προστάτη.

-Η γενική αίματος μπορεί να δείξει αναιμία αν ο όγκος έχει προσβάλλει τον μυελό των οστών.

-Ανάλυση ούρων για να βρεθεί αίμα στα ούρα ή ουρολοίμωξη.

-Βιοχημικός έλεγχος ορού που περιλαμβάνει 15 έως 20 βιοχημικές εξετάσεις και αφορά μέτρηση ηπατικών και οστικών ενζύμων και εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας⁸.

1.4 ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

-Διορθικό υπερηχογράφημα για έλεγχο του προστάτη και κατευθυνόμενη βιοψία του όγκου με βελόνα καθιστά δυνατή μια καλή εκτίμηση της λεπτής αρχιτεκτονικής του προστάτη. Με τη μέθοδο αυτή λαμβάνονται πληροφορίες ως προς το μέγεθος του οργάνου, την ύπαρξη επιπλέον υπόπτων για κακοήθεια περιοχών, την το- τοπική επέκταση του νεοπλάσματος.

-Η απλή A/A NOK, κοιλίας, πύελου και ουροδόχου κύστης είναι δυνατόν να δείξει τις οστικές μεταστάσεις στην σπονδυλική στήλη και στην περιοχή της λεκάνης.

-Η ενδοφλέβια ουρογραφία δίνει πληροφορίες για το βαθμό της απόφραξης. Η απεικονιστική αυτή μέθοδος παραμένει μια σημαντική εξέταση ιδιαίτερα πριν από τη ριζική προστατεκτομή, καθώς απεικονίζεται και η πορεία των ουρητήρων. Τοπική επέκταση του όγκου εμφανίζεται με διήθηση του εδάφους της ουροδόχου κύστης ή απόφραξη από διηθημένους λεμφαδένες.

-Α/α θώρακας δίνει πληροφορίες σχετικά με πιθανές πνευμονικές μεταστάσεις⁹.

-Αξονική τομογραφία δείχνει με αρκετές λεπτομέρειες την τοπική επέκταση και τις λεμφαδενικές μεταστάσεις στους οπισθοπεριτοναϊκούς λεμφαδένες.

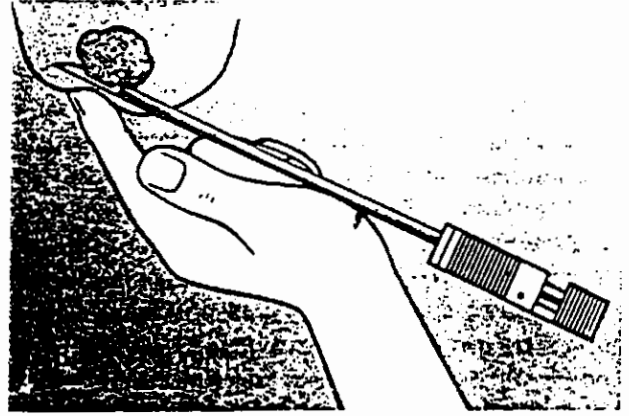
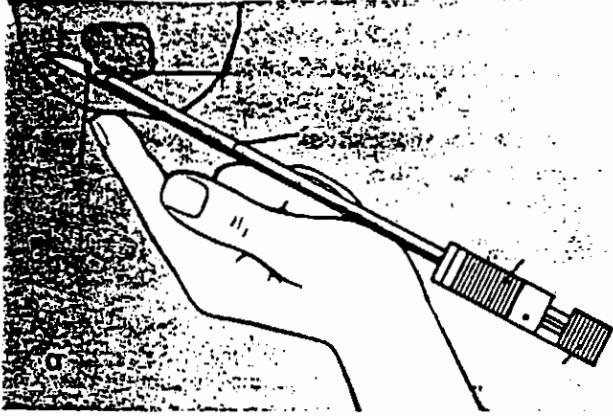
-Η μαγνητική τομογραφία κοιλίας και πύελου. Η απεικόνιση του προστάτη στη μαγνητική τομογραφία εκτιμά καλύτερα από την αξονική τομογραφία την τοπική επέκταση του όγκου.

-Το σπινθηρογράφημα του σκελετού δείχνει οστικές μεταστάσεις.

-Η κυστεοσκόπηση θα δώσει διαφορετική εικόνα του προστάτη και θα επιτρέψει στο γιατρό να τον μετακινήσει ενόσω εκτελεί δακτυλική εξέταση από το ορθό. Έτσι η διόγκωση ψηλαφάται από πολλές γωνίες και διαπιστώνεται αν συνεχεται με τους παρακείμενους ιστούς.

1.5 ΒΙΟΨΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Η βιοψία του προστάτη έχει ένδειξη σε κάθε υποψία προστατικού καρκίνου. Μόνο με τη βιοψία είναι δυνατό να τεθεί χωρίς αμφιβολία η διάγνωση { {καρκίνος του προστάτη} }. Στην κλινική πράξη εφαρμόζεται η βιοψία με βελόνα [διορθικά ή περινεϊκά], η παρακέντηση με λεπτή βελόνα διορθικά και αναρρόφηση υλικού για κυτταρολογική εξέταση, και σπανιότερα, σε περιπτώσεις αδυναμίας διερεύνησης ενός ύποπτου ευρήματος με τις παραπάνω μεθόδους, η διουρηθρική αφαίρεση του προστάτη⁵.



Εικ. 9.7. Τεχνική της διορθικής και περινεϊκής βιοψίας του προστάτη (α και β) : και της διορθικής βιοψίας αναρρόφησης (γ)



2. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στηριζόμενοι στα ευρήματα των εργαστηριακών εξετάσεων, θα πρέπει να αποκλείσει ο θεράπων μια σειρά άλλων παθήσεων που παρουσιάζουν μια ομοιομορφία στα συμπτώματα με των καρκίνο του προστάτη. Ετσι θα πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση από:

α. Νευρογενή κύστη. Η διάγνωση επικυρώνεται με τον ουροδυναμικό έλεγχο και το ιατρικό ιστορικό [σακχαρώδη διαβήτη, λήψη σπασμοαναλγητικών και ηρεμιστικών κ.α.]

β. Προστατίτιδα. Με τη δακτυλική εξέταση αναμένεται η ύπαρξη οζώδους ή ινώδους προστάτη έκκριση του οποίου μπορεί να περιέχει και πύον. Στην παραμικρή υποψία πρέπει να γίνει βιοψία.

γ. Οξεία προστατίτιδα. Τα οξεία συμπτώματα οδηγούν στη διαφορική διάγνωση.

δ. Σάρκωμα προστάτου. Εξαιρετικά σπάνιο, αλλά ύποπτο λόγω της ομοιότητας της υφής και του μεγέθους του προστάτη.

ε. Σκλήρυνση του αυχένα της κύστης. Η κυστεοσκόπηση λύνει το διαγνωστικό πρόβλημα¹⁰.

στ. Στένωμα ουρήθρας. Το ιστορικό [ουρηθρίτιδες] και κυρίως η ουρηθρογραφία και η κυστεοσκόπηση επιβεβαιώνουν τη διάγνωση.

ζ. Λίθος κύστης. Σε διακοπή απότομη της ούρησης η αλλαγή της στάσης του αρρώστου οδηγεί στη συνέχισή της. Ο ακτινολογικός και κυστεοσκοπικός έλεγχος επιβεβαιώνουν την πάθηση.

η. Φυματίωση. Εδώ η χρησιμοποίηση της βιοψίας λύνει το πρόβλημα σε ποσοστό 85%².

3. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση του προστατικού αδενοκαρκινώματος εξαρτάται καταρχήν από το στάδιο της νόσου. Ασθενείς με εντοπισμένη νόσο που υποβάλλονται σε ριζική προστατεκτομή με επιτυχία έχουν σχεδόν την ίδια επιβίωση με συνομήλικους τους που δεν έχουν προσβληθεί από τη νόσο αυτή. Σε άτομα με μεταστατική νόσο, μεγάλη προγνωστική αξία έχει η γενική κατάσταση του αρρώστου, η συγκέντρωση της αιμοσφαιρίνης και της αλκαλικής φωσφατάσης, τα επίπεδα του Ρ.Σ.Α., ο ρυθμός πτώσης του Ρ.Σ.Α. μετά την έναρξη της ορμονοθεραπείας και ο αριθμός των οστικών μεταστάσεων⁶.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

1. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Συνίστανται η ριζική εκτομή του προστατικού αδένος. Αφαιρείται όλος ο αδένος, η κάψα, οι σπερματοδόχες κύστεις και οι παρακείμενοι ιστοί. Συχνότερα χρησιμοποιείται περινεϊκή και οπισθοθηβική προσέγγιση. Αν η προσέγγιση γίνεται οπισθοθηβικά, μπορεί να γίνει εκτομή των λεμφαδένων. Εκτομή των όρχεων και θεραπεία με οιστρογόνα συχνά χρησιμοποιούνται σε συνδιασμό με τη χειρουργική θεραπεία¹¹.

Η σπερματοδοχεκτομή γίνεται με συναφαίρεση των λαγώνων και θυροειδών λεμφαδένων στα στάδια A2, B1 και B2 και σύμφωνα με άλλους και στο στάδιο C. Αυτή η αφαίρεση οδηγεί σε ίαση αν ο καρκίνος περιορίζεται στον προστάτη. Βέβαια, το στάδιο της λεμφαδεκτομής προηγείται και αν στην ταχεία βιοψία βρεθούν θετικοί αδένες [για διήθηση], τότε εγκαταλείπεται το σκέλος της προστατεκτομής και ακολουθείται μια άλλη μορφή θεραπείας, όπως η εξωτερική ακτινοθεραπεία ή η διάμεσος ακτινοθεραπεία με ραδιενεργό I ή Au [χρυσός].

Η νεότερη τεχνική της λήψης λεμφαδένων για βιοψία, ονομάζεται λαπαροσκοπική λεμφαδεκτομή. Σύμφωνα με αυτή, λαμβάνεται δείγμα λεμφαδένων της πυέλου, ώστε να διαπιστωθεί εάν έχουν διηθηθεί από καρκίνο. Έτσι, απλοποιείται και βραχύνεται η διαδικασία και αποφεύγεται η μείζων χειρουργική επέμβαση¹².

1.1 ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

Μολονότι η πλειοψηφία των ασθενών έχει σχετικά καλή νοσοκομειακή πορεία, η ριζική οπισθοθηβική προστατεκτομή συνοδεύεται από ποικιλία επιπλοκών. Η θνησιμότητα ανέρχεται σε 1% περίπου. Οι επιπλοκές διαιρούνται σε εγχειρητικές, σε ενωρίς μετεγχειρητικές και σε αψότερες μετεγχειρητικές.

1.1.1 Επιπλοκές κατά τη διάρκεια της επέμβασης

α. Αιμορραγία

β. Διατομή του θυροειδούς νεύρου. Είναι σπάνια και συμβαίνει κατά τον λεμφαδενικό καθαρισμό.

γ. Κάκωση ορθού.

δ. Κάκωση ουρήθρας.

1.1.2 Ενωρίς μετεγχειρητικές επιπλοκές

α. Θρομβοφλεβίτιδα και φλεγμονή δέρματος.

β. Παρατεταμένη παροχέτευση υγρών τραύματος. Οφείλεται είτε στην διαφυγή ούρων κατά την ουρηθροκυστική αναστόμωση είτε στην παραγωγή λέμφου.

γ. Αυτόματη εξαγωγή του καθετήρα.

1.1.3. Απώτερες μετεγχειρητικές επιπλοκές

α. Στένωση της ουρηθροκυστικής αναστόμωσης.

β. Ακράτεια. Η αφαίρεση του προστάτη θα προκαλέσει διαλείπουσα απώλεια ελέγχου της ούρησης περίπου στους μισούς ασθενείς και πλήρη ακράτεια στο 5-10% των ασθενών.

γ. Ανικανότητα. Χάρη στις νεότερες τεχνικές μεθόδους, οι περισσότεροι μικρότερης ηλικίας άντρες, διατηρούν τη σεξουαλική τους ικανότητα, αυτοί όμως που έχουν υπερβεί τα 70 χρόνια, τη χάνουν.

Εντούτοις, και η ακράτεια και η ανικανότητα είναι δυνατόν να ανιμετωπισθούν.

δ. Ορχιαλγία. Σε όλες τις περιπτώσεις, το σύμπτωμα αυτό υποχωρεί αυτομάτως.

Η επιβίωση μετά 15 χρόνια από τη ριζική προστατεκτομή χωρίς υποτροπές ή μεταστάσεις, είναι 51% [σειρά Jewett] για στάδια B1 καρκίνου, ενώ η αντίστοιχη σειρά ασθενών [στάδιο B1 15 χρόνια χωρίς μεταστάσεις] που θεραπεύτηκαν με εξωτερική ακτινοβολία είναι μόνο 27% [σειρά Bagshaw].

Προβάλλει επομένως επιτακτική η ανάγκη έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου σε αρχικό στάδιο, γιατί μόνο τότε είναι δυνατή η θεραπεία των ασθενών αυτών².

2.ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Η ακτινοθεραπεία που εφαρμόζεται σε καρκίνο του προστάτη περιλαμβάνει :

1.Τηλεθεραπεία: βόμβα κοβαλτίου ή γραμμικός επιταχυντής υψηλής ενέργειας ελευθερώνουν ογκοκτόνες δόσεις ακτινοβολίας στον προστάτη χωρίς να βλάπτουν τις φυσιολογικές δομές.

Προς το τέλος της θεραπείας μπορεί να παρατηρηθεί κάποιος βαθμός πρωκτίτιδας, διάρροιας και δυσουρίας. Ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει ανικανότητα.

2.Διαμεσοκυττάρια εμφύτευση στον προστάτη κόκκων ραδιενεργού I, συνδιασμένη με αμφοτερόπλευρη πυελική λεμφαδενεκτομή.

Αυτό μπορεί να γίνει με χειρουργική επέμβαση ή με ειδικές βελόνες που εισάγονται μέσω του δέρματος¹¹.Το κυριότερο πλεονέκτημα της θεραπείας αυτής είναι ότι η δόση της ακτινοβολίας περιορίζεται στον όγκο και δεν βλάπτονται φυσιολογικοί ιστοί.Τα μειονεκτήματα της είναι ότι οι σβόλοι ή οι ταινίες ενδέχεται να μην τοποθετηθούν στην ορθή θέση μέσα στον όγκο, όποτε ορισμένες περιοχές δεν θα ακτινοβοληθούν σωστά.

Η εξωτερική ακτινοβολία διαρκεί περίπου έξι εβδομάδες. Πλεονεκτεί επειδή αποφεύγεται η επέμβαση ορισμένες φορές όμως δεν καταστρέφονται όλα τα καρκινικά κύτταρα.Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ο όγκος ν' αναπτυχθεί εκ νέου.

Οι κίνδυνοι και οι επιπλοκές της εξωτερικής ακτινοβολίας είναι ισάριθμες με τις αντίστοιχες της χειρουργικής επέμβασης, είναι όμως διαφορετικής φύσεως όσον αφορά τα ειδικά προβλήματα.

Ακτινοβολία έξι εβδομάδων μπορεί να προκαλέσει ήπια ή σημαντικού βαθμού καταβολή. Ενδέχεται να εμφανιστούν σοβαροί πόνοι στο ορθό και διάρροια. Τα προβλήματα αυτά μπορεί να είναι μόνιμα¹².

3. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όταν ο καρκίνος του προστάτη δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί χειρουργικά ή με ακτινοβολία ή όταν ο ασθενής αδυνατεί να ανεχθεί αυτές τις μεθόδους λόγω άλλων υποκείμενων νόσων, χρησιμοποιείται η ορμονοθεραπεία, ώστε να μειωθεί η ανάπτυξη του όγκου και να υποχωρήσουν τα συμπτώματα. Η ορμονοθεραπεία δεν αποτελεί τρόπο ίασης αλλά τα αποτελέσματα της μπορεί να είναι πολύ ικανοποιητικά. Αυτός ο τρόπος θεραπείας στηρίζεται στην ιδέα ότι η ανδρική ορμόνη τεστοστερόνη βοηθά να αναπτυχθούν τα καρκινικά κύτταρα του προστάτη. Αν στερήσουμε από τα κύτταρα αυτή την ορμόνη, πολλές φορές επιβραδύνουμε την εξέλιξη του όγκου. Η ορμονοθεραπεία επιτυγχάνεται αν αφαιρεθούν οι όρχεις [η κύρια πηγή τεστοστερόνης] ή αν χορηγηθούν ορμόνες ή χημικές ουσίες που καταστέλλουν την παραγωγή τεστοστερόνης ή εξουδετερώνουν τις δράσεις της. Οι ασθενείς που παίρνουν ορμονοθεραπεία παρουσιάζουν συχνά θεαματική υποχώρηση των συμπτωμάτων που ορισμένες φορές διαρκεί επί χρόνια. Τελικά, όμως, ο όγκος αναπτύσσεται και πάλι⁸.

Όλες οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για να ελέγχει το ορμονικό σύστημα του άντρα, επιφέρουν την απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας. Επίσης μπορεί να προκαλέσει αίσθημα θερμών εξάψεων.

*Η αφαίρεση των όρχεων αποτελεί απλή χειρουργική πράξη που μπορεί να γίνει υπό τοπική ή γενική αναισθησία σε τμήμα εξωτερικών ιατρείων. Εφόσον γίνει αυτό δεν απαιτείται άλλου είδους ορμονοθεραπεία. Ορισμένοι άντρες δεν επιθυμούν αυτή τη μέθοδο αλλά τα αποτελέσματά της είναι ίδια με εκείνα που έχουν οι ορμονοθεραπείες άλλου είδους.

Στους αρρώστους που εφαρμόζεται δίνονται κάποτε συμπληρωματικώς φάρμακα αντιανδρογόνα, που εμποδίζουν την χρησιμοποίηση από το καρκινικό κύτταρο ακόμη και των ελάχιστων ανδρικών ορμονών που παράγουν τα επινεφρίδια. Σημειώνουμε ότι χορήγηση μόνο αντιανδρογόνων χωρίς ορχεκτομή ή άλλη θεραπεία, δεν έχει πείσει ότι είναι ικανή να αναστείλει την εξέλιξη του προστατικού καρκινώματος.

Ένας τρόπος για να ρίξουμε το επίπεδο της τεστοστερόνης είναι η χορήγηση οιστογόνων. Η χορήγηση διεθυλστυλβεστρόλης δια βίου έχει βοηθήσει πολλούς αρρώστους, έχει όμως το μειονέκτημα να επηρεάζει δυσμενέστερα το κυκλοφορικό σύστημα και οι ασθενείς οδηγούνται στο θάνατο από κυκλοφορικά προβλήματα.

Για ν' αποφευχθεί το μειονέκτημα αυτό, όπως και η διόγκωση των μαστών χρησιμοποιούνται άλλες ορμόνες. Η πιο επιτυχής από αυτές είναι ένα ενεργό ανάλογο της υποθαλαμικής ορμόνης που φέρεται με τα αρχικά

LHRH και χορηγούμενο στον ασθενή κατεβάζει το επίπεδο της τεστοστερόνης όσο και η ορχεκτομή. Το ενεργό ανάλογο LHRH δεν φαίνεται να έχει αξιόλογες παρενέργειες

στο κυκλοφορικό, επιφέρει όμως σεξουαλική ανικανότητα.

Το LHRH χορηγείται ή σε υποδόριες ή ενδομυϊκές ενέσεις ή σε ρινικούς ψεκασμούς. Επειδή τις πρώτες βδομάδες της χρήσεώς του φέρει μια παροδική αύξηση του επιπέδου της τεστοστερόνης πολλοί το συνδιάζουν με αντιανδρογόνα.

Το LHRH είναι ικανοποιητικό θεραπευτικό μέσο έχει όμως το μεγάλο μειονέκτημα, είναι πολύ ακριβό.

Επίσης, η προγεστερόνη έχει παρόμοια δράση των οιστρογόνων στην υπόφυση και στο προστατικό κύτταρο. Σήμερα ελάχιστα χρησιμοποιείται.

Όλες οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για να ελέγχει το ορμονικό σύστημα του άνδρα, επιφέρουν την απώλεια της σεξουαλικής επιθυμίας και μπορεί να προκαλέσουν αίσθημα θερμών εξάψεων⁹.

4. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αν αποτύχει η ορμονοθεραπεία ή η ορχεκτομή, μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε προχωρημένα στάδια χημειοθεραπεία.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα που χορηγούνται είναι οιστρογόνα, ανδρογόνα και προγεστερόνη¹².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'

1. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ

1.1 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ακτινοθεραπεία είναι η χρήση ιονίζουσα ακτινοβολίας για διακοπή κυτταρικής ανάπτυξης. Σκοπός της λοιπόν, είναι η καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης στους φυσιολογικούς ιστούς που ακτινοβολούνται συγχρόνως. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μοναδική θεραπεία του καρκίνου ή να γίνει συνδυασμός χειρουργικής θεραπείας και χημειοθεραπείας προκειμένου να επιτευχθούν παρηγορητικά ή θεραπευτικά αποτελέσματα¹¹.

1.2 ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Όταν ένα ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στον οργανισμό για θεραπευτικό σκοπό, η δόση της δράσης του είναι της τάξης των millicuries γι' αυτό δεν είναι ακίνδυνο. Γίνεται ακίνδυνο εφόσον εφαρμοσθούν τα απαραίτητα μέτρα προστασίας.

Το ποσό της ακτινοβολίας που δέχεται το προσωπικό κατά τη διάρκεια παροχής νοσηλευτικής φροντίδας στον άρρωστο εξαρτάται από α. την απόσταση από τη ραδιενεργό πηγή

β. το χρόνο παραμονής κοντά στον άρρωστο

γ. τη θωράκιση

Τα μέτρα προστασίας που θα παρθούν θα εξαρτηθούν από;

-το είδος του ραδιοϊσοτόπου

-τον τρόπο εφαρμογής του

Στην εξωτερική εφαρμογή και την εμφύτευση στερεάς μορφής ραδιοϊσοτόπου, που είναι κλεισμένο σε προστατευτική θήκη, το ραδιοϊσότοπο μένει σε ορισμένο σημείο, δεν εισέρχεται στην κυκλοφορία και δε μολύνει τα απεκρίματα του αρρώστου. Όμως ο άρρωστος είναι πηγή ενέργειας και το προσωπικό πρέπει να εφαρμόζει τα μέτρα αποστάσεως, χρόνου και θωράκισης όταν τον φροντίζει.

Στην εσωτερική εφαρμογή, που το ραδιοϊσότοπο δεν είναι θωρακισμένο, μπαίνει στην κυκλοφορία και αποβάλλεται από ορισμένα εκκρίματα, οι κίνδυνοι για το νοσηλευτή είναι περισσότεροι και τα

προστατευτικά μέτρα περιλαμβάνουν τα εξής:

α. Τήρηση αρχών απόστασης και χρόνου

β. Σε περίπτωση εμέτου, προσεκτικός καθαρισμός περιοχής που μολύνθηκε

γ. Φύλαξη απεκκριμάτων με τα οποία αποβάλλεται το ραδιοϊσότοπο, ώστε να γίνουν ακίνδυνα για το περιβάλλον¹³.

1.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο καρκινοπαθής που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία έρχεται αντιμέτωπος με έναν αριθμό προβλημάτων. Καλείται λοιπόν, η νοσηλεύτρια να παρέχει ποιοτική ολοκληρωμένη φροντίδα από τη στιγμή που θα έρθει σε επαφή με τον άρρωστο.

Τα προβλήματα, με τα οποία έρχεται σε επαφή αντιμέτωπος ο ασθενής, είναι αναιμία, διαταραχή θρέψης λόγω εμέτου, κίνδυνοι λοίμωξης και αιμορραγίας, άγχος και ψυχικά προβλήματα.

- Καλείται, λοιπόν, η νοσηλεύτρια, αρχικά, να ενημερώσει τον αρρωστο σχετικά με τη φύση το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, με σκοπό να μειώσει το άγχος του.

- Επεξήγηση της διαδικασίας απελευθέρωσης ακτινοβολίας, περιγραφή εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, τη διάρκεια της διαδικασίας την πιθανή ανάγκη ακινητοποίησης του αρρώστου κατά τη διάρκεια, την πληροφόρηση ότι δε θα αισθανθεί τίποτα, όταν πρόκειται για τηλεθεραπεία και την ανάγκη να μη βγάλει το σήμα που καθορίζει το σημείο που θα ακτινοβοληθεί.

- Όταν το ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στο σώμα του αρρώστου, εξήγηση λήψης προφυλακτικών μέτρων προστασίας του γύρω περιβάλλοντος.

- Λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών από την ακτινοθεραπεία και έγκαιρη αντιμετώπισή τους όταν εκδηλωθούν¹³.

Οι παρενέργειες που εκδηλώνονται αντιμετωπίζονται ως εξής:

Ναυτία και εμετός

α. Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών, αντισταμινικών, σύμφωνα με ιατρική εντολή.

β. Ενθάρρυνση αρρώστου για λήψη υγρών.

γ. Χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων, υψηλής θρεπτικής αξίας.

δ. Σημείωση των αντιδράσεων του ασθενούς¹⁴.

Αντιδράσεις από το δέρμα

- α. Παρακολούθηση για ερυθρότητα και απολέπιση.
- β. Προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό.
- γ. Παροχή συμβουλών ώστε ν' αποφεύγει αλοιφή, λοσιόν, επιθέματα [ερεθιστικές ουσίες].
- δ. Η περιοχή καθαρίζεται με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό¹¹.

Διάρροια

- α. Χορήγηση αντιδιαρροικών.
- β. Χορήγηση δίαιτας με μικρό υπόλειμμα.

Καταστολή λειτουργίας μυελού των οστών

- α. Προστασία αρρώστου από λοιμώξεις και τραυματισμούς
- β. Παρακολούθηση για σημεία λοιμώξεις και αιμορραγίας.

Γενικά συμπτώματα, όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης. Σ' αυτή την περίπτωση είναι δυνατόν να χρειαστεί βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής και στην ατομική υγιεινή.

Τα συμπτώματα παρέρχονται μέσα σε 6 εβδομάδες μετά το πέρας της ακτινοθεραπείας.

Ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου, ώστε να δεχτεί όσο το δυνατόν πιο ανώδυνα, τυχόν αλλαγή του σωματικού του ειδώλου¹⁴.

2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

2.1 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Είναι η χρήση αντινεοπλασματικών μέσων για προαγωγή θανάτωσης νεοπλασματικών κυττάρων με παρεμπόδιση της λειτουργίας και της αναπαραγωγής τους. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, αν και δεν θεραπεύουν τα νεοπλασματικά νοσήματα, όμως επιβραδύνουν την εξέλιξή τους¹³.

Ενα χημειοθεραπευτικό φάρμακο, είναι κυτταροτοξικό, δηλαδή δηλητηριάζει τα κακοήθη κύτταρα. Η δηλητηριώδης όμως δράση του, επεκτείνεται και στα υγιή κύτταρα.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χορηγούνται μόνα τους ή σε συνδυασμό

με χειρουργική ή και ακτινοθεραπεία, για να επιτευχθεί η ίαση, ο έλεγχος και η ανακούφιση των συμπτωμάτων της επάρατης νόσου¹⁴.

2.2 ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

Οι νοσηλεύτριες/τες που εμπλέκονται σε χημειοθεραπεία, μπορεί να εκτεθούν σε χαμηλές δόσεις των φαρμάκων από άμεση επαφή εισπνοή ή είσοδο στο στομάχι. Για την αποφυγή, λοιπόν, αυτής της κατάστασης, η Ογκολογική Νοσηλευτική Εταιρία, νοσοκομεία και άλλα ιδρύματα φροντίδας υγείας των Η.Π.Α., συνέταξαν οδηγίες που αφορούν την προετοιμασία και το χειρισμό των χημειοθεραπευτικών. Οι οδηγίες προτείνουν:

- Τη χρήση βιολογικού θαλάμου ασφαλείας για την προετοιμασία όλων των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.
- Χρήση χειρουργικών γαντιών.
- Χρήση ρόμπας με μακρύ μανίκι μιας χρήσης κατά την προπαρα και χορήγηση.
- Τοποθέτηση του υλικού που χρησιμοποιήθηκε σε κατάλληλα δοχεία, που είναι αδιαπέραστα από τα υγρά και αντέχουν σε τρυπήματα.
- Απόρριψη του άχρηστου χημειοθεραπευτικού υλικού ως επικίνδυνου¹⁵.

2.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Καθώς, με τη χημειοθεραπεία καταστρέφονται, εκτός από τα κακοήθη και τα υγιή κύτταρα, ο καρκινοπαθής έρχεται αντιμέτωπος με μια σειρά προβλημάτων. Έτσι, η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς, είναι μια πρόκληση για τη νοσηλεύτρια.

Κύριος στόχος, λοιπόν, της παρεχόμενης φροντίδας, είναι η διατήρηση της άνεσης και η απαλλαγή από τον πόνο του ασθενούς, καθώς τα βασικά προβλήματα που αντιμετωπίζει είναι η αναιμία, η κόπωση, ο πόνος, μειωμένη αντίσταση του οργανισμού στις λοιμώξεις, θρεπτικό ανισοζύγιο, προβλήματα από κακή λειτουργία των νεφρών, του ήπατος, του Κ.Ν.Σ. και τέλος, ψυχικά προβλήματα, που οφείλονται στην αλλαγή του σωματικού ειδώλου.

-Αρχικά,θα πρέπει να γίνει προετοιμασία του ασθενούς με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σ' ένα κλίμα κατανόησης. Πόσο θα διαρκέσει, αν θα αισθανθεί πόνο,είναι ζωτικά ερωτήματα που ο άρρωστος περιμένει απαντήσεις.

-Ενημέρωση για τις τοξικές ενέργειες,που είναι δυνατόν να προκαλέσει το φάρμακο¹⁴.

-Προσφέρει στον ασθενή έντυπη ενημέρωση σχετικά με τη χημειοθεραπεία για καλύτερη κατανόηση. Η νοσηλεύτρια/της καλείται να επεξηγήσει τα σημεία που ίσως φανούν δυσνόητα στον ασθενή.

-Γίνεται γενική αξιολόγηση του αρρώστου, σχετικά με τη θρέψη,την κατάσταση του δέρματος, το βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική του κατάσταση.

-Πριν τη θεραπεία συνίστανται απαραίτητα η χορήγηση αντιεμετικών.

-Προσεκτική φροντίδα στόματος για αποφυγή στοματίτιδας.

-Προστασία αρρώστου από μολύνσεις, διατηρώντας καθαρό περιβάλλον, αποφεύγοντας τα ρεύματα.

-Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.

-Δίδεται μεγάλη προσοχή σε παρενέργειες που σχετίζονται με τοξική επίδραση του φαρμάκου στο Κ.Ν.Σ. τους νεφρούς και το ήπαρ.

-Παρακολούθηση κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για απόφυγη αιμορραγίας.

-Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σ'επαφή με το δέρμα του αρρώστου.

-Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθηση των γύρω ιστών.

-Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς,στο να δεχτεί την αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό σύστημα¹¹.

3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

3.1 ΑΤΟΜΟ-ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗΣ

Το άτομο στο οποίο διαγνώστηκε ότι πάσχει από καρκίνο, βρίσκεται κάτω από μεγάλη συναισθηματική φόρτιση. Η μάχη, συνεπώς κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική, οι δε επιπτώσεις 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 διακατέχονται από αισθήματα φόβου, ανησυχίας, μοναξιάς και αγωνίας. Παράλληλα ο ασθενής δοκιμάζει αρκετές φορές μελαγχολία, θυμό, αίσθημα μοναξιάς, ντροπής και απογοήτευσης.

Η οικογένεια και οι φίλοι μεγαλώνουν την ιδέα ότι η διάγνωση του καρκίνου είναι ισοδύναμη με θάνατο. Τις απόψεις αυτές, αν και δεν γίνονται γνωστές, τις διαισθάνεται ο ασθενής και διέρχεται στάδια αβεβαιότητας.

Ετσι, διαμορφώνει ο καρκινοπαθής προσωπικότητα που διακρίνεται από ορισμένα χαρακτηριστικά όπως, φτώχη συγκινησιακή εκφόρτιση, αδυναμία έκφρασης συναισθημάτων, τάση για απώθηση και άρνηση κρίσιμων καταστάσεων, προσπάθεια να είναι αρεστός στους άλλους, να τους ικανοποιεί δίνοντας μικρή προτεραιότητα στις δικές του ανάγκες και επιθυμίες.

Η νοσηλεύτρια/της θα πρέπει να συντείνει μέσω της ενημέρωσης στην ανάθεώρηση απόψεων σχετικά με την ασθένεια, που επιβαρύνουν ψυχολογικά τον άρρωστο. Ετσι θα μπορέσει να ξεπεράσει τους φόβους του ο ασθενής. Προσπαθεί να μην εμβαθύνει τον πόνο του αλλά τον κατανοεί. Αφήνει τον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματά του, τις σκέψεις του, τον ακούει προσεκτικά χωρίς να τον διακόπτει. Ο ασθενής, από την άλλη, αντιλαμβάνεται ότι η νοσηλεύτρια τον παρακολουθεί, η διαύγεια του είναι άριστη, κι έτσι ανακουφίζεται. Αισθάνεται ότι υπάρχει ένα κλίμα κατανόησης και εμπιστοσύνης¹⁶.

3.2 ΦΑΣΕΙΣ

Ο καρκινοπαθής μέσω μίας εσωτερικής διεργασίας, περνά από ορισμένες φάσεις:

*Η άρνηση της αποδοχής της διάγνωσης της νόσου αποτελεί την πρώτη αντίδραση του καρκινοπαθούς. Τότε εμφανίζεται κι ο θυμός που στρέφεται στα μέλη της οικογένειας.

*Ακολουθεί η φάση της συνδιαλλαγής. Ο ασθενής είναι ήρεμος και αναζητεί τη θεραπεία στηριζόμενος σε υπερφυσικές δυνάμεις. Εκεί αναζητεί τη γαλήνη του.

*Όταν αρχίσει ν' αντιλαμβάνεται τις συνέπειες της νόσου, περνά στη φάση της κατάθλιψης, Σ' αυτή τη φάση αυτό που μπορούμε να κάνουμε προκειμένου να τον βοηθήσουμε είναι να τον αφήσουμε να εκφράσει τα συναισθήματά του.

*Τέλος, επέρχεται η φάση της αποδοχής. Ο ασθενής έχει πλήρη επίγνωση της κατάστασής του και προσπαθεί να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση.

Η απώλεια λειτουργίας ορισμένων οργάνων, αποτελεί ερέθισμα ψυχικής έντασης για τον ασθενή. Ακόμη, ο φόβος του ότι η οικογένεια του και οι φίλοι δεν τον αποδέχονται, είναι πραγματικότητα πολλές φορές. Η νοσηλεύτρια καλείται να βοηθήσει τον άρρωστο να τα αντιμετωπίσει ενώ παράλληλα τον ενισχύει ψυχολογικά¹³

3.3 ΠΡΕΠΕΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗΣ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ;

Έπειτα, τίθενται το ερώτημα, εάν ο καρκινοπαθής πρέπει να γνωρίζει τη ασθένειά του ή να του το αποκρύψουμε!

Ο ασθενής έχει δικαίωμα να γνωρίζει, σε ορισμένες περιπτώσεις όμως, όταν η ψυχική του δύναμη είναι ευέλικτη, ίσως θα ήταν προτιμότερο να αποκρύψουμε την αλήθεια και να ενισχύουμε ψυχολογικά τον άρρωστο.

Σε αρκετές περιπτώσεις όμως ο καρκινοπαθής πληροφορείται την αρρώστια του από άλλους ασθενείς, επισκέπτες και ίσως άτεχνα από τη νοσηλεύτρια ή τον ιατρό. Η ενημέρωσή του με αυτόν τον τρόπο, αποτελεί τραυματική εμπειρία, κλονίζει την εμπιστοσύνη του προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Όταν δε γνωρίζει τη βαρύτητα της ασθένειάς του, όμως, δεν ακολουθεί, αρκετές φορές, το θεραπευτικό σχήμα, αγνοώντας τη θεραπευτική του αξία. Με την ενημέρωσή του, περιορίζονται οι υπόνοιες και οι αμφιβολίες, αποφεύγεται η διάψευση των ελπίδων.

Άρα, εφόσον ο ασθενής είναι έτοιμος ψυχολογικά, διαθέτει ψυχραιμία και ψυχική εμβέλεια γίνεται προσπάθεια ενημέρωσης του. Σήμερα, εξάλλου, οι ασθενείς είναι δυνατόν να το αντιληφθούν από μόνοι τους καθώς η νόσος μαστίζει μεγάλο αριθμό ατόμων και τα συμπτώματα είναι πλέον γνωστά, λόγω ενημέρωσης.

Το νοσηλευτικό προσωπικό δεν έχει υποχρέωση και δικαίωμα να ενημε-

ρώσει τον άρρωστο. Αυτή η υποχρέωση ανήκει στον θεράποντα ιατρό. Πρόκειται για αυστηρή ιατρική υποχρέωση που δεν μπορεί ν' ανατεθεί σε άλλον ιατρό ή νοσηλευτή, διότι είναι ιατρική πράξη, με όλες τις συνέπειες, εαν υπάρξει ιατρικό σφάλμα. Η υποχρέωση της νοσηλεύτριας υπόκεινται στις νοσηλευτικές ενέργειες.

Η απόκρυψη της νόσου, των κινδύνων που ελλοχεύουν από τη θεραπεία ήταν σύνηθες πρακτική στον καρκινοπαθή. Τελευταία, όσο η μάχη με τον καρκίνο γίνεται ευκολότερη, συνίστανται και είναι προτιμότερο ο ασθενής να ενημερώνεται¹⁷.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ'

1. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Πριν από κάθε χειρουργική επέμβαση του ουροποιητικού συστήματος προηγείται μακρύ στάδιο μελέτης και έρευνας. Στην περίοδο αυτή, ο άρρωστος προετοιμάζεται κατάλληλα, ώστε όλη η μετεχειρητική πορεία να είναι κατά το δυνατόν ομαλότερη.

Η προεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς διακρίνεται σε τρεις κατηγορίες;

- Τη γενική προετοιμασία
- Την τοπική προετοιμασία
- Την τελική προετοιμασία¹¹

1.1 ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η γενική προετοιμασία περιλαμβάνει, καταρχήν, την μείωση της αγωνίας με ανύψωση του ηθικού του αρρώστου. Η ηθική ανύψωση του ασθενούς θα πρέπει να γίνεται με πολύ φροντίδα, επειδή οι ασθενείς με καρκίνο προστάτη είναι συνήθως μεγάλης ηλικίας και έχουν αυξημένο το αίσθημα του θανάτου. Η ενθάρρυνση παροχής υποστήριξης από μέλη της οικογένειας παίζει σημαντικό ρόλο.

- Ο ασθενής, σύμφωνα με τις ιατρικές εντολές, θα πρέπει να συμμετέχει σε μια σειρά εργαστηριακών, διαγνωστικών εξετάσεων καθώς και σε έλεγχο της φυσικής του κατάστασης. Η νοσηλεύτρια καλείται να συντείνει στην διεκπεραίωση αυτών των εξετάσεων στέλνοντας τον άρρωστο κατάλληλα προετοιμασμένο. Έπειτα, θα πρέπει να συγκεντρώσει τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων και να τα τοποθετήσει στο φάκελο του αρρώστου.

-Η προεγχειρητική διδασκαλία σκοπό έχει να διδάξει τον ασθενή να αναπνέει βαθιά, να βήχει έτσι ώστε να αποφευχθούν τυχόν επιπλοκές μετεγχειρητικά.

-Επιπλέον, ένα λουτρό καθαριότητας προεγχειρητικά είναι απαραίτητο, προκειμένου ο ασθενής να αισθανθεί ψυχική και σωματική ευεξία.

-Θα πρέπει, επίσης, να εξασφαλίσει ένα ήρεμο περιβάλλον, ώστε να μπορέσει να αναπαυθεί, να ηρεμήσει και να έχει έναν ήσυχο ύπνο ο άρρωστος.

-Τέλος καλείται να ενημερώσει για τις μακροπρόθεσμες μετεγχειρητικές προσδοκίες καθώς και για τις τυχόν επιπλοκές και προβλήματα που είναι δυνατόν να συμβούν, τα πλεονεκτήματα καθώς και τα μειονεκτήματα της επέμβασης.

1.2 ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η τοπική προετοιμασία το απόγευμα της προηγούμενης ημέρας περιλαμβάνει:

- α. Ετοιμασία δέρματος
- β. Ετοιμασία γαστρεντερικής οδού
- γ. Ετοιμασία για αναισθησία και προαγωγή ανάπαυσης και ύπνου. Σκοπός είναι η μείωση των βακτηριακών πηγών χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λύσης συνεχείας του δέρματος¹⁸.

-Η προετοιμασία του δέρματος γίνεται με την καθαριότητα της περιοχής, επιλέγοντας το κατάλληλο αντισηπτικό διάλυμα και κάνοντας καλή αποτρίχωση του εγχειρητικού πεδίου.

-Ετοιμασία της γαστρεντερικής οδού συνίστανται στη χορήγηση ελαφράς τροφής το απόγευμα της προηγούμενης μέρας αποφεύγοντας τη λήψη στερεάς τροφής οκτώ ώρες πριν την εγχείρηση. Τα υγρά χορηγούνται ελεύθερα μέχρι 4 ώρες πριν την εγχείρηση. Για την καλύτερη κένωση του εντέρου γίνεται χλιαρός καθαρτικός υποκλυσμός.

Προληπτικά χορηγείται, κατόπιν ιατρικής εντολής, αντιβίωση [νεομυκίνη και ερυθρομυκίνη] την προηγούμενη της εγχείρησης.

Τη νύχτα επιδιώκεται εξασφάλιση ήσυχου ύπνου, με χορήγηση ηρεμιστικών, αν κριθεί απαραίτητο. Η νοσηλεύτρια προστατεύει τον ασθενή από κάθε παράγοντα που μπορεί να διαταράξει τον ύπνο του¹⁹.

1.3 ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

- Το πρωινό της ημέρας του χειρουργείου η νοσηλεύτρια συμπληρώνει την προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου .Ρωτά τον ασθενή εάν έχει κάποια απορία ή αν τον απασχολεί κάτι, συνεχίζει να τον παρατηρεί για σημεία άγχους και ενημερώνει αυτόν και τους συγγενείς για οποιαδήποτε τυχόν καθυστέρηση της χειρουργικής επέμβασης.
- Κατόπιν, γίνεται λήψη των ζωτικών σημείων για την ασφάλεια του ασθενούς κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης. Λόγω του άγχους που διακατέχει τον ασθενή, αναμένεται κάποια αύξηση στις τιμές των ζωτικών σημείων.
- Επισκοπεί το εγχειρητικό πεδίο για ολοκλήρωση της προετοιμασίας του.
- Επαληθεύει εάν ο ασθενής έμεινε νηστικός τις τελευταίες 8 ώρες τουλάχιστον πριν και δεν πήρε υγρά 4 ώρες πριν.
- Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης, μετρά και καταγράφει την ποσότητα των ούρων.
- Αφαιρεί, καταγράφει και παραδίδει για φύλαξη κοσμήματα που τυχόν φέρει ο άρρωστος.
- Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη.
- Βοηθά τον ασθενή να βγάλει τις πιτζάμες του και να φορέσει την ειδική ρόμπα για το χειρουργείο.
- Ελέγχει την ταινία αναγνώρισης για να βεβαιωθεί ότι είναι ευανάγνωστη και καλά στερεωμένη.
- Χορηγεί τα προαναισθητικά φάρμακα στη σωστή ώρα¹¹.

2. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μεταφορά του αρρώστου από το φορείο στο κρεβάτι πρέπει να γίνεται γρήγορα. Η έκθεση του ιδρωμένου ασθενή προδιαθέτει σε πνευμονικές επιπλοκές και μετεγχειρητικό σοκ. Κατά τη μεταφορά πρέπει πάντοτε να έχουμε υπόψη μας τη θέση της τομής.

Το κρεβάτι του ασθενούς είναι ήδη τακτοποιημένο και στο κομοδίνο του υπάρχει νεφροειδές με τολύπια βάμβακος για να δροσίζει τα χείλη ο χειρουργημένος.

Μόλις φτάσει το φορείο στην κλινική, η νοσηλεύτρια λαμβάνει τα ζωτικά σημεία του, επειδή ο κίνδυνος μετεγχειρητικής αιμορραγίας και κατ' επέκταση, αιμορραγικού σοκ ,ελοχεύει. Η τρίωρη θερμομέτρηση επομένως, και η λήψη των ζωτικών σημείων επιβάλλεται τουλάχιστον το πρώτο 24ωρο.

Χορηγούνται στον χειρουργημένο ασθενή αναλγητικά (πεθιδίνη) επί πόνου και αντισπασμωδικά, σύμφωνα με ιατρική εντολή.

Η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών συνεχίζεται, έως ότου ο ασθενής μπορέσει να πάρει υγρά από το στόμα. Αυτό συνήθως γίνεται τη δεύτερη μετεγχειρητική ημέρα.

Οι παροχετεύσεις παραμένουν στη θέση τους , έως ότου δεν παροχετεύονται υγρά ,το δε διάστημα είναι η τρίτη ή τέταρτη ημέρα. Έτσι, επιβάλλεται συχνός, πλήρης έλεγχος της λειτουργικότητας των παροχετευτικών σωλήνων, επειδή είναι εύκολη η απόφραξη τους από πήγματα ή άλλες αιτίες. Γι' αυτό εφαρμόζεται πλύση καθετήρα. Η ροή των παροχετεύσεων πρέπει να ελέγχεται, ώστε ν' αποφεύγονται συστροφές και κάμψεις¹¹.

Τηρείται διάγραμμα προσλαμβανόμενων - αποβαλλόμενων υγρών και γίνεται εκτίμηση και συσχετισμός αυτών. Ενισχύεται ο άρρωστος να παίρνει περισσότερα από 3λτ. υγρά το 24ωρο και αρχίζει να τρέφεται αμέσως μόλις αποκατασταθεί η κινητικότητα του εντέρου.

Λαμβάνονται μέτρα για πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών.Γυρίζουμε τον χειρουργημένο κάθε δύο ώρες, συστήνουμε έγκαιρη έγερση του από το κρεβάτι και κάνουμε χρήση ελαστικών καλτσών για πρόληψη εμβολής. Ενώ πρέπει να ενθαρρύνεται ο ασθενής στο να βήχει ,ο δυνατός βήχας πρέπει ν' αποφεύγεται. Η εμφάνιση πυρετικής κίνησης ενδεχομένως να είναι σύμπτωμα αναπνευστικής αιτιολογίας. Ελέγχουμε για τυχόν σημεία αιμορραγίας. Επίσης, πρέπει να γίνουν περινεϊκές ασκήσεις για μείωση επιπλοκών.

Η νοσηλεύτρια καλείται να εξασφαλίσει ένα ήρεμο περιβάλλον για τον άρρωστο, έτσι ώστε να χαλαρώσει.

Ο σχολαστικός καθαρισμός και η φροντίδα του μόνιμου καθετήρα είναι φυσικά αυτονόητος. θα πρέπει να γίνεται προσεκτικά για την αποφυγή μετατόπισης του ουρηθρικού καθετήρα, γιατί χρησιμεύει ως νάρθηκας για την ουρηθρική αναστόμωση.

Επιπλέον, κρίνεται απαραίτητη η ανύψωση του ηθικού του αρρώστου καθώς και η υποστήριξη της οικογένειάς του. Η κατάθλιψη είναι συνηθισμένη κατάσταση, εξ' αιτίας της αδυναμίας άμεσου επανελέγχου της ουροδόχου κύστης.¹¹

Τέλος, είναι απαραίτητη η διδασκαλία του αρρώστου κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο:

-Θα πρέπει ν' αποφεύγει την έντονη άσκηση τουλάχιστον για 3 εβδομάδες μετά την εγχείρηση.

-Ν' αναφέρει κάθε σημείο αιμορραγίας στο νοσηλευτή ή τον θεράποντα ιατρό. Σημεία που δείχνουν ανάπτυξη ουρηθρικής στένωσης και λοίμωξης.

-Για συνέχιση λήψης πολλών υγρών και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Οι ασθενείς εξέρχονται από το νοσοκομείο με τον καθετήρα φολεη την 7 ή 8 μετεγχειρητική ημέρα και επιστρέφουν τρεις εβδομάδες μετά την επέμβαση, για την αφαίρεση του καθετήρα. Οι ασθενείς παρουσιάζουν ακράτεια και συχνουρία, η οποία διορθώνεται το πρώτο ή δεύτερο μήνα μετά την επέμβαση και αυτό θα πρέπει να το κατανοήσει ο χειρουργημένος άρρωστος².

3. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ

Ο χειρουργημένος ασθενής ορισμένες φορές έρχεται αντιμέτωπος με δυσχέρειες μετεγχειρητικές; πόνο, εμετό, πυρετική κίνηση κ.α

3.1 Πόνος

Αρχικά λοιπόν, ο πόνος είναι μια από τις πρώιμες μετεγχειρητικές επιπλοκές. Είναι μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, αποτέλεσμα μιας πραγματικής ή δυνητικής οστικής βλάβης. Ο πόνος είναι ο πιο κοινός λόγος για να ζητήσει ένα άτομο φροντίδα υγείας. Η νοσηλεύτρια καταναλίσκει περισσότερο χρόνο με ασθενείς που αισθάνονται πόνο από οποιονδήποτε άλλο επαγγελματία στο χώρο της υγείας και έχει την ευκαιρία να βοηθήσει στην ανακούφιση του πόνου και των βλαπτικών επιδράσεων του¹⁷.

Ο μετεγχειρητικός πόνος μπορεί να ξεκινήσει από το δέρμα, τους μύες, το περίνεο, τα σπλάχνα. Ο πόνος των πρώτων 24ωρων οφείλεται στο τραύμα (τομή και συρραφή ιστών), γι' αυτό χορηγούμε κατόπιν ιατρικής εντολής, πεθιδίνη ή παρόμοιο ναρκωτικό. Ο ισχυρότερος πόνος εμφανίζεται τις πρώτες 12-36 ώρες και υποχωρεί μετά από 48 ώρες. Όταν άρρωστος πονά βασικός στόχος της νοσηλεύτριας είναι η ανακούφιση του, ακολουθώντας την εξής στρατηγική ;

- Αρχικά, καλείται να εντοπίσει το σημείο που πονά ο ασθενής, να διαπιστώσει εάν είναι συνεχής ή διαλείπων, αμβλύς ή οξύς ο πόνος.
- Να διαπιστώσει εάν ακτινοβολεί και που, εάν έχει σχέση με την αναπνοή, εάν επιδεινώνεται κατά τη διάρκεια της νύχτας.
- Να καταγράφει τις δραστηριότητες του και να τις γνωστοποιεί στο χειρουργό και στον αναισθησιολόγο.

Η αντίδραση του κάθε αρρώστου στον πόνο, είναι διαφορετική και εξαρτάται από την προσωπικότητά του. Ο μετεγχειρητικός πόνος είναι λιγότερο οξύς στους ηλικιωμένους.

Επίσης, τα αναλγητικά για την αντιμετώπιση του πόνου δεν χορηγούνται, μέχρις ότου αναφέρει ο ασθενής ότι πονάει. Το είδος και η δόση των αναλγητικών φαρμάκων πρέπει να είναι εξατομικευμένα γιατί οι μεγάλες δόσεις μειώνουν την αναπνευστική λειτουργία. Η από του στόματος χορήγηση είναι προτιμότερη.

Αν και ο πόνος των πρώτων 24ωρων οφείλεται συνήθως στην εγχείρηση, η νοσηλεύτρια δε θα πρέπει να παραβλέπει να εξετάζει διεξοδικά το τραύμα για διαπίστωση και άλλων παραγόντων που μπορεί να επιδεινώνουν τον πόνο. Τέτοιοι παράγοντες είναι σωλήνες παροχετεύσεων, έλξη, σφικτές επιδέσεις¹⁵.

3.2 Εμετος

Μετεγχειρητικά ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει ναυτία και εμετό που οφείλεται στη συλλογή υγρών στο στομάχι ή η λήψη από το στόμα υγρών ή τροφής πριν την αποκατάσταση της περισταλσης του γαστρεντερικού σωλήνα. Σήμερα, η χρήση νέων αναισθητικών και αντιεμετικών φαρμάκων έχουν ελαττώσει κατά πολύ την εμφάνισή του.

Βασικός στόχος της νοσηλεύτριας/τη, όσον αφορά τη νοσηλευτική φροντίδα που θα παρέχει στον άρρωστο, είναι η πρόληψη εισρόφησης του έμετου.

Ο μετεγχειρητικός εμετός διακρίνεται;

1. Στον εμετό κατά την αποδομή της δράσης του αναισθητικού.
2. Στον εμετό που διαρκεί την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα και νύχτα και που μπορεί να οφείλεται σε παρενέργειες από την αναισθησία.
3. Εμετος που επιμένει 3-7 ημέρες και οφείλεται σε εντερική απόφραξη, ουραιμία, περιτονίτιδα¹⁸.

3.3 Ανησυχία και δυσφορία

- Είναι ,επίσης, σημαντικές δυσχέρειες. Τα αίτια είναι συνήθως;
- Βρεγμένο επιδερμικό υλικό του τραύματος.
 - Επίσχεση ούρων.
 - Μετεωρισμός και ξόξυγας.
 - Αυπνία.

Η/Ο νοσηλεύτρια/της οφείλει να μειώσει τους θορύβους στο ελάχιστό, να βοηθήσει τον άρρωστο ν' απαλλαγεί από τις δυσάρεστες σκέψεις και να μειώσει τον ημερήσιο ύπνο του με απασχόληση.

Την ώρα του ύπνου αερίζει το δωμάτιο και χαμηλώνει τα φώτα.

3.4 Δίψα

Δίψα που οφείλεται στην απώλεια μεγάλης ποσότητας υγρών κατά τη διάρκεια της εγχείρησης. Υγρή γάζα που τοποθετείται στο στόμα, βοηθά στην εφύγρανση του εισπνεόμενου αέρα. Η μάσηση σκληρών καραμελών προάγει την έκκριση σάλιου και διατηρεί το στόμα υγρό.

3.5 Διάταση του εντέρου

Αποτελεί συνηθισμένη δυσχέρεια. Ο τραυματισμός των κοιλιακών οργάνων καταργεί την περίσταλη για 24-48ώρες. Ο αέρας και οι εκκρίσεις συγκεντρώνονται στο στομάχι και το έντερο προκαλώντας διάταση. Για την έξοδο των αερίων από το παχύ έντερο εφαρμόζεται σωλήνας αερίων ή χαμηλός υποκλησμός, ενώ επιπλέον βοηθά η συχνή μετακίνηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Μπορεί όμως να προληφθεί με ρινογαστρικό ή ρινοεντερικό καθετήρα.

3.6 Δυσκοιλιότητα

Τα αίτια μπορεί να είναι ερεθισμός του εντέρου κατά τη διάρκεια της επέμβασης, περιτονίτιδα, τοπικό απόστημα.

Ο ασθενής μπορεί να έχει πρόβλημα δυσκοιλιότητας χρόνιο που τον ενοχλεί και τον φέρνει σε σημείο δυσφορίας. Αντιμετωπίζεται με τη λήψη υπακτικών, έγκαιρη έγερση, το είδος της δίαιτας, η χορήγηση άφθονων υγρών και οι χαμηλοί υποκλυσμοί!!.

4. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές που είναι δυνατόν να εμφανίσει ο χειρουργημένος συνοψίζονται στις εξής:

4.1 Αιμορραγία

Είναι η συνηθέστερη επιπλοκή.

Η/Ο νοσηλευτρια/της θα πρέπει να παρατηρεί συνεχώς τον ασθενή για την εμφάνιση συμπτωμάτων αιμορραγίας. Ο άρρωστος θα είναι αγχώδης, ανήσυχος, κινείται συνεχώς, διψά και το δέρμα του είναι κρύο, υγρό και ωχροό. Ο σφυγμός συχνός και μικρός, η θερμοκρασία πέφτει, οι αναπνοές γίνονται συχνές και βαθιές. Ελαττώνεται η κ.φ.π., ενώ πέφτει η αρτηριακή πίεση και ο αιματοκρίτης. Χείλη και επιπεφυκότας είναι ωχροί. Αν η απώλεια είναι μεγάλη, ο άρρωστος θα παρουσιάσει σοκ και πνευμονικό οίδημα, αντιστοιχα. Θα πρέπει να γίνεται έλεγχος των ούρων για αίμα σε κάθε ούρηση².

Νοσηλευτική Παρέμβαση

Η νοσηλευτική παρέμβαση συνίστανται στην:

- Τοποθέτηση του αρρώστου σε θέση σοκ.
- Χορήγηση πεθιδίνης {ή μορφίνης} προκειμένου να ηρεμήσει ο άρρωστος.
- Ετοιμασία για μετάγγιση αίματος.
- Θα πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι κατά την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, η ταχεία χορήγηση μπορεί ν' αυξήσει πολύ την πίεση και η αιμορραγία να υποτροπιάσει.
- Ο γιατρός μπορεί να εφαρμόσει έλξη στον καθετήρα για να εξασφαλίσει πίεση στις προστατικές αρτηρίες. Οι νοσηλευτικές ευθύνες είναι η διατήρηση της έλξης και η συνεχής εκτίμηση για σημεία αιμορραγίας και για απόκριση της παρέμβασης.

4.2 Θρομβοφλεβίτιδα και φλεγμονή του δέρματος

Θρομβοφλεβίτιδα και πνευμονική εμβολή είναι δύο από τις συχνότερες επιπλοκές της επέμβασης.

Η θρομβοφλεβίτιδα εκδηλώνεται με πόνο στη γαστροκνημιαία περιοχή ή πόνο κατά τη ραχιαία κάμψη του άκρου ποδιού και του λονάτου. Είναι επίσης αισθητός ο πόνος κατά την πίεση.

Η πνευμονική εμβολή εκδηλώνεται με έντονη δύσπνοια, ταχυκαρδία, πτώση αρτηριακής πίεσης, ψυχρούς ιδρώτες.

Νοσηλευτική παρέμβαση

Η θρομβοφλεβίτιδα μπορεί να προληφθεί με:

- Επαρκής χορήγηση υγρών μετά την επέμβαση για μείωση της γλοιότητας του αίματος.
- Ελαστική περιδεδση των κάτω άκρων.
- Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι.
- Μη πρόσδεση του χειρουργημένου στο φορείο, όσο θα βρίσκεται στην αίθουσα ανάνηψης, εφόσον υπάρχουν προφυλακτικές στο φορείο.
- Αποφυγή τοποθέτησης υποστηρίγματος κάτω από τα γόνατα του χειρουργημένου και καθιστής θέσης στο χεῖλος του κρεβατιού με κρεμασμένα τα κάτω άκρα.
- Ελέγχεται ο άρρωστος για εμφάνιση σημείων θρομβοφλεβίτιδας.

Η αντιμετώπιση συνίστανται στην πλήρη ανάπαυση του αρρώστου και ανύψωση του άκρου, εφαρμογή θερμών επιθεμάτων, αντιπηκτική αγωγή σύμφωνα με ιατρική εντολή, καθώς και εξέταση αίματος για προσδιορισμό του χρόνου προθρομβίνης και πήξεως²⁰.

4.3 Υπερηβικό συρίγγιο

Όταν τα ούρα είναι μολυσμένα πριν από την εγχείρηση, τότε ένα μικρό ποσοστό διαρροής μπορεί να εμφανιστεί δια μέσω του τραύματος για λίγες μέρες μετά την επανέναρξη της φυσιολογικής ούρησης.

4.4 λοίμωξη

Για τις περισσότερες λοιμώξεις των μετεγχειρητικών τραυμάτων ενοχοποιείται ο σταφυλόκκοκος καθώς και άλλοι μικροοργανισμοί. Σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της λοίμωξης του χειρουργικού τραύματος παίζει η διατήρηση ασηψίας κατά τις αλλαγές του και η καλή καθαριότητα.

Θεραπευτικά γίνεται διάνοιξη και παροχέτευση του τραύματος με ελαστικό σωλήνα ή γάζα. Επίσης, έκπλυση του τραύματος με ζεστή αντισηπτική διάλυση και να χορηγηθεί αντιβίωση μετά από καλλιέργεια υγρού του τραυματός. Τέλος, μπορεί να χρησιμοποιηθούν θερμά επιθέματα³.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ'

1. ΠΡΟΛΗΨΗ

Η προσπάθεια ελέγχου του καρκίνου του προστάτη καθώς και άλλων νεοπλασμάτων κακοηθών γενικά πρέπει να επικεντρωθεί στην πρόληψη εμφάνισης του καθώς και στην ανίχνευσή και έγκαιρη διάγνωσή του. Η πρόληψη διακρίνεται σε πρωτογενής και δευτερογενής.

1.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρωτογενής πρόληψη αφορά τις δραστηριότητες εκείνες που προλαμβάνουν την εμφάνιση της νόσου, η οποία οδηγεί στο θάνατο. Το γεγονός ότι ορισμένες μορφές καρκίνου, συμπεριλαμβανόμενου και αυτού του προστάτη, προκαλούνται από εξωγενείς παράγοντες περιβαλλοντικούς, επιτρέπει την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς προλήψεως

Για την πρόληψη του καρκίνου στον υγιή πληθυσμό, η ενημέρωση και εκπαίδευση που μπορεί να προσφέρει η/ο νοσηλεύτρια/ης συνίστανται:

- α. στην ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντος
- β. στην εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες.
- γ. στην παρατήρηση και τη λήψη μέτρων σε εμφάνιση προκαρκινικών αλλοιώσεων ή εκδηλώσεων στον εαυτό του και το περιβάλλον.
- δ. στην ενεργό συμμετοχή κατά τη διεξαγωγή ερευνών σχετικά με τον καρκίνο.

1.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η δευτερογενής πρόληψη γίνεται όταν λαμβάνεται κάθε μέτρο ώστε ο καρκίνος να διαγνωσθεί όσο το δυνατό γρηγορότερα δηλαδή κατά την περίοδο που άρχισε η εμφάνιση άτυπων κυττάρων, μέχρι την εκδήλωση των πρώτων κλινικών συμπτωμάτων-ασυμπτωματικό στάδιο της εξέλιξης-και να αντιμετωπισθεί αμέσως.

Η διαφώτιση του κοινού αποτελεί ίσως τον κυριότερο παράγοντα

για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου και η νοσηλεύτρια καθίστανται σημαντικό μέλος εγκαίρου διαγνώσεως φροντίδος:

1. για την ενθάρρυνση του κοινού για περιοδικό ιατρικό έλεγχο εργαστηριακό .Μετά την ηλικία των 45-50 ετών η δακτυλική εξέταση από το ορθό κρίνεται απαραίτητη για τους άντρες καθώς επίσης και το διορθικό υπερηχογράφημα του προστάτη.
2. για την παραπομπή των προσερχόμενων για εξέταση στο κατάλληλο για την περίπτωση κέντρο έρευνας ή θεραπείας.
3. για την ενημέρωση του κοινού, κατά την εμφάνιση ύποπτων σημείων, για την καταφυγή σε ιατρό λόγω της αναπόφευκτης θνησιμότητας εάν δεν θεραπευτεί και της ζωτικής σημασίας της έγκαιρης θεραπείας.

Βασικό μέσο εκπαίδευσης και ενημέρωσης του κοινού στην ουσιαστική πρόληψη του καρκίνου αποτελούν και τα διάφορα άρθρα σε εφημερίδες και περιοδικά, οι ενημερώσεις από ραδιόφωνο και τηλεόραση, η κυκλοφορία διαφωτιστικών εντύπων σχετικά με τον καρκίνο, η οργάνωση συγκεντρώσεων κ.τ.λ.²¹

2. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Βασικός σκοπός του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στην αποκατάσταση είναι να βοηθήσει το άτομο με καρκίνο να ανεξαρτοποιηθεί κατά το δυνατόν, να οδηγηθεί στην αυτοφροντίδα και να διατηρήσει μια αίσθηση αυτοελέγχου, αυτοεκτίμησης και αξιοπρέπειας που εξασφαλίζεται όταν:

1. ενημερώνει τον άρρωστο που ζητά πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση του, και όταν τον προετοιμάζει για τι ενδεχόμενες θεραπευτικές διαδικασίες ή σωματικές αλλαγές που πρόκειται να αντιμετωπίσει. Με αυτόν τον τρόπο ο ασθενής εκπαιδεύεται σι να αναπτύξει ένα {πνευματικό έλεγχο} } πάνω στα γεγονότα, που μειώνει τους φόβους του και αμβλύνει την αδυναμία και σύγχυση που συχνά προκαλεί η άγνοια.
- 2, προσφέρει στον άρρωστο δυνατότητες επιλογής ή αποφάσεων που αφορούν την ιατρική του φροντίδα και καθημερινή του δραστηριότητα.
3. ενθαρρύνει τον άρρωστο να φροντίζει τον εαυτό του. Η φροντίδα αυτή αφορά τις δραστηριότητες της καθημερινής του ρουτίνας, αλλά και την ενασχόληση με πράγματα που τον ενδιαφέρουν.
4. Οργανώνει το πρόγραμμα του αρρώστου ώστε να υπάρχει κάποια σταθε-

ρότητα, ένας σχεδιασμός, μια δυνατότητα να προβλέψει ορισμένα γεγονότα στην κάθε μέρα που περνά. Με τον τρόπο αυτό το άτομο βρίσκεται αντιμέτωπο με μειωμένες απαιτήσεις προσαρμογής στο περιβάλλον του και έτσι ενισχύεται η αίσθηση κυριαρχίας και αυτοελέγχου.

Είναι πολύ σημαντικό κάθε άρρωστος ν' αντιμετωπίζεται μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του σαν ένα άτομο που ζει την προσωπική του διεργασία με τις ανησυχίες, το φόβο, τα ερωτηματικά και το άγχος για την έκβαση της ζωής του.

Ο χαρακτήρας του ατόμου, οι προηγούμενες εμπειρίες του, η προσωπική του φιλοσοφία, ο τρόπος που αντιμετωπίζει τη ζωή και άλλοι παράγοντες πρέπει να αξιολογούνται από τη νοσηλεύτρια για να μπορέσει να διαπιστώσει τις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε καρκινοπαθή που νοσηλεύει και να προσφέρει εξατομικευμένη φροντίδα, νοσηλεύοντας κάθε φορά το συγκεκριμένο άρρωστο χωρίς να υπηρετεί μόνο την αρρώστια και τα συμπτώματα της αλλά και τις επιπτώσεις που έχει στον κάθε καρκινοπαθή άρρωστο²¹.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο καρκίνος του προστάτη αποτελεί έναν από τους πιο συχνούς καρκίνους και το δεύτερο σε σειρά αίτιο θανάτου μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Απο τα κλινικά χαρακτηριστικά του καρκίνου θα ήθελα να σημειώσω τα εξής:

1. Διατηρεί το πιο [[καλοήθες]] χαρακτηριστικό του που είναι η ευαισθησία του στα οιστογόνα ή στα αντιανδρογόνα ακόμα και σε προχωρημένα στάδια της νόσου. (εφόσον δεν έχει προηγηθεί άλλη θεραπεία)
2. Η νόσος προχωρεί {{βραδέως}} και χρειάζονται 10 έως 15 χρόνια ώστε να δημιουργηθεί ένα {{κρίσιμο φορτίο}} καρκίνου 10^9 κυττάρων ή 1 cm^3 όγκου καρκινικού ιστού.
3. Το μεσοδιάστημα που χρειάζεται ώστε μια εντοπισμένη μορφή νόσου να προχωρήσει σε διήθηση των λεμφαδένων ή σε θετικά χειρουργικά

όρια μετά τη ριζική προστατεκτομή είναι άγνωστο. Υπάρχουν πολύ λίγα σχετικά δεδομένα στη διεθνή βιβλιογραφία.

4. Η ανάπτυξη του καρκίνου του προστάτη ακολουθεί συνήθως ένα προβλεπόμενο πρότυπο ανάπτυξης τουλάχιστον μέχρις ότου γίνει κλινικά έκδηλος και μέχρις ότου φτάσει στην κατάσταση της αποδιαφοροποίησεως⁷.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Η'

1. ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

1.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΔΕΛΤΙΟ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

Όνοματεπώνυμο ασθενούς: Κωστόπουλος Δ.

Ηλικία : 59 ετών

Επάγγελμα : Συνταξιούχος

Διεύθυνση : Αθήνα

Από το ιατρικό του ιστορικό μαθαίνουμε ότι εισήχθη στο νοσοκομείο αφότου παρουσίασε δυσουρικά ενοχλήματα με μακροσκοπική αιματοουρία. Δεν είναι αλλεργικός σε κάποιο φάρμακο, είναι χρόνιος καπνιστής και δεν παρουσιάζει άλλα προβλήματα. Ετέθη καθετήρας tieman. Εγινε α/α θώρακος και scaping οστών και δεν διαπιστώθηκαν οστικές μεταστάσεις. Επίσης, έγινε κυστεογραφία δια καθετήρα.

Μεταφέρθηκε στο χειρουργείο όπου έγινε διουρθική προστατεκτομή. Επέστρεψε με ζωτικά σημεία: θερμοκρασία 35,5,αρτηριακή πίεση 100/6,5mmHg,σφυγμό 100/min,αναπνοές 22/min. Φέρει περιφερική φλέβα από όπου παίρνει N/S 0,9%. Φέρει καθετήρα κύστεως και πλύση. Επί πόνου έγινε μία Amp Penicilic. Δεν παρουσίασε μετεγχειρητικές επιπλοκές.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Άγχος και φόβος κατά την εισαγωγή	Να μειωθεί ο φόβος του ασθενή πριν την επέμβαση. Το άγχος και ο φόβος επηρεάζουν την μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς	Να ενημερωθεί ο ασθενής για την ασθένεια του την επέμβαση, και να απαντηθούν τα ερωτήματά του.	Η νοσηλεύτρια πληροφορεί τον ασθενή και τον βοηθά δημιουργώντας κλίμα εμπιστοσύνης, να της φανερώσει τις σκέψεις του. Ο ασθενής φοβόταν ότι θα πέθαινε κατά την επέμβαση. Η νοσηλεύτρια του εξηγεί πως δεν υπάρχει λόγος ανησυχίας γιατί η επιστήμη έχει κάνει μεγάλες προόδους και η επέμβαση του θα πάει καλά.	Ο ασθενής ύστερα από τη συζήτηση αισθάνθηκε καλύτερα, και μειώθηκε το άγχος του.
Επίσχεση ούρων	Να αδειάσει η ουροδόχος κύστη, να ανακουφιστεί ο άρρωστος και να προληφθούν επιπλοκές	Πρέπει να ετοιμαστεί ο δίσκος καθετηριασμού. Να ενημερωθεί ο άρρωστος για τον καθετηριασμό και να βοηθηθεί ο γιατρός.	Ο άρρωστος ενημερώθηκε από την νοσηλεύτρια για την διαδικασία του καθετηριασμού. Έγινε σταδιακή εκκένωση τη κύστεως για να αποφευχθεί η αιματοουρία που μπορεί να προκληθεί από την απότομη εκκένωσή της	Η κύστη εκκενώθηκε από τα ούρα. Ο ασθενής ανακουφίστηκε από την επίσχεση.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Καθαρισμός του εντερικού σωλήνα	Ευχερέστερη διενέργεια της εγχείρησης, πρόληψη επιπλοκών από το πεπτικό σύστημα	Πρέπει να καθοριστεί ο τρόπος από τον γιατρό. Να ενημερωθεί ο άρρωστος για τους υποκλισμούς	Ενημερώθηκε ο ασθενής ότι θα γίνει καθαρτικός υποκλισμός. Ύστερα από εντολή του γιατρού έγιναν καθαρτικοί υποκλισμοί (ο ένας μετά το απόγευμα της παραμονής της εγχείρησης και ο δεύτερος 6 ώρες πριν την επέμβαση). Η νοσηλεύτρια παρακολούθησε τα αποτελέσματα των υποκλισμών. Έξι ώρες πριν την εγχείρηση ο ασθενής δεν παίρνει τίποτα από το στόμα.	Οι υποκλισμοί απέδωσαν. Ο ασθενής ήταν έτοιμος για την εγχείρηση. Έγιναν οι απαραίτητες ενέργειες την πρόληψη των επιπλοκών από το πεπτικό σύστημα.
Προετοιμασία χειρουργικού πεδίου	Να ξυριστεί και να γίνει αντισηψία στην περιοχή των γεννητικών οργάνων μέχρι την περιτοναϊκή κοιλότητα	Να γίνει ξύρισμα και αντισηψία της περιοχής, να ενημερωθεί ο άρρωστος	Ο άρρωστος ενημερώθηκε. Το βράδυ πριν την εγχείρηση έγινε το ξύρισμα και η αντισηψία σε μεγάλη περιοχή γύρω από το χειρουργικό πεδίο	Ο άρρωστος μετά το ξύρισμα και την αντισηψία ήταν έτοιμος για το χειρουργείο

Νοσηλευτικό πρό-βλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Τελική προεγχειρητική ετοιμασία	Ο άρρωστος πρέπει να είναι έτοιμος για το χειρουργείο, και να είμαστε βέβαιοι ότι βρίσκεται σε καλή γενική κατάσταση	Ν γίνει λήψη ζωτικών σημείων του ασθενούς, να αφαιρεθούν ξένα σώματα που τυχόν έχει, να φορέσει την ενδυμασία του χειρουργείου και να συμπληρωθεί το κατάλληλο έντυπο	Ελήφθησαν τα ζωικά σημεία του ασθενούς (φυσιολογικά), παρακολούθηθηκε για τυχόν εμφάνιση βήχα, και ενημερώθηκε ότι σε λίγο θα έφευγε για το χειρουργείο. Ο ασθενής αφαίρεσε την μασέλα του και φόρεσε τα ειδικά ρούχα για το χειρουργείο (υποκάμισο, ποδονάρια, σκούφο). Συμπληρώθηκε το ειδικό έντυπο που θα συνόδευε τον άρρωστο στο χειρουργείο	Όταν ήρθαν οι τραυματοφορείς για να μεταφέρουν τον ασθενή στο χειρουργείο αυτός ήταν έτοιμος και δεν σημειώθηκαν καθυστερήσεις.
Παραλαβή του ασθενούς από το χειρουργείο	Έλεγχος της γενικής κατάστασης του ασθενούς, μετά την επιστροφή του από το χειρουργείο. Έγκαιρη αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκών.	Να γίνει λήψη των ζωτικών σημείων και να τεθεί ο ασθενής σε τρίωρη παρακολούθηση	Μετά την επιστροφή του ασθενούς από το χειρουργείο έγινε λήψη των ζωτικών σημείων και γράφονται στο θερμομετρικό διάγραμμα και στη λογοδοσία. Ο άρρωστος ετέθη σε τρίωρη παρακολούθηση	Παρακολουθήται η πορεία του ασθενούς και μπορεί έτσι να γίνει έγκαιρη αντιμετώπιση των επιπλοκών

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Έλεγχος παροχетеυτικών σωλήνων	Ελέγχεται η λειτουργικότητα των παροχетеυτικών σωλήνων	Να ελεγχθεί ο καθετήρας και η πλύση για τυχόν απόφραξη τους από πύγματα αίματος και συστροφές και κάμψεις	Όταν έγινε η παραλαβή του ασθενούς από το χειρουργείο ελέγχθηκε το τραύμα και οι παροχетеύσεις	Οι παροχетеύσεις λειτουργούν κανονικά
Πόνος στην περιοχή του τραύματος	Να μειωθεί ο μετεγχειρητικός πόνος	Να γίνει προσπάθεια να ηρεμήσει ο άρρωστος και να ενημερωθεί ο γιατρός.	Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να ηρεμήσει τον ασθενή και του χορηγεί το παυσίπονο που συνέστησε ο γιατρός	Ο πόνος ύστερα από λίγο σταμάτησε
Εμμετος	Ανακούφιση του άρρωστου	Να γίνει αλλαγή των κλινοσκεπασμάτων, να τοποθετηθεί ο άρρωστος στην κατάλληλη θέση. Να ενημερωθεί ο γιατρός	Έγινε αλλαγή των κλινοσκεπασμάτων, πλύση του στόματος με αντισηπτική διάλυση και τοποθετήθηκε ο άρρωστος με το κεφάλι σε πλάγια θέση.	Ανακουφίστηκε ο άρρωστος
Διατήρηση ισοζυγίου υγρών	Να ελεγχθούν τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά	Ο ασθενής πρέπει να λαμβάνει 3 λίτρα ορούς το 24ωρο. Να τηρείται προσεκτικά το διάγραμμα προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων	Το διάγραμμα προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών τηρείται σχολαστικά. Χορηγούνται 3 λίτρα ορών το 24ωρο	Ο ασθενής έπαιρνε τα απαιτούμενα υγρά. Δεν έγινε κατακράτηση υγρών.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Έγερση του αρρώστου	Πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών	Ο άρρωστος πρέπει να βοηθηθεί κατά την έγερσή του και να του δοθούν οδηγίες για το πώς θα σηκώνεται. Αρχικά θα πρέπει να γίνει σταδιακά η έγερσή του.	Η νοσηλεύτρια εξηγεί στον άρρωστο πως θα σηκωθεί και τι θα πρέπει να κάνει ο ίδιος. Ο άρρωστος κάθεται πρώτα καθιστός πάνω στο κρεβάτι, μετά αφού αισθάνεται καλύτερα κάθεται καθιστός με τα πόδια κρεμασμένα. Τέλος μπορεί να σηκωθεί. Και να περπατήσει για όσο μπορεί. Ενθαρρύνεται ο άρρωστος να σηκώνεται όσο συχνότερα μπορεί.	Ο άρρωστος πονούσε λίγο αλλά σηκώθηκε και έκανε μια μικρή βόλτα στο διάδρομο.
Αφαίρεση Καθετήρα	Ο άρρωστος θα προσπαθήσει να ουρήσει μόνος του	Πρέπει να ενημερωθεί ο άρρωστος για την αφαίρεση του καθετήρα και να μπορεί να αντιμετωπίσει στη συνέχεια. Πρέπει να ετοιμαστούν τα απαραίτητα για την αφαίρεσή του καθετήρα	Εγινε η αφαίρεση του καθετήρα. Η νοσηλεύτρια ενημέρωσε τον άρρωστο ότι στην αρχή μπορεί να έχει συχνουρία και μερική απώλεια ούρων και ότι ο έλεγχος της ούρησης είναι θέμα λίγων ημερών.	Ο άρρωστος ανακουφίστηκε με την αφαίρεση του καθετήρα και ήταν προετοιμασμένος για την συνέχεια.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Οδηγίες εξόδου	Να ξέρει ο ασθενής τι θα πρέπει να κάνει μετά την έξοδο	Συζήτηση με το ασθενή	Ενημερώθηκε ο ασθενής ότι θα πρέπει να αποφεύγει τις βαριές εργασίες για 3- 4 βδομάδες. Επίσης ότι θα πρέπει να λαμβάνει άφθονα υγρά καθημερινά (2 – 3 λίτρα) και να επισκέπτεται τον ουρολόγο σε τακτικά διαστήματα προληπτικά.	Με τις οδηγίες αυτές αποφεύγονται οι επιπλοκές και βοηθείται ο ασθενής να επανέλθει στην προηγούμενη κατάστασή του.

2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

ΔΕΛΤΙΟ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

Όνοματεπώνυμο ασθενούς : Μούρτζης Χ.

Ηλικία : 70 ετών

Επάγγελμα : Συνταξιούχος

Από το ιστορικό του μαθαίνουμε ότι είναι υπερτασικός. Δεν είναι καπνιστής και δεν καταναλώνει αλκοόλ. Ο ασθενής εξετάστηκε από τον ουρολόγο γιατί παρουσίασε αιματουρία, δυσουρία, νυκτουρία. Κατά την εισαγωγή του έκανε α/α θώρακος, Η.Κ.Γ.

Η διάγνωση είχε τεθεί προ μηνός από προηγούμενο έλεγχο. Εισήχθει στο νοσοκομείο για το σκοπό της εγχείρησης μόνο. Αρχισε αντιβίωση την προηγούμενη της εγχείρησης [solvetan 2g], Α.Π. 140/90mmHg.

Την επομένη πήγε στο χειρουργείο. Α.Π.: 160mmHg. Έγινε υπερηβική προστατεκτομή. Επέστρεψε από το χειρουργείο με ζωτικά σημεία: 100/6.5mmHg, θερμοκρασία 36, σφύξεις 70. Επι τάσης για έμετο έγινε μια αμπούλα grimperan.

Την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα εμφάνισε πυρετό 39 C. Δόθηκε DEPON. Ο πυρετός δεν υποχώρησε κι έγινε μια amp. Arotel κατόπιν ιατρικής εντολής.

Την 10η μετεγχειρητική αφαιρέθηκε η πλύση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Άγχος και φόβος κατά την εισαγωγή	Να μειωθεί ο φόβος του ασθενή πριν την επέμβαση. Το άγχος και ο φόβος επηρεάζουν την μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς	Να ενημερωθεί ο ασθενής για την ασθένεια του την επέμβαση, και να απαντηθούν τα ερωτήματά του.	Η νοσηλεύτρια πληροφορεί τον ασθενή και τον βοηθά δημιουργώντας κλίμα εμπιστοσύνης, να της φανερώσει τις σκέψεις του. Ο ασθενής φοβόταν ότι θα πέθαινε κατά την επέμβαση. Η νοσηλεύτρια του εξηγεί πως δεν υπάρχει λόγος ανησυχίας γιατί η επιστήμη έχει κάνει μεγάλες προόδους και η επέμβαση του θα πάει καλά.	Ο ασθενής ύστερα από τη συζήτηση αισθάνθηκε καλύτερα, και μειώθηκε το άγχος του.
Επίσχεση ούρων	Να αδειάσει η ουροδόχος κύστη, να ανακουφιστεί ο άρρωστος και να προληφθούν επιπλοκές	Πρέπει να ετοιμαστεί ο δίσκος καθετηριασμού. Να ενημερωθεί ο άρρωστος για τον καθετηριασμό και να βοηθηθεί ο γιατρός.	Ο άρρωστος ενημερώθηκε από την νοσηλεύτρια για την διαδικασία του καθετηριασμού. Έγινε σταδιακή εκκένωση της κύστεως για να αποφευχθεί η αιματουρία που μπορεί να προκληθεί από την απότομη εκκένωσή της	Η κύστη εκκενώθηκε από τα ούρα. Ο ασθενής ανακουφίστηκε από την επίσχεση.

Νοσηλευτικό πρό-βλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Καθαρισμός του εντερικού σωλήνα	Ευχερέστερη διενέργεια της εγχείρησης, πρόληψη επιπλοκών από το πεπτικό σύστημα	Πρέπει να καθοριστεί ο τρόπος από τον γιατρό. Να ενημερωθεί ο άρρωστος για τους υποκλισμούς	Ενημερώθηκε ο ασθενής ότι θα γίνει καθαρτικός υποκλισμός. Ύστερα από εντολή του γιατρού έγιναν καθαρτικοί υποκλισμοί (ο ένας μετά το απόγευμα της παραμονής της εγχείρησης και ο δεύτερος 6 ώρες πριν την επέμβαση). Η νοσηλεύτρια παρακολούθησε τα αποτελέσματα των υποκλισμών. Έξι ώρες πριν την εγχείρηση ο ασθενής δεν παίρνει τίποτα από το στόμα.	Οι υποκλισμοί απέδωσαν. Ο ασθενής ήταν έτοιμος για την εγχείρηση. Έγιναν οι απαραίτητες ενέργειες την πρόληψη των επιπλοκών από το πεπτικό σύστημα.
Προετοιμασία εγχειρητικού πεδίου	Να ξυριστεί και να γίνει αντισηψία στην περιοχή των γεννητικών οργάνων μέχρι την περιτοναϊκή κοιλότητα	Να γίνει ξύρισμα και αντισηψία της περιοχής, να ενημερωθεί ο άρρωστος	Ο άρρωστος ενημερώθηκε. Το βράδυ πριν την εγχείρηση έγινε το ξύρισμα και η αντισηψία σε μεγάλη περιοχή γύρω από το εγχειρητικό πεδίο	Ο άρρωστος μετά το ξύρισμα και την αντισηψία ήταν έτοιμος για το χειρουργείο

Νοσηλευτικό πρό-βλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Τελική προεγχειρητική ετοιμασία	Ο άρρωστος πρέπει να είναι έτοιμος για το χειρουργείο, και να είμαστε βέβαιοι ότι βρίσκεται σε καλή γενική κατάσταση	Ν γίνει λήψη ζωτικών σημείων του ασθενούς, να αφαιρεθούν ξένα σώματα που τυχόν έχει, να φορέσει την ενδυμασία του χειρουργείου και να συμπληρωθεί το κατάλληλο έντυπο	Ελήφθησαν τα ζωικά σημεία του ασθενούς (φυσιολογικά), παρακολούθηθηκε για τυχόν εμφάνιση βήχα, και ενημερώθηκε ότι σε λίγο θα έφευγε για το χειρουργείο. Ο ασθενής αφαίρεσε την μασέλα του και φόρεσε τα ειδικά ρούχα για το χειρουργείο (υποκάμισο, ποδονάρια, σκούφο). Συμπληρώθηκε το ειδικό έντυπο που θα συνόδευε τον άρρωστο στο χειρουργείο	Όταν ήρθαν οι τραυματιοφορείς για να μεταφέρουν τον ασθενή στο χειρουργείο αυτός ήταν έτοιμος και δεν σημειώθηκαν καθυστερήσεις.
Παραλαβή του ασθενούς από το χειρουργείο	Έλεγχος της γενικής κατάστασης του ασθενούς, μετά την επιστροφή του από το χειρουργείο. Έγκαιρη αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκών.	Να γίνει λήψη των ζωτικών σημείων και να τεθεί ο ασθενής σε τρίωρη παρακολούθηση	Μετά την επιστροφή του ασθενούς από το χειρουργείο έγινε λήψη των ζωτικών σημείων και γράφονται στο θερμομετρικό διάγραμμα και στη λογοδοσία. Ο άρρωστος ετέθη σε τρίωρη παρακολούθηση	Παρακολουθήται η πορεία του ασθενούς και μπορεί έτσι να γίνει έγκαιρη αντιμετώπιση των επιπλοκών

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Έλεγχος παροχτευτικών σωλήνων	Ελέγχεται η λειτουργικότητα των παροχτευτικών σωλήνων	Να ελεγχθεί ο καθετήρας και η πλύση για τυχόν απόφραξη τους από πήγματα αίματος και συστροφές και κάμψεις	Όταν έγινε η παραλαβή του ασθενούς από το χειρουργείο ελέγχθηκε το τραύμα και οι παροχτεύσεις	Οι παροχτεύσεις λειτουργούν κανονικά
Πόνος στην περιοχή του τραύματος	Να μειωθεί ο μετεγχειρητικός πόνος	Να γίνει προσπάθεια να ηρεμήσει ο άρρωστος και να ενημερωθεί ο γιατρός.	Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να ηρεμήσει τον ασθενή και του χορηγεί το παυσίπονο που συνέστησε ο γιατρός	Ο πόνος ύστερα από λίγο σταμάτησε
Εμμετος	Ανακούφιση του άρρωστου	Να γίνει αλλαγή των κλινοσκεπασμάτων, να τοποθετηθεί ο άρρωστος στην κατάλληλη θέση. Να ενημερωθεί ο γιατρός	Έγινε αλλαγή των κλινοσκεπασμάτων, πλύση του στόματος με αντισηπτική διάλυση και τοποθετήθηκε ο άρρωστος με το κεφάλι σε πλάγια θέση.	Ανακουφίστηκε ο άρρωστος
Πυρετική Κίνηση	Πτώση του πυρετού	Χορήγηση υγρών από το στόμα. Επίθεση ψυχρών κομπρέσων στο μέτωπο και τα άκρα. Φαρμακευτική αγωγή	Παρά την συντηρητική αγωγή, ο πυρετός δεν έπεσε γι αυτό του έγινε lamp apotel με ιατρική εντολή	Ο πυρετός υποχώρησε στο 37,4
Διατήρηση ισοζυγίου υγρών	Να ελεγχθούν τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά	Ο ασθενής πρέπει να λαμβάνει 3 λίτρα ορούς το 24ωρο. Να τηρείται προσεκτικά το διάγραμμα προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων	Το διάγραμμα προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών τηρείται σχολαστικά. Χορηγούνται 3 λίτρα ορών το 24ωρο	Ο ασθενής έπαιρνε τα απαιτούμενα υγρά. Δεν έγινε κατακράτηση υγρών.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Έγερση του αρρώστου	Πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών	Ο άρρωστος πρέπει να βοηθηθεί κατά την έγερσή του και να του δοθούν οδηγίες για το πώς θα σηκώνεται. Αρχικά θα πρέπει να γίνει σταδιακά η έγερσή του.	Η νοσηλεύτρια εξηγεί στον άρρωστο πως θα σηκωθεί και τι θα πρέπει να κάνει ο ίδιος. Ο άρρωστος κάθεται πρώτα καθιστός πάνω στο κρεβάτι, μετά αφού αισθάνεται καλύτερα κάθεται καθιστός με τα πόδια κρεμασμένα. Τέλος μπορεί να σηκωθεί. Και να περπατήσει για όσο μπορεί. Ενθαρρύνεται ο άρρωστος να σηκώνεται όσο συχνότερα μπορεί.	Ο άρρωστος πονούσε λίγο αλλά σηκώθηκε και έκανε μια μικρή βόλτα στο διάδρομο.
Αφαίρεση Καθετήρα	Ο άρρωστος θα προσπαθήσει να ουρήσει μόνος του	Πρέπει να ενημερωθεί ο άρρωστος για την αφαίρεση του καθετήρα και να μπορεί να αντιμετωπίσει στη συνέχεια. Πρέπει να ετοιμαστούν τα απαραίτητα για την αφαίρεσή του καθετήρα	Εγινε η αφαίρεση του καθετήρα. Η νοσηλεύτρια ενημέρωσε τον άρρωστο ότι στην αρχή μπορεί να έχει συχνουρία και μερική απώλεια σύρων και ότι ο έλεγχος της ούρησης είναι θέμα λίγων ημερών.	Ο άρρωστος ανακουφίστηκε με την αφαίρεση του καθετήρα και ήταν προετοιμασμένος για την συνέχεια.

Νοσηλευτικό πρόβλημα	Νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Οδηγίες εξόδου	Να ξέρει ο ασθενής τι θα πρέπει να κάνει μετά την έξοδο	Συζήτηση με το ασθενή	Ενημερώθηκε ο ασθενής ότι θα πρέπει να αποφεύγει τις βαριές εργασίες για 3- 4 βδομάδες. Επίσης ότι θα πρέπει να λαμβάνει άφθονα υγρά καθημερινά (2 – 3 λίτρα) και να επισκέπτεται τον ουρολόγο σε τακτικά διαστήματα προληπτικά.	Με τις οδηγίες αυτές αποφεύγονται οι επιπλοκές και βοηθείται ο ασθενής να επανέλθει στην προηγούμενη κατάστασή του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΜΠΑΡΜΠΑΛΙΑΣ Γ.Α. ΑΝΔΡΟΛΟΓΙΑ,ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΤΥΠΟΡΑΜΑ/ΙΑΤΡΙΚΗ, 1η ΕΚΔΟΣΗ ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 1999,Σελ. 34-38.
2. ΔΕΛΗΒΕΛΙΩΤΗΣ ΧΑΡ. Ν.,Ο ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ,ΕΚΔΟΣΕΙΣ Μ&Κ ΥΙΟΙ ΒΑΣΙΛΑ&ΣΙΑ Ε.Ε.,ΑΘΗΝΑ 1999,Σελ.23-26,31,32.
3. ΚΡΑΝΙΔΗ Α.Ι.,ΓΕΝΙΚΗ ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ, ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΖΗΤΑ,ΑΘΗΝΑ 1992,Σελ. 250-251,253.
4. ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Ν.,ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΗ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ,ΠΡΑΚΤΙΚΑ 2ου ΑΝΔΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΣΥΜΠΟΣΙΟΥ ΝΟΤΙΟΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ,ΠΑΤΡΑ, ΜΑΙΟΣ 2000.
5. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΗΛ. Κ.,ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΖΗΤΑ,ΑΘΗΝΑ 2000,Σελ. 173,179,188.
6. ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝ. Κ.,ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ,ΕΚΔΟΣΗ Ε',ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗ Π.Χ.,Σελ. 393,395,399.
7. ΜΠΑΡΜΠΑΛΙΑΣ Γ.Α.,ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ,1η ΕΚΔΟΣΗ,ΤΥΠΟΡΑΜΑ/ΙΑΤΡΙΚΗ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 1998,Σελ.321-334.
8. ΚΕΧΑΓΙΑΣ ΠΛ., Η ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ Γ.Κ.,ΑΘΗΝΑ 1995,Σελ. 248-249.
9. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Κ.,ΚΟΥΒΑΡΗΣ Ι.,ΓΕΝΝΑΤΑΣ Κ.,ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ,ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ Γ.,ΑΘΗΝΑ 1991,Σελ.353-355.
10. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Κ.,ΧΡΥΣΟΦΟΣ Μ.:ΓΟΝΙΔΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΗ,ΕΚΔΟΣΕΙΣ Α.Δ.ΜΗΚΩΝΙΑΤΗΣ,ΑΘΗΝΑ 1998.
11. ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ Α.,ΠΑΝΟΥ Μ.,ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 1 ΤΟΜΟΣ , Β ΕΚΔΟΣΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ, ΑΘΗΝΑ 1997 Σελ. 116,134,180,458-459.
12. DOELLINGER MAL.,ROSENBAUM FR.,CABLE GR., Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ: ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ,1η ΕΚΔΟΣΗ,ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΑΤΟΠΤΡΟ,ΜΑΡΤΙΟΣ 1993,Σελ.556-567.
13. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α.,ΚΩΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ. Φ.,ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ,ΤΟΜΟΣ Β,ΜΕΡΟΣ 2,ΕΚΔΟΣΕΙΣ Η ΤΑΒΙΘΑ, ΑΘΗΝΑ 1997,Σελ.110,144-147,160-164.

14. ΜΟΣΧΟΥ-ΚΑΚΚΟΥ Α., ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΠΑΤΡΑ ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 1999, Σελ. 53,55,74,77,80.

15. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ, ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΜΕ ΘΕΜΑ: ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ, ΑΘΗΝΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 1994, Σελ.47,55.

16. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ., ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ., ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΦΛΟΓΑ, ΑΘΗΝΑ Σελ.62,63.

17. ΚΟΡΔΙΟΛΗΣ Ν., ΡΗΓΑΤΟΥ Γ., Η ΑΛΗΘΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ, ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ, ΑΘΗΝΑ 1990.

18. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α., ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ., ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ, ΤΟΜΟΣ Α', ΕΚΔΟΣΕΙΣ Η ΤΑΒΙΘΑ, ΑΘΗΝΑ 1995, Σελ.245,251,253.

19. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α., ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ., ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ, ΤΟΜΟΣ Β', ΜΕΡΟΣ 1, ΕΚΔΟΣΕΙΣ Η ΤΑΒΙΘΑ ΑΘΗΝΑ 1995, Σελ.314-315.

20. ΑΘΑΝΑΤΟΥ Ε.Κ., ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ, ΣΤ' ΕΚΔΟΣΗ, ΑΘΗΝΑ 1996, 215-217.

21. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ, ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ, ΑΘΗΝΑ 1994, Σελ.58.59,

