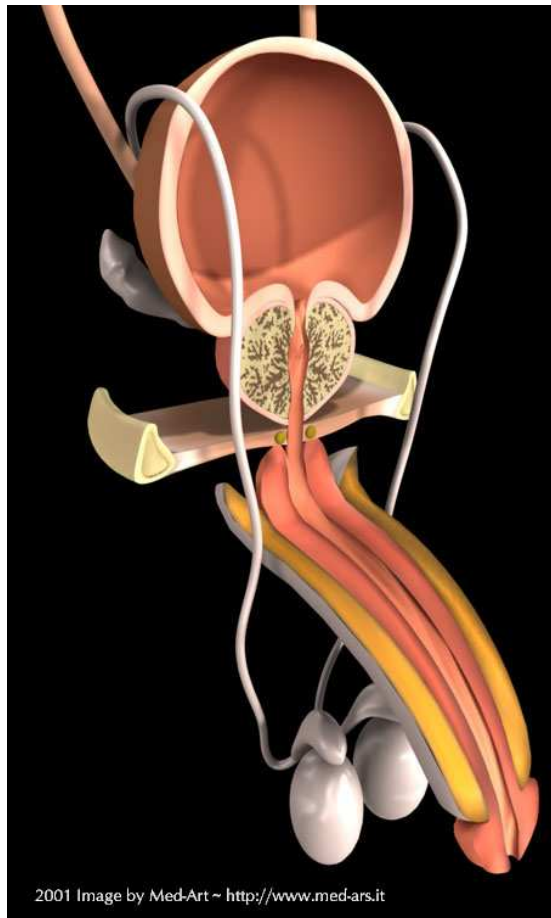


ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ:
«ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ»



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

κ. ΖΑΓΚΟΤΣΗ ΕΙΡΗΝΗ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ:

ΜΠΕΛΛΟΥ ΕΥΓΕΝΙΑ

A.M.: 6671

ΦΑΣΑΡΑΚΗ ΧΡΥΣΗ

A.M.: 6505

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
Μ Ε Ρ Ο Σ Α΄	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο :ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΑΡΡΕΝΟΣ	6
ΑΝΑΤΟΜΙΑ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ	24
<i>Γενικά</i>	24
<i>Πώς εξελίσσεται η καλοήθης υπερπλασία</i>	26
<i>Συμπτώματα</i>	28
<i>Αιτιολογικοί παράγοντες καλοήθους υπερπλασίας προστάτη και παθογένειας</i>	31
<i>Διαγνωστικές εξετάσεις</i>	32
<i>Επιπλοκές της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη</i>	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΠΡΟΛΗΨΗ	47
<i>Θεραπεία της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη</i>	47
<i>Φαρμακευτική αγωγή</i>	49
ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	57
<i>Α. Ανοικτές μέθοδοι προστατεκτομής</i>	57
<i>Κριτήρια επιλογής θεραπείας</i>	92
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΠΛΟΚΕΣ	94
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	101
<i>Θλίψη για τις αναμενόμενες εξελίξεις</i>	105
<i>Αναποτελεσματικός τρόπος αναπνοής</i>	112
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	199
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	201

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο προστάτης με την ονομασία προστάτης, αναφέρεται για πρώτη φορά σε κείμενο του Ηροφίλου, τον 4^ο αιώνα π.Χ., το οποίο παρατίθεται από τον Γαληνό. Το όργανο χαρακτηρίστηκε από τους μεταγενέστερους «ως αδήν προσηρτημένος εις το γεννητικόν σύστημα του ανδρός». Ο ανατομικός αυτός όρος παρέμεινε από τότε στη βιβλιογραφία και είναι μία λέξη, που στη Χειρουργική Παθολογία των Ουρολόγων, ακούγεται συχνότερα από κάθε άλλη, αφού το 60% των ανδρών υφίσταται τα δεινά της καλοήθους υπερπλασίας των οργάνων, ενώ το 30% αυτών που ξεπερνούν την ηλικία των 60 χρόνων υποβάλλεται σε κάποια μορφή χειρουργικής θεραπείας¹.

Το γεγονός λοιπόν ότι η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη είναι πολύ συχνή ενώ η θεραπεία της κατά κανόνα χειρουργική, μας ώθησε στη μελέτη του συγκεκριμένου θέματος¹.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι γνωστό ότι η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη είναι μία από τις συχνότερες παθήσεις των ανδρών μέσης και μεγαλύτερης ηλικίας και όπως χαρακτηριστικά γνωρίζουμε το 30% των ανδρών που ξεπερνούν την ηλικία των 60 χρόνων, υποβάλλονται σε κάποια μορφή χειρουργικής θεραπείας. Ακόμη μεταξύ των υπολοίπων ανδρών της ηλικίας αυτής, οι μισοί περίπου παρουσιάζουν ήπια συμπτώματα από την απόφραξη στο κατώτερο ουροποιητικό, τα οποία αποκρύπτουν ή τα ανέχονται ή για τα οποία υποβάλλονται σε κάποια φαρμακευτική αγωγή¹.

Βέβαια είναι επίσης γνωστό ότι οι ιστολογικές αλλοιώσεις ξεκινούν πολύ νωρίτερα και με την πάροδο της ηλικίας τα ποσοστά αυξάνουν και σύμφωνα με τα σύγχρονα στατιστικά δεδομένα το 25% των ανδρών ηλικίας 40 έως 70 χρόνων εμφανίζουν ιστολογικά αποδεδειγμένη καλοήθη προστατική υπερπλασία. Τα ποσοστά αυτά είναι υψηλότερα όταν αναφερόμαστε σε μεγαλύτερες ηλικίες (42% σε άνδρες 50 έως 60 χρόνων και 86% σε άνδρες ηλικίας άνω των 80 χρόνων) και το γεγονός αυτό επιβεβαιώνει την άποψη της συσχέτισης ηλικίας και διαταραχών της ούρησης, που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των μεγαλύτερων ηλικιών¹.

Τα στατιστικά αυτά δεδομένα, όπως και η σημειούμενη επιμήκυνση του μέσου όρου ζωής, που στην πατρίδα μας είναι από τις υψηλότερες

στην Ευρώπη, δικαιολογούν το αυξημένο ενδιαφέρον για την αντιμετώπιση των ασθενών με συμπτωματική καλοήγη υπερπλασία ¹.

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο:

ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ ΑΡΡΕΝΟΣ

ΑΝΑΤΟΜΙΑ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Τα όργανα του γεννητικού συστήματος του άνδρα διακρίνονται όπως και εκείνα της γυναίκας σε έξω και έσω γεννητικό όργανο. Στα έξω γεννητικά όργανα, που βρίσκονται εκτός του σώματος και είναι εμφανή, ανήκουν το πέος και το όσχεο, που περιέχει τα κύρια από τα έσω όργανα, δηλαδή τους γεννητικούς αδένες του άνδρα, τους όρχεις.²

1. Το πέος

α) Μακροσκοπική ανατομική

Το πέος παρουσιάζει τρία κύρια μορφολογικά μέρη, τη βάση του, που συνέχεται με το περίνεο και το όσχεο, το σώμα του και τη βάλανο, στην κορυφή της οποίας εκβάλλει η ουρήθρα. Εξωτερικά το σώμα και η βάση του περιβάλλονται από δέρμα, την πόσθη, η οποία δημιουργεί προς τα πρόσω μία διπλοπέταλη προσεκβολή, την ακροποσθία, που καλύπτει το οπίσθιο μέρος της βαλάνου.²

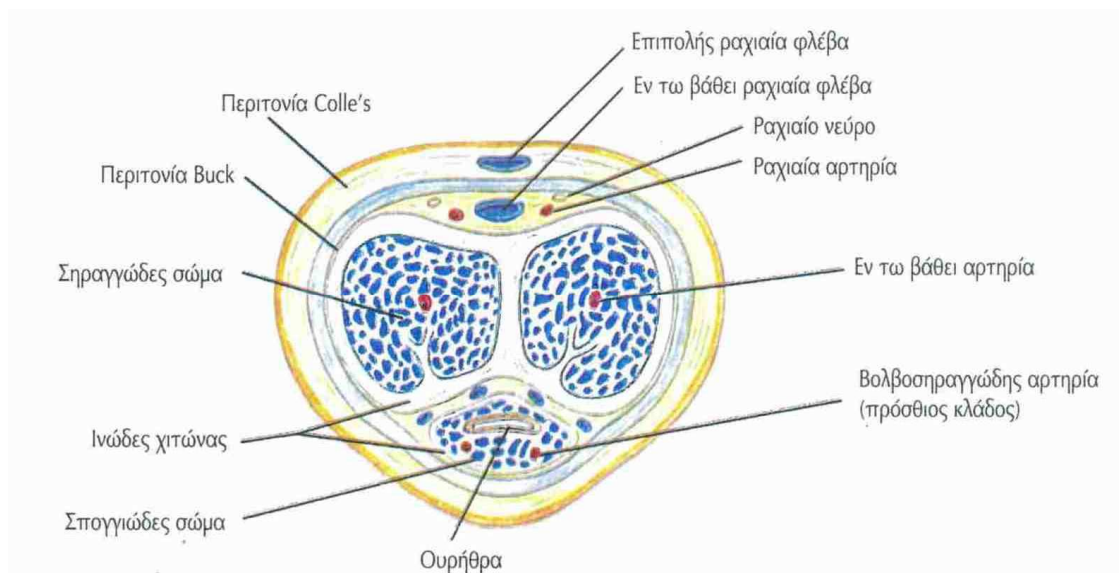
Κάτω από το δέρμα υπάρχει ένα άλλο στρώμα, ινώδους συνδετικού ιστού που καλύπτει εξωτερικά τα στοιχεία του σώματος και της βάσης του πέους (εν τω βάθει περιτονία του Buck). Για το λόγο αυτό, η πρόσθη διολισθαίνει εύκολα προς τα πρόσω και προς τα οπίσω, είτε με εκούσιες κινήσεις του χεριού, είτε αυτόματα στη διάρκεια της στύσης, που το πέος διογκώνεται και αποκαλύπτεται η βάλανος, που περιβάλλεται στη βάση της από την βαλανοποσθική αύλακα.²

β) Κατασκευή του πέους

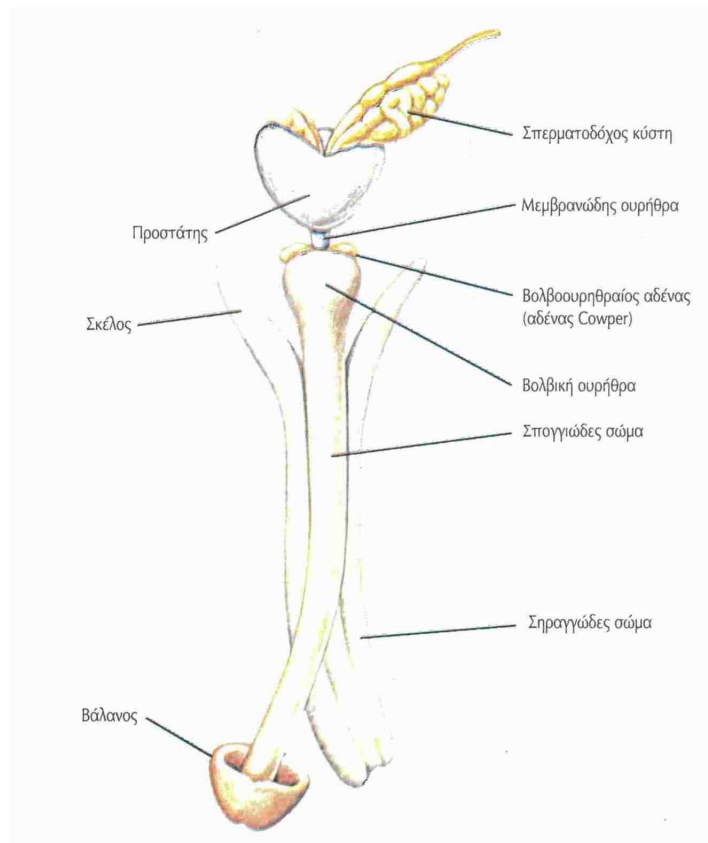
Κύριο χαρακτηριστικό στοιχείο του πέους αποτελούν τα δύο σηραγγώδη σώματά του, που περιέχουν στυτικό ιστό. Στη μεγαλύτερη έκταση του σώματος, μέχρι τη βάση του πέους, τα δύο σηραγγώδη σώματα του πέους είναι στενά συνδεδεμένα μεταξύ τους, ώστε να αποτελούν ένα σώμα με ένα ινώδες διάφραγμα, που τα διαχωρίζει σε δεξιό και αριστερό. Στη βάση του πέους τα σηραγγώδη σώματα διαχωρίζονται και απομακρύνονται μεταξύ τους, σχηματίζοντας τα σκέλη των σηραγγωδών σωμάτων, που φέρονται στην κάτω επιφάνεια των ηβοϊσχιακών κλάδων, όπου προσφύονται στερεά και αποτελούν την ονομαζόμενη ρίζα του πέους.²

Κάτω από τα σηραγγώδη σώματα του πέους και μεταξύ των δύο ημιμορίων τους, πορεύεται το σηραγγώδες ή σπογγιώδες σώμα της ουρήθρας, το οποίο επεκτείνεται προς τα οπίσω, μεταξύ των σκελών των

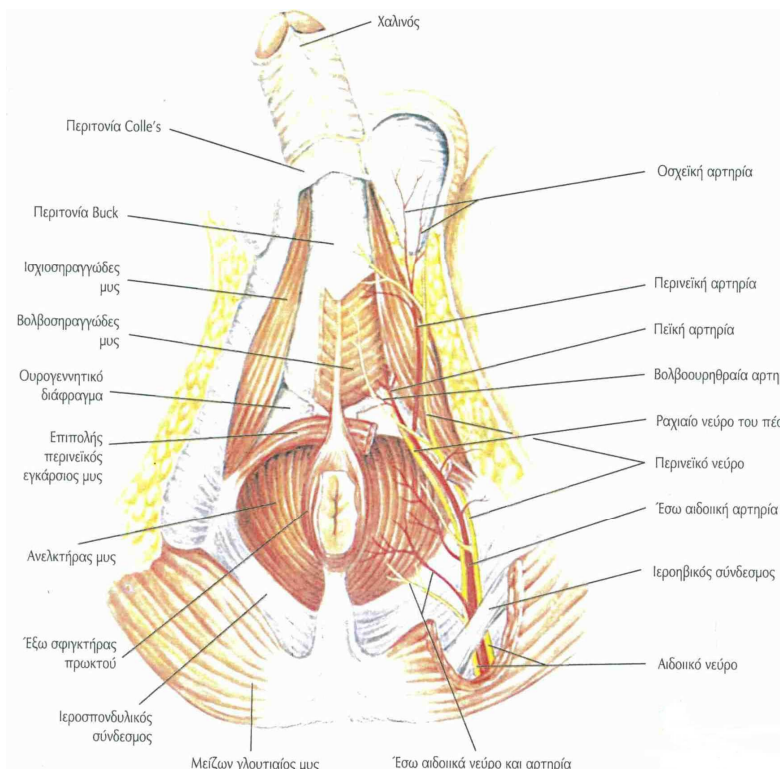
σηραγγωδών σωμάτων του πέους (βολβός του σπογγιώδους σώματος), ενώ προς τα πρόσω δημιουργεί τη βάλανο, στη βάση της οποίας προσεκβάλλει (εισέρχεται) η κορυφή των σηραγγωδών σωμάτων του πέους. Κάθε σηραγγώδες σώμα περιβάλλεται από ένα ινώδη χιτώνα και όλα μαζί πλην της βαλάνου, περιβάλλονται από την περιτονία του Buck. Μέσα και κατά μήκος του σπογγιώδους σώματος της ουρήθρας πορεύεται η πεικίη μοίρα της πρόσθιας ουρήθρας, η οποία περιβάλλεται από τον σπογγιώδη ιστό.²



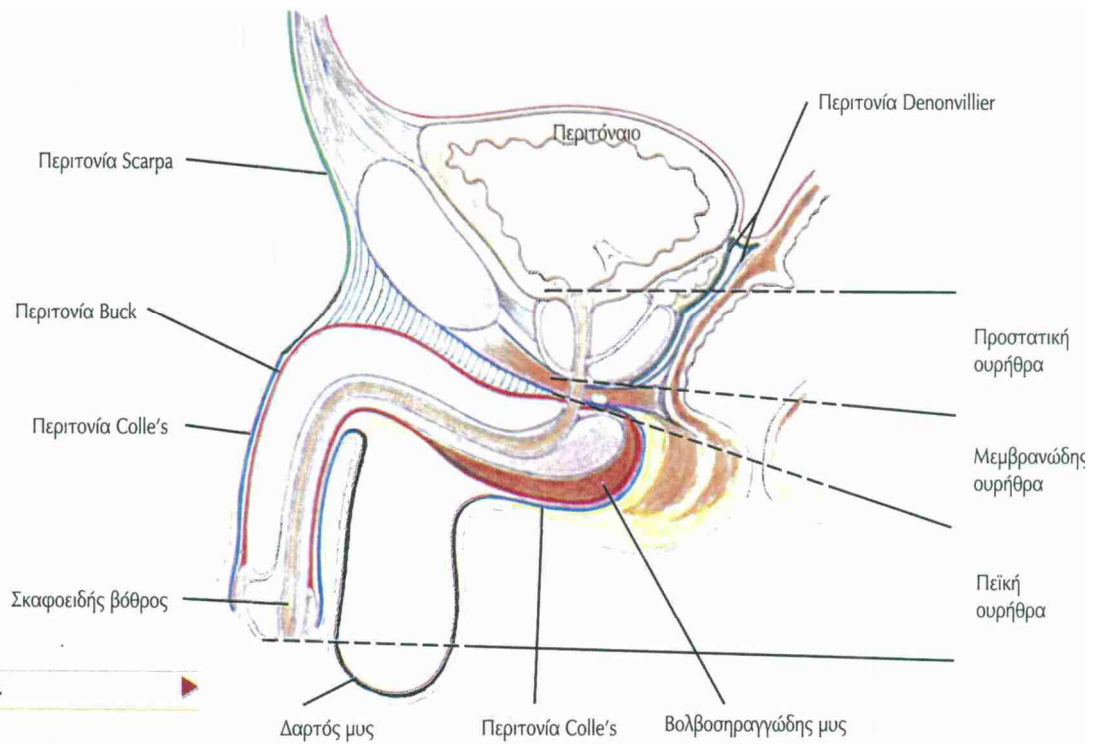
Μακροσκοπική τομή του πέους



Στυτικά σώματα του πέους

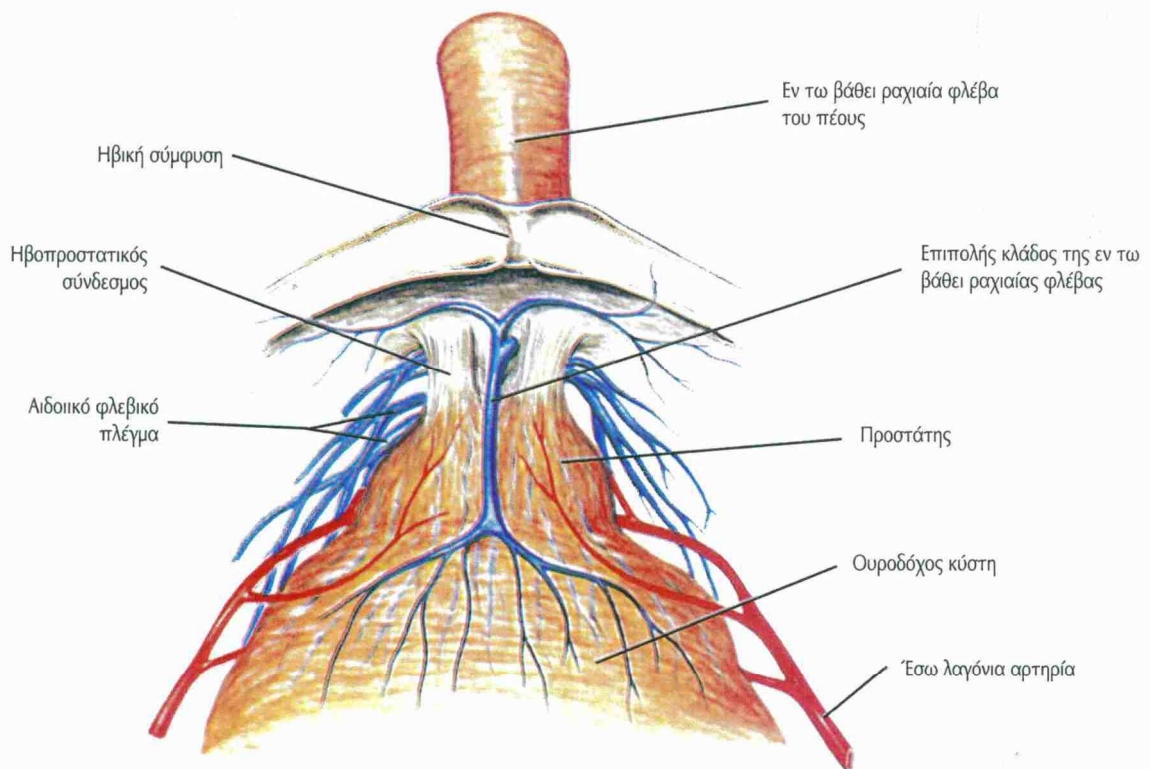


Επιπολής δομές του ανδρικού περινείου



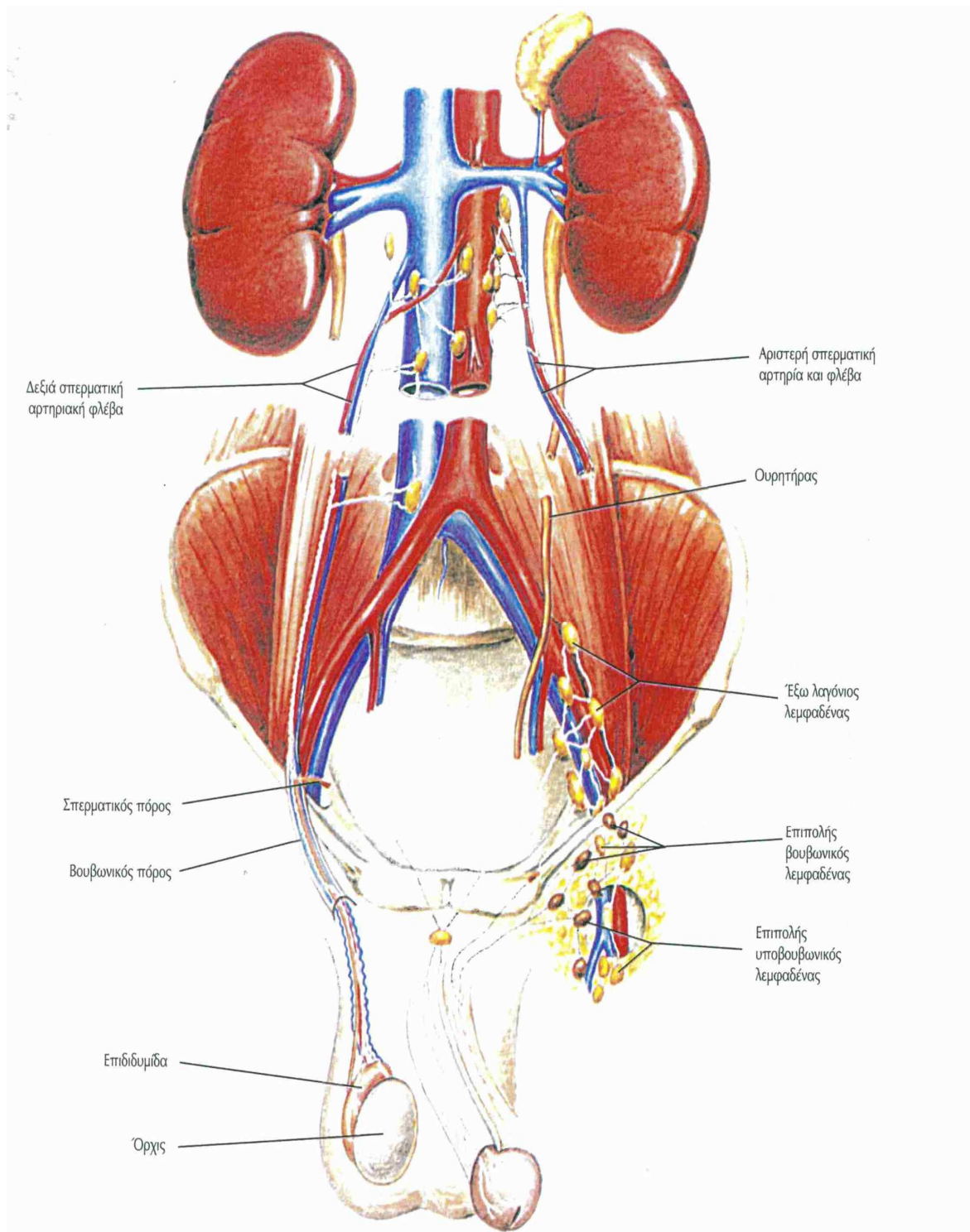
ΕΙΚΟΝΑ 4

Περιτονίες του ανδρικού γεννητικού συστήματος και ουρήθρας. Πλάγια άποψη.

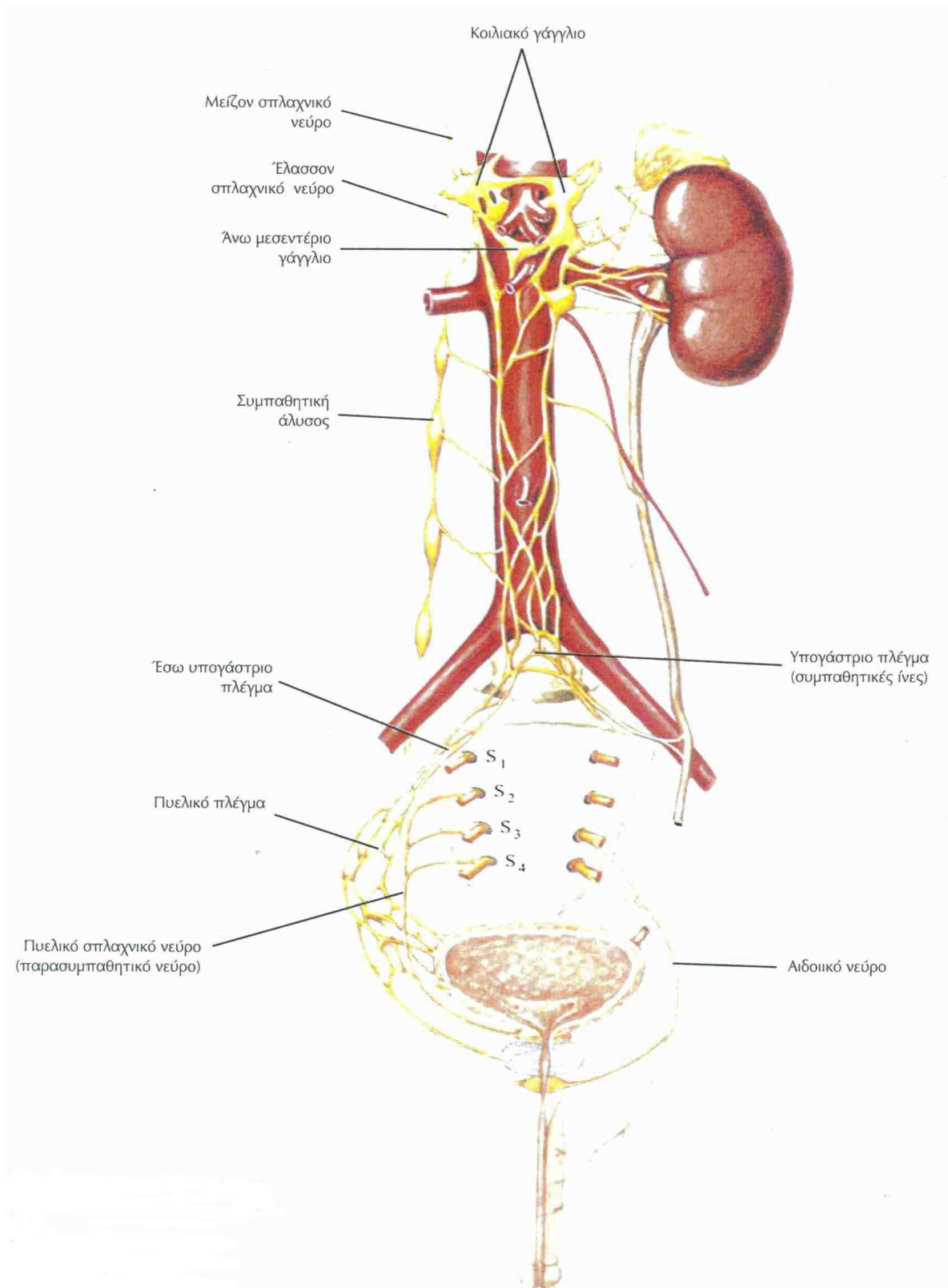


ΕΙΚΟΝΑ 5

Φλεβική αποχέτευση του προστάτη.



Λεμφαγγειακή παροχέτευση του πέους και των όρχεων

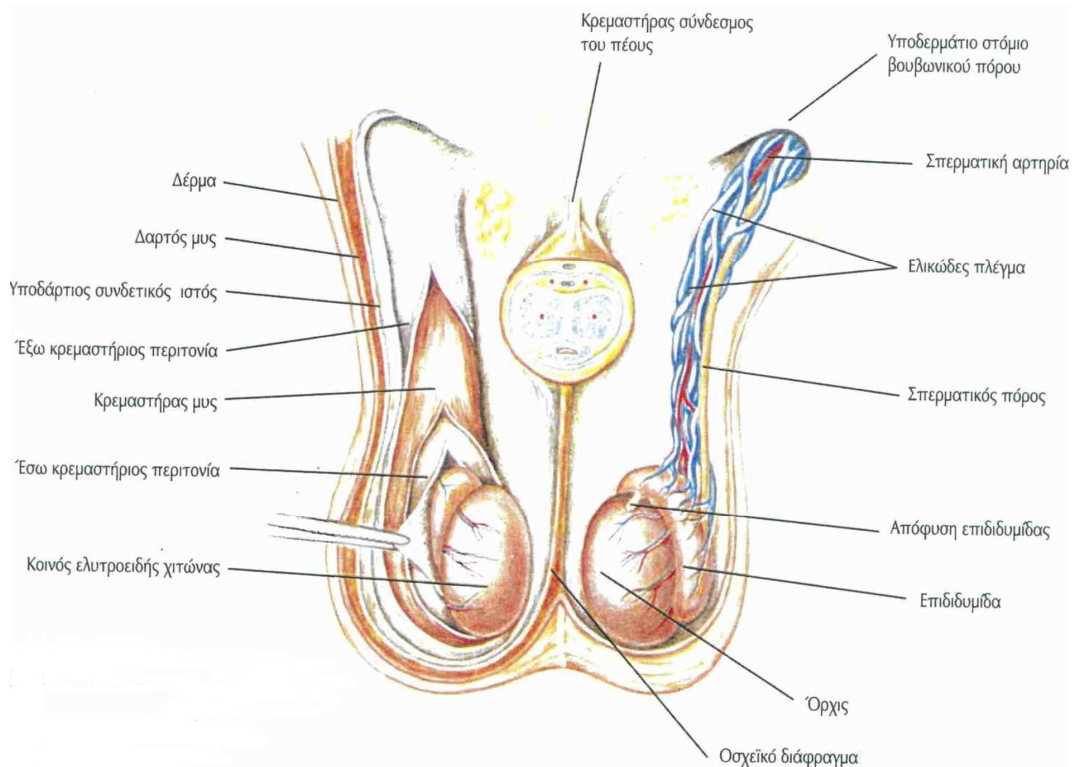


Αυτόνομη και σωματική νεύρωση του ανδρικού ουρογεννητικού συστήματος

2. Το όσχεο

Το όσχεο παριστά ένα δερματικό σακοειδές ανεύρυσμα, με πολλαπλές εγκάρσιες ραβδώσεις, που βρίσκεται κάτωθεν του πέους και προβάλλει προς τα κάτω μεταξύ των δύο μηρών. Εσωτερικά χωρίζεται σε δύο ημιμόρια, αριστερό και δεξιό, που περιέχουν το σύστοιχο όρχι, με ένα διάφραγμα, το οσχεϊκό, που αντιστοιχεί εξωτερικά στη ραφή του όσχεου. Η χαρακτηριστική εγκάρσια γράμμωση οφείλεται στον υποκείμενο του δέρματος χιτώνα, τον δαρτό και περιέχει άφθονες ελαστικές και λείες μυϊκές ίνες.²

Σε κάθε ημιόσχεο, ο όρχις κρέμεται από τα στοιχεία του σπερματικού τόνου, περιβαλλόμενος από τον ιδίως ελυτροειδή χιτώνα, ο οποίος έχει ένα δεύτερο πέταλο, που υπαλείφει εκ των έσω τον κύριο χιτώνα του όρχι, τον κοινό ελυτροειδή χιτώνα. Μεταξύ των δύο πετάλων του ιδίως ελυτροειδούς χιτώνα, υπάρχει ένας χώρος σχισμοειδής, που περιέχει λίγο υγρό και μέσα σ' αυτόν τον χώρο κινείται και διολισθαίνει ο όρχις.²



Το όσχεο και τα περιεχόμενά του (πρόσθια άποψη)

3. Τα έσω γεννητικά όργανα

Εδώ υπάγονται οι όρχεις και τα όργανα που απάγουν το προϊόν της εξωκρινούς τους μοίρας, το σπέρμα, δηλαδή τα όργανα που συνιστούν την εκφορητική οδό του σπέρματος και ο προστάτης.

α) Οι όρχεις και οι επιδιδυμίες

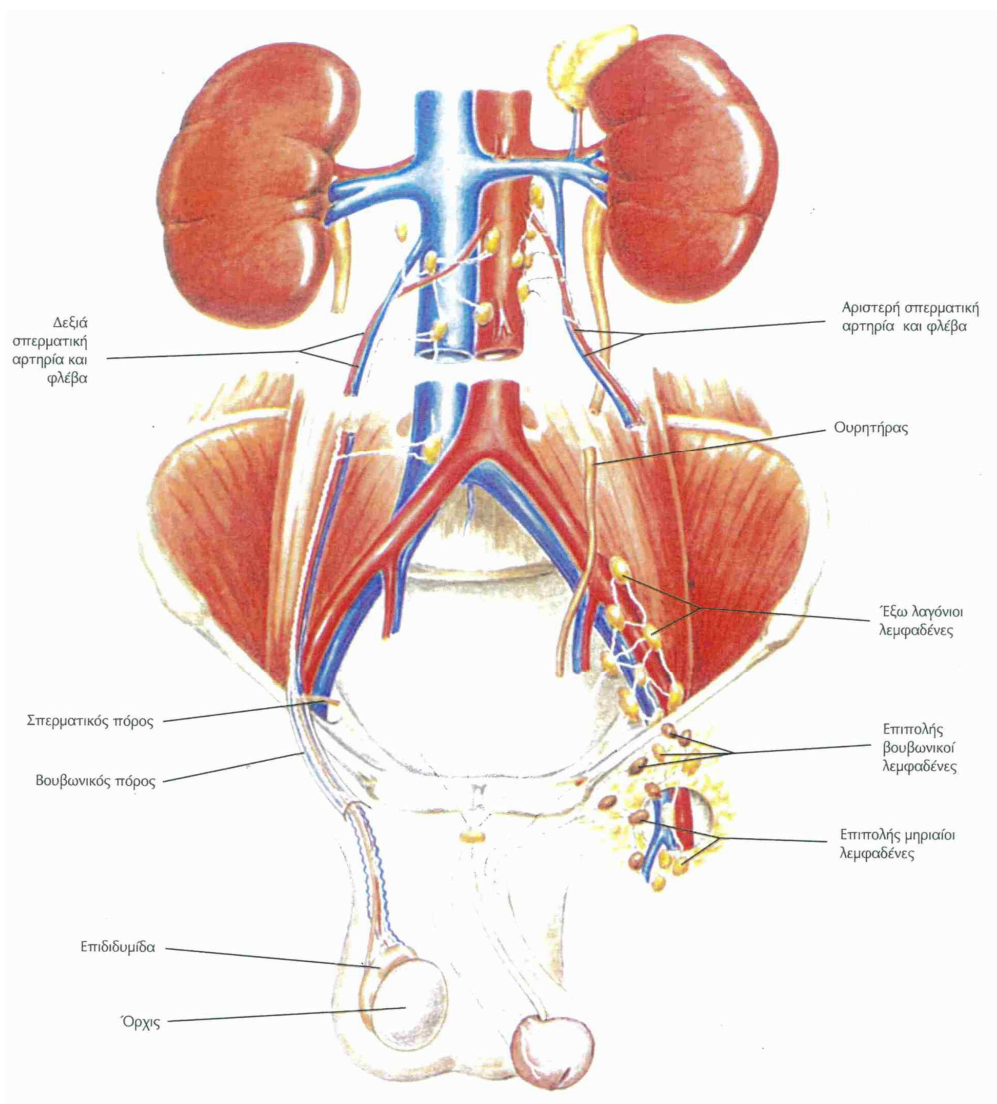
Οι όρχεις, που αποτελούν τους γεννητικούς αδένες του άνδρα, έχουν σήμα και μέγεθος καρυδιού, ελαφρώς πεπλατυσμένου εκ του πλαγίου, που μαζί με την όπισθεν αυτών προσκολλημένη επιδιδυμίδα,

βρίσκονται μέσα στο σύστοιχο ημιόσχεο. Κάθε όρχις αποτελεί έναν μεικτό αδένα, με ενδοκρινή μοίρα που κύρια εκκρίνει την τεστοστερόνη, η οποία συμβάλλει στη διαμόρφωση των δευτερογενών χαρακτηριστικών του άρρενος φύλου. Η εξωκρινής μοίρα παράγει τα σπερματοζωάρια, που μαζί με τις εκκρίσεις κατά μήκος της εκφορητικής οδού, καταλήγουν στον σχηματισμό του σπέρματος, απαραίτητου για την γονιμοποίηση των ωαρίων του θήλεως.²

Κάθε ένας όρχις περιβάλλεται από τον ινώδη χιτώνα του, ο οποίος στην άνω οπίσθια επιφάνεια σχηματίζει μία πάχυνση, το μεσόρχιον, από το οποίο ξεκινούν ινώδη διαφράγματα και διαχωρίζουν το παρέγχυμά του σε 250 περίπου λοβία. Κάθε λοβίο περιέχει 1-4 σπερματικά σωληνάρια, τα οποία συγκλίνουν προς το μεσόρχιο, σχηματίζοντας το δίκτυο του Haller. Από εκεί ξεκινούν 12-15 ευθέα σωληνάρια, που εκβάλλουν στην επιδιδυμίδα και απάγουν τα σπερματοζωάρια προς τον πόρο της. Κάθε σπερματικό σωληνάριο έχει μία βασική μεμβράνη πάνω στην οποία επικάθονται τα σπερματικά κύτταρα και τα κύτταρα του Sertoli. Μεταξύ των σωληναρίων υπάρχει χαλαρός συνδετικός ιστός, που περιέχει τα κύτταρα του Leydig.²

Η επιδιδυμίδα, προσκολλημένη στο οπίσθιο χείλος του σύστοιχου όρχι, που δίνει την εντύπωση συμπαγούς οργάνου με κεφαλή, σώμα και ουρά, αποτελείται ουσιαστικά από τις περιελίξεις ενός μεγάλου και λεπτού σωλήνα, που μόνο προς την ουρά της αποκτά ευθεία πορεία και

μεταπίπτει στον σπερματικό πόρο. Ο τελευταίος πορεύεται προς τα επάνω, παράλληλα προς την επιδιδυμίδα και μαζί με την έσω και τις έξω σπερματικές αρτηρίες, το δίκτυο των σπερματικών φλεβών και τα λεμφαγγεία και νεύρα του όρχι, σχηματίζουν τον σπερματικό τόνο, από όπου κρέμονται ο όρχις με την επιδιδυμίδα. Ο σπερματικός τόνος κατευθύνεται και διέρχεται δια του βουβωνικού πόρου, εισερχόμενος στην κοιλιά.²



Λεμφική αποχέτευση του πέους και των όρχεων

β) Η εκφορητική οδός του σπέρματος

Η εκφορητική οδός του σπέρματος αρχίζει από τα λοβία της σύστοιχης επιδιδυμίδας και φθάνει μέχρι το σπερματικό λοφίδιο, στο τοίχωμα της οπίσθιας ουρήθρας, όπου εκβάλλουν οι εκσπερματιστικοί πόροι. Έτσι σε κάθε πλευρά, από τον πόρο της επιδιδυμίδας αρχίζει όπως αναφέρθηκε, ο σπερματικός πόρος.²

Ο σπερματικός πόρος είναι ένας λεπτός, μακρύς και σκληρός σωλήνας με τριχοειδή αυλό, που αρχίζει από τον κάτω πόλο του όρχι και φέρεται παράλληλα προς την επιδιδυμίδα, στην πορεία του προς το σπερματικό τόνο και το κοιλιακό στόμιο του βουβωνικού πόρου. Όταν περάσει το κοιλιακό στόμιο του βουβωνικού πόρου, εγκαταλείπει τα υπόλοιπα στοιχεία του σπερματικού τόνου και κάμπτεται προς τα έσω και κάτω, κατευθυνόμενος προς τη βάση του προστάτη. Εκεί συναντά τον εκφορητικό πόρο της σπερματοδόχου κύστης και συνενούμενος με αυτόν σχηματίζουν τον εκσπερματιστικό πόρο. Η σκληρότητα του τοιχώματός του οφείλεται στον παχύ μυϊκό του χιτώνα και στον ινώδη χιτώνα, από τον οποίο περιβάλλεται, ενώ σε όλη του την πορεία συνοδεύεται από την σπερματική αρτηρία.²

Η σπερματοδόχος κύστη, βρίσκεται σε κάθε πλευρά, πάνω και πίσω από τον προστάτη, με διαστάσεις και σχήμα εγκαρσίως κειμένου αμυγδάλου, του οποίου η κορυφή καταλήγει σε εκφορητικό πόρο, που συνενούμενος στη μέση γραμμή με τον σπερματικό πόρο, σχηματίζουν

τον εκσπερματιστικό. Ο εκσπερματιστικός πόρος εισέρχεται γρήγορα στον προστάτη από την οπίσθια επιφάνεια και συγκλίνοντας προς τη μέση γραμμή, καταλήγει με τον πόρο της αντίθετης πλευράς στο σπερματικό λοφίδιο, που βρίσκεται όπως έχει ήδη περιγραφεί στην οπίσθια επιφάνεια της προστατικής ουρήθρας.²

γ) Ο προστάτης

Ο προστάτης είναι εξωκρινής αδένας που βρίσκεται κάτω από την ουροδόχο κύστη μεταξύ της ηβικής σύμφυσης και του ορθού. Σε σχήμα και σε μέγεθος μοιάζει με κάστανο. Η κορυφή του βρίσκεται προς τα κάτω και ακουμπά στο ουρογεννητικό τρίγωνο. Η βάση του είναι προς τα πάνω και ακουμπά στον πυθμένα της ουροδόχου κύστης.

Η πίσω επιφάνεια του προστάτη χωρίζεται με ένα κάθετο αυλάκι που βρίσκεται στη μέση σε δύο λοβούς τον αριστερό και τον δεξιό. Οι λοβοί αυτοί και γενικά ο προστάτης μπορεί να ψηλαφηθεί με το δάχτυλο από το ορθό γιατί μεταξύ τους μεσολαβεί μόνο η ευθυπροστατική περιτονία του Denonvilliers. Μπροστά, μεταξύ του προστάτη και της ηβικής σύμφυσης υπάρχουν οι ηβοπροστατικοί σύνδεσμοι και το αιδοϊκό φλεβικό πλέγμα του Santorini.⁴

Η πάνω επιφάνεια που αποτελεί τη βάση του προστάτη, διασχίζεται μπροστά από την ουρήθρα και πίσω από τους εκσπερματικούς πόρους. Το μεσαίο μέρος που βρίσκεται κάτω από το

κυστικό τρίγωνο εξέχει λίγο προς τα πάνω και αποτελεί τον μέσο ή κεντρικό λοβό του προστάτη.

Η υπερτροφία του μέσου λοβού και του προστάτη γενικά που συμβαίνει πολύ συχνά στους ηλικιωμένους πιέζει την ουρήθρα και ιδιαίτερα το μέσο στόμιο και δυσκολεύει την ούρηση.⁴

Ο προστάτης αποτελείται από:

ινομύδη

και αδενικό ιστό.

Ο ινομύδης ιστός περιβάλλει τον προστάτη από έξω και σχηματίζει το εσωτερικό του αδένα διαφράγματα που χωρίζουν τον αδενικό ιστό σε λοβία.

Οι αδένες του προστάτη είναι σωληνοκυψελωτοί και οι πόροι τους 12-20 καταλήγουν στις παραλοφίδες αύλακες της προστατικής ουρήθρας.⁴

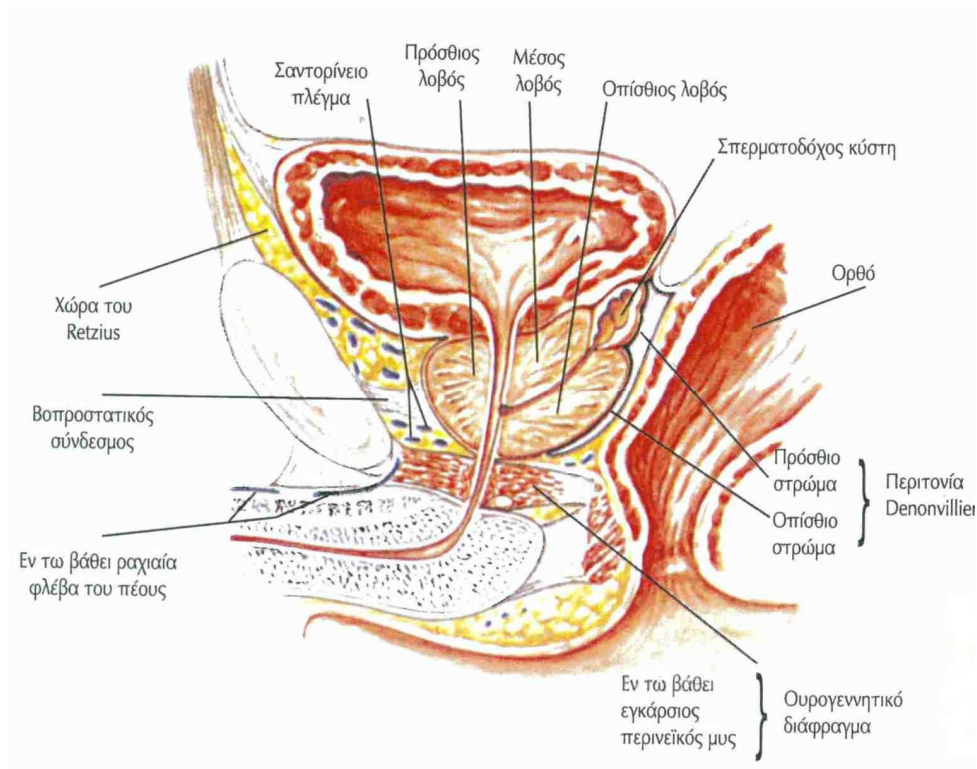
Το έκκριμα του προστάτη αποτελεί το 20% περίπου του όγκου του σπέρματος κατά την εκσπερμάτιση και εξέρχεται μέσα στην προστατική ουρήθρα και αναμειγνύεται με αυτό. Ο προστάτης παράγει ψευδάργυρο, φωσφολιπίδια, σπερμίνη, φωσφατάσεις και κύρια πρωτεολυτικά ένζυμα που προκαλούν ρευστοποίηση του σπέρματος μέσα σε 20-30 λεπτά από την εκσπερμάτιση. Η μείωση και η έλλειψη των ενζύμων αυτών (που συμβαίνει συνήθως σε φλεγμονές του προστάτη) συνεπάγεται

καθυστέρηση στη ρευστοποίηση και δυσμενή επίδραση στην κινητικότητα των σπερματοζωαρίων.⁵

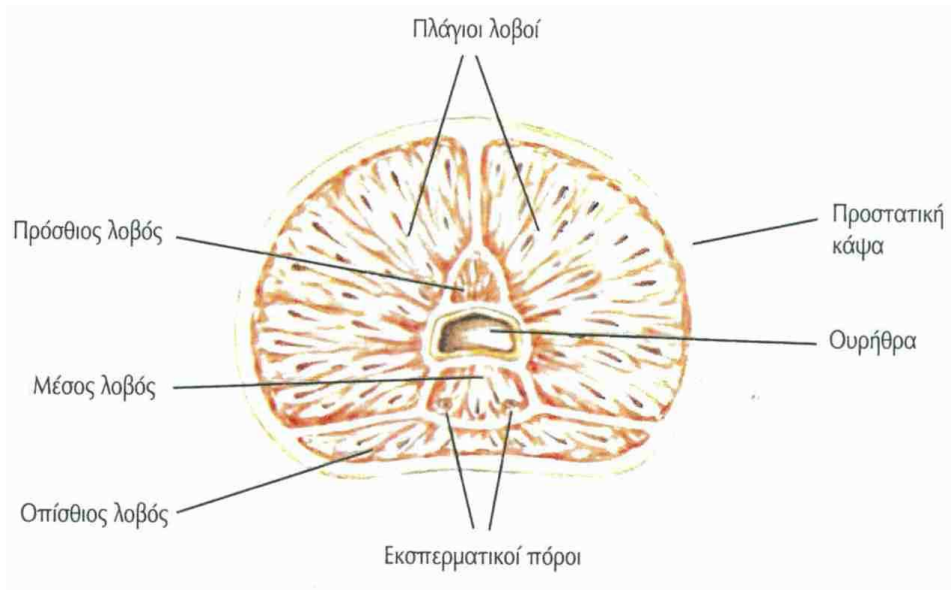
Η αιμάτωση του προστάτη προέρχεται από την κάτω κυστική, την μέση αιμορροϊδική και την έσω αιδοϊκή αρτηρία.

Το φλεβικό αίμα του προστάτη καταλήγει στα κυστεοπροστατικά φλεβικά πλέγματα που βρίσκονται στα πλάγια του αδένου.

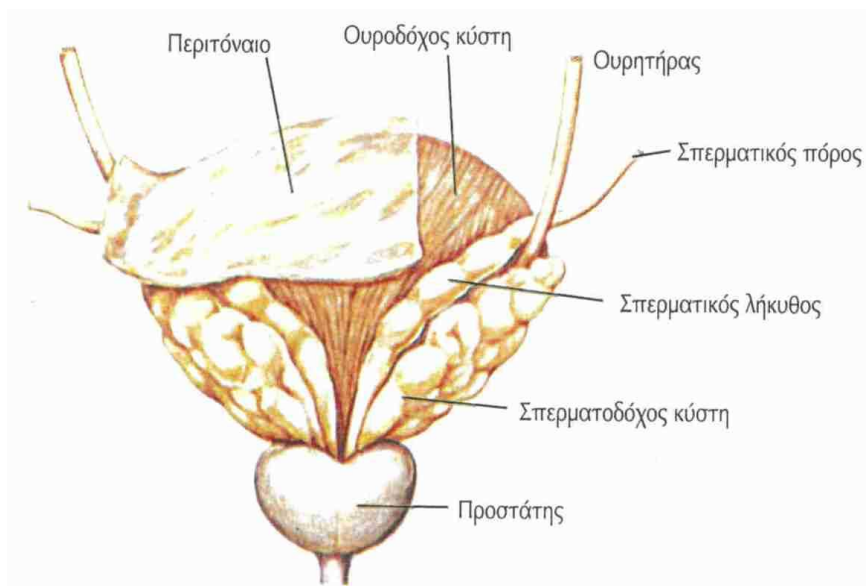
Τα νεύρα του προστάτη προέρχονται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα.⁴



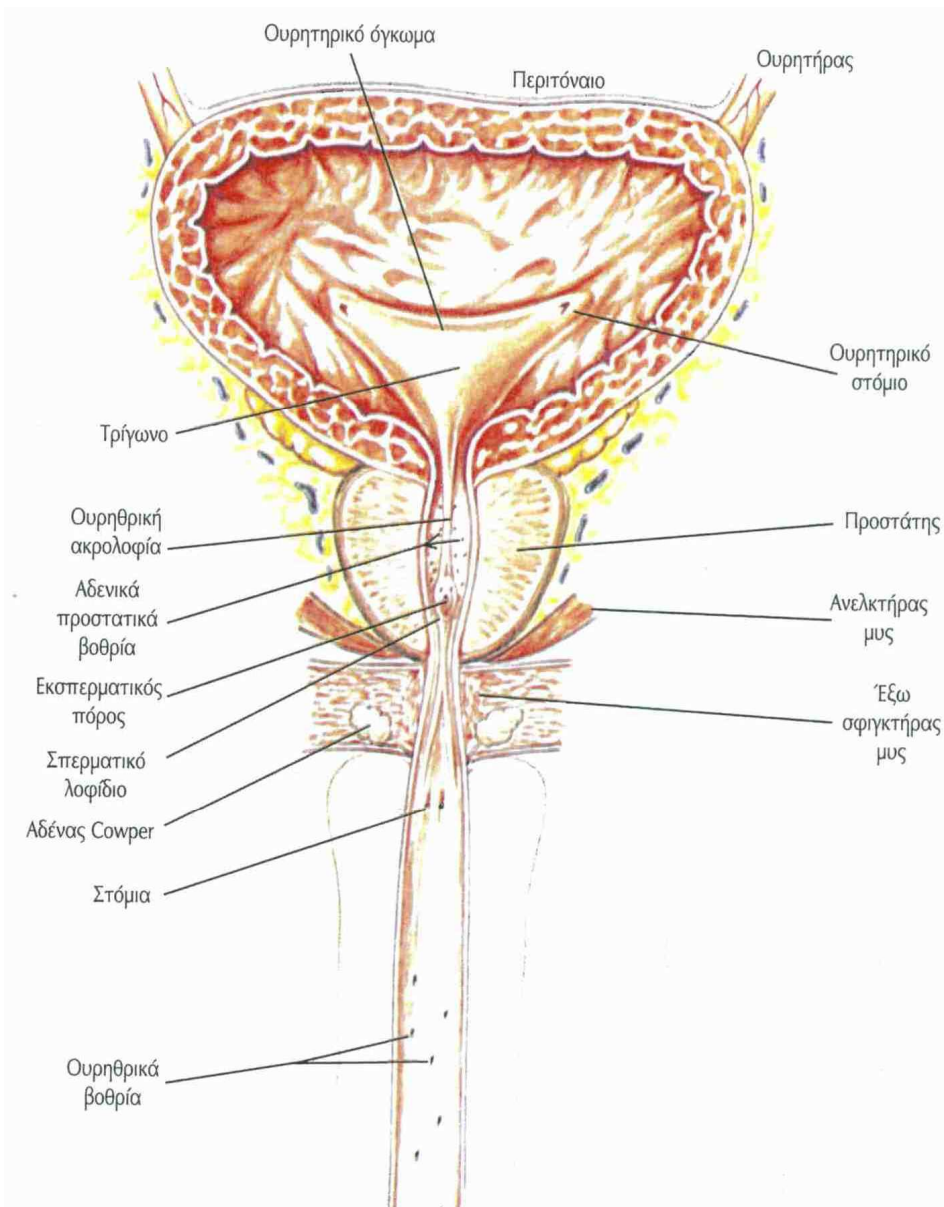
Πλάγια άποψη με έμφαση στις ανατομικές σχέσεις των περιτονίων



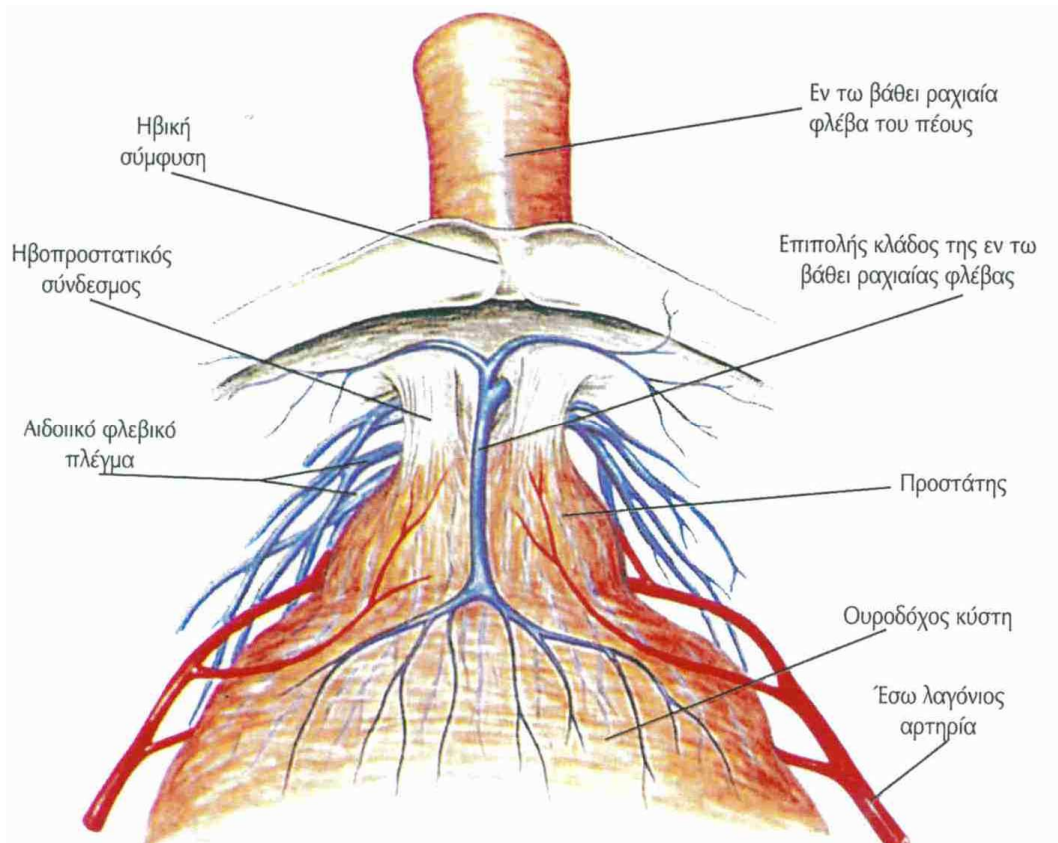
Μακροσκοπική τομή του προστάτη που δείχνει τους λοβούς



Οπίσθια άποψη που δείχνει τις σπερματοδόχους κύστεις και τους εκσπερματικούς πόρους που εισέρχονται στον προστάτη



Το εσωτερικό της ουροδόχου κύστεως του προστάτη και του κεντρικού τμήματος της ουρήθρας



Φλεβική παροχή

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο:

ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ

Γενικά

Όταν ένας άνδρας φτάσει στην ηλικία των 25 ετών, ο προστάτης του αρχίζει να μεγαλώνει. Κανείς δεν γνωρίζει το λόγο, και οι γιατροί εικάζουν ότι ρόλο παίζουν οι αλλαγές στα επίπεδα των ορμονών που οφείλονται στην ηλικία, καθώς επίσης και παράγοντες που σχετίζονται με τη διατροφή.⁶

Σύμφωνα με μια δημοφιλή θεωρία, ο προστάτης αρχίζει να μεγαλώνει εξαιτίας της μεταβολής της ισορροπίας μεταξύ της τεστοστερόνης, μιας ανδρικής ορμόνης και του οιστρογόνου, μιας γυναικείας ορμόνης που υπάρχει σε μικρές ποσότητες στους άνδρες. Μερικές μελέτες που έγιναν σε ζώα, έχουν δείξει ότι η μεταβολή αυτή στην ορμονική ισορροπία μπορεί να δώσει το έναυσμα για μια αλυσιδωτή αντίδραση, προκαλώντας τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων που γίνεται εμφανής με τη διόγκωση του προστάτη. Σύμφωνα με άλλες μελέτες που έγιναν επίσης σε ζώα, η διαίρεση των κυττάρων μπορεί να προκαλείται από τη συσσώρευση της ανδρικής ορμόνης διυδροτεστοστερόνης (DHT) του προστάτη.⁶

Εμφανίζονται επίσης στοιχεία, σύμφωνα με τα οποία η μεγέθυνση του προστάτη σχετίζεται με τον δυτικό τρόπο διατροφής. Το 2002, οι ερευνητές της μελέτης Health Professionals Follow-Up ανέφεραν στην American Journal of Clinical Nutrition ότι οι άνδρες που λάμβαναν μεγαλύτερες ποσότητες θερμίδων, πρωτεϊνών και κάποιων συγκεκριμένων ειδών πολυακόρεστων λιπών, είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν διόγκωση του προστάτη από εκείνους που λάμβαναν μικρότερες ποσότητες.⁶

Η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη, που ονομάζεται επίσης και υπερτροφία του προστάτη, αποτελεί την πιο συχνή αιτία για τη μεγέθυνση του προστάτη. Πράγματι, είναι σχεδόν σίγουρο ότι, αν ένας άνδρας ζήσει αρκετά θα εμφανίσει κάποιο βαθμό καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη. Έχετε υπόψη ότι είναι μια καλοήθης πάθηση που δεν οδηγεί σε καρκίνο (τα δύο προβλήματα όμως μπορεί να συνυπάρχουν).

Αν και το 50%-60% των ανδρών με καλοήθη υπερπλασία του προστάτη μπορεί να μην εμφανίσουν ποτέ κανένα σύμπτωμα, η πάθηση αυτή μπορεί να κάνει δύσκολη τη ζωή. Συνεπώς, πολλοί είναι οι άνδρες που αναζητούν θεραπεία.⁶

Πώς εξελίσσεται η καλοήθης υπερπλασία

Καθώς αυξάνει το μέγεθος του προστάτη, αρχίζει να ασκείται πίεση στην ουρήθρα και την ουροδόχο κύστη, όπως όταν κάποιος πατάει πάνω σε ένα λάστιχο ποτίσματος ή όταν πιάνει ένα καλαμάκι με τα δάκτυλα. Η ροή των ούρων αποφράσσεται σταδιακά, αναγκάζοντας την ουροδόχο κύστη να δουλέψει περισσότερο για να ωθήσει τα ούρα στην ουρήθρα. Η πίεση όμως για να ουρήσει, αν και αναπόφευκτη, μόνο χειρότερα κάνει τα πράγματα. Ακριβώς όπως συμβαίνει με την άσκηση οποιουδήποτε μυός, το τοίχωμα της ουροδόχου κύστης γίνεται παχύτερο. Έτσι ελαττώνεται η ποσότητα ούρων που μπορεί να συγκρατήσει η ουροδόχος κύστη και προκαλείται η σύσπασή της ακόμα και όταν περιέχει μικρές ποσότητες ούρων. Η ούρηση έτσι γίνεται συχνότερη. Τελικά το πάχος της ουροδόχου κύστης αυξάνει τόσο πολύ που χάνει την ελαστικότητά της και δεν μπορεί πλέον να κενωθεί.⁶

Η στένωση της ουρήθρας και η μερική κένωση της ουροδόχου κύστης προκαλούν πολλά από τα προβλήματα της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη. Μπορεί να δημιουργηθεί αίσθηση επιτακτικής ανάγκης για ούρηση αλλά να χρειαστεί να τεθεί πίεση. Ίσως η ροή των ούρων να είναι αδύνατη ή να σταματάει και να ξεκινάει.⁶

Ίσως μετά την ούρηση να υπάρξουν σταγόνες ούρων ή αίσθηση ότι η κύστη δεν κενώθηκε πλήρως. Και ίσως να υπάρχει αίσθηση για

επιτακτική ανάγκη για ούρηση – ακόμα και κάθε λίγα λεπτά – και συνεπώς να χρειαστεί να ξυπνούν οι ασθενείς πολλές φορές τη νύχτα. Σε μερικούς άνδρες εκδηλώνεται επίσης και ακράτεια ούρων, η ακούσια απομάκρυνση ούρων.⁶

Η πορεία της καλοήθους υπερπλασία του προστάτη διαφέρει από άνδρα σε άνδρα. Σε μερικούς, η ασθένεια εξελίσσεται μέχρι κάποιο σημείο και σταθεροποιείται σε ένα επίπεδο ήπιων συμπτωμάτων που δεν επιδεινώνονται στο εξής. Μπορεί ακόμα ο προστάτης να συνεχίσει να μεγαλώνει, μακριά όμως από την ουρήθρα και έτσι να μην προκαλεί επιπρόσθετη απόφραξη. Ειδικά στα πρώτα χρόνια της πάθησης, τα συμπτώματα μπορεί να μετριάζονται και έπειτα να επιδεινώνονται ξανά. Σε άλλους άνδρες, η νόσος προοδεύει σταδιακά και τα συμπτώματα γίνονται εντονότερα χρόνο με το χρόνο. Στη χειρότερη περίπτωση, ο προστάτης μπορεί να φτάσει στο μέγεθος του γκρέιπ-φρουτ.

Οι περισσότεροι γιατροί συνιστούν να μη γίνεται συντηρητική ή χειρουργική θεραπεία σε άνδρες με ήπια συμπτώματα, γιατί οι παρενέργειες της θεραπείας είναι περισσότερες από τα πιθανά οφέλη. Αν όμως τα συμπτώματα επιδεινωθούν τακτικές δραστηριότητες μπορεί να αποτελέσουν πρόβλημα.⁶

Συμπτώματα

Τα συμπτώματα που παρουσιάζουν οι περισσότεροι από τους ασθενείς με καλοήγη υπερπλασία του προστάτη είναι εκείνα που προέρχονται από τις μεταβολές που παρουσιάζονται στη λειτουργία της κύστης, λόγω της αυξημένης ουρηθρικής αντίστασης. Έχει παρατηρηθεί ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του μεγέθους, του όγκου που αποκτά ο υπερπλαστικός προστάτης και της παρουσίας ή όχι, όπως και της έντασης των ενοχλημάτων που προκαλούνται από την απόφραξη της ουρήθρας. Εδώ πρέπει να αναφέρουμε ότι τα ενοχλήματα που ο ασθενής αισθάνεται, αποτελούν τα υποκειμενικά ευρήματα της εξέτασης, όπως η συχνουρία, ημερήσια και νυχτερινή, η δυσουρία και η επιτακτική ούρηση, η αιματουρία και η επίσχεση των ούρων, οξεία ή χρόνια. Τα ενοχλήματα αυτά πρέπει να συνεκτιμώνται με τα αντικειμενικά ευρήματα από τις εργαστηριακές εξετάσεις (υποτροπιάζουσα ουρολοίμωξη, παρουσία υπολειπόμενου ποσού ούρων, επιπτώσεις στη λειτουργία και μορφολογία του ανώτερου ουροποιητικού), για να αποφασιστεί αν θα προχωρήσουμε στην εφαρμογή κάποιου θεραπευτικού, φαρμακευτικού σχήματος ή όχι ή θα εφαρμόσουμε κάποια χειρουργική επέμβαση.²

Άλλο σύμπτωμα που είναι πιθανόν να εμφανιστεί είναι αυτό της παρεμπόδισης της καθόδου των ούρων. Η όλη πορεία της παρεμπόδισης της καθόδου των ούρων εκδηλώνεται με συμπτώματα και διαταραχές,

μόνο όταν η ατροφία του νεφρικού παρεγχύματος φτάσει στο σημείο που αδυνατεί να διηθήσει επαρκώς το αίμα και η ανεπαρκής του κάθαρση καταλήγει σε αναιμία, με τις κλινικές εκδηλώσεις (αναιμία, ζάλη, εύκολη κόπωση, υπέρταση, εμετοί και διαταραχές της θρέψης), φθάνει δηλαδή το άτομο στο τελικό στάδιο της απόφραξης που χαρακτηρίζεται από την αποφρακτική ανεπάρκεια.⁷

Διεθνές Ερωτηματολόγιο για τη Διαβάθμιση των Συμπτωμάτων του Προστάτη (I-PSS)

	Καμία φορά	Λιγότερο από μία φορά στις 5	Λιγότερο από τις μισές φορές	Περίπου τις μισές φορές	Περισσότερο από τις μισές φορές	Σχεδόν πάντα	
1. Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά είχατε το αίσθημα μη κένωσης της κύστεως μετά το τέλος της ούρησης;	0	1	2	3	4	5	ΑΤΕΛΗΣ ΟΥΡΗΣΗ
2. Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά αναγκάσθηκα να ουρήσεις πάλι σε λιγότερο από δύο ώρες μετά το τέλος της ούρησης;	0	1	2	3	4	5	ΣΥΧΝΟΥΡΙΑ
3. Τον τελευταίο μήνα πόσες φορές σταμάτησες και ξανάρχισες την ούρηση κατά τη διάρκειά της;	0	1	2	3	4	5	ΔΙΑΛΕΙΠΟΥΣΑ ΟΥΡΗΣΗ
4. Τον τελευταίο μήνα πόσες φορές βρήκες δυσκολία στην αναβολή της ούρησης;	0	1	2	3	4	5	ΕΠΙΤΑΚΤΙΚΗ ΟΥΡΗΣΗ
5. Τον τελευταίο μήνα πόσες φορές η ροή των ούρων ήταν αδύναμη;	0	1	2	3	4	5	↓ΡΟΗ
6. Τον τελευταίο μήνα πόσες φορές δυσκολεύτηκες για την έναρξη της ούρησης;	0	1	2	3	4	5	ΔΥΣΟΥΡΙΑ
	Καμία	1 φορά	2 φορές	3 φορές	4 φορές	5 ή περισσότερες φορές	
7. Τον τελευταίο μήνα πόσες φορές ουρείς κατά τη διάρκεια της νύκτας;	0	1	2	3	4	5	ΝΥΚΤΟΥΡΙΑ

Ποιότητα Ζωής που Προκύπτει από τα Συμπτώματα

	Χαρού-μενος	Ευχαριστημένος	Κατά το πλείστον ικανοποιημένος	Ισοδύναμα ικανοποιημένος και δυσαρεστημένος	Κατά το πλείστον δυσαρεστημένος	Δυστυχής	Τρομερά δυστυχής
1. Αν έπρεπε να περάσεις την υπόλοιπη ζωή σου με τα συμπτώματα της ούρησης όπως είναι τώρα, πως θα αισθανόσουν;	0	1	2	3	4	5	6

Εκτίμηση του δείκτη ποιότητας ζωής L =

Η αυξημένη αποβολή σταγόνων ούρων στο τέλος της ούρησης έχει δύο στοιχεία

↓ουρηθρικός μυϊκός τόνος
ΚΥΠ και απόφραξη

Αιτιολογικοί παράγοντες καλοήθους υπερπλασίας προστάτη και παθογένειας

Όσον αφορά την αιτιολογία της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη, έχουν διατυπωθεί διάφορες υποθέσεις (θεωρίες σχηματισμού) από τις οποίες επικρατέστερες φαίνονται: α) η επανεμφάνιση της ενδογενούς ικανότητας των μεσεγχυματικών κυττάρων του ουρογεννητικού σωλήνα να πολλαπλασιάζονται και να σχηματίζουν προστατικό ιστό και β) οι αλλαγές στη σχέση των ορμονών που ρυθμίζουν τη λειτουργία και ανάπτυξη του προστάτη, στους ενήλικες. Αυτές οι αλλαγές σχετίζονται τόσο με την ελάττωση των επιπέδων παραγωγής της τεστοστερόνης, όσο και με την αύξηση της μετατροπής της τεστοστερόνης του ορού σε οιστρογόνα, στον λιπώδη ιστό των οργάνων. Σημεία ενδεικτικά των ορμονικών επιδράσεων στην καλοήθη υπερπλασία του προστάτη, αποτελούν τόσο η απουσία εμφάνισής της σε άνδρες που έχουν ευνουχιστεί πριν την εφηβεία, όσο και η υποστροφή που παρατηρείται σ' αυτήν (την καλοήθη υπερπλασία προστάτη), όταν γίνει ορχεκτομή σε ενήλικα άτομα. Είναι επιβεβαιωμένο ακόμη, ότι η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη σχετίζεται άμεσα με τη δράση των ανδρογόνων και ιδιαίτερα της διϋδροτεστοστερόνης, που είναι το κύριο ενδοκυτταρικό ανδρογόνο μέσα στον προστάτη.⁶

Όσον αφορά την απόφραξη της ουρήθρας που προκαλείται από την καλοήγη υπερπλασία του προστάτη, φαίνεται αυτή να ανταποκρίνεται στην κλασική άποψη της αυξημένης ουρηθρικής αντίστασης από την συμπίεση της ουρήθρας, που προκαλεί ο όγκος, η μάζα της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη (μηχανική απόφραξη της ουρήθρας), που συμπληρώνεται όμως από την δυναμική απόφραξη της ουρήθρας, που προκαλεί η τάση των λείων μυϊκών ινών της χειρουργικής κάψας και του στρώματος γύρω από την ουρήθρα και τον αυχένα της κύστης. Η συνεχής σύσπασση, η τάση αυτή των λείων μυϊκών ινών, οφείλεται στη διέγερση των α1 υποδοχέων τους από το Συμπαθητικό Νευρικό Σύστημα.

Επιπλέον αιτιολογικοί παράγοντες μπορούν να θεωρηθούν η αυξημένη πρόσληψη λίπους, η καθιστική ζωή, το κάπνισμα, η υπερκατανάλωση αλκοόλ και η κακή διατροφή.⁶

Διαγνωστικές εξετάσεις

Πώς είναι δυνατόν ένας τόσο μικρός αδένας να προκαλεί τόσο μεγάλα προβλήματα; Για να απαντήσει κανείς στο ερώτημα αυτό πρέπει να λάβει υπόψη τη θέση που έχει στο σώμα.⁶

Ο προστάτης βρίσκεται μπροστά από το ορθό και ακριβώς κάτω από την ουροδόχο κύστη. Περιβάλλει το ανώτερο τμήμα της ουρήθρας,

του πόρου δηλαδή που μεταφέρει τα ούρα από την ουροδόχο κύστη έξω από το σώμα.⁶

Ο προστάτης αποτελείται κυρίως από συνδετικούς και αδενικούς ιστούς και παράγεται ένα παχύρρευστο, γαλακτώδες υγρό που είναι τμήμα του σπέρματος, του υγρού της εκσπερμάτισης κατά τη σεξουαλική δραστηριότητα.⁶

Για να λειτουργήσει σωστά ο προστάτης, χρειάζονται κατάλληλες ποσότητες κάποιων ορμονών, όπως η τεστοστερόνη που παράγεται από τους όρχεις και κάποιων άλλων που παράγονται από την υπόφυση και τα επινεφρίδια.⁶

Η εξέταση του προστάτη

Οι γιατροί μπορούν να χρησιμοποιήσουν διάφορες μεθόδους για να εκτιμήσουν την κατάσταση του προστάτη. Οι πιο συχνές είναι οι εξής:

- **Δακτυλική εξέταση από το ορθόν**

Στην εξέταση αυτή ο γιατρός, αφού φορέσει γάντια και επικαλύψει ένα δάκτυλο με λιπαντικό, το εισάγει στο ορθόν και ψηλαφίζει την επιφάνεια του προστάτη, για να προσδιορίσει αν είναι πρησμένος και αν υπάρχουν εξογκώματα ή περιοχές με μη φυσιολογική υφή. Η εξέταση αυτή, βοηθά επίσης τους γιατρούς να ελέγξουν αν υπάρχουν ασθένειες στο ορθό, όπως καρκίνος ορθού. Η Αμερικάνικη Εταιρεία Καρκίνου

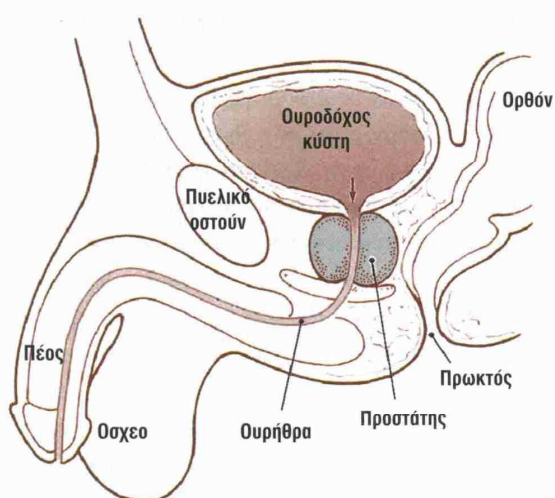
συνιστά όλοι οι άνδρες άνω των 50 να υποβάλλονται κάθε χρόνο σε δακτυλική εξέταση από το ορθό.⁶

Οι μελέτες διαφωνούν, αλλά μια μελέτη που διεξήχθη από τη Mayo Clinic, απέδειξε ότι οι άνδρες που υποβάλλονται σε δακτυλικές εξετάσεις από το ορθόν έχουν λιγότερες πιθανότητες να πεθάνουν από καρκίνο του προστάτη.

Αν και η εξέταση αυτή γενικά διαρκεί λιγότερο από ένα λεπτό, μερικοί άνδρες αισθάνονται αμήχανα και συνεπώς αναβάλλουν ή αποφεύγουν την επίσκεψη στο γιατρό. Η δυσχέρεια όμως είναι μέτρια και διαρκεί μόλις μερικές στιγμές, ενώ η διαδικασία δεν προκαλεί κάποια οργανική βλάβη.

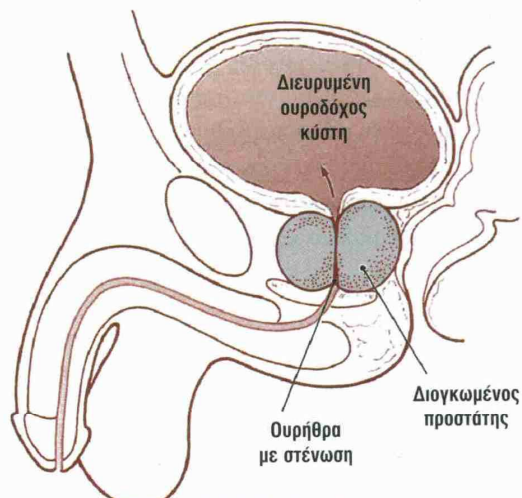
Η δακτυλική εξέταση από το ορθόν είναι μια χρήσιμη εξέταση πρώιμης ανίχνευσης, δεν είναι όμως αλάνθαστη. Η ορθότητά της εξαρτάται από την ικανότητα του γιατρού που τη διεξάγει και την ερμηνεύει.⁶

Σχήμα 1 Εντοπίζοντας τον προστάτη αδένα



Φυσιολογικός

Ο προστάτης βρίσκεται ακριβώς κάτω από την ουροδόχο κύστη, μπροστά από το ορθόν και περιβάλλει το ανώτερο τμήμα της ουρήθρας.

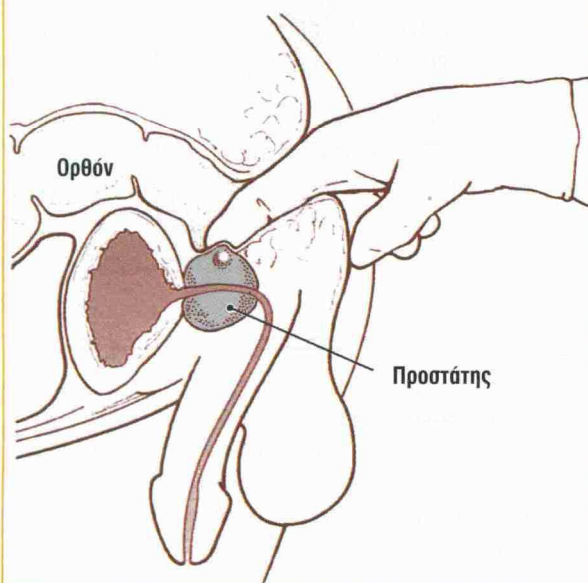


Διογκωμένος

Η διογκωση του προστάτη εμποδίζει τη ροή των ούρων από την ουροδόχο κύστη προκαλώντας στένωση της ουρήθρας.

Σχήμα 2 Δακτυλική εξέταση από το ορθόν

Κατά τη δακτυλική εξέταση από το ορθόν, ο γιατρός αφού φορέσει γάντια, εισάγει ένα δάκτυλο επικαλυμμένο με λιπαντικό στο ορθόν και πιέζει το τοίχωμα του ορθού για να καθορίσει το μέγεθος του προστάτη και την ύπαρξη μη φυσιολογικών καταστάσεων. Ο καρκίνος σε αρχικό στάδιο μπορεί να γίνει αισθητός ως μικρό εξόγκωμα στην επιφάνεια του προστάτη.



- **Εξέταση PSA**

Αυτή η εξέταση αίματος μετρά το επίπεδο μιας πρωτεΐνης που ονομάζεται ειδικό προστατικό ανδρογόνο (PSA), η οποία παρασκευάζεται από τον προστάτη.

Οι γιατροί χρησιμοποιούν την εξέταση για την ανίχνευση καρκίνου του προστάτη αν και ένα επίπεδο ανώτερο του φυσιολογικού (4 ng/ml ή υψηλότερο), δεν είναι πάντα ενδεικτικό για την παρουσία καρκίνου.⁶

Για παράδειγμα, αυξημένα επίπεδα PSA μπορούν να εκδηλωθούν ως αποτέλεσμα μη καρκινικής καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη ή προστατίτιδας, όπως επίσης και σε άνδρες που εκλύουν περισσότερη πρωτεΐνη στο αίμα. Στην πραγματικότητα, οι περισσότεροι άνδρες που έχουν ελαφρώς αυξημένα επίπεδα PSA δεν έχουν καρκίνο. Επιπλέον, μερικές μελέτες υποστηρίζουν ότι τα επίπεδα PSA μπορεί να είναι αυξημένα μέχρι και 48 ώρες μετά την εκσπερμάτιση. Εκτός από τους διαγνωστικούς σκοπούς για τους οποίους χρησιμοποιείται η εξέταση PSA χρησιμοποιείται και στην παρακολούθηση μετά τη θεραπεία για καρκίνο του προστάτη.^{6, 11}

Η εξέταση PSA έγινε ιδιαίτερα δημοφιλής από τη στιγμή που άρχισε να χρησιμοποιείται ευρέως στα τέλη της δεκαετίας του 1980. Οι ειδικοί όμως, διαφωνούν σχετικά με το αν η εξέταση αυτή θα έπρεπε να καθιερωθεί για τους άνδρες άνω των 50.^{6, 11}

Το ποσοστό θανάτων από καρκίνο του προστάτη σημείωσε πτώση τα τελευταία χρόνια στις ΗΠΑ και κάποιοι ειδικοί πιστεύουν ότι αυτό οφείλεται στη διάδοση της εξέτασης PSA. Κάποιοι όμως, αποδίδουν τη μείωση αυτή σε άλλους παράγοντες, όπως στις μειωμένες ποσότητες λίπους στην Αμερικάνικη διατροφή. Τονίζουν ότι τα ποσοστά θνησιμότητας έχουν επίσης μειωθεί και στην Αγγλία και την Ουαλία όπου ο έλεγχος PSA δεν είναι διαδεδομένος.^{6,11}

Καθώς το αυξημένο PSA δεν διαφοροποιεί τον καρκίνο από την καλοήγη υπερπλασία του προστάτη ή την προστατίτιδα, μπορεί να προκαλέσει περιττή ανησυχία και μπορεί να οδηγήσει σε δαπανηρές και επεμβατικές διαδικασίες, όπως η βιοψία, για να καθοριστεί αν υπάρχει καρκίνος. Αντίθετα, το PSA δεν ανιχνεύει όλες τις περιπτώσεις καρκίνου και επομένως ένα φυσιολογικό επίπεδο PSA μπορεί να δώσει λανθασμένη εντύπωση ασφάλειας.⁶

Περίπου το 20%-40% των ανδρών με καρκίνο στον προστάτη έχουν φυσιολογικές τιμές PSA. Ακόμα και υπέρμαχοι της εξέτασης PSA αμφιβάλλουν ως προς τη χρησιμότητά του στους άνδρες με προσδόκιμο όριο επιβίωσης μικρότερο των 10 ετών (75 ετών, για άνδρες με μέση υγεία), καθώς οι άνδρες αυτοί έχουν περισσότερες πιθανότητες να χάσουν τη ζωή τους από κάποια άλλη αιτία πρώτα.

Ωστόσο, το PSA μπορεί να βοηθήσει στην ανίχνευση καρκίνου του προστάτη που είναι πολύ μικρός για να γίνει αισθητός κατά τη δακτυλική

εξέταση από το ορθόν. Πράγματι, η εξέταση απέκτησε αξιοπιστία καθώς εντόπιζε πολλούς περισσότερους καρκίνους σε πρώιμα στάδια σε σχέση με εκείνους που εντοπίζονταν στο παρελθόν.^{6,11}

Δεν είναι γνωστό όμως αν μια ανίχνευση που γίνεται νωρίτερα αυξάνει πραγματικά τις πιθανότητες επιβίωσης του ατόμου.^{6,11}

Εν τω μεταξύ, οι ερευνητές σημειώνουν πρόοδο όσον αφορά στη βελτίωση της ορθότητας της εξέτασης.

Η πρωτεΐνη PSA κυκλοφορεί στο αίμα σε δύο μορφές, είτε δεσμευμένη με άλλες πρωτεΐνες είτε αδέσμευτη (ελεύθερη).^{6,11}

Αρκετές μελέτες, συμπεριλαμβανομένης μιας ευρείας κλινικής δοκιμής που δημοσιεύτηκε το 1998 στο Journal of the American Association, υποστηρίζουν ότι οι άνδρες με αυξημένα επίπεδα PSA και χαμηλό ποσοστό ελεύθερου PSA έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν καρκίνο του προστάτη παρά κάποια καλοήγη πάθηση του προστάτη. Συνεπώς, η εξέταση ελεύθερου PSA γίνεται πλέον συχνά.

Και σε αυτήν την περίπτωση όμως, το επίπεδο ελεύθερου PSA δεν παρέχει οριστική απάντηση όσον αφορά στην παρουσία καρκίνου.^{6,11}

Οι συμπληρωματικές πληροφορίες που δίνει όμως, μπορούν να φανούν ιδιαίτερα χρήσιμες στην περίπτωση που κάποιος προβληματίζεται σχετικά με το αν το επόμενο βήμα που πρέπει να γίνει είναι η βιοψία.

Η Αμερικάνικη Εταιρεία Καρκίνου συνιστά στους γιατρούς να υποβάλλουν τους ασθενείς τους σε ετήσιες εξετάσεις PSA από τα 50 και έπειτα και στους άνδρες που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου, μετά τα 45. Ομοίως, η American Urological Association επιδοκιμάζει την άποψη αυτή.^{6,11}

Από την άλλη πλευρά, το American College of Physicians, η American Society of Internal Medicine και το American College of Preventive Medicine δεν υποστηρίζουν τον διαδεδομένο έλεγχο.

Συνιστούν όμως στους γιατρούς να παρουσιάζουν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της εξέτασης PSA, ώστε να βοηθούν τους ασθενείς να αποφασίσουν αν θα υποβληθούν στον έλεγχο. Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι η παρακολούθηση των επιπέδων PSA για μερικά χρόνια παρέχει περισσότερες πληροφορίες από την εξέταση σε μία συγκεκριμένη στιγμή.

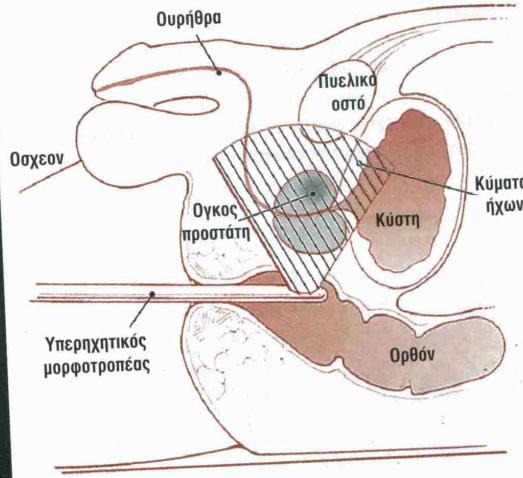
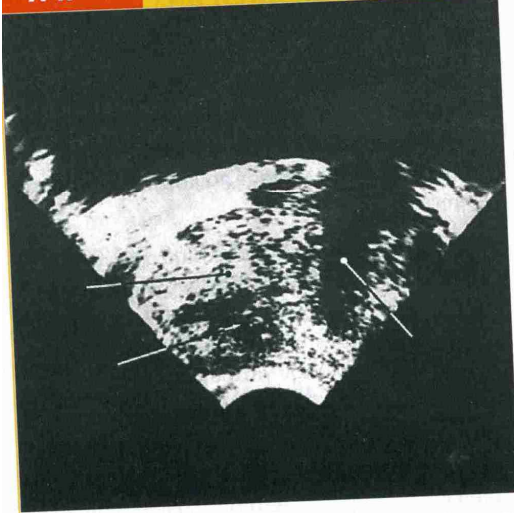
Ιδιαίτερη σημασία θα υπήρχε, αν οι ετήσιες εξετάσεις σε μια περίοδο μερικών ετών φανέρωναν κάθετη αύξηση των επιπέδων PSA. Οι τιμές PSA τείνουν να αυξάνουν πιο γρήγορα στους άνδρες που πάσχουν από καρκίνο, σε σχέση με αυτούς που πάσχουν από καλοήγη υπερπλασία του προστάτη.^{6,11}

- **Υπερηχοτομογραφία**

Η υπερηχοτομογραφία (ultra-sonography) είναι μία απλή και ασφαλής μέθοδος, χωρίς επιπλοκές που η συμβολή της συνίσταται στη δυνατότητά της να διακρίνει και να ξεχωρίζει τις κυστικές μάζες ή αλλοιώσεις από τις συμπαγείς, με ακρίβεια που ανέρχεται στο 98% των περιπτώσεων. Αυτό οφείλεται στη χρήση από το ειδικό όργανο που χρησιμοποιείται (υπερηχοτομογράφος), υπερηχητικών κυμάτων που με την ανάλογη κεφαλή ή ηχοβολέα τους, αποστέλλονται στο υπό εξέταση όργανο, όπου ανάλογα με την πυκνότητα των ιστών του ανακλώνται, εκτρέπονται ή απορροφώνται από το όργανο που σκοπεύουν. Η ανάλογη διέγερση του υποδοχέα που διαθέτει το μηχάνημα, όπου τα κύματα επιστρέφουν, οδηγεί στη σύνθεση της εικόνας του οργάνου στην οθόνη του υπερηχοτομογράφου, που μπορεί να καταγράφεται σε φιλμ ή να εκτυπώνεται σε ειδικό χαρτί.^{6,24}

Οι υπέρηχοι βρίσκουν εφαρμογή στο μελέτη του προστάτη, με τη χρήση ειδικών ηχοβολέων που εισάγονται στο ορθό και σκοπεύουν τον προστάτη και της σπερματοδόχου κύστης και παρέχουν τη δυνατότητα της ταυτόχρονης διενέργειας βιοψίας μέσω ειδικής βελόνης, όταν υπάρχουν ύποπτες περιοχές ή όταν υπάρχουν οι ανάλογες γι' αυτό ενδείξεις.

Σχήμα 3 Εξέταση με υπερήχους



Αν υπάρχει υπόνοια για καρκίνο του προστάτη, είναι πιθανόν να διεξαχθεί διορθικό υπερηχοτομογράφημα προκειμένου να δοθεί μία εικόνα του προστάτη. Κατά τη διαδικασία αυτή, ο ασθενής ξαπλώνει στο πλάι κι ένα μικρό ενδοσκόπιο (υπερηχητικός μοφοτροπέας) τοποθετείται στο ορθόν. Οι υπέρηχοι φτάνουν στον προστάτη και τα κύματα που αντανακλώνται με τατρέπονται από έναν υπολογιστή σε εικόνες σε μία οθόνη. Στο υπερηχογράφημα που φαίνεται στην εικόνα, η μη φυσιολογική σκούρα περιοχή μέσα στον προστάτη είναι καρκίνος. Η μεγαλύτερη σκούρα περιοχή στη δεξιά πλευρά της εικόνας αντιπροσωπεύει τον ιστό που περιβάλλει την ουρήθρα.

- **Βιοψία**

Η διαδικασία αυτή είναι χρήσιμη όταν η δακτυλική εξέταση από το ορθόν ή η εξέταση του PSA εγείρει υποψίες για κακοήθεια. Περιλαμβάνει την απομάκρυνση τεμαχιδίων ιστού από τον προστάτη που θα εξεταστούν στο εργαστήριο για καρκινικά κύτταρα. Η διάρκεια της διαδικασίας αυτής είναι πολύ μικρή, ενώ ο ασθενής βρίσκεται ξαπλωμένος στο πλάι, ο γιατρός εισάγει μία συστελλόμενη βελόνη με ελατήριο στην περιοχή του προστάτη που αποτελεί το στόχο για να απομακρύνει ένα μικρό δείγμα ιστού σε λιγότερο από ένα δευτερόλεπτο.^{6,11}

Ο γιατρός καθοδηγεί το ενδοσκόπιο παρακολουθώντας σε μια εικόνα υπερήχων. Αν και μπορεί να γίνει αντιληπτό κάποιο τσίμπημα, δεν χρειάζεται αναισθησία.^{6,11}

Η λήψη αντιβιοτικού πριν και μετά την διαδικασία μειώνει τον κίνδυνο λοίμωξης. Η ασπιρίνη και παρόμοια φάρμακα όπως η ιβουπραφένη (Advil, Motrin) και η ναπροξένη (Aleve) πρέπει να αποφεύγονται για διάστημα μιας εβδομάδας πριν τη βιοψία ώστε να αποφευχθεί η υπερβολική αιμορραγία, κάτι που αποτελεί πιθανή επιπλοκή.^{6,11}

Επίσης είναι δυνατόν να γίνουν και κάποιες άλλες εξετάσεις όπως:

- Αξονική τομογραφία πυέλου και κάτω κοιλίας.
- Σπινθηρογράφημα οστών.
- Μαγνητική τομογραφία.
- Λεμφαγγειογραφία.⁷

- **Ουροδυναμική διερεύνηση της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη**

Έχουν περάσει 30 χρόνια από τότε που η Ουροδυναμική μπήκε στην κλινική πράξη και ακόμα και σήμερα δεν έχει διευκρινιστεί πλήρως ο ρόλος της στην προεγχειρητική μελέτη ασθενών με καλοήγη υπερπλασία του προστάτη.⁹

Κυστεομανομετρία

Έχει παρατηρηθεί με την κυστεομανομετρία πληρώσεως ότι ασταθής λειτουργία του εξωστήρα παρατηρείται στο 55-80% των ανδρών με καλοήγη υπερπλασία του προστάτη.¹⁰

Ενδιαφέρον πάντως είναι, και πρέπει να τονισθεί σ' αυτό το σημείο, ότι ασταθής εξωστήρας, παρατηρείται σε ηλικιωμένους άνδρες χωρίς ΚΥΠ και σε ηλικιωμένες γυναίκες, σε ποσοστό 50% περίπου.⁹

Η παρουσία ασταθούς εξωστήρα συνδέεται με την παρουσία ερεθιστικών συμπτωμάτων κι έχει βρεθεί ότι και μετεγχειρητικά η αστάθεια του εξωστήρα επιμένει σε ένα 20-50% των περιστατικών.⁹

Καθ' ότι δεν υπάρχει σήμερα τρόπος να μπορέσουμε να προβλέψουμε ποιοι ασθενείς θα έχουν μετεγχειρητικά ασταθή εξωστήρα, το να υποβάλλουμε όλους τους άνδρες που πρόκειται να χειρουργηθούν σε απλή κυστεομανομέτρηση, ίσως έχει νόημα μόνο για να πιστοποιήσουμε τη λειτουργικότητα του εξωστήρα.⁹

Υπολειπόμενος όγκος ούρων

Πολλοί ουρολόγοι θεωρούν την εύρεση μεγάλου υπολειπόμενου όγκου ούρων σαν ένα σημαντικό εύρημα στην προεγχειρητική μελέτη ανδρών με ΚΥΠ. Αναμφισβήτητα, υπολειπόμενο όγκο βλέπουμε πιο συχνά σε άνδρες με ΚΥΠ, παρά σε φυσιολογικούς άνδρες. Υπάρχουν

πάντως και εργασίες που δεν μπόρεσαν να συσχετίσουν τη ροή των ούρων με τον υπολειπόμενο όγκο.⁹

Η ύπαρξη υπολειπόμενου όγκου ούρων μετά την ούρηση σημαίνει πως υπάρχει δυσλειτουργία, πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής του εξωστήρα και όχι απαραίτητα υποकुστικό κώλυμα. Ο ουρολόγος, όταν έρχεται αντιμέτωπος με το εύρημα αυτό, ευαισθητοποιείται ότι κάτι δεν πάει καλά με την ούρηση. Δεν μπορεί πάντως από τον υπολειπόμενο όγκο να προβλέψει το βαθμό της απόφραξης ή την πιθανότητα επιτυχίας της θεραπευτικής του παρέμβασης.⁹

Ροή των ούρων

Το βασικό πλεονέκτημα της ροής των ούρων είναι ότι αποτελεί μία τελείως ακίνδυνη και μη επεμβατική εξέταση, που μπορεί να επαναληφθεί πολλές φορές. Είναι γενικά αποδεκτό ότι η παράμετρος που έχει την καλύτερη προγνωστική αξία είναι η μέγιστη ροή των ούρων (Q_{max}).

Από τις μελέτες των Andersen, Abrams και Griffiths, έχουν καθιερωθεί διεθνώς συγκεκριμένα όρια του Q_{max} , και για φυσιολογικούς και για άνδρες με απόφραξη (Πίνακας).

Τιμές Q_{max}	Ποιότητα ούρησης
< 10 ml/s	αποφρακτική ούρηση
10-15 ml/s	ενδιάμεση κατάσταση
> 15 ml/s	μη αποφρακτική ούρηση

Το Q_{max} είναι συνάρτηση της λειτουργίας του εξωστήρα και των ουρηθρικών αντιστάσεων, αλλά όταν έχει μειωμένη τιμή δεν είναι σε θέση να μας προσδιορίσει αν το πρόβλημα οφείλεται σε ελάττωση της συσταλτικότητας του εξωστήρα ή στην αύξηση των ενδοουρηθρικών πιέσεων. Πιστεύεται σήμερα ότι το 25-30% των ασθενών με ΚΥΠ έχουν πρόβλημα στη συσταλτικότητα του εξωστήρα. Άρα η απλή μέτρηση της ροής των ούρων δεν είναι ικανή να προσδιορίσει τους ασθενείς με πραγματική απόφραξη. Επιπλέον, είναι γνωστό ότι υπάρχουν και ορισμένοι ασθενείς που, ενώ έχουν καλή ροή ($Q_{max} > 15 \text{ ml/s}$), έχουν απόφραξη.

Συμπερασματικά, θα μπορούσε να ισχυρισθεί κανείς ότι η ροή των ούρων είναι μία πολύ καλή εξέταση, που έχει την ικανότητα να περιγράφει το φαινόμενο της ροής, χωρίς όμως να μπορεί να αναλύσει τα διάφορα αίτια που επηρεάζουν την έκφραση του φαινομένου αυτού.

Επιπλοκές της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη

Η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη μπορεί να επιφέρει επιπλοκές, οι οποίες αν και δεν μπορούν να αποβούν θανατηφόρες, απαιτούν ιατρική προσοχή. Αν η απόφραξη είναι τόσο σοβαρή που να μην επιτρέπει την πλήρη κένωση της ουρήθρας, είναι πιθανόν να ταλαιπωρείται συχνά ο ασθενής από λοιμώξεις της ουροφόρου οδού.

Επίσης, αυξάνεται και ο κίνδυνος ανάπτυξης λίθων στην ουροδόχο κύστη.⁶

Η αύξηση του μεγέθους του προστάτη μπορεί να προκαλέσει ρήξη σε αιμοφόρα αγγεία της ουρήθρας, προκαλώντας την εμφάνιση αίματος στα ούρα. Αν η ουροδόχος κύστη πρηστεί, το μυϊκό της τοίχωμα μπορεί να αποδυναμωθεί και ίσως ο ασθενής να μην μπορεί να ωθήσει τα ούρα πέρα από τον προστάτη αδένα που προκαλεί την απόφραξη. Η κατάσταση αυτή είναι γνωστή ως οξείς επίσχεση ούρων.⁶

Αν η αποφρακτική καλοήθης υπερπλασία του προστάτη δεν θεραπευτεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, η ουροδόχος κύστη μπορεί να πρηστεί σε τέτοιο βαθμό ώστε τα ούρα να μην μπορούν να απομακρυνθούν σωστά από τα νεφρά. Στα πιο σοβαρά περιστατικά, αυτό μπορεί να οδηγήσει σε νεφρική ανεπάρκεια. Η πλήρης αδυναμία ούρησης αποτελεί επείγον ιατρικό περιστατικό, που απαιτεί το προσωρινό πέρασμα καθετήρα, ενός λεπτού πόρου, από την ουρήθρα ώστε να επιτραπεί η αποστράγγιση της ουροδόχου κύστης.⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο:

ΠΡΟΛΗΨΗ

Δεν υπάρχουν προληπτικά μέτρα για την πρόληψη στην καλοήγη υπερπλασία του προστάτη.

Το μόνο που μπορούν να κάνουν οι άνδρες άνω των 45 ετών είναι να κάνουν ετησίως κάποιες διαγνωστικές εξετάσεις όπως ο έλεγχος του PSA, η δακτυλική εξέταση από το ορθό, η υπερηχοτομογραφία και ουροδυναμική διερεύνηση (κυστεομανομετρία, ροή των ούρων και ο υπολειπόμενος όγκος ούρων).⁸

Θεραπεία της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη

Όταν τα συμπτώματα δεν είναι ιδιαίτερα ενοχλητικά, ο γιατρός μπορεί να προτιμήσει να μην κάνει κάτι άλλο από την «προσεκτική αναμονή», η οποία περιλαμβάνει τακτική παρακολούθηση, αλλά όχι θεραπεία.⁶

Όταν τα συμπτώματα δημιουργούν μεγαλύτερα προβλήματα, οι γιατροί στην αρχή συνιστούν ένα συνδυασμό αλλαγών του τρόπου ζωής και φαρμάκων. Συχνά αυτό είναι αρκετό για την ανακούφιση των χειρότερων συμπτωμάτων και για την αποφυγή της χειρουργικής επέμβασης.⁶

Στην περίπτωση που η χειρουργική επέμβαση είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθεί, πρέπει να γνωρίζουμε ότι υπάρχουν διάφορες χειρουργικές μέθοδοι.⁶

Το γεγονός ότι κάποια μέθοδος είναι καινούργια δεν συνεπάγεται ότι είναι και καλύτερη. Πριν να πραγματοποιηθεί πρέπει να γίνει συνεννόηση με τον ασφαλιστικό φορέα για να επιβεβαιωθεί ότι καλύπτει τη μέθοδο επιλογής.⁶

Η κάθε διαδικασία δεν καλύπτεται από κάθε πρόγραμμα υγείας και εφόσον υπάρχουν πολλές αποτελεσματικές θεραπείες, είναι πιθανόν να επιλεγεί κάποια που να καλύπτει το ασφαλιστικό ταμείο.⁶

Επίσης, αν επιλεγεί κάποια χειρουργική μέθοδος, πρέπει να επιλεγεί ένας χειρουργός ο οποίος να έχει μεγάλη πείρα πάνω στην συγκεκριμένο μέθοδο που έχει προεπιλεγεί.

Συμβουλές για την ανακούφιση των συμπτωμάτων BPH

Οι παρακάτω απλές συμβουλές μπορούν να βοηθήσουν στην ανακούφιση μερικών συμπτωμάτων BPH.

- Ασκήσετε τακτικά, υιοθετήστε τεχνικές χαλάρωσης και άλλες στρατηγικές για να μειώσετε το στρες. Ένα ποσοστό των αντρών που είναι νευρικοί και αγχωμένοι, ουρούν σε μεγαλύτερη συχνότητα.
- Ποτέ μην αναβάλλετε την επίσκεψή σας στο μπάνιο και όταν πηγαίνετε, αδειάζετε εντελώς την ουροδόχο κύστη. Πρέπει να γνωρίζετε ότι όσο λιγότερο συχνά ουρείτε, τόσο μεγαλύτερη είναι η πίεση στην ουροδόχο κύστη.
- Ορισμένες φαρμακευτικές ουσίες μπορεί να επιδεινώνουν το πρόβλημα. Κάντε μια λίστα με όλα τα φάρμακα που λαμβάνετε - με ή χωρίς συνταγή γιατρού - και ζητήστε από τον γιατρό σας να την μελετήσει. Παραδείγματος χάριν, τα διουρητικά που συχνά λαμβάνονται για καρδιαγγειακές παθήσεις, όπως η υπέρταση και η καρδιακή ανεπάρκεια, «σπρώχνουν» τον οργανισμό σας να παράγει μεγαλύτερες ποσότητες ούρων. Αν λαμβάνονται το βράδυ, προκαλούν περισσό-

τερες νυκτερινές επισκέψεις στο μπάνιο.

Τα φάρμακα για αλλεργίες και γρίπη, όπως τα αντιισταμινικά και τα αποσυμφορητικά, μπορούν επίσης να επιδεινώσουν το πρόβλημα, προκαλώντας κατακράτηση ούρων. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τα αντισπασμωδικά και τα ηρεμιστικά φάρμακα, επίσης επιδεινώνουν τα συμπτώματα BPH. Ο γιατρός σας μπορεί να αυξομειώσει την δοσολογία, να αναπροσαρμόσει το πρόγραμμα της φαρμακευτικής σας αγωγής ή και να αλλάξει τα φάρμακα που λαμβάνετε, με άλλα, που προκαλούν λιγότερα ουρητικά προβλήματα.

- Αποφύγετε την κατανάλωση υγρών κατά την διάρκεια των απογευματινών ωρών, ιδιαίτερα αυτών που περιέχουν καφεΐνη ή αλκοόλ. Και οι δύο ουσίες επηρεάζουν τον μυ της ουροδόχου κύστης και προκαλούν την παραγωγή ούρων από τα νεφρά, προκαλώντας συχνές επισκέψεις στο μπάνιο κατά την διάρκεια της νύχτας.

Φαρμακευτική αγωγή

Είναι πιθανόν, πριν να προτείνει ο γιατρός κάποια χειρουργική επέμβαση, να συστήσει κάποια φαρμακευτική αγωγή για τη θεραπεία της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη.⁶

Τα τελευταία χρόνια, ο Αμερικανικός Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων ενέκρινε δύο είδη φαρμάκων για την αντιμετώπιση της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη: τη φιναστερίδη (Proscar) και μια ομάδα φαρμάκων γνωστών με την ονομασία α-αναστολείς, η οποία συμπεριλαμβάνει την τεραζοσίνη (Hytrin), τη δοξαζοσίνη (Avodara) και την ταμσουλοσίνη (Flomax).⁶

Αν και έχουν διαφορετική δράση, κάθε μία από τις δύο αυτές κατηγορίες φαρμάκων βοηθούν στην ανακούφιση από τα συμπτώματα του ουροποιητικού συστήματος και συχνά συνεργάζονται αποτελεσματικά. Η φιναστερίδη δρα αργά. Για να έχει αποτελέσματα χρειάζονται δύο μήνες ή και παραπάνω. Πράγματι, τα περισσότερα οφέλη φαίνονται μετά από πολυετή πρόσληψη του φαρμάκου.⁶

Οι α-αναστολείς, σε μερικούς τουλάχιστον άνδρες, δρουν πολύ πιο γρήγορα. Είναι πιθανόν ο γιατρός σας να σας χορηγήσει έναν α-αναστολέα και αν δεν έχει αποτελέσματα να δοκιμάσει έναν άλλο τύπο ή κάποιο συνδυασμό φαρμάκων.⁶

Γενικά, οι α-αναστολείς ανακουφίζουν καλύτερα τα συμπτώματα του ουροποιητικού συστήματος, όπως δύσκολη ή συχνή ούρηση.⁶

Η φιναστερίδη όμως, έχει καλύτερη επίδοση στη μείωση των πιθανοτήτων να χρειαστεί χειρουργική επέμβαση ή να υπάρξουν επιπλοκές όπως οξεία επίσχεση ούρων όταν ο προστάτης αδένας είναι πολύ μεγάλος.⁶

Έχοντας αυτό υπόψη, μερικοί γιατροί συνταγογραφούν ένα συνδυασμό και των δύο ειδών φαρμάκων σε άνδρες με πολύ μεγάλους προστάτες. Σε γενικές γραμμές, τα φάρμακα αυτά πρέπει να λαμβάνονται επ' αόριστον για να συνεχιστούν τα θετικά αποτελέσματα.⁶

Αν διακοπεί η φαρμακευτική αγωγή, τα συμπτώματα συνήθως επανέρχονται στα προηγούμενα επίπεδα.⁶

Συνολικά, με την φαρμακευτική αγωγή υπάρχει μικρότερος βαθμός επικινδυνότητας για σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες σε σχέση με τη χειρουργική επέμβαση, κάτι που οδηγεί τους περισσότερους άνδρες στην επιλογή της αγωγής με φάρμακα ως πρωταρχική θεραπεία.⁶

A-αναστολείς: Στην περίπτωση που τα μέτρια προβλήματα στην ούρηση είναι τόσο ενοχλητικά ώστε να αρκεί η προσεκτική παρακολούθηση, οι γιατροί συχνά χορηγούν κάποιον α-αναστολέα. Η εν λόγω κατηγορία φαρμάκων, που αρχικά είχε εγκριθεί για τη θεραπεία της υψηλής αρτηριακής πίεσης, ανακουφίζει από τα συμπτώματα στην ούρηση χαλαρώνοντας τον ιστό των λείων μυών στον προστάτη και την

περιβάλλουσα κάψα. Αυτό περιορίζει τη στένωση της ουρήθρας και επιτρέπει στα ούρα να ρέουν ευκολότερα.⁶

Δεδομένου ότι οι α-αναστολείς προκαλούν πτώση της αρτηριακής πίεσης ίσως να μην είναι σωστή επιλογή για όλους τους άνδρες.⁶

Για παράδειγμα, κάποιοι γιατροί διστάζουν να χορηγήσουν α-αναστολείς σε άνδρες που λαμβάνουν ήδη κάποιο άλλο φάρμακο για την αρτηριακή πίεση. Η ταυτόχρονη πρόσληψη πολλών φαρμάκων για την υπέρταση μπορεί να προκαλέσει μεγάλη πτώση της αρτηριακής πίεσης η οποία μπορεί να οδηγήσει σε λιποθυμία ή ζαλάδα ειδικά όταν κανείς σηκώνεται από την καρέκλα ή το κρεβάτι.⁶

Οι άνδρες που πάσχουν από αγγειακή νόσο διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο καρδιακού επεισοδίου ή καρδιακής προσβολής καθώς τα αιφνίδια επεισόδια χαμηλής αρτηριακής πίεσης μπορούν να αποβούν επικίνδυνα γι' αυτούς. Ωστόσο, ένας α-αναστολέας, η ταμσουλοσίνη, επικεντρώνεται στον προστάτη και δεν ρίχνει την αρτηριακή πίεση. Είναι λοιπόν χρήσιμη για άνδρες που δεν χρειάζονται ή που δεν ανέχονται την επιπρόσθετη αυτή δράση. Επιπλέον, κάποιοι άνδρες που παίρνουν α-αναστολείς ίσως αισθάνονται ζαλάδα, έλλειψη ενεργητικότητας ή πρήξιμο στους αστραγάλους. Ίσως να χρειαστούν μερικές επισκέψεις στο γιατρό σας μέχρι να καταλήξετε στο κατάλληλο φάρμακο και τη σωστή δοσολογία του.⁶

Φιναστερίδη: Δεδομένου ότι βοηθάει στη συρρίκνωση του προστάτη, η φιναστερίδη μπορεί να φανεί ιδιαίτερα χρήσιμη σε άνδρες των οποίων το μέγεθος του προστάτη έχει αυξηθεί υπερβολικά. Η φιναστερίδη συρρικνώνει τον προστάτη μεταβάλλοντας την ορμονική ισορροπία. Συγκεκριμένα, μειώνει τα επίπεδα της ανδρικής ορμόνης διυδροτεστοστερόνης που διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του προστάτη. Το φάρμακο εμποδίζει τη δράση ενός ενζύμου, της 5 άλφα αναγωγάσης, που μετατρέπει την τεστοστερόνη σε διυδροτεστοστερόνη. Πρέπει να σημειωθεί ότι η δράση της για τη μείωση των επιπέδων διυδροτεστοστερόνης την καθιστά χρήσιμη και στη θεραπεία της τριχόπτωσης στους άνδρες.⁶

Όσον αφορά στο ρόλο της φιναστερίδης για τη θεραπεία της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη, το 1996 έγινε ανάλυση έξι μελετών που συνέκριναν τη φιναστερίδη με ένα ψευδοφάρμακο, σύμφωνα με την οποία το φάρμακο δρα κάπως καλύτερα σε άνδρες με μεγάλους προστάτες και ίσως να μην αποτελεί πολύ καλή επιλογή για άνδρες με μικρότερους αδένες.⁶

Η ανάλυση διεξήχθη από ερευνητές του Ευρωπαϊκού Ινστιτούτου Ογκολογίας και του Νοτιοδυτικού Ιατρικού Κέντρου του Πανεπιστημίου του Τέξας. Μια μελέτη που δημοσιεύτηκε το 1992 στη New England Journal of Medicine ανέφερε ότι άνδρες που έπασχαν από καλοήγη υπερπλασία του προστάτη και που λάμβαναν 5 mg φιναστερίδης

ημερησίως για διάστημα 12 μηνών, παρουσίασαν μείωση του μεγέθους του προστάτη κατά 19%. Υπήρξε επίσης μια αύξηση του ποσοστού της ροής των ούρων κατά 23% και κάποιες μικρές βελτιώσεις στα συμπτώματα της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη.⁶

Τα καλά νέα ήταν περισσότερα στη μελέτη που δημοσιεύτηκε το 1998 στη μελέτη της *New England Journal of Medicine* και που συμπεριλάμβανε 3.040 άνδρες. Σύμφωνα με τη μελέτη η φιναστερίδη ωφελούσε ιδιαίτερα άνδρες με συμπτώματα απόφραξης του ουροποιητικού και αύξησης του μεγέθους του προστάτη. Μετά από τετραετή θεραπεία με το συγκεκριμένο φάρμακο, οι άνδρες παρουσίαζαν μείωση των συμπτωμάτων και του μεγέθους του προστάτη, αύξηση του ποσοστού ροής των ούρων και μικρότερη πιθανότητα χειρουργικής επέμβασης ή οξείας επίσχεσης ούρων.⁶

Ένα χρόνο αργότερα, οι ερευνητές ανέφεραν ότι η φιναστερίδη ήταν περισσότερο αποτελεσματική σε άνδρες με μεγάλους προστάτες κι επίπεδα PSA 1,4 νανογραμμάρια (δισεκατομμυριοστά του γραμμαρίου) ανά χιλιοστόλιτρο αίματος (ng/ml) ή υψηλότερα. Το 2002, η δοκιμή του *Medical Therapy of Prostatic Symptoms* ανακάλυψε ότι η φιναστερίδη σε συνδυασμό με τον α -αναστολέα δοξαζοσίνη συνέβαλε στην πιο αργή πρόοδο της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη κατά 67%, ποσοστό μεγαλύτερο από το αντίστοιχο καθενός από τα δύο φάρμακα όταν χρησιμοποιούνται χωριστά.⁶

Η φιναστερίδη έχει την τάση να μειώνει τα επίπεδα PSA κατά 50% γεγονός που θα μπορούσε να προκαλέσει επιπλοκές στη συνεχή παρακολούθηση για καρκίνο του προστάτη. Όσον αφορά σε αυτό το θέμα, πρέπει να συζητηθεί με το γιατρό σας. Οι περισσότεροι γιατροί συνιστούν τον προσδιορισμό μιας τιμής PSA ως μέτρο πριν την έναρξη της θεραπείας με φιναστερίδη.⁶

Έχετε υπόψη ότι η φιναστερίδη μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη σεξουαλική λειτουργία αν και αυτό είναι σχετικά σπάνιο, καθώς συμβαίνει σε λιγότερο από το 5% των ασθενών.⁶

Καθώς η φιναστερίδη συρρικνώνει τον προστάτη αδένα, ένας μικρός αριθμός σεξουαλικά ενεργών ανδρών (2,8% στις αρχικές κλινικές δοκιμές) παρατηρούν μείωση του υγρού εκσπερμάτισης, κάτι που ενοχλεί μερικούς. Επίσης, κάποιοι άνδρες δυσκολεύονται να επιτύχουν στύση (3,7%) ή αισθάνονται μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας (3,3%).⁶

Saw palmetto: Το saw palmetto είναι ένα φυτικό φάρμακο που χρησιμοποιείται μερικές φορές ως μη συνταγογραφούμενη θεραπεία για τις συνέπειες τις καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη στο ουροποιητικό σύστημα. Αποτελείται από εκχυλίσματα του καρπού του φυτού του saw palmetto, ενός φοίνικα μικρού ύψους που ευδοκιμεί στη νοτιοανατολική πλευρά των ΗΠΑ.⁶

Η αποτελεσματικότητα του saw palmetto έχει περιγραφεί σε άρθρο της επιστημονικής επιθεώρησης Journal of the American Medical

Association. Το άρθρο αναθεωρεί 18 ξεχωριστές μελέτες για διάφορα προϊόντα saw palmetto και καταλήγει ότι τα συμπληρώματα επιφέρουν μέτρια βελτίωση στα συμπτώματα της ουροφόρου οδού και τη ροή των ούρων, σχεδόν όσο και το συνταγογραφούμενο φάρμακο φιναστερίδη.⁶

Ωστόσο, χρειάζονται περισσότερα στοιχεία, γιατί πολλές από τις μελέτες αυτές είναι ελλιπείς και δεν εξετάζουν τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις.⁶

Το βότανο φαίνεται ότι έχει λίγες παρενέργειες και σύμφωνα με κάποιες κλινικές μελέτες δεν προκαλεί στυτική δυσλειτουργία η οποία αποτελεί σπάνια, αλλά πιθανή, παρενέργεια της φιναστερίδης. Θεωρείται ότι τα ενεργά συστατικά είναι οι διάφορες στερόλες (ορμονοειδείς ουσίες) στο εκχύλισμα του φυτού. Οι Ινδιάνοι της Αμερικής χρησιμοποιούσαν το saw palmetto ως διουρητικό για πολλά χρόνια.⁶

Το μειονέκτημα του φυτικού αυτού συμπληρώματος, όπως συμβαίνει με τα περισσότερα φυτικά προϊόντα, είναι ότι η σύσταση και η δοσολογία του δεν έχουν τυποποιηθεί και ότι δεν ρυθμίζεται από τον Αμερικανικό Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων.⁶

Αν αποφασίσετε να χρησιμοποιήσετε το saw palmetto ενημερώστε τον γιατρό σας ώστε να βρίσκεται σε εγρήγορση για πιθανές αλληλεπιδράσεις με τα άλλα φάρμακα που παίρνετε. Στις περισσότερες μελέτες, η δοσολογία που χρησιμοποιείται είναι 320 mg ημερησίως.⁶

Αν και υπάρχει ποικιλία άλλων φυτικών προϊόντων που πωλούνται ως φάρμακα για τον προστάτη, λίγα είναι τα στοιχεία που υπάρχουν για την αποτελεσματικότητά τους κι ελλιπείς οι πληροφορίες σχετικά με την τυποποιημένη δοσολογία τους.⁶

Πίνακας 2 Φάρμακα για καλοήγη υπερπλασία του προστάτη (BPH)

Φάρμακο	Παρενέργειες	Σχόλια
Φιναστερίδη (Proscar)	Αν και σπάνια, εκδηλώνονται μειωμένη λίμπιντο, μειωμένη ποσότητα υγρού εκσπερμάτισης και ανικανότητα.	Συρρικνώνει τους μεγάλους προστάτες αδένες. Περιορίζει την ανάγκη για χειρουργική επέμβαση. Δεν ωφελεί στην περίπτωση μικρού προστάτη. Αργή δράση. Πιθανόν να χρειαστούν δύο χρόνια για να εκδηλωθούν οι ωφέλειες. Μειώνει σημαντικά τα επίπεδα PSA.
A-αναστολείς Δοξαζοσίνη (Cardura) Ταμσουλοσίνη (Flomax) Τεραζοσίνη (Hytrin)	Πιο συχνά παρουσιάζονται ζάλη, κεφαλαλγία και κόπωση. Επίσης εκδηλώνονται ρινική συμφόρηση, ξηροστομία και πρήξιμο στους αστραγάλους. Η υπόταση (χαμηλή αρτηριακή πίεση) μπορεί να αποβεί επικίνδυνη για κάποιους.	Να χρησιμοποιείται με προσοχή από όσους πάσχουν από υπέρταση ή καρδιακή νόσο. Η ταμσουλοσίνη δεν μειώνει την αρτηριακή πίεση.
Saw palmetto	Περιστασιακή ήπια διαταραχή του στομάχου και διάρροια.	Δεν γνωρίζουμε τη μακροχρόνια ασφάλεια και αποτελεσματικότητά του.

ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

A. Ανοικτές μέθοδοι προστατεκτομής

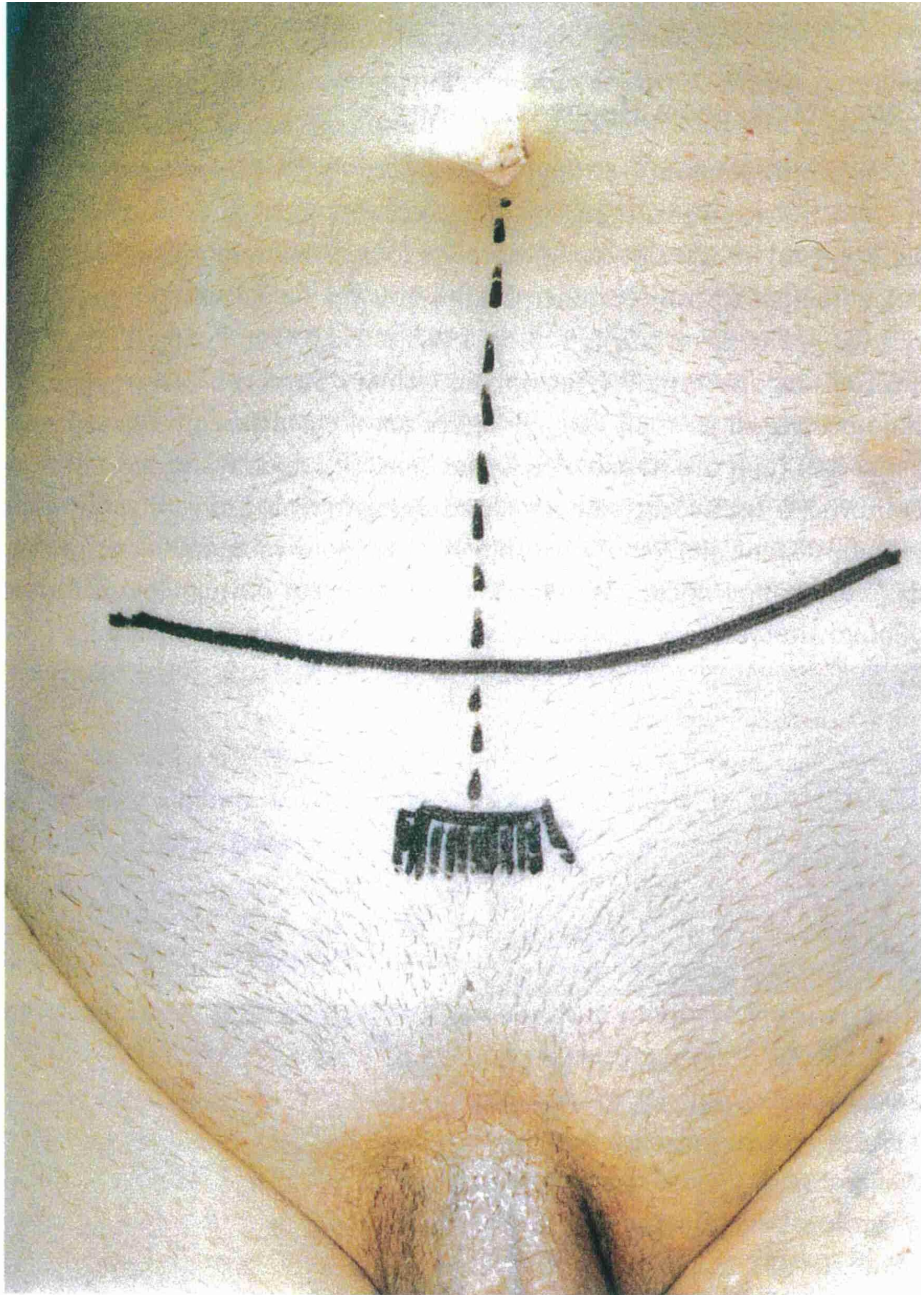
1. Η οπισθοηβική ή Billin προστατεκτομή

Η οπισθοηβική ή Billin προστατεκτομή είναι η κατά προτίμηση εφαρμοζόμενη ανοικτή προστατεκτομή. Η μέθοδος αυτή αν και είχε εφαρμοστεί στο παρελθόν από άλλους χειρουργούς, αποδίδεται στον Terrence Millin, που την διέδωσε ευρύτερα, μετά την έκδοση της μονογραφής του, το 1947 με τίτλο Οπισθοηβική Χειρουργική του Ουροποιητικού. Με την μέθοδο αυτή που γίνεται με τομή υπερηβική κάθετη ή συνηθέστερα με εγκάρσιο, Phannestiel τομή στο κοιλιακό τοίχωμα, προσπελαύνεται το πρόσθιο τοίχωμα της κύστης, και απωθείται προς τα άνω. Για να γίνει αυτό με την τομή Phannestiel, διανοίγεται πρώτα εγκάρσια το πρόσθιο πέταλο της θήκης του ορθού κοιλιακού μυός και στη συνέχεια διαχωρίζονται οι δύο ορθοί κοιλιακοί και χαμηλότερα ευρισκόμενοι πυραμοειδείς μύες. Συχνά χρειάζεται και η διατομή του οπίσθιου πετάλου της θήκης του ορθού κοιλιακού μυός, που προς τα κάτω δεν φθάνει, όπως γνωρίζουμε από την Ανατομική, μέχρι την ηβική σύμφυση αλλά εκτείνεται μέχρι την ημικύκλιο γραμμή ή γραμμή του Douglas. Μετά την τοποθέτηση του διαστολέα κοιλίας, αναπτύσσεται και παρασκευάζεται η πρόσθια επιφάνεια (οπισθοηβική) του προστάτη και

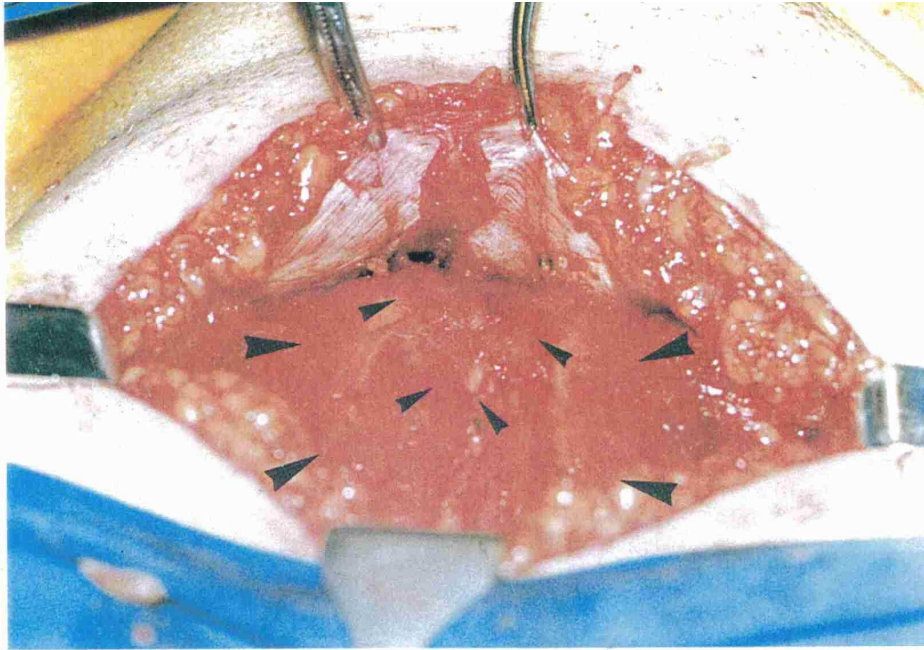
απολινώνονται ή καυτηριάζονται τα στελέχη του επιπολής φλεβικού πλέγματος του Santorini. Το «αδένωμα», όπως θα χαρακτηρίζεται στο εξής η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη, αφαιρείται μετά την εγκάρσια διάνοιξη της πρόσθιας κάψας, μεταξύ δύο συνήθως παράλληλα εφαρμοζόμενων οδηγών ραφών, απλού gut cut No 0. Με το ψαλίδι στην αρχή και τον δείκτη του χεριού στη συνέχεια, διαχωρίζεται το αδένωμα από την χειρουργική κάψα του προστάτη και εξωτερικεύεται, ενώ το ανώτερο τμήμα του με τον μέσο λοβό αποκόπτεται από την συνέχειά του με τον αυχένα της κύστης με το ψαλίδι και αφαιρείται. Στο σημείο αυτό έχει τοποθετηθεί μέσα στην κύστη, από το άνοιγμα του αυχένα, ο ειδικός διαστολέας (bladder neck retractor), που επιτρέπει την καλή παρατήρηση και τον εντοπισμό των ουρητηρικών στομιών, όπως και του εσωτερικού της ουροδόχου κύστης.¹

Με την αφαίρεση του αδενώματος δημιουργείται το κενό της προστατικής κοίτης και αμέσως μετά αρχίζει η διαδικασία της αιμόστασης, που επιτυγχάνεται με την τοποθέτηση οκτοειδών ραφών (figure of eight) στις θέσεις 5 και 7 του οπίσθιου αυχένα της κύστης και του σύστοιχου οπισθοπλάγιου τοιχώματος της προστατικής κοίτης, δηλαδή της χειρουργικής κάψας του προστάτη. Με τον τρόπο αυτό αφαίρεσης του αδενώματος είναι εύκολη η αιμόσταση, γιατί προσδιορίζονται άμεσα τα αγγεία που αιμορραγούν, τα οποία συλλαμβάνονται μεταξύ των αιμοστατικών ραφών. Όταν το αδένωμα είναι μεγάλο, όπως και η

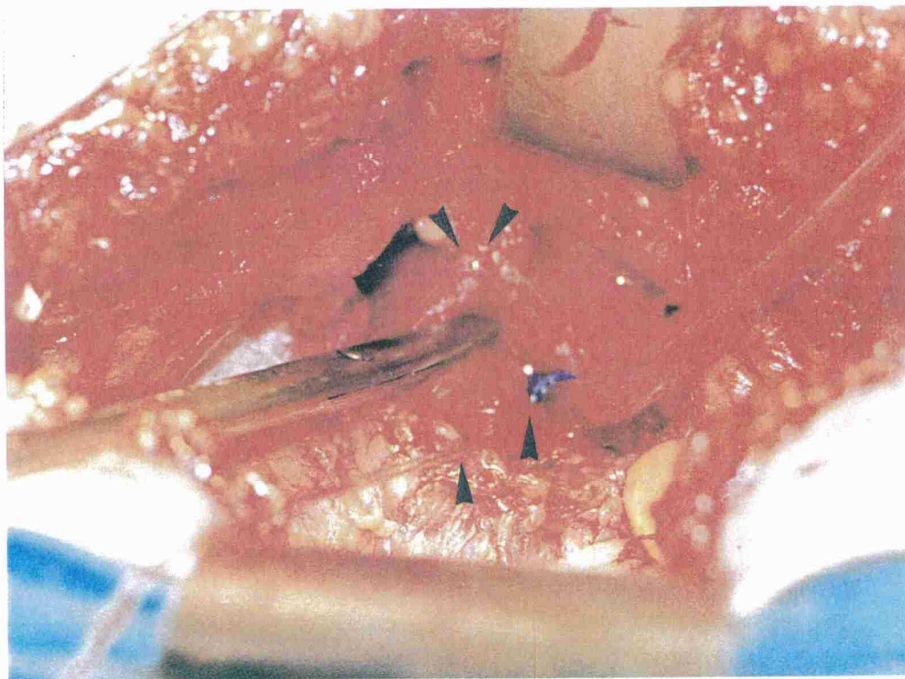
δημιουργούμενη προστατική κοίτη, είναι δυνατή και συνιστάται η τοποθέτηση των ειδικών O' Connor ραφών, από αυτόν που τις περιέγραφε, με τις οποίες επιτυγχάνεται η άμεση συρρίκνωση της προστατικής κοίτης και ο έλεγχος και φυσικά ο περιορισμός της αιμορραγίας, με τον τρόπο που σχηματικά απεικονίζεται στην εικόνα. Ακολουθεί η εφαρμογή συμπληρωματικών, οκτοειδών συνήθως ραφών, στις γωνίες του ανοίγματος της προστατικής κάψας, η οποία συρράπτεται τελευταία με την τοποθέτηση 3 έως 4 συνήθως απλών ραφών στα χείλη, αφού προηγουμένως έχει τοποθετηθεί ο ουρηθρικός καθετήρας στην κύστη. Ακολουθεί η τοποθέτηση παροχετεύσεως pen-rose στον προκυστικό, οπισθοθηβικό χώρο και συρράπτεται κατά στρώματα το κοιλιακό τοίχωμα.²



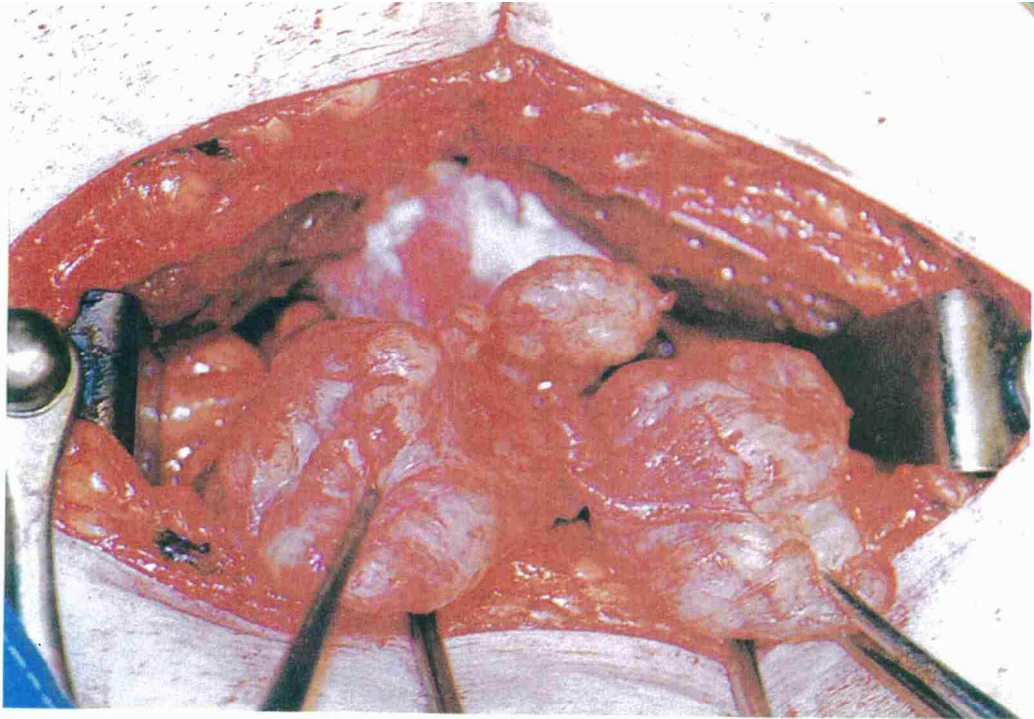
Σχηματική απεικόνιση της υπερηβικής εγκάρσιας τομής (Phannestiel) και της κάθετης υπομφάλιας. Στο κάτω άκρο της κάθετης υπομφάλιας τομής επισημαίνεται η ηβική σύμφυση.



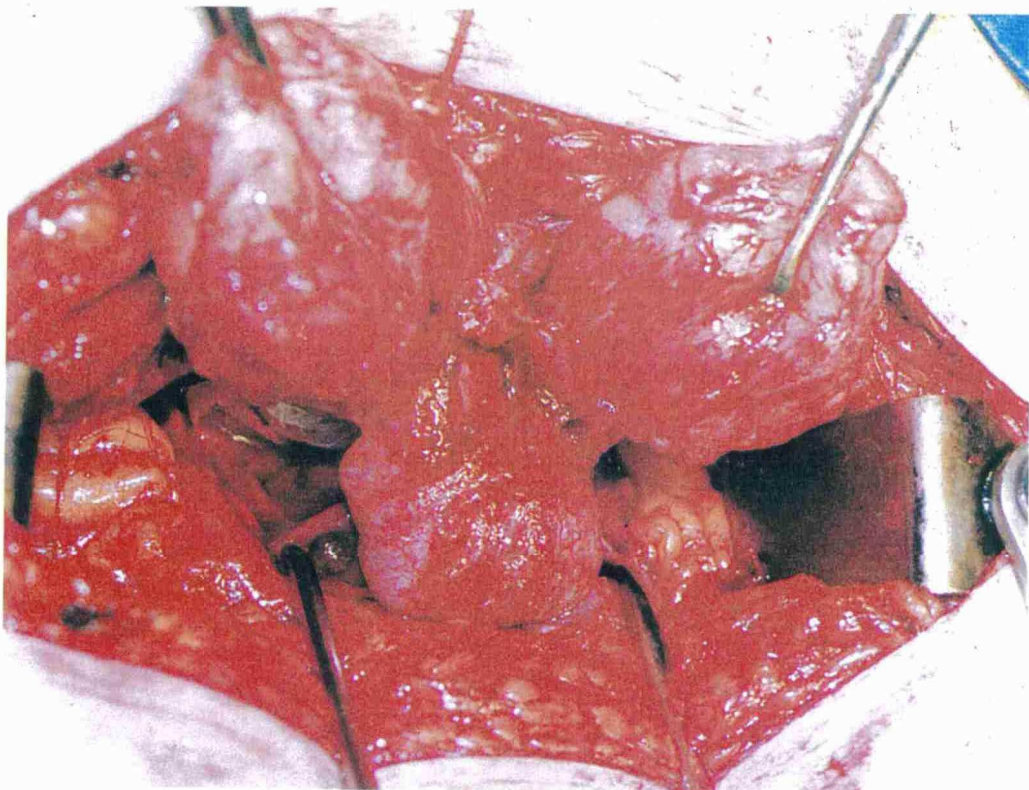
Μετά την εγκάρσια τομή στο δέρμα και στο πρόσθιο πέταλο της θήκης του ορθού κοιλιακού μύος, αποκαλύπτονται οι ορθοί κοιλιακοί (μεγάλα βέλη) και οι πυραμοειδείς μύες (μικρά βέλη).



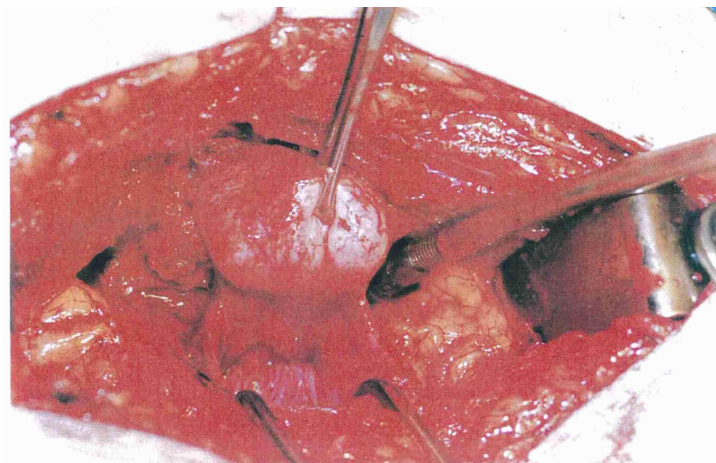
Εφαρμογή οδηγών ραφών (βέλη) και διάνοιξη της πρόσθιας κάψας του προστάτη. Με το ψαλίδι διαχωρίζεται το αδένωμα από την κάψα.



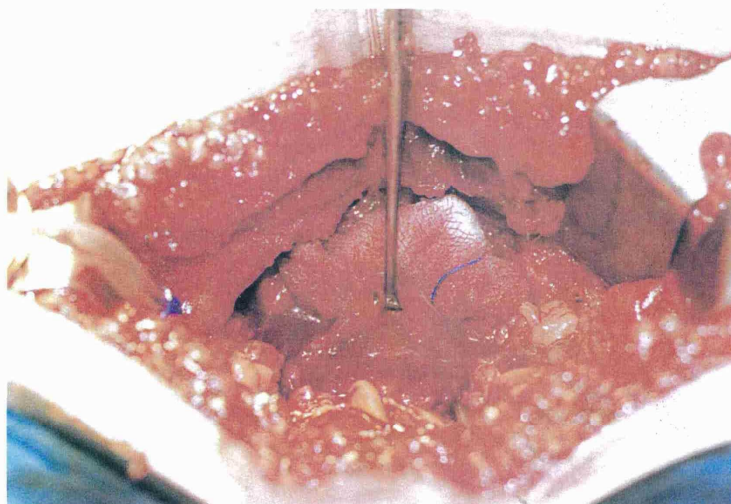
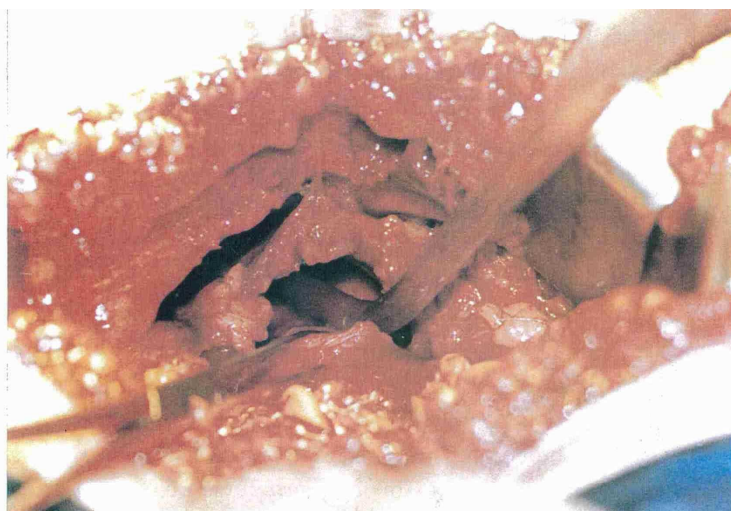
Εξωτερίκευση των δύο πλάγιων λοβών του προστάτη, ενώ στην προστατική κοίτη έχει τοποθετηθεί μικρή γάζα για τον έλεγχο της αιμορραγίας.



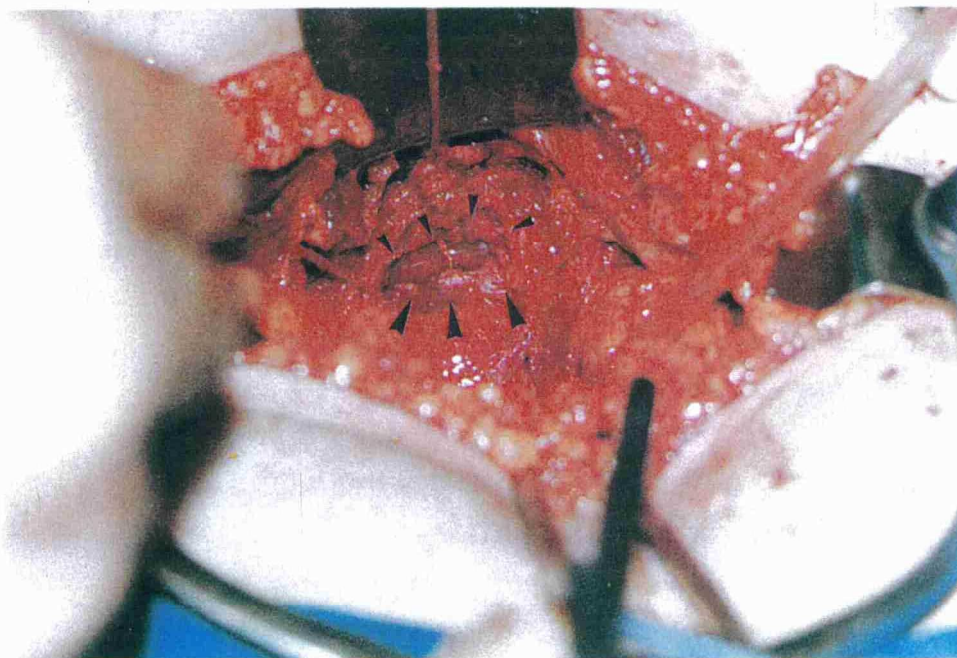
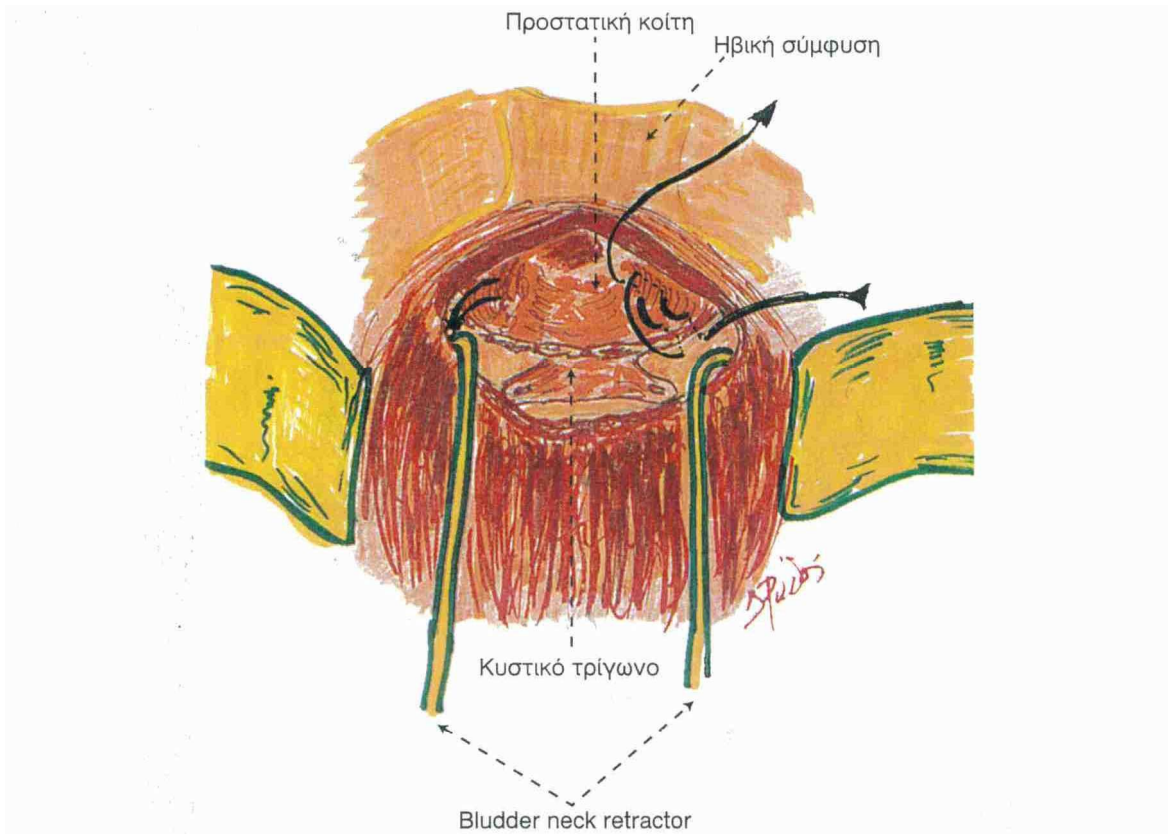
Με την τοποθέτηση του ειδικού αγκίστρου στον αυχένα της κύστης (bladder neck retractor), ελέγχεται ο μέσος λοβός του προστάτη.



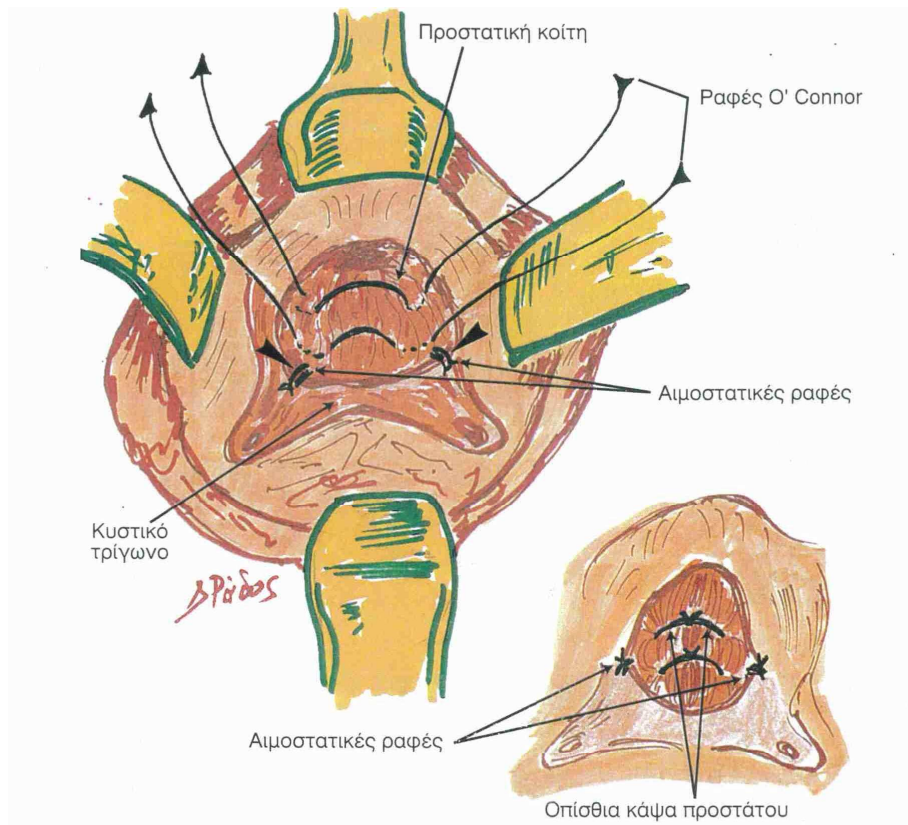
Έχουν αφαιρεθεί οι δύο πλάγιοι λοβοί του προστάτη και με την κατάσπαση του μέσου, απεικονίζεται το εσωτερικό της κύστης και το κυστικό τρίγωνο.



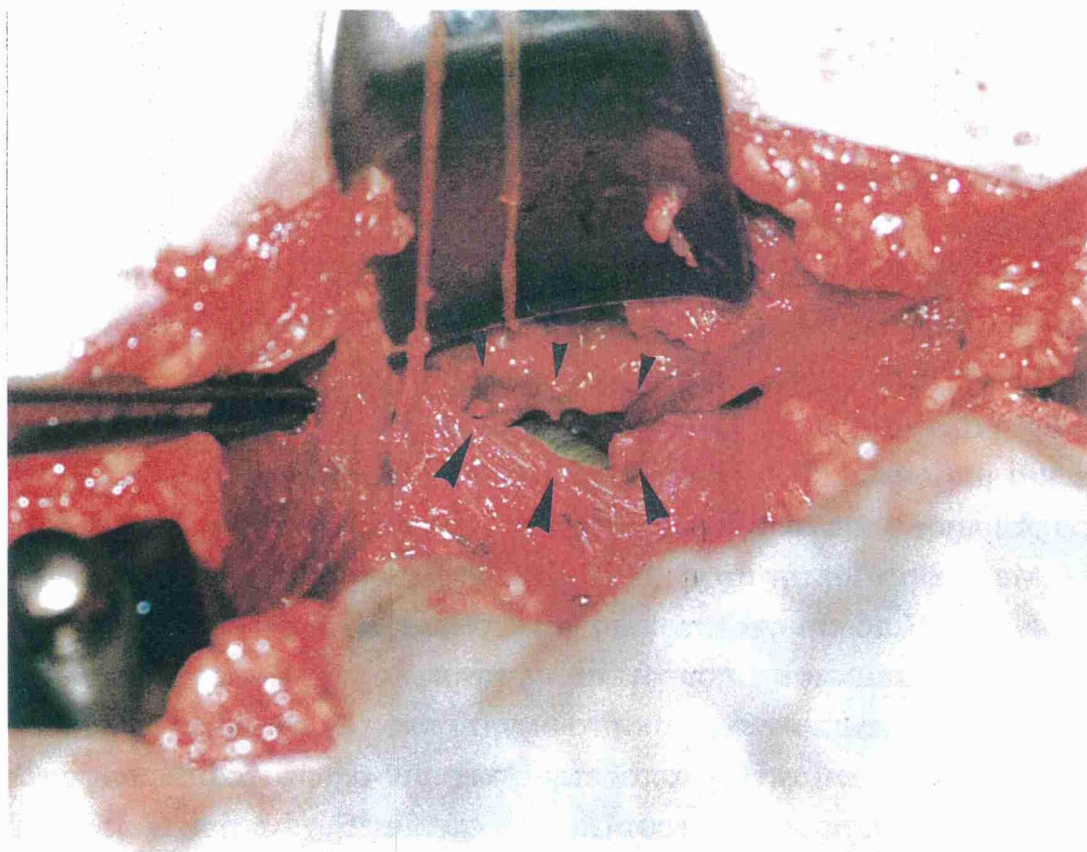
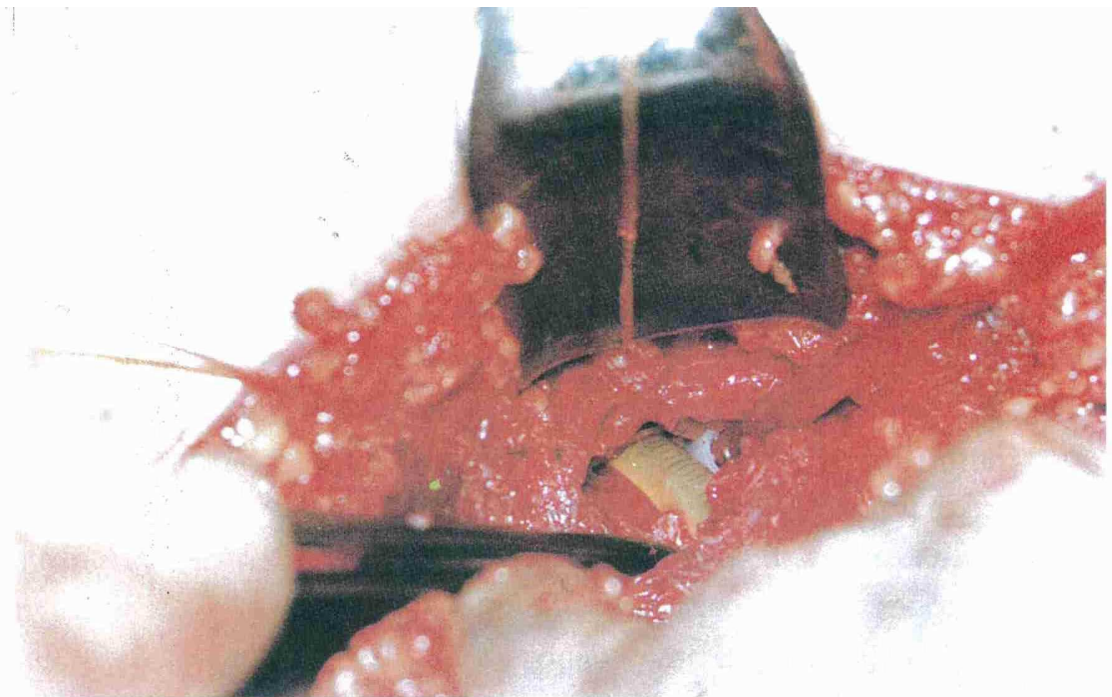
Η προστατική κοίτη με το ρύγχος της αναρρόφησης εντός αυτής και με την λαβίδα Allis στον οπίσθιο αυχένα της κύστης (άνω). Στην κάτω εικόνα έχει τοποθετηθεί μία γάζα μέσα στην κοίτη και η λαβίδα Allis κατασπά τον οπίσθιο αυχένα της κύστης.



Σχηματική απεικόνιση της τοποθέτησης των οκτοειδών αιμοστατικών ραφών (άνω). Το bladder neck διατηρεί ανοικτό τον αυχένα της κύστης και οι ραφές τοποθετούνται στα οπισθοπλάγια σημεία του οπίσθιου αυχένα και το πλάγιο τοίχωμα της προστατικής κοίτης. Στην κάτω εικόνα διεγχειρητική απεικόνιση, όπου μετά την εφαρμογή των αιμοστατικών ραφών παραμένει ανοικτή η πρόσθια κάψα του προστάτη (μικρά βέλη) και ο αυχένας της κύστης (μεγάλα βέλη).



Σχηματική απεικόνιση της εφαρμογής των ραφών Ο' Connor. Μετά την τοποθέτηση των γνωστών αιμοστατικών ραφών (βέλη) η κάψα συρρικνώνεται κατά πλάτος, με την εφαρμογή δύο συνηθως εγκάρσιων ραφών, που συμπλησιάζουν τα πλάγια τοιχώματα της προστατικής κοίτης.



Στην άνω εικόνα έχει τοποθετηθεί ο ουρηθρικός καθετήρας και στη κάτω έχει αρχίσει η συρραφή της κάψας (μικρά βέλη) με τον ανχένα (μεγάλα βέλη).

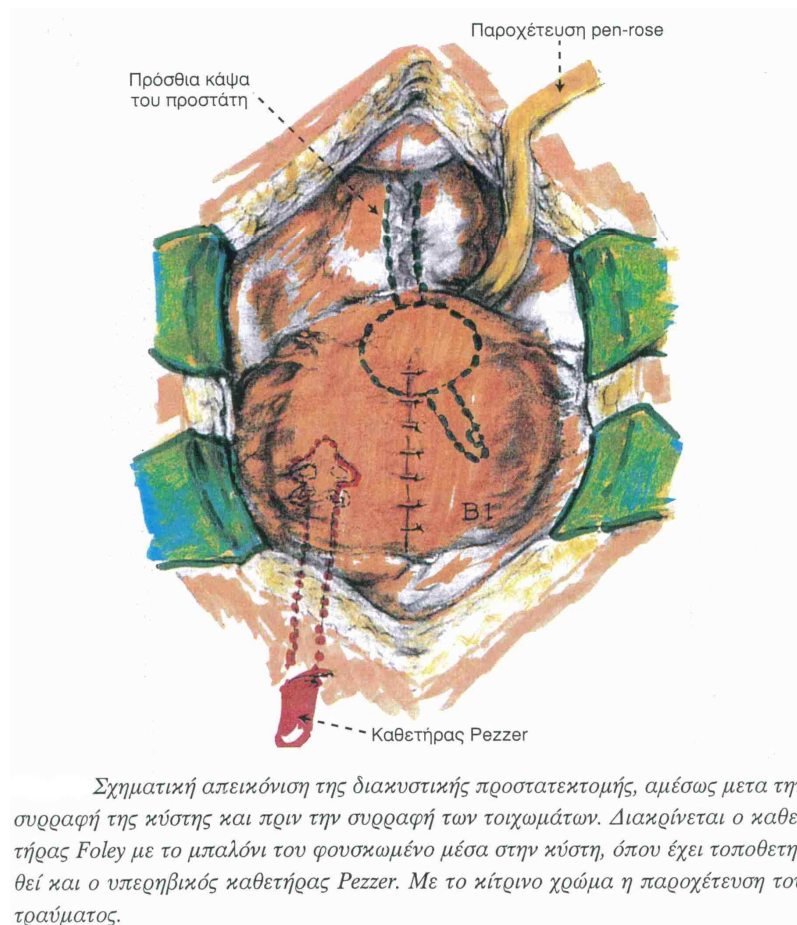
2. Η διακυστική προστατεκτομή

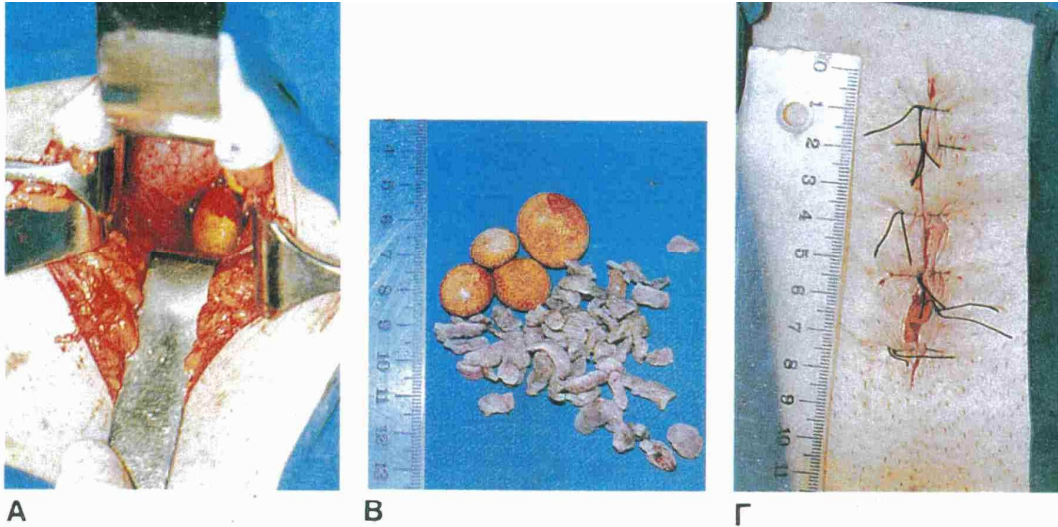
Η διακυστική προστατεκτομή, η γνωστή και σαν μέθοδος Freyer ή Hrinzack, ανάλογα με την τοποθέτηση ή όχι αιμοστατικών ραφών στον αυχένα της κύστης, εκτελείται κατά τον ίδιο τρόπο με υπερηβική κάθετη ή εγκάρσια τομή του κοιλιακού τοιχώματος. Ο τρόπος διάνοιξης του κοιλιακού τοιχώματος με την εγκάρσια τομή έχει στην προστατεκτομή Millin. Όταν η τομή είναι κάθετη (μέση υπομφάλιος), διανοίγεται κάθετα και η θήκη του ορθού κοιλιακού μυός πάνω στη λευκή γραμμή και διαχωρίζονται οι δύο ορθοί κοιλιακοί και πυραμοειδείς μύες, ενώ κάθετη είναι και η τομή για την διάνοιξη του πρόσθιου τοιχώματος της κύστης που γίνεται μετά από προηγούμενη τοποθέτηση οδηγών ραφών μεταξύ τους. Η προσπέλαση της κύστης με την μέθοδο αυτή είναι ευκολότερη όταν αυτή είναι γεμάτη με ούρα και προβάλλει ή όταν προηγουμένως την πληρώσουμε με φυσιολογικό ορό. Και αυτό σε αντίθεση με την περιγραφείσα οπισθοηβική προστατεκτομή, όπου επειδή η κύστη πρέπει να είναι κενή, για να προσφέρεται ο απαραίτητος χώρος για την παρασκευή της πρόσθιας κάψας του προστάτη, είναι απαραίτητος ο εκκενωτικός καθετηριασμός της κύστης, αμέσως πριν την προετοιμασία του χειρουργικού πεδίου και την τομή του δέρματος.¹

Μειονέκτημα της μεθόδου αυτής σε σχέση με την πρώτη (την οπισθοηβική) είναι κύρια η μεγαλύτερη νοσηρότητα, που προκύπτει από τη διάνοιξη της κύστης, η οποία επιβάλλει την διατήρηση του καθετήρα

επί μακρότερο χρονικό διάστημα και που ευθύνεται για τους σπασμούς της κύστης και για τα κυστικά ενοχλήματα (συχνουρία και επιτακτική ούρηση), που παρουσιάζονται συχνότερα και για μακρότερο χρονικό διάστημα. Μεγαλύτερη είναι ακόμη και η αιμορραγία και η απώλεια αίματος, γιατί οι αιμοστατικές ραφές τοποθετούνται σχεδόν τυφλά στις προκαθορισμένες θέσεις του αυχένα, σε ένα χειρουργικό πεδίο περισσότερο περιορισμένο και σε βαθύτερη θέση ευρισκόμενο.

Όταν παρά την τοποθέτηση των αιμοστατικών ραφών στον αυχένα και την προστατική κοίτη δεν ελέγχεται καλά η αιμορραγία, εφαρμόζουμε έλξη στον καθετήρα, ώστε το μπαλόνι του, που συνήθως το γεμίζουμε στη μέγιστή του χωρητικότητα, να ασκεί πίεση στον αυχένα και μηχανική απόφραξη των αγγείων. Αν παρόλα αυτά η αιμορραγία εξακολουθεί, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για άτομα μεγάλης ηλικίας ή άτομα με άλλα συνοδά προβλήματα αρτηριακής υπέρτασης, αναπνευστικά προβλήματα ή άτομα με καρδιοπάθεια, είναι πολύ φρόνιμο να εφαρμόσουμε και υπερηβική κυστεοστομία με καθετήρα Pezzer, που μας παρέχει την ευχέρεια των πλύσεων μετεγχειρητικά για την διατήρηση της κύστης κενής από ούρα και την δυνατότητα ελέγχου της αιμορραγίας. Βέβαια πάντοτε στις περιπτώσεις αυτές, που ευτυχώς είναι σπάνιες, όμως μπορεί να συμβούν στον καθένα, πρέπει να έχουμε υπόψη μας και να εφαρμόζουμε την αιμοστατική γάζα Miculitz, που απεδείχθη σωτήρια πολλές φορές, χωρίς να προκαλούνται ιδιαίτερα προβλήματα.¹





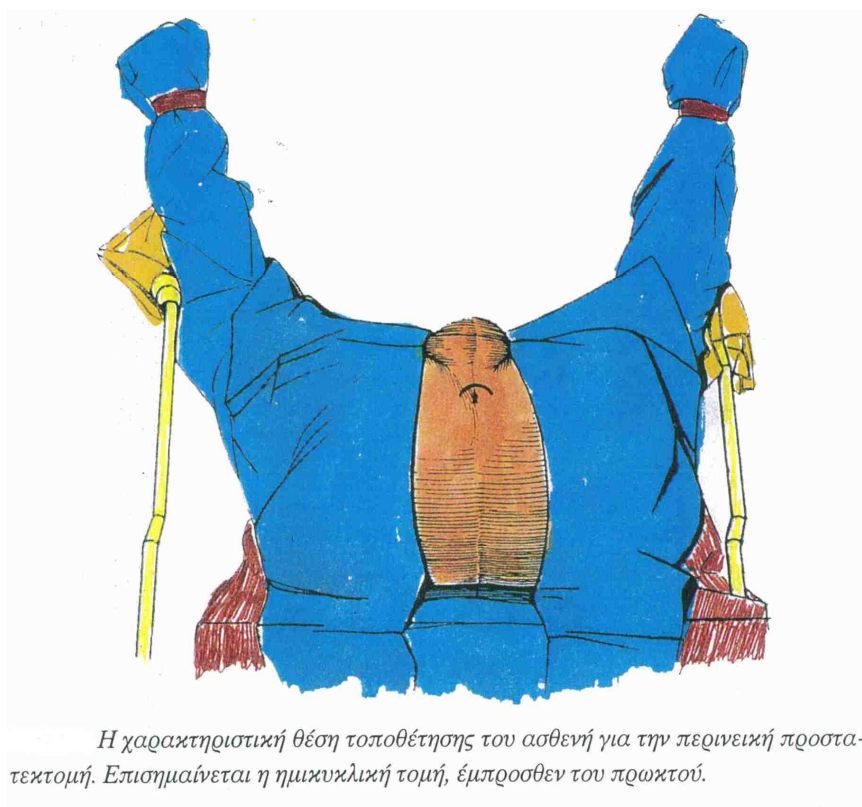
Ασθενής με πολλαπλή λιθίαση στην κύστη και μικρό αδένωμα προστάτου. Αμέσως μετά την διουρηθρική προστατεκτομή ακολούθησε με μικρή μέση υπερηβική τομή, η διάνοιξη της κύστης και η αφαίρεση των λίθων (Α), που φάνηκαν ανθεκτικοί στη λιθοθρυψία με τους υπερήχους. Στην εικόνα Β οι λίθοι και τα τεμάχια της διουρηθρικής εκτομής και στην εικόνα Γ το μικρό υπερηβικό τραύμα.

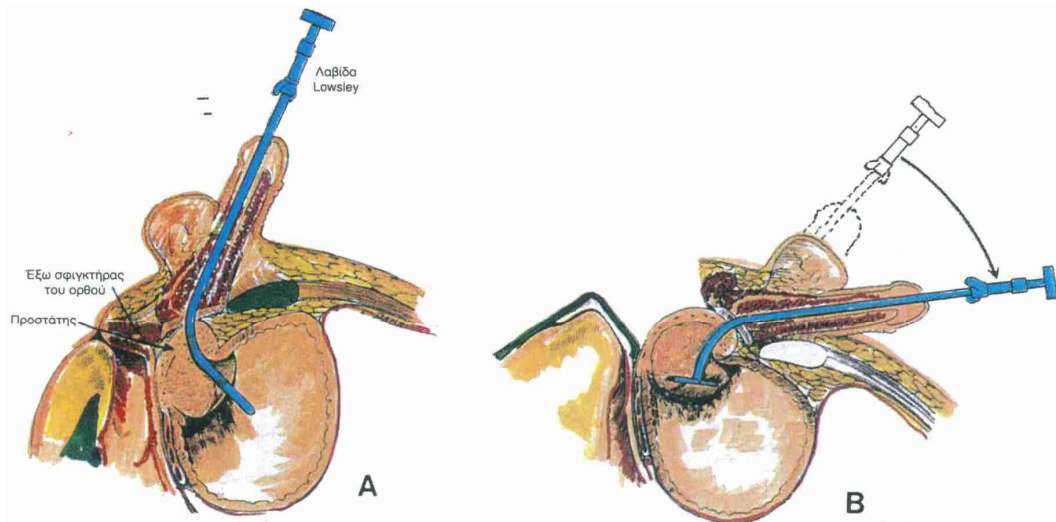
3. Περινεϊκή προστατεκτομή

Η προσπέλαση του προστάτη στην περινεϊκή προστατεκτομή γίνεται, όπως υποδηλώνεται από την ονομασία της, από το περίνεο, από το οποίο οδηγούμαστε στην οπίσθια επιφάνεια ή οπίσθια κάψα του προστάτη. Για να γίνει αυτό ο ασθενής τοποθετείται σε γυναικολογική θέση, με ανασηκωμένη εξαιρετικά τη λεκάνη του και εκτελείται ημικυκλική τομή στο περίνεο, αμέσως έμπροσθεν του πρωκτού, της οποίας τομής το κυρτό στρέφεται προς τα πρόσω και τα άκρα της φθάνουν μέχρι τα ισχιακά κυρτώματα.^{1,3}

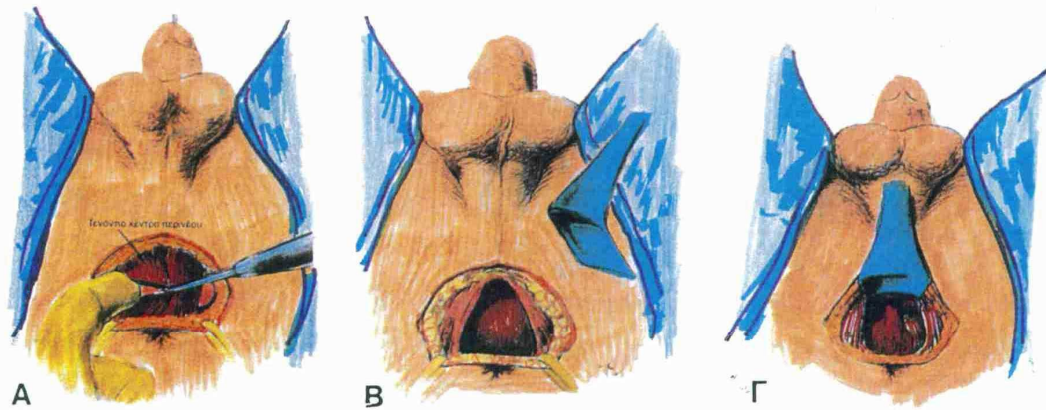
Η περινεϊκή προστατεκτομή παρέχει την δυνατότητα καλύτερης και ευκολότερης αιμόστασης, έχει όμως ιστορική πλέον σημασία και έχει εγκαταλειφθεί κυρίως λόγω των επιπλοκών της, δηλαδή του

διεγχειρητικού τραυματισμού του ορθού εντέρου και της ακράτειας των ούρων, που συχνά παρατηρείται, από την παράβλαψη του έξω σφιγκτήρα της ουρήθρας.¹⁴ Βέβαια οι εξοικειωμένοι με την χειρουργική φιλοσοφία και αντίληψη πιστεύουν στην προσπέλαση αυτή, εκμεταλλεύονται και προβάλλουν τα πλεονεκτήματα της περινεϊκής προστατεκτομής και την ακολουθούν σε περιπτώσεις ριζικής προστατεκτομής για καρκίνο, που στις μέρες μας αποτελεί την μοναδική ένδειξη προσπέλασης του προστάτη με τον τρόπο αυτό.¹





Στην εικόνα A η σχηματική απεικόνιση της τοποθέτησης της λαβίδας Lowsley και της οδού προσπέλασης του προστάτη. Στην εικόνα B φαίνεται η διάνοιξη των σκελών της λαβίδας Lowsley και η προς τα κάτω μετακίνηση της, για την διευκόλυνση της προσπέλασης της οπίσθιας επιφάνειας του προστάτη.



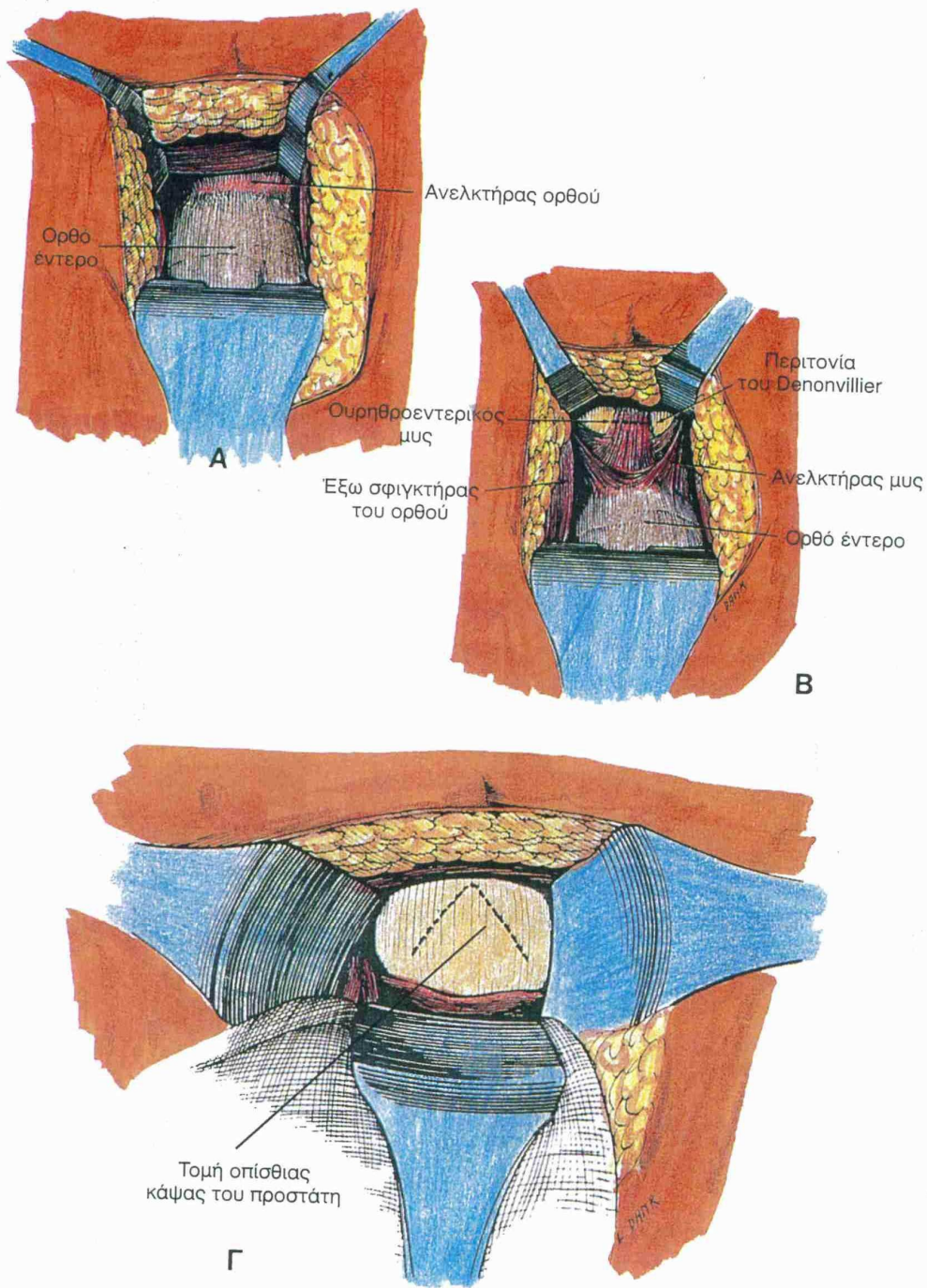
Μετά την διατομή του δέρματος αποκαλύπτονται οι επιπολής μύες του περινέου. Ακολουθεί η εγκάρσια διατομή του τενόντιου κέντρου (A), ο διαχωρισμός του έξω σφιγκτήρα του ορθού και η αποκάλυψη του απευθυσμένου (B), με την προς τα οπίσω απώθηση του οποίου αποκαλύπτεται ο ουρηθροεντερικός μυς (Γ).

B. Διουρηθρική Προστατεκτομή

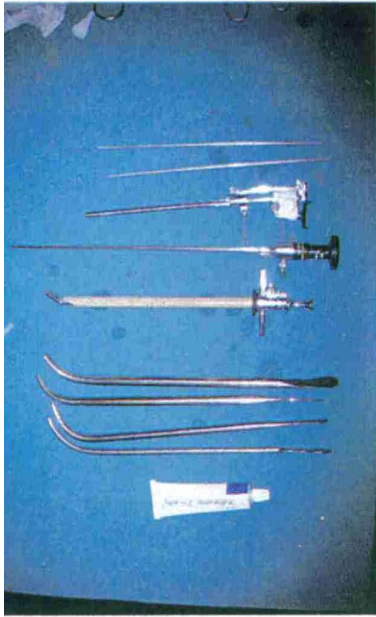
Η διουρηθρική εκτομή του προστάτη, η οποία συχνά άκομψα αναφέρεται ως μέθοδος Roto-Tooter, είναι μια χειρουργική διαδικασία χωρίς τομή, που μειώνει τον ιστό του προστάτη με έναν ηλεκτρικό βρόχο. Η διουρηθρική εκτομή του προστάτη παραμένει η πιο συχνή μορφή χειρουργικής επέμβασης για τον προστάτη και συνήθως έχει μεγαλύτερη επιτυχία από την φαρμακευτική αγωγή. Ανακουφίζει την απόφραξη του ουροποιητικού συστήματος τουλάχιστο στο 75% των περιπτώσεων και η βελτίωση συνήθως έχει μεγάλη διάρκεια. Όμως τα προβλήματα στην ούρηση μπορούν να επανέλθουν αν ο ιστός του προστάτη μεγαλώσει και πάλι. Δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι όσο νεότερος είναι κανείς τόσο πιθανότερο είναι να χρειαστεί και νέα θεραπεία.

Η διαδικασία διαρκεί 60 λεπτά και πραγματοποιείται σε χειρουργείο με ολική ή ραχιαία αναισθησία που χορηγείται ακριβώς πριν αρχίσει η επέμβαση. Στους άνδρες συνήθως εφαρμόζεται υποκλυσμό το προηγούμενο βράδυ και δεν επιτρέπεται η κατανάλωση φαγητού ή ποτού 8 ώρες πριν την αναισθησία. Στη διάρκεια της διαδικασίας ο γιατρός χρησιμοποιεί ένα όργανο που ονομάζεται ηλεκτροτόμος για να έχει οπτική εικόνα του προστάτη. Ο χειρουργός περνάει τον ηλεκτροτόμο στον προστάτη μέσω του πέους κι έπειτα χρησιμοποιεί τον ηλεκτρικό βρόχο για την αποκοπή του υπερμεγέθους ιστού που πιέζει την ουρήθρα. Οι

άνδρες συνήθως περνούν 1-2 μέρες στο νοσοκομείο για να αναρρώσουν.¹



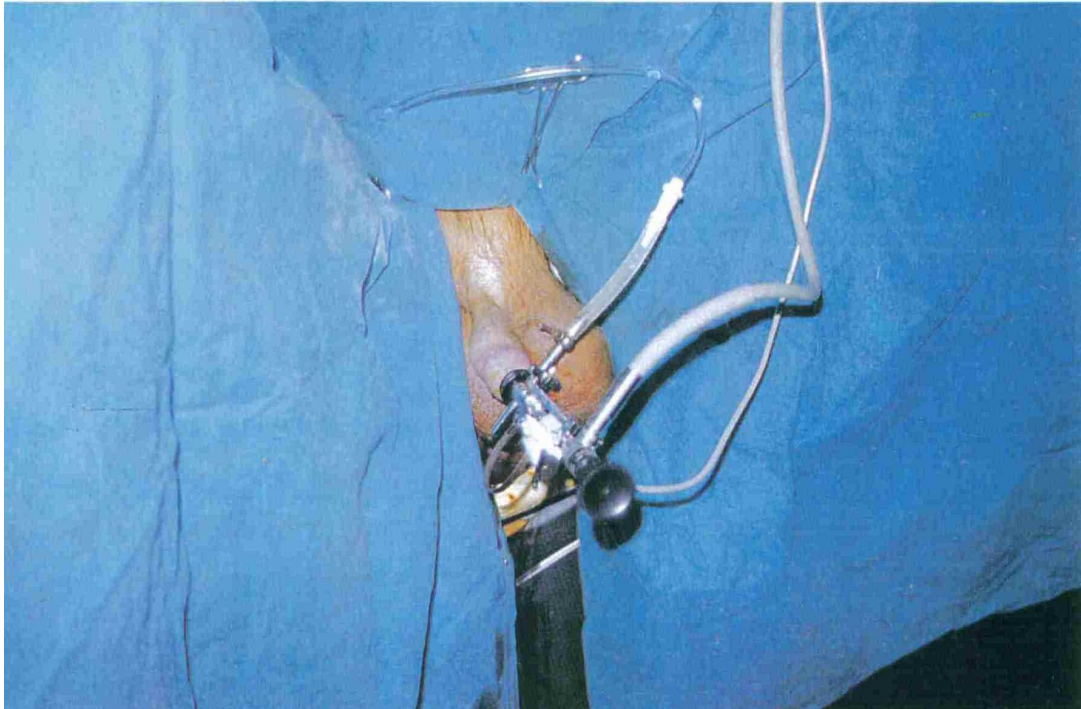
Λεπτομέρεια της περιγραφής της εικόνας 24. Με την απόθεση των μυών της επιπολής στιβάδας του περινέου προς τα πλάγια και πρόσω και του εντέρου προς τα οπίσω, αποκαλύπτεται ο ανεκκτήρας μύς του πρωκτού (Α). Μετα τον διαχωρισμό των δύο ημιμορίων του αποκαλύπτεται ο ουρηθροεντερικός μύς, που διατεμνόμενος εγκάρσια (Β), επιτρέπει την προσπέλαση της οπίσθιας επιφάνειας, της κάψας δηλαδή του προστάτη (Γ).

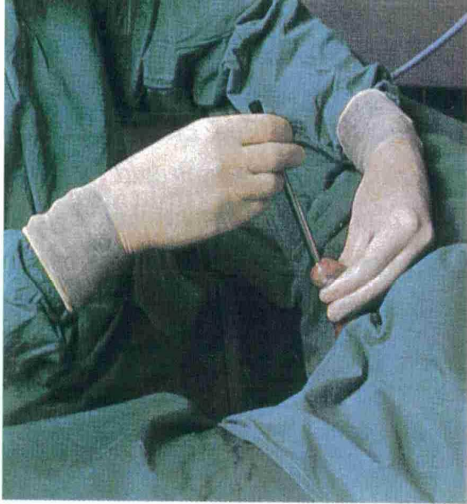


Τα εξαρτήματα του ρεξεκτοσκοπίου και οι διαστολές Benique (A). Στην εικόνα B το ρεξεκτοσκόπιο τοποθετημένο στην ουρήθρα και ο ασθενής σε γυναικολογική θέση. Είναι εμφανείς οι 3 κύριες συνδέσεις του με την διαθερμία (το λεπτό γκρι καλώδιο αριστερά), με την πηγή παροχής ψυχρού φωτός (το πράσινο καλώδιο στο κέντρο με το μεταλλικό του άκρο) και με το καταιωνιζόμενο απεσταγμένο νερό (ο σωλήνας με την στρόφιγγα στο πρόσθιο άκρο του εμφανούς τμήματος του εργαλείου).

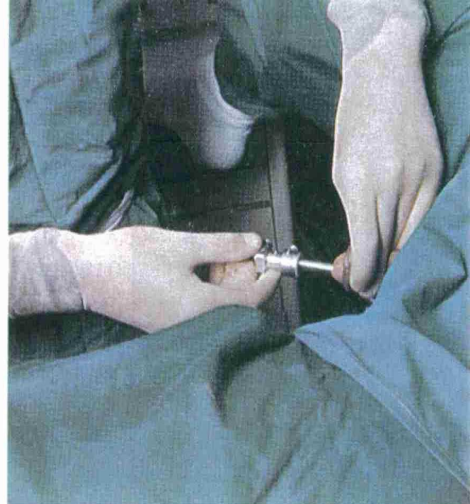
A

B

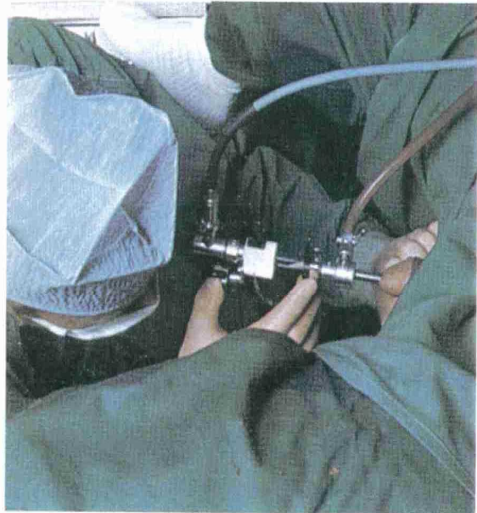




A

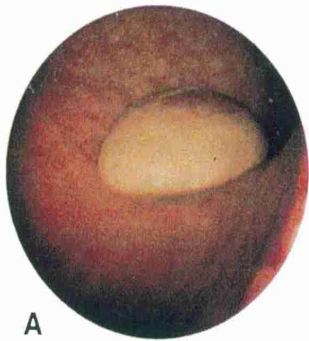


B

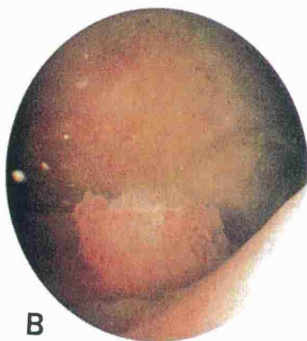


Γ

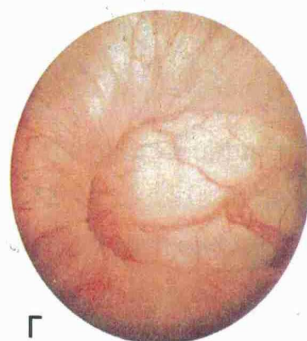
Διαστολές της ουρήθρας (Α), τοποθέτηση του ρεξεκτοσκοπίου (Β) και επισκόπηση της οπίσθιας ουρήθρας και της κύστης από τον χειρουργό (Γ).



A

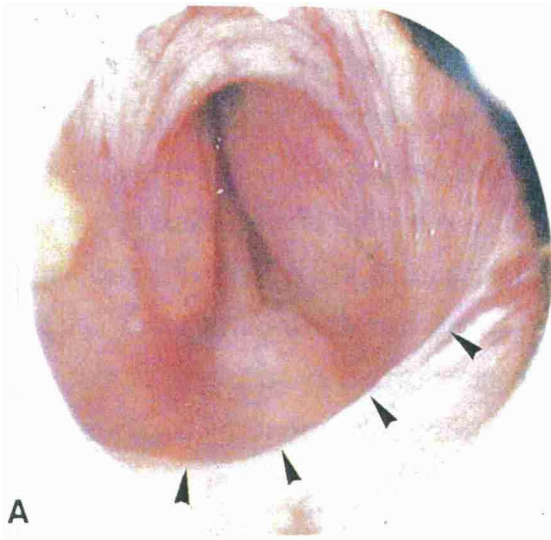


B

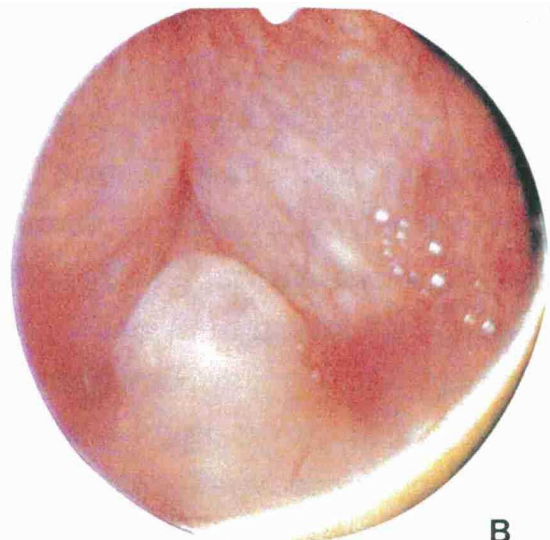


Γ

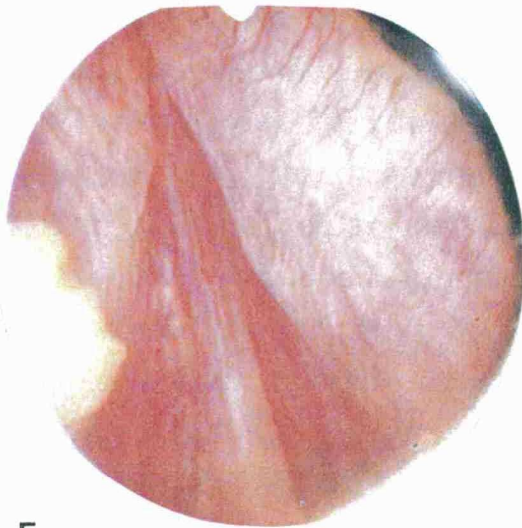
Λιθίαση της ουροδόχου κύστης (Α), παρουσία θηλωματώδους όγκου της κύστης (Β) και εκκόλπωμα της κύστης (Γ), σε 3 διαφορετικούς ασθενείς με καλοήγη υπερπλασία του προστάτη.



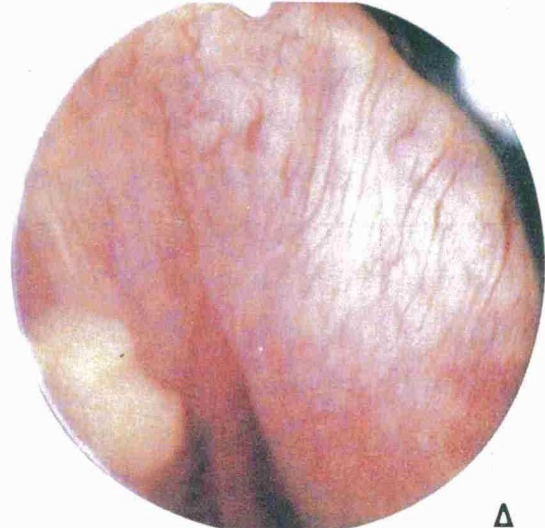
A



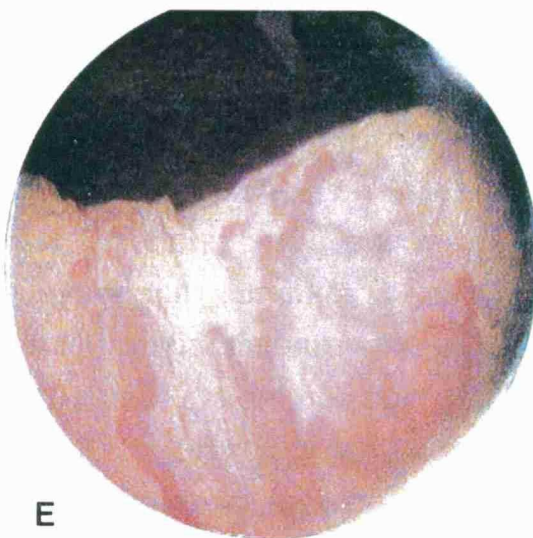
B



Γ

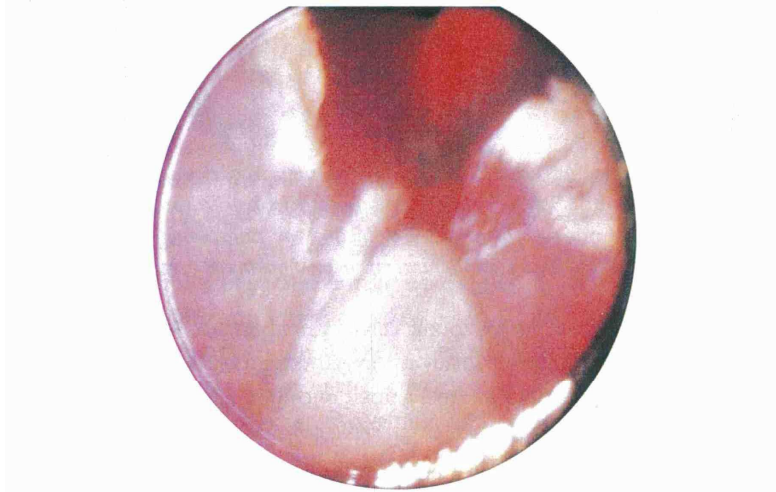


Δ

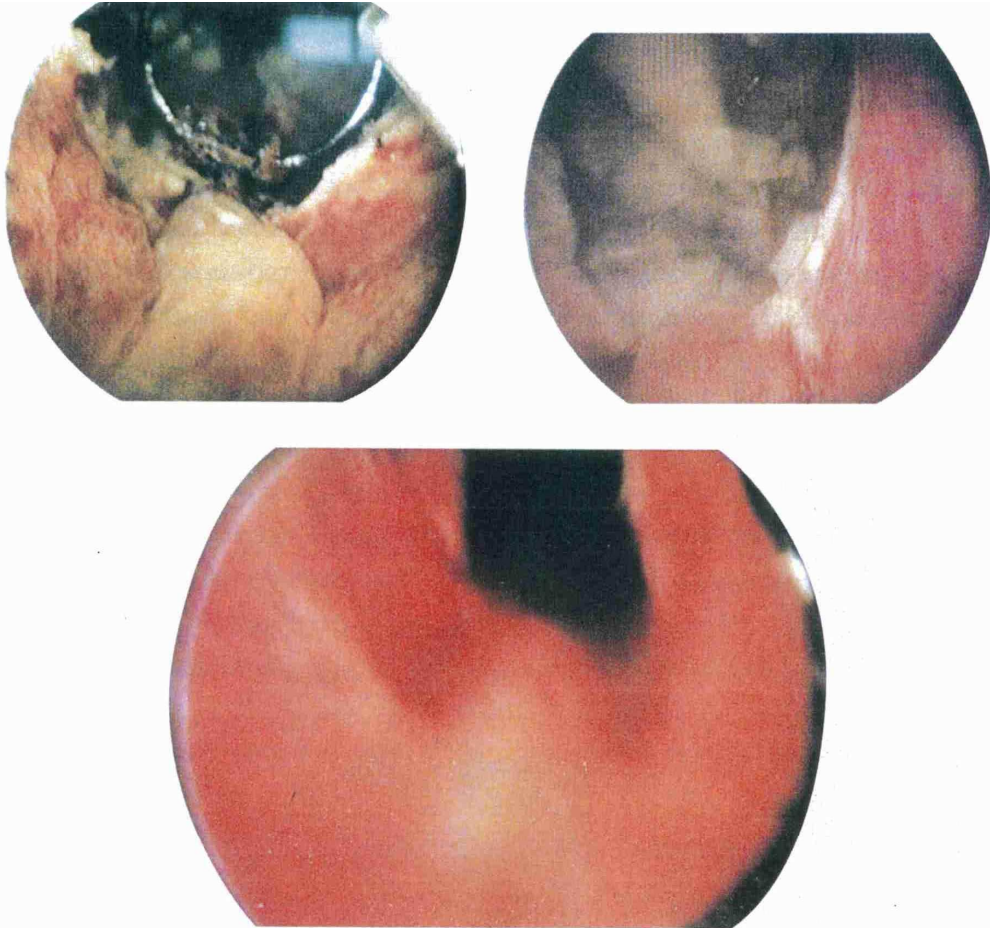


E

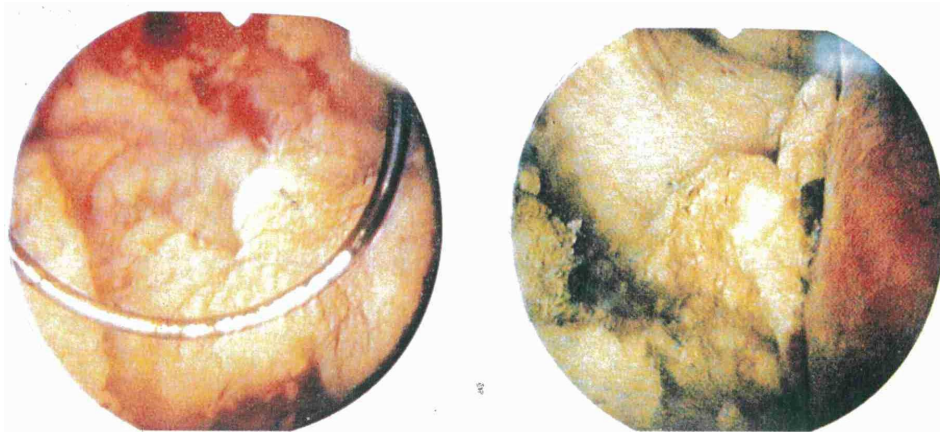
Επισκόπηση της οπίσθιας ουρήθρας. Στην εικόνα A από το ύψος του έξω σφιγκτήρα (βέλη) επισκοπείται το σπερματικό λοφίδιο και το κορυφαίο τμήμα των δύο πλάγιων λοβών. Στην εικόνα B πλησιέστερη απεικόνιση του λοφιδίου. Στις εικόνες Γ και Δ έχουμε μετακινηθεί υψηλότερα και στην E ο αυχένας της κύστης στο σημείο που συμβάλλουν οι δύο πλάγιοι λοβοί.



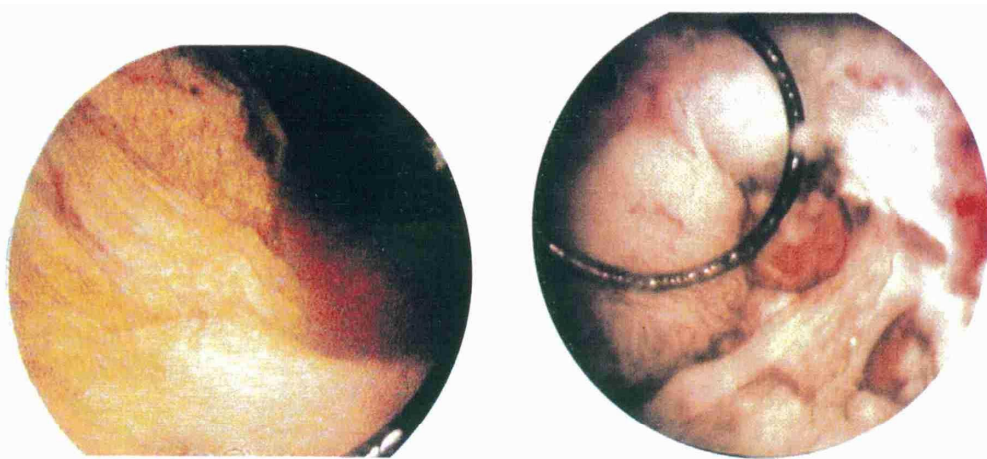
Ενδοσκοπική εικόνα μετά την αφαίρεση του αδενώματος, ενώ παραμένει το κορυφαίο τμήμα των δύο πλάγιων λοβών του προστάτη.



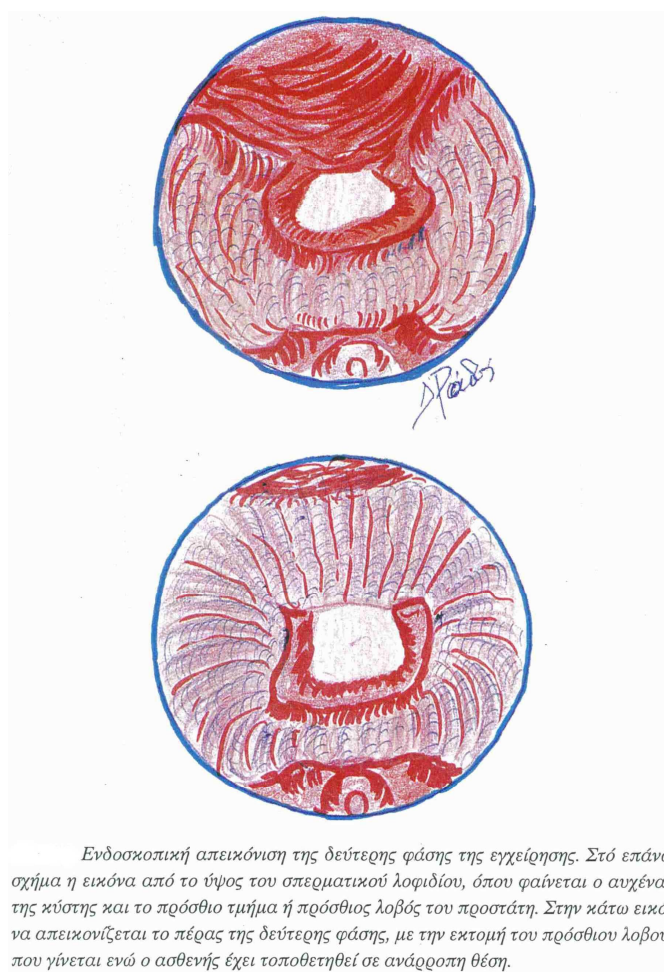
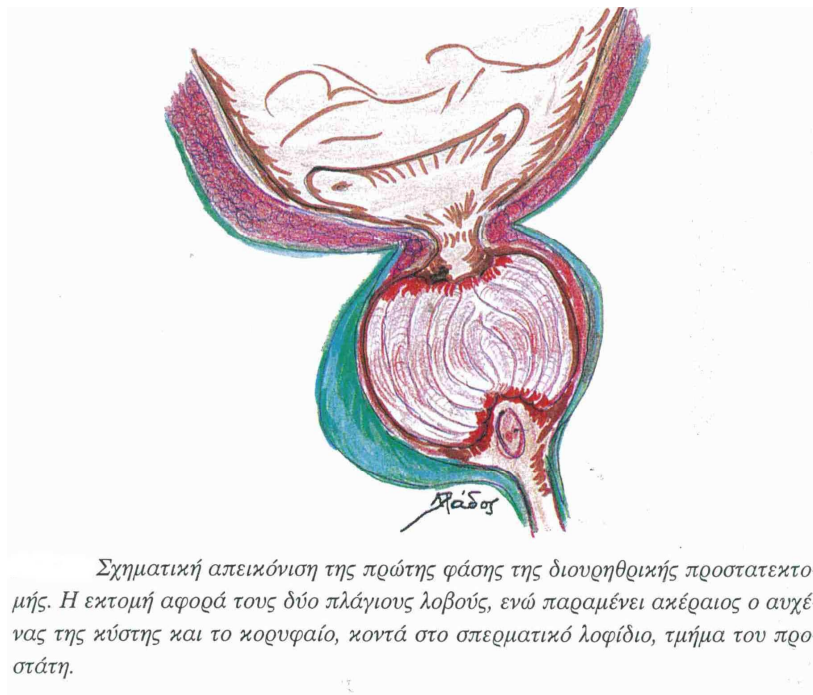
Έναρξη της αφαίρεσης του κορυφαίου τμήματος, ενώ με τον δείκτη του αριστερού χεριού απωθείται το αδένωμα προς τα επάνω (άνω αριστερά). Στην άνω δεξιά εικόνα η ολοκλήρωση της αφαίρεσης του αριστερού λοβού και στην κάτω εικόνα το σπερματικό λοφίδιο μετά την ολοκλήρωση της εγχείρωσης.

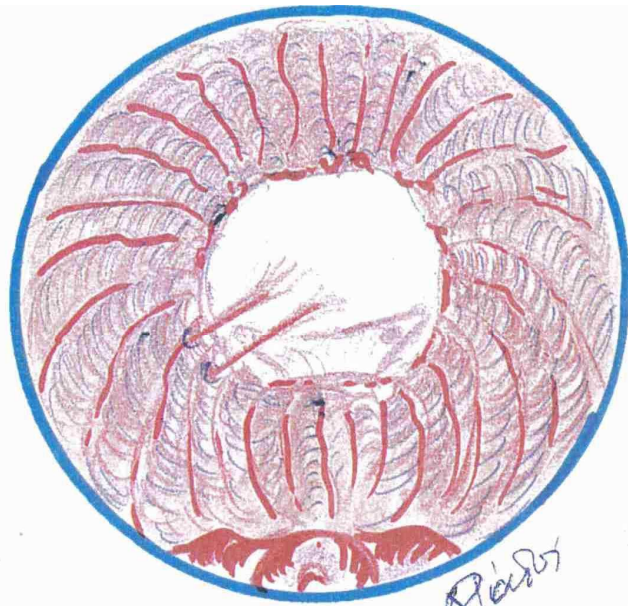


Ενδοσκοπικές εικόνες από την διαδικασία της διουρηθρικής εκτομής. Αριστερά η αγκύλη του ρεζεκτοσκοπίου ενώ προωθείται για την διατομή του αδενώματος και δεξιά η αφαίρεση έχει ολοκληρωθεί στο υψηλότερο σημείο αριστερά, όπου διαγράφεται η εγκάρσια γράμμωση της κάψας. Η γράμμωση αυτή προκύπτει από τις λείες μυϊκές ίνες, ενώ προς τα κάτω απεικονίζεται η χαρακτηριστική εμφάνιση του αφαιρουμένου αδενώματος.



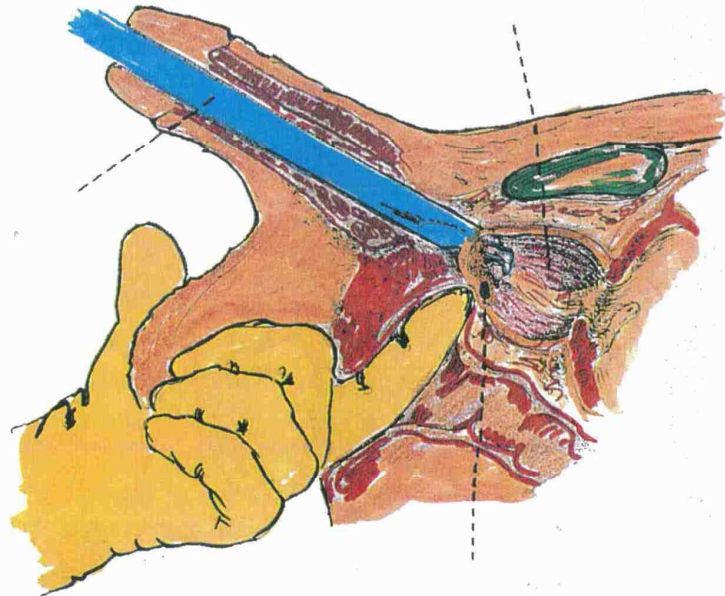
Ενδοσκοπικές εικόνες από τη διαδικασία της διουρηθρικής εκτομής. Αριστερά έχει απομείνει μικρό τμήμα του αδενώματος κοντά στον αυχένα της κύστης, ενώ είναι χαρακτηριστική η γράμμωση της κάψας και δεξιά εικονίζονται μικροί λίθοι, ενσφηνωμένοι σε φωλιές της χειρουργικής κάψας του προστάτη.



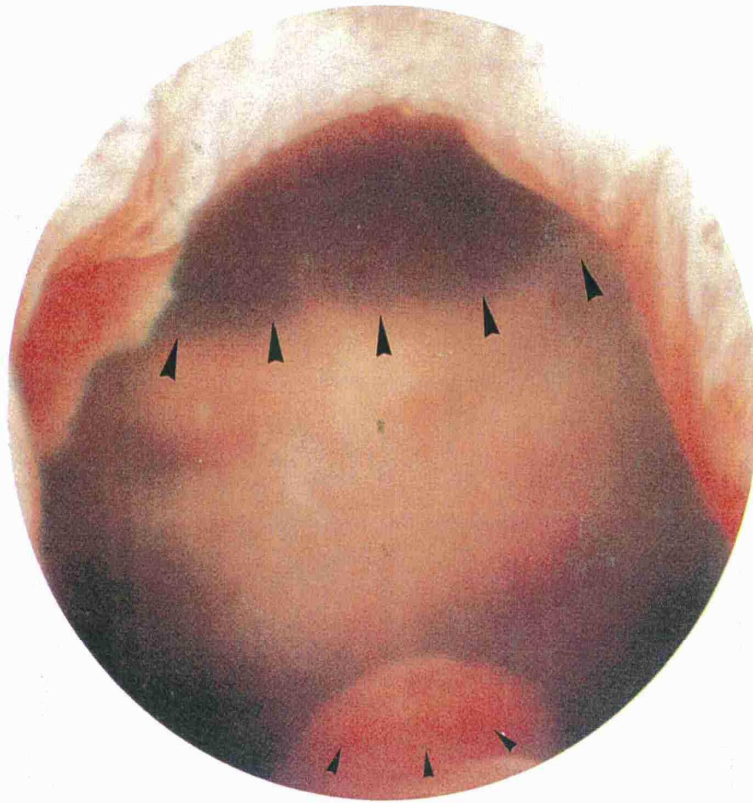


Σπείρωσις

Με την εκτομή του αυχένα στη διάρκεια της τρίτης φάσης, είναι εύκολη πλέον η παρατήρηση των αιμορραγούντων αγγείων, που κυρίως εντοπίζονται στις θέσεις της 5ης και 7ης ώρας και ο καυτηριασμός τους. Απομένει η εκτομή του κορυφαίου τμήματος του προστάτη.



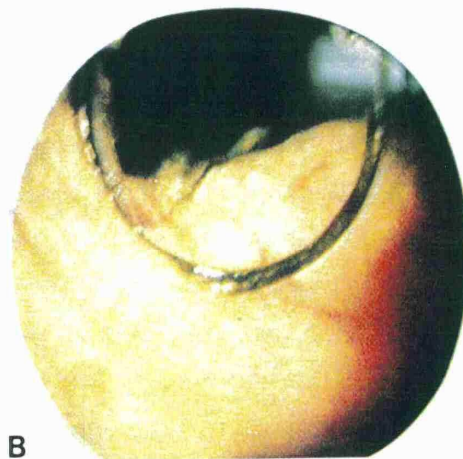
Σχηματική απεικόνιση της ολοκλήρωσης της διουρηθρικής προστατεκτομής, με την αφαίρεση του παρα το σπερματικό λοφίδιο τμήματος του προστάτη. Η όλη διαδικασία διευκολύνεται από την ανύψωση του τμήματος αυτού με τον δείκτη του αριστερού χεριού, τοποθετημένο στο απευθυσμένο.



Η ενδοσκοπική εικόνα του πέρατος της διουρηθρικής προστατεκτομής. Στο κάτω μέρος της εικόνας το σπερματικό λοφίδιο (ΣΛ.), στο βάθος η οπίσθια κάψα (Ο.Κ.) και ο οπίσθιος ανχένος της κύστης (Ο.Α.Κ.), ενώ στο επάνω μέρος και τα πλάγια της εικόνας, εμφανίζεται το κορυφαίο τμήμα του προστάτη.

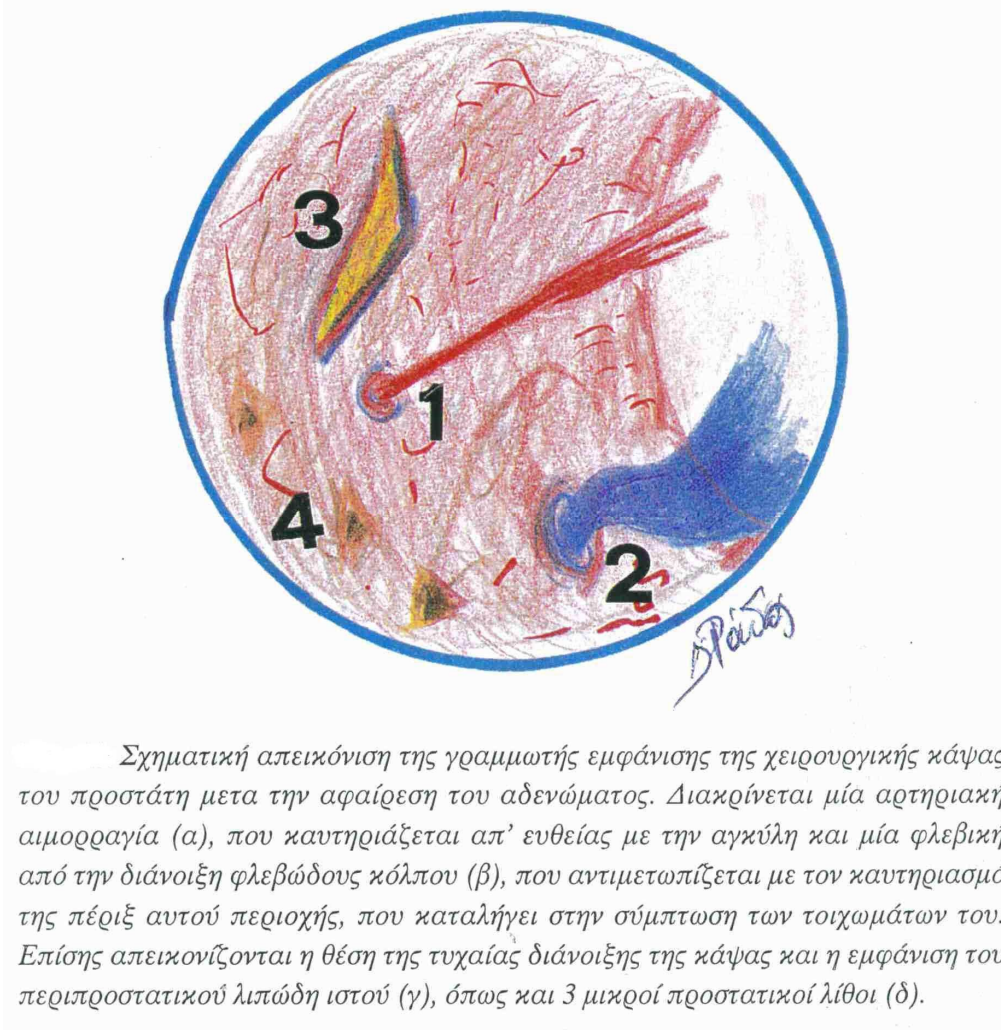


A



B

Χαρακτηριστική απεικόνιση αιμορραγούντων αγγείων (Α), που καυτηριάζονται με την αγκύλη του ρεξεκτοσκοπίου (Β).



Εναλλακτικές προτάσεις προστατεκτομής

Από την περιγραφή των διαφόρων μεθόδων της προστατεκτομής φαίνεται ότι στην πλειονότητα των ασθενών επιτυγχάνεται ο κύριος στόχος της εγχείρησης, που είναι η υποκειμενική βελτίωση από τα συμπτώματα της απόφραξης, αλλά και η αντικειμενική τεκμηρίωση της διόρθωσης της απόφραξης. Βέβαια φάνηκε ακόμη ότι κάθε μία από τις μεθόδους προστατεκτομής έχει τον δικό της βαθμό νοσηρότητας, που προκύπτει από την ίδια την εγχείρηση και από τις επιπλοκές της, που

οπωσδήποτε ταλαιπωρούν λίγο ή πολύ τον ασθενή και τον απομακρύνουν για άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα από τις καθημερινές του δραστηριότητες.¹

Από πολύ νωρίς η έρευνα άρχισε να στρέφεται προς άλλες μεθόδους, που θα μπορούσαν να μας δώσουν τα ίδια ή σχεδόν τα ίδια ή ακόμη και καλύτερα αποτελέσματα από αυτά της προστατεκτομής, αλλά με μικρότερο κόστος νοσηλείας και λιγότερες συνέπειες για τη γενική κατάσταση του ασθενή, με μικρότερη νοσηρότητα και λιγότερες επιπλοκές. Έτσι προέκυψε η πρώτη εναλλακτική πρόταση της διουρηθρικής προστατεκτομής, που είναι **η διατομή του αυχένα της κύστης και του προστάτη ή προστατοτομή, η γνωστή Bladder neck incision** ή σε συντομία **BNI** από τα αρχικά των τριών λέξεων της Αγγλικής.¹

Η μέθοδος αυτή, αν και είναι σχεδόν αναίμακτη, έχει περιορισμένη ένδειξη σε μικρού μεγέθους και ινώδους σύστασης προστάτες, επιτυγχάνει υποκειμενική βελτίωση και αντικειμενική τεκμηρίωση της άρσης της απόφραξης σε ποσοστά που πλησιάζουν αυτά της διουρηθρικής προστατεκτομής.

Το μειονέκτημα όμως που προκύπτει από την εναλλακτική αυτή μέθοδο είναι η απουσία υλικού χειρουργικού για βιοψία, το οποίο βέβαια μπορεί να ξεπεραστεί σε σημαντικό βαθμό με την εκτέλεση πολλαπλών διορθικών βιοψιών στον ίδιο χρόνο.¹

Δεύτερη εναλλακτική πρόταση, που μπορεί να γίνει και με τοπική αναισθησία ή με την χορήγηση κάποιου ηρεμιστικού είναι η απότομη **διαστολή της ουρήθρας με το μπαλόνι**. Χρησιμοποιούνται ειδικοί αυτοκρατούμενοι καθετήρες, που τοποθετούνται στην ουρήθρα, έτσι ώστε το ισχυρό μπαλονάκι που φέρουν να τοποθετείται και να διατείνεται μέσα στην οπίσθια ουρήθρα, όταν διαβιβάζεται σ' αυτό υγρό με μεγάλη πίεση. Προκαλείται έτσι απότομη διάταση της ουρήθρας, που συνοδεύεται βέβαια από μικρού βαθμού αιμορραγία, όπως ακριβώς συμβαίνει με τα μπαλονάκια που χρησιμοποιούνται για την διάνοιξη των αγγείων. Η μέθοδος αυτή αποτελεί την εξέλιξη και τη νέα πρόταση της τεχνολογίας στην πριν πολλά χρόνια εφαρμοσθείσα διαστολή της οπίσθιας ουρήθρας, με τη χρήση ειδικού εργαλείου κατά τον προσθιοπίσθιο άξονα. Όμως επειδή τα εξ' αυτής αποτελέσματα είναι μόνο πρόσκαιρα και η βελτίωση και η υποχώρηση των ενοχλημάτων περιορίζεται μόνο στο 70% των περιπτώσεων και μετά από διάστημα 6 μηνών περιορίζεται ακόμη περισσότερο και μάλιστα κάτω του 60% των αρχικά ωφεληθέντων, η εφαρμογή της μεθόδου αυτής περιορίζεται στην ομάδα εκείνη των ασθενών που για άλλα γενικότερα προβλήματα δεν μπορούν να υποστούν ή πρέπει να αναβάλλουν για κάποιο χρονικό διάστημα, μια οριστικότερη θεραπεία.^{1,18}

Η αντιμετώπιση της απόφραξης με τη χρήση των **προστατικών σωληνοειδών σπειραμάτων (strents)** που βρίσκουν ευρύτερη

εφαρμογή σε στενώματα της ουρήθρας αλλά και σε σφιγκτηρατομές. Στη διαδικασία αυτή χρησιμοποιείται ένας μικρός δικτυωτός κύλινδρος σαν ελατήριο που ονομάζεται προστατοουρηθρικό ελατήριο και που συνήθως είναι κατασκευασμένος από τιτάνιο.¹

Ο γιατρός το εισάγει μέσω του πέους και αφού το τοποθετήσει στο σημείο της ουρήθρας όπου υπάρχει η στένωση, το απελευθερώνει ώστε να διευρύνει τη δίοδο μειώνοντας την πίεση στον ιστό του προστάτη και επιτρέποντας την ευκολότερη ούρηση.

Η γρήγορη αυτή διαδικασία απαιτεί τοπική ή ραχιαία αναισθησία, δεν προκαλεί απώλεια αίματος και συχνά πραγματοποιείται σε ιατρικά κέντρα όπου γίνονται χειρουργικές επεμβάσεις σε εξωτερικούς ασθενείς.¹

Ωστόσο, τα προστατοουρηθρικά ελατήρια έχουν περιορισμένη χρησιμότητα. Πιο συχνά χρησιμοποιούνται σε ηλικιωμένους άνδρες με σοβαρή αύξηση του μεγέθους του προστάτη, αλλά η κατάσταση της υγείας των οποίων είναι τόσο άσχημη που μια χειρουργική επέμβαση θα ήταν επικίνδυνη.¹

Σε πολλές περιπτώσεις, η απόφραξη της ουροφόρου οδού επανέρχεται εξαιτίας μιας διαδικασίας που ονομάζεται υπερπλαστική επιθηλιακή αντίδραση, στην οποία ο ιστός του προστάτη προωθείται μέσω του δικτυωτού κυλίνδρου και προκαλεί νέα απόφραξη. Νέα πλήρης απόφραξη σπάνια παρατηρείται αλλά σε μερικές περιπτώσεις απαιτείται νέα χειρουργική επέμβαση.¹

Μια άλλη μέθοδος που χρησιμοποιείται είναι αυτή της **διουρηθρικής θερμοθεραπείας με μικροκύματα**. Στη διουρηθρική θερμοθεραπεία με μικροκύματα, ο γιατρός καθοδηγεί στον προστάτη μέσω του πέους ένα λεπτό καθετήρα, πάνω στον οποίο υπάρχει μια μικροσκοπική πηγή μικροκυμάτων. Στο σημείο αυτό τα μικροκύματα καταστρέφουν ένα τμήμα του ιστού του προστάτη και μειώνουν την πίεση στην ουρήθρα. Ένα ψυχρό περίβλημα γύρω από τη γεννήτρια προφυλάσσει την ουρήθρα. Η επέμβαση διαρκεί μια περίπου ώρα και μπορεί να πραγματοποιηθεί σε εξωτερικούς ασθενείς.⁶

Το 1996, ο Αμερικανικός Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων ενέκρινε το Prostatron, την πρώτη συσκευή διουρηθρικής θεραπείας με μικροκύματα που χρησιμοποιήθηκε στις ΗΠΑ. Αν και ο Αμερικανικός Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων θεωρεί τη συσκευή ασφαλή και αποτελεσματική για συμπτώματα ούρησης όπως η επιτακτική ανάγκη, η συχνότητα και η διακεκομμένη ροή, η θεραπεία δεν βελτιώνει την ατελή κένωση της ουροδόχου κύστης ή την αδύνατη ροή ούρων. Διάφορες άλλες συσκευές διουρηθρικής θεραπείας με μικροκύματα χρησιμοποιούνται στις ΗΠΑ.⁶

Ωστόσο, σύμφωνα με μια μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2001 στην *Journal of Urology*, η διουρηθρική θερμοθεραπεία με μικροκύματα φαίνεται ότι είναι λιγότερο αποτελεσματική σε σχέση με την διουρηθρική εκτομή του προστάτη.⁶

Η μελέτη ανέφερε ότι το 20% των ανδρών που είχαν υποβληθεί σε διουρηθρική θερμοθεραπεία με μικροκύματα, χρειάστηκε επιπρόσθετη θεραπεία μετά από 3 χρόνια σε σύγκριση με το 13% εκείνων που υποβλήθηκαν σε διουρηθρική εκτομή του προστάτη.

Μια ευρύτερη επιθεώρηση μελετών κατέληξε σε ακόμα χαμηλότερα ποσοστά, καθώς οι ερευνητές οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα ότι μόνο το 5% των ανδρών που υποβλήθηκαν σε διουρηθρική εκτομή του προστάτη χρειάστηκαν επιπρόσθετη θεραπεία.⁶

Μια ακόμη μέθοδος που χρησιμοποιείται είναι αυτή της **διουρηθρικής τομής του προστάτη**. Και στη διουρηθρική τομή του προστάτη εισάγεται ένα όργανο στον προστάτη δια μέσου του πέους. Αλλά αντί για την αποκοπή του πλεονάζοντα ιστού, ο χειρουργός κάνει μία ή περισσότερες τομές κατά μήκος στην περιοχή της στένωσης της ουρήθρας.

Έτσι πραγματοποιείται η διάνοιξη του περάσματος της ουρήθρας, μειώνεται η πίεση στην ουρήθρα και βελτιώνεται η ροή των ούρων. Για την επέμβαση αυτή χρησιμοποιείται ραχιαία ή ολική αναισθησία. Πραγματοποιείται σε εξωτερικούς ασθενείς ή στη διάρκεια μιας μονοήμερης νοσηλείας. Η ανάρρωση διαρκεί συνήθως 5-7 ημέρες.

Η διουρηθρική τομή του προστάτη δεν αποτελεί επιλογή για κάθε ασθενή. Άνδρες των οποίων το μέγεθος του προστάτη είναι μέτριο είναι οι

συνήθεις υποψήφιοι για την επέμβαση αυτή. Τα οφέλη φαίνεται να έχουν διάρκεια.

Σε μία περίοδο 5 ετών, η πιθανότητα να χρειαστεί άλλη χειρουργική επέμβαση είναι 8%-10%, ποσοστό ελαφρώς υψηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό της διουρηθρικής εκτομής του προστάτη (5%). Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές – όπως ανάδρομη εκσπερμάτιση, ακράτεια ούρων ή απώλεια αίματος – φαίνεται ότι είναι λιγότερες σε σχέση με τη διουρηθρική εκτομή του προστάτη.

Ενώ μόνο το ένα τέταρτο όσων έχουν υποβληθεί σε διουρηθρική τομή του προστάτη παρουσιάζουν παλίνδρομη εκσπερμάτιση, το αντίστοιχο ποσοστό όσων έχουν υποβληθεί σε διουρηθρική εκτομή του προστάτη υπερβαίνει το 70%.

Συνεπώς, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε διουρηθρική τομή του προστάτη παραμένουν γόνιμοι και μετά την επέμβαση. Κατά συνέπεια, αποτελεί συχνά την επιλογή ανδρών των οποίων ο προστάτης έχει μικρότερο μέγεθος και που θέλουν ακόμη να αποκτήσουν παιδιά.

Μια ακόμη μέθοδος είναι αυτή της **διουρηθρικής αφαίρεσης με βελόνη**. Η διουρηθρική αφαίρεση με βελόνη είναι μια νέα θερμική προσέγγιση που χρησιμοποιεί κύματα χαμηλής ακτινοβολίας, τα οποία εκπέμπονται από δύο λεπτές βελόνες για να θερμάνουν και να νεκρώσουν τα αποφρακτικά κύτταρα του προστάτη.

Περιβλήματα προστατεύουν την ουρήθρα από πιθανή βλάβη. Μακροπρόθεσμα, η αποτελεσματικότητα δεν είναι γνωστή, αλλά μια πρόσφατη μελέτη απέδειξε ότι άνδρες που είχαν υποβληθεί σε διουρηθρική αφαίρεση με βελόνη βραχυπρόθεσμα παρουσίασαν σημαντική βελτίωση της ροής των ούρων.

Χειρουργική επέμβαση με λέιζερ

Μια τελευταία μέθοδος είναι η χειρουργική επέμβαση με λέιζερ, η οποία αν και χρησιμοποιείται σε νοσοκομείο είναι λιγότερο τραυματική από τη διουρηθρική εκτομή του προστάτη και οι περισσότεροι ασθενείς επιστρέφουν στο σπίτι τους την ίδια μέρα. Δεν χρειάζεται μεγάλη ποσότητα αναισθησίας και χρησιμοποιείται ραχιαία αναισθησία.

Ο χειρουργός ξεκινά καθοδηγώντας μια ίνα στον προστάτη μέσω της ουρήθρας. Η ίνα αυτή οδηγεί τις ακτίνες λέιζερ στον στόχο. Στην συνέχεια χρησιμοποιεί τις ακτίνες λέιζερ για να κάψει τον ιστό στον οποίο οφείλεται η απόφραξη της ροής των ούρων. Ο νεκρός ιστός αποβάλλεται με τα ούρα. Με την μέθοδο αυτή υπάρχει λιγότερη αιμορραγία.

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε λέιζερ έχουν ακριβώς τις ίδιες πιθανότητες να παρουσιάσουν ακράτεια ούρων και ανάδρομη εκσπερμάτιση μ' εκείνους που υποβάλλονται σε διουρηθρική εκτομή του προστάτη.

Ένα άλλο μειονέκτημα είναι η τοποθέτηση καθετήρα για την ούρηση για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε σχέση με την διουρηθρική εκτομή του προστάτη. Ενώ οι επεμβάσεις με λέιζερ είναι καινούργιες, η μακροχρόνια αποτελεσματικότητά τους δεν είναι γνωστή.

Οι άνδρες που υποβάλλονται σε επεμβάσεις με λέιζερ έχουν μεγαλύτερο ποσοστό υποτροπής σε 3-5 χρόνια.

Κριτήρια επιλογής θεραπείας

Όταν τα συμπτώματα δεν είναι ιδιαίτερα ενοχλητικά, ο γιατρός μπορεί να προτιμήσει να μην κάνει κάτι άλλο από την «προσεκτική αναμονή», η οποία περιλαμβάνει τακτική παρακολούθηση, αλλά όχι θεραπεία.⁶

Όταν τα συμπτώματα δημιουργούν μεγαλύτερα προβλήματα, οι γιατροί στην αρχή συνιστούν ένα συνδυασμό αλλαγών του τρόπου ζωής και φαρμάκων. Συχνά αυτό είναι αρκετό για την ανακούφιση των χειρότερων συμπτωμάτων και για την αποφυγή της χειρουργικής επέμβασης.⁶

Σε περίπτωση που η χειρουργική επέμβαση είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθεί, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι υπάρχουν διάφορες χειρουργικές μέθοδοι.

Ενδείξεις προστατεκτομής

Για την προστατεκτομή γενικά, ενδείξεις της εφαρμογής της αποτελούν όλες εκείνες οι καταστάσεις, που εμφανίζονται μετά από μακρόχρονη παρουσία της απόφραξης και έχουν προκαλέσει δευτεροπαθείς αλλοιώσεις στη μορφολογία και την λειτουργία του μέσου και ανώτερου ουροποιητικού συστήματος (πίνακας 1). Τέτοιες καταστάσεις είναι η οξεία και χρόνια επίσχεση των ούρων, η υποτροπιάζουσα και επιμένουσα ουρολοίμωξη, τα έντονα ή μη αντιμετωπιζόμενα με άλλους τρόπους συμπτώματα της απόφραξης του κατώτερου ουροποιητικού, η υποτροπιάζουσα μακροσκοπική (μαζική) αιμορραγία από τον προστάτη και οι δευτεροπαθείς από την απόφραξη παθοφυσιολογικές μεταβολές στο μέσο και ανώτερο ουροποιητικό (λιθίαση της κύστης και εκκολπώματα, ατονία της κύστης, ουρητηροϋδονέφρωση και υδρονεφρωτική ατροφία με ή χωρίς σημεία νεφρικής ανεπάρκειας.¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο:

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η εγχείριση και κυρίως η διουρηθρική είναι η αποτελεσματικότερη πρόταση για την αντιμετώπιση της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη και αυτό γίνεται με την ανταμοιβή κάποιου τμήματος, δηλαδή της χειρουργικής νοσηρότητας.¹

Γι' αυτό τον λόγο είναι αναγκαία η παραμονή και η περίθαλψη των ασθενών σε νοσηλευτικό ίδρυμα, αλλά και η απομάκρυνσή τους από τις συνήθεις δραστηριότητες, γιατί επιβαρύνεται από την εγχείριση και τις επιπλοκές της η γενική κατάσταση του οργανισμού τους.¹

Στα χέρια των πεπειραμένων χειρουργών τα ποσοστά υποκειμενικής και αντικειμενικής βελτίωσης και απαλλαγής των ασθενών από τα συμπτώματα της απόφραξης είναι υψηλά με την διουρηθρική, ενώ αντίθετα η εξ' αυτής νοσηρότητα είναι μικρή. Όμως γενικά στην απώτερη μετεγχειρητική παρακολούθηση, το 20 έως 25% των ασθενών δεν είναι ικανοποιημένοι και περίπου το 10 έως 15% αυτών που υπέστησαν εγχείριση, θα ξαναυποβληθούν σε κάποια χειρουργική επέμβαση σε 8 έως 10 χρόνια.^{1,21,22}

Επιπλοκές της διουρηθρικής προστατεκτομής: Είναι περισσότερο εφαρμοζόμενη μέθοδος. Οι επιπλοκές διακρίνονται σε **διεγχειρητικές**, σε **άμεσες** και σε **απώτερες**.¹

Από τις διεγχειρητικές επιπλοκές ξεχωρίζει το σύνδρομο της διουρηθρικής, ενώ η αιμορραγία, η εξαγγείωση των χρησιμοποιημένων υγρών στον περιπρωστατικό χώρο και η καρδιακή αρρυθμία προβληματίζουν σε μικρότερο βαθμό.^{1,19}

Το σύνδρομο της διουρηθρικής, που χαρακτηρίζεται από ναυτία, εμετούς, βραδυκαρδία, υπέρταση, διαταραχές της όρασης και πνευματική σύγχυση, οφείλεται κυρίως στην απορρόφηση από τους διανοιγόμενους φλεβικούς κόλπους του προστάτη των χρησιμοποιημένων υγρών, που προκαλούν υπονατριαιμία.

Μετά την αποκτηθείσα εμπειρία στην παθογένεια του συνδρόμου, η συχνότητα με την οποία εμφανίζεται δεν ξεπερνά πλέον το 2% των περιπτώσεων και αντιμετωπίζεται με την χορήγηση υπέρτονων νατριούχων ορών και διουρητικών φαρμάκων. Αν και το απεσταγμένο νερό είναι φθηνότερο και προσφέρει καθαρότερο χειρουργικό πεδίο, είναι όμως υπότονο, οι περισσότεροι χειρουργοί χρησιμοποιούν πλέον τα διαλύματα γλυκίνης, τα οποία δεν προκαλούν αιμόλυση. Η εμφάνιση του συνδρόμου έχει άμεση σχέση με την ποιότητα και την ποσότητα των απορροφούμενων υγρών, που υπολογίζονται σε 20 κ.εκ. ανά πρώτο λεπτό, με μέσο όρο συνολικής απορρόφησης για την εγχείρηση 1000 κ.εκ.

Γι' αυτό και η επιπλοκή αυτή εμφανίζεται συχνότερα στις περιπτώσεις που χρησιμοποιείται το απεσταγμένο νερό στην εγχείρηση ή

όταν αυτή διαρκεί περισσότερο από 90 λεπτά της ώρας και όταν το μέγεθος του προστάτη ξεπερνά τα 50 γραμμάρια.^{1,20}

Η διεγχειρητική αιμορραγία σε μικρό μόνο ποσοστό εγχειρήσεων φθάνει στο σημείο της χορήγησης μιας μονάδας αίματος και ακόμη σπανιότερα δύο, διότι ο καυτηριασμός των αγγείων γίνεται σταδιακά και διαδοχικά μετά από την εκτομή και αφαίρεση κάποιου τμήματος του αδενώματος.

Όταν διανοίγουν μεγάλοι φλεβικοί κόλποι ή η χειρουργική κάψα του προστάτη, είναι δυνατόν να παραπονεθεί ο ασθενής για πόνο χαμηλά στην κοιλιά ή στις νεφρικές χώρες, από την απότομη συγκέντρωση των απορροφούμενων υγρών στον περιπροστατικό και οπισθοπεριτοναϊκό χώρο.¹

Στις περιπτώσεις αυτές αρκεί η διακοπή της εγχείρησης και η τοποθέτηση ουρηθρικού καθετήρα, ενώ σε σοβαρότερες καταστάσεις όπου επιμένουν ο πόνος, η ναυτία και οι εμετοί ή υπάρχει ψηλαφητή διόγκωση στο υπογάστριο, συνιστάται η τοποθέτηση υπερηβικής παροχέτευσης.¹

Στην οπισθομβική προστατεκτομή, πρόωρη διεγχειρητική αιμορραγία μπορεί να προκύψει από την διάνοιξη διευρυσμένων φλεβών του επιπολής πλέγματος του Santorini που τυχαία τραυματίζονται κατά την προετοιμασία της πρόσθιας κάψας του προστάτη, όπου γίνεται η εγκάρσια διάνοιξη.¹

Στις διεγχειρητικές επιπλοκές της διουρηθρικής προστατεκτομής συμπεριλαμβάνεται και η **στύση του πέους**, που σπάνια εμφανίζεται και μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο στην χρήση των εργαλείων. Παλαιότερα η επιπλοκή αυτή ξεπερνούταν με την διενέργεια περινεϊκής ουρηθροστομίας, από την οποία τοποθετούσαν τα εργαλεία, ενώ πλέον εύκολα υποχωρεί με την ενδοπεϊκή έγχυση μιας αγγειοσυσπαστικής ουσίας (διάλυμα επινεφρίνης ή εφεδρίνης).¹

Αιμορραγία: Αυτή πρέπει να ελέγχεται μέχρι την στιγμή που ο ασθενής εγκαταλείπει το χειρουργείο.¹

Όμως παρά τα μέτρα που αναφέρθηκαν για την αντιμετώπισή της (**καυτηριασμός των αγγείων, τοποθέτηση αιμοστατικών ραφών**) και παρά την ήπια ή και μεγαλύτερη έλξη στον καθετήρα και την προσπάθεια συμπίεσης των αιμορραγούντων αγγείων μέσω του μπαλονιού, αυτή πολλές φορές συνεχίζεται και τα εξερχόμενα ούρα είναι αιματηρά.¹

Στο σημείο αυτό ο χειρουργός δεν πρέπει να αδιαφορήσει και να περιμένει την αντιμετώπισή της με την συνεχή πλύση της κύστης από τον καθετήρα της τριπλής ροής ή με τις πλύσεις με την σύριγγα Toomey.¹

Η αιμορραγία αντιμετωπίζεται με την εφαρμογή της αιμοστατικής γάζας Mikulitz, είτε μέσω μικρής υπερηβικής τομής, αν πρόκειται για διουρηθρική προστατεκτομή, είτε με την διάνοιξη της συρραφείσας τομής όταν πρόκειται για ανοικτή εγχείρηση.¹

Η καλή συμπίεση της ειδικής γάζας στην προστατική κοίτη και η παροχέτευση της κύστης με υπερηβική κυστεοστομία με καθετήρα Pezzer ελέγχουν **απόλυτα** την αιμορραγία και απαλλάσσουν χειρουργό και ασθενή από δυσάρεστα προβλήματα στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο.

Στις **άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές** είναι η **αδυναμία ούρησης** από τον ερεθισμό της ουρήθρας και το οίδημα της περιοχής ή από πύγματα αίματος που προκαλούνται όταν εμφανιστεί η επιπλοκή της **μετεγχειρητικής αιμορραγίας**.¹

Αντιμετωπίζεται με εκκενωτικό καθετηριασμό της κύστης. Όσον αφορά την αιμορραγία και αυτή αντιμετωπίζεται με τοποθέτηση καθετήρα, με αύξηση της διούρησης και αν χρειαστεί με πλύσεις ή με την εφαρμογή καθετήρα τριπλής ροής και συνεχή πλύση της κύστης.¹

Πολλές φορές απαιτείται η χρήση ειδικών καθετήρων (Couvelier, Coude, Whistle tip) οι οποίοι έχουν μεγαλύτερο αυλό και σκληρότερο τοίχωμα. Ακόμη πολλές φορές χρειάζεται η χρήση του Sheath του ρεζεκτοσκοπίου, για την κένωση της κύστης από τα πύγματα.¹

Ακόμη επιπλοκές που εμφανίζονται σε όλες τις εγχειρήσεις και έχουν σχέση με την κατάκλιση και την μεγάλη ηλικία είναι οι: **θρομβώσεις, εμβολές, εγκεφαλικά επεισόδια, πνευμονία και άλλες λοιμώξεις**.¹

Επίσης η **επιδιδυμίτιδα** και η **ορχίτιδα** είναι συχνή επιπλοκή της προστατεκτομής (7-8%) και ταλαιπωρεί αρκετά τον ασθενή, αυξάνοντας

την νοσηρότητα της εγχείρησης, ενώ επιμηκύνει την μετεγχειρητική του νοσηλεία.¹

Η επιδιδυμίτιδα σχετίζεται άμεσα με την ουρολοίμωξη και παρατηρείται συχνότερα σε ασθενείς με μακρόχρονη παρουσία μόνιμου καθετήρα.¹

Το **ουροχόο συρίγγιο** είναι μια άμεση επιπλοκή των ανοικτών μόνο εγχειρήσεων, που αφορά την διακυστική προστατεκτομή. Παρουσιάζεται σε ασθενείς με μετεγχειρητική λοίμωξη και αντιμετωπίζεται με την επανατοποθέτηση του ουρηθρικού καθετήρα για λίγες ημέρες.¹

Οι απώτερες μετεγχειρητικές επιπλοκές, έχουν σχέση με το κατώτερο ουροποιητικό και μπορεί να είναι η στένωση του αυχένα της κύστης, η στένωση της ουρήθρας και η ακράτεια ούρων.

Τα ποσοστά κάθε μιας από αυτές δεν ξεπερνούν το 3% των περιπτώσεων και οι δύο πρώτες από αυτές εμφανίζονται μετά από διουρηθρική και λιγότερο συχνά μετά από ανοιχτή εγχείρηση. Ενώ η ακράτεια των ούρων που είναι σημαντικότερου βαθμού, καταλήγει στην χρήση βοηθητικών τρόπων αντιμετώπισης και προκύπτει από την διαταραχή του έξω σφιγκτήρα της ουρήθρας, εμφανίζεται σε ποσοστό χαμηλότερο του 3%.¹

Μετά την προστατεκτομή, όσο καλά και σωστά να γίνει σε ένα ποσοστό 5-35% παραμένει κάποιου βαθμού συχνουρία, έπειξη για

ούρηση, ακράτεια ούρων, δυσουρία και μειωμένης δύναμης και εκτόξευσης ακτίνα ούρησης.¹

(Δυσλειτουργία της ούρησης)

Πρέπει να γίνεται ουροδυναμικός έλεγχος των ασθενών αυτών, ιδιαίτερα όταν τα ενοχλήματα επιμένουν και ταλαιπωρούν τον ασθενή και οδηγούν τον γιατρό σε πιθανή δεύτερη εγχείρηση, αποδεικνύει την παρουσία υπολειμματικού προστάτη και απόφραξη σε ποσοστά μέχρι 11%.

Στις υπόλοιπες περιπτώσεις πρόκειται για αστάθεια του εξωστήρα που εμφανίζεται σε ποσοστά 7-77% των ασθενών με δυσλειτουργία της ούρησης, παρά σε βλάβη του έξω σφιγκτήρα της ουρήθρας από την εγχείρηση.

Έτσι ενώ η ακράτεια των ούρων μετά την προστατεκτομή εμφανίζεται σε ποσοστά που δεν ξεπερνούν το 3%, στους ασθενείς με δυσλειτουργία της ούρησης κατέχει το σημαντικότερο ποσοστό κατανομής των επιμέρους συμπτωμάτων και η συχνότητά της φθάνει στο 35-54% των ασθενών αυτών.

Δύο ακόμη επιπλοκές που εμφανίζονται μετά την προστατεκτομή είναι η **παλίνδρομη εκσπερμάτιση** με ποσοστά 50-90% και η **ανικανότητα** με ποσοστά μικρότερα του 5%.

Η πρώτη από τις επιπλοκές έχει σχέση με την ευρεία διάνοιξη του αυχένα και την κατάργηση του έξω σφιγκτήρα της κύστης, ενώ η δεύτερη

με την πιθανή παράβλαψη των νεύρων της στύσης από την διαθερμία, στην διουρηθρική και από τις αιμοστατικές ραφές στην ανοιχτή προστατεκτομή.

Τελευταία επιπλοκή που εμφανίζεται μετά από την οπισθοηβική προστατεκτομή μόνο, είναι η **ηβική οστίδα**, που χαρακτηρίζεται από βύθιο πόνο στα οστά της ηβικής σύμφυσης και από αδυναμία, μερική ή πλήρη της βάδισης. Αποδίδεται στον τραυματισμό των εν λόγω οστών από τις βελόνες που εφαρμόζουν τις ραφές στην εγχείρηση ή και σε άσηπτη φλεγμονή τους. Ταλαιπωρεί αφάνταστα τον ασθενή και υποχωρεί με την χορήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων ή και κορτιζόνης για μεγάλο χρονικό διάστημα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ¹⁹

◆ Προεγχειρητική Φροντίδα

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Άγχος που σχετίζεται με:

- α. το μη οικείο περιβάλλον και τον χωρισμό από οικεία πρόσωπα
- β. την προβλεπόμενη απώλεια ελέγχου, τα αποτελέσματα από τη νάρκωση και τα διεγχειρητικά ευρήματα
- γ. τη μη κατανόηση των διαγνωστικών εξετάσεων και της προγραμματισμένης χειρουργικής επέμβασης
- δ. τους οικονομικούς παράγοντες που αφορούν τη νοσηλεία στο νοσοκομείο
- ε. την πιθανή αμηχανία ή την απώλεια της αξιοπρέπειας από την επίδειξη του σώματος.
- στ. τον κίνδυνο μετάδοσης νόσου από πιθανή μετάγγιση αίματος.
- ζ. την προβλεπόμενη στενοχώρια, δυσφορία, τους περιορισμούς και τις αλλαγές στον συνηθισμένο τρόπο ζωής και ρόλο
- η. την πιθανότητα θανάτου.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

1. Το άγχος του αρρώστου θα ελαττωθεί, όπως φαίνεται από:
- α. την έκφραση συναισθημάτων

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

- 1.α. Συγκεντρώστε τα ακόλουθα στοιχεία από τον άρρωστο κατά την προεγχειρητική περίοδο:
- 1. φόβοι, παρανοήσεις και επίπεδο κατανόησης της προγραμματισμένης χειρουργικής επέμβασης
 - 2. βαρύτητα της χειρουργικής επέμβασης και της νοσηλείας στο νοσοκομείο
 - 3. κατανόηση των αναμενόμενων από την επέμβαση
 - 4. προηγούμενες εμπειρίες από χειρουργικές επεμβάσεις και νοσηλείες σε νοσοκομείο

- μειωμένου άγχους και φόβου
- β. τον συνηθισμένο τύπο ύπνου
 - γ. την ήρεμη έκφραση του προσώπου και τις κινήσεις του σώματος
 - δ. τα σταθερά ζωτικά σημεία
 - ε. τη συνηθισμένη δυνατότητα αντίληψης και σχέσεων με άλλα άτομα

5. ύπαρξη επαρκών συστημάτων υποστήριξης
- β. Αναζητήστε στον άρρωστο σημεία και συμπτώματα άγχους (π.χ. εξωτερίκευση των φόβων και των ανησυχιών, αϋπνία, ένταση, τρόμος, ευερεθιστότητα, υπερκινητικότητα, εφιδρώσεις, ταχύπνοια, ταχυκαρδία, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ωχρότητα ή ερυθρότητα προσώπου, ελάττωση του πεδίου αντίληψης, απομόνωση)
 - γ. Εφαρμόστε μέτρα για τη μείωση του άγχους και του φόβου:
 - 1. προσανατολίστε τον άρρωστο στο περιβάλλον του νοσοκομείου, στα μηχανήματα και στις διαδικασίες
 - 2. συστήστε το προσωπικό που θα συμμετέχει στη φροντίδα του ώστε να δημιουργούνται αισθήματα σταθερότητας και άνεσης με το περιβάλλον
 - 3. βεβαιώστε τον άρρωστο ότι το προσωπικό βρίσκεται κοντά του· απαντήστε σε κάθε σήμα κλήσης όσο το δυνατόν συντομότερα
 - 4. διατηρείτε έναν ήρεμο, ενισχυτικό, με αυτοπεποίθηση, τρόπο ανταπόκρισης προς τον άρρωστο
 - 5. ενθαρρύνετε την έκφραση του φόβου και της ανησυχίας
 - 6. τονίστε τις εξηγήσεις των ιατρών και διευκρινίστε λανθασμένες αντιλήψεις που έχει ο άρρωστος σχετικά με την επέμβαση (π.χ. σκοπός, μέγεθος και θέση της τομής, αποτέλεσμα)
 - 7. εξηγήστε όλες τις προεγχειρητικές εξετάσεις
 - 8. καθοδηγήστε τον άρρωστο σχετικά με την προεγχειρητική ρουτίνα και τη μετεγχειρητική φροντίδα
 - 9. διευκολύνετε τον άρρωστο να αποκτήσει αίσθηση ελέγχου με:
 - α. τη συμμετοχή του στο σχεδιασμό της προεγχειρητικής φροντίδας και δίνοντας τη δυνατότητα της επιλογής όπου αυτό είναι εφικτό

10. εξασφαλίστε ένα ήρεμο και αναπνευστικό περιβάλλον
 11. διδάξτε στον άρρωστο τις τεχνικές χαλάρωσης και ενθαρρύνετε τη συμμετοχή του σε ποικίλες δραστηριότητες
 12. βοηθήστε τον άρρωστο να αναγνωρίσει τα αγχογόνα ερεθίσματα και τους τρόπους αντιμετώπισής τους
 13. καθησυχάστε τον άρρωστο ότι μετεγχειρητικά θα του χορηγηθούν παυσίπονα
 14. καθησυχάστε τον άρρωστο ότι το αίμα ελέγχεται προσεκτικά και ο κίνδυνος να νοσήσει από αρρώστια που μεταδίδεται με τα αίμα είναι ελάχιστος
 15. ξεκινήστε τη διαδικασία παραπομπής του στην οικονομική ή κοινωνική υπηρεσία υποστήριξης, εάν χρειάζεται
 16. ενθαρρύνετε το περιβάλλον του να επιδείξει συμπεριφορά με ενδιαφέρον και στοργή χωρίς εμφανές άγχος
 17. κανονίστε την επίσκεψη κληρικού, εάν το επιθυμεί ο άρρωστος
 18. χορηγήστε φάρμακα εάν έχουν συνταγογραφηθεί.
- δ. Περιλάβετε άτομα από το περιβάλλον του σε μαθήματα προσανατολισμού και διδασκαλίας ενθαρρύνοντας τη συνεχή υποστήριξή τους προς τον άρρωστο.
- ε. Δώστε πληροφορίες σχετικά με τις τρέχουσες ανάγκες του αρρώστου και των ατόμων του περιβάλλοντός του, σε κατανοητή γλώσσα. Ενθαρρύνετε ερωτήσεις και διευκρινίσεις στις πληροφορίες που δίνονται.
- στ. Συμβουλευτείτε γιατρό, εάν οι πιο πάνω πράξεις αποτύχουν στο να ελέγξουν το φόβο και το άγχος.

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Διαταραχές ύπνου που σχετίζονται με φόβο, άγχος, τη διαδικασία προετοιμασίας του αρρώστου για να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση και το μη οικείο περιβάλλον.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

- 2.α. Αναζητήστε στον άρρωστο σημεία και συμπτώματα διαταραχών του ύπνου (π.χ. παράπονα ότι δυσκολεύεται να κοιμηθεί, ύπνος με διακοπές ή αίσθημα ότι δεν έχει ξεκουραστεί καλά, ευερεθιστότητα, λήθαργος, αποπροσανατολισμός, συχνά χασμουρητά, μαύροι κύκλοι κάτω από τα μάτια, ελαφρός τρόμος στα χέρια)
- β. Καθορίστε τις συνήθειες στον ύπνο του αρρώστου.
- γ. Λάβετε μέτρα για την υποβοήθηση του ύπνου:
1. ενεργήστε για να ελαττωθεί ο φόβος και το άγχος (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 1, πράξη γ)
 2. ενθαρρύνετε τη συμμετοχή σε διάφορες δραστηριότητες που ηρεμούν, κατά τις απογευματινές ώρες
 3. αποθαρρύνετε την κατανάλωση υγρών πλούσιων σε καφεΐνη (π.χ. καφές, τσάι, ποτά τύπου cola), ιδιαίτερα το απόγευμα
 4. προσφέρετε στον άρρωστο ένα απογευματινό γεύμα υψηλής πρωτεϊνικής αξίας (π.χ. γάλα, τυρί) εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη
 5. επιτρέψτε στον άρρωστο να συνεχίσει τις συνήθειές του στον ύπνο (π.χ. θέση, χρόνος, συνήθειες κατά την κατάκλιση όπως διάβασμα και περισυλλογή) εάν είναι δυνατό
 6. ικανοποιήστε βασικές ανάγκες, όπως άνεση και ζέστη πριν από τον ύπνο
 7. παροτρύνετε τον ασθενή να αδειάσει την ουροδόχο κύστη του πριν από την κατάκλιση
 8. διατηρείτε μία ήσυχη και αναπνευστική ατμόσφαιρα, έχετε στη διάθεση του αρρώστου ωτοασπίδες εάν τις χρειασθεί
- α. τις δηλώσεις ότι αισθάνεται να έχει αναπαυθεί καλά
- β. το συνηθισμένο διανοητικό του επίπεδο
- γ. την έλλειψη συχνών χασμουρητών, μαύρων

κύκλων κάτω από τα μάτια και τρόμου στα χέρια.

9. χρησιμοποιήστε τεχνικές χαλάρωσης (π.χ. ασκήσεις προοδευτικής χαλάρωσης, μασάζ στη πλάτη, φαρμακευτική αγωγή, απαλή μουσική) πριν από τον ύπνο
10. εξασφαλίστε καλό αερισμό του δωματίου
11. χορηγήστε ηρεμιστικό-υπνωτικά εάν έχουν συνταγογραφηθεί
12. ενεργήστε ώστε να ελαττωθούν οι διακοπές του ύπνου (80-100 λεπτά συνεχούς ύπνου χρειάζονται συνήθως για να συμπληρωθεί ένας κύκλος ύπνου):
 - α. περιορίστε τους επισκέπτες
 - β. ομαδική φροντίδα των ασθενών του θαλάμου (π.χ. φαρμακευτική αγωγή, φυσική φροντίδα) όταν είναι δυνατό.

3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Θλίψη για τις αναμενόμενες εξελίξεις

που σχετίζεται με τη δυνητική απώλεια ή μεταβολή σε κάποιο μέλος του σώματος και/ή στη συνήθη λειτουργία του σώματος.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

- 3.α. Αναζητήστε στον άρρωστο σημεία και συμπτώματα θλίψης (π.χ. αλλαγή στο τρόπο που τρώει, αδυναμία συγκέντρωσης, αϋπνία, θυμό, μη συμμόρφωση, απομόνωση από τα άτομα του περιβάλλοντός του). Πρέπει να γνωρίζετε ότι η αντίδραση του αρρώστου σε αναμενόμενη απώλεια θα επηρεαστεί και από παράγοντες όπως η προηγούμενη εμπειρία απώλειας, το στάδιο ανάπτυξης, τα διαθέσιμα συστήματα υποστήριξης, το πνευματικό και πολιτιστικό επίπεδο, την τρέχουσα κατάσταση υγείας και τη βαρύτητα της αναμενόμενης απώλειας.
- β. Λάβετε μέτρα για την υποβοήθηση της διαδικασίας αντιμετώπισης της θλίψης:
 1. βοηθήστε τον άρρωστο να ομολογήσει την αναμενόμενη απώλεια έτσι ώστε να αρχίσει η διαδικασία

- α. τη λεκτική απόδοση των συναισθημάτων του σχετικά με την αναμενόμενη αλλαγή της εικόνας του σώματός του και της συνηθισμένης σωματικής λειτουργίας
- β. την έκφραση της θλίψης
- γ. τη συμμετοχή στην προεγχειρητική φροντίδα και σε δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης
- δ. τη χρησιμοποίηση των προσφερόμενων συστημάτων υποστήριξης.
- αντιμετώπισης της θλίψης· αναζητήστε παράγοντες που μπορούν να διευκολύνουν ή να δυσχεράνουν τη διαδικασία αντιμετώπισης της θλίψης
2. συζητήστε τη διαδικασία της θλίψης και βοηθήστε τον άρρωστο να αποδεχθεί τις φάσεις της θλίψης (οι φάσεις ποικίλλουν κατά τις διάφορες θεωρίες αλλά προχωρούν από το shock και τον πανικό στην αποδοχή) σαν μία αναμενόμενη αντίδραση στις αναμενόμενες απώλειες
 3. εξασφαλίστε μία ατμόσφαιρα φροντίδας και ενδιαφέροντος (π.χ. εξασφαλίστε απομόνωση, να είστε διαθέσιμοι και χωρίς κριτική διάθεση, δείξτε κατανόηση και σεβασμό) έτσι ώστε ο άρρωστος να αισθάνεται ελεύθερος να εκφράσει λεκτικά τα συναισθήματά του
 4. ενεργήστε έτσι ώστε να προάγετε την εμπιστοσύνη του αρρώστου (π.χ. απαντώντας στις ερωτήσεις του με ειλικρίνεια, παρέχοντάς του τις πληροφορίες που ζητάει)
 5. παροτρύνετε τη λεκτική έκφραση του θυμού και της λύπης για τις απώλειες που μπορεί να υποστεί· αναγνωρίστε τη μετατόπιση του θυμού και βοηθήστε τον άρρωστο να δει την πραγματική αιτία του θυμού
 6. ενθαρρύνετε τον άρρωστο να εκφράσει τα συναισθήματά του με οποιοδήποτε τρόπο (π.χ. γράφοντας, σχεδιάζοντας, συνομιλώντας)
 7. βοηθήστε τον άρρωστο να αναγνωρίσει τα αποθέματα των ψυχικών του δυνάμεων που τον βοήθησαν να ξεπεράσει παρόμοιες καταστάσεις απώλειας στο παρελθόν
 8. υποστηρίξτε ρεαλιστικές ελπίδες για τις αλλαγές που μπορεί να υποστεί μετεγχειρητικά
 9. υποστηρίξτε τρόπους συμπεριφοράς που υποδηλώνουν επιτυχία στη διαδικασία αντιμετώπισης της θλίψης (π.χ. εκφράζοντας λεκτικά τα συναισθήματά του σχετικά με τις αναμενόμενες απώλειες, εκφράζοντας λύπη, εστιάζοντας την προσοχή του στους τρόπους προσαρμογής στις απώλειες που θα υποστεί)
 10. εξηγήστε τις φάσεις της θλίψης σε άτομα του περιβάλλοντός του και ενθαρρύνετε την υποστήριξη

και την κατανόησή τους

11. βοηθήστε τα άτομα του περιβάλλοντός του να προσαρμοστούν στις απώλειες που θα υποστεί ο άρρωστος, ενθαρρύνοντάς τα να εκφράσουν τις ανησυχίες τους και να τα προετοιμάσετε για τις αναμενόμενες αλλαγές που θα υποστεί ο άρρωστος

13. κανονίστε την επίσκεψη κληρικού, εάν το επιθυμεί ο άρρωστος.

γ. Συμβουλευτείτε ιατρό για παραπομπή σε ψυχίατρο, εάν υπάρχουν σημεία αναποτελεσματικής αντιμετώπισης της θλίψης (π.χ. επιμένουσα άρνηση αποδοχής της αναμενόμενης απώλειας, υπερβολικός θυμός ή λύπη, υστερία, τάσεις αυτοκτονίας).

4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Έλλειμμα γνώσεων

όσον αφορά τη ρουτίνα του νοσοκομείου σχετικά με την εγχείρηση, την προετοιμασία, το τι θα αισθάνεται φυσιολογικά ο ασθενής μετά τη χειρουργική επέμβαση και αναισθησία καθώς και τη μετεγχειρητική φροντίδα.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

4.α. Ο άρρωστος θα εκφράσει προφορικά ότι κατάλαβε την προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα, καθώς και το τι θα πρέπει να περιμένει όσον αφορά την αίσθηση μετά το

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

4.α.1. Δώστε πληροφορίες σχετικά με τη συνηθισμένη προεγχειρητική ρουτίνα της επέμβασης στην οποία πρόκειται να υποβληθεί (π.χ. εξετάσεις αίματος, ηλεκτροκαρδιογράφημα, γενική ούρων, ακτινογραφία θώρακος, τοποθέτηση ουροκαθετήρα και/ή ρινογαστρικού καθετήρα, προετοιμασία του εντέρου και του δέρματος, αφαίρεση προσθετικών εξαρτημάτων).

2. Δώστε πληροφορίες σχετικά με:

- α. τον προγραμματισμένο χρόνο και την υπολογιζόμενη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης
- β. τον περιορισμό σε τροφή και υγρά προεγχειρητικά

χειρουργείο και την αναισθησία.

4.β Ο άρρωστος θα δείξει την ικανότητα να εκτελεί πράξεις που αποσκοπούν να προλάβουν μετεγχειρητικές επιπλοκές.

- γ. την προεγχειρητική φαρμακευτική αγωγή
 - δ. τη θέση του σώματος στο χειρουργικό τραπέζι
 - ε. τις αίθουσες προνάρκωσης και ανάνηψης (π.χ. το σκοπό τους και τον υπολογιζόμενο χρόνο παραμονής σ' αυτές)
 - στ. το τι αισθάνεται συνήθως κανείς από την χειρουργική επέμβαση και τη νάρκωση
3. Τονίστε τη διδασκαλία και τις πληροφορίες που δόθηκαν από τον αναισθησιολόγο και τον χειρουργό.
4. Πληροφορήστε τον άρρωστο για τη μετεγχειρητική φροντίδα:
- α. τα εξαρτήματα (π.χ. γάζες, ενδοφλέβιες γραμμές, σωλήνες παροχέτευσης, όργανα έλξης, ελαστικές κάλτσες ή επιδέσμους, κάλτσα ή μπότες με διακοπτόμενη πίεση αέρος)
 - β. τους περιορισμούς στη δραστηριότητα και τα αναμενόμενα αποτελέσματα
 - γ. τις τροποποιήσεις στη δίαιτα
 - δ. τις πιθανές θεραπευτικές παρεμβάσεις (π.χ. αναπνευστική φροντίδα, αντιμετώπιση κυκλοφοριακού, περιποίηση τραύματος) και την αναμενόμενη συχνότητα εφαρμογής αυτών
 - ε. τις μετρήσεις (π.χ. προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα, ακρόαση πνευμόνων, ζωτικά σημεία, νευρολογικές εξετάσεις, εντερικοί ήχοι) και την αναμενόμενη συχνότητα πραγματοποίησης των μετρήσεων
 - στ. τη φαρμακευτική αγωγή (π.χ. αντιεμετικά, αναλγητικά, αντιβιοτικά)
 - ζ. τις μεθόδους ελέγχου του πόνου (π.χ. θέση σώματος, φαρμακευτική αγωγή, διαδερμική ηλεκτρική διέγερση νεύρων, ασκήσεις προοδευτικής χαλάρωσης, αναλγησία ελεγχόμενη από τον άρρωστο).

- α. αποτελεσματικό βήχα και βαθιές αναπνοές
 - β. σωστή χρήση του σπιρόμετρου με ορισμένο στόχο
 - γ. ενεργητικές ασκήσεις άκρου ποδός και κάτω άκρου
 - δ. σωστό τρόπο για την αλλαγή θέσης και αύξηση της δραστηριότητας (π.χ. με αργή κίνηση, κρατώντας το σώμα σε σωστή ευθυγράμμιση, χρησιμοποιώντας σωστή μηχανική του σώματος, αναζητώντας βοήθεια εάν χρειαστεί).
2. Δώστε χρόνο για ερωτήσεις, διευκρινίσεις και επίδειξη.

◆ Μετεγχειρητική Φροντίδα

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Διαταραχή της αιμάτωσης των ιστών που σχετίζεται με:

- α. υποογκαιμία από απώλεια υγρών και μειωμένη πρόσληψη υγρών
- β. λίμναση του αίματος στην περιφέρεια από μειωμένη δραστηριότητα και ελαττωμένη αγγειοκινητική αντίδραση, που οφείλεται στην αναισθησία και σε ορισμένα φάρμακα (π.χ. ναρκωτικά αναλγητικά, μυοχαλαρωτικά με κεντρική δράση).

Επιθυμητό αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

- 1.α. Αναζητήστε και αναφέρετε σημεία και συμπτώματα μειωμένης αιμάτωσης των ιστών (π.χ. σημαντική ελάττωση της αρτηριακής πίεσης, ορθοστατική υπόταση, ανησυχία, σύγχυση, ψυχρά άκρα, ωχρότητα ή κυάνωση των άκρων, ελάττωση ή έλλειψη περιφερικών σφύξεων, μειωμένη πλήρωση τριχοειδών, ολιγουρία).
 - β. Λάβετε μέτρα για να διατηρηθεί επαρκής η αιμάτωση των ιστών:
 - α. την αρτηριακή πίεση και τις σφύξεις που παραμένουν μέσα στα φυσιολογικά όρια για τον άρρωστο και δεν μεταβάλλονται με την αλλαγή της θέσης
 - β. το συνηθισμένο διανοητικό επίπεδο
1. διατηρείτε μία ελάχιστη προσλαμβανομένη ποσότητα υγρών 2.500 ml την ημέρα, εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη· εάν η πρόσληψη από το στόμα είναι ανεπαρκής ή αντενδείκνυται, διατηρήστε την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών που έχει συνταγογραφηθεί
 2. χορηγήστε αίμα και παράγωγα του αίματος που έχουν συνταγογραφηθεί
 3. εξηγήστε στον άρρωστο να αλλάζει θέση αργά από την οριζόντια στην όρθια θέση ώστε να επιτρέψει στους μηχανισμούς αυτορρύθμισης να προσαρμοστούν στην όρθια θέση
 4. εφαρμόστε μέτρα για την αποτροπή της περιφερικής λίμνασης του αίματος και αυξήστε τη φλεβική επαναφορά αίματος:
 - α. εκπαιδεύστε και βοηθήστε τον άρρωστο να εκτελεί ενεργητικές ασκήσεις στο κάτω άκρο και

- γ. τα ζεστά άκρα χωρίς σημεία ωχρότητας και κυάνωσης
 - δ. τις ψηλαφητές περιφερικές σφύξεις
 - ε. το χρόνο πλήρωσης τριχοειδών που παραμένει μικρότερος από 3 sec
 - στ. την εξισορρόπηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών μέσα σε 48 ώρες μετά τη χειρουργική επέμβαση.
- στο πόδι κάθε 1-2 ώρες όταν είναι ξύπνιος
 - β. ενθαρρύνετε και βοηθήστε την κινητοποίηση μόλις επιτραπεί (ο άρρωστος πρέπει να εκπαιδευτεί να σηκώνει τα πόδια του αντί να τα σέρνει για να αυξηθούν οι μυϊκές συσπάσεις)
 - γ. αποθαρρύνετε θέσεις που εμποδίζουν τη ροή αίματος στα κάτω άκρα (π.χ. σταύρωμα των ποδιών, μαξιλάρια κάτω από τα γόνατα, κάθισμα για πολλή ώρα)
 - δ. συμβουλευθείτε τον ιατρό σχετικά με τη χρησιμοποίηση ελαστικών καλτσών ή επιδέσμων εάν αναμένεται παρατεταμένος περιορισμός της δραστηριότητας· εάν χρησιμοποιηθούν, αφαιρέστε τις για τουλάχιστον 30-60 λεπτά δύο φορές την ημέρα
 - ε. χρησιμοποιήστε/διατηρήστε κάλτσες ή μπότες διακοπτόμενης πίεσης αέρος εάν παραγγελθούν
5. ενεργήστε ώστε να αποφευχθεί η αγγειοσύσπαση:
- α. λαμβάνοντας μέτρα για την ελάττωση του άγχους
 - β. αποθαρρύνοντας το κάπνισμα
 - γ. λαμβάνοντας μέτρα ώστε ο άρρωστος να μην κρυώνει (π.χ. διατηρώντας άνετη θερμοκρασία δωματίου, εξασφαλίζοντας επαρκή ρουχισμό και κουβέρτες).
- γ. Συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν τα σημεία και τα συμπτώματα της ελαττωμένης αιμάτωσης των ιστών επιμένουν ή επιδεινωθούν.

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Αναποτελεσματικός τρόπος αναπνοής

που σχετίζεται με φόβο, άγχος, πόνο, κατάθλιψη από τη νάρκωση και ορισμένα φάρμακα (π.χ. ναρκωτικά αναλγητικά, μυοχαλαρωτικά με κεντρική δράση), διάταση της κοιλιάς, τη θέση του αρρώστου, αδυναμία και κούραση.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

α. τη φυσιολογική
συχνότητα και βάθος
αναπνοής

β. την έλλειψη δύσπνοιας

γ. τα φυσιολογικά αέρια
αίματος.

1. παθολογικά αέρια αίματος
2. σημαντικές μεταβολές στα αποτελέσματα της οξυμετρίας

1. ενεργήστε ώστε να ελαττωθεί ο φόβος και το άγχος (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 20, πράξη β)
2. ενεργήστε ώστε να ελαττωθεί ο πόνος (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 6, πράξη ε)
3. ενεργήστε ώστε να ελαττωθεί η συγκέντρωση αερίων και υγρών στο γαστρεντερικό σωλήνα (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 7.A, πράξη 3) και έτσι να ελαττωθεί η πίεση στο διάφραγμα
4. ενεργήστε ώστε να αυξήσετε τη δύναμη και να βελτιώσετε την αντοχή (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 10, πράξη β)
5. μάθετε στον άρρωστο να αναπνέει βαθιά ή να χρησιμοποιεί το σπιρόμετρο με ορισμένο στόχο

τουλάχιστο κάθε 2 ώρες

6. βοηθήστε εάν ζητηθεί με θεραπεία IPPB
 7. μάθετε τον άρρωστο να αναπνέει αργά εάν παρουσιάζει υπεραερισμό
 8. τοποθετήστε τον άρρωστο σε ημι- ή υψηλή θέση Fowler εκτός εάν αντενδείκνυται· τοποθετήστε μαξιλάρια για να μην βυθίζεται στο κρεβάτι
 9. βοηθήστε τον ασθενή να αλλάζει πλευρό τουλάχιστον κάθε 2 ώρες, όσο είναι κλινήρης
 10. αυξήστε τη δραστηριότητα του αρρώστου όσο επιτρέπεται και είναι ανεκτή
 11. χορηγήστε κατασταλτικό του κεντρικού νευρικού συστήματος προσεκτικά· σταματήστε τη φαρμακευτική αγωγή και συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν η συχνότητα αναπνοών είναι λιγότερη από 12/λεπτό.
- δ. Συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν:
1. συνεχίζεται ο αναποτελεσματικός τρόπος αναπνοής
 2. υπάρχουν σημεία και συμπτώματα διαταραχής της ανταλλαγής αερίων (π.χ. ανησυχία, ευερεθιστότητα, σύγχυση, μείωση του PaO₂ και αύξηση του PaCO₂)

3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Αναποτελεσματικός καθαρισμός των αεροφόρων οδών που σχετίζεται με:

- α. απόφραξη του φάρυγγα από τη βάση της γλώσσας, που οφείλεται σε μυϊκή χαλάρωση προερχόμενη από τη νάρκωση και από ορισμένα φάρμακα (π.χ. ναρκωτικά αναλγητικά, μυοχαλαρωτικά με κεντρική δράση).
- β. στάση των εκκρίσεων που οφείλεται σε:
 1. ελαττωμένη δραστηριότητα
 2. ανεπαρκή προσπάθεια για βήχα προερχόμενη από τη νάρκωση και από πόνο, αδυναμία και κόπωση.
- γ. αύξηση των εκκρίσεων από τον ερεθισμό των αεροφόρων οδών (που προέρχεται από πτητικά αναισθητικά αέρια και από την

ενδοτραχειακή διασωλήνωση)

δ. βλεννώδεις εκκρίσεις που οφείλονται σε απώλεια υγρών και μειωμένη πρόσληψη υγρών.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

3. Ο άρρωστος διατηρεί τις αεροφόρους οδούς ανοικτές όπως φαίνεται από:

- α. τους φυσιολογικούς αναπνευστικούς ήχους
- β. τη φυσιολογική συχνότητα και εύρος αναπνοής
- γ. την έλλειψη δύσπνοιας
- δ. την έλλειψη κυάνωσης

β. Λάβετε μέτρα για να βοηθήσετε τον αποτελεσματικό καθαρισμό των αεροφόρων οδών:

1. τοποθετήστε τον άρρωστο στο πλευρό και/ή τοποθετήστε αεραγωγό και εύρος αναπνοής εάν χρειάζεται για να αποφευχθεί η απόφραξη των αεροφόρων οδών
2. ενεργήστε ώστε να ελαττώσετε τον πόνο (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 6, πράξη ε)
3. μάθετε και βοηθήστε τον άρρωστο να αλλάζει θέσεις, να αναπνέει βαθιά και να βήχει κάθε 1-2 ώρες
4. αυξήστε τη δραστηριότητα του αρρώστου όσο επιτρέπεται και είναι ανεκτή
5. ενεργήστε ώστε να διευκολύνετε την αποβολή των βρογχικών εκκρίσεων:
 - α. λάβετε μέτρα για να ρευστοποιήσετε τις παχύρρευστες εκκρίσεις:
 1. διατηρήστε μία προσλαμβανόμενη ποσότητα υγρών τουλάχιστον 2.500 ml/ημέρα εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη
 2. εφυγράνετε τον εισπνεόμενο αέρα, ακολουθώντας τις οδηγίες
 - β. βοηθήστε χορηγώντας αποχρεμπτικά και βλεννολυτικά φάρμακα, με τη χρήση νεφελοποιητού ή θεραπείας IPPB όπως έχει παραγγελθεί στις οδηγίες
 - γ. εάν χρειάζεται κάνετε ενδοτραχειακή αναρρόφηση
6. αποθαρρύνετε το κάπνισμα (ο καπνός προκαλεί βρογχόσπασμο, αυξάνει την παραγωγή βλέννας

και διαταράσσει τη λειτουργία των κροσσών του επιθηλίου)

7. προστατεύστε τον άρρωστο από έκθεση σε ερεθιστικούς παράγοντες όπως καπνοί, λουλούδια και αρώματα (μπορεί να προκαλέσουν βρογχόσπασμο και αυξημένη παραγωγή βλέννας)
 8. ενθαρρύνετε τη σωστή χρήση σπιρομέτρου με ορισμένο στόχο και βοηθήστε με θεραπεία IPPB εάν παραγγελθεί για την πρόκληση βρογχοδιαστολής και κινητοποίησης των εκκρίσεων
 9. χρησιμοποιήστε κατασταλτικά του κεντρικού νευρικού συστήματος με προσοχή
- γ. Συμβουλευτείτε τον γιατρό εάν:
1. επιμένουν τα σημεία και τα συμπτώματα αναποτελεσματικού καθαρισμού των αεροφόρων οδών
 2. υπάρχουν σημεία και συμπτώματα διαταραχής της ανταλλαγής των αερίων (π.χ. ανησυχία, ευερεθιστότητα, σύγχυση, μείωση του PaO₂ και αύξηση του PaCO₂)

4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ/ΣΥΝΟΔΟΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Διαταραχή στην ισορροπία υγρών και ηλεκτρολυτών:

- α. **έλλειμμα όγκου υγρών** που οφείλεται σε απώλεια αίματος, απώλεια υγρών από εμέτους, ρινογαστρική αναρρόφηση και/ή σημαντική παροχέτευση από το τραύμα με ανεπαρκή αναπλήρωση των υγρών·
- β. **υποκαλιαιμία, υποχλωραιμία και μεταβολική αλκάλωση** που οφείλονται σε απώλεια ηλεκτρολυτών και υδροχλωρικού οξέος από εμέτους και ρινογαστρική αναρρόφηση·
- γ. **περίσσεια όγκου υγρών ή «δηλητηρίαση εξ ύδατος»** που οφείλονται σε υπερβολική χορήγηση υγρών κατά την επέμβαση και αμέσως μετεγχειρητικά σε συνδυασμό με αυξημένη έκκριση αντιδιουρητικής ορμόνης (η έκκριση της ADH προκαλείται από τραύμα, πόνο, αναισθητικούς παράγοντες και ναρκωτικά αναλγητικά).

Επιθυμητό αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

4.α.1 Αναζητήστε και αναφέρετε σημεία και συμπτώματα:

1. τη φυσιολογική σπαργή του δέρματος
2. την υγρασία των βλεννογόνων
3. το σταθερό σωματικό βάρος
4. την αρτηριακή πίεση και τις σφύξεις που παραμένουν μέσα στα φυσιολογικά όρια για τον άρρωστο και δεν μεταβάλλονται με την αλλαγή της θέσης
5. το χρόνο πλήρωσης μικρών φλεβών που παραμένει λιγότερος από 3-5 sec
6. την εξισορρόπηση των προσλαμβανόμενων και των αποβαλλομένων υγρών μέσα σε 48 ώρες μετεγχειρητικά
7. το φυσιολογικό ειδικό βάρος των ούρων
8. την επάνοδο του περισταλισμού του εντέρου μέσα στον

- α. έλλειψης όγκου υγρών:
 1. ελάττωση σπαργής του δέρματος, ξηρότητα των βλεννογόνων, δίψα
 2. ξαφνική απώλεια βάρους 2% ή μεγαλύτερη
 3. χαμηλή αρτηριακή πίεση και/ή ορθοστατική υπόταση
 4. αδύνατος και ταχύς σφυγμός
 5. παρατεταμένος χρόνος πλήρωσης μικρών φλεβών (μεγαλύτερος από 3-5 sec)
 6. συνεχιζόμενη χαμηλή παροχή ούρων για 48 ώρες μετεγχειρητικά με αύξηση του ειδικού βάρους (αντιστοιχεί σε αληθινή παρά σε δυνητική έλλειψη όγκου υγρών)
 7. αύξηση της ουρίας
 - β. υποκαλιαιμία (καρδιακή αρρυθμία, ορθοστατική υπόταση, μυϊκή αδυναμία παραισθησία, ναυτία και έμετοι, συνεχιζόμενη διάταση της κοιλιάς και ελάττωση ή πλήρης εξαφάνιση των εντερικών ήχων)
 - γ. υποχλωραιμία και μεταβολική αλκάλωση (π.χ. ζάλη, ευερεθιστότητα, παραισθησία, ινιδισμοί μυών ή σπασμοί, υποαερισμός).
2. Συνεχείς μετρήσεις ηλεκτρολυτών και αερίων αίματος. Αναφέρατε παθολογικά ευρήματα.
- α. αποτρέψτε τη ναυτία και τον έμετο (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 7.B, πράξη 2)
 - β. εάν υπάρχει ρινογαστρικός καθετήρας, προτιμήστε για πλύσεις το φυσιολογικό ορό από το νερό
 - γ. αναπληρώστε τα υγρά και τους ηλεκτρολύτες, ακολουθώντας τις οδηγίες
 - δ. διατηρήστε την πρόσληψη υγρών τουλάχιστον σε 2500 ml/ημέρα, εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη
 - ε. όταν η πρόσληψη υγρών από το στόμα επιτραπεί και είναι καλώς ανεκτή, βοηθήστε τον

- αναμενόμενο χρόνο
9. την έλλειψη καρδιακής αρρυθμίας, μυϊκής αδυναμίας, παραισθησίας, ινιδισμών, σπασμών και ζάλης
10. το φυσιολογικό επίπεδο ουρίας, ηλεκτρολυτών ορού και αερίων αίματος.
- 4.β. Ο άρρωστος δεν παρουσιάζει περίσσεια όγκου υγρών ή δηλητηρίαση με νερό όπως προκύπτει από:
1. το σταθερό σωματικό βάρος
 2. τη σταθερή αρτηριακή πίεση
 3. την έλλειψη καρδιακού τόνου S_3
 4. την ισορροπία προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών μέσα στις πρώτες 48 μετεγχειρητικές ώρες
 5. τη συνηθισμένη διανοητική κατάσταση
 6. τους φυσιολογικούς
- άρρωστο να διαλέξει τροφές/υγρά πλούσιες σε κάλιο (π.χ. μπανάνα, χυμό από πορτοκάλι, πατάτες, ζελέ, σύκα, βερίκοκα, χουρμάδες, πεπόνι, τοματοχυμό).
4. Συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν τα σημεία και τα συμπτώματα της διαταραχής υγρών και ηλεκτρολυτών επιμένουν ή επιδεινωθούν.
- 4.β.1 Αναζητήστε και αναφέρετε σημεία και συμπτώματα περίσσειας όγκου υγρών και δηλητηρίασης με νερό:
- α. αύξηση σωματικού βάρους
 - β. αυξημένη αρτηριακή πίεση (η αρτηριακή πίεση μπορεί να μην αυξηθεί εάν το υγρό έχει μετακινηθεί έξω από τον ενδοαγγειακό χώρο)
 - γ. ακρόαση καρδιακού τόνου S_3
 - δ. πρόσληψη υγρών που συνεχίζει να είναι μεγαλύτερη από την αποβαλλόμενη ποσότητα 48 ώρες μετεγχειρητικά (για τις πρώτες 48 μετεγχειρητικές ώρες η αποβαλλόμενη ποσότητα υγρών αναμένεται να είναι λιγότερη από την προσλαμβανόμενη επειδή αυξάνεται η έκκριση της ADH)
 - ε. αλλαγή της διανοητικής κατάστασης
 - στ. τρίζοντες ήχοι, ελάττωση ή εξαφάνιση των αναπνευστικών ήχων
 - ζ. χαμηλό νάτριο ορού και οσμωτικότητα (ένδειξη δηλητηρίασης με νερό)

- αναπνευστικούς ήχους
7. τις φυσιολογικές τιμές της ουρίας, αιματοκρίτη και νατρίου ορού καθώς και της οσμωτικότητας
 8. την έλλειψη δύσπνοιας, ορθόπνοιας, οιδήματος και διόγκωσης των φλεβών του τραχήλου
 9. την ελάττωση του χρόνου πλήρωσης των μικρών φλεβών σε 3-5 δευτερόλεπτα
 10. τη φυσιολογική τιμή κεντρικής φλεβικής πίεσης.
- η. ελάττωση της ουρίας και του αιματοκρίτη (χαμηλός αιματοκρίτης δείχνει επίσης απώλεια αίματος)
 - θ. ελάττωση του ειδικού βάρους των ούρων
 - ι. δύσπνοια, ορθόπνοια
 - ια. οίδημα (περιφερικό οίδημα δείχνει περίσσεια όγκου υγρών, κυτταρικό οίδημα δείχνει δηλητηρίαση με νερό)
 - ιβ. διάταση των φλεβών του τραχήλου
 - ιγ. παράταση του χρόνου κένωσης των μικρών φλεβών (μεγαλύτερος από 3-5 sec)
 - ιδ. αύξηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης
2. Παρακολουθήστε την ακτινογραφία θώρακα. Αναφέρετε ευρήματα συμφόρησης πνευμονικών αγγείων, υπεζωκοτικής συλλογής υγρού ή πνευμονικού οιδήματος.
 3. Λάβετε μέτρα για να προλάβετε ή να αντιμετωπίσετε θεραπευτικά την περίσσεια υγρών και τη δηλητηρίαση με νερό:
 - α. χορηγήστε θεραπεία υποκατάστασης υγρών προσεκτικά, ιδιαίτερα μέσα στις πρώτες 48 μετεγχειρητικές ώρες
 - β. διατηρήστε τους περιορισμούς σε υγρά σύμφωνα με τις οδηγίες
 - γ. χορηγήστε διουρητικά σύμφωνα με τις οδηγίες
 4. Συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν τα σημεία και τα συμπτώματα της περίσσειας όγκου υγρών ή της δηλητηρίασης με νερό επιμένουν ή επιδεινωθούν.

5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Διαταραχή θρέψης: ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών του σώματος που σχετίζεται με:

- α. ελαττωμένη πρόσληψη από το στόμα που οφείλεται σε τροποποιήσεις της διαίτας, ανησυχία, κόπωση, ναυτία και απέχθεια στη χορηγούμενη διαίτα
- β. ανεπαρκή θερμιδική υποκατάσταση
- γ. ελλιπή θρέψη που οφείλεται σε εμέτους
- δ. αύξηση των θερμιδικών αναγκών που οφείλεται σε αύξηση του ρυθμού μεταβολισμού που παρατηρείται κατά την επούλωση τραύματος.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> α. τη διατήρηση του βάρους μέσα σε φυσιολογικά όρια για την ηλικία, το ύψος και τον ιδιοσυστατικό τύπο του αρρώστου β. τη φυσιολογική τιμή ουρίας και λευκωματινών ορού, αιματοκρίτη, | <ol style="list-style-type: none"> 1. σωματικό βάρος κάτω από το φυσιολογικό για την ηλικία, το ύψος και τον ιδιοσυστατικό τύπο του αρρώστου 2. παθολογικές τιμές ουρίας και χαμηλό επίπεδο λευκωματινών ορού, αιματοκρίτη, αιμοσφαιρίνης, τρανσφερίνης και αριθμού λεμφοκυττάρων (χαμηλός αιματοκρίτης και αιμοσφαιρίνη μπορεί να οφείλεται και σε απώλεια αίματος) 3. μικρότερο του φυσιολογικού πάχος της πτυχής του δέρματος του τρικέφαλου 4. αδυναμία και κόπωση 5. στοματίτιδα <ul style="list-style-type: none"> β. Αναζητήστε σημεία επανόδου της λειτουργίας του εντέρου κάθε 2-4 ώρες· ειδοποιήστε τον ιατρό όταν ο άρρωστος έχει φυσιολογικούς εντερικούς ήχους και αποβάλλει αέρια, έτσι ώστε να αρχίσει η σίτιση από το στόμα το συντομότερο δυνατό. γ. Όταν επιτραπεί η σίτιση από το στόμα, καταγράψτε κανονικά και τα ενδιάμεσα γεύματα του αρρώστου. Αναφέρετε τυχόν ανεπαρκή πρόσληψη. |
|--|--|

- αιμοσφαιρίνης,
τρανσφερίνης και
λεμφοκυττάρων
- γ. το φυσιολογικό πάχος
της πτυχής δέρματος
του τρικέφαλου
- δ. τη συνηθισμένη δύναμη
και αντοχή στις
δραστηριότητες
- ε. τον υγιή βλεννογόνο της
στοματικής κοιλότητας

- δ. Λάβετε μέτρα για τη διατήρηση επαρκούς επιπέδου θρέψης:
- α. λάβετε μέτρα για να αποτρέψετε τη ναυτία και τον έμετο (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 7.Β. πράξη 2)
- β. λάβετε μέτρα για να ελαττώσετε τη δυσφορία (βλέπε Νοσηλευτικές Διαγνώσεις 6.ε, 7Α.ε και 7.γ)
- γ. αυξήστε τη δραστηριότητα του αρρώστου όπως επιτρέπεται και όσο το ανέχεται (η δραστηριοποίηση αυξάνει την όρεξη)
- δ. ενθαρρύνετε την ανάπαυση πριν από τα γεύματα για να ελαχιστοποιηθεί η κόπωση
- ε. χρησιμοποιήστε ένα σύμβουλο διαιτολόγο εάν χρειάζεται για να βοηθήσει τον άρρωστο στην επιλογή της τροφής/υγρών που χρειάζεται για τις θερμιδικές του ανάγκες και δώστε οδηγίες για τροποποιήσεις στη διαίτα καθώς και για τις προσωπικές διαιτητικές προτιμήσεις όταν είναι δυνατό
- στ. διατηρήστε ένα καθαρό περιβάλλον και μία ξεκούραστη, ευχάριστη ατμόσφαιρα
- ζ. να εφαρμόζεται υγιεινή του στόματος πριν από τα γεύματα
- η. σερβίρετε μικρές ποσότητες θρεπτικών τροφών/υγρών που αρέσουν στον άρρωστο
- θ. ενθαρρύνετε τα άτομα του περιβάλλοντος του αρρώστου να του φέρνουν τα αγαπημένα του φαγητά, εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη
- ι. δώστε αρκετό χρόνο για το γεύμα και ξαναζεστάνετε την τροφή εάν χρειάζεται
- ια. ελαττώστε την πρόσληψη υγρών (εκτός εάν έχουν υψηλή θερμιδική αξία) με τα γεύματα για να μειώσετε τον πρώιμο κορεσμό αυξάνοντας έτσι την πρόσληψη τροφής
2. βεβαιωθείτε ότι τα γεύματα είναι ισορροπημένα, με υψηλό θερμιδικό περιεχόμενο· εάν υπάρχει ένδειξη χορηγήστε συμπλήρωμα μεταξύ των γευμάτων
3. χορηγήστε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία σύμφωνα με τις οδηγίες
- ε. Μετρήστε τις προσλαμβανόμενες θερμίδες σε 72 ώρες εάν υπάρχει σχετική οδηγία. Αναφέρετε τα

αποτελέσματα στο διαιτολόγο και στον ιατρό.

στ. Συμβουλευτείτε τον ιατρό σχετικά με τις υπάρχουσες εναλλακτικές λύσεις χορήγησης θερμίδων (π.χ. παρεντερική θρέψη, εντερική σίτιση), εάν ο άρρωστος δεν καταναλώνει αρκετή ποσότητα τροφής ή υγρών για τις θερμιδικές του ανάγκες.

6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Πόνος που σχετίζεται με τραύμα των ιστών και αντανακλαστικό μυϊκό σπασμό που οφείλεται στη χειρουργική επέμβαση, στον ερεθισμό από τους σωλήνες παροχέτευσης και σε τόση στην περιοχή της επέμβασης από βαθιά αναπνοή, βήχα και/ή κίνηση.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

- α. τη λεκτική έκφραση της ανακούφισης από τον πόνο
- β. την ήρεμη έκφραση του προσώπου και της θέσης του σώματος
- γ. την αυξημένη συμμετοχή σε δραστηριότητες
- δ. τα σταθερά ζωτικά σημεία.
- β. Καθορίστε την αντίληψη του πόνου του αρρώστου, συμπεριλαμβανομένων της εντόπισης, της έντασης και του τύπου. Χρησιμοποιήστε αριθμητική κλίμακα για τον καθορισμό της έντασης του πόνου.
- γ. Αναζητήστε μη λεκτικά σημεία του πόνου (π.χ. συνοφρύωση προσώπου, σφίξιμο των γροθιών, απροθυμία στη κίνηση, ανησυχία, αϋπνία, ωχρότητα στο πρόσωπο, αυξημένη αρτηριακή πίεση, ταχυκαρδία).
- δ. Ερευνήστε τους παράγοντες που φαίνεται να επιδεινώνουν και να ανακουφίζουν τον πόνο.
- ε. Λάβετε μέτρα για να ελαττωθεί ο πόνος:
 1. ενεργήστε ώστε να ελαττωθεί ο φόβος και το άγχος για τον πόνο (π.χ. διαβεβαιώστε τον άρρωστο ότι οι ανάγκες του για παυσίπονα θα καλυφθούν)
 2. χορηγήστε φαρμακευτική αγωγή πριν από οποιαδήποτε επώδυνη θεραπεία ή επέμβαση και πριν ο πόνος γίνει δυνατός
 3. εξασφαλίστε ή βοηθήστε με μη φαρμακευτικές μεθόδους ελέγχου του πόνου (π.χ. τρίψιμο πλάτης, αλλαγή θέσης, τεχνικές ηρεμίας, διαδερμική διέγερση νεύρων, καθοδηγούμενη φαντασία, ήρεμη συζήτηση, ξεκούραστο περιβάλλον, διάφορες δραστηριότητες)
 4. καθοδηγήστε και βοηθήστε τον άρρωστο να υποστηρίξει την κοιλιακή ή τη θωρακική τομή με μαξιλάρι ή τα χέρια του όταν γυρίζει, βήχει και αναπνέει βαθιά
 5. εάν ο άρρωστος έχει τομή στην κοιλιά, συμβουλευτείτε τον να λυγίζει τα γόνατά του όταν βήχει και

- αναπνέει βαθιά, για να ελαττωθεί η τάση στους κοιλιακούς μυς και στην τομή
6. καθλώστε τους σωλήνες παροχέτευσης για να ελαττωθεί ο ερεθισμός του δέρματος από την κίνηση των σωλήνων
 7. ενθαρρύνετε τον άρρωστο να χρησιμοποιεί ελεγχόμενη από τον ίδιο αναλγησία (PCA) με μηχάνημα σύμφωνα με τις οδηγίες
 8. χορηγήστε αναλγητικά, αντιφλεγμονώδη φάρμακα και μυοχαλαρωτικά σύμφωνα με τις οδηγίες.
- στ. Συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν τα πιο πάνω μέτρα αποτύχουν να ανακουφίσουν τον άρρωστο από τον πόνο.

7.A. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Ανησυχία: διάταση κοιλιάς και πόνος από αέρια που σχετίζεται με συλλογή αερίων και υγρών και οφείλεται σε:

Επιθυμητό αποτέλεσμα

2. ελαττωμένη δραστηριότητα.

7.A.Ο άρρωστος παρουσιάζει ελάττωση της διάτασης της κοιλιάς και πόνο από αέρια όπως φαίνεται από:

1. τη λεκτική έκφραση της μειωμένης διάτασης της

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

7.A.1. Ρωτήστε τον άρρωστο αν αισθάνεται διάταση της κοιλιάς ή πόνο από αέρια.

2. Αναζητήστε συμπτώματα και σημεία διάτασης της κοιλιάς ή πόνου από αέρια (π.χ. μυϊκή σύσπαση ή αντίσταση της κοιλιάς, ανησυχία, απροθυμία στην κίνηση, σύσπαση των μυών του προσώπου, αύξηση της περιφέρειας της κοιλιάς)

3. Λάβετε μέτρα για να ελαττωθεί η συγκέντρωση υγρών και αερίων στο γαστρεντερικό σωλήνα:

- α. ενθαρρύνετε και βοηθήστε τον άρρωστο να αλλάζει συχνά θέση και να κινητοποιηθεί μόλις του επιτραπεί και το αντέχει (η δραστηριότητα ενισχύει τον περισταλτισμό και την έξοδο αερίων)

- κοιλιάς και του πόνου
2. την ήρεμη έκφραση του προσώπου και τη θέση του σώματος
 3. την ελάττωση της περιφέρειάς της κοιλιάς

- β. ενημερώστε τον άρρωστο να αποφεύγει δραστηριότητες όπως η μάσηση τσίχλας και το κάπνισμα ώστε να ελαττωθεί η ποσότητα του αέρα που καταπίνει
 - γ. διατηρήστε τη βατότητα του ρινογαστρικού καθετήρα ή του σωλήνα αερίων όταν υπάρχουν
 - δ. διατηρήστε τους περιορισμούς σε τροφή και υγρά σύμφωνα με τις οδηγίες
 - ε. όταν επιτραπεί η σίτιση από το στόμα, ενημερώστε τον άρρωστο να αποφεύγει να καταναλώνει αεριούχα υγρά και τροφές που παράγουν αέρια (π.χ. λάχανο, κρεμμύδια, φασόλια)
 - στ. ενθαρρύνετε τον άρρωστο να αποβάλλει αέρια από το έντερο κάθε φορά που αισθάνεται την ανάγκη
 - ζ. συμβουλευτείτε τον ιατρό σχετικά με την τοποθέτηση σωλήνα αερίων ή τη χρήση υποκλυσμού εάν ενδείκνυται
 - η. ενθαρρύνετε τη χρήση μη ναρκωτικών αναλγητικών, όταν έχει υποχωρήσει η περίοδος του έντονου πόνου (τα ναρκωτικά αναλγητικά καταστέλλουν τον περισταλτισμό του εντέρου)
 - θ. χορηγήστε διεγερτικά του γαστρεντερικού σωλήνα (π.χ. metoclopramide, bisacodyl) σύμφωνα με τις οδηγίες για να αυξήσετε την κινητικότητά του
4. Συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν τα σημεία και τα συμπτώματα της διάτασης της κοιλιάς και του πόνου από αέρια επιμένουν ή επιδεινώνονται.

7.B. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Ανησυχία: ναυτία και έμετος που σχετίζεται με τη διέγερση του κέντρου του εμέτου και οφείλεται σε:

2. διέγερση του φλοιού από πόνο και stress.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

7.B. Ο άρρωστος θα ανακουφιστεί από τη ναυτία και τον έμετο όπως φαίνεται από:

1. τη λεκτική έκφραση της ανακούφισης από τη ναυτία
2. την απουσία εμέτου

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

7.B.1. Παρατηρήστε τον άρρωστο εάν εμφανίζει ναυτία και έμετο.

- α. ενεργήστε ώστε να ελαττωθεί η συγκέντρωση αερίων και υγρών στο γαστρεντερικό σωλήνα (βλέπε Νοσηλευτική διάγνωση 7.A. πράξη 3)
- β. ενεργήστε ώστε να ελαττωθεί ο πόνος (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 6, πράξη ε)
- γ. ενεργήστε ώστε να ελαττωθεί ο φόβος και το άγχος (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 20, πράξη β)
- δ. απομακρύνετε δυσάρεστες οσμές και εικόνες από το περιβάλλον (δυσάρεστα ερεθίσματα προκαλούν φλοιώδη διέγερση του κέντρου εμέτου)
- ε. ενθαρρύνετε τον άρρωστο να παίρνει βαθιές αναπνοές αργά όταν αισθάνεται ναυτία
- στ. εξηγήστε στον άρρωστο να αλλάζει θέσεις αργά (η γρήγορη κίνηση διεγείρει την αιθουσαιοπαραγκεφαλική οδό με αποτέλεσμα τη διέγερση της ζώνης ερεθισμού των χημειοϋποδοχέων)
- ζ. να γίνεται υγιεινή του στόματος κάθε 2 ώρες ή πριν από τα γεύματα, εάν επιτρέπεται η κατανάλωση υγρών και μετά από κάθε έμετο

1. προχωρήστε στη δίαιτα σταδιακά (συνήθως αρχίζοντας με καθαρά υγρά και προχωρώντας σε στερεές τροφές)
2. αποφύγετε να χορηγείτε φαγητό με υπερβολικό άρωμα και αφαιρέστε τα καλύμματα των πιάτων από τα ζεστά φαγητά πριν μπείτε στο δωμάτιο
3. χορηγήστε μικρά και συχνά γεύματα αποφεύγοντας μόνο 3 μεγάλα γεύματα
4. μάθετε τον άρρωστο να προσλαμβάνει τις τροφές και τα υγρά αργά
5. μάθετε τον άρρωστο να αποφεύγει τροφές/υγρά που ερεθίζουν το γαστρικό βλεννογόνο (π.χ. φαγητά με καρκεύματα, ποτά που περιέχουν καφεΐνη όπως καφές, τσάι και ποτά τύπου cola)
6. ενθαρρύνετε τον άρρωστο να τρώει στεγνά φαγητά (π.χ. τοστ, κράκερς) και να αποφεύγει να καταναλώνει υγρά κατά τη διάρκεια του γεύματος εάν αισθάνεται ναυτία
7. ενημερώστε τον άρρωστο να αποφεύγει τροφές πλούσιες σε λίπος (το λίπος επιβραδύνει τη γαστρική κένωση)
8. μάθετε τον άρρωστο να αναπαύεται μετά το γεύμα έχοντας σηκώσει το πάνω μέρος του κρεβατιού

7.Γ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Ανησυχία: λόξυγκας που σχετίζεται με ερεθισμό του φρενικού νεύρου από διάταση του στομάχου, διάταση της κοιλιάς και/ή γαστρικό ή κοιλιακό σωλήνα παροχέτευσης.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

7.Γ Ο άρρωστος δεν θα έχει επίμονο λόξυγκα.

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

7.Γ.1. Λάβετε μέτρα για την αποφυγή ερεθισμού του φρενικού νεύρου:

- α. ενεργήστε ώστε να ελαττωθεί η συγκέντρωση υγρών και αερίων στον γαστρεντερικό σωλήνα (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 7.A, πράξη 3)
- β. ενημερώστε τον άρρωστο να αποφεύγει να πίνει πολύ ζεστά ή κρύα υγρά ώστε να μην προκαλείται αντιδραστικός ερεθισμός του φρενικού νεύρου
- γ. καθλώστε με ασφάλεια τις παροχετεύσεις του στομάχου και της κοιλιάς εάν υπάρχουν για να ελαττωθεί η κίνηση των σωλήνων και συνεπώς και ο ερεθισμός του φρενικού νεύρου

2. Λάβετε μέτρα για τον έλεγχο του λόξυγκα εάν υπάρχει:

- α. εξασκήστε τον άρρωστο σε τεχνικές όπως η βαθιά αναπνοή, η αναπνοή μέσα σε χάρτινη σακούλα, το κράτημα της αναπνοής, η άσκηση ελαφριάς πίεσης σε κλειστά βλέφαρα για λίγα λεπτά, η διάλυση ενός κουταλιού του γλυκού ζάχαρης στο στόμα ή η κατάποση νερού ενώ κρατάει την αναπνοή του, εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη
- β. χορηγήστε φαινοθειαζίνες για να ελαττωθούν οι σπασμοί του διαφράγματος σύμφωνα με τις οδηγίες

3. Συμβουλευτείτε ιατρό εάν επιμένει ο λόξυγκας. Να είστε έτοιμοι να βοηθήσετε με τους πιο κάτω τρόπους αντιμετώπισης του επίμονου λόξυγκα εάν χρειασθεί:

- α. γαστρική αναρρόφηση για να ελαττωθεί η διάταση του στομάχου
- β. αφαίρεση των παροχετεύσεων του στομάχου και κοιλιάς (οι παροχετεύσεις μπορεί να ερεθίζουν το

- φρενικό νεύρο)
- γ. εισπνοή διοξειδίου του άνθρακα (το κατασταλτικό αποτέλεσμα του CO₂ ελαττώνει το σπασμό του διαφράγματος)
- δ. αποκλεισμό του φρενικού νεύρου.

8. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Διαταραχή στο βλεννογόνο του στόματος: ξηρότητα που οφείλεται σε:

- α. έλλειμμα όγκου υγρών που οφείλεται σε απώλεια υγρών και περιορισμένη αναπλήρωσή τους.
- β. μειωμένη έκκριση σάλιου που σχετίζεται με περιορισμό στη λήψη τροφής και υγρών και σε ορισμένα φάρμακα (π.χ. αναισθητικοί παράγοντες, ναρκωτικά αναλγητικά).

Επιθυμητό αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

- 8. Ο άρρωστος θα διατηρεί υγρό και άθικτο το βλεννογόνο του στόματος.

- 2. ενθαρρύνετε τον άρρωστο να πλένει τα δόντια του συχνά με νερό ή με διαλυμένη οδοντόπαστα
- 3. λιπαίνετε συχνά τα χείλη του αρρώστου
- 4. ενθαρρύνετε τον άρρωστο να αναπνέει από τη μύτη παρά από το στόμα
- 5. ενθαρρύνετε τον άρρωστο να μην καπνίζει (το κάπνισμα ερεθίζει και ξηραίνει το βλεννογόνο)
- 6. διατηρείτε την ενδοφλέβια αγωγή σύμφωνα με τις οδηγίες για να βελτιώσετε την ενυδάτωση
- 7. ενθαρρύνετε τον άρρωστο να μασάει ξινό και σκληρό ζαχαρωτό εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη, για

να διεγείρεται η σιελόρροια

8. αυξήστε τη λήψη υγρών από το στόμα μόλις επιτραπεί και τα ανέχεται ο άρρωστος για να βελτιώσετε την ενυδάτωση και να διεγείρετε την σιελόρροια.

9. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Αυξημένος κίνδυνος για διαταραχή της ακεραιότητας του δέρματος που σχετίζεται με:

- α. διάσπαση του δέρματος που οφείλεται σε χειρουργική επέμβαση·
- β. καθυστερημένη επούλωση τραύματος που οφείλεται σε μειωμένο επίπεδο θρέψης και ανεπαρκή αιμάτωση της περιοχής του τραύματος.
- γ. ερεθισμό του δέρματος που οφείλεται σε επαφή με το υλικό επίδεσης, σε πίεση από τους σωλήνες παροχέτευσης και στις αυτοκόλλητες ταινίες.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

- 9.α. Ο άρρωστος έχει φυσιολογική επούλωση του εγχειρητικού τραύματος όπως φαίνεται από:
1. την προοδευτική μείωση της

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

- 9.α.1. Αναζητήστε και αναφέρετε σημεία και συμπτώματα διαταραχής της επούλωσης του τραύματος (π.χ. αυξημένη ερυθρότητα και οίδημα στη θέση του εγχειρητικού τραύματος, ωχρότητα και νεκρώματα εάν το τραύμα επουλώνεται κατά δεύτερο ή τρίτο σκοπό, διάσπαση των χειλέων του τραύματος εάν η επούλωση γίνεται κατά πρώτο σκοπό).
2. Λάβετε μέτρα για να ενισχύσετε την επούλωση του τραύματος:
 - α. ενεργήστε ώστε να διατηρείται ένα επαρκές επίπεδο θρέψης (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 5,

- ερυθρότητας και του
οιδήματος του
τραύματος
2. την ύπαρξη
κοκκιωματώδους ιστού
εάν η επούλωση
γίνεται κατά δεύτερο ή
κατά τρίτο σκοπό
3. την άρτια
συμπλησίαση των
χειλέων του τραύματος
εάν η επούλωση
γίνεται κατά πρώτο
σκοπό
- πράξη δ)
- β. ενεργήστε ώστε να διατηρείται επαρκής η κυκλοφορία αίματος στη θέση του τραύματος:
1. λάβετε μέτρα για να διατηρείται επαρκής αιμάτωση των ιστών (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 1, πράξη β)
 2. μην τοποθετείτε σφικτά τους επιδέσμους εκτός εάν υπάρχει σχετική οδηγία (η υπερβολική πίεση διαταράσσει την κυκλοφορία της περιοχής)
- γ. ενεργήστε για να προστατεύσετε το τραύμα από μηχανική κάκωση:
1. βεβαιωθείτε ότι οι επιδέσμοι είναι κατάλληλα τοποθετημένοι και δεν τρίβονται και ερεθίζουν το τραύμα
 2. αφαιρείτε προσεκτικά τις αυτοκόλλητες ταινίες και τους επιδέσμους όταν περιποιείσθε το τραύμα
 3. υπενθυμίστε στον άρρωστο να κρατάει τα χέρια του μακριά από το τραύμα
 4. λάβετε μέτρα για να αποφύγετε την πτώση στο έδαφος (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 17, πράξη α)
- δ. ενεργήστε για να ελαττωθεί η τάση στην περιοχή του τραύματος:
1. μάθετε και βοηθήστε τον άρρωστο να υποστηρίξει την περιοχή του τραύματος όταν κινείται
 2. μάθετε και βοηθήστε τον άρρωστο να κρατά το κοιλιακό ή το θωρακικό τραύμα όταν βήχει· συμβουλευτείτε τον γιατρό για τη χορήγηση αντιβηχικού εάν επιμένει ο βήχας
 3. εφαρμόστε ζώνη κοιλιάς κατά την περίοδο κινητοποίησης σύμφωνα με τις οδηγίες για πρόσθετη υποστήριξη, ύστερα από χειρουργική επέμβαση στην κοιλιά
 4. λάβετε μέτρα για να ελαττωθεί η συγκέντρωση υγρών και αερίων στο γαστρεντερικό σωλήνα (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 7.A, πράξη 3) σε αρρώστους που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση στην κοιλιά

5. λάβετε μέτρα για να αποτρέψετε τη ναυτία και τον έμετο (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 7.B, πράξη 2) σε αρρώστους που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση στο θώρακα, την πλάτη ή την κοιλιά
 6. λάβετε μέτρα για την πρόληψη της λοίμωξης του τραύματος (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 16, πράξη β.4).
3. Εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα διαταραχής της επούλωσης:
- α. περιποιηθείτε ή βοηθήστε στην περιποίηση του τραύματος (π.χ. χειρουργικός καθαρισμός, επικάλυψη, πλύσεις) σύμφωνα με τις οδηγίες
 - β. προετοιμάστε τον άρρωστο για χειρουργική αποκατάσταση του τραύματος εάν προγραμματιστεί.
- 9.β. Ο άρρωστος διατηρεί την ακεραιότητα του δέρματος όπως φαίνεται από:
1. την έλλειψη ερυθρότητας και ερεθισμού
 2. τη μη διάσπαση του τραύματος.
- 9.β.1. Ελέγξτε για σημεία ερεθισμού και λύσης της συνέχειας του δέρματος που είναι σε επαφή με παροχетеύσεις τραύματος, αυτοκόλλητες ταινίες, σωλήνες παροχетеυσης.
2. Λάβετε μέτρα για την αποφυγή ερεθισμού και λύσης της συνέχειας του δέρματος:
- α. ενεργήστε για να αποτρέψετε την επαφή και την παραμονή των παροχетеύσεων του τραύματος με το δέρμα:
 1. ελέγξτε τις επιδέσεις, τα τραύματα και τις περιοχές γύρω από τους σωλήνες παροχетеυσης και τις θέσεις παρακέντησης από βελόνα· καθαρίστε το δέρμα και αλλάξτε τους επιδέσμους όταν χρειάζεται
 2. διατηρήστε τη βατότητα των σωλήνων παροχетеυσης για να μειωθεί ο κίνδυνος της διαφυγής γύρω από τους σωλήνες
 3. εφαρμόστε σάκο παροχетеυσης πάνω από τους σωλήνες παροχетеυσης και τις τομές που παροχетеύουν συνεχώς και/ή με μεγάλη ποσότητα
 4. εφαρμόστε προστατευτικό φραγμό (π.χ. Stomahesive, ReliaSeal) στο δέρμα που πιθανώς θα είναι σε συχνή επαφή με την παροχетеυση

- β. όταν τοποθετείτε τον άρρωστο, βεβαιωθείτε ότι δεν κάθεται πάνω σε σωλήνα παροχέτευσης (η πίεση στο δέρμα μπορεί να μειώσει την κυκλοφορία του αίματος στην περιοχή αυτή, επιπλέον εάν φράξει ο σωλήνας παροχέτευσης θα υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για διαφυγή γύρω από τον σωλήνα)
- γ. καθηλώστε όλους τους σωλήνες για να αποφευχθεί υπέρμετρη κίνηση και συνεπώς ερεθισμός των βλεννογόνων και του δέρματος
- δ. εφαρμόστε ένα υδατοδιαλυτό λιπαντικό στην έξω μοίρα της ρινικής κοιλότητας κάθε 2-4 ώρες για να ελαττωθεί ο ερεθισμός από το ρινογαστρικό σωλήνα και το ρινικό αεραγωγό ή σωλήνα
- ε. ενεργήστε ώστε να ελαττωθεί ο ερεθισμός του δέρματος που προκαλείται από αυτοκόλλητες ταινίες:
 - 1. χρησιμοποιήστε μόνο το απαραίτητο μήκος ταινίας
 - 2. χρησιμοποιήστε υποαλλεργικές ταινίες όταν είναι δυνατόν
 - 3. χρησιμοποιήστε ταινίες Montgomery ή δίκτυ για να αποφευχθεί η εφαρμογή και αφαίρεση των ταινιών εάν αναμένονται συχνές αλλαγές στο τραύμα
 - 4. όταν αφαιρείτε τις ταινίες τραβήξτε τις κατά τη διεύθυνση των τριχών· χρησιμοποιείται εάν χρειάζεται διαλυτικό της κόλας των ταινιών.
- 3. Εάν συμβεί λύση της συνέχειας του δέρματος:
 - α. ειδοποιήστε τον ιατρό
 - β. συνεχίστε τα πιο πάνω μέτρα για να αποφευχθεί η συνέχιση του ερεθισμού και η λύση της συνέχειας του δέρματος
 - γ. περιποιηθείτε το τραύμα σύμφωνα με τις οδηγίες ή με το πρωτόκολλο του νοσοκομείου
 - δ. παρακολουθήστε στενά τον άρρωστο και αναφέρετε σημεία και συμπτώματα λοίμωξης (π.χ. αύξηση της θερμοκρασίας, ερυθρότητα, θερμότητα και οίδημα γύρω από την τομή ή την περιοχή

της λύσης της συνέχειας του δέρματος, ασυνήθη παροχέτευση από μία περιοχή).

10. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Δυσανεξία στην κόπωση που σχετίζεται με:

- α. υποξία των ιστών που οφείλεται σε μειωμένη αιμάτωση των ιστών και αναιμία από απώλεια αίματος κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης
- β. ανεπαρκές επίπεδο θρέψης
- γ. δυσκολία στην ανάπαυση και στον ύπνο που οφείλεται σε ανησυχία, φόβο και άγχος.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

10.α. Παρατηρήστε για σημεία και συμπτώματα δυσανεξίας στη σωματική δραστηριότητα όπως είναι:

1. οι δηλώσεις κόρασης και αδυναμίας
 2. η ύπαρξη δύσπνοιας, πόνου στο στήθος ή ζάλης
 3. ο παθολογικός καρδιακός ρυθμός κατά τη δραστηριοποίηση (π.χ. αύξηση της συχνότητας κατά 20 σφύξεις/λεπτό πάνω από το επίπεδο ηρεμίας, μείωση της συχνότητας, η συχνότητα δεν επιστρέφει στα επίπεδα πριν από τη δραστηριότητα μέσα σε 3 min από τη διακοπή της, αλλαγή από ρυθμική σε άρρυθμη συχνότητα)
 4. η ελάττωση της συστολικής αρτηριακής πίεσης ή σημαντική αύξηση (10-15 mm Hg) της συστολικής ή της διαστολικής πίεσης με τη δραστηριότητα.
- β. Λάβετε μέτρα για να βελτιώσετε την αντοχή στη δραστηριότητα:
1. ενεργήστε για να βελτιώσετε την ανάπαυση και/ή να εξοικονομήσετε ενέργεια:
 - α. διατηρήστε τους περιορισμούς στη δραστηριότητα σύμφωνα με τις οδηγίες
 - β. ελαχιστοποιήστε τη δραστηριότητα και τους θορύβους του περιβάλλοντος
 - γ. οργανώστε τη νοσηλεία ώστε να υπάρχουν περίοδοι ανάπαυσης χωρίς διακοπές
 - δ. ελαττώστε τον αριθμό των επισκεπτών και το χρόνο παραμονής τους
- α. τη λεκτική έκφραση μειωμένου αισθήματος κόρασης και αδυναμίας
- β. τη δυνατότητα να εκτελεί δραστηριότητες της καθημερινής ζωής χωρίς να εμφανίζει

δύσπνοια, πόνο στο στήθος, ζάλη και σημαντικές διαταραχές στα ζωτικά σημεία.

- ε. βοηθήστε τον άρρωστο στις δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησής του
- στ. διατηρείτε τα τρόφιμα και τα προσωπικά αντικείμενα του αρρώστου σε προσιτή θέση
- ζ. μάθετε τον άρρωστο τεχνικές εξοικονόμησης ενέργειας (π.χ. τη χρησιμοποίηση καρέκλας λουτρού όταν πλένεται, το βούρτσισμα των δοντιών και την περιποίηση των μαλλιών σε καθιστή θέση)
- η. λάβετε μέτρα για να ελαττωθεί ο φόβος και το άγχος (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 20, πράξη β)
- θ. λάβετε μέτρα για τη βελτίωση του ύπνου (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 15, πράξη γ)
- ι. λάβετε μέτρα για να μην αισθάνεται άβολα (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 6, πράξη ε, 7.A, πράξη 3, 7.B, πράξη 2, 7.Γ)
- 2. ενεργήστε για τη διατήρηση επαρκούς αιμάτωσης των ιστών (βλέπε Νοσηλευτική διάγνωση 1)
- 3. ενεργήστε για να βελτιώσετε τον τρόπο αναπνοής και να βοηθήσετε τον καθαρισμό των αεροφόρων οδών (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 2, πράξη γ, 3, πράξη β) για να επιτύχετε τη μέγιστη οξυγόνωση των ιστών
- 4. διατηρήστε την αγωγή με το οξυγόνο σύμφωνα με τις οδηγίες
- 5. ενεργήστε για να διατηρήσετε το επίπεδο θρέψης (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 5, πράξη δ)
- 6. χορηγήστε αίμα ή συμπυκνωμένα ερυθρά σύμφωνα με τις οδηγίες
- 7. αυξήστε σταδιακά τις δραστηριότητες του αρρώστου όσο επιτρέπεται και το αντέχει.
- γ. Μάθετε τον άρρωστο να:
 - 1. αναφέρει τη μειωμένη αντοχή σε δραστηριότητες
 - 2. σταματάει οποιαδήποτε δραστηριότητα του προκαλεί πόνο στο στήθος, δύσπνοια, ζάλη ή υπερβολική κούραση ή αδυναμία.
- δ. Συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν τα σημεία και τα συμπτώματα της δυσανεξίας στη σωματική

δραστηριότητα επιμένουν ή επιδεινώνονται.

11. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Διαταραχή της φυσιολογικής κινητικότητας που σχετίζεται με:

- α. μειωμένη αντοχή στη δραστηριότητα που οφείλεται σε ιστική υποξία, ανεπαρκές επίπεδο θρέψης και δυσκολία στον ύπνο και στη ξεκούραση·
- β. πόνο και ναυτία·
- γ. κατασταλτικό αποτέλεσμα της νάρκωσης και ορισμένων φαρμάκων (π.χ. ναρκωτικά αναλγητικά, μυοχαλαρωτικά με κεντρική δράση)·
- δ. φόβο πτώσης στο έδαφος, μετακίνηση σωλήνων παροχέτευσης και έκθεση σε κίνδυνο του εγχειρητικού τραύματος·
- ε. περιορισμό της κινητικότητας στα πλαίσια της θεραπευτικής αγωγής.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

11. Ο άρρωστος θα επιτύχει το μέγιστο της κινητικότητας μέσα στους περιορισμούς που επιβάλλονται από τη χειρουργική επέμβαση και τη μετεγχειρητική αγωγή.

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

11.α. Λάβετε μέτρα για να αυξήσετε την κινητικότητα:

- 1. ενεργήστε για να βελτιώσετε την αντοχή στη δραστηριότητα (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 10, πράξη β)
- 2. ενεργήστε για να ελαττωθεί ο πόνος (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 6, πράξη ε)
- 3. ενεργήστε για να αποτραπεί η ναυτία και ο έμετος (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 7.Β, πράξη 2)
- 4. προγραμματίστε τις προσπάθειες για την αύξηση της δραστηριότητας όταν τα αναλγητικά και/ή τα αντιεμετικά έχουν τη μέγιστη δράση
- 5. ενθαρρύνετε τη χρήση μη ναρκωτικών αναλγητικών όταν ο έντονος πόνος έχει υποχωρήσει
- 6. ενεργήστε για να ελαττωθεί ο φόβος του αρρώστου για τραυματισμό:
 - α. λάβετε μέτρα για να αποτραπεί η πτώση του στο έδαφος (Νοσηλευτική Διάγνωση 17, πράξη α)
 - β. καθηλώστε τις επιδέσεις του τραύματος και τους σωλήνες για να ελαττωθεί ο κίνδυνος

μετατόπισής τους

7. βεβαιώστε τον άρρωστο ότι το επίπεδο δραστηριότητας που συνιστάται στις οδηγίες θα βοηθήσει παρά θα βλάψει τη διαδικασία επούλωσης
8. ενθαρρύνετε τη δραστηριότητα και τη συμμετοχή στη φροντίδα του εαυτού του όσο επιτρέπεται και το ανέχεται ο ασθενής, τοποθετήστε τα πλαϊνά προστατευτικά κιγκλιδώματα του κρεβατιού καθώς και τη λαβή πάνω από το κεφάλι του κρεβατιού, για να βοηθήσετε την κίνηση του αρρώστου
- β. Επιβραβεύστε και ενθαρρύνετε όλες τις προσπάθειές του για την αύξηση της κινητικότητάς του.
- γ. Ενθαρρύνετε την υποστήριξη των οικείων του. Επιτρέψτε τους να βοηθούν τον άρρωστο στην κινητοποίησή του εάν το επιθυμεί.
- δ. Συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν ο άρρωστος αδυνατεί να επιτύχει το αναμενόμενο επίπεδο κινητικότητας.

12. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Μειωμένη αυτοεξυπηρέτηση που σχετίζεται με διαταραχή της κινητικότητας που οφείλεται σε δυσανεξία στη σωματική δραστηριότητα, πόνο, ναυτία, κατασταλτική δράση ορισμένων φαρμάκων, φόβο για μετακίνηση των σωλήνων και έκθεσης του χειρουργικού τραύματος σε κίνδυνο και περιορισμούς στις δραστηριότητες.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

12. Ο άρρωστος θα μπορεί να εκτελεί τις δραστηριότητες της φροντίδας του εαυτού του μέσα στα πλαίσια των φυσικών ορίων και των

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

- 12.α. Σε συνεργασία με τον άρρωστο σχεδιάστε ένα ρεαλιστικό πλάνο των ημερήσιων φυσικών του αναγκών.
- β. Ενθαρρύνετε τη μέγιστη ανεξαρτησία στα πλαίσια των φυσικών ορίων και των περιορισμών της μετεγχειρητικής δραστηριότητας.
- γ. Λάβετε μέτρα για να διευκολύνετε τη δυνατότητα του αρρώστου να εκτελεί δραστηριότητες φροντίδας

περιορισμών της
μετεγχειρητικής
δραστηριότητας

του εαυτού του:

1. οργανώστε τη νοσηλεία σε ώρα που πιθανότατα ο άρρωστος θα μπορεί να συμμετάσχει (π.χ. όταν τα παυσίπονα έχουν τη μέγιστη δράση, ύστερα από περίοδο ανάπαυσης, όχι μετά από γεύματα ή θεραπευτικές αγωγές)
 2. διατηρείτε τα αντικείμενα που του χρειάζονται σε προσιτή θέση
 3. δώστε αρκετό χρόνο για την ολοκλήρωση των δραστηριοτήτων φροντίδας του εαυτού του
 4. ενεργήστε για να αυξήσετε την κινητικότητα (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 11, πράξη ε).
- δ. Επιδοκιμάστε όλες τις προσπάθειες και τα κατορθώματα της φροντίδας του εαυτού του.
- ε. Βοηθήστε τον άρρωστο στις δραστηριότητες που δεν μπορεί να εκτελέσει μόνος του.
- στ. Ενημερώστε το περιβάλλον του για τις δυνατότητες του αρρώστου να φροντίζει τον εαυτό του. Εξηγήστε τη σημασία της ενθάρρυνσης και του να διατηρεί ο άρρωστος ένα άριστο επίπεδο ανεξαρτησίας μέσα στα πλαίσια των περιορισμών της δραστηριότητας και του επιπέδου αντοχής του.

13. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Κατακράτηση ούρων που σχετίζεται με:

- α. αδυναμία ούρησης που οφείλεται σε ερεθισμό του συμπαθητικού νευρικού συστήματος της ουροδόχου κύστης και των σφιγκτήρων και προκαλείται από πόνο, φόβο και άγχος·
- β. μειωμένο μυϊκό τόνο της κύστεως και αντίληψη της πληρότητας της κύστης που προκαλείται από ορισμένα φάρμακα (π.χ. αναισθητικούς παράγοντες, ναρκωτικά αναλγητικά, μυοχαλαρωτικά με κεντρική δράση).

Επιθυμητό αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

13.α. Καθορίστε το συνηθισμένο τρόπο ούρησης του αρρώστου.

- α. την ούρηση σε φυσιολογικά διαστήματα
- β. την έλλειψη παραπόνων για πληρότητα της κύστης και ενοχλήματα στην υπερηβική περιοχή
- γ. την έλλειψη διάτασης της κύστης και σταγονοειδούς ούρησης από υπερπλήρωση
- δ. την εξισορρόπηση των προσλαμβανομένων με τα αποβαλλόμενα υγρά μέσα στις πρώτες 48 ώρες μετεγχειρητικά
- β. Αναζητήστε σημεία και συμπτώματα επίσχεσης ούρων:
1. συχνή ούρηση μικρών ποσοτήτων (25-60 ml) ούρων
 2. παράπονα για πληρότητα της κύστεως ή ενοχλήματα στην υπερηβική περιοχή
 3. διάτασή της ουροδόχου κύστεως
 4. σταγονοειδής ούρηση από υπερπλήρωση.
- γ. Παρακολούθηση των προσλαμβανομένων και των αποβαλλόμενων υγρών. Συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν δεν αποβληθούν ούρα μέσα σε 6-12 ώρες μετά τη χειρουργική επέμβαση ή εάν δεν υπάρχει εξισορρόπηση των προσλαμβανομένων με τα αποβαλλόμενα υγρά μέσα στις πρώτες 48 ώρες μετεγχειρητικά (για τις πρώτες 48 ώρες μετεγχειρητικά, τα αποβαλλόμενα υγρά με τα ούρα αναμένεται να είναι λιγότερα από τα προσλαμβανόμενα λόγω απώλειας αίματος και αυξημένης έκκρισης της ADH).
- δ. Λάβετε μέτρα για την πρόληψη της επίσχεσης των ούρων:
1. ενημερώστε τον άρρωστο να ουρεί όταν αισθανθεί για πρώτη φορά την ανάγκη
 2. ενεργήστε για να βοηθήσετε να χαλαρώσει ο άρρωστος κατά την προσπάθεια ούρησης (π.χ. εξασφαλίστε του απομόνωση, απαλή μουσική, ενθαρρύνετε τον άρρωστο να διαβάσει)
 3. ενεργήστε για να προκαλέσετε αισθητική διέγερση που μπορεί να βοηθήσει την έναρξη του αντανακλαστικού της ούρησης και να προκαλέσει εκούσια χαλάρωση των μυών του περινέου και του έξω σφιγκτήρα της ουρήθρας (π.χ. ανοίξτε τη βρύση να τρέχει νερό, τοποθετήστε τα χέρια του αρρώστου μέσα σε ζεστό νερό, ρίξτε νερό στο περίνεο)
 4. επιτρέψτε στον άρρωστο να πάρει τη συνηθισμένη θέση του για να ουρήσει εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη
 5. μάθετε τον άρρωστο να κάμπτεται το πάνω μέρος του σώματός του προς τα εμπρός και/ή να πιέζει προς τα κάτω χαλαρά το κατώτερο τμήμα της κοιλιάς κατά την προσπάθεια ούρησης για να

- ασκηθεί πίεση στην ουροδόχο κύστη, εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη (η πίεση βοηθάει στην πρόκληση του αντανεκλαστικού της ούρησης και στην πλήρη κένωση της ουροδόχου κύστης)
6. ενεργήστε για να ελαττωθεί ο μετεγχειρητικός πόνος (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 6, πράξη ε)
 7. ενθαρρύνετε τη χρησιμοποίηση μη ναρκωτικών αναλγητικών όταν υποχωρήσει η περίοδος του έντονου πόνου
 8. χορηγήστε χολινεργικά φάρμακα (π.χ. bethanechol) σύμφωνα με τις οδηγίες για να προκληθεί σύσπαση της ουροδόχου κύστεως.
- ε. Συμβουλευτείτε τον ιατρό σχετικά με το διαλείποντα καθετηριασμό ή την τοποθέτηση μόνιμου ουροκαθετήρα εάν οι πιο πάνω ενέργειες αποτύχουν στο να λύσουν την επίσχεση των ούρων.
- στ. Εάν υπάρχει ήδη ουροκαθετήρας, αποτρέψτε την επίσχεση των ούρων διατηρώντας τη βατότητα του καθετήρα (π.χ. διατηρήστε το σωλήνα του καθετήρα χωρίς κάμψεις, ξεπλύνετε τον αυλό του σύμφωνα με τις οδηγίες).

14. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Δυσκοιλιότητα που σχετίζεται με:

- α. μειωμένη κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα, που οφείλεται στη νάρκωση, σε χειρισμούς στο έντερο κατά τη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων, σε ναρκωτικά αναλγητικά και σε ελαττωμένη δραστηριότητα.
- β. μειωμένη πρόσληψη υγρών.
- γ. μειωμένη πρόσληψη τροφών με υψηλή περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

- 14.α. Μάθετε τις συνήθειες των κενώσεων του εντέρου του αρρώστου.
- β. Αναζητήστε σημεία και συμπτώματα δυσκοιλιότητας (π.χ. μείωση της συχνότητας των κενώσεων,

αποβολή σκληρών και σχηματισμένων κοπράνων, πονοκέφαλος, ανορεξία, αυξημένη διάταση της κοιλιάς και πόνος, αίσθημα πληρότητας ή πίεσης στο ορθό, σφίξιμο κατά την αφόδευση).

- α. τη συνηθισμένη κινητικότητα του εντέρου όταν αρχίσει πάλι η πρόσληψη τροφής και υγρών από το στόμα
- β. την αποβολή μαλακών και σχηματισμένων κοπράνων
- γ. την έλλειψη πονοκέφαλου, ανορεξίας, αυξημένης διάτασης της κοιλιάς και πόνου, πίεσης στο ορθό και έντονης προσπάθειας κατά την αφόδευση.
- γ. Ελέγξτε τους εντερικούς ήχους. Αναφέρετε ελάττωση των ήχων ή ήχους που δεν επιστρέφουν στο φυσιολογικό όταν αναμένεται.
- δ. Λάβετε μέτρα για να αποφευχθεί η δυσκοιλιότητα:
1. αυξήστε τη δραστηριότητα όσο επιτρέπεται και γίνεται ανεκτή
 2. ενθαρρύνετε τον άρρωστο να αφοδεύσει όταν αισθανθεί την ανάγκη
 3. βοηθήστε τον άρρωστο στο μπάνιο ή στο πλάι του κρεβατιού ή τοποθετήστε τον σε υψηλή θέση Fowler σε ουροδοχείο για την κινητοποίηση του εντέρου εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη· εξασφαλίστε απομόνωση και επαρκή αερισμό
 4. ενθαρρύνετε τον άρρωστο να αναπαύεται μεταξύ των προσπαθειών αφόδευσης ώστε να υποβοηθηθεί η χαλάρωση των μυών του περινέου και του έξω σφιγκτήρα του πρωκτού
 5. ενθαρρύνετε τη χρησιμοποίηση μη ναρκωτικών αναλγητικών όταν υποχωρήσει η περίοδος του έντονου πόνου
 6. όταν επιτραπεί η σίτιση από το στόμα:
 - α. ενημερώστε τον άρρωστο να διατηρεί έναν ελάχιστο όγκο προσλαμβανόμενων υγρών 2500 ml/ημέρα εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη
 - β. ενθαρρύνετε τον άρρωστο να πίνει ζεστά υγρά όταν σηκώνεται το πρωί από το κρεβάτι του για να ξεκινήσει το γαστροκολικό και το δωδεκαδακτυλοκολικό αντανακλαστικό και να προκληθεί περισταλισμός του εντέρου
 - γ. όταν προχωρήσει στη δίαιτα, ενημερώστε τον άρρωστο να αυξήσει την κατανάλωση τροφής υψηλής περιεκτικότητας σε φυτικές ίνες (π.χ. πίτουρο, ψωμί ολικής αλέσεως και δημητριακά, φρέσκα φρούτα και λαχανικά) εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη

7. χορηγήστε καθαρτικά, μαλακτικά των κοπράνων και/ή υποκλυσμούς σύμφωνα με τις οδηγίες.
- ε. Συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν τα σημεία και τα συμπτώματα της δυσκοιλιότητας επιμένουν.

15. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Διαταραχές του ύπνου που σχετίζονται με φόβο, άγχος, ανησυχία, αδυναμία του αρρώστου να πάρει τη συνηθισμένη θέση ύπνου και συχνές μετρήσεις και θεραπεία.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

- 15.α. Αναζητήστε σημεία και συμπτώματα διαταραχής του ύπνου (π.χ. δυσκολία στο να κοιμηθεί διακοπές του ύπνου ή παράπονα ότι δεν έχει ξεκουραστεί καλά, ευερεθιστότητα, λήθαργος, αποπροσανατολισμός, συχνά χασμουρητά, μαύροι κύκλοι κάτω από τα μάτια, ελαφρός τρόμος χεριών).
 - β. Καθορίστε τις συνήθειες του αρρώστου στον ύπνο.
 - γ. Λάβετε μέτρα για να βοηθήσετε τον ύπνο:
 1. αποθαρρύνετε μεγάλες περιόδους ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας εκτός εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα έλλειψης ύπνου ή αν ο ύπνος κατά τη διάρκεια της ημέρας είναι συνήθεια του αρρώστου
 2. ενεργήστε για να ελαττώσετε το φόβο και το άγχος (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 20, πράξη β)
 3. εφαρμόστε μέτρα για την άνεση του ασθενούς (βλέπε Νοσηλευτικές Διαγνώσεις 6, πράξη ε, 7.Α, πράξη 3, 7.Β, πράξη 2, και 7.Γ)
 4. ενθαρρύνετε τη συμμετοχή σε διάφορες δραστηριότητες που προκαλούν χαλάρωση τις απογευματινές ώρες
- α. τις δηλώσεις του ότι αισθάνεται να έχει αναπαυθεί καλά
- β. τη συνηθισμένη διανοητική κατάσταση
- γ. την έλλειψη συχνών

χασμουρητών, μαύρων κύκλων κάτω από τα μάτια και τρόμου στα χέρια.

5. όταν επιτραπεί η σίτιση από το στόμα:
 - α. αποθαρρύνετε την κατανάλωση υγρών πλούσιων σε καφεΐνη (π.χ. καφές, τσάι, ποτά τύπου cola) ιδιαίτερα κατά τις απογευματινές ώρες
 - β. προσφέρετε στον άρρωστο ένα απογευματινό γεύμα υψηλής πρωτεϊνικής αξίας (π.χ. γάλα, τυρί) εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη
6. επιτρέψτε στον άρρωστο να συνεχίσει τον συνηθισμένο τρόπο ύπνου (π.χ. θέση, χρόνο, συνήθειες κατά την κατάκλιση όπως διάβασμα και περισυλλογή) εάν είναι δυνατό
7. ικανοποιήστε ανάγκες του όπως άνεση και ζέστη πριν από τον ύπνο
8. διατηρείτε μια ήσυχη και αναπνευστική ατμόσφαιρα· έχετε στη διάθεση του άρρωστου ωτοασπίδες εάν τις χρειαστεί
9. χρησιμοποιήστε τεχνικές χαλάρωσης (π.χ. ασκήσεις προοδευτικής χαλάρωσης, μασάζ στη πλάτη, φαρμακευτική αγωγή, απαλή μουσική) πριν από τον ύπνο
10. ενθαρρύνετε τον άρρωστο να αδειάσει την ουροδόχο κύστη του πριν από την κατάκλιση
11. εξασφαλίστε καλό αερισμό του δωματίου
12. χορηγήστε ηρεμιστικά υπνωτικά εάν έχουν συνταγογραφηθεί
13. ενεργήστε ώστε να ελαττωθούν οι διακοπές του ύπνου (80-100 λεπτά συνεχούς ύπνου χρειάζονται συνήθως για να συμπληρωθεί ένας κύκλος ύπνου):
 - α. περιορίστε τον αριθμό των επισκεπτών
 - β. ομαδική φροντίδα (π.χ. φαρμακευτική αγωγή, φυσική φροντίδα) όταν είναι δυνατό
- δ. Συμβουλευτείτε τον γιατρό εάν τα σημεία και τα συμπτώματα έλλειψης ύπνου επιμένουν ή επιδεινωθούν.

16. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Αυξημένος κίνδυνος λοίμωξης:

- α. πνευμονία που σχετίζεται με στάση των πνευμονικών εκκρίσεων και εισρόφησης (εάν συμβεί)·
- β. διαπύηση του εγχειρητικού τραύματος που σχετίζεται με μόλυνση και ελάτπωση της αντίστασης σε λοίμωξη·

1. αυξημένο πολλαπλασιασμό βακτηριδίων που οφείλεται σε στάση ούρων
2. ενδοφθαλμισμό παθογόνων στελεχών που οφείλεται σε μόνιμο ουροκαθετήρα εάν υπάρχει.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

- 16.α. Ο άρρωστος δεν θα αναπτύξει πνευμονία όπως φαίνεται από:
1. τους φυσιολογικούς αναπνευστικούς ήχους
 2. τα φυσιολογικά ευρήματα στην επίκρουση των πνευμόνων
 3. την έλλειψη ταχύπνοιας
 4. τον παραγωγικό βήχα με έξοδο καθαρής βλέννης μόνο

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

- 16.α.1. Αναζητήστε και αναφέρετε σημεία και συμπτώματα πνευμονίας:
- α. παθολογικοί αναπνευστικοί ήχοι (π.χ. τρίζοντες, ήχοι πλευριτικής συλλογής, βρογχικοί αναπνευστικοί ήχοι, μείωση ή έλλειψη των αναπνευστικών ήχων)
 - β. αμβλύτητα κατά την επίκρουση στην πάσχουσα περιοχή του πνεύμονα
 - γ. αύξηση της συχνότητας των αναπνοών
 - δ. ρίγος και πυρετός
 - ε. παραγωγικός βήχας με πυώδη, πράσινα ή σκωριόχρωμα πτύελα
 - στ. πλευριτικός πόνος
 - ζ. επίμονη αύξηση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων.
2. Καταγράψτε τα αποτελέσματα της οξυμετρίας και των αερίων αίματος. Αναφέρετε μη φυσιολογικά αποτελέσματα.
 3. Καταγράψτε τα αποτελέσματα των ακτινογραφιών θώρακος. Αναφέρετε ευρήματα ενδεικτικά πνευμονίας.
 4. Συγκεντρώστε δείγμα πτυέλων για καλλιέργεια εάν ζητηθεί. Αναφέρετε παθολογικά αποτελέσματα.

5. την απυρεξία
 6. την απουσία πλευριτικού πόνου
 7. την επιστροφή στα φυσιολογικά επίπεδα του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων
 8. τα αέρια του αίματος μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια για τον άρρωστο
 9. τις αρνητικές καλλιέργειες πτυέλων.
- 16.β. Ο άρρωστος δεν θα παρουσιάσει λοίμωξη στο εγχειρητικό τραύμα όπως φαίνεται από:
1. την έλλειψη ρίγους και πυρετού
 2. την έλλειψη ερυθρότητας, θερμότητας και
5. Λάβετε μέτρα για να αποτρέψετε την πνευμονία:
 - α. ενεργήστε για να διατηρηθεί ένας αποτελεσματικός τύπος αναπνοής και καθαρισμού των αεροφόρων οδών (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 2, πράξη γ, 3, πράξη β)
 - β. ενεργήστε για να ελαττωθεί ο κίνδυνος εισρόφησης (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 18, πράξη γ)
 - γ. ενθαρρύνετε και βοηθήστε τον ασθενή να κάνει καλή υγιεινή του στόματος για να ελαττωθεί ο εποικισμός του οροφάρυγγα από βακτηρίδια και η επακόλουθη εισρόφηση των βακτηριδίων
 - δ. προστατεύστε τον άρρωστο από άτομα με αναπνευστική λοίμωξη.
 6. Εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα πνευμονίας:
 - α. συνεχίστε τα πιο πάνω μέτρα
 - β. χορηγήστε οξυγόνο σύμφωνα με τις οδηγίες
 - γ. χορηγήστε αντιβιοτικά εάν συνταγογραφηθούν
 - δ. εκτελέστε ή βοηθήστε τη φυσιοθεραπεία του αναπνευστικού (π.χ. παροχέτευση με την κατάλληλη θέση, επίκρουση και μασάζ του θώρακα)
 - ε. ανατρέξτε στο Πρόγραμμα Φροντίδας για Πνευμονία, για πρόσθετα μέτρα.
- 16.β.1. Αναζητήστε και αναφέρετε σημεία και συμπτώματα διαπύησης του τραύματος (π.χ. ρίγος, πυρετός, ερυθρότητα, θερμότητα και οίδημα στην περιοχή του τραύματος, ασυνήθη εκροή υγρού από το τραύμα, δυσσομία από την περιοχή του τραύματος).
2. Καταγράψτε και αναφέρετε επίμονη αύξηση του αριθμού και αλλαγή του τύπου των λευκών αιμοσφαιρίων.
 3. Στείλτε καλλιέργειες από την παροχέτευση του τραύματος σύμφωνα με τις οδηγίες. Αναφέρετε θετικά αποτελέσματα.
 4. Λάβετε μέτρα για την αποφυγή της διαπύησης του τραύματος:
 - α. ενεργήστε για να βοηθήσετε την επούλωση του τραύματος (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 9,

- οιδήματος γύρω από
το τραύμα
3. τη συνηθισμένη
παροχέτευση από το
τραύμα
 4. την επιστροφή στα
φυσιολογικά επίπεδα
του αριθμού των
λευκών αιμοσφαιρίων
 5. τα αρνητικά
αποτελέσματα των
καλλιέργειών του
τραύματος.

πράξη α.2)

- β. πλένετε καλά τα χέρια σας και ενθαρρύνετε τον άρρωστο να κάνει το ίδιο
 - γ. ενημερώστε τον άρρωστο να αποφεύγει να αγγίζει την τομή, τις γάζες, τους σωλήνες
παροχέτευσης και τα ανοικτά τραύματα
 - δ. διατηρήστε σχολαστικά άσηπτη τεχνική κατά τις αλλαγές και την περιποίηση του τραύματος
 - ε. προστατεύστε τον άρρωστο από άτομα με λοιμώξεις
 - στ. χορηγήστε αντιβιοτικά εάν συνταγογραφηθούν.
5. Εάν υπάρχουν τα σημεία και τα συμπτώματα της λοίμωξης. συνεχίστε τις πιο πάνω ενέργειες.

- 16.γ. Ο άρρωστος δεν θα
παρουσιάσει ουρολοίμωξη
όπως φαίνεται από:
1. τα καθαρά ούρα
 2. την έλλειψη ασυνήθους
οσμής στα ούρα
 3. την έλλειψη μεγάλης
συχνότητας, έντονης
έπειξης και καυσαλγίας

- 16.γ 1. Σημειώστε και αναφέρετε σημεία και συμπτώματα ουρολοίμωξης (π.χ. θολερά, δύσοσμα ούρα,
συχνή και έντονη έπειξη προς ούρηση και/ή καυσαλγία κατά την ούρηση, ρίγη, αύξηση της
θερμοκρασίας).
2. Καταγράψτε τη γενική ούρων και αναφέρετε την ύπαρξη νιτρωδών, βακτηρίων και/ή λευκών
αιμοσφαιρίων.
 3. Στείλτε δείγμα ούρων για καλλιέργειες και έλεγχο ευαισθησίας σύμφωνα με τις οδηγίες. Αναφέρετε
παθολογικά αποτελέσματα.
 4. Λάβετε μέτρα για την πρόληψη της ουρολοίμωξης:
 - α. ενεργήστε για την πρόληψη της κατακράτησης ούρων (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 13,

- κατά την ούρηση
4. την έλλειψη ρίγους και πυρετού
 5. την έλλειψη νιτρωδών, βακτηρίων και λευκών αιμοσφαιρίων στα ούρα
 6. την αρνητική ουροκαλλιέργεια.
- πράξεις δ και στ)
- β. ενημερώστε τις γυναίκες αρρώστους μετά την ούρηση ή την αφόδευση να σκουπίζονται από εμπρός προς τα πίσω
 - γ. βοηθήστε τον άρρωστο στη φροντίδα του περινέου μετά την ούρηση και την αφόδευση
 - δ. διατηρήστε την ημερήσια πρόσληψη υγρών σε 2500 ml/ημέρα εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη
 - ε. αυξήστε τη δραστηριότητα όσο επιτρέπεται και το ανέχεται ο άρρωστος για να μειωθεί η λίμναση των ούρων
 - στ. χρησιμοποιήστε άσηπτη τεχνική κατά τον καθετηριασμό και τις πλύσεις της ουροδόχου κύστης
 - ζ. εάν έχει τοποθετηθεί ουροκαθετήρας:
 1. καθλώστε τον καθετήρα στην κάτω κοιλιά ή στο μηρό στους άνδρες και στο μηρό στις γυναίκες για να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος τυχαίου τραβήγματος και συνεπώς τραύματος στην κύστη και στην ουρήθρα
 2. καθαρίστε τον καθετήρα όσο συχνά χρειάζεται για να αποφευχθεί η συγκέντρωση βλέννας γύρω από το έξω στόμιο της ουρήθρας
 3. διατηρείτε τον ουροσυλλέκτη σε επίπεδο κατώτερο από την ουροδόχο κύστη συνεχώς για να αποφευχθεί η παλινδρόμηση και στάση των ούρων
 4. αφαιρέστε τον ουροκαθετήρα μόλις δοθεί η εντολή (ο κίνδυνος της ουρολοίμωξης αυξάνεται όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος παραμονής του ουροκαθετήρα).
 5. Εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα ουρολοίμωξης:
 - α. συνεχίστε τις πιο πάνω ενέργειες
 - β. χορηγήστε αντιβιοτικά σύμφωνα με τις οδηγίες.

17. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Αυξημένος κίνδυνος για το τραύμα που σχετίζεται με:

- α. την αδυναμία και την κόπωση·
- β. την ορθοστατική υπόταση από την περιφερική λίμναση του αίματος και την απώλεια αίματος κατά τη χειρουργική επέμβαση·
- γ. την κατασταλτική δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα ορισμένων φαρμάκων·
- δ. την ύπαρξη σωλήνων παροχέτευσης ή συσκευών.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

17. Ο άρρωστος δεν θα έχει πτώσεις στο έδαφος.

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

17.α. Λάβετε μέτρα για να προλάβετε την πτώση στο έδαφος:

1. διατηρήστε το ύψος του κρεβατιού σε μικρή απόσταση από το έδαφος και τοποθετήστε τα πλαϊνά προστατευτικά κιγκλιδώματα όταν ο άρρωστος είναι στο κρεβάτι
2. διατηρήστε τα χρήσιμα αντικείμενα σε προσιτή θέση
3. ενθαρρύνετε τον άρρωστο να ζητάει βοήθεια όταν χρειάζεται, τοποθετήστε σε προσιτή θέση το κουδούνι κλήσεως
4. χρησιμοποιήστε ζώνη στήριξης όταν ο άρρωστος κάθεται, εάν χρειάζεται
5. ενημερώστε τον άρρωστο να φοράει παντόφλες με καλή εφαρμογή ή παπούτσια με αντιολισθητικές σόλες και χαμηλά τακούνια, όταν κινητοποιηθεί
6. διατηρείτε το πάτωμα σε τάξη και σκουπίστε το επιμελώς από υγρά
7. ενημερώστε και βοηθήστε τον άρρωστο να σηκώνεται από το κρεβάτι, η ζάλη που οφείλεται σε ορθοστατική υπόταση αργά για να μειωθεί
8. τοποθετήστε προσεκτικά τους σωλήνες και τις συσκευές ώστε να μην εμποδίζουν την κινητοποίηση του αρρώστου
9. χορηγήστε βοηθήματα κινητοποίησης (π.χ. περπατούρα, μπαστούνι) εάν ο άρρωστος είναι

αδύναμος ή έχει αστάθεια στη βάρδια

10. συνοδεύετε τον άρρωστο όταν κινητοποιείται και χρησιμοποιήστε ζώνη ασφαλείας εάν είναι αδύναμος ή ζαλισμένος
 11. συμβουλευστε τον άρρωστο να περπατάει στο διάδρομο και να χρησιμοποιεί τη χειρολαβή εάν υπάρχει ανάγκη
 12. μη βιάζετε τον άρρωστο, δώστε του αρκετό χρόνο για να κινητοποιηθεί στο μπάνιο ή στο διάδρομο
 13. βεβαιωθείτε ότι η μπανιέρα έχει αντιολισθητική επιφάνεια και υπάρχουν: καρέκλα μπάνιου, ψάθα μπάνιου ασφαλείας, διακόπτης κλήσεως, χειρολαβές και επαρκής φωτισμός
 14. ενεργήστε για να αυξήσετε τη δύναμη και να βελτιώσετε την αντοχή στις δραστηριότητες (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 10, πράξη β).
- β. Συμπεριλάβετε τον άρρωστο και τα άτομα του περιβάλλοντός του, στο σχεδιασμό και στη λήψη μέτρων για την πρόληψη της πτώσης στο έδαφος.
- γ. Εάν πέσει ο άρρωστος στο έδαφος, δώστε του τις πρώτες βοήθειες εάν χρειάζεται και ενημερώστε τον ιατρό.

18. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Αυξημένος κίνδυνος εισρόφησης που σχετίζεται με:

- α. μειωμένο επίπεδο συνείδησης και έλλειψη ή μείωση του αντανακλαστικού του εμέτου από την κατασταλτική δράση της αναισθησίας και των ναρκωτικών αναλγητικών·
- β. επίπεδη, ύπτια θέση.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

18.α. Αναζητήστε σημεία και συμπτώματα εισρόφησης των εκκρίσεων ή των τροφών/υγρών (π.χ. ρόγχος,

αμβλύτητα κατά την επίκρουση πάνω από το πάσχον τμήμα του πνεύμονα, βήχας, ταχύπνοια, δύσπνοια, ταχυκαρδία).

- β. Καταγράψτε τα αποτελέσματα των ακτινογραφιών του θώρακος. Αναφέρετε ευρήματα πνευμονικής διήθησης.
 - γ. Λάβετε μέτρα για να μειωθεί ο κίνδυνος της εισρόφησης:
 - α. τους καθαρούς αναπνευστικούς ήχους
 - β. τα φυσιολογικά ευρήματα στην επίκρουση του θώρακος
 - γ. την έλλειψη βήχα, ταχύπνοιας και δύσπνοιας.
 - 1. σταματήστε τη λήψη τροφής/υγρών από το στόμα και τοποθετήστε τον άρρωστο σε πλάγια κατακεκλιμένη θέση, εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη επειδή το αντανακλαστικό του εμέτου έχει καταργηθεί ή ο άρρωστος δεν είναι σε εγρήγορση
 - 2. διατηρείτε σε προσιτή θέση το μηχάνημα αναρρόφησης
 - 3. αναρροφήστε την περιοχή του οροφάρυγγα και εξασφαλίστε υγιεινή του στόματος τόσο συχνά όσο χρειάζεται για να αφαιρεθούν οι εκκρίσεις
 - 4. ενεργήστε για να αποτραπεί η ναυτία και ο έμετος (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 7.B, πράξη 2)
 - 5. ενεργήστε για να μειωθεί η συγκέντρωση αερίων και υγρών στο γαστρεντερικό σωλήνα (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 7.A, πράξη 3) για να προληφθεί η γαστρική διάταση και η πιθανή εισρόφηση
 - 6. τοποθετήστε τον άρρωστο σε υψηλή θέση Fowler για τουλάχιστον 30 λεπτά μετά από λήψη τροφής ή υγρών, εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη.
- δ. Εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα εισρόφησης:
 - 1. αναρροφήστε την τραχεία
 - 2. ενημερώστε τον ιατρό
 - 3. προετοιμάστε τον άρρωστο για ακτινογραφία θώρακος.

19. ΣΥΝΟΔΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ:

Πιθανές επιπλοκές:

- α. υποογκαιμικό shock που σχετίζεται με αιμορραγία και έλλειμμα όγκου υγρών σε συνδυασμό με σημαντική απώλεια υγρών και ανεπαρκή αναπλήρωση των υγρών·
- β. ατελεκτασία που σχετίζεται με αναπνοές μικρού εύρους, στάση των εκκρίσεων στις κυψελίδες και τα βρογχιόλια και μειωμένη παραγωγή του επιφανειοδραστικού παράγοντα (οφείλεται σε επιπόλαιες αναπνοές και αλλαγές στη περιοχική ροή αίματος στους πνεύμονες)·
- γ. θρομβοεμβολικό επεισόδιο που σχετίζεται με:
 - 1. φλεβική στάση που οφείλεται σε μειωμένη σωματική δραστηριότητα, στη θέση του αρρώστου κατά τη διάρκεια και μετά από τη χειρουργική επέμβαση, σε έλλειμμα όγκου υγρών και σε διάταση της κοιλιάς (το διατεταμένο έντερο μπορεί να ασκήσει πίεση στα αγγεία της κοιλιάς)
 - 2. υπερπηκτικότητα που οφείλεται σε αυξημένη απελευθέρωση της ιστικής θρομβοπλαστίνης στο αίμα (συμβαίνει ως αποτέλεσμα του χειρουργικού τραύματος)
 - 3. μειωμένη ινωδολυτική δραστηριότητα (συμβαίνει ως απάντηση στο χειρουργικό τραύμα)
 - 4. τραυματισμό του τοιχώματος των φλεβών κατά την επέμβαση
- δ. παραλυτικός ειλεός που σχετίζεται με χειρισμούς στο έντερο κατά τη χειρουργική επέμβαση, με τις επιδράσεις της αναισθησίας και ορισμένων φαρμάκων (π.χ. κατασταλτικών του κεντρικού νευρικού συστήματος), με την υποκαλιαιμία και την υποογκαιμία (μπορεί να προκαλέσει μείωση της παροχής αίματος στο έντερο)·
- ε. διάσπαση εγχειρητικού τραύματος που σχετίζεται με:
 - 1. ανεπαρκή σύγκλιση του τραύματος
 - 2. τάση στη θέση της τομής που οφείλεται σε επίμονο βήχα, διάταση της κοιλιάς ή έμετο
 - 3. κακή επούλωση του τραύματος, που οφείλεται σε μειωμένη αιμάτωση των ιστών της περιοχής του τραύματος, σε ανεπαρκή θρέψη και σε λοίμωξη.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

- 19.α. Ο άρρωστος δεν θα αναπτύξει υποογκαιμικό shock όπως φαίνεται από:
1. το σύνηθες διανοητικό του επίπεδο
 2. τα σταθερά ζωτικά σημεία
 3. το ζεστό, ξηρό δέρμα με το συνηθισμένο χρώμα του
 4. τις ψηλαφητές περιφερικές σφύξεις
 5. την ωριαία παραγωγή ούρων τουλάχιστο 30 ml/ώρα.

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

- 19.α.1. Αναζητήστε και αναφέρετε σημαντική αιμορραγία και παροχέτευση από το γαστρεντερικό σωλήνα και το τραύμα, επίμονους εμέτους και/ή δυσκολία διατήρησης της ενδοφλέβιας ή από το στόμα χορήγησης υγρών σύμφωνα με τις οδηγίες.
2. Καταγράψτε τα επίπεδα ερυθρών αιμοσφαιρίων, αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης. Αναφέρετε μείωση των τιμών τους.
 3. Αναζητήστε και αναφέρετε σημεία και συμπτώματα, του υποογκαιμικού shock:
 - α. ανησυχία, αγωνία, σύγχυση
 - β. σημαντική πτώση της αρτηριακής πίεσης
 - γ. ορθοστατική υπόταση
 - δ. ταχύς, νηματοειδής σφυγμός
 - ε. γρήγορες αναπνοές
 - στ. ψυχρό, υγρό δέρμα
 - ζ. ωχρότητα, κυάνωση
 - η. μείωση ή έλλειψη των περιφερικών σφύξεων
 - θ. ωριαία παραγωγή ούρων μικρότερη από 30 ml/ώρα.
 4. Λάβετε μέτρα για την πρόληψη του υποογκαιμικού shock:
 - α. εάν υπάρχει αιμορραγία, εφαρμόστε ισχυρή, παρατεταμένη πίεση στην περιοχή εάν είναι δυνατόν
 - β. ενεργήστε για την πρόληψη του ελλείμματος όγκου υγρών (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 4, πράξεις α.3, α.δ).
 5. Εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα υποογκαιμικού shock:
 - α. συνεχίστε τις πιο πάνω ενέργειες για τον έλεγχο της αιμορραγίας και την πρόληψη του

ελλείμματος όγκου υγρών

- β. τοποθετήστε τον άρρωστο στο κρεβάτι σηκώνοντας τα πόδια, εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη
- γ. καταγράψτε συχνά τα ζωτικά σημεία
- δ. χορηγήστε οξυγόνο σύμφωνα με τις οδηγίες
- ε. χορηγήστε παράγωγα του αίματος και/ή παράγοντες που αυξάνουν τον όγκο του κυκλοφορούντος αίματος, εάν έχουν συνταγογραφηθεί
- στ. προετοιμάστε τον άρρωστο για τοποθέτηση συσκευών για αιμοδυναμικές μετρήσεις (π.χ. καθετήρες μέτρησης κεντρικής φλεβικής πίεσης, ενδοαρτηριακοί καθετήρες) εάν ενδείκνυται
- ζ. υποστηρίξτε ψυχολογικά τον άρρωστο και το περιβάλλον του.

19.β. Ο άρρωστος δεν παρουσιάζει ατελεκτασία όπως φαίνεται από:

- 1. τους φυσιολογικούς αναπνευστικούς ήχους
- 2. τα φυσιολογικά ευρήματα στην επίκρουση των πνευμόνων
- 3. τις εύκολες αναπνοές με συχνότητα 14-20 ανά λεπτό
- 4. τον εντός των

19.β.1. Αναζητήστε και σημειώστε σημεία και συμπτώματα ατελεκτασίας (π.χ. ελάττωση ή έλλειψη των αναπνευστικών ήχων, αμβλύτητα κατά την επίκρουση της πάσχουσας περιοχής, αυξημένη συχνότητα αναπνοών, δύσπνοια, ταχυκαρδία, αύξηση της θερμοκρασίας).

- 2. Καταγράψτε τα αποτελέσματα των ακτινογραφιών του θώρακα. Αναφέρετε ευρήματα ατελεκτασίας.
- 3. Λάβετε μέτρα για την πρόληψη της ατελεκτασίας:
 - α. ενεργήστε για να βελτιώσετε τον τύπο της αναπνοής (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 2, πράξη γ)
 - β. ενεργήστε για να βελτιώσετε τον αποτελεσματικό καθαρισμό των αεροφόρων οδών (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 3, πράξη β).
- 4. Εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα ατελεκτασίας:
 - α. αυξήστε τη συχνότητα της αλλαγής θέσης, του βήχα, της βαθιάς αναπνοής και της χρήσης του σπιρόμετρου με ορισμένο στόχο
 - β. συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν τα σημεία και τα συμπτώματα της ατελεκτασίας επιμένουν ή επιδεινωθούν.

φυσιολογικών ορίων
για τον άρρωστο
αριθμό σφύξεων

5. την απυρεξία.

- 19.γ.1. Ο άρρωστος δεν θα αναπτύξει εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση όπως φαίνεται από:
- α. την έλλειψη πόνου, οιδήματος, αισθήματος βάρους και διάτασης των επιπολής αγγείων των άκρων
 - β. τη συνηθισμένη θερμοκρασία των άκρων
 - γ. το αρνητικό σημείο Homan.

19.γ.1.α. Αναζητήστε και αναφέρετε σημεία και συμπτώματα εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης:

- 1. πόνος, οίδημα ή αίσθημα βάρους στο άκρο
 - 2. αύξηση της διαμέτρου του άκρου
 - 3. διάταση των επιπολής αγγείων του άκρου
 - 4. ασυνήθιστη θερμότητα του άκρου
 - 5. θετικό σημείο Homan (δεν είναι πάντοτε αξιόπιστος δείκτης).
- β. Λάβετε μέτρα για την πρόληψη του σχηματισμού θρόμβου:
- 1. ενεργήστε για την πρόληψη της περιφερικής λίμνασης του αίματος (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 1, πράξη β.4)
 - 2. διατηρήστε μία ελάχιστη πρόσληψη υγρών 2500 ml/ημέρα (εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη) για την πρόληψη του ελλείμματος του όγκου υγρών και της αύξησης της γλοιότητας του αίματος, που οδηγεί σε φλεβική στάση
 - 3. χορηγήστε αντιπηκτικά (π.χ. ηπαρίνες χαμηλού μοριακού βάρους, βαρφαρίνη) ή αντιαιμοπεταλιακούς παράγοντες (π.χ. χαμηλή δόση ασπιρίνης), εάν συνταγογραφηθούν.
- γ. Εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης:
- 1. διατηρήστε τον άρρωστο στο κρεβάτι σε ανάπαυση μέχρις ότου δοθεί η εντολή της κινητοποίησης
 - 2. υψώστε το κάτω τμήμα του κρεβατιού κατά 15-20 μοίρες ψηλότερα από το επίπεδο της

καρδιάς σύμφωνα με τις οδηγίες (χρησιμοποιήστε καθηλωτική συσκευή του γόνατος για να διατηρείται η κνήμη σε θέση ελαφριάς κάμψης)

3. αποθαρρύνετε θέσεις που εμποδίζουν την ροή του αίματος (π.χ. μαξιλάρια κάτω από τα γόνατα, σταύρωμα των ποδιών, κάθισμα για μεγάλα χρονικά διαστήματα)
4. εφαρμόστε θερμοφόρα ή ζεστά υγρά επιθέματα στη πάσχουσα περιοχή, σύμφωνα με τις οδηγίες
5. προετοιμάστε τον άρρωστο για διαγνωστικό έλεγχο (π.χ. φλεβογραφία, υπερηχογράφημα duplex, πληθυσμογραφία) εάν ενδείκνυται
6. χορηγήστε αντιπηκτικό (π.χ. ηπαρίνη, βαρφαρίνη), σύμφωνα με τις οδηγίες
7. προετοιμάστε τον άρρωστο για τα πιο κάτω, εάν έχουν προγραμματιστεί:
 - α. τοποθέτηση φίλτρου στον αυλό της κάτω κοίλης φλέβας
 - β. θρομβεκτομή
8. για πρόσθετα μέτρα νοσηλείας βλέπε Σχέδιο Νοσηλείας στην εν τω βάθει Φλεβική Θρόμβωση.

19.γ.2. Ο άρρωστος δεν θα παρουσιάσει πνευμονική εμβολή όπως φαίνεται από:

- α. την έλλειψη ξαφνικού πόνου στο στήθος
- β. τις εύκολες αναπνοές με

19.γ.2.α. Αναζητήστε και αναφέρετε σημεία και συμπτώματα πνευμονικής εμβολής (π.χ. ξαφνικό πόνο στο στήθος, δύσπνοια, ταχύπνοια, ταχυκαρδία, ανησυχία, απάθεια, χαμηλό PaO₂).

β. Λάβετε μέτρα για να την πρόληψη της πνευμονικής εμβολής:

1. ενεργήστε για την πρόληψη και την θεραπεία (αν παρατηρηθεί) της εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης (βλέπε ενέργειες γ.1.β και γ.1.γ σ' αυτήν την ενότητα της Νοσηλευτικής Διάγνωσης)
2. να μην κινείται, να μην ελέγχεται για σημείο Homan και να μη γίνεται μασάζ σε οποιοδήποτε άκρο με γνωστή θρόμβωση
3. ενημερώστε τον άρρωστο να αποφεύγει δραστηριότητες που προκαλούν δοκιμασία Valsalva

- συχνότητα 14-20 ανά λεπτό
- γ. το σφυγμό (60-100 σφύξεις/λεπτό)
- δ. τη συνηθισμένη διανοητική κατάσταση
- ε. τις μέσα στα φυσιολογικά όρια τιμές των αερίων του αίματος
- (π.χ. έντονη προσπάθεια για να κινητοποιηθεί το έντερο, κράτημα της αναπνοής κατά την κίνηση) για να αποτραπεί η αποκόλληση των ήδη υπαρχόντων θρόμβων.
- γ. Εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα πνευμονικής εμβολής:
1. κρατήστε τον άρρωστο σε αυστηρή ανάπαυση στο κρεβάτι σε ημι- ή υψηλή θέση Fowler
 2. διατηρήστε τη θεραπεία με οξυγόνο, σύμφωνα με τις οδηγίες
 3. προετοιμάστε τον άρρωστο για διαγνωστικές εξετάσεις (π.χ. αέρια αίματος, σπινθηρογράφημα αερισμού-διάχυσης των πνευμόνων, αγγειογραφία της πνευμονικής αρτηρίας)
 4. χορηγήστε αντιπηκτικά (π.χ. συνεχή ενδοφλέβια χορήγηση ηπαρίνης, βαρφαρίνης), σύμφωνα με τις οδηγίες
 5. προετοιμάστε τον άρρωστο για τα πιο κάτω εάν έχουν αποφασισθεί:
 - α. τοποθέτηση φίλτρου στον αυλό της κάτω κοίλης φλέβας για την αποφυγή επιπρόσθετων πνευμονικών εμβολών
 - β. εμβολεκτομή
 6. εξασφαλίστε συναισθηματική υποστήριξη στον άρρωστο και στα άτομα του περιβάλλοντός του
 7. για πρόσθετα μέτρα νοσηλείας βλέπε Σχέδιο Νοσηλείας της πνευμονικής Εμβολής.
- 19.δ. Ο άρρωστος δεν θα αναπτύξει παραλυτικό ειλεό, όπως φαίνεται από:
1. την έλλειψη ή την ύφεση του κοιλιακού πόνου και του κωλικοειδούς
- 19.δ.1. Αναζητήστε και αναφέρετε σημεία και συμπτώματα παραλυτικού ειλεού (π.χ. εμφάνιση επίμονου κοιλιακού πόνου και καλικοειδούς κοιλιακού άλγους, σκληρή και διατεταμένη κοιλιά, έλλειψη εντερικών ήχων, αδυναμία αποβολής αερίων).
2. Λάβετε μέτρα για την πρόληψη του παραλυτικού ειλεού:
 - α. αυξήστε τη δραστηριότητα, μόλις επιτραπεί και γίνεται ανεκτή
 - β. ενεργήστε για να διατηρηθεί το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 4, πράξη α.3) για να αποτραπεί η υποκαλιαιμία και η προκαλούμενη μείωση του περισταλτισμού

- κοιλιακού άλγους
2. τη μαλακή κοιλιά, χωρίς διάταση
 3. την προοδευτική επάνοδο των εντερικών ήχων
 4. την αποβολή αερίων.

- γ. ενεργήστε για να διατηρηθεί επαρκής η αιμάτωση των ιστών (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 1, πράξη β) για να διατηρηθεί επαρκής αιμάτωση του εντέρου
 - δ. χορηγήστε διεγερτικά της κινητικότητας του γαστρεντερικού σωλήνα (π.χ. metoclopramide), σύμφωνα με τις οδηγίες.
3. Εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα παραλυτικού ειλεού:
- α. συνεχίστε τις πιο πάνω ενέργειες
 - β. σταματήστε την πρόσληψη από το στόμα υγρών ή τροφής
 - γ. τοποθετήστε ρινογαστρικό σωλήνα και διατηρήστε τον σε αναρρόφηση, εάν υπάρχει η σχετική οδηγία

19.ε. Ο άρρωστος δεν θα εμφανίσει διάσπαση του τραύματος όπως προκύπτει από τα ακέραια, συμπλησιασμένα χείλη του τραύματος.

- 9.ε.1. Αναζητήστε και αναφέρετε στοιχεία ύπαρξης διάσπασης (απομάκρυνση των χειλέων του τραύματος).
2. Λάβετε μέτρα για να διευκολυνθεί η επούλωση του τραύματος (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 9, πράξη α.2) και να ελαττωθεί ο κίνδυνος της διάσπασης.
 3. Εάν υπάρξει διάσπαση:
 - α. κλείστε το δέρμα (π.χ. αυτοκόλλητες ταινίες σχήματος πεταλούδας, Steri-Strips) κατά μήκος της τομής και/ή βοηθήστε στην επανασυρραφή του τραύματος εάν ενδείκνυται
 - β. εάν ο άρρωστος έχει τομή στην κοιλιά, αναζητήστε και αναφέρετε αμέσως σημεία και συμπτώματα εκσπλάγχχνωσης (π.χ. αναφορά από τον άρρωστο ότι «κάτι πετάχτηκε» ή υποχώρησε ξαφνικά, παροχέτευση οροαιματηρού περιτοναϊκού υγρού από το τραύμα, προβολή του εντέρου).

20. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Άγχος που σχετίζεται με το άγνωστο περιβάλλον, τον πόνο, τη μη κατανόηση των χειρουργικών επεμβάσεων που έγιναν, της διάγνωσης και του σχεδίου της θεραπευτικής αντιμετώπισης, τις αλλαγές στο σώμα και το ρόλο του ατόμου και με οικονομικά προβλήματα.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

20.α. Αναζητήστε στον άρρωστο σημεία και συμπτώματα άγχους (π.χ. λεκτική έκφραση φόβου και ανησυχιών, αϋπνία, ένταση, τρόμος, ευερεθιστότητα, ανησυχία, ταχυκαρδία, ταχύπνοια, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, ωχρότητα ή ερυθρότητα στο πρόσωπο, μείωση του πεδίου αντίληψης, απομόνωση, μη συμμόρφωση με το σχέδιο θεραπευτικής αντιμετώπισης). Εκτιμήστε την αντίληψη του προσεκτικά έχοντας κατά νου, ότι ορισμένοι τρόποι συμπεριφοράς μπορεί να οφείλονται σε παράγοντες όπως πόνος, διαταραχές υγρών και ηλεκτρολυτών και λοίμωξη.

β. Λάβετε μέτρα για την ελάττωση του φόβου και του άγχους:

- α. τα λεγόμενά του ότι αισθάνεται λιγότερο άγχος και φόβο
- β. το συνηθισμένο τρόπο ύπνου
- γ. την ήρεμη έκφραση του προσώπου και των κινήσεων του σώματος
- δ. τα σταθερά ζωτικά σημεία
- ε. τη συνηθισμένη δυνατότητα αντίληψης

- 1. προσανατολίστε τον άρρωστο στο περιβάλλον του νοσοκομείου, στις συσκευές και την καθημερινή πρακτική του νοσοκομείου
- 2. συστήστε στον άρρωστο το προσωπικό που θα συμμετέχει στην περιποίησή του, εάν είναι δυνατόν διατηρήστε σταθερό το προσωπικό που θα αναλάβει τη φροντίδα του για να έχει το αίσθημα της σταθερότητας και της άνεσης με το περιβάλλον
- 3. βεβαιώστε τον άρρωστο ότι το προσωπικό είναι κοντά του, ανταποκριθείτε στις κλήσεις του το συντομότερο δυνατό
- 4. όταν συνδιαλέγεστε με τον άρρωστο διατηρείτε έναν ήρεμο, υποστηρικτικό και σίγουρο τρόπο
- 5. ενθαρρύνετε τη λεκτική έκφραση του φόβου και του άγχους
- 6. τονίστε τις εξηγήσεις των ιατρών και αποσαφηνίστε παρανοήσεις του αρρώστου σχετικά με τη διάγνωση, τη χειρουργική επέμβαση στην οποία έχει υποβληθεί τη θεραπευτική αγωγή και την

και συνύπαρξης με
άλλους.

πρόγνωση

7. ενεργήστε για να ελαττωθεί ο πόνος (βλέπε Νοσηλευτική Διάγνωση 6, πράξη ε)
 8. εξασφαλίστε ένα ήρεμο και αναπνευστικό περιβάλλον
 9. μάθετε στον άρρωστο τεχνικές χαλάρωσης και ενθαρρύνετε τη συμμετοχή του σε διάφορες δραστηριότητες
 10. βοηθήστε τον άρρωστο να αναγνωρίσει ειδικά αγχογόνα ερεθίσματα και τρόπους αντιμετώπισής τους
 11. κανονίστε την επίσκεψη ενός κληρικού, εάν ο άρρωστος το επιθυμεί
 12. ξεκινήστε τη διαδικασία παραπομπής του στην οικονομική ή κοινωνική υπηρεσία υποστήριξης, εάν χρειάζεται
 13. ενθαρρύνετε τα άτομα του περιβάλλοντός του να δείχνουν στοργική, με ενδιαφέρον συμπεριφορά, χωρίς εμφανές άγχος
 14. χορηγήστε αγχολυτικά φάρμακα εάν έχουν συνταγογραφηθεί
- γ. Περιλάβετε άτομα από το περιβάλλον του σε μαθήματα προσανατολισμού και διδασκαλίας, ενθαρρύνοντας τη συνεχή υποστήριξη στον άρρωστο.
- δ. Δώστε πληροφορίες βασισμένες στις τρέχουσες ανάγκες του αρρώστου και των ατόμων του περιβάλλοντός του σε κατανοητό επίπεδο. Ενθαρρύνετε ερωτήσεις και διευκρινήσεις στις πληροφορίες που δίνονται.
- ε. Συμβουλευτείτε το γιατρό εάν οι πιο πάνω πράξεις αποτύχουν να ελέγξουν το φόβο και το άγχος.

21. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Έλλειμμα γνώσεων σχετικά με τη φροντίδα κατά τη μετεγχειρητική παρακολούθηση.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

21.α. Ο άρρωστος αναγνωρίζει τρόπους για να αποφύγει τη μετεγχειρητική λοίμωξη.

21.α. Μάθετε στον άρρωστο τρόπους να αποφύγει τη μετεγχειρητική λοίμωξη:

1. συνεχίστε την προτροπή να βήχει (εάν επιτρέπεται) και να αναπνέει βαθιά κάθε 2 ώρες, όταν είναι ξύπνιος
2. ενθαρρύνετε τη συνεχή χρήση του σπιρομέτρου με ορισμένο στόχο, εάν υπάρχει ένδειξη
3. αυξήστε τη δραστηριότητά του, σύμφωνα με τις οδηγίες
4. αποφύγετε την επαφή του με άτομα που εμφανίζουν λοίμωξη
5. αποφύγετε το συνωστισμό σε εποχές γρίπης και κρουολογημάτων
6. μειώστε ή σταματήστε το κάπνισμα
7. ενθαρρύνετέ τον να πίνει τουλάχιστον 10 ποτήρια υγρών την ημέρα
8. διατηρήστε μία ισορροπημένη δίαιτα
9. διατηρήστε ισορροπία στην ξεκούραση και στις δραστηριότητες
10. διατηρήστε καλή προσωπική υγιεινή (ιδιαίτερα υγιεινή στόματος, πλύσιμο χεριών και περιποίηση του περινέου)
11. συστήστε του να αποφεύγει να αγγίζει οποιοδήποτε τραύμα εκτός εάν έχει επουλωθεί τελείως
12. εφαρμόστε στείρα και καθαρή τεχνική κατά την περιποίηση του τραύματος, σύμφωνα με τις οδηγίες.

21.β. Ο άρρωστος είναι ικανός να περιποιείται το τραύμα του.

21.β.1. Συζητήστε το σκοπό, τη συχνότητα και τα αναγκαία υλικά για την περιποίηση του τραύματος.

2. Εξασφαλίστε στον άρρωστο τα απαραίτητα υλικά (π.χ. γάζες, διάλυμα καθαρισμού, αυτοκόλλητες ταινίες) για την περιποίηση του τραύματος καθώς και τα ονόματα με τις διευθύνσεις που μπορεί να

αναζητήσει πρόσθετα υλικά.

3. Δείξτε του τον τρόπο περιποίησης του τραύματος και του σωστού καθαρισμού του εξοπλισμού πολλαπλών χρήσεων. Δώστε του χρόνο για ερωτήσεις, για διευκρίνιση και επίδειξη.

21.γ. Ο άρρωστος θα μπορεί να αναφέρει σημεία και συμπτώματα στο ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό.

21.γ. Μάθετε τον άρρωστο να αναφέρει τα πιο κάτω σημεία και συμπτώματα:

1. επίμονη μικρή ή σημαντική αύξηση ($38,3^{\circ}\text{C}$ [101°F]) της θερμοκρασίας
2. δυσκολία στην αναπνοή
3. πόνο στο στήθος
4. έντονη αδυναμία ή έλλειψη αντοχής για το παραγγελόμενο επίπεδο δραστηριότητας
5. παραγωγικό βήχα με αποβολή πυωδών, πράσινου χρώματος ή σκουρόχρωμων πτυέλων
6. αυξημένη ενόχληση ή ενόχληση που δεν ελέγχεται από τα συνταγογραφημένα φάρμακα και τη θεραπεία
7. συνεχιζόμενη ναυτία ή έμετο
8. αυξημένη διάταση της κοιλιάς
9. διάσπαση των χειλέων του τραύματος
10. αυξημένη ερυθρότητα, θερμότητα, πόνο ή διόγκωση γύρω από το τραύμα
11. ασυνήθη ή υπέρμετρη παροχέτευση από τη θέση του τραύματος
12. πόνος, ερυθρότητα ή οίδημα στην γαστροκνημία, στο ένα ή και στα δύο πόδια
13. επίσχεση ούρων
14. συχνή, επείγουσα ή με αίσθημα καύσους ούρηση
15. θολά, δύσοσμα ούρα.

21.δ. Ο άρρωστος αναφέρει ότι κατάλαβε το προτεινόμενο σχέδιο της

21.δ.1. Τονίστε τη σημασία της διατήρησης των προγραμματισμένων συναντήσεων παρακολούθησης με το ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό.

2. Τονίστε τις οδηγίες του ιατρού σχετικά με τις τροποποιήσεις στη δίαιτα. Συστήστε ένα διαιτολόγο

παρακολούθησης
συμπεριλαμβανομένων
των μελλοντικών
συναντήσεων με τον
ιατρό, των διαιτητικών
τροποποιήσεων του
επιπέδου δραστηριότητας
και της
συνταγογραφημένης
θεραπευτικής αγωγής.

στον άρρωστο, εάν χρειάζεται.

3. Τονίστε τις οδηγίες του ιατρού για το προτεινόμενο επίπεδο δραστηριότητας και τη θεραπευτική αγωγή.
4. Εξηγήστε το σκοπό, τις παρενέργειες και τη σημασία της λήψης των φαρμάκων που συνταγογραφήθηκαν.
5. Λάβετε μέτρα για την ενίσχυση της δεκτικότητας του αρρώστου:
 - α. συμπεριλάβετε άτομα του περιβάλλοντός του στα εκπαιδευτικά μαθήματα, εάν είναι δυνατόν
 - β. ενθαρρύνετε τις ερωτήσεις και δώστε χρόνο για τον τονισμό και διευκρίνιση των παρεχόμενων πληροφοριών
 - γ. δώστε γραπτές οδηγίες για τις προγραμματισμένες συναντήσεις με το ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό, τις τροποποιήσεις στο διαιτολόγιο, το επίπεδο δραστηριότητας, το σχέδιο θεραπευτικής αντιμετώπισης, τα φάρμακα που συνταγογραφήθηκαν καθώς και τα σημεία και συμπτώματα που πρέπει να αναφερθούν.

◆ Ριζική Προστατεκτομή

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Άγχος που οφείλεται:

- α. στη διάγνωση του καρκίνου, στο πρόγραμμα αγωγής και στην πρόγνωση·
- β. στη πιθανότητα απώλειας της αξιοπρέπειας λόγω της έκθεσης των γεννητικών οργάνων κατά την προεγχειρητική φροντίδα, την εγχείρηση και τη μετεγχειρητική αγωγή·
- γ. στην αναμενόμενη απώλεια ελέγχου, στις συνέπειες της αναισθησίας, στη μετεγχειρητική δυσφορία και στις συνέπειες της ριζικής προστατεκτομής στη λειτουργία του σώματος·
- δ. στον κίνδυνο μεταδόσεως στον ασθενή νοσημάτων εάν απαιτηθούν μεταγγίσεις αίματος·
- ε. στο άγνωστο περιβάλλον και στον αποχωρισμό από τους οικείους·
- στ. στην ικανότητα ή μη για την εκτέλεση αυτόνομα της φροντίδας του καθετήρα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο·
- ζ. σε οικονομικούς παράγοντες σχετικά με τη νοσηλεία.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

- 1. Ο ασθενής εμφανίζει ελάττωση του άγχους (βλέπε Τυποποιημένο Πρόγραμμα Προεγχειρητικής Φροντίδας, Νοσηλευτική Διάγνωση 1, για σχετικά κριτήρια).

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

- 1.α. Ανατρέξατε στο Τυποποιημένο Πρόγραμμα Προεγχειρητικής Φροντίδας, Νοσηλευτική Διάγνωση 1, για μέτρα σχετικά με την αξιολόγηση και μείωση του φόβου και του άγχους.
- β. Εφαρμόστε πρόσθετα μέτρα για τη μείωση του φόβου και του άγχους:
 - 1. διαθέστε χρόνο για την έκφραση των ανησυχιών του ασθενούς σχετικά με τις συνέπειες της ριζικής προστατεκτομής στη λειτουργία του σώματος (π.χ. στειρότητα, πιθανή ανικανότητα, πιθανή ακράτεια ούρων ή και κοπράνων). Εάν χρειαστεί τονίστε τις εξηγήσεις του ιατρού σχετικά με την επιτυχία των χειρουργικών τεχνικών που αποφεύγουν τις βλάβες των νεύρων και μειώνουν κατά πολύ την πιθανότητα εμφάνισης ανικανότητας

2. συμβουλευτέ τον ασθενή να αναμένει μετεγχειρητικά τα κάτωθι, έτσι ώστε να μην ανησυχήσει ιδιαίτερα όταν εμφανιστούν:
 - α. παρουσία ουροκαθετήρα (ο καθετήρας αφαιρείται περίπου 2-3 εβδομάδες μετά την εγχείρηση)
 - β. συχνές αλλαγές επιδέσμων ή και ύπαρξη συσκευής συλλογής των παροχетеυόμενων υγρών για τις πρώτες 2-4 ημέρες
 - γ. πιθανή ανάγκη για εκπλύσεις της κύστης για τη διατήρηση της βατότητας του καθετήρα
 - δ. παρουσία μικρής ποσότητας αίματος στα ούρα (μπορεί να εμφανιστεί σποραδικά κατά τις πρώτες 3 ημέρες μετά την εγχείρηση).
3. τονίστε τις εξηγήσεις του ιατρού σχετικά με τις θετικές συνέπειες της εγχείρησης (ο καρκίνος του προστάτη είναι νόσος ιάσιμη σε μεγάλο ποσοστό, όταν διαγιγνώσκεται και αντιμετωπίζεται στα αρχικά στάδια)
4. βεβαιώστε τον ασθενή ότι θα εξασφαλιστεί η απομόνωσή του κατά την προεγχειρητική φροντίδα και τη μετεγχειρητική αγωγή
5. βεβαιώστε τον ασθενή ότι θα λάβει αναλυτικές οδηγίες σχετικά με την περιποίηση του ουροκαθετήρα πριν από την έξοδο από το νοσοκομείο.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με το Τυποποιημένο Πρόγραμμα Μετεγχειρητικής Φροντίδας.

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Πόνος που οφείλεται στον τραυματισμό των ιστών και σε μυϊκό σπασμό λόγω της εγχείρησης, σε ερεθισμό από τους σωλήνες παροχέτευσης και σε τάση του σημείου της εγχείρησης λόγω κινήσεων, καθιστικής στάσης (ιδιαίτερα μετά από περινεϊκή προσπέλαση) και σε εργώδεις κενώσεις.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

1. Ο ασθενής εμφανίζει ελάττωση του πόνου (βλέπε Τυποποιημένο Πρόγραμμα Μετεγχειρητικής Φροντίδας, Νοσηλευτική Διάγνωση 6, για σχετικά κριτήρια.

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

- 1.α. Ανατρέξτε στο Τυποποιημένο Πρόγραμμα Μετεγχειρητικής Φροντίδας, Νοσηλευτική Διάγνωση 6, για μέτρα σχετικά με την αξιολόγηση και αντιμετώπιση του πόνου.
- β. Εφαρμόστε πρόσθετα μέτρα για την ελάττωση του πόνου:
 1. συμβουλευτέ τον ασθενή να αποφεύγει τις εργώδεις κενώσεις με σκοπό την αποφυγή αυξημένης πίεσης στο σημείο της εγχείρησης· συμβουλευτείτε τον ιατρό για την πιθανή χορήγηση υπακτικών εάν χρειάζεται
 2. εάν ο ασθενής έχει χειρουργική τομή στο περίνεο:
 - α. δώστε του ένα μαλακό μαξιλάρι για να κάθεται εάν το επιθυμεί
 - β. βοηθήστε τον στη λήψη ειδικού λουτρού σε καθιστή θέση (sitz bath) επί εντολής, μετά από την αφαίρεση των παροχετεύσεων του περινέου (ορισμένοι ιατροί δεν επιτρέπουν τη λήψη τέτοιου λουτρού μέχρις ότου αφαιρεθεί και ο ουροκαθετήρας).

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Κατακράτηση ούρων που οφείλεται σε απόφραξη του ουροκαθετήρα.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

- 2.α. Αξιολογήστε και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα κατακράτησης (επίσχεσης) ούρων (π.χ. παράπονα για αίσθημα πληρότητας της κύστης ή για δυσφορία στην υπερηβική χώρα, διάταση της κύστης, απουσία ούρων στον σωλήνα παροχέτευσης, αποβολή ούρων που συνεχίζει να είναι λιγότερη των προσλαμβανομένων υγρών 48 ώρες μετά την εγχείρηση).
- β. Εφαρμόστε μέτρα για την εξασφάλιση της βατότητας του ουροκαθετήρα με σκοπό την αποφυγή κατακράτησης ούρων:
1. διατηρείτε τους σωλήνες χωρίς κάμψεις
 2. διατηρείτε το δοχείο συλλογής σε επίπεδο χαμηλότερο της κύστεως
 3. σταθεροποιήστε τον καθετήρα στο κοιλιακό τοίχωμα ή το μηρό με σκοπό την αποφυγή ακούσιας μετακίνησής του
 4. εκτελείτε εκπλύσεις της κύστης σύμφωνα με τις εντολές, με σκοπό την απομάκρυνση πηγμάτων αίματος εάν υπάρχουν (τα πύγματα μπορεί να αποφράξουν τον καθετήρα)
- γ. Συμβουλευθείτε τον ιατρό εάν τα σημεία και συμπτώματα κατακράτησης ούρων επιμένουν.
- α. την απουσία παραπόνων για αίσθημα πλήρωσης της κύστης ή για δυσφορία στην υπερηβική χώρα
- β. την απουσία διάτασης της κύστης
- γ. το ισοζύγιο προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών τις πρώτες 48 ώρες μετά την εγχείρηση.

3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Ακράτεια κοπράνων που οφείλονται σε:

- α. ακούσια ή αναπόφευκτη βλάβη του σφιγκτήρος του πρωκτού ή του αιδοϊκού νεύρου κατά την εγχείρηση (το νεύρο αυτό ελέγχει τον σφιγκτήρα του πρωκτού).
- β. συμπίεση του αιδοϊκού νεύρου λόγω μετεγχειρητικού οιδήματος.
- γ. απώλεια του μυϊκού τόνου του περινέου λόγω της χειρουργικής τομής, σε περινεϊκή προσπέλαση.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

- 3. Ο ασθενής διατηρεί τον έλεγχο των κενώσεών του όπως φαίνεται από την απουσία ή τα μειωμένα επεισόδια ακράτειας.

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

- 3.α. Παρακολουθείστε τον ασθενή για επεισόδια ακράτειας κοπράνων.
- β. Εφαρμόστε μέτρα για τη μείωση του κινδύνου ακράτειας κοπράνων:
 - 1. συμβουλέψτε τον ασθενή να εκτελεί ασκήσεις περινέου (π.χ. σύσφιξη γλουτών και χάλαση) όταν επιτρέπεται, με σκοπό την αύξηση του τόνου των σφιγκτήρων του πρωκτού και την ενίσχυση των μυών του εδάφους της πυέλου, που θα βοηθήσει στη διατήρηση της φυσιολογικής ορθοπρωκτικής γωνίας
 - 2. φροντίστε να έχετε κλινοσκεπάσματα και καλύμματα της κλίνης άμεσα διαθέσιμα στον ασθενή και διευκολύνετε την ταχεία πρόσβασή του στο λουτρό
- γ. Εάν εμφανιστεί ακράτεια κοπράνων, συμβουλευθείτε τον ιατρό σχετικά με την έναρξη προγράμματος αγωγής του εντέρου έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να κενώνει το κατώτερο τμήμα του παχέος εντέρου σε τακτικά διαστήματα ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος ακράτειας.

4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Αυξημένος κίνδυνος λοίμωξης:

- α. φλεγμονή του τραύματος λόγω επιμόλυνσης του τραύματος (ιδιαίτερα σε περινεϊκή προσπέλαση λόγω γειννίασης με τον πρωκτό)
- β. λοίμωξη της ουροφόρου οδού, που οφείλεται σε:
 - 1. είσοδο παθογόνων μικροβίων λόγω της παρουσίας ουροκαθετήρα
 - 2. εποικισμό των ούρων από βακτήρια λόγω στάσης των ούρων που οφείλεται σε μειωμένη σωματική δραστηριότητα ή σε κατακράτηση ούρων (μπορεί να συμβεί εάν αποφραχθεί ο καθετήρας).

Επιθυμητό αποτέλεσμα

4.α. Ο ασθενής παραμένει χωρίς φλεγμονή του τραύματος (βλέπε Τυποποιημένο Πρόγραμμα Μετεγχειρητικής Φροντίδας, Νοσηλευτική Διάγνωση 16, αποτέλεσμα β, για σχετικά κριτήρια).

4.β. Ο ασθενής παραμένει

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

- 4.α.1. Ανατρέξτε στο Τυποποιημένο Πρόγραμμα Μετεγχειρητικής Φροντίδας, Νοσηλευτική Διάγνωση 16, πράξη β, για μέτρα σχετικά με την αξιολόγηση, πρόληψη και αντιμετώπιση της φλεγμονής του τραύματος.
2. Επί περινεϊκής προσπελάσεως, εφαρμόστε πρόσθετα μέτρα για την πρόληψη της φλεγμονής του τραύματος:
- α. συμβουλευτέ και βοηθείστε τον ασθενή στην εκτέλεση καλής υγιεινής του περινέου αμέσως μετά τις κενώσεις
 - β. σταθεροποιήστε με ασφάλεια τις επιδέσεις του περινέου διότι η μετακίνησή τους μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό του δέρματος και δερματική βλάβη
 - γ. βοηθήστε στη λήψη λουτρού σε καθιστή θέση επί εντολής, για τον καθαρισμό του τραύματος και τη διευκόλυνση της επούλωσης (το λουτρό αυτό συνιστάται συνήθως μετά την αφαίρεση της παροχέτευσης του περινέου αν και ορισμένοι ιατροί αναμένουν μέχρις ότου αφαιρεθεί και ο ουροκαθετήρας).
- 4.β.1. Αξιολογήστε και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα λοίμωξης της ουροφόρου οδού (π.χ. θολερά

ελεύθερος λοιμώξεως της ουροφόρου οδού όπως φαίνεται από:

1. τα διαυγή ούρα
2. την απουσία ασυνήθους οσμής των ούρων
3. την απουσία ρίγους ή πυρετού
4. την απουσία μικροβίων, λευκοκυττάρων και αζωτούχων ουσιών στα ούρα
5. τις αρνητικές καλλιέργειες ούρων.

δύσσομα ούρα, ρίγη, πυρετός).

2. Παρακολουθείτε τις αναλύσεις ούρων και αναφέρατε την ύπαρξη μικροβίων, λευκοκυττάρων και αζωτούχων ουσιών.
3. Λάβετε δείγμα ούρων για καλλιέργεια και αντιβιογράμμα επί εντολής. Αναφέρατε παθολογικά αποτελέσματα.
4. Εφαρμόστε μέτρα για την πρόληψη της λοίμωξης της ουροφόρου οδού:
 - α. μέτρα για την πρόληψη της κατακράτησης ούρων (βλέπε Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Διάγνωση 2, πράξη β)
 - β. διατηρήστε πρόσληψη υγρών τουλάχιστον 2.500 ml ανά ημέρα εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη
 - γ. εφαρμόζετε αποστειρωμένη τεχνική κατά τις εκπλύσεις της κύστης
 - δ. εκτελείτε περιποίηση του ουροκαθετήρα όσο συχνά απαιτείται με σκοπό την αποφυγή άθροισης βλέννας και αίματος τοπικά
 - ε. διατηρείτε το δοχείο συλλογής ούρων σε επίπεδο χαμηλότερο της κύστης πάντοτε, για την αποφυγή παλινδρόμησης ή στάσης των ούρων
 - στ. εάν απαιτούνται συχνές εκπλύσεις της κύστης, συμβουλευθείτε τον ιατρό για την εφαρμογή συνεχούς, κλειστού συστήματος πλύσεων (οι συχνές διαλείπουσες πλύσεις αυξάνουν τον κίνδυνο εισόδου μικροβίων)
 - ζ. αυξήστε τη σωματική δραστηριότητα όσο επιτρέπεται και γίνεται ανεκτό με σκοπό τη μείωση της στάσης των ούρων
 - η. χορηγήστε αντιμικροβιακά επί εντολής.
5. Εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα λοιμώξεως της ουροφόρου οδού, συνεχίστε τα ανωτέρω μέτρα.

5. ΣΥΝΟΔΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ:

Πιθανές επιπλοκές:

α. **υποογκαιμικό shock** που οφείλεται σε:

1. έλλειμμα όγκου υγρών λόγω υπερβολικής απώλειας υγρών και ανεπαρκούς αναπληρώσεώς τους,
2. αιμορραγία που οφείλεται σε:
 - α. έντονη αγγείωση του προστάτη
 - β. διατομή του ραχιαίου φλεβικού πλέγματος (συμβαίνει κατά την οπισθοβική προσπέλαση)
 - γ. αυξημένη ινωδολυτική δραστηριότητα (ο προστάτης αποτελεί πηγή πλασμινογόνου, το οποίο, ενεργοποιούμενο, αυξάνει τη λύση των θρόμβων, ενώ η έκκριση και ενεργοποίηση του πλασμινογόνου φαίνεται ότι επίσης αυξάνεται στον καρκίνο του προστάτη).

β. **θρομβοεμβολικά επεισόδια που οφείλονται σε:**

1. τραυματισμό των μεγάλων πυελικών φλεβών κατά την εγχείρηση
2. φλεβική στάση που οφείλεται σε:
 - α. άσκηση πίεσης στα αγγεία της πυέλου και της γαστροκνημίας κατά την εγχείρηση εάν ο ασθενής ήταν σε θέση λιθοτομίας (η θέση αυτή χρησιμοποιείται κατά την περινεϊκή προσπέλαση)
 - β. μειωμένη σωματική δραστηριότητα
 - γ. έλλειμμα όγκου υγρών
 - δ. κοιλιακή διάταση (εάν το έντερο είναι διατεταμένο ασκεί πίεση στα κοιλιακά αγγεία της κοιλίας)

Επιθυμητό αποτέλεσμα

5.α. Ο ασθενής δεν αναπτύσσει υποογκαιμικό shock (βλέπε

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

5.α.1. Αξιολογήστε και αναφέρατε τα κάτωθι:

α. υπερβολική αιμορραγία στο σημείο της εγχείρησης:

Τυποποιημένο Πρόγραμμα
Μετεγχειρητικής Φροντίδας,
Συνοδός Διάγνωση 19,
αποτέλεσμα α, για σχετικά
κριτήρια).

1. υπερβολική ποσότητα αιματηρών υγρών στις γάζες ή στην παροχέτευση
 2. αυξημένο οίδημα ή κυανή χροιά στο σημείο της εγχείρησης
 3. επίμονη ερυθρότητα ή ύπαρξη πηγμάτων στα ούρα
 4. σημαντική μείωση των ερυθροκυττάρων, του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης
 - β. επίμονοι έμετοι
 - γ. δυσχέρεια στη διατήρηση της ενδοφλέβιας ή από του στόματος χορήγησης υγρών
 - δ. σημεία και συμπτώματα υποογκαιμικού shock (βλέπε Τυποποιημένο Πρόγραμμα Μετεγχειρητικής Φροντίδας, Συνοδός Διάγνωση 19, πράξη α.3).
2. Ανατρέξτε στο Τυποποιημένο Πρόγραμμα Μετεγχειρητικής Φροντίδας, Συνοδός Διάγνωση 19, πράξεις α.4 και 5, για μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης του υποογκαιμικού shock.
 3. Εφαρμόστε μέτρα για τον περιορισμό της πίεσης στην περιοχή της εγχείρησης με σκοπό την πρόληψη αιμορραγίας και υποογκαιμικού shock:
 - α. μέτρα για την πρόληψη κατακράτησης ούρων (βλέπε Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Διάγνωση 2, πράξη β) με σκοπό την αποφυγή διάτασης της κύστης που θα μπορούσε να ασκήσει τάση στα αγγεία και στις ραφές
 - β. συμβουλευτέ τον ασθενή να αποφεύγει να παραμένει καθιστός για μεγάλο διάστημα
συμβουλευτέ τον ασθενή να αποφεύγει τις εργώδεις κενώσεις, συμβουλευθείτε τον ιατρό σχετικά με τη χορήγηση υπακτικών εάν χρειάζεται συμβουλευτέ τον ασθενή να επιστρέφει στην κλίνη και να περιορίζει τη δραστηριότητά του για μερικές ώρες εάν τα ούρα αποκτήσουν ερυθρή χροιά, όσο βαδίζει ή είναι καθιστός σε καρέκλα.
- 5.β. Ο ασθενής δεν εμφανίζει εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση ή πνευμονική
- 5.β. Ανατρέξτε στο Τυποποιημένο Πρόγραμμα Μετεγχειρητικής Φροντίδας, Συνοδός Διάγνωση 19, πράξεις 1.γ και 2, για μέτρα σχετικά με την αξιολόγηση, την πρόληψη και αντιμετώπιση της εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης και της πνευμονικής εμβολής. Έχετε υπόψη ότι συνήθως αντενδείκνυται η

εμβολή (βλέπε
Τυποποιημένο Πρόγραμμα
Μετεγχειρητικής Φροντίδας,
Συνοδός Διάγνωση 19,
αποτελέσματα γ.1 και 2, για
σχετικά κριτήρια).

- 5.γ. Ο ασθενής εμφανίζει
διακοπή της διαφυγής
ούρων όπως φαίνεται από:
1. την απουσία ούρων
στην παροχέτευση από
το τραύμα και την τομή
 2. την απουσία
παραπόνων για
αυξημένη πίεση ή
αίσθημα πληρότητας
στην περινεϊκή περιοχή.

χορήγηση προληπτικώς αντιπηκτικών και αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων λόγω του υψηλού κινδύνου αιμορραγίας κατά και μετά την εγχείρηση του προστάτη.

- 5.γ.1. Αξιολογήστε και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα συνεχιζόμενης διαφυγής ούρων από την κύστη (π.χ. ύπαρξη ούρων στα παροχετευόμενα υγρά από το τραύμα ή από την τομή πέραν του αναμενόμενου χρόνου, παράπονα του ασθενούς για αυξημένη πίεση στην περινεϊκή περιοχή).
2. Εφαρμόστε μέτρα για την διευκόλυνση της επούλωσης της αναστόμωσης της κύστης με την ουρήθρα, με σκοπό την πρόληψη της διαφυγής ούρων:
 - α. εφαρμόστε μέτρα για την πρόληψη κατακράτησης ούρων (βλέπε Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Διάγνωση 2, πράξη β) με σκοπό την πρόληψη της διάτασης της κύστης και την άσκηση πίεσης στις ραφές
 - β. σταθεροποιήστε τον ουροκαθετήρα στο κοιλιακό τοίχωμα ή το μηρό με σκοπό την αποφυγή μετακινήσεων του και τραυματισμού των ιστών στο σημείο της αναστόμωσης.
 3. Εάν τα σημεία και συμπτώματα διαφυγής ούρων επιμένουν:
 - α. συνεχίστε τα ανωτέρω μέτρα
 - β. βοηθήστε την εισαγωγή υπερηβικού καθετήρα και στην πιθανή αφαίρεση του διουρηθρικού καθετήρα εάν υπάρχει ένδειξη
 - γ. προετοιμάστε τον ασθενή για χειρουργική αποκατάστασης της αναστόμωσης εάν έχει προγραμματιστεί
 - δ. υποστηρίξτε ψυχολογικά τον ασθενή και τους οικείους του.

6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Διαταραχή της σεξουαλικής λειτουργίας που οφείλεται σε:

- α. ελάττωση της libido που οφείλεται σε φόβο για ακράτεια κοπράνων ή ούρων μετά την αφαίρεση του καθετήρα, δυσφορία στο σημείο της εγχείρησης, άγχος και κατάθλιψη·
- β. ανικανότητα που οφείλεται σε ψυχολογικούς παράγοντες και σε βλάβη του αιδοϊκού νεύρου ή της νευρώσεως και αγγειώσεως των σπυγγωδών σωμάτων του πέους κατά την εγχείρηση, εάν ο ιατρός δεν κατέστη δυνατό να εφαρμόσει τεχνική που προφυλάσσει τα νεύρα (η πιθανότητα ανικανότητας είναι υψηλότερη κατά την περινεϊκή προσπέλαση)·
- γ. αδυναμία εκσπερμάτωσης λόγω αφαιρέσεως των σπερματοδόχων κύστεων και του σπερματικού πόρου.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

- 6.α. Αξιολογήστε σημεία και συμπτώματα διαταραχής της λειτουργίας (π.χ. έκφραση ανησυχιών, μεταβολή της σχέσης με τη σύντροφο, περιορισμοί λόγω της συνεπειών της ριζικής προστατεκτομής).
 - β. Δώστε ακριβείς πληροφορίες για τις συνέπειες της ριζικής προστατεκτομής στη σεξουαλική λειτουργία. Ενθαρρύνετε τη διατύπωση ερωτήσεων και αποσαφηνίστε τις απορίες του ασθενούς.
 - γ. Εφαρμόστε μέτρα για τη διευκόλυνση της σεξουαλικής λειτουργίας:
 - 1. διευκολύνετε την επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και συντρόφου
 - 2. συζητήστε τρόπους δημιουργικότερης έκφρασης του ερωτισμού του
 - 3. εξασφαλίστε απομόνωση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας εάν το επιθυμεί το ζευγάρι
 - 4. εφαρμόστε μέτρα για τη διευκόλυνση της ψυχολογικής προσαρμογής του ασθενούς στη διάγνωση και τις συνέπειες της εγχείρησης (βλέπε Μετεγχειρητικές Νοσηλευτικές Διαγνώσεις 7, πράξεις ε-ιστ, και 8 πράξη β)
 - 5. εάν η ανικανότητα αποτελεί πρόβλημα:
 - α. ενθαρρύνετε τον ασθενή να συζητά με τον ιατρό για εναλλακτικές θεραπευτικές λύσεις (π.χ.
- α. την προφορική έκφραση αποδοχής του εαυτού του ως σεξουαλικά επαρκούς
 - β. τις εκδηλώσεις που είναι

ενδεικτικές αρχόμενης
προσαρμογής στις
συνέπειες της ριζικής
προστατεκτομής
γ. τη διατήρηση της
σχέσης του με τη
σύντροφό του.

τοποθέτηση προθέσεως)

- β. προτείνετε εναλλακτικές μεθόδους έκφρασης του ερωτισμού
- 6. εάν η ακράτεια κοπράνων ή ούρων αποτελεί πρόβλημα μετά την αφαίρεση του ουροκαθετήρα, ενθαρρύνετε τον ασθενή να κενώνει το έντερο ή να ουρεί πριν από κάθε επαφή
- 7. εάν ο ασθενής ανησυχεί για το ότι η δυσφορία στο σημείο της εγχείρησης θα παρεμποδίζει την ερωτική του δραστηριότητα:
 - α. βεβαιώστε τον ότι η δυσφορία είναι προσωρινή και θα ελαττωθεί σταδιακά
 - β. παροτρύνετέ τον να χρησιμοποιεί στάσεις που μειώνουν την πίεση στη χειρουργική τομή.
 - δ. Συμπεριλάβετε τη σύντροφο στις ανωτέρω συζητήσεις και ενθαρρύνετε την από μέρους της υποστήριξη προς τον ασθενή.
 - ε. Συμβουλευθείτε τον ιατρό εάν υπάρχει ένδειξη παροχής συμβουλών από ειδικό.

7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Διαταραχές της αντίληψης του εαυτού που οφείλονται σε:

- α. παρουσία του ουροκαθετήρα (ο καθετήρας συνήθως παραμένει για μερικές εβδομάδες μετά την εγχείρηση)·
- β. ακράτεια κοπράνων εάν υπάρχει ή και ούρων μετά την αφαίρεση του καθετήρα·
- γ. στειρότητα λόγω της αφαίρεσης του προστάτη, των σπερματικών πόρων και των σπερματοδόχων κύστεων·
- δ. διαταραχές στη σεξουαλική λειτουργία.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

- 7.α. Αξιολογήστε σημεία και συμπτώματα διαταραχής της αντίληψης του εαυτού (π.χ. προφορικά και μη σημεία ενδεικτικά αρνητικής αντίδρασης στις μεταβολές της λειτουργίας του σώματος, όπως άρνηση των μεταβολών, άρνηση να αντικρίσει ή να αγγίξει την περιοχή της επέμβασης, ή απόσυρση από τους

- οικείου του).
- β. Καθορίστε τη σημασία των μεταβολών που έχουν συμβεί για τον ασθενή, ενθαρρύνοντάς τον να εκφράζει τα αισθήματά του και σημειώνοντας τις μη προφορικές του αντιδράσεις.
 - γ. Εφαρμόστε μέτρα για τη διευκόλυνση της αποκατάστασης της σεξουαλικής λειτουργίας (βλέπε Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Διάγνωση 6, πράξη γ).
 - α. την προφορική έκφραση αισθημάτων αυτοεκτίμησης και σεξουαλικής επάρκειας
 - δ. Εφαρμόστε μέτρα για τη διευκόλυνση της αντιμετώπισης της θλίψης (βλέπε Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Διάγνωση 8, πράξη β).
 - β. τη διατήρηση των σχέσεων του με τους οικείους του
 - ε. Συζητήστε με τον ασθενή τις ρεαλιστικές προσδοκίες όσον αφορά τη βελτίωση της λειτουργίας του εντέρου, της κύστης και της σεξουαλικής δραστηριότητας.
 - γ. την ενεργό συμμετοχή στις καθημερινές δραστηριότητες
 - στ. Εφαρμόστε μέτρα για την αύξηση της αυτοεκτίμησης του ασθενούς (π.χ. ενθαρρύνετε τα θετικά σχόλια για τον εαυτό του, βοηθήστε τον να εντοπίσει τα αποθέματα των ψυχικών του δυνάμεων και ενθαρρύνετε τη συμπεριφορά που είναι ενδεικτική υψηλού βαθμού αυτοεκτίμησης).
 - δ. το ενεργό ενδιαφέρον στην ατομική του εμφάνιση
 - ζ. Βοηθήστε τον ασθενή να χρησιμοποιεί τεχνικές για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που είχαν αποδειχθεί χρήσιμες στο παρελθόν.
 - ε. την προθυμία να συνεχίσει τις συνήθειες δραστηριότητες και να συμμετέχει σε κοινωνικές εκδηλώσεις.
 - η. Βοηθήστε τον ασθενή στην καθημερινή ένδυση εάν χρειάζεται.
 - θ. Ενημερώστε τον ότι όταν εξέλθει του νοσοκομείου, θα είναι δυνατόν να συνδέει τον ουροκαθετήρα σε ένα σάκο προσκολλημένο στο πόδι και ότι ο σάκος αυτός δεν θα είναι ορατός κάτω από τα ρούχα.
 - ι. Εάν ο ασθενής εμφανίζει ακράτεια κοπράνων ή και ούρων μετά την αφαίρεση του καθετήρα:
 1. τονίστε του τη σημασία των περινεϊκών ασκήσεων, όταν αυτές επιτραπούν, με σκοπό τη βελτίωση του ελέγχου του εντέρου και της κύστης
 2. βοηθήστε τον να καθιερώσει καθημερινό πρόγραμμα φροντίδας του εντέρου για τη μείωση του κινδύνου ακράτειας κοπράνων
 3. συμβουλευέστε τον σε τρόπους περιορισμού της ακράτειας ώστε να είναι δυνατές οι κοινωνικές

σχέσεις (π.χ. απορροφητικά επιθέματα μιας χρήσεως στα εσώρουχα)

- ια. Επειδή αναμένεται η εμφάνιση στειρότητας και είναι πιθανή η εμφάνιση ανικανότητας, συζητήστε με τον ασθενή εναλλακτικές μεθόδους για την απόκτηση παιδιών (π.χ. υιοθεσία) εάν αυτό τον απασχολεί.
- ιβ. Αξιολογήστε και υποστηρίξτε τη συμπεριφορά που δείχνει θετική προσαρμογή στις μεταβολές που έχουν συμβεί (π.χ. έκφραση αισθημάτων περί της αξίας του εαυτού του, συμμόρφωση με το πρόγραμμα φροντίδας, διατήρηση των σχέσεων με τους οικείους).
- ιγ. Βοηθήστε την προσαρμογή του ασθενούς και των οικείων του διευκολύνοντας την επικοινωνία τους και δίνοντας πληροφορίες.
- ιδ. Ενθαρρύνετε τις επισκέψεις και την υποστήριξη από πλευράς των οικείων του ασθενούς.
- ιε. Ενθαρρύνετε τον ασθενή να συνεχίσει τις συνήθειες του ασχολίες και ενδιαφέροντα και τη συμμετοχή του στις κοινωνικές δραστηριότητες.
- ιστ. Δώστε πληροφορίες και ενθαρρύνετε τη χρησιμοποίηση των κοινωνικών υπηρεσιών και ομάδων υποστήριξης.
- ιζ. Συμβουλευθείτε τον ιατρό σχετικά με την παροχή ψυχολογικών συμβουλών εάν το επιθυμεί ο ασθενής ή εάν δείχνει ανίκανος να προσαρμοστεί στις μεταβολές λόγω της ριζικής προστατεκτομής.

8. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Θλίψη που οφείλεται στην ανικανότητα και στην απώλεια του ελέγχου του εντέρου (εάν έχουν επέλθει), στην πιθανή απώλεια του ελέγχου της κύστης μετά την αφαίρεση του ουροκαθετήρα, στη διάγνωση του καρκίνου και στην πιθανότητα πρόωρου θανάτου.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

- 8.α. Αξιολογήστε τον ασθενή για σημεία και συμπτώματα θλίψης (π.χ. μεταβολή στις συνήθειες διατροφής, αδυναμία συγκέντρωσης, αϋπνία, θυμός, απόσυρση από τους οικείους, άρνηση της απώλειας). Έχετε υπόψη ότι η αντίδραση του ασθενούς επηρεάζεται από παράγοντες, όπως οι προηγούμενες ανάλογες εμπειρίες, η ηλικία, τα διαθέσιμα συστήματα υποστήριξης, το πνευματικό υπόβαθρο, η τρέχουσα κατάσταση της υγείας του και η σημασία της απώλειας για τον ασθενή.
- β. Εφαρμόστε μέτρα για τη διευκόλυνση της αντιμετώπισης της θλίψης:
1. βοηθήστε τον ασθενή να αναγνωρίσει τις απώλειες που υπέστη έτσι ώστε να αρχίσει η διαδικασία αντιμετώπισης της θλίψης· αξιολογήστε τους παράγοντες που αναστέλλουν ή διευκολύνουν τη διεργασία αυτή
 2. συζητήστε τη διεργασία της θλίψης και βοηθήστε τον ασθενή να αποδεχτεί τις φάσεις της ως μια αναμενόμενη αντίδραση στις επελθούσες απώλειες
 3. διαθέστε χρόνο στον ασθενή να διέλθει μέσω των φάσεων (σταδίων) της θλίψης (οι φάσεις ποικίλλουν ανάλογα με τους ειδικούς από το shock και το συναγερμό έως την αποδοχή), έχοντας υπόψη ότι δεν εκφράζονται όλες οι φάσεις σε όλους τους ασθενείς, ότι η υποτροπή τους είναι συνήθης και ότι η όλη διαδικασία διαρκεί από μήνες έως έτη
 4. δημιουργήστε ατμόσφαιρα φροντίδας και ενδιαφέροντος (π.χ. εξασφαλίστε την απομόνωση του ασθενούς, παραμένετε διαθέσιμοι και χωρίς κριτική διάθεση, επιδείξτε συμπάθεια και σεβασμό) έτσι ώστε ο ασθενής να αισθάνεται ελεύθερος να εκφράσει τα αισθήματά του
 5. εφαρμόστε μέτρα για την δημιουργία αισθήματος εμπιστοσύνης (π.χ. απαντάτε στις ερωτήσεις του
- α. την προφορική έκφραση των αισθημάτων του για τις μεταβολές του σώματός του και για τη διάγνωση του καρκίνου
- β. την έκφραση θλίψης
- γ. τη συμμετοχή στο πρόγραμμα αγωγής και στις δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης
- δ. τη χρησιμοποίηση των διαθέσιμων συστημάτων

υποστήριξης.

- ειλικρινά, δώστε τις πληροφορίες που ζητούνται)
6. ενθαρρύνετε την προφορική έκφραση θυμού και λύπης για τις απώλειες που υπέστη ο ασθενής, αναγνωρίζοντας την υποκατάσταση του θυμού και βοηθώντας τον ασθενή να εντοπίσει την πραγματική αιτία του θυμού και του αισθήματος παραίτησης
 7. ενθαρρύνετε τον ασθενή να εκφράζει τα αισθήματά του με όποιο τρόπο τον διευκολύνει (π.χ. γράψιμο, ζωγραφική, συζήτηση)
 8. βοηθήστε τον ασθενή να εντοπίσει τα αποθέματα των ψυχικών του δυνάμεων που τον βοήθησαν στο παρελθόν σε παρόμοιες καταστάσεις απωλειών
 9. εάν χρειάζεται, υποστηρίξτε τις ρεαλιστικές ελπίδες ότι ο έλεγχος του εντέρου και της κύστης θα βελτιωθεί με τη συνέχιση των ασκήσεων του περινέου
 10. υποστηρίξτε τον τύπο συμπεριφοράς που δείχνει επιτυχή διαδικασία αντιμετώπισης της θλίψης (π.χ. έκφραση αισθημάτων για τις απώλειες, προσαρμογή στις απώλειες, εκμάθηση των αναγκαίων επιδεξιοτήτων, ανάπτυξη ή διατήρηση των σχέσεών του)
 11. εξηγήστε στους οικείους του τις φάσεις της διεργασίας της θλίψης και ενθαρρύνετε την υποστήριξη και κατανόησή τους
 12. διευκολύνετε την επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και οικείων, έχοντας υπόψη ότι μπορεί να βρίσκονται σε διαφορετικές φάσεις της διεργασίας της θλίψης
 13. δώστε πληροφορίες σχετικά με συμβουλευτικές υπηρεσίες και ομάδες υποστήριξης που μπορεί να βοηθήσουν τον ασθενή στη διεργασία της θλίψης
 14. κανονίστε την επίσκεψη ενός κληρικού εάν το επιθυμεί ο ασθενής.
- γ. Συμβουλευτείτε τον ιατρό σχετικά με παραπομπή σε ειδικό σύμβουλο εάν εμφανιστούν σημεία διαταραχής στη διαδικασία αντιμετώπισης της θλίψης (π.χ. επίμονη άρνηση των απωλειών, υπερβολικός θυμός ή λύπη, υστερία, τάσεις αυτοκτονίας).

9. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Έλλειμμα γνώσεων σχετικά με την εξωνοσοκομειακή αγωγή.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

9.α. Ο ασθενής δείχνει ικανότητα να περιποιείται τον ουροκαθετήρα και το σύστημα παροχέτευσης.

9.β. Ο ασθενής γνωρίζει τρόπους για την αντιμετώπιση της ακράτειας ούρων εάν εμφανιστεί μετά την αφαίρεση του καθετήρα.

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

9.α.1. Δώστε στον ασθενή τις εξής οδηγίες όσον αφορά την περιποίηση του ουροκαθετήρα και του συστήματος παροχέτευσης:

α. καθαρισμός της ουρήθρας με σαπούνι και νερό τουλάχιστον 2 φορές την ημέρα

β. σταθεροποίηση του καθετήρα στην κοιλία ή στο μηρό

γ. διατήρηση του καθετήρα και του σωλήνα παροχής χωρίς κάμψεις

δ. διατήρηση του σάκου συλλογής σε επίπεδο χαμηλότερο της κύστης

ε. μετατροπή του σάκου συλλογής προσκολλημένου στο πόδι, σε σάκο παρά την κλίνη όταν ο ασθενής παραμένει κατακεκλιμένος για λίγες ώρες

στ. κένωση του σάκου συλλογής

ζ. μέτρηση και καταγραφή της ποσότητας των ούρων εάν χρειάζεται

2. Διαθέστε χρόνο για τις ερωτήσεις και την πρακτική εξάσκηση του ασθενούς.

9.β.1. Δώστε στον ασθενή οδηγίες σχετικά με τρόπους μείωσης του κινδύνου ακράτειας ούρων μετά την αφαίρεση του ουροκαθετήρα (η ακράτεια μπορεί να είναι αποτέλεσμα τραυματισμού των σφιγκτήρων κατά την εγχείρηση ή ερεθισμού από τον ουροκαθετήρα, βλάβης των νεύρων της πυέλου κατά την εγχείρηση ή παροδικής ελαττώσεως της χωρητικότητας της κύστης λόγω της συνεχούς αποσυμπίεσής της όσο ήταν τοποθετημένος ο καθετήρας):

α. να προσπαθεί να ουρεί κάθε 2-3 ώρες και με την πρώτη έπειξη προς ούρηση

β. να ουρεί σε όρθια ή καθιστή θέση για τη διευκόλυνση της πλήρους κένωσης της κύστης

γ. να αποφεύγει να πίνει μεγάλες ποσότητες υγρών (ιδιαίτερα οινοπνεύματος) σε μικρό χρονικό

διάστημα

- δ. να αποφεύγει να πίνει καφεϊνούχα ποτά
- ε. να σταματήσει να πίνει υγρά λίγες ώρες πριν την κατάκλιση (μειώνεται έτσι ο κίνδυνος της νυκτερινής ακράτειας ούρων)
- στ. να αποφεύγει δραστηριότητες που δυσχεραίνουν την κένωση της κύστης με την πρώτη έπείξη (π.χ. μακρά ταξίδια με αυτοκίνητο, μακρές συναντήσεις)

- 2. Τονίστε τη σημασία των ασκήσεων του περινέου (π.χ. σύσπαση των γλουτών και χάλαση) όταν επιτρέπονται με σκοπό τη βελτίωση του ελέγχου των ούρων. Βοηθήστε τον ασθενή να καταστρώσει πρόγραμμα που θα του υπενθυμίζει να εκτελεί τις ασκήσεις.
- 3. Ενημερώστε τον ασθενή ότι εάν εμφανιστεί ακράτεια ούρων μετά την αφαίρεση του καθετήρα, πρέπει να κάνει τα εξής:
 - α. να πλένει και στεγνώνει την περινεϊκή περιοχή μετά από κάθε επεισόδιο ακράτειας
 - β. να φορά απορροφητικά επιθέματα μιας χρήσεως στα εσώρουχα
 - γ. να συμβουλευτεί τον ιατρό σχετικά με τη χρήση συσκευών όπως ο εξωτερικός καθετήρας εάν υπάρχει ένδειξη

9.γ. Ο ασθενής γνωρίζει τρόπους για την αντιμετώπιση της ακράτειας κοπράνων εάν υπάρχει.

9.γ. Εάν ο ασθενής εμφανίζει ακράτεια κοπράνων, συμβουλευτέ τον τα εξής:

- 1. να ακολουθεί το καθημερινό πρόγραμμα φροντίδας του εντέρου
- 2. να εκτελεί τις ασκήσεις περινέου, όταν επιτραπούν, με σκοπό τη βελτίωση του ελέγχου του εντέρου
- 3. να πλένει την περινεϊκή περιοχή μετά από κάθε επεισόδιο ακράτειας
- 4. να φορά απορροφητικά επιθέματα μιας χρήσεως στα εσώρουχα εάν χρειάζεται.

9.δ. Ο ασθενής γνωρίζει σημεία και συμπτώματα

που πρέπει να αναφέρει στον ιατρό.

9.δ. Ο ασθενής γνωρίζει σημεία και συμπτώματα που πρέπει να αναφέρει στον ιατρό.

9.ε. Ο ασθενής κατανοεί το πρόγραμμα της συσταθείσης εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών επισκέψεων, της φαρμακευτικής αγωγής, της περιποίησης του τραύματος, του επιτρεπόμενου επιπέδου δραστηριότητας και του προγράμματος μελλοντικής αγωγής.

9.δ.1. Ανατρέξτε στο Τυποποιημένο Πρόγραμμα Μετεγχειρητικής Φροντίδας, Νοσηλευτική Διάγνωση 21, πράξη γ, για σημεία και συμπτώματα που πρέπει να αναφέρει στον ιατρό.

2. Συμβουλέψτε τον ασθενή να αναφέρει επίσης εάν εμφανίζει μη αναμενόμενη απώλεια του ελέγχου της κύστης και του εντέρου ή ανικανότητα.

9.ε.1. Ανατρέξτε στο Τυποποιημένο Πρόγραμμα Μετεγχειρητικής Φροντίδας, Νοσηλευτική Διάγνωση 21, για τις συνήθεις μετεγχειρητικές οδηγίες και τα μέτρα για τη βελτίωση της συμμόρφωσης του ασθενούς.

2. Τονίστε τις εξηγήσεις και οδηγίες του ιατρού σχετικά με τη μελλοντική θεραπεία (π.χ. ακτινοθεραπεία) εάν έχει προγραμματιστεί.

◆ Διουρηθρική Προστατεκτομή

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Κατακράτηση (επίσχεση) ούρων που οφείλεται σε:

- α. απόφραξη της ουρήθρας ή και του αυχένα της κύστης από το διογκωμένο προστάτη·
- β. απώλεια του μυϊκού τόνου της κύστης λόγω υπερτροφίας του τοιχώματός της (καθώς αναπτύσσεται η υπερπλασία του προστάτη, ο εξωστήρας μυς υπερτρέφεται προσπαθώντας να εξωθήσει τα ούρα μέσω του αυχένα της κύστης ή της ουρήθρας. Ο υπερτροφικός αυτός μυς έχει μικρή συσταλτικότητα).

Επιθυμητό αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

- 1.α. Καθορίστε το συνήθη τρόπο ούρησης του ασθενούς.
 - β. Ελέγξτε για σημεία και συμπτώματα κατακράτησης ούρων:
 1. συχνή αποβολή μικρών ποσοτήτων (25-60 ml) ούρων
 2. παράπονα για αίσθημα πληρότητας της κύστης ή για υπερηβική δυσφορία
 3. διάταση της κύστης
 4. διαφυγή ούρων
 5. αποβαλλόμενα υγρά λιγότερα από τα προσλαμβανόμενα.
 - γ. Εφαρμόστε μέτρα για την αντιμετώπιση της κατακράτησης ούρων εάν υπάρχει:
 1. τοποθετήστε ή βοηθήστε στην τοποθέτηση ενός ουροκαθετήρα σύμφωνα με τις εντολές (εάν η δίοδος του καθετήρα είναι δυσχερής λόγω απόφραξης της προστατικής ουρήθρας ή του αυχένα της κύστης μπορεί να απαιτηθεί η χρήση σκληρού καθετήρα με κατάλληλη γωνία)
 2. βοηθήστε στην τοποθέτηση υπερηβικού καθετήρα εάν η δίοδος διουρηθρικού καθετήρα είναι αδύνατη λόγω της απόφραξης.
- α. την απουσία παραπόνων δυσφορία του ασθενούς για αίσθημα πληρώσεως της κύστης και για

υπερηβική δυσφορία
β. την απουσία διάτασης
της κύστης

- δ. Εάν υπάρχει ουροκαθετήρας, εφαρμόστε μέτρα για την εξασφάλιση της βατότητάς του ώστε να προληφθεί η κατακράτηση ούρων:
1. διατηρείτε τον σωλήνα χωρίς κάμψεις
 2. διατηρείτε τον σάκο συλλογής κάτω από το επίπεδο της κύστης
 3. σταθεροποιείτε τον καθετήρα στο κοιλιακό τοίχωμα ή το μηρό ώστε να προληφθεί τυχόν ακούσια μετατόπισή του.
- ε. Συμβουλευθείτε τον ιατρό εάν τα σημεία και συμπτώματα κατακράτησης ούρων επιμένουν παρά την εφαρμογή των παραπάνω μέτρων.

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Έλλειμμα γνώσεων σχετικά με τις συνήθειες νοσηλευτικές εργασίες που σχετίζονται με την εγχείρηση, την προετοιμασία για τη διουρηθρική προστατεκτομή, την αίσθηση που έχει ο ασθενής συνήθως μετά το χειρουργείο και την αναισθησία και τη μετεγχειρητική αγωγή.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

2.α. Ο ασθενής κατανοεί τη συνήθη προεγχειρητική και μετεγχειρητική αγωγή.

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

- 2.α.1. Τυποποιημένο Προεγχειρητικό Πρόγραμμα Φροντίδας, Νοσηλευτική Διάγνωση 4, πράξεις α.1-4, για πληροφορίες που περιλαμβάνονται στην προεγχειρητική εκπαίδευση.
2. Δώστε πρόσθετες πληροφορίες σχετικά με την αγωγή μετά από διουρηθρική προστατεκτομή:
- α. εξηγήστε στον ασθενή ότι συνήθως επιβάλλεται κατάκλιση για 6-18 ώρες μετά την εγχείρηση, στη συνέχεια η δραστηριότητα αυξάνει βαθμιαία (το επίπεδο της επιτρεπόμενης δραστηριότητας εξαρτάται από την προτίμηση του ιατρού, το μέγεθος της εκτομής και τη μετεγχειρητική αιμορραγία που εμφανίζει ο ασθενής)
 - β. εξηγήστε ότι ο ουροκαθετήρας θα παραμείνει για 24-72 ώρες μετά την εγχείρηση (συνήθως τοποθετείται διουρηθρικός καθετήρας με 3 αυλούς [π.χ. καθετήρας 3-way-Foley] έτσι ώστε

ταυτόχρονα με την αποβολή ούρων να είναι δυνατή η έγχυση διαλύματος εκπλύσεως της κύστης εάν χρειάζεται)

- γ. περιγράψτε στον ασθενή τη διαδικασία και τη λογική των πλύσεων της κύστης
- δ. εξηγήστε του ότι μπορεί να εφαρμοστεί έλξη στον καθετήρα επί 4-6 ώρες μετεγχειρητικά και στη συνέχεια αν χρειαστεί, ώστε να ασκείται πίεση με το μπαλόνι τον καθετήρα στο σημείο της εγχείρησης για τον έλεγχο της αιμορραγίας (η έλξη επιτυγχάνεται με το τράβηγμα του καθετήρα προς τα κάτω και τη σταθεροποίησή του στο πόδι του ασθενούς ώστε να παραμένει υπό τάση)
- ε. εξηγήστε ότι πρέπει να αναμένονται τα κάτωθι:
 - 1. ερυθρά χροιά ούρων που βαθμιαία παρέрχεται (συνήθως το χρώμα των ούρων αλλάζει από έντονο ερυθρό σε ροδόχροο εντός 24-36 ωρών και σε κίτρινο εντός 72 ωρών) συχνά όμως γίνεται παροδικά περισσότερο ερυθρό όταν αυξάνεται η σωματική δραστηριότητα
 - 2. λίγα πύγματα αίματος στα ούρα
 - 3. μικρή ποσότητα αιματηρής ροής από την ουρήθρα
- στ. περιγράψτε τα σημεία και συμπτώματα που μπορεί να είναι ενδεικτικά σπασμού της κύστης (π.χ. διαφυγή ούρων γύρω από τον καθετήρα, αίσθημα έπειξης για ούρηση ή κένωση, πίεση στην κύστη)· τονίστε ότι αυτά τα σημεία και συμπτώματα πρέπει να αναφέρονται στη νοσηλεύτρια έτσι ώστε να ελεγχθεί η βατότητα του καθετήρα και να χορηγηθούν φάρμακα για την ελάττωση της δυσφορίας
- ζ. εξηγήστε ότι μετά την αφαίρεση του καθετήρα:
 - 1. μπορεί να υπάρχει ελαφρό έως μέτριο αίσθημα καύσους κατά την ούρηση που αναμένεται να ελαττωθεί και να εξαλειφθεί εντός 1 ή 2 ημερών
 - 2. τα συμπτώματα κατά την ούρηση που υπήρχαν προεγχειρητικά (π.χ. έπειξη, συχνότητα, δυσχέρεια, διαφυγή) μπορεί να υπάρχουν ακόμη ή και παροδικά να επιταθούν μετεγχειρητικά

λόγω του μειωμένου μυϊκού τόνου της κύστης ή και λόγω τραύματος των ιστών κατά την εγχείρηση και από τον καθετήρα.

3. Τονίστε τις εξηγήσεις του ιατρού σχετικά με τις συνέπειες της διουρηθρικής προστατεκτομής στη σεξουαλική λειτουργία (μετά την εγχείρηση, ο ασθενής συνήθως εμφανίζει παλίνδρομη εκσπερμάτωση ως αποτέλεσμα τραυματισμού του έσω σφιγκτήρα ή και λόγω διεύρυνσης του αυχένα της ουροδόχου κύστης. Η φυσιολογική λειτουργία της εκσπερμάτωσης συνήθως επανέρχεται εντός εβδομάδων ή μηνών).
 4. Διαθέστε χρόνο για τις ερωτήσεις και τις απορίες σχετικά με τις πληροφορίες που δώσατε.
- 2.β. Ο ασθενής είναι ικανός να εφαρμόζει τα αναγκαία μέτρα για την πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών.
- 2.β.1. Ανατρέξτε στο Τυποποιημένο Πρόγραμμα Προεγχειρητικής Φροντίδας, Νοσηλευτική Διάγνωση 4, πράξη β.1, για οδηγίες σχετικά με την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών.
 2. Δώστε στον ασθενή πρόσθετες οδηγίες για την πρόληψη επιπλοκών μετά από διουρηθρική προστατεκτομή:
 - α. όταν επιτραπεί η λήψη υγρών από το στόμα μετά την εγχείρηση, να πίνει ο ασθενής ένα ποτήρι υγρών κάθε ώρα όσο είναι ξύπνιος, ώστε τα ούρα να μένουν αραιά (έτσι διατηρείται η βατότητα του καθετήρα και μειώνεται ο κίνδυνος ουρολοιμώξεως)
 - β. να αποφεύγει δραστηριότητες που συνεπάγονται άσκηση υπερβολικής πίεσης στο σημείο της εγχείρησης (π.χ. εργώδεις κενώσεις, προσπάθεια για ούρηση γύρω από τον καθετήρα, έντονος βήχας, τράβηγμα του καθετήρα, βάδιση ή καθιστή θέση για μακρό χρονικό διάστημα)
 3. Διαθέστε χρόνο για τις ερωτήσεις και την πρακτική εξάσκηση του ασθενούς.

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Διαταραχή του ισοζυγίου των υγρών: υπερφόρτωση με υγρά ή «δηλητηρίαση εξ ύδατος» («σύνδρομο TUR») που οφείλεται σε:

- α. υπερβολική χορήγηση υγρών κατά τη διάρκεια και αμέσως μετά την εγχείρηση·
- β. αυξημένη παραγωγή αντιδιουρητικής ορμόνης (η έκκριση της ADH διεγείρεται από το τραύμα, τον πόνο, τα αναισθητικά φάρμακα και τα ναρκωτικά αναλγητικά)·
- γ. υπερβολική απορρόφηση του διαλύματος πλύσεων μέσω των προστατικών φλεβών κατά τη διάρκεια και μετά την εγχείρηση.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

- 1. Ο ασθενής δεν εμφανίζει πλεόνασμα όγκου υγρών ή «δηλητηρίαση εξ ύδατος» (βλέπε Τυποποιημένο Μετεγχειρητικό Πρόγραμμα Φροντίδας, Νοσηλευτική Διάγνωση 4, αποτέλεσμα β, για σχετικά κριτήρια).

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

- 1.α. Ανατρέξατε στο Τυποποιημένο Πρόγραμμα Μετεγχειρητικής Φροντίδας, Νοσηλευτική Διάγνωση 4, πράξη β, για μέτρα σχετικά με την αξιολόγηση, την πρόληψη και την αντιμετώπιση του υπερβολικού όγκου υγρών και της δηλητηρίασεως από νερό.
- β. Εφαρμόστε μέτρα για τη μείωση της απορρόφησης υγρού μέσω των προστατικών φλεβών ώστε να ελαττωθεί περαιτέρω ο κίνδυνος υπερφόρτωσης από υγρά ή δηλητηρίασεως εξ ύδατος:
 - 1. χρησιμοποιείτε για τις πλύσεις της κύστης φυσιολογικό ορό αντί για υπότονα διαλύματα
 - 2. μην αυξάνετε τη συχνότητα των πλύσεων της κύστης εκτός εάν υπάρχει ένδειξη.

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Αίσθημα δυσφορίας: σπασμός της κύστης που οφείλεται σε:

- β. αυξημένη πίεση στον αυχένα της κύστης και στην κοιλότητα του προστάτη εάν έχει εφαρμοστεί έλξη στον ουρηθρικό καθετήρα (η έλξη

μπορεί να εφαρμοστεί για να τραβηχτεί ο αεροθάλαμος του καθετήρα στην κοιλότητα του προστάτη ώστε να ασκείται πίεση σε αιμορραγούντα αγγεία).

Επιθυμητό αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

2.α. Αξιολογήστε σημεία και συμπτώματα σπασμού της κύστης:

1. παράπονα για υπερηβική δυσφορία
2. δηλώσεις του ασθενούς ότι αισθάνεται έπειξη για ούρηση ή κένωση
3. διαφυγή ούρων γύρω από τον καθετήρα.

β. Εφαρμόστε μέτρα για την ελάττωση του κινδύνου σπασμού της κύστης:

- α. την έκφραση για ύφεση της υπερηβικής δυσφορίας
- β. την απουσία παραπόνων για έπειξη προς ούρηση ή κένωση
- γ. την απουσία διαφυγής ούρων γύρω από τον καθετήρα.

1. εξασφαλίστε τη βατότητα του καθετήρα (π.χ. εκτελείτε εκπλύσεις, διατηρείτε το σωλήνα χωρίς κάμπεις) ώστε να αποφευχθεί η διάταση της κύστης
2. εφαρμόστε μέτρα για να αποφευχθεί ο ερεθισμός του βλεννογόνου της κύστης από τον καθετήρα:
 - α. σταθεροποιήστε τον καθετήρα στην κοιλία ή το μηρό του ασθενούς
 - β. συμβουλέψτε τον ασθενή να αποφεύγει να τραβό ή να στρέφει ή να κάμπτει τον καθετήρα
3. χαλαρώστε την έλξη του καθετήρα μόλις επιτραπεί ώστε να ελαττωθεί η πίεση στον αυχένα της κύστης και στην κοιλότητα του προστάτη
4. μην αυξάνετε τη συχνότητα των πλύσεων της κύστης εκτός εάν υπάρχει αιμορραγία ή πύγματα διότι το διάλυμα πλύσεως μπορεί να ερεθίσει το βλεννογόνο της κύστης
5. συμβουλέψτε τον ασθενή να αποφεύγει την προσπάθεια ούρησης γύρω από τον καθετήρα και την έντονη προσπάθεια ούρησης μετά την αφαίρεσή του (οι έντονες προσπάθειες προκαλούν σύσπαση της κύστης και πιθανώς σπασμούς του τοιχώματός της)
6. εφαρμόστε μέτρα για την πρόληψη κατακράτησης ούρων μετά την αφαίρεση του καθετήρα (βλέπε Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Διάγνωση 3, πράξη α.3) με σκοπό την πρόληψη της διάτασης της

κύστης.

- γ. Εάν εμφανιστούν σπασμοί της κύστης:
 - 1. ενθαρρύνετε τον ασθενή να κάνει μικρούς, συχνούς περιπάτους εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη (η βάδιση φαίνεται ότι ελαττώνει τους σπασμούς)
 - 2. ελαττώστε το ρυθμό της συνεχούς έκπλυσης της κύστης εάν τα ούρα δεν είναι πλέον ερυθρά και δεν υπάρχουν πύγματα
 - 3. χορηγήστε τα κάτωθι φάρμακα επί εντολής:
 - α. υπόθετα από το ορθό belladonna και orium (ο συνδυασμός ενός αντιμουσκαρινικού και ναρκωτικού αναλγητικού μειώνει το σπασμό των μυών της κύστης και το αίσθημα δυσφορίας, συνήθως όμως χορηγείται όταν υπάρχει καθετήρας διότι μπορεί να προκαλέσει κατακράτηση ούρων)
 - β. άλλα μυοχαλαρωτικά των λείων μυϊκών ινών της περιοχής (π.χ. oxybutynin, flavoxate).
- δ. Συμβουλευτείτε τον ιατρό εάν τα ανωτέρω μέτρα αποτύχουν να ελέγξουν τους σπασμούς της κύστης.

3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Διαταραχές της ούρησης:

- α. κατακράτηση (επίσχεση) ούρων που οφείλεται σε:
 - 1. απόφραξη του ουροκαθετήρα
 - 2. δυσχέρεια στην ούρηση μετά την αφαίρεση του ουροκαθετήρα που οφείλεται σε:
 - α. απώλεια του μυϊκού τόνου της κύστης λόγω υπερτροφίας του εξωστήριος μυός με την ανάπτυξη της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη και την υπερδιάταση της κύστης προεγχειρητικά
 - β. διέγερση των συμπαθητικών νεύρων της κύστης και των σφιγκτήρων λόγω του αισθήματος δυσφορίας τοπικά, του φόβου και του άγχους

γ. απόφραξη της ουρήθρας και του αυχένα της κύστης από πύγματα αίματος ή από οίδημα που οφείλεται στο χειρουργικό τραύμα και σε ερεθισμό από τον ουροκαθετήρα, ιδιαίτερα εάν έχει εφαρμοστεί έλξη στον καθετήρα για τον έλεγχο της αιμορραγίας

β. **ακράτεια μετά την αφαίρεση του καθετήρα** που οφείλεται σε:

1. τραυματισμό του ή των σφιγκτήρων κατά την εγχείρηση και από την παρουσία του καθετήρα
2. ελάττωση της χωρητικότητας της κύστης εξαιτίας της συνεχούς αποσυμπίεσής της λόγω της ύπαρξης του καθετήρα.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

3.α. Ο ασθενής δεν εμφανίζει επίσχεση ούρων όπως φαίνεται από:

1. το ότι δεν παραπονείται για αίσθημα πλήρωσης της κύστης και για υπερηβική δυσφορία
2. την απουσία διάτασης της κύστης
3. το ισοζύγιο προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών εντός των πρώτων 48 ωρών από την εγχείρηση

3.α.1. Αξιολογήστε και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα των κάτωθι:

- α. κατακράτηση ούρων παρουσία του καθετήρα (π.χ. παράπονα για αίσθημα πλήρωσης της κύστης ή για υπερηβική δυσφορία, διάταση της κύστης, απουσία υγρού στο σωλήνα παροχέτευσης, αποβολή ούρων που συνεχίζει να είναι λιγότερη των προσλαμβανομένων υγρών 48 ώρες μετά την εγχείρηση)
 - β. προοδευτική στένωση της ουρήθρας ή του αυχένα της κύστης μετά την αφαίρεση του καθετήρα (π.χ. παράπονα για μείωση της ακτίνας ούρησης, καταβολή προσπάθειας προς ούρηση και εντεινόμενη έπείξη)
 - γ. κατακράτηση ούρων μετά την αφαίρεση του καθετήρα (π.χ. παράπονα για αίσθημα πληρότητας της κύστης ή για υπερηβική δυσφορία, συχνή αποβολή μικρών ποσοτήτων ούρων [25-60 ml], διάταση της κύστης, αποβολή ποσότητας ούρων σταθερά λιγότερης των προσλαμβανομένων υγρών επί 48 ώρες μετά την εγχείρηση)
2. Εφαρμόστε μέτρα για τη διατήρηση της βατότητας του ουροκαθετήρα με σκοπό την πρόληψη κατακράτησης ούρων:
- α. διατηρείτε το σωλήνα χωρίς κάμψεις
 - β. διατηρείτε το δοχείο συλλογής σε επίπεδο χαμηλότερο της κύστης

4. την αποβολή επαρκών ποσοτήτων ούρων σε αναμενόμενα διαστήματα μετά την αφαίρεση του καθετήρα
3. Μετά την αφαίρεση του καθετήρα, εφαρμόστε τα κάτωθι μέτρα για την πρόληψη κατακράτησης (επίσχεσης) ούρων:
- α. δώστε στον ασθενή δοχείο ούρων ή βοηθήστε τον στη μετάβαση στο λουτρό κάθε 2-3 ώρες, αν υπάρχει ένδειξη
 - β. συμβουλευτείτε τον ασθενή να ουρεί με την πρώτη έπείξη (η κύστη είναι ακόμη υποτονική και μπορεί εύκολα να διαταθεί)
 - γ. εφαρμόστε μέτρα για τη διευκόλυνση της χαλάρωσης κατά την προσπάθεια προς ούρηση (π.χ. εξασφαλίστε την απομόνωσή του, ενθαρρύνετε τον ασθενή να διαβάσει προς απόσπαση της προσοχής)
 - δ. εφαρμόστε μέτρα για την ύφεση της δυσφορίας (βλέπε Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Διάγνωση 2, πράξεις β και γ)
 - ε. εφαρμόστε μέτρα για τη δημιουργία ερεθισμάτων που μπορεί να βοηθήσουν στη διέγερση του αντανεκλαστικού της ούρησης και τη διευκόλυνση της εκούσιας χάλασης των περινεϊκών μυών και του έξω σφιγκτήρα (π.χ. ροή νερού, τοποθέτηση των χεριών σε ζεστό νερό)
 - στ. επιτρέψτε στον ασθενή να λαμβάνει φυσιολογική θέση προς ούρηση εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη
4. Εάν εμφανιστούν σημεία και συμπτώματα κατακράτησης ούρων μετά την αφαίρεση του καθετήρα, συμβουλευθείτε τον ιατρό σχετικά με την ένδειξη διαλείπουσας τοποθέτησης καθετήρα ή επανατοποθέτησης καθετήρα.
- 3.β. Ο ασθενής εμφανίζει έλεγχο της ούρησης.
- 3.β.1. Ελέγξτε για ακράτεια ούρων μετά την αφαίρεση του ουροκαθετήρα (ο καθετήρας συνήθως αφαιρείται 1-3 ημέρες μετά την εγχείρηση).

2. Εφαρμόστε μέτρα για τη διατήρηση του ελέγχου της ούρησης:
 - α. εφαρμόστε μέτρα για την αποφυγή τραυματισμού των σφιγκτήρων όσο υπάρχει καθετήρας με σκοπό να μειωθεί ο κίνδυνος ακράτειας ούρων μετά την αφαίρεση του καθετήρα:
 1. εάν η άσκηση έλξης στον καθετήρα είχε σκοπό τον έλεγχο αιμορραγίας, διακόψτε την μόλις επιτραπεί (η έλξη δεν πρέπει να διατηρείται πέρα των 4-6 ωρών χωρίς διακοπή της) ώστε να ελαττωθεί η πίεση και η πιθανή βλάβη του έσω σφιγκτήρα
 2. σταθεροποιείτε τον καθετήρα στην κοιλία ή το μηρό ώστε να προληφθεί ακούσια μετακίνησή του
 - β. μετά την αφαίρεση του καθετήρα:
 1. διατηρείτε το δοχείο ούρων πλησίον του ασθενούς και διευκολύνετε την πρόσβασή του στο λουτρό
 2. επιτρέψτε στον ασθενή να λαμβάνει φυσιολογική θέση ούρησης εκτός εάν υπάρχει αντένδειξη, ώστε να διευκολύνεται η πλήρης κένωση της κύστης
 3. συμβουλέψτε τον ασθενή να εκτελεί ασκήσεις περινέου (π.χ. σύσπαση των γλουτών και χάλαση, διακοπή και επανέναρξη της ούρησης), με σκοπό την ενίσχυση των μυών του εδάφους της πυέλου
 4. περιορίστε την από του στόματος λήψη υγρών το βράδυ ώστε να μειωθεί η πιθανότητα νυκτερινής ακράτειας
 5. συμβουλέψτε τον ασθενή να αποφεύγει ποτά που περιέχουν καφεΐνη (η καφεΐνη είναι ήπιο διουρητικό και μπορεί να δυσχεράνει τον έλεγχο της ούρησης)
 6. συμβουλέψτε τον ασθενή να κατανέμει εξίσου τα προσλαμβανόμενα υγρά σε όλη τη διάρκεια της ημέρας αντί να πίνει μεγάλες ποσότητες κάθε φορά (η ταχεία πλήρωση της κύστης μπορεί να προκαλέσει ακράτεια εάν ο ασθενής έχει μειωμένο τόνο του σφιγκτήρα)

3. Εάν η ακράτεια ούρων επιμένει, συμβουλευθείτε τον ιατρό σχετικά με την ανάγκη διαλείποντος καθετηριασμού, τοποθέτησης καθετήρα ή χρήσης εξωτερικού καθετήρα.

4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Αυξημένος κίνδυνος λοίμωξης: ουροφόρος οδός που οφείλεται σε:

- α. είσοδο μικροβίων λόγω χειρισμών κατά την εγχείρηση, ύπαρξη καθετήρα και συχνές πλύσεις της κύστης·
- β. αυξημένο πολλαπλασιασμό βακτηριδίων λόγω στάσης των ούρων, που οφείλεται σε μειωμένη σωματική δραστηριότητα και σε κατακράτηση ούρων, εάν συμβεί.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

- 4. Ο ασθενής παραμένει
ελεύθερος ουρολοιμώξεως
(βλέπε Τυποποιημένο
Πρόγραμμα Μετεγχειρητικής
Φροντίδας, Νοσηλευτική
Διάγνωση 16, αποτέλεσμα
γ, για σχετικά κριτήρια).

- 4.α. Ανατρέξτε στο Τυποποιημένο Πρόγραμμα Μετεγχειρητικής Φροντίδας, Νοσηλευτική Διάγνωση 16, πράξη γ, για μέτρα σχετικά με την αξιολόγηση, την πρόληψη και την αντιμετώπιση ουρολοιμώξεων.
- β. Εφαρμόστε πρόσθετα μέτρα για την πρόληψη λοιμώξεως της ουροφόρου οδού:
 - 1. μέτρα για την πρόληψη κατακράτησης ούρων (βλέπε Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Διάγνωση 3, πράξεις α.2 και 3)
 - 2. συμβουλευθείτε τον ιατρό σχετικά με την αφαίρεση του καθετήρα μόλις τα ούρα γίνουν διαυγή και χωρίς πύγματα (ο κίνδυνος ουρολοιμώξεως αυξάνει όσο παραμένει ο καθετήρας).

5. ΣΥΝΟΔΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ:

Πιθανές επιπλοκές:

- α. υποογκαιμικό shock που οφείλεται σε αιμορραγία (ο προστάτης έχει πλούσια αγγείωση) και σε ανεπαρκή υποκατάσταση των υγρών.
- β. θρομβοεμβολικό επεισόδια λόγω φλεβικής στάσης που οφείλεται σε:
 - 1. άσκηση πίεσης στα αγγεία της πυέλου και της γαστροκνημίας κατά την εγχείρηση (ο ασθενής συνήθως ευρίσκεται σε θέση λιθοτομής)
 - 2. μειωμένη σωματική δραστηριότητα.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

5.α. Ο ασθενής αναπτύσσει

υποογκαιμικό shock

(βλέπε Τυποποιημένο

Μετεγχειρητικό

Πρόγραμμα Φροντίδας,

Συνοδός Διάγνωση 19,

αποτέλεσμα α, για σχετικά

κριτήρια).

5.β. Ο ασθενής δεν εμφανίζει

εν τω βάθει φλεβική

θρόμβωση ή πνευμονική

εμβολή (βλέπε

Τυποποιημένο

Πρόγραμμα

Μετεγχειρητικής

Φροντίδας, Συνοδός

5.α.1. Αξιολογήστε και αναφέρατε τα κάτωθι:

α. υπερβολική αιμορραγία στο σημείο της εγχείρησης:

- 1. έντονα ερυθρά, παχύρρευστα υγρά (μπορεί να σημαίνει αρτηριακή αιμορραγία) ή επίμονη σκούρου χρώματος παροχή υγρού (φλεβική αιμορραγία) στον ουροκαθετήρα
- 2. επίμονη ερυθρότητα ή και πηγμάτα αίματος στα δοχεία συλλογής ούρων μετά την αφαίρεση του καθετήρα
- 3. σημαντική μείωση της τιμής των ερυθροκυττάρων, του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης

β. σημεία και συμπτώματα υποογκαιμικού shock (βλέπε Τυποποιημένο Πρόγραμμα Μετεγχειρητικής

Διάγνωση 19,
αποτελέσματα γ.1 και 2,
για σχετικά κριτήρια).

Φροντίδας, Συνοδός Διάγνωση 19, πράξη α.3)

2. Ανατρέξτε στο Τυποποιημένο Πρόγραμμα Μετεγχειρητικής Φροντίδας, Συνοδός Διάγνωση 19, πράξεις α.4 και 5, για μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης του υποογκαιμικού shock.
3. Εφαρμόστε πρόσθετα μέτρα για την πρόληψη ή τον έλεγχο αιμορραγίας ώστε να αποφευχθεί το υποογκαιμικό shock:
 - α. διατηρείτε την άσκηση έλξης στον ουροκαθετήρα σύμφωνα με τις εντολές
 - β. εφαρμόστε μέτρα για την πρόληψη τραυματισμού ή μη αναγκαίας πίεσης στην περιοχή του προστάτη:
 1. σταθεροποιήστε το σωλήνα του καθετήρα στην κοιλία ή το μηρό του ασθενούς ώστε να περιοριστούν οι κινήσεις του
 2. τονίστε στον ασθενή ότι πρέπει να αποφεύγει να τραβά τον καθετήρα
 3. συμβουλέψτε τον να κάνει σύντομους και όχι μακρούς περιπάτους και να αποφεύγει να μένει καθιστός επί μακρόν
 4. συμβουλέψτε τον ασθενή να αποφεύγει τον έντονο βήχα, το πτάρνισμα και τις εργώδεις κενώσεις, συμβουλευτείτε τον ιατρό σχετικά με την πιθανή χρήση υπακτικών εάν χρειάζεται
 5. εφαρμόστε μέτρα για την πρόληψη κατακράτησης ούρων (βλέπε Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Διάγνωση 3, πράξεις α.2 και 3) με σκοπό την αποφυγή διάτασης της κύστης και άσκηση τάσης στα τραυματισμένα αιμοφόρα αγγεία
 - γ. εάν τα ούρα γίνουν περισσότερο κόκκινα όταν ο ασθενής βαδίζει ή κάθεται σε καρέκλα, συμβουλέψτε τον να επιστρέφει στην κλίνη του και να περιορίζει τη δραστηριότητά του για λίγες ώρες.
- 5β. Ανατρέξτε στο Τυποποιημένο Πρόγραμμα Μετεγχειρητικής Φροντίδας, Συνοδός Διάγνωση 19, πράξεις γ.1 και 2 για μέτρα σχετικά με την αξιολόγηση, πρόληψη και αντιμετώπιση της εν τω βάθει

φλεβικής θρομβώσεως και της πνευμονικής εμβολής. Έχετε υπόψη ότι η προφυλακτική χορήγηση αντιπηκτικών και αντισταμοπεταλιακών φαρμάκων συνήθως αντενδείκνυται λόγω του κινδύνου αιμορραγίας κατά και μετά την εγχείρηση του πλούσιου σε αιμάτωση προστάτη.

6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Έλλειμμα γνώσεων

σχετικά με την εξωνοσοκομειακή αγωγή.

Επιθυμητό αποτέλεσμα

Νοσηλευτικές Πράξεις και **Επιλεγμένοι Στόχοι/Αιτιολογία**

6.α. Ο ασθενής γνωρίζει τρόπους για την πρόληψη αιμορραγίας στο σημείο της εγχείρησης.

6.α. Συμβουλευτέ τον ασθενή πως να αποφεύγει να ασκεί πίεση στο σημείο της εγχείρησης ώστε να αποφευχθεί αιμορραγία:

1. να αποφεύγει τις εργώδεις κενώσεις (δώστε οδηγίες σχετικά με την αύξηση της πρόσληψης υγρών και τη λήψη τροφών πλούσιων σε ίνες εάν ο ασθενής εμφανίζει δυσκοιλιότητα)
2. να αποφεύγει τους μακρούς περιπάτους, την παρατεταμένη καθιστή στάση, τις μακριές μετακινήσεις με το αυτοκίνητο, το τρέξιμο, το γρήγορο ανέβασμα σκάλας, την έντονη άσκηση, την ερωτική επαφή και την ανύψωση βαρών πάνω από 3-5 κιλά για όσο διάστημα συνιστάται από τον ιατρό (συνήθως επί 3-6 εβδομάδες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο).

6.β. Ο ασθενής γνωρίζει τρόπους για την επανάκτηση ή διατήρηση του ελέγχου της κύστης.

6.β.1. Συμβουλευτέ τον ασθενή σχετικά με την επανάκτηση ή τη διατήρηση του ελέγχου της κύστης:

- α. να προσπαθεί να ουρεί κάθε 2-3 ώρες και όταν αισθανθεί την πρώτη έπείξη προς ούρηση
- β. να ουρεί σε όρθια ή καθιστή θέση ώστε να διευκολύνεται η κένωση της κύστης
- γ. να αποφεύγει να πίνει μεγάλες ποσότητες υγρών (ιδιαίτερα οινοπνεύματος) σε μικρό χρονικό διάστημα
- δ. να αποφεύγει τα καφεϊνούχα ποτά (π.χ. καφές, τσάι, ποτά τύπου cola)

- ε. να μην πίνει υγρά λίγες ώρες πριν τη νυκτερινή κατάκλιση (μειώνεται έτσι ο κίνδυνος κατακράτησης ούρων και νυκτερινής ακράτειας)
 - στ. να αποφεύγει δραστηριότητες που δυσχεραίνουν την κένωση της κύστης με την πρώτη έπειξη προς ούρηση (π.χ. μακριά ταξίδια με αυτοκίνητο, μακρόχρονες συναντήσεις) ώστε να προληφθεί η κατακράτηση ούρων και ο κίνδυνος ακράτειας
 - ζ. να εκτελεί ασκήσεις περινέου (π.χ. διακοπή και επανέναρξη της ούρησης, σύσπαση και χάλαση των γλουτών) 10-20 φορές ανά ώρα όσο βρίσκεται ξύπνιος μέχρις ότου επανακτηθεί ο έλεγχος· βοηθήστε τον ασθενή να διαμορφώσει πρόγραμμα που θα του υπενθυμίζει την εκτέλεση των ασκήσεων (π.χ. πριν και μετά από κάθε γεύμα)
2. Εάν ο ασθενής εμφανίζει ακράτεια ούρων συμβουλευτείτε τον:
- α. να φορά απορροφητικά επιθέματα μιας χρήσεως στα εσώρουχα εάν χρειάζεται
 - β. να συμβουλευτεί τον ιατρό εάν η ακράτεια επιμένει, επιδεινώνεται ή δυσχεραίνει την καθημερινή ζωή, έτσι ώστε να επιλεγούν εναλλακτικές λύσεις (π.χ. εφαρμογή εξωτερικού ουροκαθετήρα, τοποθέτηση τεχνητού σφιγκτήρα)
- 6.γ. Ο ασθενής γνωρίζει σημεία και συμπτώματα που πρέπει να αναφέρει στον ιατρό.
- γ.1. Ανατρέξτε στο Τυποποιημένο Πρόγραμμα Μετεγχειρητικής Φροντίδας, Νοσηλευτική Διάγνωση 21, πράξη γ, για σημεία και συμπτώματα που πρέπει να αναφέρει στον ιατρό.
 - 2. Συμβουλευτείτε τον ασθενή να αναφέρει τα εξής πρόσθετα σημεία και συμπτώματα:
 - α. επίμονη έντονη ερυθρά χροιά ούρων (ενημερώστε τον ασθενή ότι μικρή ποσότητα αίματος στα ούρα αναμένεται κατά διαστήματα επί 2-3 εβδομάδες μετά την εγχείρηση, τα ούρα όμως πρέπει να μετατρέπονται σε ροδόχροα ή κιτρινωπά μετά την ανάπαυση ή την πρόσληψη υγρών)
 - β. Ύπαρξη μεγάλων πηγμάτων αίματος ή συνεχής δίοδος μικρών πηγμάτων
 - γ. αύξηση της συχνότητας, επίταση του καύσους ή του πόνου κατά την ούρηση
 - δ. μείωση της ποσότητας ούρων ή της ακτίνας ούρησης

ε. διάταση της κύστης

στ. μη αναμενόμενη απώλεια του ελέγχου της κύστης

ζ. επίμονος ή αυξημένος σπασμός της κύστης

6.δ. Ο ασθενής κατανοεί το πρόγραμμα της συσταθείσης εξωνοσοκομειακής αγωγής, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών επισκέψεων, της φαρμακευτικής αγωγής και της επιτρεπόμενης σωματικής δραστηριότητας.

5.δ.1. Ανατρέξτε στο Τυποποιημένο Πρόγραμμα Μετεγχειρητικής Φροντίδας, Νοσηλευτική Διάγνωση 21, για τις συνήθεις μετεγχειρητικές οδηγίες και τα μέτρα για την εξασφάλιση της συμμόρφωσης του ασθενούς.

2. Τονίστε τις οδηγίες του ιατρού σχετικά με τη σημασία της κατάκλισης και της λήψης αυξημένης ποσότητας υγρών για μερικές ώρες εάν η ποσότητα αίματος ή πηγμάτων αίματος στα ούρα αυξάνεται.

3. Εξηγήστε τη σημασία της δακτυλικής εξέτασης του ορθού και της εξέτασης αίματος για το ειδικό αντιγόνο του προστάτη (PSA), που πρέπει να γίνονται κάθε χρόνο (η ανάπτυξη καρκίνου του προστάτη και η υποτροπή της καλοήθους υπερπλασίας του είναι δυνατή, εφόσον κατά τη διουρηθρική προστατεκτομή δεν αφαιρείται ολόκληρος ο αδένας του προστάτη).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στη διπλωματική αυτή εργασία θελήσαμε να σας ενημερώσουμε για την καλοήγη υπερπλασία του προστάτη.

Στο πρώτο μέρος αυτής της εργασίας περιγράψαμε με λίγα λόγια το γεννητικό σύστημα του άνδρα και δώσαμε ιδιαίτερη έμφαση στον προστάτη.

Στο δεύτερο τμήμα εξηγήσαμε με λίγα λόγια τι είναι καλοήγη υπερπλασίας του προστάτη πως εξελίσσεται καθώς και τα κύρια συμπτώματά της. Στη συνέχεια αναφερθήκαμε σε διάφορες εξετάσεις που μπορεί να πραγματοποιήσει κάποιος άνδρας προκειμένου να διαγνωστεί έγκαιρα αν πάσχει ή όχι από καλοήγη υπερπλασία προστάτη.

Στο τρίτο μέρος δώσαμε ιδιαίτερη έμφαση στη θεραπεία της. Αναφερθήκαμε εκτενώς τόσο στη φαρμακευτική αγωγή, όσο και στην παρεμβατική θεραπεία. Στο τέλος του τρίτου μέρους αναφέραμε και κάποιες εναλλακτικές προτάσεις προστατεκτομής.

Στο τέταρτο τμήμα αυτής της διπλωματικής εργασίας τονίσαμε τις χειρουργικές επιπλοκές που μπορεί να εμφανίσει ο ασθενής κατά την διάρκεια της επέμβασης (διεγχειρητικές επιπλοκές) καθώς και μετά την επέμβαση (μετεγχειρητικές επιπλοκές).

Τέλος, κάναμε ένα πλάνο νοσηλευτικών παρεμβάσεων προκειμένου να φροντίσουμε τον ασθενή με τον καλύτερο δυνατό τρόπο

και αν αντιμετωπίσουμε όσο γίνεται καλύτερα τις πιθανές ανεπιθύμητες εκδηλώσεις.

Ελπίζουμε να σας καλύψουμε πλήρως γύρω από το θέμα της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη, διότι είναι ένα πρόβλημα, το οποίο έχει αντίκτυπο ε διαφόρους τομείς της ζωής του άνδρα καθώς ,αι της συντρόφου του. Επηρεάζει άμεσα τη ζωή του ζευγαριού, διότι δημιουργεί προβλήματα στη σεξουαλική ζωή του ατόμου και απομονώνει το άτομο κοινωνικό, διότι υποβιβάζει την ποιότητα ζωής του λόγω των επιμόνων συμπτωμάτων που δημιουργεί.

Παρόλο που η καλοήθη υπερπλασία του προστάτη δεν είναι απειλητική νόσος για τη ζωή, καταστρέφει τη ζωή του ατόμου και των συγγενών του διότι επηρεάζει την καθημερινότητά τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Δημήτριος Ραδόπουλος
Αναπληρωτής Καθηγητής Α.Π.Θ.
Η χειρουργική αντιμετώπιση της καλοήθους υπερπλασίας του προστάτη και οι εναλλακτικές παρεμβατικές προτάσεις
University Studio Press
Θεσ/νίκη 1997
2. Δημήτριος Κ. Ραδόπουλος
Καθηγητής Ουρολογίας του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου
Θεσσαλονίκης
Η απαραίτητη για φοιτητές και γενικούς γιατρούς, Γενική Ουρολογία
University Studio Press
Θεσ/νίκη 2004
3. Αθανάσιος Ν. Κωστακόπουλος (επιμέλεια–μετάφραση–προσθήκες)
Abraham T-K Cockett Ken Koshiba
Άτλαντας Ουρολογικής Χειρουργικής
Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης
Αθήνα 2004
4. Αλ. Πισίδης
Ανατομή, Βασικές γνώσεις
Εκδόσεις Λύχνος
5. Κωνσταντίνος Α. Δημόπουλος
Ουρολογία
Πέμπτη έκδοση

Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης

6. Παθήσεις του προστάτη τα αίτια και οι θεραπείες

Ειδική Έκδοση για την Υγεία από την Ιατρική Σχολή του Harvard

Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης 2004

7. Β. Κασίκας

Η λαπαροσκόπηση στην ουρολογία

University Studio Press

Θεσ/νίκη 2001

8. Συζήτηση με τους ιατρούς της Α' Ουρολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου Γ. Γεννηματάς

9. Χ. Γ. Θεοδώρου

Ουροδυναμική και νευροουρολογία

Επιστημονικές εκδόσεις «Γρ. Παρισιάνος»

Μαρία Γρ. Παρισιανού

Αθήνα

10. Abrams PH, Garrat DH, Turner-Warwick R.T., et al.
The result of prostatectomy. A symptomatic and urodynamic analysis
of 152 patients.

J. Urol. 1979, 121: 640-642

11. Αθανάσιος Ν. Καλινδέρης

Γενική Ουρολογία

Γραφικές Τέχνες Μ. Τριανταφύλλου & Σια

Θεσ/νίκη 1996

12. Stutzman Re and Walsh P: Supropubic and Retropubic Prostatectomy in Walsh PC, Retik AB, Stomey TA and Vaughan ET, eds. Campbell Urology, 6th ed, Philadelphia, Saunders Co, 1992, pp. 2851-2864.

13. Paulson D.
Perineal Prostatectomy. In Walsh, PC, Retik AB, Stamey TA and Vaughan ET, eds Cambell's Urology, 6th ed. Philadelphia, Saunder Co, 1992, pp. 2887-2898

14. Paulson DF
The prostate. In Genitourinary Surgery Paulson DF, ed. New York, Churcill Livingstone, 1984

15. Deisting W.
Transurethral dilatation of the prostate. A new method in the treatment of prostatic hypertrophy.
Urol Internet 1956, 2: 158-174

16. Backman KA.
Dilatation of the prostate according to Deisting Results of followup are and two years after operation.
Acta Chir Scard, 1963, 126-266-274.

17. Castaneda F, Reddy P, et al.
Bering Prostatic hypertrophy: Reetrognade transurethral dilation of the prostatic urethra in humany
Radiology, 1987, 143: 649-653

18. Mebust WK.
Transurethral Surgery
in Walsh PC, Retik AB, Stamey TA and Vaughan ET, eds. Cambell's
Urology, 6th ed, Philadelphia, Saunders Co, 1992, pp. 2900-2952
19. Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική
Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας
Αθήνα 1997
Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Π. Δημήτριος
Τρίτη Έκδοση
Ulrich – Canale – Wen dell
20. Mebust WK, Holtgreul HI, Cockett At and Peters C
Transurethral prostatectomy: immediate and post-operative
complications a cooperative study of 13 institutions evaluating 3885
patients
J. Urol. 1989, 141: 243-247
21. Meyhoff HH and Nordling J.
Long-term results of transurethral and transvesical prostatectomy. A
randomized study. Scan J. Urol. Nephrol, 1986, 20: 27-33.
22. Rous NP and Ramsey Ew.
A population based study of prostatectomy
outcomes associated with differing surgical approaches
J. Urol, 1987, 137: 1184-1188
23. Abrams PH
Investigation of prostatectomy problems
urology, 1980, 15: 209

24. Δρ. Βασίλειος Σταμ. Κατίσκας

Υπέρηχοι και ουρολογία

University Studio Press

25. Άννα Σαχίνη Καρδάση και Μαρία Πάνου

Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική-

Νοσηλευτικές διαδικασίες

Α' Τόμος, Β' Έκδοση

Εκδόσεις Βήτρα Medical Art

Αθήνα 2002