

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ: ΣΤΕΦΑΝΙΔΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΖΗΣΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΓΚΡΙΣΕΩΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

1)

2)

3)

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΑΤΡΑ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 1990



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	180 62
----------------------	--------

## Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Σελίδα

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

Ανατομία πνεύμονος 1

Φυσιολογία πνεύμονος 7

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

Ca πνεύμονα-επιδημιολογία 9

Ιστολογική ταξινόμηση καρκίνου του πνεύμονα 9

Σταδιοποίηση καρκίνου του πνεύμονα 12

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

Αιτιολογία 14

Κλινική Εικόνα 16

Διάγνωση 18

Θεραπεία 20

Πρόγνωση 25

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του πνεύμονα 26

Ψυχολογία του ασθενή 27

Προεγχειρητική-Μετεγχειρητική φροντίδα 29

Φροντίδα κατά την χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία 35

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα 41

ΕΠΙΛΟΓΕΣ 53

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 55

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Ποιν από λίγες δεκαετίες τα λοιμώδη νοσήματα ήταν το βασικότερο πρόβλημα υγείας στον κόσμο. Μετά την καταπολέμησή τους μια άλλη μάλιστα ήθε να πάρει τη θέση τους. Ο καρκίνος.

Στην εργασία μου θα ασχοληθώ με μία από τις μορφές του, τον καρκίνο του πνεύμονα. Οι παράγοντες που με ώθησαν να προσεγγίσω το θέμα αυτό, ήταν δύο.

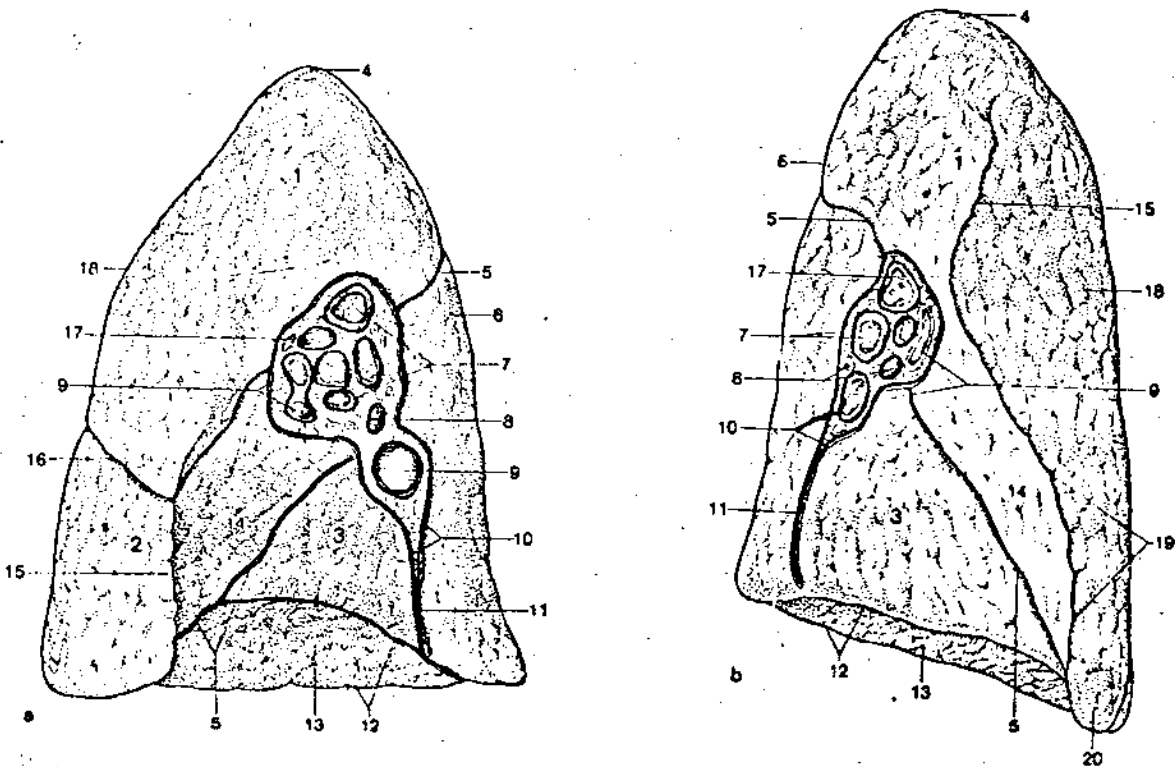
Ο πρώτος παράγοντας είναι το γεγονός ότι η χώρα μας κατέχει μια θλιβερή πρωτιά στην κατανάλωση τσιγάρων, και μέσα από την εργασία μου επιδιώκω να δείξω την άμεση συνάρτηση του καπνίσματος με τον καρκίνο του πνεύμονα.

Ο δεύτερος παράγοντας είναι το πόσο ευαίσθητη και νευραλγική είναι η θέση της νοσηλεύτριας απέναντι στον καρκινοπαθή. Πολυδιάστατη είναι η βοήθεια που μπορεί να δώσει σ' αυτόν τον ασθενή. Συγκεκριμένα η φροντίδα του περιλαμβάνει την προεγχειρητική και μετεγχειρητική, καθώς και εκείνη που μπορεί να δώσει κατά την εφαρμογή χημειοθεραπείας ή ακτινοθεραπείας. Μεγάλη σημασία έχει εδώ η ψυχολογική ενίσχυση που θα πρέπει να φορτίσει η νοσηλεύτρια στον ασθενή, ο οποίος δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν μελλοθάνατος, αλλά σαν ανθρώπινο ον με δικαίωμα ελπίδας και ποιότητα ζωής.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Κάθε πνεύμονας καταλαμβάνει την αντίστοιχη υπεζωτική κή κοιλότητα. Το σχήμα του πνεύμονα μοιάζει με κώνο (Εικόνα 1).



Εικ. 1 Πνεύμονες, άποψη της μεσοπνευμόνιας επιφάνειας  
α. δεξιός πνεύμονας

β. άριστερός πνεύμονας

1. άνω λοβός
2. μέσος λοβός
3. κάτω λοβός
4. κορυφή
5. μεσολόβια σχισμή
6. σπονδυλική μοίρα της έσω επιφάνειας
7. λοβαίοι βρόγχοι
8. βρογχοπνευμονικοί λεμφαδένες
9. πνευμονικές φλ.
10. χείλος τομής του πνευμονικού υπεζωκότα

11. πνευμονικός σύνδεσμος (κοιμένος)
12. κάτω χείλος
13. βάση του πνεύμονα, διαφραγματική επιφάνεια
14. καρδιακό έντύπωμα
15. πρόσθιο χείλος
16. όριζόντια σχισμή
17. πνευμονική άρτ. και κλάδοι της
18. πλευρική επιφάνεια
19. καρδιακή έντομη
20. γλωσσίδα του πνεύμονα

Διακρίνονται σ' αυτόν η βάση, η κορυφή, μία κυρτή επιφάνεια που στρέφεται στις πλευρές και μία κοίλη επιφάνεια που στρέφεται στον μεσοθωράκιο.

Ο αριστερός πνεύμονας, λόγω της θέσεως της καρδιάς προς τα αριστερά, είναι μικρότερος από το δεξιό, και η σχέση των όγκων τους είναι 3:4. Η κοίλη βάση του πνεύμονα σφουγγαρίζει με τη διαφραγματική επιφάνεια στον θόλο του διαφράγματος. Το κάτω χείλος του πνεύμονα σφοδρίζει την βάση. Η έντονα κυρτή πλευρική επιφάνεια εφασμύζει στο κοίλο θωρακικό τοίχωμα και μικραίνει προς τα πάνω μαζί με τη θωρακική κοιλότητα, σχηματίζοντας την κορυφή του πνεύμονα.

Η πλευρική επιφάνεια συνορεύει προς τα εμπρός με τη μεσοπνευμόνια μοίρα της έσω επιφάνειας στο πρόσθιο χείλος, προς τα πίσω δε κάμπτεται με αμβλεία γωνία προς τη σπονδυλική μοίρα της έσω επιφάνειας.

Η έσω μεσοπνευμόνια επιφάνεια γειτονεύει προς τα εμπρός με το μεσοθωράκιο (μεσοπνευμόνια μοίρα), προς τα πίσω δε με τη σπονδυλική στήλη (σπονδυλική μοίρα). Στη μεσοπνευμόνια επιφάνεια και από τη συγκεκριμένη θέση, την πύλη του πνεύμονα, μπαίνουν ή βγαίνουν από τον πνεύμονα οι βρόγχοι, τα αγγεία και τα νεύρα.

Στην πύλη βρίσκονται εμπρός και κάτω οι πνευμονικές φλέβες, η πνευμονική αρτηρία είναι σχεδόν στο μέσο και ο στελεχιαίος βρόγχος πιο πίσω.

Η μεσοπνευμόνια επιφάνεια έχει διαφορετικό σχήμα σε κάθε πνεύμονα λόγω της προσαρμογής της στα όργανα του μεσοθωρακίου. Η μεγαλύτερη διαφορά παρουσιάζεται στο καρδιακό έντυπωμα, που λόγω της ασύμμετρης θέσεως της καρδιάς είναι ορι-

χό στο δεξιό πνεύμονα, ενώ στον αριστερό είναι βαθύ. Το καρδιακό εντύπωμα του αριστερού πνεύμονα προκαλεί στο πρόσθιο χείλος την καρδιακή εντομή.

Κάθε πνεύμονας αποτελείται από λοβούς, που με τη σειρά τους διαιρούνται σε όλο και μικρότερα μέρη. Οι λοβοί του πνεύμονα χωρίζονται μεταξύ τους με βαθιές μεσολόβιες σχισμές, ο δε πνευμονικός υπεζωκότας επενδύει τις σχισμές αυτές.

Ο δεξιός πνεύμονας παρουσιάζει τρεις λοβούς: τον άνω, τον μέσο και τον κάτω λοβό. Ο κάτω λοβός χωρίζεται από τους δύο άλλους με τη λοξή σχισμή. Μεταξύ του άνω και του μέσου λοβού παρεμβάλλεται η οριζόντια σχισμή.

Ο αριστερός πνεύμονας αποτελείται από δύο λοβούς: τον άνω και τον κάτω λοβό, που χωρίζονται με τη λοξή σχισμή.

Μέσα στους πνεύμονες οι βρόγχοι διακλαδίζονται σε μικρότερους βρόγχους, σχηματίζοντας το βρογχικό δένδρο. Η διακλάδωση των βρόγχων γίνεται με διχοτόμηση. Το ζευγάρι των κλάδων που προέρχεται από κάθε βρόγχο, έχει μεγαλύτερη επιφάνεια από τον αρχικό βρόγχο. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ελάττωση της ταχύτητας ροής του αέρα στους μικρότερους βρόγχους.

Όταν μπαίνουν μέσα στους πνεύμονες οι κύριοι βρόγχοι αποσχίζονται στους στελεχιαίους βρόγχους (ο δεξιός σε τρεις, έναν για κάθε λοβό του δεξιού πνεύμονα, ο αριστερός σε δύο, έναν για τον άνω και ένα για τον κάτω λοβό του αριστερού πνεύμονα).

Κάθε στελεχιαίος βρόγχος διαιρείται σε μικρότερους βρόγχους που λέγονται τμηματικοί βρόγχοι.

Στη συνέχεια διχοτομούνται οι τυμπανικοί βρόγχοι και φθάνουμε σε βρόγχους διαμέτρου 1 χιλιοστού που η κατασκευή του τοιχώματος αλλάζει. Δηλαδή, τα χονδρινά ημικόμια που υπάρχουν στους κύριους βρόγχους και την τραχεία, αντικαθίστανται με χόνδρινες πλάκες.

Επίσης οι αδένες που υπάρχουν στους κύριους βρόγχους δεν υπάρχουν σ'αυτού του είδους βρόγχων, με διάμετρο κάτω από ένα χιλιοστό.

Οι διακλαδώσεις του βρογχικού δένδρου με διάμετρο λιγότερο από ένα χιλιοστό, που στο τοίχωμά τους δεν περιέχουν χονδρινό ιστό και αδένες λέγονται βρογχιόλια. Το μικρότερο βρογχιόλιο λέγεται τελικό βρογχιόλιο.

Πριν το τελικό βρογχιόλιο, τα βρογχιόλια έχουν στο τοίχωμα τους κυψελίδες που χρησιμεύουν για την ανταλλαγή αερίων και γι'αυτό λέγονται αναπνευστικά βρογχιόλια.

Τα αναπνευστικά βρογχιόλια καταλήγουν στους κυψελιδικούς πόρους. Ο κυψελιδικός πόρος καταλήγει σε απλές κυψελίδες ή σε κυψελιδικούς σάκκους, που αποτελούνται από μία ομάδα κυψελίδων γύρω από έναν κεντρικό χώρο.

Οι κυψελίδες είναι πολύεδρικές εγκολπώσεις που βρίσκονται στα αναπνευστικά βρογχιόλια, τους κυψελιδικούς πόρους και τους κυψελιδικούς σάκκους. Το τοίχωμα τους ονομάζεται αναπνευστική μεμβράνη και επιτρέπει την διάχυση των αερίων μεταξύ αέρα και αίματος. Οι κυψελίδες χωρίζονται μεταξύ τους με το μεσοκυψελιδικό διάφραγμα.

#### ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ

Ο πνεύμονας αιματώνεται από το σύστημα της πνευμονικής αρτηρίας και το σύστημα των βρογχικών αρτηριών.



Οι βρογχικές αρτηρίες αρχίζουν από την αορτή και φέρνουν αίμα κατά μήκος του βρογχικού δένδρου από τις πύλες του πνεύμονα μέχρι τα αναπνευστικά βρογχιόλια.

Η πνευμονική αρτηρία ακολουθεί τις διακλαδώσεις των βρογχικών αρτηριών, αλλά δίνει τριχοειδή μόνο όταν φθάσει τις κυψελίδες.

Υπάρχουν δύο φλεβικά συστήματα που σπάζουν αίμα από τους πνεύμονες: το σύστημα των βρογχικών φλεβών και το σύστημα των πνευμονικών φλεβών.

#### ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ως πνευμονικό πλέγμα απαγωγές ίνες από το πνευμονογαστρικό νεύρο και το συμπαθητικό στέλεχος φέρονται από την πίσω πλευρά προς τον πνεύμονα.

Οι ίνες αυτές είναι περισσότερο ανεπτυγμένες στην πίσω πλευρά από ότι στην πρόσθια πλευρά της πύλης και κατευθύνονται στους μυς των αγγείων.

Απαγωγές ίνες, από υποδοχείς της διατάσεως, φέρονται με τους κλάδους του πνευμονογαστρικού νεύρου και χρησιμεύουν στην ρύθμιση της αναπνοής.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ο πνεύμονας είναι το μόνο όργανο από το οποίο διέρχεται σχεδόν όλο το αίμα του σώματος.

Η ανταλλαγή αερίων είναι η βασικότερη λειτουργία του πνεύμονα και επιτελείται από την επαφή του αίματος της πνευμονικής κυκλοφορίας με τον αέρα του κυψελιδικού χώρου μέσω της κυψελιδικής μεμβράνης. Η λειτουργία αυτή εξαρτάται από την αντίσταση που παρουσιάζει η κυψελιδική μεμβράνη στη διάχυση των αερίων  $O_2$  και  $CO_2$ , με την προϋπόθεση ότι η αιμάτωση των κυψελίδων είναι περίπου ίση με τον αερισμό του κυψελιδικού χώρου. Δυσαρμονία στη σχέση αυτή έχει ως αποτέλεσμα την πλημμελή λειτουργία της ανταλλαγής αερίων.

Άλλη μία λειτουργία του πνεύμονα είναι η αποθήκευση αίματος, η οποία επιτρέπει την προσαρμογή της παροχής της δεξιάς προς την παροχή της αριστεράς κοιλίας της καρδιάς.

Η αποθήκευση αίματος γίνεται στα πνευμονικά αγγεία ελαστικού τύπου και σε τριχοειδή, των οποίων ο αυλός ανοίγει από την υπερφόρτωση του πνεύμονα με αίμα, όπως π.χ. στην άσκηση.

Συνοπτικά και κατά τον Ι. Ιορδάνογλου οι λειτουργίες των πνευμόνων είναι οι εξής:

α) Ανταλλαγή αερίων ( $O_2$ ,  $CO_2$ )

β) Μη αναπνευστικές λειτουργίες των πνευμόνων

-Αποθήκευση αίματος

-Ανταλλαγή ύδατος-πρωτεϊνών

-Παροχή ουσιών στα κυψελιδικά κύτταρα για τη δημιουργία του δραστικού επιφανειακού στρώματος.

-Κάθαρση του αίματος από αιωρούμενα σωματίδια.

-Ινωδύλωση και συμμετοχή στη διαταραχή πηκτικότητας του αίματος.

-Συμμετοχή στους μηχανισμούς άμυνας του πνεύμονα..

-Απελευθέρωση ή κάθαρση ή βιολογικός μετασχηματισμός χημικών ουσιών στο αίμα.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι Ι

### Ca ΠΝΕΥΜΟΝΑ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

---

Το καρκίνωμα του πνεύμονα αρχίζει, ως συνήθως, από το επιθήλιο των βρόγχων και γι' αυτό λέγεται και βρογχογενές καρκίνωμα.

Προσβάλλει κυρίως άτομα ηλικίας 55-65 ετών. Λιγότερο από 5% των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα είναι κάτω των 40 ετών.

Ο καρκίνος του πνεύμονα, είναι πρώτο κατά σειρά συχνό-V τητας αίτιο θανάτου από καρκίνο στους άνδρες και δεύτερο στις γυναίκες.

Η μεγαλύτερη θνησιμότητα παρατηρείται στη Μ.Βρετανία (προσβάλλονται στους 100.000 κατοίκους οι 100). Ακολουθούν οι Η.Π.Α. με συχνότητα 50 στους 100.000 κατοίκους. Στην Ιαπωνία η συχνότητα είναι μικρή (15 σε 100.000 κατοίκους).

Το ποσοστό επιβίωσης αυτών των ασθενών δεν μεταβλήθηκε σημαντικά τα τελευταία 20 χρόνια. Ακόμη και σε τοπική εντόπιση της νόσου η πενταετής επιβίωση είναι μόνο 30% στους άνδρες και 50% στις γυναίκες.

Συνεπώς το πρωτοπαθές καρκίνωμα του πνεύμονα αποτελεί μεγάλο πρόβλημα υγείας με κακή πρόγνωση.

### ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

---

Το 95% των πνευμονικών όγκων αποτελούνται από 4 κυτταρικούς τύπους που είναι οι εξής:

1) Επιδερμοειδής ή επιθηλιακός. Είναι εντοπισμένος στις πύλες του πνεύμονα. Προέρχεται από αλλοιωμένο βρογχικό επιθήλιο. Ιστολογικά αποτελείται από άφθονο στοίωμα ανώμαλων νε-

οπλάσματινών κυττάρων.

Η κυτταρολογική εξέταση θέτει τη διάγνωση του σε 67-85% των περιπτώσεων.

Είναι συχνότερος τύπος στους άντρες.

2) Αδενοκαρκίνωμα. Συνήθως εκδηλώνεται περιφερικά.

Προέρχεται από τους αδένες του βρογχικού βλεννογόνου. Ιστολογικά αποτελείται από αδενικούς σχηματισμούς μικρής ή μεγάλης διαφοροποίησης. Συχνά παράγει βλένη.

Μία υποδιαίρεση του αδενοκαρκινώματος είναι το κυψελιδικό ή βρογχοκυψελιδικό καρκίνωμα.

Ο όγκος αυτός προέρχεται από τα διαφραγματικά κυψελιδικά κύτταρα. Τα βρογχιόλια και οι κυψελίδες καλύπτονται με νεοπλασματικά κύτταρα.

Με κυτταρολογική εξέταση θέτεται η διάγνωση στο 50% των περιπτώσεων.

Είναι ο συχνότερος τύπος στις γυναίκες.

3) Μικροκυτταρικό καρκίνωμα. Εμφανίζεται κεντρικά στον πνεύμονα.

Ιστολογικά αποτελείται από μικρά κύτταρα, διπλάσια του μικρού λεμφοκυττάρου με λίγο ποωτόπλάσμα και πυρήνα στρογγυλό ή στρογγυλοειδή.

Η κυτταρολογική εξέταση θέτει τη διάγνωση σε 60-70% των περιπτώσεων.

4) Μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα. Εμφανίζεται περιφερικά στον πνεύμονα. Εμφανίζει μικρή διαφοροποίηση. Παράγει πολλές φορές βλένη.

Η κυτταρολογική εξέταση συχνά δεν είναι ικανοποιητική

γι' αυτό τον τύπο.

Οι διάφοροι ιστολογικοί τύποι εμφανίζουν διαφορετική πορεία και αντίδραση στην αγωγή.

Έτσι η σωστή ιστολογική διάγνωση από πεπειραμένο παθολογοανατόμο είναι το πρώτο βήμα για την ορθή αντιμετώπιση.

Οι θεραπευτικές επιλογές γίνονται ανάλογα με την ιστολογική ταξινόμηση του όγκου σε μικροκυτταρικό καρκίνωμα ή σε μια από τις μη μικροκυτταρικές ποικιλίες (επιδερμοειδές, μεγαλοκυτταρικό, βρογχοκυψελιδικό καρκίνωμα).

Το μικροκυτταρικό καρκίνωμα κατά τη διάγνωση του έχει επεκταθεί, είναι ανεγχείρητο και αντιμετωπίζεται κυρίως με χημειοθεραπεία, με ή χωρίς ακτινοθεραπεία.

Οι μη μικροκυτταρικές μορφές αν κατά το χρόνο διάγνωσης βρεθούν εντοπισμένες πρέπει να θεραπεύονται με ακτινοβολία ή εγχείρηση.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Ταξινόμηση των κακοήθων όγκων του πνεύμονα και του υπεζωκότα, σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.).

- I. Επιδερμοειδές καρκίνωμα
- II. Μικροκυτταρικό (ατρακτόμορφο, πολυγωνικό κ.τ.λ.).
- III. Αδενοκαρκίνωμα (βοτρυοειδές, θηλώδες, βρογχοκυψελιδικό).
- IV. Μεγαλοκυτταρικό (σμπάγεις όγκοι).
- V. Μελιτό επιδερμοειδές και αδενοκαρκίνωμα.
- VI. Καρκινοειδής όγκοι.
- VII. Όγκοι βρογχιών αδένων.
- VIII, θηλώδης όγκος του επιπολής επιθηλίου.

ΙΧ:Μεικτοί όγκοι και καρινοσάρκωμα.

Χ.Σάρκωμα.

ΧΙ.Αιτιξινόμητοι όγκοι.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Ευχνότητα μεταστάσεων σε διάφορα όργανα από Ca του πνεύμονα. (Κατά τον Μ.ΚRUPP το 1987).

Ήπαρ 40%

Επινεφρίδια 30%

Εγκέφαλος 20%

Οστά 15%

Νεφροί 15%

## ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Στους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του πνεύμονα πρέπει να γίνεται σταδιοποίηση του όγκου, η οποία είναι απαραίτητη για την σωστή θεραπεία.

Το βασικό σύστημα σταδιοποίησης είναι το TNM. Ο παράγοντας T αναφέρεται στο μέγεθος του όγκου, ο παράγοντας N στη συμμετοχή των επιχώριων λεμφαδένων, ενώ ο παράγοντας M αναφέρεται στην παρουσία ή απουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων.Οι παράγοντες T, N, M συνδυάζονται και δημιουργούνται 3 διαφορετικές ομάδες (στάδια I, II και III). Πίνακας 3.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Σύστημα T.N.M.

### ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΟΓΚΟΣ (T)

ΤΧ:Λαυθάνων καρκίνος. Μόνο κυταρολογικές ενδείξεις από βρογχικά εκπλύματα.

Τ1: Όγκος μεγέθους κάτω των 3CM, χωρίς διήθηση βρόγχου κεντρικότερου από λοβαία.

T2: Όγκος άνω των 3CM. Διήθηση λοβαίου βρόγχου σε απόσταση άνω των 2CM από την τροπίδα. Έλλειψη υπεζωκοτικού υγρού.

T3: Όγκος οποιοδήποτε μεγέθους επεκτεινόμενος στον υπεζωκότα, το θωρακικό τοίχωμα, το διάφραγμα, το μεσοθωράκιο. Απόσταση από την τροπίδα μικρότερη των 2CM. Ατελεκτασία ή πνευμονίτιδα πολυκληρού πνεύμονα και ύπαρξη υπεζωκοτικού πλευριτικού υγρού.

#### ΕΠΙΧΩΡΙΟΙ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ (N)

NO: Αρνητικοί πυλαίοι και μεσοπνευμόνιοι αδένες.

NI: Θετικοί πυλαίοι και μεσοπνευμόνιοι αδένες της ίδιας πλευράς.

N2: Θετικοί μεσοπνευμόνιοι αδένες. Παράλυση φωνητικής χορδής, απόφραξη άνω κοίλης φλέβας και πίεση τραχείας ή οισοφάγου.

#### ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ (M)

MO: Απουσία γνωστών μακρινών μεταστάσεων.

MI: Ύπαρξη μακρινών μεταστάσεων αναγραφόμενης και της θέσεώς τους.

#### ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΤΑ T.N.M.

Λανθάνων καρκίνος: TX, NO, MO.

Στάδιο I: T1, NO, MO, T1N1 MO, T2 NO MO

Στάδιο II: T2, N1, MO

Στάδιο III: T3 με οποιαδήποτε N και M,

N2 με οποιαδήποτε T και M, MI με οποιαδήποτε T ή N.



### Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι Ι Ι

#### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Η πλειονότητα του καρκίνου του πνεύμονα συνδέεται και πιθανώς προκαλείται από το κάπνισμα. Το 80% των περιπτώσεων καρκίνου εντοπίζεται σε καπνιστές. Η συχνότητα καρκίνου στους καπνιστές είναι 8-20 φορές μεγαλύτερη από τους μη καπνιστές.

Το σπουδαιότερο καρκινογόνο του καπνού τσιγάρων είναι το βενζοαπυρένιο.

Το κάπνισμα προκαλεί ιστολογικές αλλοιώσεις στο βρογχικό επιθήλιο των καπνιστών. Αυτές είναι: έλλειψη των κορσών των κυττάρων του επιθηλίου, υπερπλασία του επιθηλίου και κυτταρικές ανωμαλίες. Αυτές οι μεταβολές υποχωρούν όταν το άτομο διακόψει το κάπνισμα, ενώ συγχρόνως υποχωρεί και ο κίνδυνος καρκίνου.

Από στατιστικές διαπιστώθηκε ότι μετά από διακοπή 13 ετών ο κίνδυνος είναι στο ίδιο επίπεδο με τους μη καπνιστές.

Η αύξηση του καρκίνου του πνεύμονα στις γυναίκες συνδέεται με την αύξηση του καπνίσματος μεταξύ των γυναικών.

Εάν προληπτικό μέτρο πρέπει να συνεχισθούν οι προσπάθειες να μειωθεί η συνήθεια του καπνίσματος.

Άλλα αίτια του καρκίνου του πνεύμονα είναι η ιονίζουσα ακτινοβολία, η έκθεση σε ορυκτά ουρανίου, ο ασβάντος, οι αλογονωμένοι αιθέρες, τα χρωμικά, ο μεταλλικός σίδηρος, το νικέλιο, το αρσενικό.

Είναι πιθανό να υπάρχει συνεργική δράση του καπνίσματος και των βιομηχανικών ή περιβαλλοντικών ρυπαντών, ειδικά σε εργάτες ορυχείων ουρανίου και ασχολούμενους με τον ασβάντο.

Τα περιφερικά αδενοκαρκινώματα παρατηρούνται συχνότερα σε θέσεις χρονίων ουλών από χρονίζουσες φλεγμονώδεις αλλοιώσεις, χρόνια διάμεση ίνωση ή σκληροδερμία.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Μόνο τα 5-15% των ασθενών αποκαλύπτονται ενώ είναι ασυμπτωματικοί, συνήθως σε τυχαία ακτινογραφία θώρακα.

Η πλειονότητα των ασθενών προσέρχεται με κάποιο σημείο ή σύμπτωμα.

Τα σημεία και συμπτώματα λόγω κεντρικής ή ενδοβρογχικής αναπτύξεως του πρωτοπαθούς όγκου είναι ο βήχας, η αιμόπτυση, ο συριγμός, η δύσπνοια και η πνευμονίτιδα (πυρετός και παραγωγικός βήχας).

Τα σημεία και συμπτώματα λόγω της επεκτάσεως του πρωτοπαθούς όγκου προς την περιφέρεια είναι το άλγος από προσβολή του υπεζωκότα ή του θωρακικού τοιχώματος, ο βήχας, η δύσπνοια λόγω περιοριστικής διαταραχής και τα συμπτώματα αποστήματος πνεύμονα λόγω σχηματισμού κοιλότητας εντός του όγκου.

Τα σημεία και συμπτώματα που έχουν σχέση με την επέκταση του όγκου στο θώρακα ή στα επιχώρια λεμφογάγγλια, περιλαμβάνουν απόφραξη της τραχείας, πύεση του οισοφάγου και δυσφαγία, παράλυση του λαρυγγικού νεύρου με βράγχος φωνής, παράλυση του φρενικού νεύρου με ανύψωση του ημιδιαφράγματος και δύσπνοια.

Άλλες συνέπειες της επεκτάσεως είναι το σύνδρομο της άνω κοίλης φλέβας λόγω αγγειακής αποφράξεως, η επέκταση προς το περικάρδιο και την καρδιά με επιπωματισμό, αρρυθμίες και καρδιακή κάμψη. Η λεμφική απόφραξη επιφέρει πλευριτική αντίδραση. Η επέκταση στους πνεύμονες μέσω των λεμφαγγείων προκαλεί υποξαιμία και δύσπνοια.

Αιόμη παρατηρούνται ηπατομεγαλία, πληκτροδακτυλία, καθώς και υπεζωκοτική συγκέντρωση υγρού.

Τα γενικά συμπτώματα, όπως ανορεξία, απώλεια βάρους, κόπωση, κατάθλιψη, πυρετός, ανοσοκαταστολές, αποτελούν παρανεοπλασματικά σύνδρομα άγνωστης αιτιολογίας.

Τέλος μπορεί να υπάρξουν ενδοκρινικά σύνδρομα, καθώς και σύνδρομα του σκελετικού συνδετικού ιστού. Πιο σπάνια βλέπουμε διαταραχές της πήξεως, θρομβώσεις ή και δερματικές διαταραχές.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Όταν πιθανολογείται η νόσος από τα σημεία και συμπτώματα, είναι απαραίτητη η ιστολογική διάγνωση της κακοήθειας, ο καθορισμός του ιστολογικού τύπου, η σταδιοποίηση και η εφαρμογή της κατάλληλης αγωγής.

Επί μονήρους πνευμονικού οζίδιου ή άλλης εντοπισμένης βλάβης, η ιστολογική μελέτη θα γίνει μετά την πλήρη εκτομή της, ενώ σε μεγαλύτερες βλάβες μπορεί να ληφθεί τεμάχιο του όγκου ή κύψαρα καρδίνου από τα εκπλύματα με ινοπτική βρογχοσκόπηση και βρογχική βιοψία.

Άλλες μέθοδοι βιοψίας είναι η λήψη μεσοπνευμόνιου λεμφαδένα μετά από μεσοπνευμονιοσκόπηση, η διαδερμική βιοψία διογκωμένου υπερχείδιου λεμφαδένα, η βιοψία μυελού των οστών και η κυτταρολογική εξέταση υπεζωκτικού υγρού, ή η βιοψία με βελόνα από τον προσβλημένο υπεζωκότα.

Η κυτταρολογική εξέταση των πτυέλων θέτει τη διάγνωση συχνά σε όγκους με κεντρική εντόπιση.

Η ακτινογραφία του θώρακα δείχνει παθολογικά ευρήματα σχεδόν σε όλους τους ασθενείς με καρδίνο. Η σύγκριση παλαιών και πρόσφατων ακτινογραφιών επιτρέπει τον υπολογισμό του χρόνου διπλασιασμού. Οι ακτινολογικές ανωμαλίες συνήθως είναι πυλαίες ή περιφερικές μάζες, στελεκτασία, πνευμονίτιδα, σχηματισμός κοιλοτήτων και υπεζωκοτική συγέντωση υγρού.

Η διάγνωση τίθεται τις περισσότερες φορές με την κυτταρολογική εξέταση πτυέλων και την ακτινογραφία θώρακα, επικυρώνονται δε με την βρογχοσκόπηση ειδίως όταν ο όγκος είναι κεντρικός.

### Γενική διαδικασία σταδιοποίησης

Όλοι οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα πρέπει να διερευνώνται από άποψη ιστορικού, φυσικής εξέτασης και των υπόλοιπων ιατρικών προβλημάτων τους. Απαραίτητη είναι η ωτορρινολαρυγγολογική εξέταση, λόγω της συχνής εμφάνισης μεταστάσεων στην περιοχή αυτή.

Γίνεται εξέταση αίματος με αρίθμηση αιμοπεταλίων, βιοχημικές εξετάσεις, δερμοαντίδραση για φυματίωση, ηλεκτροκαρδιογράφημα. Εξετάζονται τα αέρια του αρτηριακού αίματος, αν υπάρχουν σημεία ανσπνευστικής ανεπάρκειας.

Αν υποδηλώνεται η προσβολή οργάνου από τον όγκο με συμπτώματα και σημεία, εκτελείται σπινθηρογράφημα με ραδιοϊσότοπα (εγκέφαλος, ήπαρ, οστά) καθώς και ακτινογράφιση κάθε ύποπτης οστικής βλάβης.

Άλλη μια χρήσιμη διαγνωστική μέθοδος είναι η αξονική τομογραφία (ΑΤ) πνεύμονα. Σχετικά μ' αυτήν και κατά τη διάρκεια των εργασιών του 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου ογκολογίας (1987) αναφέρθηκαν συνοπτικά τα εξής: με την αξονική τομογραφία εκτιμάται η επέκταση του όγκου, οι πιθανές μεταστάσεις και οι διογκωμένοι λεμφαδένες του μεσοθωρακίου. Επιπλέον με την (ΑΤ) μπορεί να κατευθυνθεί λεπτή βελόνα σε μια ύποπτη μάζα και να ληφθεί υλικό για κυτταρολογική εξέταση. Μ' αυτό τον τρόπο μπορεί να τεθεί διάγνωση και σε πολύ μικρές βλάβες, μεγέθους και 1 CM.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι κύριες θεραπευτικές επιλογές στον καρκίνο του πνεύμονα περιλαμβάνουν εγχείρηση, χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Η ανοσοθεραπεία παραμένει στο στάδιο της έρευνας.

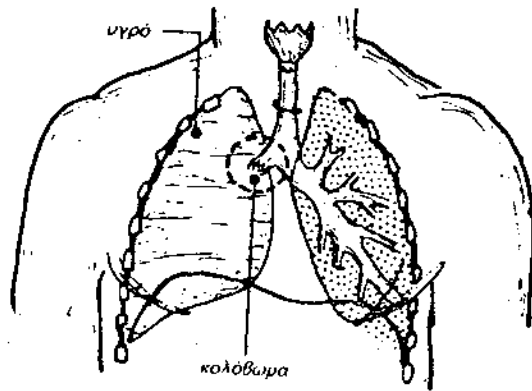
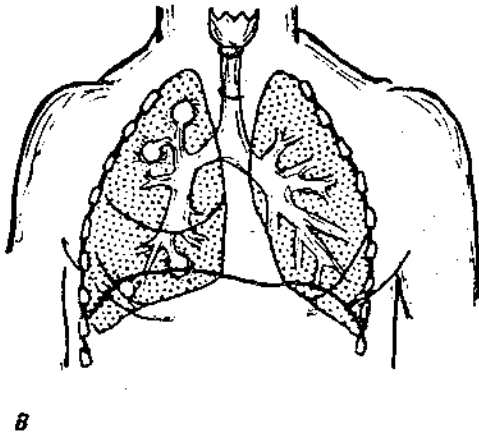
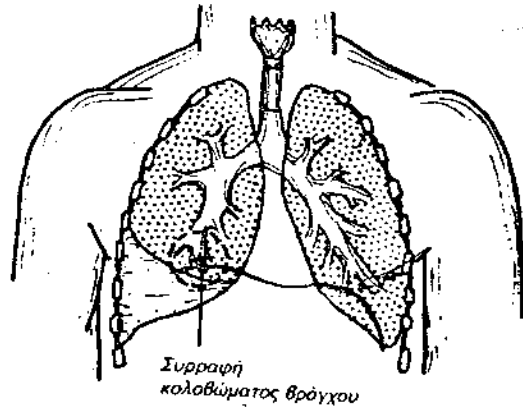
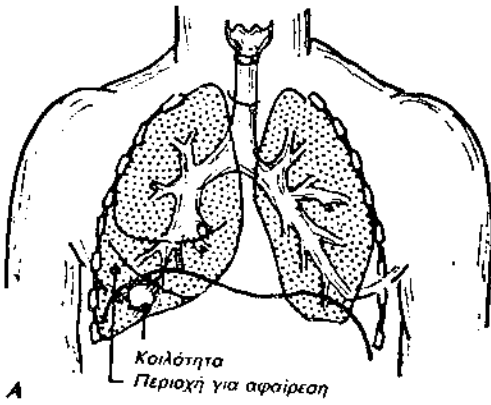
1) ΜΗ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

α) Χειρουργική θεραπεία: Σε ασθενείς με κλινικό στάδιο I και II η θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική εκτομή. Στο στάδιο III σε ασθενείς, όχι προχωρημένης ηλικίας, με ικανοποιητική καρδιοπνευμονική λειτουργία και εντόπιση του όγκου πρέπει και πάλι να επιχειρείται η εκτομή.

Οι εγχειρήσεις που γίνονται είναι η λοβεκτομή, η οποία προτιμάται από την πνευμονεκτομή, ενώ η σπυνοειδής εκτομή και η εκτομή πνευμονικού τμήματος εκτελούνται μόνο σε ασθενείς με χαμηλές πνευμονικές εφεδρείες και μικρές περιφερικές βλάβες. Το 43% περίπου των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα υφίσταται θωρακοτομή. (Εικόνα 2).

Αντενδείξεις εγχείρηση: Εξωθωρακικές μεταστάσεις, όγκος που προσβάλλει την τραχεία, την τροπίδα, υπεζωκοτική συλλογή υγρού, παράλυση του λαρυγγικού νεύρου ή του φρενικού νεύρου, σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας, κακή γενική υγεία και εκτεταμένη προσβολή του θωρακικού τοιχώματος. Μετά την χειρουργική επέμβαση χρησιμοποιείται και συνδυασμός χημειοθεραπείας, που βελτιώνει τον μέσο όρο επιβίωσης των ασθενών.

Στο 4ο Πανελλήνιο συνέδριο ογκολογίας (1987) αναφέρθηκε η χρησιμότητα από την εισαγωγή στην χειρουργική του καρκίνου του πνεύμονα, αυτομάτων συροαπτικών συσκευών απολίψης πνευμονικών φλεβών, της πνευμονικής αρτηρίας και των



Εικόνα 2 Α. Λοβεκτομή και Β. πνευμονεκτομή.



βρόγχων. Έτσι γίνεται ταχύτερη η επέμβαση σε σχέση 1/2, απώλεια αίματος μειωμένη σε σχέση 1/3, χορήγηση αίματος μειωμένη σε σχέση 1/4.

Σαν αποτέλεσμα αυτής της νέας τεχνικής, έχουμε την καλύτερη μετεγχειρητική πορεία, την βράχυνση του χρόνου νοσηλείας και την ασφαλέστερη διακίνηση των ασθενών, καθώς και κέρδος νοσηλείας.

β) Ακτινοθεραπεία: Οι ασθενείς με στάδιο III MO και εκείνοι με στάδια I και II, που δεν επιθυμούν εγχείρηση ή η εγχείρηση αντενδείκνυται για ιατρικούς λόγους, πρέπει να εξετάζονται για ακτινοθεραπεία με σκοπό την ίαση.

Αντενδείξεις ακτινοθεραπείας: Απομακρυσμένες μεταστάσεις, θετικοί υπερκλειδίοι λεμφαδένες, συλλογή υπεζωκοτικού υγρού και η καρδιακή μετάσταση.

Επιτός από την πιθανότητα ίασεως, η ακτινοθεραπεία εκτελείται προληπτικά για τις μεταστάσεις, την ανακούφιση από τον πόνο και για να επιμηκύνει τη ζωή των ασθενών που δεν μπορούν να θεραπευθούν. Η θεραπεία περιλαμβάνει δόσεις συνήθως 5.500-6.000 RAD η κάθε μία.

## 2) ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Η αρχική θεραπεία αποσκοπεί στην επίτευξη πλήρους κλινικής ύφεσης του όγκου. σε πλήρη κλινική ύφεση του όγκου η επιβίωση είναι μεγαλύτερη.

Χωρίς θεραπεία οι ασθενείς με μικροκυτταρινό καρκίνο πνεύμονα έχουν μέση επιβίωση μόνο 6-17 εβδομάδες και οι δοκιμές σε τυχαία δείγματα έδειξαν, ότι η μεμονωμένη ακτινοθεραπεία υπερέχει έναντι της μεμονωμένης εγχείρησης, η χημειοθεραπεία υπερέχει έναντι της ακτινοθεραπείας και ο συνδυασμός

χημειοθεραπείας ακτινοθεραπείας είναι ανώτερος από τη μεμωμένη ακτινοθεραπεία.

Έτσι ο ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας του μικροκυτταρικού καρκίνου, είναι η χημειοθεραπεία με ή χωρίς ακτινοβολία και εγχείρηση.

Σε επιλεγμένους ασθενείς πρέπει να χορηγούνται υψηλές δόσεις συνδυασμένης χημειοθεραπείας με ή χωρίς ακτινοβολία (θεραπεία εφόδου). Αυτή πρέπει να συνοδεύεται με υποστηρικτική αγωγή για τις λοιμώξεις, αιμορραγίες και λοιπές επιπλοκές. Γι' αυτό η περίοδος της εφόδου πρέπει να επιβλέπεται από ογκολόγο.

Οι κανόνες της χημειοθεραπείας συνοψίζονται ως εξής:

1) Πρέπει να χρησιμοποιείται συνδυασμός 3-4 χημειοθεραπευτικών παραγόντων π.χ. το σχήμα CAV (κυκλοφωσφαμίδη+DOXORUBICIN +βινκριστίνη). Προς το παρόν δεν υπάρχουν ενδείξεις υπεροχής κανενός σχήματος έναντι των υπολοίπων.

2) Η αρχική συνδυασμένη χημειοθεραπεία χορηγείται σε υψηλές δόσεις στη διάρκεια των πρώτων 6-8 εβδομάδων, έτσι ώστε να αναμένεται έντονη κοκκιοκυτταροπενία και χαμηλός αριθμός αιμοπεταλίων. Μετά από την αρχική εντατική θεραπεία γίνεται νέα σταδιοποίηση των ασθενών, για να διαπιστωθεί αν εμφανίσθηκε κλινική ύφεση.

Τότε χορηγείται η χημειοθεραπεία <<συντήρησης>> στους αντιδράσαντες ασθενείς επί περίοδο 6-12 μηνών σε κύκλους των 3, 4, και 6 εβδομάδων, ανάλογα με το συνδυασμό που χρησιμοποιείται. Αν η ύφεση εξακολουθεί, η χημειοθεραπεία διακόπτεται. Αν δεν σημειώνεται αντίδραση ή υπάρχει εξέλιξη του όγκου, πρέπει να χορηγείται νέο χημειοθεραπευτικό σχήμα.

Στους ασθενείς με μικροκυτταρικό καρκίνο πρέπει να χορηγείται προφυλακτική ακτινοβολία για την αποφυγή μεταστάσεων.

Επιπλοκές. Υπάρχουν σαφείς παρενέργειες που πρέπει να αναμένονται από την χημειοθεραπεία. Μερικές από αυτές είναι: λευκοπενία, θρομβοπενία, αναιμία, ανυτία, έμετοι, διάρροια, στοματίτιδα, αλωπεκία.

Π Ρ Ο Γ Ν Ω Σ Η  
-----

Το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης για τον καρκίνο του πνεύμονα είναι 10-13%. Οι παράγοντες της επιβίωσης περιλαμβάνουν το στάδιο της νόσου κατά το χρόνο της διάγνωσης, την γενική υγεία του ασθενή, την ηλικία, τον ιστολογικό τύπο του όγκου, τον ρυθμό αναπτύξεως και τον τύπο της θεραπείας. Περίπου το 70% των ασθενών με μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα στο στάδιο I μετά από εγχείρηση επιζούν για 5 έτη.

Γενικά το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης μετά από θεραπευτική εξαίρεση επιθηλιακού καρκινώματος είναι 39%, έναντι 27% για το αδenoκαρκίνωμα και το μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα. Οι ασθενείς με μικροκυτταρικό καρκίνωμα σπάνια ζουν επί 5 έτη μετά τη διάγνωση.

Η κακή διάγνωση για τους περισσότερους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα επιβάλλει τη συνεχή διεξέργεια καλά σχεδιασμένων κλινικών δοκιμών νέων μορφών θεραπείας.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι V

<<ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ>>

---

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Τα βασικά προβλήματα ψυχολογίας που αντιμετωπίζει το άτομο με καρκίνο του πνεύμονα είναι κοινά μ'αυτά που αντιμετωπίζει κάθε καρκινοπαθής.

Μεγαλύτερη ψυχολογική επίπτωση παρουσιάζεται όταν η νόσος εμφανισθεί σε νεαρή ή μέση ηλικία.

Επιτακτικό μέλημα της νοσηλεύτριας είναι να ενισχύει ηθικά και συναισθηματικά τον ασθενή αυτό, και όχι να θεωρεί ότι κάθε ενέργεια της είναι άσκοπη και χωρίς ελπίδα για θεραπεία.

Ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας πρέπει να γίνει σε συνάρτηση με τα συναισθήματα του αρρώστου.

Καθώς η νόσος εξελίσσεται, ο ασθενής περνάει από διάφορες ψυχολογικές φάσεις.

Πρώτη φάση είναι η άρνηση της αποδοχής της ασθένειας. Σ'αυτό το στάδιο πιθανό είναι να υπάρχει άρνηση, συνεργασίας για θεραπεία. Η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει υπομονή και επιμονή.

Δεύτερη φάση είναι ο θυμός έναντι γιατρών, νοσηλευτών ακόμη και συγγενών.

Εκδήλωση αυτής της κατάστασης είναι η απαιτητική συμπεριφορά. Κι εδώ θα πρέπει να ικανοποιούμε τις ανάγκες του ασθενή όσο περνάει από το χέρι μας. Να έχουμε ανεπιτιμότητα και προθυμία όσον αφορά τις φυσικές του ανάγκες.

Τρίτη φάση είναι αυτή της συνδιαλογής κατά την οποία ο ασθενής προσπαθεί να είναι πιο συνεργάσιμος με την ελπίδα ότι θα επέλθει καλύτερευση της κατάστασης και ίσως θεραπείας.

Τέταρτη φάση είναι η φάση της κατάθλιψης, στην οποία αντιλαμβάνεται τη σοβαρότητα της ασθένειας, μελαγχολεί και χάνει τις ελπίδες του. Εδώ θα πρέπει να του δώσουμε θάρρος να εκφράσει τους φόβους του και τα συναισθήματά του.

Τελευταία φάση είναι της αποδοχής, στην οποία έχει επίγνωση της κατάστασης και προετοιμάζεται ψυχολογικά για τον επικείμενο θάνατο. Ο φόβος του θανάτου είναι κυρίαρχο συναίσθημα επειδή το καρκίνωμα του πνεύμονα με τα σημερινά δεδομένα δεν έχει θεραπεία. Όταν η θεραπεία δεν επιφέρει αποτελέσματα και ο θάνατος πλησιάζει, τότε ο ασθενής και η οικογένειά του χρειάζονται συναισθηματική βοήθεια και προετοιμασία για να τον αντιμετωπίσουν.

Σε περίπτωση που θα γίνονται στην νοσηλεύτρια ερωτήσεις σχετικά με την ασθένεια, οι απαντήσεις θα πρέπει να συμβαδίζουν μ'αυτές που θα δίνει ο γιατρός, για να μην δημιουργηθεί ατμόσφαιρα αβεβαιότητας και έλλειψης εμπιστοσύνης απέναντι στο ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό.

Γενικά η νοσηλεύτρια θα πρέπει να είναι προσεκτική στο σύνολο της συμπεριφοράς της, να έχει συναισθηματική κατανόηση των προβλημάτων του αρρώστου και να είναι ανεκτική στις φυσικές του ανάγκες.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΘΑ ΥΠΟΣΤΕΙ

ΘΩΡΑΚΟΤΟΜΗ

Συχνή θεραπευτική παρέμβαση σε ασθενείς με καρδίνο του πνεύμονα, είναι η θωρακοτομή που περιλαμβάνει την ιμπετακτιομή, τη λοβεκτιομή και την πνευμονεκτιομή.

Σκοπός της προεγχειρητικής ετοιμασίας του ασθενή είναι η εξασφάλιση καλής γενικής κατάστασης του οργανισμού.

Φροντίζουμε για την γενική προεγχειρητική ετοιμασία που περιλαμβάνει την:

- 1) Ψυχολογική τόνωση
- 2) Σωματική ενίσχυση
- 3) Καθαριότητα του ασθενούς
- 4) Εξασφάλιση καλού ύπνου
- 5) Ειδικές και γενικές εξετάσεις

Ειδικότερα σ' αυτό το είδος εγχείρησης οι παρεμβάσεις μας είναι οι εξής:

1) Προετοιμάζουμε τον άρρωστο δίνοντας του εξηγήσεις σχετικά με την εγχείρηση, τον διδάσκουμε πως να βήχει και να παίρνει βαθιές αναπνοές. Του δείχνουμε ασκήσεις πλήρους τροχιάς του ώμου και κάτω άκρων. Τον ενημερώνουμε για τους σωλήνες παροχέτευσης. Δίνουμε θάρρος και αισιοδοξία και τον ενθαρρύνουμε να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του.

2) Ενίσχυση καλής αναπνευστικής λειτουργίας, η οποία επιτυγχάνεται με:

α) Εφύγραση του αέρα για την ρευστοποίηση των εκκρίσεων και με επαρκή ενυδάτωση.

β) Παρότρυνση του ασθενή να μην καπνίζει διότι το κάπνισμα αυξάνει τον πνευμονικό ερεθισμό.

γ) Χορήγηση βρογχοδιασταλτικών σε βρογχόσπασμο και α-



ντιβίωσης για την πρόληψη λοιμώξεων.

δ) Παροχέτευση των βρογχικών εκκριμάτων, αν υπάρχουν, και μέτρηση του ποσού των πτυέλων σε ασθενείς με μεγάλη ποσότητα πτυέλων.

ε) Διατήρηση καθαρής στοματικής κοιλότητας για αποφυγή λοιμώξεων στο ανώτερο αναπνευστικό σύστημα.

3) Καλή κατάσταση κυκλοφορικού συστήματος με:

α) Χορήγηση καρδιοτονωτικών σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, καθώς και αντιπηκτικών για την αποφυγή θρόμβωσης και πνευμονικής εμβολής.

β) Ελέγχουμε τις γενικές εξετάσεις αίματος και καρδιακής λειτουργίας. Αν υπάρχει αναιμία ετοιμαζόμαστε για μετάγγιση αίματος. Ενυδατώνουμε τον ασθενή και να χρειαστεί πραγματοποιούμε ενδοφλέβιες εγχύσεις ορών ή παρεντερική σίτιση.

γ) Παρατηρούμε αν ο ασθενής παρουσιάζει εύκολα σωματική κόπωση, και το αναφέρουμε στο γιατρό.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΘΩΡΑΚΟΤΟΜΗ

Σκοπός της μετεγχειρητικής φροντίδας είναι η σύντομη αποκατάσταση του ασθενούς όσον αφορά την αναπνευστική του λειτουργία, και η πρόληψη των επιπλοκών.

Εδώ η νοσηλεύτρια παρεμβαίνει με τους παρακάτω τρόπους:

1) Εξασφαλίζει καλή λειτουργία των πνευμόνων και αυτό το επιτυγχάνει με αναπνευστικές ασκήσεις που διδάσκει καθώς και με ασκήσεις κινητικότητας του σύστοιχου ώμου. Αλλάζει συχνά θέση στον ασθενή. Τον υποβοηθεί κατά τον βήχα για να αποβληθούν οι εκκρίσεις από την αναπνευστική οδό, και χρησιμοποιεί αναρροφητήρα. (Εικόνα 3).

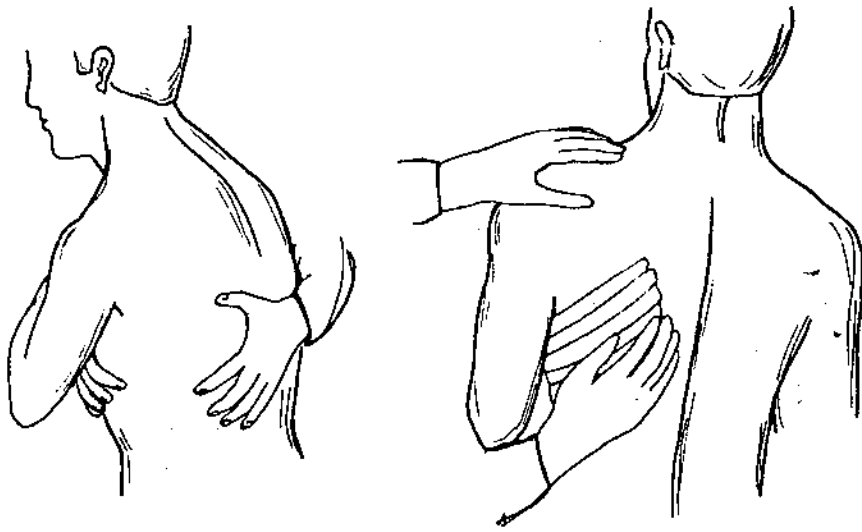
Παρακολουθεί τις τιμές αερίων του αρτηριακού αίματος. Αν είναι ελαττωμένη η  $PO_2$  ή αυξημένη η  $pCO_2$  τότε ενδείκνυται να χρησιμοποιήσει αναπνευστήρα. Σε περίπτωση που ο ασθενής είναι ανήσυχος υποψιάζεται πιθανή υποξία.

Επιβλέπει το κλειστό σύστημα παροχέτευσης θώρα (BILLOW) (Εικόνα 4). Σχετικά με το σύστημα BILLOW θα αναφέρει ότι παροχετεύει αέρα και υγρά από την υπεζωκοτική κοιλότητα. Χρησιμοποιείται όχι μόνο μετεγχειρητικά αλλά σε κάθε περίπτωση που συγκεντρώνεται υγρό στον υπεζωκότα του καρδιοπαθή. Η τοποθέτηση του συστήματος Βι00ος γίνεται στο χειρουργείο, με τοπική αναισθησία στο σημείο που θα γίνει η τομή του θώρακα, και με άσπτες συνθήκες.

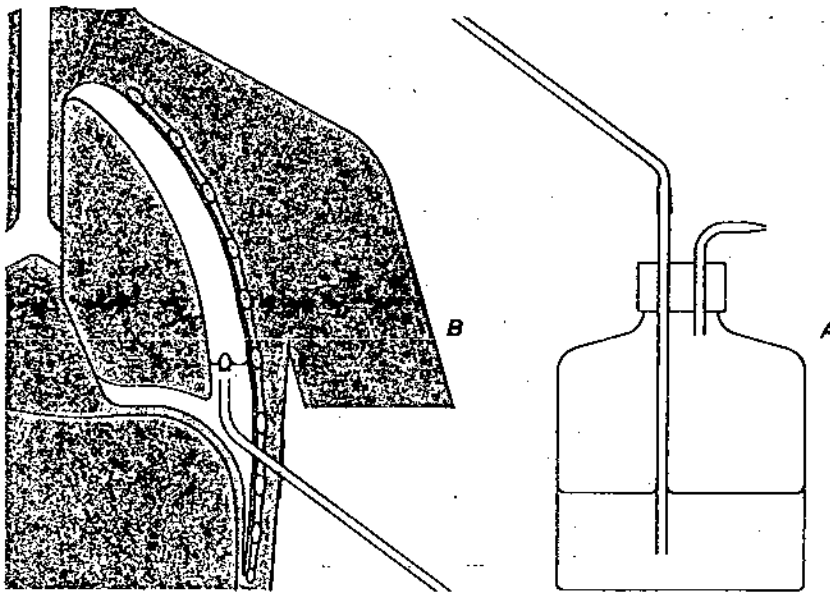
Πριν την τοποθέτησή του η νοσηλεύτρια πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή και να τον καθησυχάσει..

2) Προλαμβάνει και αντιμετωπίζει έγκαιρα τις πιθανές επιπλοκές

α) Παρακολουθεί την τομή για τυχόν αιμορραγία.



Εικόνα 3 Υποστήριξη χειρουργικής τομής κατά το βήχα αρρώστου με θωρακότομή.



Εικόνα 4 α. Φιάλη παροχετεύσεως υπεζωκοτικής κοιλότητας με βαλβίδα νερού έτοιμη για χρήση (Billow) β. Παροχευτικός σωλήνας τοποθετημένος στην υπεζωκοτική κοιλότητα.

β) Λαμβάνει συχνά τα ζωτικά σημεία, μετράει τα αποβαλλόμενα ούρα, μελετά το Η.Κ.Γ. για τις αρρυθμίες, έμφραγμα μυοκαρδίου.

γ) Ρυθμίζει τα χορηγούμενα υγρά και είναι έτοιμη να χορηγήσει διουρητικά σε περίπτωση πνευμονικού οιδήματος.

δ) Όταν υπάρχουν σημεία αναπνευστικής ανεπάρκειας συνδέει τον άρρωστο με αναπνευστήρα.

ε) Εισάγει ρινογαστρικό σωλήνα (LEVIN) όταν παρουσιαστεί γαστρική διάταση.

Άλλες επιπλοκές είναι η μετατόπιση του μεσοθωρακίου, η νεφρική ανεπάρκεια, η πνευμονίτιδα, η ατελεκτασία και ο πόνος. Ο πόνος εμποδίζει την έκπτυξη του θωρακικού τοιχώματος και επομένως ελλατώνει τον αερισμό των πνευμόνων.

Για την ανακούφιση από τον πόνο ενδείκνυται η άνετη στάση του ασθενή στο κρεβάτι και η χορήγηση ισχυρών αναλγητικών.

Γενικά ο πόνος είναι όχι μόνο μετεγχειρητικό πρόβλημα, αλλά κύριο σύμπτωμα στο 45% των ασθενών που έχουν καρτίνο του πνεύμονα και βρίσκονται κυρίως στο τελικό στάδιο της ασθένειας.

Η συμβολή της νοσηλεύτριας στην αντιμετώπιση του πόνου είναι καθοριστική. Βοηθά τον ασθενή σ' αυτή τη δύσκολη κατάσταση με τους παρακάτω τρόπους:

1) Χορηγεί συστηματικά τα παυσίπονα, τις αναισθητικές και νευρολυτικές ουσίες.

2) Δρα σωστά κατά την καταπολέμηση του πόνου με αντινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία ή με διατομή νεύρων (χειρουργική θεραπεία).

3) Στιπρίει τον ασθενή με ψυχολογικές μεθόδους (ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία).

Κλείνοντας το κεφάλαιο της μετεγχειρητικής φροντίδας, θα ήθελα να αναφέρω ότι βασικό μέλημα μας είναι η σχολαστική καθαριότητα και απολύμανση της θωρακοτομής για την αποφυγή φλεγμονής και τη γρήγορη επούλωση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ  
ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Βασικό ρόλο στην επιβράδυνση του καρκίνου του πνεύμονα παίζει η χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

Δύο είναι οι κύριες ευθύνες της νοσηλεύτριας σ' αυτό το στάδιο θεραπείας:

1) Να είναι υπεύθυνη όσον αφορά την χορήγηση των χημειοθεραπευτικών σχημάτων. Δηλαδή να δίνει την ακριβή ποσότητα χημειοθεραπευτικού, να προσέχει να μην διαχύει το φάρμακο στο περιβάλλον, και να μην έρχεται σε επαφή με το δέρμα του ασθενή ή το δικό της.

Συνήθως πριν τη χημειοθεραπεία ενυδατώνεται ο ασθενής. Χαρακτηριστικά σημεία είναι ότι τα φάρμακα των σχημάτων πρέπει να δίνονται με συγκεκριμένη σειρά, και αν δεν είναι ήδη διαλυμένα να διαλύονται με απεσταγμένο νερό και όχι με φυσιολογικό ορό.

2) Να είναι έτοιμη να αντιμετωπίσει τις επιπλοκές των χημειοθεραπευτικών που μπορεί να είναι:

α) Θρομβοπενία: με διαταραχές στην πήξη του αίματος και αιμορραγίες. Παρακολουθούμε τον άρρωστο για τυχόν αιμορραγία, εκχυμώσεις και πετέχειες. Περιορίζονται οι ενέσεις και βρισκόμαστε σετοιμότητα για τυχόν μετάγγιση.

β) Αναιμία. Απαραίτητες είναι οι τροφές που είναι πλούσιες σε σίδηρο. Λέμε στον ασθενή να αποφεύγει την σωματική κόπωση.

β) Λευκοπενία. Συνηθίζεται η χαμηλή τιμή των λευκών αιμοσφαιρίων που έχει σαν συνέπεια την ευαισθησία του οργανισμού στις λοιμώξεις. Μέτρα που χρησιμοποιούνται εναντίον

της λευκοπενίας είναι: προληπτική κάλυψη με αντιμικροβιακά, μέτρηση της θερμοκρασίας, σχολαστική ατομική καθαριότητα, απολύμανση οποιουδήποτε τραύματος. Επίσης γίνεται συχνή αλλαγή της συσκευής έγχυσης υγρών και της βελόνας.

δ) Στοματίτιδα που εμφανίζεται με έληξη στη στοματική κοιλότητα, ερυθρότητα, ξηρότητα, λευκές κηλίδες. Μεριμνούμε για την παρατήρηση του στόματος τακτικά και την τήρηση καθαριότητάς του. Η τροφή να είναι μαλακή και χωρίς καρυκεύματα.

ε) Ναυτία-έμετοι. Παρακολουθούμε τον αριθμό των εμέτων, το είδος και την ποσότητα. Οι ενέργειές μας είναι να δίνουμε αντιεμετικά σύμφωνα με οδηγία γιατρού, να διατηρούμε καθαρό από την κακοσμία τον ασθενή, να μετράμε τα αποβαλλόμενα και εισαγόμενα υγρά. Αν παρσσει ανάγκη θα προβούμε σε ενδοφλέβια έγχυση υγρών.

Σχετικά με τη διατροφή σ' αυτό το στάδιο θα πρέπει να είναι ελαφρά, κρύα και περιεκτική σε θρεπτικές ουσίες. Η χημειοθεραπεία αλλάζει τη γεύση των τροφών. Παρουσιάζουν γεύση μεταλλική, πολύ γλυκειά ή πολύ αλμυρή. Γενικά στους καρκινοπθείς πραγματοποιούνται αλλαγές στην αίσθηση της γεύσης. Να απαγορεύονται τα μεγάλα γεύματα και η κατάποση υγρών κατά τη διάρκειά τους.

στ) Διάρροια. Εντοπίζουμε το είδος, το χρώμα και τον αριθμό των κενώσεων, αν υπάρχουν σημεία αφυδάτωσης. Ενδυναμώνουμε τον ασθενή και χορηγούμε φάρμακα κατά της διάρροιας. Αποφεύγονται οι κυταρινούχες τροφές και όσες προκαλούν αέρια.

ζ) Νεφρική βλάβη. Παρακολουθείται ο άρρωστος για οίδηματα κάτω άκρων, μείωση των ούρων. Μετράται το σωματικό βάρος.

Αναγράφονται τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά για να εκτιμήσουμε το ισοζύγιο υγρών.

η) Ηπατική βλάβη. Σε περίπτωση που εντοπίσουμε ηπατική βλάβη (ίκτερος, ανορεξία, κόπωση) ενημερώνεται ο γιατρός.

θ) Βλάβες αυτιών. Παρακολουθείται ο ασθενής για συμπτώματα βαρηκοΐας και γίνεται ακουόγραμμα.

ι) Αλωπεκία: Ενημερώνεται ο ασθενής ότι αυτή η κατάσταση είναι αναμενόμενη και προσωρινή. Μετά τη διακοπή της θεραπείας θα ξαναφυτώσουν τα μαλλιά.

Τελειώνοντας θέλω να τονίσω ότι χρέος μας σ' αυτή τη δοκιμασία που περνάει ο ασθενής, είναι να τον ενημερώσουμε σχετικά με τις επιπλοκές είτε επιδιώκοντας συζήτηση μαζί του, είτε τροφοτώντας τον με ειδικά ενημερωτικό φυλλάδιο της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας (Ε.Α.Ε.).



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Δύο σκοπούς έχει η ακτινοθεραπεία:

- 1) Χρησιμοποιείται για τη θεραπεία και στασιμότητα του νεο-πλάσματος.
- 2) Ανακουφίζει τον ασθενή από τους πόνους.

Πριν την εφαρμογή της πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή σχετικά με το σκοπό της ακτινοθεραπείας και τις παρενέργειές της. Έτσι θα μειωθεί το άγχος και η ανησυχία του και θα συνεργασθεί καλύτερα με τα μέλη της ομάδας υγείας.

Όταν πρόκειται να εφαρμοσθεί εξωτερική ακτινοβολία η νοσηλεύτρια παίρνει ορισμένα μέτρα:

- α) Διατηρεί στεγνή και ακτινοβολούμενη περιοχή.
- β) Κατά το πλύσιμο της χρησιμοποιεί χλιαρό νερό και ουδέτερο σαπούνι.
- γ) Δεν χρησιμοποιεί αντισηπτικά που επηρεάζουν την ακτινοβολία, ούτε αλοιφές εκτός αν υπάρχει οδηγία από γιατρό. Αποφεύγει τη χρήση λευκοπλάστ και τα επιθέματα.
- δ) Προστατεύει το δέρμα από: την θερμότητα, τους τραυματισμούς, τον ήλιο και τα στεγνά ρούχα που ερεθίζουν.
- ε) Αποτριχώνει την περιοχή με ηλεκτρική μηχανή.
- στ) Συμβουλεύει τον ασθενή, να μην βγάλει το περίγραμμα που καθορίζει το σημείο ακτινοβολίας.
- ζ) Φροντίζει το διαιτολόγιο του να είναι ελαφρό και πλούσιο σε θρεπτικές ουσίες.

Αντιμετώπιση παρενεργειών από την ακτινοβολία:

- 1) Υπάρχει περίπτωση να παρουσιασθεί ακτινοδερματίτιδα (ερυθηματώδης, φυσαλιδώδης, εσχαροποιητική).
- α) Γι' αυτό παρατηρούμε συχνά το δέρμα για ερυθρότητα, ξηρότητα

και απολέπιση.

β) Πλένουμε το δέρμα με χλιαρό νερό και ουδέτερο σαπούνι. Εφαρμόζουμε ουδέτερες κρέμες κατά ιατρική οδηγία.

γ) Προστατεύουμε από την θερμότητα, τον ήλιο, τα στενά ρούχα και τους τραυματισμούς.

2) Σε ναυτία και έμετους προβαίνουμε στα κάτωθι:

α) Ενυδατώνουμε τον ασθενή είτε δίνοντας του άφθονα υγρά, είτε με ενδοφλέβια έγχυση οροών.

β) Δίνουμε αντιεμετικά, αντιϊσταμινικά ή προεμιστικά, σύμφωνα με την ιατρική εντολή.

γ) Φροντίζουμε τα γεύματα να είναι μικρά και συχνά, πλήρη σε θερμιδική αξία και σε θρεπτικές ουσίες.

δ) Διατηρούμε καθαρή την στοματική κοιλότητα με συχνές τοπικές πλύσεις.

3) Αν εμφανισθεί διάρροια, τότε:

α) Δίνουμε τα αντιδιαρροϊκά που μας υπέδειξε ο γιατρός.

β) Ενυδατώνουμε τον ασθενή.

γ) Του δίνουμε τροφές που δεν περιέχουν κυτταρίνη και δεν αφήνουν υπόλειμμα στο έντερο.

4) Αναμενόμενη είναι και η καταστολή του μυελού των οστών. Έτσι θα πρέπει να προστατεύουμε τον άρρωστο από λοιμώξεις και τραυματισμούς. Επίσης παρακολουθούμε μήπως εμφανισθούν αιμορραγίες και τις αντιμετωπίζουμε.

Όταν πρόκειται να εφαρμοσθεί ενδοκοιλιακή εισαγωγή ραδιοϊσοτόπου στην υπεζωκοτική κοιλότητα, για να ανασταλεί η παραγωγή εξιδρώματος, παίρνουμε ορισμένα μέτρα:

α) Προσέχουμε μήπως διαρρέει ραδιενεργό διάλυμα από το σημείο παρακέντησης του θώρακα. Αν χρειασθεί επικενωτική παρα-

κέντηση, λαμβάνουμε μέτρα ώστε να μη μολυνθεί το περιβάλλον.

β) Τα πτύελα και τα σπικνοίματα του ασθενή φυλάγονται και ειδοποιείται το τμήμα ραδιοϊσοτόπων για την σπουάκρυνσή τους.

γ) Νοσηλεύουμε τον άρρωστο με μπλούζα και γάντια. Τηρούμε τις αρχές απόστασης-χρόνου αλλά δεν παραμελούμε τον ασθενή. Πρέπει να φοράμε δοίμετρο, ώστε να υπολογίζουμε την ακτινοβολία που πάρνουμε.

δ) Πληροφορούμε τον άρρωστο ότι η σπουόνωση που θα υποστεί σ' αυτό το είδος θεραπείας είναι παροδική και του εξηγούμε το λόγο που εφαρμόζεται.

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ**

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ενδεικτικά θα αναφερθώ σε δύο περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα, διαφορετικού ιστολογικού τύπου. Η μία περίπτωση αφορά επιδερμοειδές καρκίνωμα και η άλλη μικροκυτταρικό καρκίνωμα.

Οι ασθενείς αυτοί νοσηλεύτηκαν στο <<Κέντρο νοσημάτων θώρακα νοτιοδυτικής Ελλάδας>>.

Περίπτωση Ιη

Όνοματεπώνυμο: Π.Δ.

Ηλικία-Επάγγελμα: 77 ετών-αγρότης

Συυήθειες: Καπνίζει ένα πακέτο τσιγάρα ημερησίως, πίνει.

Ατομικό ιστορικό: Σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση.

Οικογενειακό ιστορικό: Όχι βεβαρημένο

Αίτια εισόδου: Καταβολή δυνάμεων, δύσπνοια.

Παρούσα νόσος: Αρχίζει πριν 20 ημέρες με δύσπνοια, ανορεξία, απώλεια βάρους, καταβολή, πλευροδυνία δεξιά η οποία επιδεινώνεται με τις κινήσεις.

Ο ασθενής συμβουλευτήκε αγροτικό ιατρό και εστάλη για έλεγχο.

Περίγραφή ακτινογραφίας: Ομοιογενής σκίαση του δεξιού μέσου και κάτω πνευμονικού πεδίου.

Πορεία της νόσου

10.7.89: Πρώτη εισαγωγή στο <<Κέντρο Νοσημάτων Θώρακος>>.

12.7.89: Έγινε ενκυσωτική παρακέντηση θώρακα και αφαιρέθηκαν 1.100 CC πλευριτικού υγρού. Το TEST MANTOUX αποδείχθηκε θετικό.

14.7.89: Έγινε βιοψία υπεζωκότα και εστάλη δείγμα για ιστο-

λογική εκτίμηση. Επίσης εστάλην πλευριτικό υγρό για κυτταρολογική εξέταση. Η κυτταρολογική εξέταση πτυέλων ήταν αρνητική για κακοήθεια.

21.7.89: Έγινε ειμμενωτική παρακέντηση και σφαιρόθηκαν 1000 CC πλευριτικού υγρού.

Από την κυτταρολογική εξέταση πλευριτικού υγρού που εστάλη στις 14.7.89 διεγνώσθη επιδερμοειδής καρκίνος του πνεύμονα.

25.7.89: Ο ασθενής εστάλη στο χειρουργείο για τοποθέτηση BILLOW.

1.8.89: Προγραμματισμός για ακτινογραφία θώρακος-εγκεφάλου, κοιλιάς και για σπινθηρογράφημα οστών.

10.8.89: Αφαίρεση BILLOW.

12.8.89: Εδόθη το πρώτο χημειοθεραπευτικό σχήμα (BARAPLATIN 600 MG, VELBE 15 MG, MITOMYCIN 15 MG).

13.8.89: Έξοδος από το νοσοκομείο.

11.9.89: Επανεισαγωγή (προσέρχεται για το δεύτερο χημ/κό σχήμα).

12.9.89: Ακτινογραφία εγκεφάλου, θώρακα, κοιλιάς.

13.9.89: Εδόθη το 2ο χημ/κό σχήμα με τα ίδια φάρμακα.

14.9.89: Έξοδος

19.9.89: Επανεισαγωγή. Εδώ και 2 ημέρες παρουσιάζει θωρακικά οστικά άλγη, δυσφορία, εμέτους, διάρροιες. Σημεία σφυδάτωσης και ταχυκαρδία. Κατά την καρδιολογική εκτίμηση εντοπίστηκε φλεβοκομβική ταχυκαρδία.

21.9.89: Λευκά αιμοσφαίρια:  $1.250/\text{CM}^2$

Αιμοπετάλια:  $100.000/\text{CM}^2$ . Έγινε μετάγγιση μιάς φιάλης αίματος.

28.9.89: Λευκά αιμοσφαίρια:  $5.150/\text{CM}^2$

Αιμοπετάλια:  $80.000/\text{CM}^2$ , HT=49%

Αέρια αίματος:  $\text{PCO}_2$  (43,1),  $\text{PO}_2$  (58,4)

29.9.89: Έξοδος

13.11.89: Επανεισαγωγή για το τρίτο σχήμα. Στασιμότητα στην ακτινογραφία θώρακα.

17.11.89: Έξοδος

12.12.89: Επανεισαγωγή για να κάνει το τέταρτο χημ/κό σχήμα.

### Περίπτωση 2η

Όνοματεπώνυμο: Κ.Δ.

Ηλικία-Επάγγελμα: 65 ετών-Οικοδόμος

Συμπτώματα: καπνίζει πάνω από ένα πακέτο ημερησίως.

Ατομικό ιστορικό: Όχι βεβαρημένο

Οικογενειακό ιστορικό: όχι βεβαρημένα.

Αίτια εισόδου: Αιμόπτυση, δύσπνοια, απώλεια βάρους.

Παρούσα νόσος: Μετά από βρογχοσκόπηση διαπιστώθηκε καρκίνος μικροκυτταρικού τύπου. Ο ασθενής εστάλη για έλεγχο από λα-  
ταρείο του Ι.Κ.Α.

Περιγραφή ακτινογραφίας: Σκίαση δεξιού μέσου πνευμονικού πε-  
δίου.

### Πορεία της νόσου

10.4.89: Πρώτη εισαγωγή στο νοσοκομείο.

12.4.89: Έγινε εξέταση πτυέλου για Β.ΚΟΧΗ που ήταν αρνητική.

14.4.89: Ο ασθενής βρογχοσκοπήθηκε και βρέθηκαν τα εξής: Λάουγ-  
γας φυσιολογικός, τροπίδα της τραχείας φυσιολογική με καλή  
κινητικότητα.

Βρόγχοι δεξιά: Πλήρης (κατά 98%) απόφραξη του δεξιού, άνω λο-

βαίου βρόγχου από λίαν οιδηματικό και σώμαλο βλεννογόνο.

Επίσης έγινε λήψη ιστοτεμαχιδίων βλεννογόνου βρόγχων για ιστολογική εξέταση. Η ιστολογική έκθεση γράφει: Υπάρχουν τμήματα βρογχικού βλεννογόνου με διήθηση του χορίου τους από καρκίνωμα μικροκυτταρικού τύπου. Τμήματα βρογχικού βλεννογόνου με αλλοιώσεις χρόνιας φλεγμονές. Ακόμη υπάρχουν αιματοπήγματα και αποφολιωμένα βρογχικά επιθήλια.

10.5.89: Επανεισαγωγή. Ο ασθενής προσέρχεται για να αρχίσει χημειοθεραπεία. Εδόθη εντολή για πλήρη εργαστηριακό έλεγχο και ακτινογραφία θώρακα.

11.5.89: Παύρνει το πρώτο χημειοθεραπευτικό σχήμα (FARMUTOBICIN 10 MG, ENDOXAN, VERECID 100 MG).

13.5.89: Έξοδος

9.6.89: Επανεισαγωγή. Το δεύτερο χημ/κό σχήμα με τα ίδια φάρμακα.

11.6.89: Έξοδος

11.7.89: Επανεισαγωγή. Εισέρχεται για το τρίτο χημ/κό σχήμα. Εδόθη εντολή για αξονική τομογραφία εγκεφάλου, σπινθηρογράφημα οστών και ήπατος. Δεν ευρέθη δευτεροπαθής όγκος στον εγκέφαλο, τα οστά και το ήπαρ.

9.8.89: Επανεισαγωγή για το τέταρτο χημ/κό σχήμα. Εδόθη εντολή για αρίθμηση αιμοπεταλίων τα οποία εβρέθησαν  $140.000/\text{CM}^2$  (ελλατωμένα).

8.9.89: Πέμπτο χημειοθεραπευτικό σχήμα με τα ίδια φάρμακα. Αέρια αρτηριακού αίματος: PH(7,3), PCO<sub>2</sub> (39), PO<sub>2</sub> (73,2).

9.11.89: Έκτο χημ/κό σχήμα.

12.12.89: Έβδομο χημ/κό σχήμα.

Θα συνεχίσει επ'όριστον χημειοθεραπευτικά σχήματα.

Σειρά εργαστηριακών εξετάσεων: 1) Γενικές αίματος με έμφαση στα ερυθρά και λευκά αιμοσφαίρια, στα αιμοπετάλια, αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνη.

2) Βιοχημικές εξετάσεις αίματος για: κρεατινίνη, κάλιο, νάτριο, χολερυθρίνη, λεύκωμα, σφαιρίνες, σάκχαρο, ουρία.

3) Ανίχνευση αυστραλιανού αντιγόνου.

4) TEST MANTOUX, ηλεκτροκαρδιογράφημα.



Νοσηλευτική αντιμετώπιση 1ης περίπτωσης

Κατά την εισαγωγή του ασθενή παρατηρήθηκε η γενική κατάστασή του και ελήφθησαν τα ζωτικά σημεία (θερμοκρασία, πίεση, σούξεις, ανσπνοές).

Λόγω δύσπνοιας που του παρουσιάσθηκε, χορηγήθηκε  $O_2$  με μάσκα VENTOURI στα 5-6 LIT. Προσέχουμε η συσκευή χορήγησης  $O_2$  να είναι σωστά τοποθετημένη, στα σωστά LIT και στο ροόμετρο να υπάρχει επαρκής ποσότητα απεσταγμένου νερού.

Ο ασθενής βρίσκεται σε ημικαθιστική θέση. Επειδή δεν είναι σε θέση να σιτισθεί και να πάρει τα απαραίτητα υγρά, τοποθετούμε κατά εντολή γιατρού ορό (WORMAL SALINE 0,9% ή DEXTROSE 5%, 10%).

Για την αντιμετώπιση του πόνου που παρουσιάσθηκε δόθηκαν παυσίπονα (ALGARHAN, PETHIDINE) με ενδοφλέβια χορήγηση.

Ο ασθενής είχε συλλογή υπεζωκοτικού υγρού και χρειάστηκε να γίνει εκκενωτική παρακέντηση για την ασφαρέσή του.

Ετοιμάσαμε το τροχηλάτο με τα απαραίτητα αντικείμενα: νεφοσειδές με τολύπια βόμβακος, οινόπνευμα, BETADINE για την τελική απολύμανση της περιοχής, αποστειρωμένα γάντια, αποστειρωμένο πεδίο, λευκοπλάστ, ψαλίδι, φλεβοκαθετήρες όλων των μεγεθών, αποστειρωμένες γάζες, CITOPLAST. Ακόμη υπάρχει συσκευή ορού την οποία συνδέουμε με ογκομετρικό δοχείο στο οποίο θα γίνει η συλλογή υγρού.

Κατά τη διάρκεια της παρακέντησης προσφέρθηκε η απαραίτητη νοσηλευτική βοήθεια στον Ιατρό και στον ασθενή.

Μετά την παρακέντηση γίνεται εντατική παρακολούθηση του ασθενή. Βλέπουμε το χρώμα του υγρού και μετράμε την πο-

οότιπτά του.

Κατόπιν εντολής γιατρού σφαιροέθηκε ο καθετήρας και η συσκευή ορού. Στο σημείο αυτό τοποθετούμε αποστειρωμένες γάζες ή CUTOPLAST, για να μην μολυνθεί η περιοχή. Δίνουμε οδηγίες στον ασθενή για την σωστή θέση που θα πάρει στο κρεβάτι.

Η παρακέντηση είχε και διαγνωστικό σκοπό και γι' αυτό στο τροχηλάτο βρισκόταν σύριγγες των 10 CC και 20 CC, καθώς και σωληνάκια αποστειρωμένα και μη.

Ο ασθενής παρουσίασε συνεχή συλλογή υπεζωστικού υγρού και χρειάστηκε να τοποθετηθεί BILLOW. Εστάλη στο χειρουργείο για την τοποθέτηση του που έγινε με άσηπτες συνθήκες. Επανήλθε στην κλινική με το BILLOW.

Προσέχθηκε το τραύμα να παραμείνει άσηπτο. Όταν γέμισε η φιάλη του BILLOW, κλείσαμε τη συσκευή με την ειδική εγκόπη και αδειάσαμε το περιεχόμενό της.

Ελήφθησαν τα ζωτικά σημεία. Μετρήθηκαν τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, σε σχέση με την ποσότητα ορού που παίρνει και με τα ούρα που αποβάλλει. Ο ασθενής έχει καθετήρα κύστης διότι δεν είναι σε θέση να σηκωθεί από το κρεβάτι.

Ο ασθενής πήρε χημειοθεραπευτικά με βάση το ύψος και το βάρος που του μετρήσαμε.

Ετοιμάσαμε το σχήμα που ήταν το εξής:

Επειδή τα χημειοθεραπευτικά είναι επικίνδυνα, πήραμε τις απαραίτητες προφυλάξεις.

Φορέθηκαν γάντια για να μην έρθουμε σε επαφή με το φάρμακο που προκαλεί νέκρωση ιστών αν έρθει σε επαφή με το

δέουμα.

Χρησιμοποιήθηκε μάσκα για να αποφύγουμε την δύσπνοια που προκαλείται κατά την διάλυση των φαρμάκων, καθώς και σκούφος για τα μαλλιά.

Το πρώτο φάρμακο του σχήματος ήταν το PARAPLATIN 600MG σε 500 CC DEXTROSE 5% επί 3 ώρες. Το PARAPLATIN περιέχεται σε FLACON των 150 MG. Το φάρμακο αυτό έπρεπε να το πάρει ο ασθενής σε 3 ώρες, γι' αυτό ρυθμίσαμε τις σταγόνες που θα πέφταν ανά λεπτό.

Το δεύτερο φάρμακο ήταν το VELBE, 15 MG σε 200 CC NORMAL SALINE 0,9% επί μιάμιση ώρα. Όταν τελείωσε το VELBE, χορηγήσαμε το MITOMYCIN 15 MG με ογκομετρικό επί μιάμιση ώρα.

Καθ' όλη τη διάρκεια που χορηγήθηκε το σχήμα λαμβάναμε τα ζωτικά σημεία και γινόταν μέτρηση ούρων. Ο ασθενής έκανε εμετούς και του εδόθησαν αντιεμετικά (PRIMPERAN, THILODEXIN I.V.).

Για την καθαριότητα του υπήρχε στο κοινοδίνο νεφροειδές νερό και χαρτοβάμβακο. Οι έμετοι αναφέρθηκαν στον γιατρό.

Γενικά φροντίσαμε να έχει φυσική όρεση ο ασθενής και τον διατηρήσαμε καθαρό.

Μετά το τέλος της χημειοθεραπείας χορηγήσαμε ορό χωρίς εμπλούτιση για την επαρκή ενυδάτωση του (όχι σε γρήγορη ροή για πρόληψη καρδιακής ανεπάρκειας).

Πριν την Χ.Μ.Θ. ενημερώθηκε ο ασθενής για τις συνέπειες της και του εξηγήθηκε ότι η θεραπεία αυτή θα συντελέσει αποτελεσματικά στη βελτίωση της υγείας του. Καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του αντιμετωπίσθηκε με καλωσύνη και

καλύφθηκαν οι προσωπικές του ανάγκες.

Κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο, του εξηγήσαμε ότι θα μπορεί να ζει φυσιολογικά και να εξασκεί τις δραστηριότητες που μπορεί.

### Νοσηλευτική αντιμετώπιση 2ης περίπτωσης

Ο κ. Κ.Δ. προσήλθε στην κλινική με παρόξυνση δύσπνοιας και αιμόπτυση. Είχε χαρακτηριστικό προσώπειο στόμου με δύσπνοια και ήταν πολύ ταραγμένος. Αρχικά τον καθυσηχάσαμε και του πήραμε ζωτικά σημεία (αναπνοές: 28/MIN, σφύξεις 120/MIN, αρτηριακή πίεση-150 MMHG, θερμοκρασία 36,8°C).

Εκείνο που προείχε ήταν να του αποκαταστήσουμε καλή οξυγόνωση. Τον βοηθήσαμε να καθήσει σε ημικαθιστική θέση για να διευκολυνθεί η αναπνοή και στη συνέχεια του χορηγήσαμε O<sub>2</sub> με ρινοκαθετήρα στα 3-4 LIT.

Με εντολή γιατρού εδόθη ορός φυσιολογικός 0,9%. Εξασφάλισαμε με την φλεβοκέντηση μια καλή φλέβα, διότι θα χρειαζόταν και μετά για την μετάγγιση αίματος εξ αιτίας της αιμόπτυσης που παρουσίαζε. Πήραμε δείγμα αίματος για διασταύρωση και ενημερώθηκε η αιμοδοσία σχετικά με την ποσότητα φιαλών που θα χρειαζόταν (δύο φιάλες).

Αφού βρέθηκε το κατάλληλο για τον ασθενή αίμα, ελέγχθηκαν τα στοιχεία της φιάλης και από εμάς και κατόπιν με προσοχή χορηγήθηκε. Παρακολουθούσαμε εντατικά τον ασθενή παίρνοντας συχνά τα ζωτικά του σημεία και προσέχοντας μην παρουσιασθούν επιπλοκές (ρίγος, πυρετός).

Μετά απ' αυτές τις διεργασίες βελτιώθηκε σημαντικά η κατάσταση του (υποχώρησε η δύσπνοια και αυξήθηκε ο αιματοκρίτης).

Καθ' όλη τη διάρκεια της κρίσης ενισχύσαμε ψυχολογικά τον ασθενή και τον διατηρούσαμε καθαρό (κατά την αιμόπτυση εφοδιάστηκε με νεφροειδές και χατοβάμβακα).

Από την αρχή της νοσηλείας του εδόθη προληπτικά αντι-

βίωση (PRIMAXIN 1 X 4 I.V.) για αποφυγή των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.

Όταν συνήλθε από την κοίσιμη κατάσταση έγινε εργαστηριακός και ακτινολογικός έλεγχος και διαπιστώθη κοκκίνωμα πνεύμονα.

Κατά εντολή του θεράποντος γιατρού άρχισε χημειοθεραπευτικά σχήματα που αποτελούταν από: FARMORUBICIN 10 MG, ENDOXAN 200 MG, VERECID 100 MG. Ετοιμάσαμε με τις κατάλληλες προφυλάξεις (γάντια, μάσκα, σκούφο) πρώτα το FARMORUBICIN 10 MG το οποίο διαλύσαμε σε 200 CC φυσιολογικό ορό.. Ρυθμίστηκε να πέσει σε 2 ώρες. Δεύτερο χορηγήθηκε το ENDOXAN 200 MG διαλυμένο σε 500 CC N.S. Εδόθη επί 3 ώρες. Τέλος δόθηκε το VERECID 100 MG σε ογκομετρικό. Προληπτικά πήρε ο ασθενής αντιεμετικό (PRIMPERON).

Ταυτόχρονα, γινόταν αιριβής μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών, με μέτρηση των ούρων και της ποσότητας των ορών.

Επειδή ο άρρωστος ήταν ανήσυχος, ενημερώθηκε σχετικά με τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας (διάοροια, έμετοι, αλωπεκία) και του ελέχθη ότι όλα αυτά θα ήταν παροδικά και θα έπαυαν με το τέλος της θεραπείας.

Σε μια άλλη επανεισαγωγή του κ. Κ.Δ. και κατά τον έλεγχο του αίματός του, ο σπαιθμός των αιμοπεταλίων εβρέθη ελαττωμένος ( $140.000/CM^2$ ).

Αυτό είναι ένα συνηθισμένο φαινόμενο κατά τη χορήγηση χημειοθεραπείας και για την αντιμετώπισή του ο γιατρός έδωσε εντολή να πάρει 3 σκούς αιμοπετάλια. Όση ώρα έπαιρνε τα αιμοπετάλια ο ασθενής, προσέχαμε μην τυχόν εμφανίσει

επιπλοκές. Εμείς από μέρους μας είμαστε προσεκτικές κατά την νοσηλεία του και περιμένουμε να μην του προκαλέσουμε αιμορραγία με τους νοσηλευτικούς χειρισμούς.

## Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

---

Ελπίζω με την εργασία μου αυτή, που προσπάθησα να τη γράψω όσο το δυνατό απλά και κατανοητά, να έγινε αντιληπτό το πρόβλημα του καρκίνου του πνεύμονα.

Δεν χρειάζεται να τρομάζουμε στο άκουσμά του, διότι είναι στο χέρι του καθενός μας να αποφύγουμε το συγκεκριμένο είδος καρκίνου.

Ο κάθε καπνιστής για να κόψει το κάπνισμα, πρέπει να το πάρει απόφαση και προσπάντων να έχει θέληση να σώσει την υγεία του.

Η πρόληψη είναι βασικό μέλημα όλων μας και επειδή υπάρχει μια ασυμπτωματική περίοδος στην ανάπτυξη του καρκίνου του πνεύμονα, κάθε άτομο που είναι καπνιστής για πολλά χρόνια, θα πρέπει να κάνει περιοδικά ακτινογραφική, κυτταρολογική και κλινική εξέταση.

Το κράτος από την πλευρά του θα πρέπει να νομοθετήσει την αντικαπνιστική εκστρατεία. Εκδηλώσεις αυτής της εκστρατείας μπορεί να είναι:

α) Απαγόρευση του καπνίσματος σ' όλους τους δημόσιους χώρους.

β) Απαγόρευση της διαφήμισης τσιγάρων από τα μέσα ενημέρωσης και από όσους χώρους ελέγχονται από το κράτος.

γ) Να μεγαλώσει η ενημέρωση για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος. Να γίνεται επιμόρφωση του κοινού με διαλέξεις και ομιλίες.

Τελειώνοντας θέλω να ευχαριστήσω τον υπεύθυνο καθηγητή της πτυχιακής μου εργασίας, τον κ. Ζήση Θεόδωρο, για την πο-



λύσιμη βοήθεια που μου έδωσε ώστε να διεκπεραιώσω το θέμα που ανέλαβα να αναπτύξω. Επίσης θέλω να ευχαριστήσω τις συνάδελφους νοσηλεύτριες κ. Μπούρδαλα Αικατερίνη και Σερλεμέ Σωτηρία για την προθυμία με την οποία με κατατόπισαν σχετικά με την νοσηλεία των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα.

Φυσικά μεγάλο μέρος των ευχαριστιών μου ανήκει στους γονείς μου.

Στεφανίδου (του Χαραλάμπου) Δήμητρα

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ. <<Ειδική Νοσολογία>>, Τόμος Α' (σελ.275-284),  
Έκδοση Δ', Εκδόσεις Γ.Παρισιάνος. Αθήνα 1984
- FRICK H. -LEONHARDT H. - STARCK D. <<Ειδική Ανατομία>>, τόμος  
Β' (σελ.309-325), μετάφραση: Ν.Δ.Νηφόρος
- HARRISON T.R. <<Εσωτερική παθολογία>>, τόμος Β' (σελ.2085 -  
2093), μετάφραση: Βαγιωνάκης Α. - Βαρώνος Δ., Εκδόσεις  
Γ. Παρισιάνος, Αθήνα 1987.
- ΙΟΥΡΔΑΝΟΓΛΟΥ Ι.Β. <<Μαθήματα πνευμονολογίας - φυματιολογίας>>  
τεύχος Γ' (σελ.60-65), Εκδόσεις Γ.Παρισιάνος, Αθήνα  
1985.
- ΚΟΣΜΙΔΗΣ Π. <<Επείγουσα θεραπευτική ογκολογίας>> (σελ.115-  
125), Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984.
- KRUPP M. - CHATTON M. - TIERNEV L. <<Εύγχρονη διαγνωστική και  
θεραπευτική>>, τόμος Α', (σελ.205 - 209), Μετάφραση: Τ.  
Κρικιέλης - Μουντοκαλάκης Θ. - Φερτάκης Α. Εκδόσεις Γ.Πα-  
ρισιάνος, Αθήνα 1987
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. <<Παθολογική και χει-  
ρουργική Νοσηλευτική>>, τόμος Β', (σελ.144-151), Έκδο-  
ση ένατη, Εκδόσεις <<Η ΤΑΒΙΘΑ>>, Αθήνα 1987.
- ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α. -ΠΑΝΟΥ Μ. <<Παθολογική και χειρουργική  
νοσηλευτική>>, τόμος Α', (σελ. 181-188), Εκδόσεις Βήτα,  
Αθήνα 1985.
- ΣΦΛΩΜΟΣ Κ. <<Διατροφή και καρκίνος>>, (σελ.167-169), Εκδόσεις  
Λίτσας, Αθήνα 1982
- ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΑΚΗΣ Μ. <<Θεραπεία των νεοπλασμάτων>>, σελ.91-92),  
Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1985.