

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΘΕΜΑ: Κ Α Ρ Κ Ι Ν Ο Σ Π Ν Ε Υ Μ Ο Ν Α

(ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ)

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

κ. Ν. ΚΟΥΝΗΣ

ΕΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΗΛΙΑΚΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΠΑΤΡΑ ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 1990



ΑΡΙΘΜΟΣ	496 B
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εργασία αυτή είναι μια μικρή και όσο δυνατόν γίνεται καλύτερη προσπάθεια μέσα από την οποία μου δίνεται η ευκαιρία να μελετήσω τον καρκίνο του πνεύμονα σε βάθος και από κοντά παρακολουθώντας δύο ασθενείς.

Ακόμα μου δίνεται η ευκαιρία ν'αναφερθώ η σοβαρότητα των νοσηλευτικών προβλημάτων που δημιουργεί ο καρκίνος του πνεύμονα στον ασθενή, των ειδικών αναγκών (ψυχικών φυσικών και κοινωνικών) και των επιπτώσεων του στην οικογένειακή κοινοτική και ατομική ζωή του αρρώστου.

Η εργασία αυτή διεκπεραιώθηκε με την ενεργό συμμετοχή και αξιοσέβαστη βοήθεια του καθηγητή κ. Νικολάου Γ. Κούνη και παρακαλώ να δεχτεί τις θερμές ευχαριστίες μου.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α' - ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ

1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

2. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΩΡΗΣΗ

3. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

4. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

5. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

6. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

7. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Β'

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Γ'

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ (ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ)
ΤΩΝ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Δ'

1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Σήμερα ο πρόωρος θάνατος προέρχεται από τρεις κυρίως αιτίες: καρδιαγγειακές παθήσεις, ατυχήματα και κακοήθη νεοπλάσματα.

Από τα κακοήθη νεοπλάσματα την πρώτη θέση σε σειρά συχνότητας στους άνδρες καταλαμβάνει το βρογχογενές καρκίνωμα, και στις γυναίκες την τετάρτη θέση, ενώ πριν από μερικά χρόνια καταλάμβανε μόλις την έβδομη ή όγδοη θέση.

Οι αιτίες που με οδήγησαν να ασχοληθώ μ' αυτό το θέμα συνοψίζονται ως εξής:

- 1.- Η συνεχώς αυξανόμενη συχνότητα και η μεγάλη θνησιμότητα της νόσου.
 - 2.- Η συνολικά άγνωστη αιτιολογία της νόσου (εξαίρεση αποτελεί το καρκίνωμα του πνεύμονα από πλακώδη κύτταρα που ενοχοποιείται το κάπνισμα κατά 99%).
 - 3.- Η κατάθεση και διερεύνηση κάποιων σύγχρονων "τολμηρών" απόψεων για την παθογένεια και την άμεσα σχετιζόμενη πρόληψη του καρκίνου του πνεύμονα. Σύμφωνα λοιπόν μ' αυτές τις απόψεις η παθογένεια και η πρόληψη του καρκίνου του πνεύμονα σχετίζονται άμεσα με τις υπάρχουσες κοινωνικοοικονομικές και περιβαλλοντικές συνθήκες. Το να μιλήσουμε ειλικρινά γι' αυτά σημαίνει τουλάχιστον άμεσα την απαρχή εκστρατείας ενημέρωσης και προσπάθεια ανατροπής των πραγματικών αιτιών που προκαλούν τον καρκίνο. Πρέπει λοιπόν να μιλήσουμε για τη ρύπανση της ατμόσφαιρας από τα εργοστάσια και τα αυτοκίνητα, για το κάπνισμα καθώς και για τις πνευμονοπάθειες εργατών που δουλεύουν σε εργοστάσια αμιάντου, κλωστοϋφαντουργίες κ.λ.π.
- Ενδεικτικά των παραπάνω απόψεων αναφέρουμε τα εξής πα-

ραδείγματα:

α) Σύμφωνα με μελέτη που έγινε στη Γαλλία ο καρκίνος σε ποσοστό 85% οφείλεται σε περιβαλλοντικά αίτια.

β) Αυτό αφορά την πλημμελή ενημέρωση του κόσμου. Ένας δήμαρχος στη Γαλλία είχε προτείνει την των οικονομικών πόρων του δήμου ή στο χτίσιμο ενός καινούργιου νοσοκομείου ή στην ριζική αντιμετώπιση της ρύπανσης (Μεταφορά εργοστασίων μακριά από την πόλη, περιορισμός της κυκλοφορίας αυτοκινήτων, μηχανικός καθαρισμός της ατμόσφαιρας). Σε δημοψήφισμα που έγινε η πρώτη πρόταση συγκέντρωσε τη συντριπτική πλειοψηφία.

γ) Η εκστρατεία εναντίον του τσιγάρου (πρόληψη σ'ένα βαθμό του καρκίνου του πνεύμονα) κοντράρεται από τα τεράστια οικονομικά συμφέροντα τωνκαπνοβιομηχανιών.

δ) Το ερώτημα που υπάρχει, γιατί από τα άτομα που ζουν κάτω από τις ίδιες συνθήκες άλλα αναπτύσσουν καρκίνο και άλλα όχι;

ε) Τέλος το γεγονός-ότι οι καρκινοπαθείς έχουν ξεχωριστά νοσηλευτικά προβλήματα που χρειάζονται ειδική μεταχείριση από εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό και γενικά από όλη την υγειονομική ομάδα.

Η ευκαιρία που μου δόθηκε, μέσω της εργασίας μου να μελετήσω τον καρκίνο του πνεύμονα σε βάθος και παρακολουθώντας από κοντά δύο συγκεκριμένους ασθενείς στο Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών στο Σισμανόγλειο με βοήθησε στην κατανόηση:

- του αριθμού και της σοβαρότητας των νοσηλευτικών προβλημάτων που δημιουργεί ο καρκίνος του πνεύμονα στον ασθενή, (ανισοζύγια αναγκών φυσικών, ψυχικών και κοινωνικών).

- Των επιπτώσεων του καρκίνου του πνεύμονα στην οικογενειακή, κοινοτική και ατομική ζωή του αρρώστου.
- Της ανάγκης για κοινοτική πρωτοβάθμια φροντίδα.
- Της σύνδεσης του καρκίνου του πνεύμονα με κοινωνικά προβλήματα όπως το κάπνισμα, τη ρύπανση της ατμόσφαιρας κ.λ.π.
- Της ανάγκης για διαφώτιση που αφορά την πρόληψη του καρκίνου του πνεύμονα.
- Της ανάγκης ανάπτυξης θετικών διαπροσωπικών σχέσεων και της διδασκαλίας στον άρρωστο.

ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

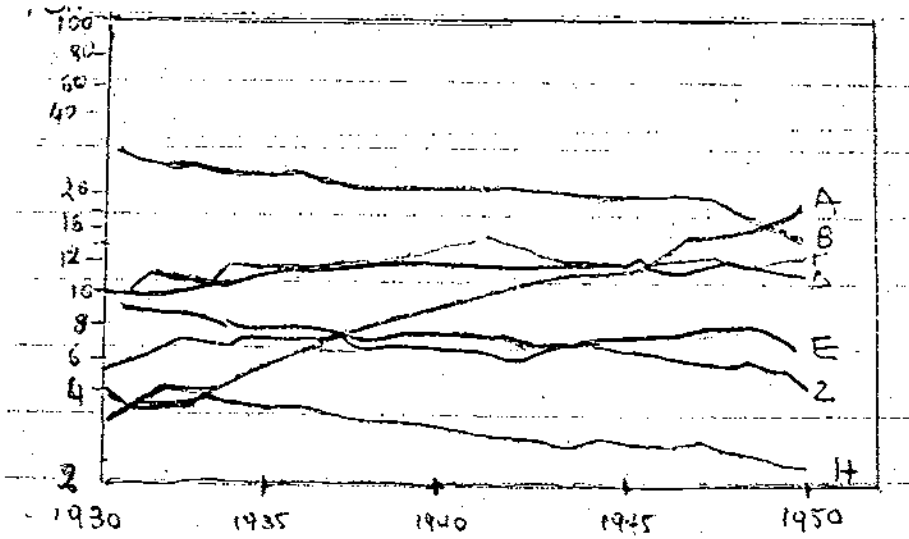
Ο καρκίνος του πνεύμονα έχει ιδιαίτερη σπουδαιότητα τόσο από πλευράς του υπεύθυνου θεράποντος γιατρού όσο και της εξειδικευμένης επιστήμονος νοσηλεύτριας. Παρ'όλο που η αιτιολογία του καρκίνου του πνεύμονος είναι αγνωστή υπάρχουν σήμερα σοβαρές ενδείξεις συγκεκριμένης ενοχής καρκινογόνων παραγόντων σε πολύ σοβαρότερο ποσοστό, συγκριτικά με τον καρκίνο άλλων συστημάτων. η ουσιαστική αύξηση της συχνότητας της νόσου την τελευταία 20-ετία αποτελεί και το σοβαρότερο πρόβλημα του ιατρικού κόσμου και κατ'επέκταση του νοσηλευτικού, το μεγαλύτερο ενδιαφέρον του οποίου κινείται προς την κατεύθυνση της πρόληψης αφ'ενός και του ελέγχου αφ'ετέρου. Άλλωστε η συχνότητα της κακοήθους προσβολής αναφορικά με το φύλο και την ηλικία, παρέχει σοβαρά στοιχεία που μπορούν να οδηγήσουν την αιτιολογική σκέψη σε κατευθύνσεις ικανές να δώσουν αξιόλογες πληροφορίες και να οδηγήσουν σε πολύτιμα πράγματι συμπεράσματα.

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί ήδη παγκόσμιο πρόβλημα λόγω της σταθερά αυξανόμενης συχνότητας και της εμφάνισής του σε νεώτερες ηλικίες, συγκριτικά με το παρελθόν. Ειδικότερα στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, όπου ο αυξημένος βαθμός προσβολών αφορά και τα δύο φύλα, ο αριθμός πασχόντων από καρκίνο του πνεύμονα για το 1979 ανέβηκε σε 102.000 απ'τους οποίους 79.000 άνδρες και 23.000 γυναίκες. Αναφορικά με τον δείκτη θνησιμότητας αυτός αναφέρεται σε 92.400 θανάτους απ'τους οποίους 79.000 άνδρες και 21.900 γυναίκες. Όλοι οι τύποι καρκίνου του πνεύμονα στο σύνολό

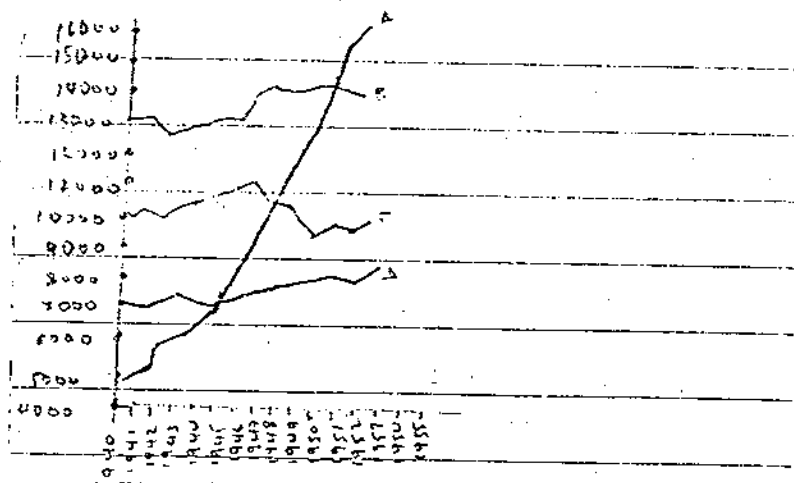
τους καλύπτουν το 15% της καρκινοματώδους προσβολής και το 23% της αντίστοιχης θνησιμότητας. Από την τελευταία, το 33% αφορά τους άντρες και το 12% τις γυναίκες. Από την πλευρά φυλετικής καταγωγής υπάρχουν ενδείξεις αυξημένης προσβολής των νέγρων και μειωμένης σε Αμερικανούς Μεξικανικής καταγωγής. Ο γενικότερος έλεγχος του καρκίνου του πνεύμονα αποτελεί πράγματι μεγάλο πρόβλημα με πολλές επεκτάσεις και όχι σπάνια τραγικές εξελίξεις. Αναφορικά με την ύπαρξη παραγόντων οι οποίοι συμβάλλουν στην ανάπτυξη καρκινώματος αναφέρεται η χρήση του καπνού. Πράγματι το κάπνισμα του τσιγάρου ευθύνεται για τη μεγάλη αύξηση της θνησιμότητας και νοσηρότητας από καρκίνων πνευμόνων και χρόνια απόφραξη των αεροφόρων οδών. Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει σύμπλοκο μίγμα σωματιδίων και πτητικών ουσιών αρκετές από τις οποίες έχουν βιολογικές δράσεις π.χ. η "πίσσα" περιέχει αρκετές χημικές ουσίες που μπορούν να προκαλέσουν πειραματικά καρκίνο. Οι χρόνιοι καπνιστές παρουσιάζουν συχνά χρόνια βήχα παραγωγή πτυέλων και σημαντική δύσπνοια στην προσπάθεια όπως και σημαντικά αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξεως πνευμονικού καρκίνου. Οι λειτουργικές μελέτες δείχνουν απόφραξη των αεροφόρων οδών, και μειωμένη αρτηριακή τάση οξυγόνου, ειδικά σε υπτία θέση. Μετά από 3-5 μόνο χρόνια καπνίσματος νεαρά άτομα παρουσιάζουν σημαντικά αναπνευστικά συμπτώματα. Παρά τις πολλές προσπάθειες με σκοπό την προφύλαξη των καπνιστών, ο καρκίνος του πνεύμονα παραμένει σταθερά η "νόσος του καπνιστού".

Πέρα από το κάπνισμα, σαν προδιαθεσικοί παράγοντες θεωρούνται η έκθεση σε ακτινοβολία ουρανίου όπως και άλλων

ραδιενεργών στοιχείων όπως χρωμίου, νικελίου, ασβεστίου, χλωρομεθυλενίου και άλλων. Εξ άλλου, διαγράφονται και σχέσεις προδιάθεσης σε γενετικά ή και κληρονομικά στοιχεία.



Εικ. 1. Γραφική Παράσταση που δείχνει την αύξηση των θανάτων από καρκίνο πνεύμονα (Α) στην Αμερική μεταξύ των ετών 1930-1950, σε σχέση με τους θανάτους από καρκίνο του στομάχου (Β), προστάτου (Γ), εντέρου (Δ), ορθού (Ε) ήπατος (Ζ) και δέρματος (Η).



Εικ. 2. Γραφική Παράσταση που δείχνει την αύξηση των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα (Α) στην Αγγλία μεταξύ 1940 και 1955 σε σχέση με τον καρκίνο του στομάχου (Β), του εντέρου (Γ) και των καρδιοαγγειακών παθήσεων (Δ).

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Α'

ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ

Ι. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Παρά τις μέχρι σήμερα συνεχείς και επίπονες προσπάθειες προς κάθε κατεύθυνση, το πρόβλημα του καρκίνου του πνεύμονα από πλευράς συγκεκριμένης αιτιολογικής τοποθέτησης παραμένει άλυτο. Υπάρχουν όμως ορισμένες σαφείς ενδείξεις που αφορούν κυρίως τον τύπο του επιδερμογενούς καρκινώματος.

Το μεγαλύτερο ενδιαφέρον εντοπίζεται σήμερα στην σχέση καρκίνου και καπνίσματος και οι περισσότερες παρατηρήσεις οδηγούν στο τελικό συμπέρασμα της αναμφισβήτητης αυτής συνάρτησης. Όλες οι παράμετροι ελέγχου συγκλίνουν φανερά στη σαφή ενοχή του καπνίσματος στην πρόκληση καρκίνου.

Έχει αποδειχθεί ότι το κάπνισμα προκαλεί σειρά ιστολογικών αλλοιώσεων του βρογχικού επιθηλίου οι οποίες λείπουν από τους μη καπνιστές. Τέτοιες είναι η απώλεια των κροσσών των κυττάρων του επιθηλίου, η υπερπλασία του επιθηλίου και κυτταρικές ανωμαλίες. Οι αλλοιώσεις αυτές είναι αρκετά βαριές σε βαρείς καπνιστές και πολύ βαρύτερες σε άτομα που πεθαίνουν από καρκίνο πνεύμονος. Οι μεταβολές αυτές υποχωρούν όταν το άτομο διακόψει το κάπνισμα, ενώ αντίστοιχα υποχωρεί σημαντικά και ο κίνδυνος του καρκίνου.

Πέρα από το κάπνισμα σημαντική θέση στους αιτιολογικούς παράγοντες, όπως αυτοί εννοούνται σήμερα, κατέχει η μεγάλη ρύπανση της ατμόσφαιρας, η οποία δυστυχώς αποτελεί επίπτωση της γενικότερης τεχνικής ανάπτυξης και δύσκολης διαβίωσης των καταναλωτικών κοινωνιών. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται η διαπίστωση της αυξημένης συχνότητας πνευμονι-

κού καρκίνου, σ'αυτούς που κατοικούν σε βιομηχανικές περιοχές. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν άτομα εργατικής προέλευσης, τα οποία, πέρα από την άμεση σχέση με τα αντίστοιχα προϊόντα και ιδιαίτερα αυτά του χρωμίου, παρέχουν και κατάλληλο έδαφος νοσογόνου προσβολής σαν συνέπεια από τις οικονομικές και άλλες αιτίες, μειωμένης αντιστάσεως. Το πρόβλημα αυξάνεται ακόμη και από το γεγονός ότι σ'αυτή την κατηγορία των ανθρώπων, το βαρύ κάπνισμα αποτελεί δεδομένο.

Καρκινογόνες ουσίες έχουν απομονωθεί επίσης από τα υλικά ασφαλτοστρώσεως των μεγάλων αυτοκινητοδρόμων αλλά και από τις εξατμίσεις των μηχανών και ιδιαίτερα αυτές του τύπου DIESEL. Η ψηλή συχνότητα πνευμονικού καρκίνου μεταξύ ανθρακωρύχων, στην περιοχή της κεντρικής Ευρώπης και της Αγγλίας, έχει αποδοθεί στη νοσογόνο ακτινοβολία της περιοχής των ουραχείων. Αν αυτό αποδειχθεί, η αλλοίωση της ατμόσφαιρας από διαφυγή ατομικών εγκαταστάσεων και μαζικής καταστροφής μπορεί να λάβει διαστάσεις πολύ ανησυχητικές για τη γενικότερη επιβίωση.-

Η έκταση της αναπνευστικής επιφάνειας και οι πολλές διακλαδώσεις του βρογχοπνευμονικού συστήματος είναι τεραστίου μεγέθους και από τη μεγάλη διακίνηση αέρα μέσα σ'αυτό στη διάρκεια της ζωής, τα κύτταρα του αναπνευστικού επιθηλίου έρχονται σε πολύ μεγαλύτερη επαφή προς το εξωτερικό περιβάλλον, συγκριτικά με οποιοδήποτε άλλο σύστημα του ανθρώπινου σώματος. Έτσι και ανεξάρτητα από τη φύση των καρκινογόνων στοιχείων τα οποία σήμερα μας περιβάλλουν, δεν είναι άξιο απορίας ο αυξημένος βαθμός καρκινογένεσης από μέρος του τραχειοβρογχικού συστήματος.

Ιδιαίτερη σημασία έχουν και οι απόψεις για τη διαφορά συχνότητας της νόσου μεταξύ των δύο φύλων. Οι παλιότερες θεωρίες ορμονικής συσχέτισης δε φαίνονται να γίνονται αποδεκτές σήμερα, πολύ περισσότερο μάλιστα αφού δεν έχει αποδειχτεί κανένας ορμονικός έλεγχος στο βρογχικό επιθήλιο, αν και θα μπορούσε να διατηρηθεί κάποιος βαθμός επιφύλαξης, αν ληφθεί υπόψη ότι παρά την ογκώδη βιβλιογραφία οι αντίστοιχες γνώσεις παραμένουν ακόμα ανεπαρκείς. Σοβαρό πάντως στοιχείο αντιπροσωπεύει το γεγονός ότι οι άνδρες επειδή βρίσκονται σε μεγαλύτερη επαφή με τις καρκινογόνες ουσίες συμπεριλαμβανομένου και του καπνίσματος είναι περισσότερο επιρρεπείς στη νόσο. Αυτή η άποψη ενισχύεται περισσότερο από τον αυξημένο δείκτη προσβολής των γυναικών στις παρατηρήσεις της τελευταίας 16ετίας, εποχή στην οποία η απασχόληση της γυναίκας έξω από το σπίτι αλλά και η αυξημένη χρήση καπνού αποτελεί δεδομένο.

2. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Σύμφωνα με την τελευταία ταξινόμηση του Διεθνούς Οργανισμού Υγείας ο καρκίνος του πνεύμονα παρουσιάζεται με τρόπο επαγωγικό και εντελώς αποδεκτό από τους παθολογοανατόμους και τις κλινικές ως εξής:

Ιστολογικοί τύποι πνευμονικού καρκίνου

1. Επιδερμοειδές καρκίνωμα.
2. Μικροκυτταρικό καρκίνωμα (αναπλαστικό)
3. Αδενοκαρκίνωμα.
4. Μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα
5. Μικτό επιδερμο-αδενικό καρκίνωμα
6. Καρκινοειδείς όγκοι

νου. Το νεόπλασμα εντοπίζεται συνήθως περιφερικά, είναι συνήθως μικρό και παρουσιάζεται στον ένα λοβό. Εκτός από τους προαναφερθέντες προδιαθεσικούς παράγοντες (καπνός, ασβέστης κ.λ.π.) η χρόνια πνευμονική ίνωση και αντίστοιχη ουλοποίηση, πιθανόν ν'αποτελούν ευνοϊκό υπόστρωμα ανάπτυξης αδenoκαρκινώματος. το νεόπλασμα αυτό προσβάλλει συχνά τον υπεζωκότα και δημιουργεί μεταστάσεις και στους σκαληνούς λεμφαδένες.

Στην ίδια κατηγορία περιλαμβάνεται και το βρογχοκυψελιδικό καρκίνωμα, που εντοπίζεται περιφερικά σαν ενιαίο μόρφωμα κι έχει πιθανά σχέση με ενδοπνευμονική ουλή που προϋπάρχει. Το κάπνισμα που είναι αναμφισβήτητα παράγοντας κινδύνου για τους τέσσερις βασικούς τύπους πνευμονικού καρκίνου, παρουσιάζει μικρότερη σχέση με το αδenoκαρκίνωμα που εμφανίζεται συνήθως στους μη καπνιστές.

Το μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα περιφερικό ή κεντρικό είναι συνήθως ογκώδες. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται τα γιγαντοκυτταρικά καρκινώματα. Αιτιολογικά το νεόπλασμα μοιάζει με το αδenoκαρκίνωμα απ'το οποίο ο ιστολογικός διαχωρισμός είναι πολύ δύσκολος.

Στους υπόλοιπους ιστολογικούς τύπους πρέπει να σημειωθεί ότι οι μικτοί όγκου τύπου επιδερμοαδenoκαρκινώματος είναι σπάνιοι και αντιστοιχούν μόνο στο 1% των περιπτώσεων. Επίσης ποσοστό λιγότερο του 1% καλύπτεται από τα καρκινοειδή τα οποία αν και έχουν θεωρηθεί σαν "αδενώματα" έχουν ψηλό ποσοστό διήθησης και μεταστάσεων. Υπάρχει τάση κεντρικής εντόπισης με κλινικές εκδηλώσεις βρογχικής απόφραξης (βήχας, συριγμός, δύσπνοια, αιμόπτυση).

Σε περιφερική εντόπιση υπάρχει παντελής έλλειψη συμπτωμά-

7. Βρογχοαδενικός όγκος.
8. Θηλοειδείς όγκοι επιφανειακού επιθηλίου.
9. Μικροί όγκοι και καρκινοσαρκώματα.
10. Σαρκώματα
11. Απροσδιόριστα νεοπλάσματα.
12. Μεσοθηλίωμα
13. Μελάνωμα.

Οι περισσότεροι επικρατέστεροι όγκοι αφορούν του 4 πρώτους τύπους και απ'τα τελευταία δεδομένα αποδεικνύεται ότι το επιδερμοειδές καρκίνωμα καλύπτει από 31-71% των περιπτώσεων, το μικροκυτταρικό από 12-25%, το αδеноκαρκίνωμα από 9-20% και το μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα από 3-16%.

Το επιδερμοειδές καρκίνωμα προέρχεται από το βρογχικό επιθήλιο, εντοπίζεται συνήθως κεντρικά και διηθητικά δημιουργεί μεταστάσεις σπανιότερα συγκριτικά με τους υπόλοιπους τύπους. Απ'όλους τους υπόλοιπους τύπους, ο επιδερμικός, παρουσιάζει τις καλύτερες προϋποθέσεις εξαγωγής και συνοδεύεται από την καλύτερη πρόγνωση.

Το μικροκυτταρικό καρκίνωμα αναπτύσσεται από τα κοκκώδη βασικά κύτταρα τα οποία εμφανίζονται στο βρογχικό βλεννογόνο. Το νεόπλασμα εντοπίζεται κεντρικά κι έχει ψηλό ποσοστό μεταστάσεων (εγκέφαλος, οστά, ήπαρ, αδένες και περιτορτικό λεμφικό σύστημα). Το μικροκυτταρικό καρκίνωμα, αναπτύσσεται γρηγορότερα από κάθε άλλο πνευμονικό νεόπλασμα και συνοδεύεται από άσχημη πρόγνωση. Ο όγκος σπάνια είναι εξαιρέσιμος και παρουσιάζει ευαισθησία στα κυταροστατικά και την ακτινοβολία.

Το αδеноκαρκίνωμα του πνεύμονα αναπτύσσεται ή από το βρογχοκυψελιδικό επιθήλιο ή από τους αδένες του βλεννογό-

των και η μοναδική εκδήλωση είναι συνήθως η αιμόπτυση. Την περισσότερο αποδεκτή θεραπεία των καρκινοειδών του πνεύμονος αποτελεί η εγχείριση με ποσοστό επιβίωσης μετά από 5ετία 60-80%. Σε περίπτωση όμως περιφερικών μεταστάσεων η αντίστοιχη επιβίωση δεν υπερβαίνει το 11%. Βρογχοαδενικοί όγκοι τύπου κυλινδρώματος ή αδενοειδούς κύστης, είναι λιγότερο συχνά νεοπλάσματα καρκινοειδούς τύπου, αν και είναι δυνατό να συμπεριφερθούν σαν κακοήγη νεοπλάσματα. Το κυλίνδρωμα είναι δυνατό να παρουσιαστεί και με διηθητική μορφή, ενώ το βλεννοεπιδερμοειδές παρουσιάζεται συνήθως μισχωτό. Η θεραπεία εκλογής συνίσταται σε χειρουργική αφαίρεση αν και υπάρχει αυξημένο ποσοστό ανεγχείρητων καταστάσεων.

Οι θηλοειδείς όγκοι του επιφανειακού επιθηλίου είναι σπάνιοι και παρά το γεγονός του διηθητικού μερικές φορές χαρακτήρα, έχουν καλύτερη πρόγνωση και μεγαλύτερη ακτινοευαισθησία συγκριτικά με τα υπόλοιπα νεοπλάσματα.

Οι μικτοί όγκοι και τα καρκινοσαρκώματα αποτελούν σπάνιες μορφές πνευμονικής κακοήθειας και πιθανά να έχουν καλύτερη πρόγνωση σε ενδοβρογχική κυρίως εντόπιση.

Τα μεσοθηλιώματα αποτελούν μάλλον υπεζωκοτικά παρά πνευμονικά νεοπλάσματα. Μικρός αριθμός απ'αυτά αφορά εντοπισμένο όγκο συνήθως ινώδους σύστασης, ενώ ιστολογικά είναι καλοήγη ή ινοσαρκώματα. Η πλειονότητα αυτών των όγκων είναι διηθητικού τύπου με κακοήθεια τύπου επιθηλιακού. Ο εντοπισμένος τύπος συχνά είναι ασυμπτωματικός και η διάγνωση είναι τυχαία. Σε περιπτώσεις διηθητικών μεσοθηλιωμάτων, εμφανίζεται θωρακικός πόνος, ενδοθωρακική ανάπτυξη υγρού και απώλεια βάρους. Αυτά τα νεοπλάσμα-

τα έχουντα έχουν αιτιολογική σχέση προς την άσβεστο και έχουν άσχημη πρόγνωση με μέσο χρόνο επιβίωσης 12 μήνες. Θεραπευτικά γίνεται συνδυασμός χειρουργικής αφαίρεσης και ακτινοβολίας με χημειοθεραπεία.

3. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η έρευνα σε ασθενείς αυξημένου κινδύνου για κακοήθη προσβολή θεωρείται χρήσιμη και σαν προληπτικό μέσο αλλά και σαν εκλεκτική ενέργεια "μαζικού" ελέγχου για την έγκαιρη εντόπιση του καρκίνου. Σύμφωνα με τα τελευταία στατιστικά δεδομένα της MAYO CLINIC, HONNS HOPKINS UNIVERSITY και MEMORIAL SLOON-KETTERING CANCER INSTITUTE δείχνουν ότι η έγκαιρη διάγνωση επιτυγχάνεται σε ποσοστό 5%, με αποτέλεσμα μια σαφώς βελτιωμένη επιβίωση, συγκριτικά με ασθενείς οι οποίοι διαγιγνώσκονται συμπτωματικά.

Δυστυχώς όμως και παρά το γεγονός ότι ο καρκίνος του πνεύμονα είναι δυνατό να διαγνωστεί στον "εν σειρά" ακτινογραφικό έλεγχο, το μεγαλύτερο ποσοστό πάνω από 90% αφορά τους ασθενείς στους οποίους η κακοήθεια διαπιστώνεται μετά από την εκδήλωση της επίσημης συμπτωματολογίας. Εκδηλώσεις μπορεί να είναι τοπικές απ' τον ίδιο τον όγκο, απομακρυσμένες λόγω μεταστάσεων ή από έμμεσες επιδράσεις του νεοπλάσματος.

Οι κεντρικές εντοπίσεις συνοδεύονται συνήθως από βήχα, αιμόπτυση και δύσπνοια. Πιθανόν να υπάρχει γράγχος φωνής, δυσφαγία, αναπνευστικός συριγμός, στοιχεία ενδεικτικά πίεσης της άνω κοίλης όπως και διήθησης του περικαρδίου. Οι περιφερικές εντοπίσεις παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα αν και συνήθως δεν συνοδεύονται από "τοπικές" εκδηλώσεις.

Είναι δυνατό όμως να εμφανιστεί βήχας, δύσπνοια ή και πλευροδηνία λόγω υπεζωκοτικής συλλογής. Σύμφωνα με τις παρατηρήσεις του WEISS και των συνεργατών του η εμφάνιση χρόνιου βήχα με απόχρεμψη, σε ηλικιωμένους καπνιστές είναι πολύ πιθανό να είναι ενδεικτικό ανάπτυξης καρκίνου.

<u>Συμπτώματα</u>	<u>Συχνότητα</u>
Βήχας	70%
Αιμόπτυση	40%
Δύσπνοια	40%
Θωρακικός πόνος	35%
Βράγχος φωνής	5%
Πίεση άνω κοίλης	5%
Περικαρδική αντίδραση:	Σπάνια
Σύνδρομο HORNER:	Σπάνιο
Εκπνευστικός συριγμός:	Σπάνιος

Από πλευράς μεταστάσεων αξίζει να τονιστεί η τάση επέκτασης προς τα οστά, ήπαρ, εγκέφαλο και λεμφαδένες.

<u>Συμπτώματα</u>	<u>συχνότητα</u>
Οστικός πόνος	25%
Ηπατομεγαλία	20%
Λεμφαδενίτιδα	20%
Νευρολογικές εκδηλώσεις	5-10%

Τα συμπτώματα από διάφορα συστήματα λόγω δευτερογενούς προσβολής από τον πνευμονικό καρκίνο είναι:

Συστηματικές εκδηλώσεις

- Ι. Γενικές:
- Απώλεια βάρους
 - Ανορεξία
 - Πυρετός

2. Νευρολογικές: Φλοιώδης εκφύλιση
Παρεγκεφαλίτιδα
Μυοπάθεια
Πολυμνοσίτιδα
3. Δερματικές: Ακανθοδερμία
Δερματομυοσίτιδα
Σκληρόδερμα
4. Σκελετικές: Πληκτροδακτυλία
Υπερτροφική οστεοαρθροπάθεια:
5. Αγγειακές: Θρομβοφλεβίτιδα
Ενδοαγγειακή πήξη
Ενδοκαρδίτιδα MARANTIE
6. Ενδοκρινικές: Εκκρίση ADH
Υπερασβαιστιαίμια
ACTH
Γυναικομαστία
PTH και MSH

Σημεία που πιθανά εμφανίζονται είναι:

Κανένα, ή

Σημεία απόφραξης των μεγάλων αεροφόρων οδών:

συριγμός

μόνιμοι μουσικοί ρόγχοι

Σημεία ατελεκτασίας

Εξάλειψη φωνητικών δονήσεων, αναπνευστικού ψιθυρίσματος και υπαμβλύτητα. Το μεσοθωράκιο παρεκτροπίζεται προς την πάσχουσα πλευρά.

Σημεία πλευριτικής συλλογής.

Ηχος τριβής

Αμβλύτητα

Εξάλειψη φωνητικών δονήσεων και αναπνευστικού ψιθυρίσματος. Μπορεί να υπάρχει βρογχική αναπνοή λίγο πιο πάνω από τη στάθμη του υγρού.

Πληκτροδακτυλία

- Απόφραξη της άνω κοίλης του τραχήλου και του άνω τμήματος του θώρακα.
- Ψηλάφητά σκληροί λεμφαδένες στον υπερκλείδιο βόθρο και στη μασχάλη.
- Ήπαρ διογκωμένο, ψηλαφητό με ανώμαλο χείλος και οζίδια στην επιφάνειά του.
- Εκδηλώσεις από το Κ.Ν.Σ.

Στο πρώιμο στάδιο της νόσου, ο ακτινογραφικός έλεγχος με τη μορφή της διπλής ακτινογραφίας και της τομογραφίας είναι αρκετός για τη σωστή κλινική κατεύθυνση. Το πρόβλημα στην περίπτωση ύποπτων ευρημάτων συνίσταται ουσιαστικά στον αποκλεισμό του καρκίνου και ιδιαίτερα υπογραμμίζεται ότι οποιαδήποτε αμφίβολη πνευμονική "σχίαση" πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν ενδεχόμενο καρκίνου. Έτσι τμηματικές ατελεκτασίες, όζοι διαφόρων μεγεθών, ασυνήθιστη προσβολή πυλών, αποστηματικές κοιλότητες και ενδοϋπεζωκοτική συλλογή, επιβάλλουν απόλυτη διαγνωστική ετοιμότητα για αποφυγή λαθεμένων κατευθύνσεως. Οι κυτταρολογικές εξετάσεις των πρωινών κυρίως πτυέλων όπως και του βροχοπλύματος της βρογχοσκόπησης μπορεί να κατευθύνουν απόλυτα με άμεση βιοψία. Εκτός αυτού στην απαραίτητη διαγνωστική προσπάθεια περιλαμβάνεται και η κυτταρολογική εξέταση του ενδοθωρακικού υγρού, η βιοψία των σκαληνών λεμφαδένων και η μεσοπνευμονιοσκόπηση. Τέλος σε μεγάλο αριθμό ασθενών και εφ'όσον με όλα τα παραπάνω δεν είναι δυνα-

τή η διάγνωση, η ερευνητική θωρακοτομή αποτελεί το επόμενο αναγκαίο βήμα.

Ειδικότερα και ανεξάρτητα από τις εκλεκτικές διαγνωστικές μεθόδους επιβάλλεται ιδιαίτερη έμφαση στην ανάγκη ορθού προσανατολισμού όσο το δυνατό νωρίτερα γιατί μόνο μ'αυτόν τον τρόπο θα είναι δυνατή η παροχή ουσιαστικής βοήθειας στον πάσχοντα. Δεν θα πρέπει άλλωστε να διαφεύγει της προσοχής και το γεγονός ότι σεβαστό ποσοστό καρκίνου είναι θεραπεύσιμο, με την προϋπόθεση όμως πάντοτε μιας έγκαιρης διάγνωσης.

4. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Ιστορικό και κλινική εξέταση

Σπινθηρογράφημα ήπατος-σπληνός

Σπινθηρογράφημα οστών

Αξονική τομογραφία εγκεφάλου-Ακτινογραφία-τομογραφία θώρακα.

Οστική βιοψία και μυελόγραμμα

Βιοχημικές, αιματολογικές και νεφρολογικές εξετάσεις.

Εργαστηριακές εξετάσεις.

1.- Η ακτινογραφία θώρακα είναι η συνηθέστερη απόδειξη. Οι ακτινολογικές εικόνες περιλαμβάνουν:

Μικρές περιοχές σκιάσεων

Μικροί περίγραπτοι όζοι

Διεύρυνση ή σκίαση πυλών

Μέσου μεγέθους μάζα με υγρό αδενοπάθειας ή πλευρικής οστεόλυσης.

Διεύρυνση μεσοπνευμονίου

Κορυφαία ατελεκτασία με ή χωρίς συνοδό πυλαία σκίαση.

Πνευμονικό απόστημα, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους.

Παρατεταμένη πνευμονική πύκνωση.

(Μη "λυομένη" πνευμον(α).

Διάχυτη πνευμονική γράμμωση ή κοκκίωση

Λεμφαγγειακή καρκινωμάτωση

Μη διακρινόμενη βλάβη

Πλευριτική συλλογή

Εμφυσηματικές βλάβες μπορεί να υπάρχουν με οποιαδήποτε απ'αυτές τις ακτινολογικές εικόνες σαν αποτέλεσμα του καπνίσματος.

2.- Η κυτταρολογική εξέταση των πτυέλων είναι μια αξιόπιστη μέθοδος για τη διάγνωση του βρογχογενούς καρκινώματος. Το αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει τη διάγνωση.

3.- Η βρογχοσκόπηση επιτρέπει στο γιατρό να δει τη βλάβη και να ληφθούν άμεσα βιοψίες.

4.- Εφ'όσον υπάρχει πλευριτική συλλογή, είναι δυνατό να ληφθεί υγρό για κυτταρολογική εξέταση ή να γίνει βιοψία του υπεζωκότα.

5.- Πρέπει να γίνεται μέτρηση της FEV₁ (όγκος αέρα που εκπνέεται σε 1 SEC) της ζωτικής χωρητικότητας και της PCO₂, καθώς και μέτρηση της ανοχής προσπάθειας του αρρώστου. Αν αποφασιστεί εξαίρεση του όγκου τότε η FEV₁ πρέπει να είναι μεγαλύτερη από ένα λίτρο γιατί αλλιώς θα προκύψει αναπνευστική ανεπάρκεια.

6.- Θωρακοτομή και λοβεκτομή μπορεί να είναι απαραίτητα για περιφερικές μάζες, των οποίων η βλάβη δεν καθορίζεται με άλλον τρόπο.

5. Ε Π Ι Π Λ Ο Κ Ε Σ

Πνευμονία, ατελεκτασία, πνευμονικό απόστημα.

ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Πλευριτική συλλογή.

Διήθηση του θωρακικού τοιχώματος και του βραγχι-
όνιου πλέγματος (κορυφαίοι όγκοι), (σύνδρομο PANCOAST),
σύνδρομο HORNER.

Μεταστάσεις στους τοπικούς λεμφαδένες.

Απόφραξη της άνω κοίλης φλέβας.

Μεταστάσεις στον εγκέφαλο, στο ήπαρ, στα οστά,
στο περικάρδιο.

Κολπική μαρμαρυγή από άμεση προσβολή του μυοκαρ-
δίου.

ΕΞΩΘΩΡΑΚΙΚΕΣ ΜΗ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Αυτές είναι πολυάριθμες, ο μηχανισμός τους αδιευκρίνη-
τος και διακρίνονται σε 3 ομάδες.

1.- εκ μέρους του νευρικού συστήματος και των μυών.

α) Παρεγκεφαλιδική εκφύλιση με αταξία, ίλιγγο, δυσαρ-
θρία, μερικές φορές με τρόμο και αυξημένα αντανακλαστικά.

β) Πυραμιδική συνδρομή σε συνδυασμό με προσβολή των
πυρήνων του προμήκους.

γ) Περιφερική νευροπάθεια, αισθητική (αναισθησία, πό-
νος, κατάργηση αντανακλαστικών), κινητική (προοδευτική
ατροφία, αδυναμία) και μεικτή.

δ) Μυοπάθεια με αδυναμία και ατροφία των κεντρομυελι-
κών μυϊκών μαζών.

ε) Διαταραχή προσωπικότητας, κατάθλιψη, άνοια.

στ) Μυασθενικό σύνδρομο.

ζ) Δερματομυοσίτιδα.

2.- Ορμονικές διαταραχές. Το καρκίνωμα του πνεύμονα είναι ο κατ'έξοχήν κακοήθης όγκος μη ενδοκρινικού οργάνου, ο οποίος παράγει διάφορες ορμόνες ή ακριβέστερα ουσίες με ορμονικές ιδιότητες. Έτσι μπορεί να προκληθεί:

α) Σύνδρομο καρκινοειδούς από παραγωγή 5-υδροξυτρουπαμίνης.

β) Σύνδρομο CUSHING λόγω παραγωγής ουσίας με ιδιότητες A.C.T.H. Βιοχημικά ανευρίσκεται χαμηλή τιμή καλίου ορού και αλκάλωση.

γ) Σύνδρομο άμετρης παραγωγής αντιδιουρητικής ορμόνης με χαμηλή τιμή Na^+ ορού σε συνδυασμό με ψηλή πυκνότητα νατρίου ούρου και αύξηση της ωσμωτικής του πίεσης.-

δ) Υπερασβεστιαϊμία από παραγωγή κάποιας ουσίας με ιδιότητες παραθορμόνης.

3.- Υπερτροφική οστεοαρθροπάθεια. Σε 5% των περιπτώσεων εμφανίζεται επώδυνη διόγκωση αρθρώσεων, ιδίως πηξοκαρπικών, ποδοκνημικών και γονάτων. Τα οστά εκατέρωθεν της άρθρωσης είναι επώδυνα, ακτινογραφικά, δε διαπιστώνεται υποπεριοριστική παραγωγή οστού, ιδίως στα μακρά οστά και κυρίως κοντά στις πηξοκαρπικές και τις ποδοκνημικές. Συνυπάρχει κατά κανόνα έντονη πληκτροδακτυλία και πάχυνση με οίδημα των μαλακών μορίων (παχυδερμοπεριόστωση). Οι αρθρώσεις περιέχουν πολλές φορές υγρό. Η αιτιολογία του συνδρόμου δεν είναι απόλυτα γνωστή. Το σύνδρομο υποχωρεί κατά κανόνα μετά από επιτυχή εκτομή, υποχωρεί όμως και μετά από διατομή του πνευμονογαστρικού, στοιχείο που συνηγορεί υπέρ νευρογενούς μηχανισμού.

6. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Αυτή καλύπτει ένα μεγάλο πεδίο της παθολογίας. Υποψία για κακοήθεια πρέπει να υπάρχει σε κάθε περίπτωση πνευμονικού αποστήματος, σε κάθε ανεξήγητη πνευμονία, ιδιαίτερα αν αργεί ο ασθενής να ιαθεί και σε κάθε ατελεκτασία.

Η διαφορική διάγνωση παρουσιάζει μερικές δυσχέρειες Έτσι:

- α) Σε νομισματοειδή σκιά σύγχυση προκύπτει με υδατίδα κύστη, φυμάτωμα, καλοήγη όγκο (αμάρτωμα) ή μεταστατικό. Παρουσία ασβέστιου στη σκιά κάνει το πνευμονικό καρκίνωμα απίθανο. Σύγκριση με παλαιότερες ακτινογραφίες αν υπάρχουν είναι απαραίτητη.
- β) Πνευμονία ή διαπύηση με σχηματισμό αποστήματος μπορεί να κρύβει καρκίνωμα. Αν έντονη αντιβιοτική αγωγή δεν συνοδεύεται από γρήγορη υποχώρηση αλλά και γενικώτερα σε τυχόν αμφιβολία γίνεται βρογχοσκόπηση.
- γ) Εικόνα ένωσης απο παλιά φυματίωση δεν αποκλείει συνύπαρξη καρκινώματος. Πύελα θετικά για βακίλλους φυματίωσης δεν αποκλείουν καρκίνωμα, γιατί οι δύο παθήσεις πιθανό να συνυπάρχουν.
- δ) Ανερμήνευτης φύσης πλευριτικό υγρό κρύβει πολλές φορές καρκίνο.

Κατά τη βρογχοσκόπηση επιδιώκεται λήψη τεμαχίου από τον όγκο για ιστολογική εξέταση. Διογκωμένοι υπερκλείδοι αδένες υποβάλλονται σε βιοψία. Αν δεν υπάρχουν περιφερικοί διογκωμένοι αδένες επιχειρείται μεσοθωρακοσκόπηση στην οποία μετά απο μικρή τομή στην παραστερνική λαβή εισάγεται όργανο με το οποίο εξετάζεται το μεσοθωράκιο,

λαμβάνεται δε υλικό για βιοψία απο τυχόν υπάρχοντες αδένες. Αν τέλος με τα αναφερόμενα μέσα δεν βγαίνει η διάγνωση τότε προσφεύγουμε σε θωρακοτομία.

7. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η διάρκεια της ζωής σε ασθενής χωρίς καμμία θεραπεία του πνευμονικού καρκίνου δεν υπερβαίνει τους λίγους μήνες. Σ'αυτούς που υποβάλλονται σε ριζική εγχείρηση και εφ'όσον πρόκειται για το στάδιο I της νόσου, η επιβίωση των 18 μηνών ανέρχεται σε 49-65%, για το στάδιο II σε 35% και για το στάδιο III σε 4-15%. Ο τύπος του καρκίνου, με εξαίρεση του μικροκυτταρικού, δε φαίνεται να έχει σ'αυτή την περίπτωση ιδιαίτερη σημασία. Παράγοντες οι οποίοι καθιστούν πιο δύσκολη την πρόγνωση είναι η αδυναμία εγχειρητικής αφαίρεσης, η απώλεια βάρους, η ηλικία πάνω απο 70 χρονών, εγκεφαλικές και ηπατικές μεταστάσεις και συνδρομή συμπίεσης της άνω κοίλης φλέβας.

Η επιβίωση σχετίζεται επίσης και με τον κυτταρικό τύπο του νεοπλασματος.

Οι εξαιρεσίμως βλάβες χωρίς μεταστάσεις στα λεμφαγγεία είτε στο μεσοπνευμόνιο εμφανίζουν την καλύτερη πρόγνωση. Στην ομάδα αυτή τα καρκινώματα απο πλακώδη κύτταρα εμφανίζουν καλύτερη πρόγνωση (ποσοστό 50% για 5ετή επιβίωση σε ορισμένες σειρές) σε σχέση με τα αδενοκαρκινώματα. Οι μη διαφοροποιημένοι όγκοι εμφανίζουν κακή πρόγνωση, η δε ποικιλία απο μικρά κύτταρα (κύτταρα βρώμης) τη δυσμενέστερη απ'όλους. Ο πνευμονικός καρκίνος απο μικρά κύτταρα εμφανίζει πρώιμες και εκτεταμένες μεταστάσεις και δεν προσφέρεται για χειρουργική επέμβαση.

Τελικά και αναφορικά προς τον χειρουργικά εξαιρεσιμο ή μη καρκίνο, υπάρχουν πολλοί παράγοντες οι οποίοι καθορίζουν τελικά την πρόγνωση. Έτσι η εκτίμηση πρέπει να στηριχτεί στην ηλικία, το φύλο, συμπτωματικό ή μη στάδιο, γενική εμφάνιση, εμφάνιση, απώλεια βάρους, μορφολογία και θέση του όγκου και τέλος τους ιστολογικούς χαρακτήρες της νεοπλασίας.

8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

α) Χειρουργική

Παρά το γεγονός ότι η χειρουργική αφαίρεση αποτελεί τη θεραπεία εκλογής, δυστυχώς μικρό ποσοστό των ασθενών παρουσιάζονται με εξαιρεσιμο όγκο. Παρ' όλα όμως αυτά η αυξημένη διαγνωστική τοιμότητα και η βελτιωμένη τεχνική είναι δυνατό να οδηγήσουν τελικά στη διεύρυνση των εγχειρηστικών ενδείξεων. Το 1/4 περίπου των αρρώστων είναι κατάλληλοι για χειρουργική αφαίρεση του όγκου τον καιρό που γίνεται η διάγνωση. Η 5ετή επιβίωση των χειρουργημένων περιπτώσεων είναι περίπου 25%. Έτσι απ' όλους τους αρρώστους που για πρώτη φορά διαγιγνώσκεται ότι έχουν πνευμονικό καρκίνο μόνο το 5-10% είναι ζωντανοί στο τέλος της πενταετίας.

Σαν βασικές αντενδείξεις χειρουργικής θεραπείας είναι:

Μεταστάσεις

Προσβολή περιφερικών υποκλειδίων και μεσοπνευμονίων αδένων.

Υπάρξη ενδοθωρακικής συλλογής

Προσβολή θωρακικού τοιχώματος

Υπάρξη παραμορφώσεως στενώσεως και ακαμψίας του κατώτερου

τμήματος τραχείας

Διάβρωση πλευράς

Οστικές μεταστάσεις

Παράλυση κάτω λαρυγγικού νεύρου

Σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας

Παράλυση φρενικού νεύρου

Προσβολή στελεχιαίου βρόγχου (2CM απο την προπίδ.)

Η αποπλάτυση η εξοίδηση της τροπίδας της τραχείας

Υπαρξη παραμορφώσεως, στενώσεως ή και ακαμψίας του κατώτερου τμήματος της τραχείας Μεγάλη ηλικία και κακή αναπνευστική λειτουργία.

Διαπίστωση απο πριν μικροκυτταρικού καρκίνου.

β) Θεραπεία με ακτινοβολία.

Αυτή η θεραπεία επιβάλλεται κατ'αρχή για τις περιπτώσεις ανεγχείρητου καρκινώματος, Αναφέρεται επίσης ότι σε ασθενείς με περιορισμένη προσβολή η ακτινοβολία πέτυχε ικανοποιητική επιβίωση. Γενικά η ακτινοβολία σα μέθοδος μπορεί να χρησιμοποιηθεί ή σα θεραπευτικό ή σαν παρηγορητικό ή σαν παρηγορητικό μέσο. Υπογραμμίζεται ιδιαίτερα ότι πριν απο την ανάληψη οποιασδήποτε ανάλογης ενέργειας, επιβάλλεται ο κλινικός καθορισμός του σταδίου της κακοήθειας όπως και η ακριβής ιστολογική διάγνωση. Ειδικότερα για τα μικροκυτταρικά καρκινώματα η ακτινοβολία έχει το ίδιο ή περισσότερο ικανοποιητικό αποτέλεσμα συγκριτικά με την χειρουργική θεραπεία. Η ακτινοβολία έχει επίσης θέση και μετεγχειρητικά, για τις περιπτώσεις παραμονής υπολειμμάτων της νόσου, μετά την αφαίρεση του όγκου.

γ) Χημειοθεραπεία

Η μέθοδος έχει εφαρμογή σ' οποιαδήποτε μορφή καρκίνου, αποτελεί την αγωγή εκλογής για τον μικροκυτταρικό τύπο ή μεμονωμένη ή σε συνδυασμό με ακτινοβολία. Ιδιαίτερα αναφέρονται οι περιπτώσεις πολλών μεταστάσεων οι οποίες επηρεάζονται με τρόπο πολύ ευνοϊκό. Η απώτερη όμως πρόγνωση δεν παρουσιάζει καμμία αντίστοιχη διαγραφή αν λάβουμε υπόψη το χαμηλό ποσοστό διετούς επιβίωσης (15%). Για όλους τους υπόλοιπους τύπους καρκίνου, τα αποτελέσματα είναι ακόμα μάλλον πενιχρά ανεξάρτητα από το χρησιμοποιούμενο χημειοθεραπευτικό παράγοντα.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Β'

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Το καρκίνωμα του πνεύμονα εξαρτάται κατά κανόνα από το επιθήλιο βρόγχου-μεγάλου ή μικρού- γι' αυτό και λέγεται βρογχογενές καρκίνωμα.

Έχει σήμερα αποδειχθεί η σημασία του καπνίσματος στη γένεση του καρκίνου του πνεύμονα. Η συχνότητα του καρκινώματος αυξάνει ανάλογα με τον αριθμό των σιγαρέττων που καπνίζει κάποιος ημερησίως. Άτομα που χρησιμοποιούν καπνοσύριγγα (τσιμπούκι) ή πίπα έχουν πολύ μικρότερο κίνδυνο προσβολής, αλλά όχι τόσο μικρό όσο οι μη καπνιστές.

Η μικρότερη συχνότητα του καρκίνου του πνεύμονα στις γυναίκες οφείλεται στο γεγονός ότι η αναλογία αυτών που καπνίζουν είναι μικρότερη, ότι αρχίζουν το κάπνισμα σε μεγαλύτερη ηλικία και επομένως καπνίζουν λιγότερα χρόνια και τέλος ότι εισπνέουν λιγότερο τον καπνό από τους άνδρες. Εξάλλου η πρόσφατη αύξηση του ποσοστού καπνιστών στο γυναικείο φύλο, οδήγησε στην αύξηση και του καρκίνου του πνεύμονα σ' αυτό.

Το πρωτοπαθές νεόπλασμα περιλαμβάνει:

1.- Το καρκίνωμα εκ πλακωδών κυττάρων που είναι συχνότερο στους άνδρες και σχεδόν πάντα σχετίζεται με το κάπνισμα.

2.- Αδιαφοροποίητο καρκίνωμα που είναι πιο συχνό στους άνδρες και έχει την τάση να κάνει μεταστάσεις.

3.- Αδενοκαρκίνωμα που είναι συνήθως περιφερικό και κάνει μεταστάσεις μέσω της αιματικής οδού.

Τα δευτεροπαθή πνευμονικά νεοπλάσματα είναι μεταστατικά από κακοήγη νεοπλάσματα άλλων οργάνων όπως μαστού, προστάτη, νεφρού και οστών.

Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

Για να εκτιμήσουμε την κατάσταση του αρρώστου ζητάμε πληροφορίες από τον άρρωστο, την οικογένεια και τα ιατρικά δελτία. Θα πρέπει να διασταυρώσουμε τις πληροφορίες και από τις τρεις πηγές για να μπορέσουμε να εκτιμήσουμε σωστά την κατάσταση του αρρώστου.

1.- Το ιστορικό υγείας του αρρώστου θα περιλαμβάνει:

α) Την ηλικία του αρρώστου (συνήθως παρουσιάζεται σε ηλικία 45-50 ετών).

β) Το φύλο, γιατί ο καρκίνος πνεύμονα είναι συχνότερος στους άνδρες.

γ) Το κουλτουρικό υπόστρωμα.

δ) Το επάγγελμα γιατί μπορεί να έχει σχέση με τον καρκίνο του πνεύμονα.

ε) Κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

στ) Διαιτητικές συνήθειες. Αν δεν υπάρχει απώλεια βάρους γίνεται έλεγχος για λήψη τροφής και διάθεση για φαγητό.

ζ) Χρήση αλκοόλης (ο άρρωστος υποσιτίζεται γιατί παίρνει θερμίδες από την αλκοόλη).

η) Κάπνισμα και κυρίως:

I. Αριθμός χρόνων που είναι καπνιστής

II. Αριθμός σιγαρέττων που καπνίζει το 24ωρο.

III. Αν εισπνέει τον καπνό.

θ) Ιστορικό βήχα-πόσο χρόνο, ποια ώρα εμφανίζεται,, ποσότητα και περιγραφή πτυέλων.

ι) Ομάδα αίματος γιατί μπορεί να βοηθήσει σε έρευνες.

ια) Υγιεινές συνήθειες-αντιλήψεις για την υγεία.

ιβ) Τρόπος ζωής-αναγνώριση ύπαρξης δυνητικού STRESS, αν ζει μόνος, επάγγελμα, δομή οικογένειας και θέση του σ'

αυτή.

ιβ) Παρούσα κατάσταση ούλων -ο καρκίνος μπορεί να προκαλέσει εξελκώσεις και αιμορραγίες ούλων.

ιε) Ο άρρωστος δυνατόν να παραπονεθεί για πόνο στο θώρακα που μπορεί να είναι εντοπισμένος ή να επηρεάζεται από την αναπνοή. Μπορεί να είναι ήπιος ή έντονος και να αναφέρεται και σε άλλες περιοχές του σώματος.

ιστ) Ο άρρωστος μπορεί να εκφράσει φόβο του καρκίνου ή ένα γενικό αίσθημα αγωνίας, ειδικά εξαιτίας εμφάνισης αιμόπτυσης.

2.- Φυσική εκτίμηση.

α) Η εξέταση του θώρακα μπορεί να παρουσιάζεται φυσιολογική ή να υπάρχει αμβλύτητα στην επίκρουση (μονόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη), αύξηση των αντανακλαστικών ήχων.

β) Αν υπάρχει έντονος θωρακικός πόνος, ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάζει μειωμένη έκπτυξη του θώρακα. Μπορεί να υπάρχει δύσπνοια.

γ) Μπορεί να υπάρχει καχεξία.

δ) Η προσεκτική ψηλάφηση των λεμφαδένων μαζί με άλλες μεταβολές μπορεί να δείχνουν μετάσταση.

3.- Διαγνωστικές εξετάσεις.

α) Ακτινολογικός έλεγχος που περιλαμβάνει ακτινογραφία, ακτινοσκόπηση και αξονική τομογραφία. Συχνά δείχνει την ύπαρξη του καρκίνου δηλαδή μάζας στην περιοχή της πύλης, υπεζωκοτικό εξίδρωμα, ατελεκτασία ή διάβρωση των πλευρών ή σπονδύλων.

β) Κυτταρολογική εξέταση πτυέλων.

γ) Βρογχοσκόπηση κατά την οποία γίνεται και βιοψία.

δ) Μεσοπνευμονοσκόπηση (διαδερματική)-εισαγωγή ενδο-

σκοπίου του μεσοπνευμονίου χώρου (μέσα από τομή του δέρματος) για διαπίστωση τυχόν μεταστάσεων.

ε) Πνευμονική αγγειογραφία-εισαγωγή χρωστικής, ακολουθούμενη από λήψη ακτινογραφίας για την εκτίμηση της όλης πνευμονικής κατάστασης και του μεσοπνευμονίου χώρου.

στ) Δοκιμασίες πνευμονικής και καρδιακής λειτουργίας.

ζ) Δοκιμασία λειτουργίας επινεφριδίων για τυχόν μετάσταση και ανεπάρκεια που θα είχε σαν συνέπεια τη μη δυνατότητα του οργανισμού του αρρώστου να ανταποκριθεί στο μετεγχειρητικό STRESS.

Προβλήματα του αρρώστου

Τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσει ο άρρωστος είναι:

- 1) Αναπνευστική δυσλειτουργία.
- 2) Μεταβολές στην άνεση εξαιτίας του πόνου και της δύσπνοιας.
- 3) Θρεπτικό ανισοζύγιο.
- 4) Μείωση δραστηριοτήτων
- 5) Αγωνία, φόβος.

Σκοποί της φροντίδας

1. Άμεσοι
 - α) Μείωση της αγωνίας που ακισθάνεται ο άρρωστος.
 - β) Εξασφάλιση υποστήριξης κατά τη διαγνωστική περίοδο.
 - γ) Ετοιμασία του αρρώστου και της οικογένειάς του για το πρόγραμμα της θεραπείας (ακτινοθεραπεία, χειρουργική, χημειοθεραπεία).

2.- Μακροπρόθεσμοι.

α) Διδασκαλία του αρρώστου για: φάρμακα, πρόγραμμα ανάπαυσης, δραστηριότητας, σημασία διακοπής του καπνίσματος.

β) Προαγωγή επαρκούς θρέψης.

Παρέμβαση

1) Συμβουλές και σχεδιασμός προγράμματος για διακοπή καπνίσματος.

2) Βοήθεια αρρώστου και οικογένειας να διαπραγματευτούν με το ψυχικό τους τραύμα.

3) Προετοιμασία αρρώστου για διαγνωστικές εξετάσεις.

4) Χορήγηση κατευναστικών.

5) Υγιεινή στόματος, πρέπει να γίνεται συχνά, ειδικότερα αν υπάρχει απόχρεμψη. Χρησιμοποιείται υπερμαγγανικό κάλι ή μισοαραιωμένο υπεροξείδιο του υδρογόνου.

6) Παρακολούθηση για σημεία αφυδάτωσης. Χορήγηση υγρών σύμφωνα με την εντολή για διατήρηση της υδάτωσης.

7) Μέτρηση ζωτικών σημείων.

8) Προετοιμασία του αρρώστου για τη θεραπεία που επιλέχτηκε.

9) Χορήγηση αναλγητικών για τον πόνο.

Αξιολόγηση

1. Θετική απόκριση στη θεραπεία και νοσηλευτική φροντίδα.

2. Αρνητική απόκριση-Επιπλοκές.

α) Υπεζωκοτικό εξίδρωμα.

β) Μετάσταση.

3.- Παρέμβαση:

I. χειρουργική

α) τύποι παρεμβάσεως:

- Τμηματεκτομή.
- Λοβεκτομή
- - Πνευμονεκτομή

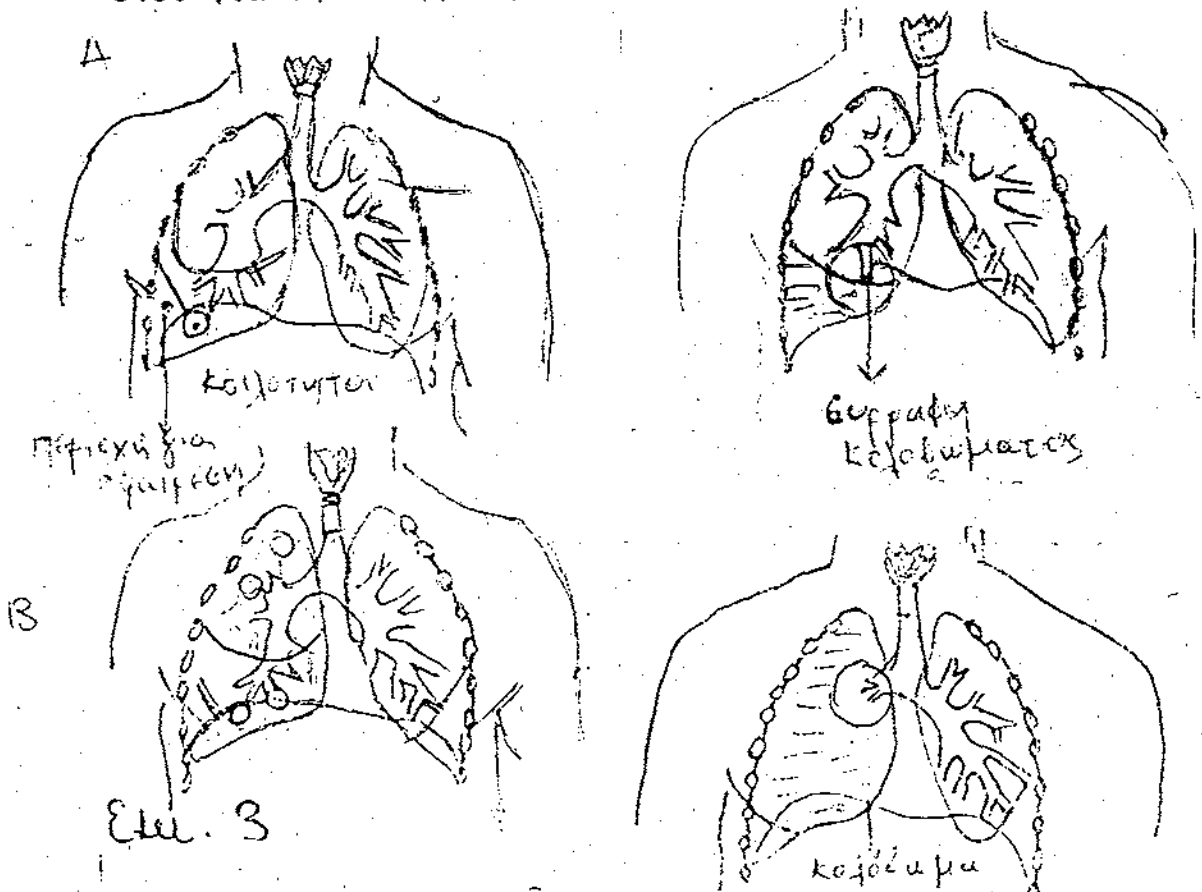
(εικ. 3)

β) Προεγχειρητική φροντίδα.

Σκοποί:

1) Να διαπιστωθεί αν ο άρρωστος θα μπορέσει να επιζήσει της επεμβάσεως.

2) να εξασφαλιστεί η άριστη δυνατή κατάσταση του αρρώστου για την επέμβαση.



Α) Λοβεκτομή και Β) Πνευμονεκτομή συνέπεια παθολογικών καταστάσεων του πνεύμονος. Οι παρουσιαζόμενες αλλοιώσεις είναι αποστήματα και φυματιώδη σπήλαια, οι ίδιες όμως επεμβάσεις δυνατόν να διενεργηθούν επί βρογχιεκτασικών κοιλοτήτων ή όγκων του πνεύμονος. (Πάνω αριστερά). Αλλοίωση στον κατώτερο λοβό του δεξιού πνεύμονος και πάνω δεξιά εμφάνιση μετά την λοβεκτομή. (Κάτω αριστερά). Πολλαπλές νοσπρές πε-

ριοχές στον δεξιό πνεύμονα. αυτές είναι δυνατόν να είναι φυματιώδεις κοιλότητες, αποστηματική κοιλότητα ή βρογχεκτασική κοιλότητα ή όγκος του πνεύμονος. Κάτω δεξιά εμφάνιση μετά την αφαίρεση ολοκλήρου του πνεύμονος-πνευμονεκτομή.

Παρέμβαση

- 1) Βοήθεια αρρώστου που κάνει διαγνωστικές εξετάσεις.
- 2) Νοσηλευτική εκτίμηση του αρρώστου.
 - α) Ποια σημεία και συμπτώματα υπάρχουν;
 - β) Ποιο είναι το ιστορικό καπνίσματος του αρρώστου;
Πόσα τσιγάρα καπνίζει σήμερα;
 - γ) Ποια είναι η καρδιοπνευμονική του ανοχή όταν κάνει μπάνιο, τρώει, περπατά κ.λ.π.;
 - δ) Γενική όψη, διανοητική εγρήγορηση, συμπεριφορά, βαθμός θρέψης.
 - ε) Υπάρχουν άλλες παθολογικές καταστάσεις;
- στ) Πώς είναι η αναπνοή του;
- ζ) Πόση δραστηριότητα του προκαλεί δύσπνοια;
- η) Ποιες είναι οι προτιμήσεις του;
- 3) Βελτίωση του κυψελιδικού αερισμού και όλης της αναπνευστικής λειτουργίας.
 - α) Ενθάρρυνση του αρρώστου να σταματήσει το κάπνισμα γιατί αυξάνει το βρογχικό αερισμό.
 - β) Χρησιμοποίηση όλων των μέτρων για ελαχιστοποίηση της βρογχικής έκκρισης.
 - γ) Μέτρηση του ποσού των πτυέλων κάθε μέρα σε αρρώστους με πολλή απόχρεμψη.
 - δ) Διδασκαλία του αρρώστου να βήχει με κλειστή γλωττίδα για να αυξάνει την ενδοπνευμονική πίεση.
 - ε) Εφύγραση του εισπνεόμενου αέρα για ρευστοποίηση των εκκρίσεων.

- στ) Χορήγηση βρογχοδιασταλτικών σε βρογχосπασμό.
- ζ) Ενθάρυνση λήψης βαθιών αναπνοών με χρησιμοποίηση προωθητικού σπιρόμετρου ή φιαλών εμφύσησης.
- η) Χορήγηση αντιμικροβιακών για λοιμώξεις.
- θ) Διδασκαλία διαφραγματικής αναπνοής προεγχειρητικά.
- ι) Εφαρμογή προγράμματος αναπνευστικών ασκήσεων που ενθαρρύνουν τη χρησιμοποίηση των κοιλιακών μυών.
- κ) Βρογχική παροχέτευση σε αρρώστους με πολλές εκκρίσεις.

4.- Αξιολόγηση και διόρθωση καταστάσεων του κυκλοφοριακού για πρόληψη επιπλοκών.

- α) Μελέτη αποτελεσμάτων εργαστηριακών εξετάσεων.
- β) Παρακολούθηση του αρρώστου και των αντιδράσεων του στις διάφορες καθημερινές δραστηριότητες.
- γ) Χορήγηση καρδιοτονωτικών σε αρρώστους με καρδιακή ανεπάρκεια.
- δ) Διόρθωση αναιμίας, αφυδάτωσης και υποπρωτεϊναιμίας, ενδοφλέβιες εγχύσεις, τεχνική σίτιση, μεταγγίσεις ανάλογα με την οδηγία.

ε) Χορήγηση προφυλακτικά αντιπηκτικών (χαμηλές δόσεις ηπαρίνης) σύμφωνα με την οδηγία, για μείωση πιθανότητας σχηματισμού θρόμβων στις βαθιές φλέβες και πνευμονικής εμβολής.

5.- Προετοιμασία αρρώστου για τη χειρουργική εμπειρία παρέχοντάς του εξηγήσεις και επιδέξια φροντίδα.

- α) Προανατολισμός του αρρώστου για τη μετεγχειρητική περίοδο.
- β) Ρουτίνα βήχα και βαθιών αναπνοών.
- γ) Σωλήνες και φιάλες παροχέτευσης θώρακα.

δ) Οξυγονοθεραπεία: θεραπεία αερισμού.

ε) Μέτρα που θα χρησιμοποιηθούν για μείωση της δυσχέρειας.

στ) Ασκήσεις κάτω άκρων και πλήρους τροχιάς του ώμου του χειρουργημένου ημιθωρακίου.

ζ) Ενθάρρυνση αρρώστου να εκφράσει τις ψυχολογικές του ανάγκες.

η) Εξασφάλιση γραπτής συγκατάθεσης.

6.- Άμεση προεγχειρητική ετοιμασία.

γ) Μετεγχειρητική φροντίδα.

(1) Σκοποί:

α) Να αποκαταστήσει την φυσιολογική καρδιοπνευμονική λειτουργία το ταχύτερο δυνατό.

β) Να προλάβει ή αντιμετωπίσει τις επιπλοκές.

(2) Παρέμβαση:

α) Διατήρηση ανοικτού αεραγωγού

- Παρακολούθηση για αποφράξεις με επισκόπηση, επίκρουση και ακρόαση με στηθοσκόπιο.

- Στενή παρακολούθηση των αερίων του αρτηριακού αίματος. Η προοδευτική ελάττωση της PO_2 , αποτελεί ένδειξη για χρήση αναπνευστήρα. Το ίδιο αν η PCO_2 είναι ανυψωμένη (εκτός των αρρώστων με χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσο).

- Αναρρόφηση όλων των εκκρίσεων ώπου ο άρρωστος θα είναι ικανός να τις αποβάλλει μόνος. Οι ενδοτραχειακές εκκρίσεις είναι άφθονες σε αρρώστους μετά θωρακτομή, εξ αιτίας του τραύματος του τραχειοβρογχικού δέντρου. Επίσης είναι μειωμένο το αντανακλαστικό του βήχα και ο κυψελιδικός αερισμός.

β) Χρησιμοποίηση της σωστής τεχνικής για την αναρρόφηση του βρογχικού δέντρου.

γ) Διατήρηση συνεχούς νοσηλευτικής επίβλεψης του αρρώστου.

- Λήψη Α.Π. σφυγμών και αναπνοών κάθε 15' ή συχνότερα.
- Αραιότερα αν η κατάσταση του αρρώστου σταθεροποιηθεί.
- Αξιολόγηση χαρακτήρα αναπνοών και χρώματος αρρώστου.
- Παρακολούθηση συχνότητας και ρυθμού του καρδιακού παλμού μέσω ακρόασης και παρακολούθηση του Η.Κ.Γ.

Αρρυθμίες μπορεί να συμβούν οποιοδήποτε χρόνο και συμβάλλουν τη μετεγχειρητική θνησιμότητα.

Οι αρρυθμίες εμφανίζονται συχνότερα σε άτομα πάνω από 50 χρόνων και σ' εκείνα που έκαναν πνευμόνεκτομή ή επέμβαση στον οισοφάγο.

Έναρξη, αμέσως, αντιαρρυθμικών μέτρων σύμφωνα με την ιατρική εντολή.

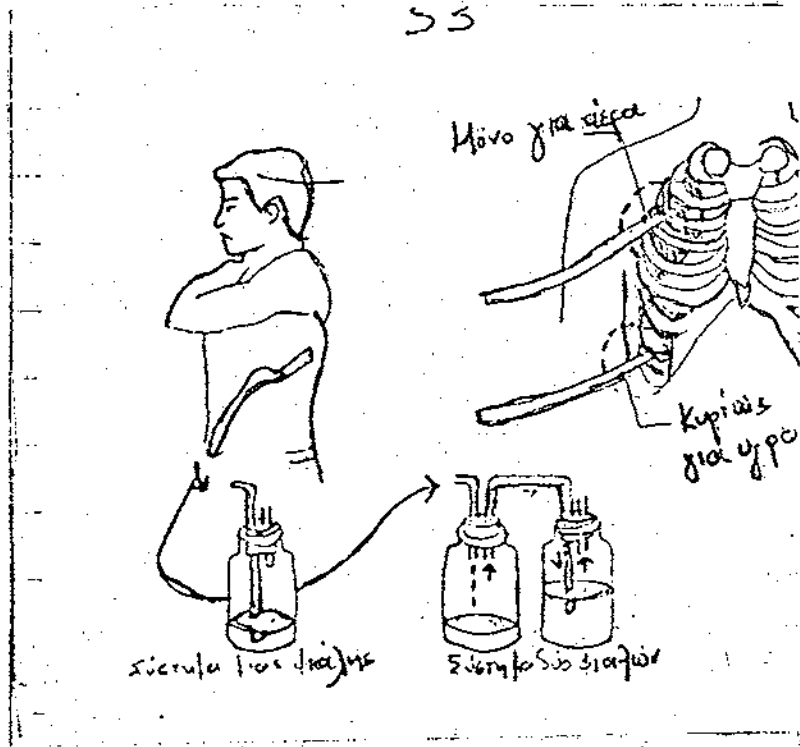
- Διατήρηση μιας αρτηριακής γραμμής για διευκόλυνση συχνών προσδιορισμών των αερίων αίματος, των ηλεκτρολυτών του ορού, της ΗΒ και του ΗCT και της άμεσης (κεντρικής) αρτηριακής πίεσης.
- Παρακολούθηση Κ.Φ.Π. (Κεντρικής Φλεβικής Πίεσης).
- Ανύψωση της κεφαλής κατά 30° - 40° αφού ανανήψει ο άρρωστος.

δ) Επίβλεψη και προσεκτική αγωγή του κλειστού συστήματος παροχέτευσης του θώρακα. (Εικ. 4)

ε) Χορήγηση εφυγρασμένου οξυγόνου στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο για εξασφάλιση μέγιστης οξυγόνωσης και παρακολούθηση αερίων αίματος.

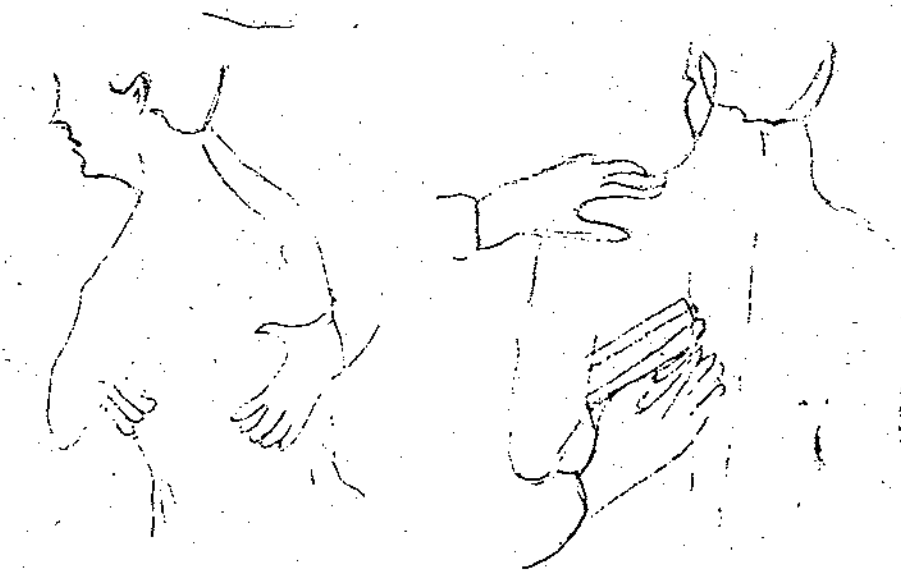
- Εκτίμηση αρρώστου για αναπνευστική δυσχέρεια και συσφιγτικό αίσθημα στο θώρακα.

55



- Παρακολούθηση για ανησυχία-συχνά το πρώτο σημείο υποξίας.
στ) Ενθάρρυνση και προαγωγή αποτελεσματικού βήχα. Ο επίμονος μη αποτελεσματικός βήχας εξαντλεί τον άρρωστο και οι εκκρίσεις οδηγούν σε ατελεκτασία και πνευμονία (Εικ.5).

σε ατελεκτασία και πνευμονία. (Εκ. 5)



Τεχνικές υποστήριξης της τομής ενώ βήχει ο θωρακοχειρουργηθείς ασθενής. (Αριστερά). Τα χέρια της νοσοκόμου πρέπει να υποστηρίζουν την χειρουργική τομή προσθίως και οπισθίως. Ο ασθενής καθοδηγείται στην λήψη επανειλημμένων βαθιών εισπνοών και ακολούθως να βήχει δυνατά (Δεξιά). Με το ένα χέρι ασκείται προς τα κάτω πίεση επί του ώμου της πάσχουσας πλευράς ενώ υποστηρίζεται το τραύμα. σταθερά με το άλλο. Ο ασθενής λαμβάνει αρκετές βαθιές εισπνοές και ακολούθως βήχει ισχυρώς.

- Τοποθέτηση αρρώστου στο κρεβάτι με τα πόδια υποστηριγμένα σε σκαμνί αν το επιτρέπει η κατάστασή του.

- Υποστήριξη σταθερή του θώρακα της χειρουργημένης πλευράς.

- Βαθιά αναπνοή, σύσπαση των κοιλιακών μυών και βίαιος βήχας.

- Βοήθεια αρρώστου να βήχει κάθε μία ως δύο ώρες κατά τη διάρκεια του πρώτου 24ώρου και μετά όταν είναι ανάγκη.

- Χρησιμοποίηση προωθητικού σπιρόμετρου αν υπάρχει ένδειξη ή υπερηχητικού ομιχλοποιητή. Αν συνεχίζουν να ακούγονται ρόγχοι η βρογχοσκοπική αφαίρεση των εκκρίσεων γίνεται απαραίτητη.

ζ) Ακρόαση και των δύο ημιθωρακίων (εμπρός και πίσω) με στηθοσκόπιο για διαπίστωση τυχόν αλλαγής στους αναπνευστικούς ήχους. Μειωμένοι ήχοι μπορεί να δείχνουν κολλαψάρισμα του πνευμονικού παρεγχύματος ή υποαεριζόμενες κυψελίδες.

η) Εξασφάλιση διαφόρων μέσων απαλλαγής από τον πόνο. Ο πόνος μειώνει τη θωρακική έκπτυξη και επομένως τον αερισμό, επίσης εξαντλεί τον άρρωστο.

- Η ένταση του πόνου εξαρτάται από το είδος της τομής και

την αντίδραση του αρρώστου σε αυτόν καθώς και την ικανότητά του να τον αντιμετωπίζει. Συνήθως η πιο επώδυνη τομή είναι η πλαγιο-οπισθία.

- Χορήγηση ναρκωτικών (συνήθως σε συχνές μικρές δόσεις) για απαλλαγή από τον πόνο ώστε να μπορεί ο άρρωστος να αναπνέει βαθιά και να βήχει πιο αποτελεσματικά. Αντικατάσταση τους με από το στόμα αναλγητικά (κωδεΐνη) το συντομότερο δυνατό.
- Αποφυγή καταστολής της καρδιοπνευμονικής λειτουργίας με μεγάλη δόση ναρκωτικών.
- Σωστή τοποθέτηση στο κρεβάτι.
- Υποστήριξη των σωλήνων παροχέτευσης ώστε να μην τραβούν το θωρακικό τοίχωμα.
- Βοήθεια αρρώστου που του γίνεται αποκλεισμός του μεσοπλεύριου νεύρου για έλεγχο του πόνου.

θ) Παρακολούθηση της ωριαίας αποβολής ούρων για έμμεσο έλεγχο του όγκου παλμού και την αιμάτωση των οργάνων.

- Ο άρρωστος πρέπει να αποβάλλει τουλάχιστον 30 ML ούρων/Η.
- Το ειδικό βάρος των ούρων δείχνει την υδάτωση του αρρώστου.

ι) Συνέχιση προσδιορισμού αερίων του αίματος και ηλεκτρολυτών του ορού για ανίχνευση πρώιμων εκδηλώσεων αναπνευστικής ανεπάρκειας ή μεταβολών στην οξεοβασική κατάσταση.

ια) Χορήγηση αίματος και παρεντερικών με βραδύτερο ρυθμό μετά θωρακική χειρουργική. Το πνευμονικό οίδημα από τις ενδοφλέβιες χορηγήσεις είναι μια συνεχής απειλή. Μετά πνευμονεκτομή, το πνευμονικό αγγειακό δίκτυο μεκώνεται σημαντικά.

ιβ) Διατήρηση της σωστής μηχανικής του σώματος.

- Ανυψωμένος θώρακας για τον καλύτερο αερισμό (εφόσον το καρδιαγγειακό σύστημα είναι σταθερό). Επίσης για την καλύτερη παροχέτευση της υπεζωκοτικής κοιλότητας.

- Άρρωστοι με περιορισμένη αναπνευστική εφεδρεία δε μπορούν να γυρίσουν προς το μη χειρουργημένο πλάϊ γιατί περιορίζεται ο αερισμός.

- Αλλαγή θέσης για αποφυγή συλλογής και παραμονής των εκκρίσεων στα εξαρτημένα τμήματα των πνευμόνων.

- Καθιστή θέση όταν βήχει ο άρρωστος.

ιγ) Παρακολούθηση για σημεία οξείας γαστρικής διάτασης (δεν είναι ασυνήθιστα μετά θωρακοτομή).

- Εισαγωγή ρινογαστρικού για αποπίεση.

- Διατήρηση λειτουργίας του για αποφυγή εμέτου και τραχειοβρογχικής εισρόφησης.

ιδ) Παρακολούθηση και λήψη μέτρων για επιπλοκές θωρακοτομής.

- Πνευμονική ανεπάρκεια.

- Αιμορραγία από τομή ή θωρακική κοιλότητα (υγρό παροχέτευσης).

- Αναπνευστική οξέωση.

- Καρδιακές αρρυθμίες, έμφραγμα μυοκαρδίου, πνευμονικό οίδημα.

- Πνευμονίτιδα, ατελεκτασία.

- Νεφρική ανεπάρκεια.

- Γαστροπληγία.

- Υποδόρειο εμφύσημα.

- Μετατόπιση μεσοθωρακίου.

ιε) Αποκατάσταση λειτουργίας ώμου και κορμού.

- Ενθάρρυνση αναπνευστικών ασκήσεων για προαγωγή της απα-

γωγής και κινητικότητας ώμου.

- Έγερση αμέσως μετά την πνευμονική και κυκλοφορική αντιστάθμιση.

- Ενθάρρυνση προοδευτικής ανάληψης δραστηριοτήτων.

(3) Επιπλοκές της χειρουργικής επέμβασης:

α) Αναπνευστική ανεπάρκεια-κατάσταση στην οποία η αναπνευστική λειτουργία δεν είναι επαρκής για να διατηρήσει φυσιολογικά τα αέρια του αρτηριακού αίματος, ακόμα και κατά την ανάπαυση.

β) Αιμορραγία -η διαφυγή αίματος ή από τα θωρακικά αγγεία ή από τα αγγεία της τομής.

γ) Μετατόπιση του μεσοθωρακίου εξ αιτίας πνευμονοθώρακα υπό τάση.

δ) Διαμεσοκυττάριο εμφύσημα-μια κατάσταση στην οποία αέρας που διέφυγε μέσα στον υποϋπεζωκοτικό χώρο προχωρεί κατά μήκος του υπεζωκότα ή των αγγείων και μπορεί να φτάσει στο μεσοθωράκιο και να διαχυθεί στο θώρακα και το λαιμό.

ε) Οξύ πνευμονικό οίδημα.

II. Θεραπεία με ακτινοβολία.

(α) Προβλήματα του αρρώστου.

1. Κακή διακίνηση οξυγόνου (αναιμία)

2. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, ανορεξία).

3. Δυνητικό ανισοζύγιο υγρών, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής ισορροπίας.

4. Κίνδυνοι μόλυνσης (λευκοπενία).

5. Κίνδυνοι αιμορραγίας (θρομβοπενία)

6. Κίνδυνοι άλλων επιπλοκών από την ακτινοθεραπεία για

τον άρρωστο και για το περιβάλλον.

7. Ψυχικά προβλήματα (απομόνωση , μικρός χρόνος φροντίδας, περιορισμός αριθμητικός και χρονικός επισκεπτηρίου).

(β) Παρέμβαση.

1. Η ακτινοθεραπεία είναι δύσκολη και με πολλές παρενέργειες θεραπεία για την αποδοχή της από τον άρρωστο, με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης, είναι απαραίτητη η μέσα σε λογικά όρια, ενημέρωσή του για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειές της.

2. Διδασκαλία του αρρώστου τί να κάνει σε κάθε περίπτωση εφαρμογής ακτινοβολίας.

3. Αντιμετώπιση γενικών παρενεργειών και επιπλοκών από την ακτινοβολία.

α. Ναυτία και εμέτους.

- Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντιϊσταμινικών σύμφωνα με την ιατρική εντολή.

- Ενθάρρυνση του αρρώστου να παίρνει υγρά.

- Χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων, υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσιων σε λευκώματα.

- Σημείωση των αντιδράσεών του.

β. Αντιδράσεις από το δέρμα.

- Παρατήρηση για ερυθρότητα, ξηρότητα και απολέπιση.

- Εφαρμογή στην ακτινοβολημένη περιοχή ουδέτερης κρέμας σύμφωνα με την ιατρική εντολή.

- Καθαρισμός δέρματος με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό.

- Προστασία του δέρματος από την ηλιακή ακτινοβολία, την υψηλή θερμοκρασία, από τραυματισμό και στενά ενδύματα.

- Φροντίδα της υγιεινής της στοματικής κοιλότητας του αρρώστου με ήπια αντισηπτικά.

γ. Διάρροια.

- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών ανάλογα με την εντολή.
- Αποφυγή τροφών που επιδεινώνουν τη διάρροια.
- Χορήγηση δίαιτας με μικρό υπόλειμμα.

δ. Καταστολή του μυελού των οστών.

- Προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και τραυματισμούς.
- Παρατήρηση για εμφάνιση αιμορραγιών ή λοιμώξεων και φροντίδα για την αντιμετώπισή τους.

(γ) Επιπλοκές της ακτινοθεραπείας.

1. τοπικές βλάβες του δέρματος (ακτινοδερματίτιδες) που δέχεται άμεσα την ακτινοβολία. Οι ακτινοδερματίτιδες μπορεί να είναι τριών βαθμών:

- Η ερυθρηματώδης, παρουσιάζεται 1-3 εβδομάδες μετά την έναρξη της ακτινοβολίας. Διαρκεί μερικές εβδομάδες.

- Η φυσαλιδώδης, προκαλείται από μεγαλύτερες δόσεις και παρουσιάζεται την 1η ή 2η εβδομάδα.

- Η εσχαροποιητική.

Στις τοπικές βλάβες του δέρματος ανήκει και η αλωπεκία που παρουσιάζεται μετά 2 έως 3 εβδομάδες.

2. Αλλοιώσεις αίματος και αιμοποιητικού ιστού.

Ελαττώνονται τα λεμφοκύτταρα και πολυμορφοπύρρηνα, τα αιμοπετάλια και με πολύ βραδύτερο ρυθμό τα ερυθρά αιμοσφαίρια, εξ αιτίας του μεγάλου χρόνου ζωής τους.

3. Λευχαιμία.

4. Στείρωση μόνιμη ή παροδική.

5. Καρκίνος στη χώρα που ακτινοβολήθηκε.

6. Βράχυνση του χρόνου ζωής.

III. Χημειοθεραπεία.

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοήθων

νεοπλασμάτων προκαλούν ναυτία, έμετο, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα. Ορισμένα προκαλούν διάρροια, ενώ άλλα δυσκοιλιότητα. Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Τέλος άλλα δρουν τοξικά σε διάφορα σπουδαία όργανα όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα.

(α) Προβλήματα του αρρώστου.

1. Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξ αιτίας αναιμίας που οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες (θρομβοπενία).

2. Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις (ελαττωμένα λευκά, ανοσοκαταστολή).

3. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, ανορεξία).

4. Διαταραχή υγρών-ηλεκτρολυτών, δυνητική (έμετοι, διάρροια).

5. Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος.

6. Ψυχικά προβλήματα εξ αιτίας αλλαγής του σωματικού ειδώλου (αλωπεκία, σκούρο δέρμα και νύχια).

(β) Σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας.

1. Η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας.

2. Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος.

3. Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπισή τους.

(γ) Παρέμβαση.

1. Προετοιμασία αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης.

2. Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία.

3. Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων υγρών.
4. Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
5. Γεύματα συχνά, μικρά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών και ελαφρά.
6. Προσεκτική φροντίδα στόματος.
7. Προστασία αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή ρευμάτων, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις).
8. Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο Κ.Ν.Σ. τους νεφρούς ή το ήπαρ.
9. Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία, και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
10. Βοήθεια του αρρώστου να δεχτεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα.
11. Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου.
12. Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

ΟΣΟ ΑΦΟΡΑ ΤΟΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας όσο αφορά την παθολογική κατάσταση που ονομάζεται καρκίνος του πνεύμονα κι έχει αναφερθεί παραπάνω είναι πολύ σημαντικός και διπλός. Το ένα σκέλος της νοσηλευτικής φροντίδας αναφέρεται στο ψυχολογικό μέρος του αρρώστου και το άλλο στην φυσική αποκατά-

σταση της υγείας του. Η ικανοποίηση των πρώτων αναγκών του αρρώστου είναι τόσο βασική, όσο και πολύ δύσκολο να εφαρμοσθεί. Αν και η χειρουργική αφαίρεση του όγκου φαίνεται να μπορεί να βελτιώσει τα συμπτώματα του αρρώστου, όμως ο άρρωστος θεωρείται σα βαριά άρρωστος και άτομο με βαρύτατη πρόγνωση.

Εκείνο όμως που δεν μπορεί να μην υπερτονιστεί είναι η ανάγκη της ψυχολογικής βοήθειας του αρρώστου, και της οικογένειάς του να δεχθούν αν είναι δυνατόν, και να συνεργασθούν με τη διάγνωση της αρρώστειας. Το αίσθημα του φόβου είναι το δυνατότερο συναίσθημα που κυριαρχεί επειδή το βρογχογενές κυρίως καρκίνωμα δεν έχει ριζική θεραπεία. Ο πόνος, η εγκατάλειψη, η εξάρτηση και οι παραμορφώσεις είναι άλλα οδυνηρά συναισθήματα που δοκιμάζουν. Εδώ κυριαρχεί ο φόβος του θανάτου. Όταν σιγά-σιγά όλες οι θεραπείες που δοκιμάστηκαν αποτύχουν τότε και ο άρρωστος και η οικογένειά του αντιμετωπίζουν ειδικά συναισθήματα πόνου, απογοήτευσης και μελαγχολίας. Χρειάζονται συναισθηματική βοήθεια και ενίσχυση για να μπορέσουν να σκέπτονται με ψυχραιμία και να προετοιμάζονται για το μοιραίο.

Ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας πρέπει να λάβει υπόψη τα συναισθήματα του αρρώστου αναφορικά με την αρρώστεια, το θάνατο καθώς και τις αντιδράσεις της οικογένειας.

Οι νοσηλευτικοί στόχοι πρέπει να συγκεντρώνονται γύρω από τη φυσική συναισθηματική και ψυχική ανακούφιση από το πόνο που κυριαρχεί και πλημμυρίζει και τον άρρωστο και την οικογένειά του. Οι αντιροποιστικοί συναισθηματικοί μηχανισμοί που χρησιμοποιούν και ο άρρωστος και η οικογένεια

νειά του για να ισορροπήσουν πρέπει και να αποκαλύπτονται και να ενισχύονται. Αυτοί οι μηχανισμοί μπορεί να στηρίζονται πάνω σε φιλοσοφικά ή θρησκευτικά δεδομένα ή μπορεί να είναι ένας τρόπος σκέψης στην αντιμετώπιση της ζωής με ελπίδα, θάρρος και αισιοδοξία. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας είναι η συνεχής ηθική ενίσχυση και η συναισθηματική υποστήριξη.

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ

ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Π Ε Ρ Ι Π Τ Ω Σ Η 1η

Για να αξιολογήσουμε σωστά τις νοσηλευτικές ανάγκες του καρκινοπαθή και ιδιαίτερα αυτού με καρκίνο πνεύμονα μελετήσαμε αρχικά την περίπτωση μιας ασθενούς που νοσηλεύτηκε στο Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών.

Η ασθενής ονομάζεται Μ.Β. και είναι ηλικίας 53 ετών και επαγγέλματος οικιακά. Η ασθενής είναι παντρεμένη κι έχει δύο παιδιά. Οι γονείς της έχουν πεθάνει.

Η κυρία Μ.Β. δεν κάπνιζε αλλά κάπνιζε ο άντρας της.

Το πρώτο σύμπτωμα (προ 3ετίας) που την οδήγησε να επισκεφθεί τον οικογενειακό της γιατρό ήταν η δύσπνοια η οποία παρουσιάστηκε ξαφνικά μετά την επιστροφή της από τα ιαματικά λουτρά. Γιαυτό θεώρησε ότι η δύσπνοια αυτή ήταν εξ αιτίας κρυολογήματος. Ο γιατρός της συνέστησε ορισμένα φάρμακα (δεν γνωρίζουμε ποια) και της είπε να κάνει και μια ακτινογραφία θώρακος. Αφού είδε την ακτινογραφία της συνέστησε να εισαχθεί στο Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος για ένα πλήρη και καλύτερο έλεγχο της κατάστασης.

Η ασθενής εισήχθη στο νοσοκομείο στις 10 Μαρτίου 1990. Μετά από ακτινολογικό έλεγχο φάνηκε σκίαση αριστερού πνεύμονα. Επίσης έγινε βρογχοσκόπηση και κυτταρολογική εξέταση πτυέλων με αποτέλεσμα να είναι θετικές για καρκίνο πνεύμονα. Στα συμπτώματα, προστέθηκε και πληκτροδακτυλία

η οποία εμφανίστηκε κατά τη διάρκεια των εξετάσεων. Στη συνέχεια έγινε τομογραφία στον αριστερό πνεύμονα όπου και αποδείχτηκε ομότιμος σκίαση κάτω λοβού με κυκλικό περίγραμμα.

Η ακτινογραφική έκθεση μέσα στο νοσοκομείο έδειξε διήθηση του κάτω λοβού.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Αιματοκρίτης	35%
Αιμοσφαιρίνη	12,0 GR%
Λευκοκύτταρα	11.000
Αιμοπετάλια	κ.φ.
Ουδετερόφιλα	74%
Λεμφοκύτταρα	4%
Μονοκύτταρα	16%
Ομάδα αίματος	0 RH (+)
Γλυκόζη	139 MG%
Ουρία	65 MGR %
Πρωτεΐνες ολικές	6,5 GR/100 ML
Σφαιρίνες	2,1 GR/100 ML
Ουρικό οξύ	3,5 MGR/100 ML

T.K.E. ερυθρών αιμοσφαιρίων: 1η ώρα 32 MM.

Στο νοσοκομείο κρίθηκε ότι ήταν απαραίτητο να γίνει εγχείρηση. Ενημερώθηκε η ασθενής ότι έπρεπε να χειρουργηθεί καθώς και το οικογενειακό της περιβάλλον. Η ασθενής όταν το άκουσε στεναχωρήθηκε αλλά το αντιμετώπισε αρκετά ήρεμα και ψύχραιμα. Σ' αυτό την βοήθησε πολύ και η οικογένειά της και κυρίως ο άντρας της. Αν και ενημερώθηκε ότι η γυναίκα του έπασχε από καρκίνο του πνεύμονα αντιμετώπιζε την όλη κατάσταση με πολύ θάρρος. Όλη η οικο-

γένειά της φρόντιζε ώστε να βρίσκεται πάντα κάποιος δίπλα της για να μη μένει μόνη και για να την στηρίζει ψυχολογικά.

Στην ίδια την ασθενή είχαν πει ότι πρέπει να χειρουργηθεί για να της αφαιρεθούν ένα ξένο σώμα (κοκκαλάκι) το οποίο είχε καταπιεί παλιά και το οποίο είχε μετακινηθεί πιο κάτω και της προκαλούσε τη δύσπνοια.

Με την ασθενή συζητούσα σε κλίμα κατανόησης, ενδιαφέροντος και αγάπης δίνοντάς της ευκαιρίες να εκφράσει τους φόβους, τις αγωνίες και γενικά τα αισθήματα και τις σκέψεις της.

Η ασθενής κατάλαβε ότι ενδιαφέρομαι γι'αυτήν και με αντιμετώπισε πολύ καλά. Ήθελε μάλιστα να την ενημερώσω για την πορεία της κατάστασής της μετά την εγχείρηση. Έτσι εξήγησα στην άρρωστη ότι μετά την εγχείρηση θα φέρει θωρακικές παροχετεύσεις, ορό, LEVIN και της τόνισα ότι θα πρέπει μόνη της και συνεχώς να παίρνει βαθιές αναπνοές να βήχει και να κάνει κινήσεις πλήρους τροχιάς του μέλους της πλευράς που θα έχει χειρουργηθεί. Της εξήγησα γιατί θα έπρεπε να κάνει όλα αυτά και σε τι θα χρoσιμευαν. Η ασθενής μου εξέφρασε τους φόβους της π.χ. θανάτου λόγω της δύσπνοιας που είχε και μήπως η εγχείρηση δεν πετύχει. Μετά απόσυνεργασία με τον άντρα της την καθησύχασα και της εξήγησα ότι για την δύσπνοια θα της χορηγηθεί οξυγόνο.

Άμεση προεγχειρητική φροντίδα

Το βράδυ της προηγούμενης ημέρας έγινε ξύρισμα του χειρουργικού πεδίου και χορηγήθηκε STEDON των 5 MG για να μπορέσει η άρρωστη να κοιμηθεί ήσυχα. Το απόγευμα επι-

σκεφθήκα την άρρωστη για να δω την ψυχολογική της κατάσταση. Της εξήγησα ότι δεν πρέπει να στεναχωριέται και ότι δεν πρόκειται να αντιμετωπίσει τίποτα άλλο παραπάνω εκτός απ' αυτό που είχαμε συζητήσει.

Μετεγχειρητική περίοδος.

Η άρρωστη μπήκε στο χειρουργείο στις 8.00 και βγήκε στις 11.30. Στην εγχείριση βρέθηκε ένας όγκος διαμέτρου 0,6 CM περίπου. Έγινε πνευμονεκτομή και η ιστολογική εξέταση έδειξε βρογχοκυψελιδικό αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα. Η ασθενής μετά την επέμβαση συνδέθηκε με την παροχή οξυγόνου γιατί ήταν ελαττωμένη η αναπνευστική εφεδρεία από τη μείωση του όγκου των πνευμόνων, του άλγους της τομής και της ακινητοποίησης των θωρακικών μυών, της απώλειας αίματος και της ελαττωμένης πίεσης αυτής.

Επίσης για καλύτερο αερισμό και παροχέτευση της υπεζωκοτικής κοιλότητας τοποθετήθηκε σε θέση ημικαθιστικού με πέντε μαξιλάρια πίσω από την πλάτη τα οποία ήταν τοποθετημένα σταυρωτά.

Η ασθενής μετά την επέμβαση έκανε μετάγγιση αίματος ακολουθούμενη με έγχυση. Ο βαθμός ροής δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 50-60 σταγόνες το λεπτό, γιατί, το πνευμονικό οίδημα που είναι συνέπεια υπέρμετρης έγχυσης αποτελεί αληθινό κίνδυνο. Ιδιαίτερα σε ασθενή με μειωμένο το πνευμονικό παρέγχυμα. Τα αρχικά συμπτώματα αυτής της επιπλοκής, αποτελούν η κυάνωση, η δύσπνοια, οι ρόγχοι, οι παφλάζοντες ήχοι μέσα στο θώρακα καθώς και αφρώδη πτύελα. Για το λόγο αυτό γινόταν συνεχής έλεγχος της ασθενούς.

Έγινε στην ασθενή παυσίπονη ένεση ROMIDON γιατί πονούσε πολύ. Η ασθενής έφερε LEVIN, ορρό RINGERS 1.000 CC και μια θωρακική παροχέτευση BELLOW. Το LEVIN προκαλούσε δυ-

σφοδρία στην άρρωστη. Της εξήγησα σε τι της χρoσίμεινε και της είπα ότι θα πρέπει να κάνει υπομονή για λίγες μέρες.

Γινόταν συνεχής έλεγχος για τη λειτουργία του κλειστού συστήματος αποχέτευσης του θώρακα. Παρακολουθούσα συχνά ώστε να διατηρείται η βατότητα του σωλήνα. Γιαυτό γινόταν συχνά "άρμεγμα" του σωλήνα για να μην αποφραχθεί από θρόμβους και ινική. Σημειώθηκε επίσης το αρχικό επίπεδο του υγρού με λευκοπλάστη ώστε να μετριέται η ποσότητα και η ταχύτητα με την οποία έχανε υγρά. Αυτό χρoσίμεινε για την αντικατάσταση των υγρών αυτών με ενδοφλέβιες εγχύσεις. Ενθάρρυνα την άρρωστη να αλλάζει συχνά θέση, να αναπνέει βαθιά και να βήχει σε συχνά χρονικά διαστήματα για την καλύτερη παροχέτευση του θωρακικού υγρού. Επειδή πονούσε δίνονταν συχνά παυσίπονα. Όταν ήθελε να βήξει την βοηθούσα υποστηρίζοντας το θώρακα. Κατά τη διάρκεια της πρώτης μέρας και της πρώτης νύχτας μετά την επέμβαση αυτό γινόταν ανά δύο ώρες περίπου.

Ο έλεγχος των ζωτικών σημείων ήταν συχνός. Η πίεση του αίματος, ο σφυγμός και η αναπνευστική συχνότητα λαμβάνονταν κάθε μισή ώρα μετά την επέμβαση και ανά μία ώρα κατά τη διάρκεια της πρώτης νύχτας. Παράλληλα γινόταν έλεγχος του χαρακτήρα των αναπνοών, της θερμοκρασίας, του χρώματος της αρρώστου και του βαθμού συνειδησέως της. Προσεκτικός έλεγχος γινόταν για την αντιμετώπιση προωρων συμπτωμάτων ή ανεπιθύμητων επιπλοκών.

Λεπτομερής έλεγχος γινόταν στα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. Για να αντιμετωπισθεί καλύτερα η μετεγχειρητική κατάσταση της αρρώστου της χορηγήθηκε υπερλευκωματούχος δίαιτα για να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό

αρνητικό ανισοζύγιο αζώτου και την πλημμελή σίτιση των πρώτων ημερών χωρίς συνέπειες στον οργανισμό της.

Επίσης της έγινε φυσικοθεραπεία η οποία άρχισε από την πρώτη κιόλας βδομάδα μετά την επέμβαση, για να βγάλει τις τυχόν εκκρίσεις που υπήρχαν μέσα στο βρογχικό της δέντρο και για κινητοποίηση της χειρουργημένης πλευράς και του αντίστοιχου μέλους. Διδάχτηκε πως να βήχει αποτελεσματικά- με κλειστή τη γλωττίδα- και να κάνει ασκήσεις πλήρους τροχιάς του ώμου και του άκρου.

Πριν αρχίσει τη φυσικοθεραπεία αφαιρέθηκαν το LEVIN και λίγες μέρες αργότερα η παροχέτευση του θώρακος. Μετά δύο βδομάδες σταμάτησε και η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών.

Η ασθενής όπως αναφέρθηκε δεν ήξερε ότι έπασχε από καρκίνο του πνεύμονα και επειδή ήταν απαραίτητο να κάνει χημειοθεραπεία μετά την έξοδό της από το νοσοκομείο ο γιατρός που την παρακολουθούσε της εξήγησε ότι έπρεπε να συνεχίσει τη θεραπεία με φάρμακα. Ακόμη της εξήγησε ότι έπρεπε να επισκέπτεται το νοσοκομείο περίπου κάθε μήνα για να παίρνει τα φάρμακα αυτά γιατί δίνονταν μόνο ενδοφλεβίως. Σε όλη τη διάρκεια της παραμονής της στο νοσοκομείο η ασθενής μου, ήταν πολύ συνεργάσιμη και ακολουθούσε πάντα τις οδηγίες μου και τις οδηγίες του γιατρού.

Η ασθενής δεν ζήτησε περισσότερες πληροφορίες για την χημειοθεραπεία. Ικανοποιήθηκε με την εξήγηση που της δόθηκε από τον γιατρό γιατί πίστευε ότι αυτή θα γινόταν για την καλύτερρευση της υγείας της.

Την ημέρα που ήταν να φύγει της δώσαμε οδηγίες για να προλάβει τυχόν επιπλοκές και να προσπαθήσει ώστε να βελ-

τιωθεί και να αποκατασταθεί η υγεία της. Αυτές ήταν:

1. Το αίσθημα κόπωσης που πιθανόν να έχειθα της φύγει με την πάροδο του χρόνου.
2. Να εκτελεί ασκήσεις βαθειών εισπνοών κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων στο σπίτι.
3. Να εκτελεί ασκήσεις ορθής στάσης του σώματος, όρθια με τους ώμους τεταμένους προς τα πίσω, μπροστά από ολόσωμο καθρέφτη.
4. Να εκτελεί τις ασκήσεις που έκανε και στο νοσοκομείο.
5. Οι μυς του θώρακα θα έχουν μια αδυναμία για 3-6 μήνες. Δεν θα πρέπει να σηκώνει βάρος πάνω από 10 KG.
6. Να σταματά κάθε δραστηριότητα που της προκαλεί κόπωση, βράχυνση της αναπνοής ή θωρακικό πόνο.
7. Να εκτελεί καλή υγιεινή του στόματος των δοντιών και συχνή επίσκεψη στον οδοντίατρο.

**ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΘΩΣ Η ΑΣΘΕΝΗΣ
ΜΑΣ ΕΙΣΑΓΕΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ**

Η ασθενής εισάγεται ένα μήνα περίπου μετά την εγχείρησή της. Επισκέπτομαι την ασθενή και της εξηγώ την όλη πορεία της διαδικασίας όσο αφορά την χημειοθεραπεία. Η ασθενής υποστηρίζεται ψυχολογικά. Η κατάστασή της η ψυχολογική από ανήσυχη και αγωνιώδης μεταβάλλεται σε ήρεμη και ψύχραιμη.

Η ασθενής κατά την έγχυση παρουσίασε εμέτους και διαρροϊκές κενώσεις. Της δόθηκε αντιεμετικά (PRIMPERAN) και αντιδιαρροϊκά (IMMODIUM) φάρμακα.

Κατά την παραμονή της ασθενούς μου στο νοσοκομείο φρόν-

τιζα για την καλή θρέψη της αρρώστου και παρακολουθούσα την γενική της κατάσταση. Η άρρωστη μετά το τέλος της χημειοθεραπείας παρέμεινε στο νοσοκομείο μια μέρα για παρακολούθηση και την επόμενη εξήλθε αφού ενημερώθηκε από το γιατρό για την συνέχεια της θεραπείας της.

Επειδή γνωρίζω την άρρωστη (λόγω συγγένειας) και παρακολουθώ από κοντά την όλη πορεία της θεραπείας της μέχρι σήμερα μπορούμε να πούμε ότι η κατάστασή της είναι αρκετά ικανοποιητική και στάσιμη.

Π Ε Ρ Ι Η Τ Ω Σ Η Β'

Για να αξιολογήσω σωστά και καλύτερα τις νοσηλευτικές ανάγκες του ασθενούς με Ca πνεύμονος μελετήθηκε ένα δεύτερο περιστατικό που νοσηλεύτηκε στο Σισμανόγλειο Νοσοκομείο Αθηνών.

Ο ασθενής ονομάζεται Κ.Σ. και είναι ηλικίας 52 ετών επαγγέλματος υπαδηματοποιού. Ο ασθενής είναι παντρεμένος κι έχει ένα παιδί. Η μητέρα του έχει πεθάνει από ανακοπή καρδιάς κι ο πατέρας του ζει και βρίσκεται στην ηλικία των 80 ετών.

Ο κύριος Κ.Σ. πήγε στο Σισμανόγλειο στις 10 Νοεμβρίου 1989 με βήχα, έντονη δύσπνοια, αιμόφυρτα πτύελα και ακτινολογική εικόνα ατελεκτασίας. Μετά από κάποια θεραπεία που του έδωσε ο γιατρός του ανακουφίστηκε και σπάνια είχε αιμόφυρτα πτύελα.

Ο ασθενής επανέρχεται πάλι στις 1 Μαΐου 1990 με επιδείνωση της καταστάσεώς του. Παρουσιάζει τώρα βάρος στην πλάτη και ο πόνος εντοπίζεται στο αριστερό μέρος, δύσπνοια βήχα, αιμόφυρτα πτύελα κάθε πρωί και βράγχος φωνής. Έγινε

ακτινολογικός έλεγχος και φάνηκε σκίαση του αριστερού λοβού. Εκεί έγινε βρογχοσκόπηση και κυτταρολογική εξέταση πτυέλων με αποτέλεσμα να είναι θετικές για Ca πνεύμονος. Στη συνέχεια έγινε τομογραφία στον αριστερό λοβό όπου και αποδείχτηκε ομότιμος σκίαση στο άνω τμήμα του κάτω λοβού με κυκλικό περίγραμμα.

Η ακτινολογική έκθεση μέσα στο νοσοκομείο έδειξε διήθηση του κάτω λοβού.

Ο ασθενής ήταν καπνιστής από 30ετίας και κάπνιζε περίπου 20 σιγαρέττα την ημέρα.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Αιματοκρίτης	40%
Αιμοσφαιρίνη	14,0 GR%
Λευκοκύτταρα	8.800
Αιμοπετάλια	230.000
Πολυμορφοπύρρηνα	76
Λεμφοκύτταρα	20
Μονοκύτταρα	2
Ομάδα αίματος	O RH (+)
Γλυκόζη	120 MG%
Ουρία	33 MG%
Πρωτεΐνες ολικές	6,2%
Σφαιρίνες	2,7%
Ουρικό οξύ	5,0 MG%

Ταχύτητα καθιζήσεως ερυθρών αιμοσφαιρίων

Στο νοσοκομείο κρίθηκε ότι ήταν απαραίτητο να γίνει εγχείριση. Ο ασθενής όταν έμαθε ότι πρέπει να κάνει εγχείριση στεναχωρέθηκε, φοβόταν κι είχε άγχος. Ήταν ευερέθιστος, δε μιλούσε καθόλου και όταν μιλούσε ξέσπαγε στη

σύζυγό του.

Η γυναίκα του αν και στεναχωριόταν αντιμετώπιζε με ψυχραιμία την όλη κατάσταση αν και γνώριζε ότι ο άντρας της έπασχε από Ca πνεύμονος. Προσποιόταν στον άνδρα της ότι αυτή ήταν σίγουρη ότι θα γινόταν καλά ο σύζυγός της παρ'όλο που ήταν υποχρεωμένος να υποστεί κάποια χειρουργική επέμβαση. Αυτή δε απ'την αρχή παρακάλεσε να μη μάθει ο άντρας της ότι έχει καρκίνο γιατί δεν είχε δύναμη να το αντιμετωπίσει. Έτσι είχαν πει στον άντρα της ότι έχει κάποια κύστη (δεν χρησιμοποίησαν τη λέξη όγκο) που πιθανόν να είχε δημιουργηθεί μετά από κάποιο κρουαλόγημα. Με τον άρρωστο συζητούσαμε σε κλίμα κατανόησης, ενδιαφέροντος και αγάπης δίνοντάς του ευκαιρίες να εκφράσει τους φόβους, τις αγωνίες και γενικά τα αισθήματα και τις σκέψεις του.

Ο ασθενής κατάλαβε ότι ενδιαφέρομαι γι'αυτόν και με αντιμετώπισε πολύ καλά. Ήθελε μάλιστα να τον ενημερώνω για την πορεία της κατάστασής του μετά την εγχείριση. Έτσι εξήγησα στον άρρωστο ότι μετά την εγχείριση θα φέρει θωρακικές παροχετεύσεις, ορρό, LEVIN και του τόνισα ότι θα πρέπει μόνος του και συνεχώς να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει και να κάνει κινήσεις πλήρους τροχιάς του μέλους που θα έχει χειρουργηθεί κ.λ.π. Ο ασθενής μου εξέφρασε τους φόβους του π.χ. αιμορραγία, επειδή είχε αιμόφυρτα πτύελα, θανάτου λόγω της δύσπνοιας που είχε και μήπως η εγχείριση δεν πετύχει. Μετά από συνεργασία με τη γυναίκα του τον καθησυχάσαμε και του εξήγησα ότι για την δύσπνοια θα του χορηγηθεί οξυγόνο.

Άμεση προεγχειρητική φροντίδα.

Το βράδυ της προηγούμενης ημέρας έγινε ξύρισμα του χειρουργικού πεδίου και χορηγήθηκε STETON των 2 MG για να μπορέσει ο ασθενής να κοιμηθεί ήσυχα. Το απόγευμα επισκέφθηκα τον άρρωστο για να δω την ψυχολογική του κατάσταση. Ήταν ανήσυχος και αγωνιούσε. Του εξήγησα ότι δε πρόκειται ν'αντιμετωπίσει τίποτε άλλο παραπάνω εκτός απ' αυτό που είχαμε συζητήσει.

Μετεγχειρητική περίοδος.

Ο άρρωστος μπήκε στο χειρουργείο στις 9.30 και βγήκε στις 11.30. Στην εγχείρηση βρέθηκε ένας όγκος διαμέτρου 0,7 CM περίπου. Έγινε σφηνοειδής εκτομή και η ιστολογική εξέταση έδειξε βρογχοκυψελιδικό αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα. Ο ασθενής μετά την επέμβαση δυνδέθηκε με την παροχή οξυγόνου γιατί είναι ελαττωμένη η αναπνευστική εφεδρεία από τη μείωση του όγκου των πνευμόνων, του άλγους της τομής και της ακινητοποίησης των θωρακικών μυών, της απώλειας αίματος και της ελαττωμένης πίεσης αυτού.

Ο ασθενής μετά την επέμβαση έκανε μετάγγιση αίματος ακολουθούμενη με έγχυση. Ο βαθμός ροής δεν υπερβαίνει τις 50-60 σταγόνες το λεπτό, γιατί, το πνευμονικό οίδημα που είναι συνέπεια υπέρμετρης έγχυσης αποτελεί αληθινό κίνδυνο. Αρχικά συμπτώματα αυτής της επιπλοκής αποτελούν η κυάνωση, η δύσπνοια, οι ρόγχοι, παφλάζοντες ήχοι μέσα στο θώρακα καθώς και αφρώδη πτύελα. Για το λόγο αυτό γινόταν συνεχής έλεγχος του ασθενούς.

Έγινε στον ασθενή παυσίπονη ένεση ROMIDON γιατί πονούσε πολύ. Ο ασθενής έφερε LEVIN, ορό RINGERS 1.000 CC και μια θωρακική παροχέτευση BELLOW. Το LEVIN προκαλούσε δυ-

σφοδρία στν άρρωστο. Η αδελφή του εξήγησε σε τι του χρησίμευε το LEVIN και του είπε ότι θα πρέπει να κάνει υπομονή για 2-3 ημέρες.

Το κρεβάτι του αρρώστου ήταν χειρουργικά στρωμένο. Επειδή ο ασθενής ήταν δύσκολο να βήξει στην υπτία θέση τοποθετήθηκε σε καθεστήκυια στο πλάγιο του κρεβατιού. Στη θέση αυτή έπρεπε να βήχει ενώ κάποιο υπεύθυνο άτομο του υποστήριζε το θώρακα. Κάποια διπλωματούχος αδελφή του παρείχε βοήθεια (υποστήριζε το θώρακα), ανά δύο ώρες κατά τη διάρκεια της πρώτης μέρας και της πρώτης νύχτας μετά την επέμβαση.

Ο έλεγχος των ζωτικών σημείων ήταν συχνός. Η πίεση του αίματος, ο σφυγμός και η αναπνευστική συχνότητα λαμβάνονται κάθε μισή ώρα μετά την επέμβαση. Τα ζωτικά σημεία λαμβάνονται ανά ώρα κατά τη διάρκεια της πρώτης νύχτας. Παράλληλα γινόταν έλεγχος του χαρακτήρα των αναπνοών, του χρώματος του ασθενούς και του βαθμού συνειδήσεώς του. Προσεκτικός έλεγχος γινόταν για την αντιμετώπιση πρόωρων συμπτωμάτων ή ανεπιθύμητων επιπλοκών.

Λεπτομερής έλεγχος γινόταν στα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. Για να αντιμετωπισθεί καλύτερα η μετεχειρητική κατάσταση του αρρώστου του χορηγήθηκε υπερλευκοματούχος δίαιτα για να αντιμετωπίσει το μετεχειρητικό αρνητικό ανισοζύγιο αζώτου και την πλημμελή σίτιση των πρώτων ημερών χωρίς συνέπειες στον οργανισμό του.

Του έγινε φυσικοθεραπεία για να βγάλει τις τυχόν εκκρίσεις που υπήρχαν μέσα στο βρογχικό δέντρο του. Πράγματι μπόρεσε να βγάλει όσο μπορούσε περισσότερα πτύελα.

Μετά από 2-3 μέρες αφαιρέθηκαν η παροχέτευση του θώρακα το LEVIN και σταμάτησε η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών. Ο ασθενής όπως ανέφερα δεν ήξερε ότι έπασχε από καρκίνο του πνεύμονα και επειδή ήταν απαραίτητο να κάνει μερικές ακτινοβολίες ο γιατρός που τον παρακολουθούσε του είπε ότι είχαν βρεθεί άτυπα κύτταρα που για να καυτηριαστούν έπρεπε να κάνει θεραπεία με δόσεις ηλεκτρονίων. Έτσι ο ασθενής θα πήγαινε κάθε 20 μέρες στο ακτινολογικό κέντρο του Αγίου Σάββα να τελειώσει τη θεραπεία του.

Την ημέρα που ήταν να φύγει του δόθηκαν οδηγίες για να προλάβει τυχόν επιπλοκές και να προσπαθήσει ώστε να βελτιωθεί και να αποκατασταθεί η υγεία του. Αυτές ήταν:

1. Το αίσθημα κόπωσης που πιθανόν να έχει θα του φύγει με την πάροδο του χρόνου.
2. Να εκτελεί ασκήσεις βαθειών εισπνοών κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων στο σπίτι.
3. Να εκτελεί ασκήσεις ορθής στάσης του σώματος, όρθια με τους ώμους τεταμένους προς τα πίσω, μπροστά από ολόσωμο καθρέφτη.
4. Να εκτελεί τις ασκήσεις που έκανε και στο νοσοκομείο.
5. Οι μυς του θώρακα θα έχουν μια αδυναμία για 3-6 μήνες. Δεν θα πρέπει να σηκώνει βάρος πάνω από 10 KG.
6. Να σταματά κάθε δραστηριότητα που του προκαλεί κόπωση, βράχυνση της αναπνοής ή θωρακικό πόνο.
7. Να εκτελεί καλή υγιεινή του στόματος των δοντιών και συχνή επίσκεψη στον οδοντίατρο.
8. Να αποφεύγει πολυσύχναστους χώρους κατά τη διάρκεια επιδημίας του ανωτέρου αναπνευστικού συστήματος.

9. Να κάνει ιατρική εξέταση όσες φορές υπάρχει ένδειξη εγκατάστασης κάποιας λοίμωξης του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος.

10. Να αποφεύγει οποιοδήποτε ρέθισμα που θα μπορεί να του προκαλέσει σπασμούς ή βήχα.

11. Να αποφεύγει περιοχές όπου ο αέρας έχει καπνό, σκόνη ή ερεθιστικές ουσίες.

12. Να κάνει πρόγραμμα ανάπαυσης, δραστηριότητας. Να βαδίζει με μέτριο ρυθμό με προοδευτική αύξηση του χρόνου και της απόστασης. Στο πρόγραμμα ανάπαυσης να περιλαμβάνεται και ο μεσημβρινός ύπνος.

13. Καλή θρέψη.

14. Να κάνει αντιγριππικό εμβόλιο κάθε χρόνο.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Δ'

1. Σ Υ Μ Π Ε Ρ Α Σ Μ Α Τ Α

Μετά από τη μελέτη που έγινε στο "καρκίνο του πνεύμονος", καταλήγει κανείς σε ορισμένα συμπεράσματα αλλά και ερωτήματα.

- Για τον καρκίνο του πνεύμονα προληπτικά κάποιος μπορεί:

1. Να αποφύγει το κάπνισμα.

2. Αν είναι βάρυ καπνιστής να κάνει ακτινογραφία κάθε έξι μήνες έτσι ώστε σε περίπτωση "καρκίνου του πνεύμονα", να διαγνωσθεί το αρχικό στάδιο.

3. Να γίνεται σωστή ιατρική εξέταση και αξιολόγηση σε άτομα με χρόνια βήχα ή χρόνιες αναπνευστικές λοιμώξεις.

- Ο καρκίνος θεραπεύεται εντελώς ή παρατείνεται κατά πολύ όταν διαγνωσθεί σε αρχικό στάδιο.

- Η πρόληψη του καρκίνου όπως και άλλων ασθενειών είναι πρωταρχικής σημασίας γιατί προκαλεί απώλεια αρκετού αριθμού ατόμων ιδίως τα τελευταία χρόνια.

Το ερώτημα που ίσως να δημιουργείται σε καθένα είναι πως το νοσηλευτικό προσωπικό μαζί με το ιατρικό να συνεργαστούν για τη θεραπεία του αρρώστου, όταν ο ίδιος ο άρρωστος δεν ξέρει την κατάσταση στην οποία βρίσκεται;

Μάλλον θα ήταν απαραίτητο ο άρρωστος να ξέρει την κατάσταση του για να μπορεί να συνεργαστεί για τη θεραπεία του. Άλλωστε δεν είναι δυνατό να κάνει ο ασθενής ακτινοβολίες ή να μπει σε αντικαρκινικό νοσοκομείο και να μη σκεφτεί ή να μην του περάσει καθόλου από το μυαλό ότι μπορεί να έχει καρκίνο. (Άλλωστε είναι χειρότερο κάποιος να έχει την ιδέα του καρκίνου και να μην του λέγεται η αλή-

θεια. Με την κατάλληλη ενημέρωση του ασθενή, της οικογένειας και του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ο ασθενής θα μπορούσε να ξεπεράσει το πρόβλημά του πιο εύκολα.

2. Π Ρ Ο Τ Α Σ Ε Ι Σ

Η πιο σημαντική πρόταση που θα μπορούσε να γίνει είναι να διερευνηθεί συστηματικά και σε βάθος (ανεξάρτητα από τυχόν συμφέροντα) η αιτιολογία του καρκίνου του πνεύμονα και να αντιμετωπιστεί η αιτιολογία της νόσου.

- Μέσα στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης:

α) Ενημέρωση και διδασκαλία του κοινού πάνω στα αίτια που μπορεί να αποτελέσουν παράγοντες για την πρόκληση του καρκίνου του πνεύμονα.

β) Έλεγχος των ατόμων που λόγω της εργασίας τους έρχονται σε επαφή με ουσίες που θεωρούνται παράγοντες προκλήσης του καρκίνου του πνεύμονα.

- Από μέρους της πολιτείας φροντίδα για απομάκρυνση των βιομηχανιών από κατοικήσιμες περιοχές.

- Ο καρκίνος πρέπει να πάψει να θεωρείται σαν κακιά αρρώστεια και να διαχωρίζεται από τις άλλες.

- Η βελτίωση του προβλήματος αφορά την εφαρμογή εκλεκτικών εγχειρητικών μεθόδων σε εγκαίρως διαγνωσθέντες ασθενείς στη βάση μιας "εν σειρά" ακτινοκυτταρολογικής διερεύνησης. Επιπρόσθετα πολύτιμο στοιχείο θα αποτελούσε και η ικανότητα διαχωρισμού των "ευαίσθητων" ασθενών με την εφαρμογή ειδικών εμβολίων.

- Η εφαρμογή νέων χημειοθεραπευτικών φαρμάκων θα αποτελέσει επιπρόσθετο βήμα προόδου σε συνδυασμό με τη μελέτη του μηχανισμού της αντίστασης του όγκου.

- Πρέπει να γίνει ειδικότητα καρκινολόγων νοσηλευτών για να είναι πιο σωστή η νοσηλεία του καρκινοπαθούς και να μπορεί το προσωπικό ν'αντιμετωπίσει τα προβλήματα του ασθενούς αυτού.

- Να ιδρυθούν μονάδες πλήρως εξοπλισμένες για την πρόληψη και τη θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα στην επαρχία.-

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- BPUNNEP-EMERSON-FERGUSON SUDDARTH "Εγχειρίδιο Παθολογικής Χειρουργικής-Νοσηλευτικής", Τόμος 2ος, Μετάφραση και Έκδοση Σχολή Αξιωματικών Αδελφών Νοσοκόμων. Αθήνα 1978.
- ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ. "Ειδική Νοσολογία" Τόμος Α'. Εκδόσεις Γρ. Παρισιανός, Αθήνα 1984.
- PEAB E. ALAN, "Σύγχρονη Παθολογία", Μεταφρ. DW BAPRITT-LANCTON HEWER, Εκδόσεις Λίτσας- Αθήνα 1984.
- ΣΑΧΙΝΗ ANNA-ΚΑΡΔΑΣΗ-ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική", Τόμος Α' Εκδόσεις "ΒΗΤΑ" MEDICAL ARTS Αθήνα 1984.
- BUNN PA JR, IHDE DC: "Smallcell brohchogenic carcinoma: A review of therapeutic results, in Lung Cancer" RB Livingston (ed). The Hague/Boston/London, Marinus Nijhoff, 1981.
- LICHTER AS, BUNN PA: "The management of small-cell cancer of the lung, in Update: Pulmonary diseases and Disorders", AP Fishman (ed). New York, McGraw-Hill, 1982, pp 300-317.
- MATHEWS MJ, GORDON PR: "Morphology of pulmonary and pleural malignancies, in Lung Cancer Clinical Diagnosis and Treatment", MJ Straus (ed) New York, Grune & stratton, 1977.
- MINNA JD et al: "Lung cancer, in The Principles and Practice of Oncology", VT DeVita et al (eds). Philadelphia, Lippincott, 1981.

