

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΘΕΜΑ:

"ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ"

ΕΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ:

ΓΚΑΝΙΑΤΣΟΥ ΖΩΗΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΑΤΡΑ, 1993

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	766 8'
----------------------	--------

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛ.
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I : ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II : ΑΝΑΤΟΜΙΑ - ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ	3
- ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ	7
- ΕΝΤΟΠΙΣΗ - ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΣΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ	10
- ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ	12
- ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ	16
- ΣΠΑΝΙΟΙ ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ	17
- ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΔΕΝΩΜΑ	18
- ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	19
- ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	23
- ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΘΩΡΑΚΑ	25
- ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ	28
- ΠΡΟΓΝΩΣΗ	29
- ΘΕΡΑΠΕΙΑ	30
Χειρουργική	30
Ακτινοθεραπεία	32
Χημειοθεραπεία	37
Ανοσοθεραπεία	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ	42
- ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	43
- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	46
- ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ	50
- ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ	56

- ΜΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	58
- ΚΛΕΙΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗΣ	61
- ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	68
- ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ - ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	72
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ...	80
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	84
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ...	85
- Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ	90
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥ- ΜΟΝΑ ΣΤΑ ΤΕΛΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ	92
- ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ - ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ	95
- ΚΑΠΝΙΣΜΑ	96
- ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	97
- ΟΙ ΒΛΑΒΕΡΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ - ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	99
- ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΑΣΘΕΩΝ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	102
Πρώτο περιστατικό	102
Δεύτερο περιστατικό	106
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV : ΕΠΙΛΟΓΕΣ	 110
 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	 111

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο 20^{ος} αιώνας θεωρείται ο αιώνας των κομπιούτερς, της πληροφορικής και των επιστημών. Παρ'όλο που ο άνθρωπος κατάφερε να ανεβάσει το βιοτικό του επίπεδο με τις τεχνολογικές ανακαλύψεις η ιατρική επιστήμη βρίσκεται μπροστά στο τεράστιο αδιέξοδο της θνησιμότητας από τον καρκίνο, που αυξάνεται αλματωδώς τα τελευταία χρόνια.

Από άποψη γεωγραφικής κατανομής ο καρκίνος του πνεύμονα είναι διαδεδομένος σε ολόκληρο το κόσμο, υφίσταται μεγάλες διαφορές από τόπο σε τόπο και από φύλο σε φύλο. Το 80% των καρκίνων του πνεύμονα αφορά άντρες, των οποίων η ηλικία κυμαίνεται από το 50^ο - 70^ο έτος. Ο αριθμός αύξησης του νεοπλασματος μεταξύ των γυναικών είναι βραδύτερος.*

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι γνωστός από και πολύ παλιά χρόνια. Στη συνέχεια έγιναν πολλές εργασίες που είτε αναφέρονται στην συμπτωματολογία της νόσου είτε στη διαχώριση του σε πρωτοπαθή ή μεταστατικό ή άλλες κατηγορίες.

Σήμερα είναι παραδεκτό ότι αυτός εξορμάται από το βρογχικό δένδρο, γι' αυτό λέγεται βρογχικό καρκίνωμα. Μεγάλο ενδιαφέρον, έχει η εξέλιξη της διαγνωστικής του καρκίνου του πνεύμονα. Σ' αυτή συνέβαλαν σημαντικά οι ακτίνες X, η βρογχοσκόπηση και η κυτταρολογική εξέταση των πτυέλων. Σημαντική υπήρξε και η πρόοδος, στη θεραπεία του καρκίνου.

Σήμερα η χειρουργική μπορεί να παρατείνει τη ζωή σε σημαντικό αριθμό ασθενών, αν αντιμετωπιστούν έγκαιρα στα αρχικά στάδια της

νόσου. Μεγάλο βοήθημα αποτελεί η ακτινολογική εξέταση του πλυσμού (άντρες πάνω από 45 χρόνων καπνιστές). Λαμβάνοντας υπόψη, ότι το 75% των περιπτώσεων του καρκίνου του πνεύμονα, μάλλον οφείλονται στο κάπνισμα το μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων απ' αυτόν μπορεί να προληφθεί.

Εκτιμά κάποιος καλύτερα τη σημασία της πρόληψης, εάν αναλογιστεί ότι μόνο το 5% των ασθενών με βρογχογενές καρκίνωμα επιβιώνουν 5 έτη από τη διάγνωση της νόσου ανεξάρτητα θεραπείας και μόνον 25-30% των υποβληθέντων σε λειτουργική θεραπεία βρίσκονται στη ζωή μετά από μια πενταετία.

Η εργασία μου έχει στόχο τη σωστότερη κατάρτιση μας στο θέμα και τη γνώση της σωστής νοσηλευτικής φροντίδας, που πρέπει να προσφέρουμε στους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα και να δείξουμε στον καπνιστή ότι το κάπνισμα είναι θανάσιμα βλαβερή απόλαυση.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι .

ΑΝΑΤΟΜΙΑ - ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ

Το αναπνευστικό σύστημα αποτελείται από δύο κυρία τμήματα.



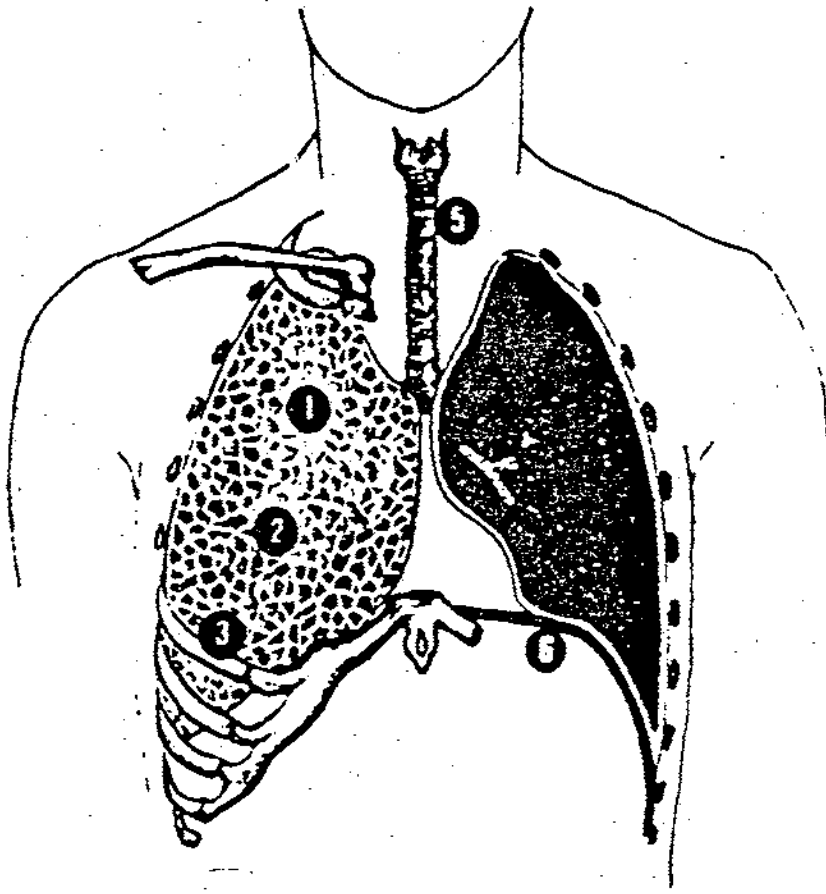
Εικόνα 1. Κυψελίδες. Το οξυγόνο που περιέχεται στον αέρα περνάει από τις κυψελίδες (1) στις πνευμονικές φλέβες (με κόκκινο χρώμα) διαμέσου του πολύ λεπτού κυψελιδικού τοιχώματος. Με αντίθετη διαδρομή το διοξείδιο του άνθρακα περνάει από τα αρτηριακά (με μπλέ χρώμα) στις κυψελίδες. Στο κύκλωμα καρδιά-πνεύμονες - καρδιά, το αίμα που περιέχεται στις αρτηρίες είναι φτωχό σε οξυγόνο, αντίθετα με εκείνο που συμβαίνει στο κύκλωμα καρδιά-όργανα - καρδιά.

την άνω και την κάτω αεροφόρο οδό. Η άνω αεροφόρος οδός απαρτί-
ζεται από τη ρινική κοιλότητα, τον φάρυγγα, το στόμα, τον στο-
ματοφάρυγγα και τον λάρυγγα. Η κάτω αεροφόρος οδός απαρτίζεται ,
από τους μεγάλους αεραγωγούς (τραχεία, βρόγχοι) και τους μικρούς
(βρογχιόλια, κυψελίδες). Η τραχεία είναι ένας σωλήνας μήκους 12
εκατοστών και διαιρείται στο σημείο που λέγεται καρίνα στο δεξιό
και αριστερό βρόγχο.

Οι πνεύμονες βρίσκονται μέσα στη θωρακική κοιλότητα και εί-
ναι ο δεξιός και ο αριστερός. Περιβάλλονται από τον υπεζωκότα υ-
μένα που έχει δύο πέταλα, το τοιχωματικό και το περισπλάχνιο με-
ταξύ οποίων σχηματίζεται ένας σχισμοειδής χώρος που περιέχει
μικρή ποσότητα ορώδους υγρού και όχι αέρα.

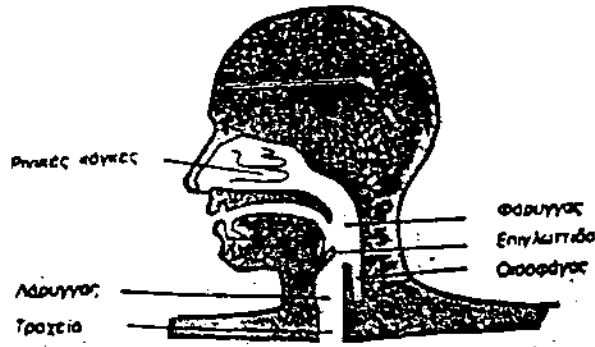
Αυτό χρησιμεύει για τη διολίσθηση των δύο πετάλων κατά τις
αναπνευστικές κινήσεις. Η πίεση στο χώρο αυτό είναι αρνητική κι
αυτό έχει σημασία για την έκπτυξη των πνευμόνων κατά την εισπνοή
Οι πνεύμονες διαιρούνται σε δύο λοβούς με μια σχισμή που ονομά-
ζεται μεσολόβιος. Ο δεξιός πνεύμονας έχει τρεις λοβούς (άνω, μέ-
σο, κάτω) κι ο αριστερός δύο λοβούς (άνω, κάτω). Κάθε πνεύμονας,
έχει περίπου το σχήμα του κώνου με κορυφή προς τα πάνω, βάση προς
το διάφραγμα, έξω επιφάνεια σε επαφή με το πλευρικό τοίχωμα και
έσω επιφάνεια που χωρίζει το μεσοθωράκιο κι έρχεται σε επαφή με
την καρδιά και τα μεγάλα αγγεία. Στην εσωτερική επιφάνεια βρί-
σκονται οι πύλες του πνεύμονα. Από αυτές εισέρχεται ο κύριος βρόγ-
χος και ο κλάδος της πνευμονικής αρτηρίας που φέρνει το φλεβικό
αίμα από την καρδιά για την οξυγόνωση στον πνεύμονα, καθώς και
οι πνευμονικές φλέβες που φέρνουν το οξυγονωμένο αίμα στην καρ-
διά. Το βάρος των πνευμόνων είναι περίπου 1.100 gr και ο όγκος
τους 1.700 cm³. Το χρώμα τους είναι ρόζ στους νέους, κόκκινο βα-
θύ στους ηλικιωμένους και μελανό στους καπνιστές. Οι πνεύμονες ,
αποτελούνται από το βρογχικό δένδρο, τα πνευμονικά λοβία και τα

αγγεία. Κάθε βρόγχος διακλαδίζεται σε τμηματικούς βρόγχους που ο καθένας χωρίζεται σε άλλα τμήματα που ονομάζονται βρογχοπνευμονικό τμήμα. Από εκεί διακλαδίζονται σε ολοένα μικρότερους κλάδους και οι τελικοί ονομάζονται λοβιακοί βρόγχοι. Αυτοί εισερχόμενοι, εντός του λοβίου, λέγονται ενδολόβια. Τα ενδολόβια μέσα στα πνευμονικά λοβία χωρίζονται σε βρογχιόλια. Κάθε βρογχιόλιο υποδιαιρείται στους κυψελωτούς χώρους που το τοίχωμα τους φέρει εγκολλώματα που αποτελούν τις κυψελίδες. Οι κυψελίδες έχουν πλούσιο

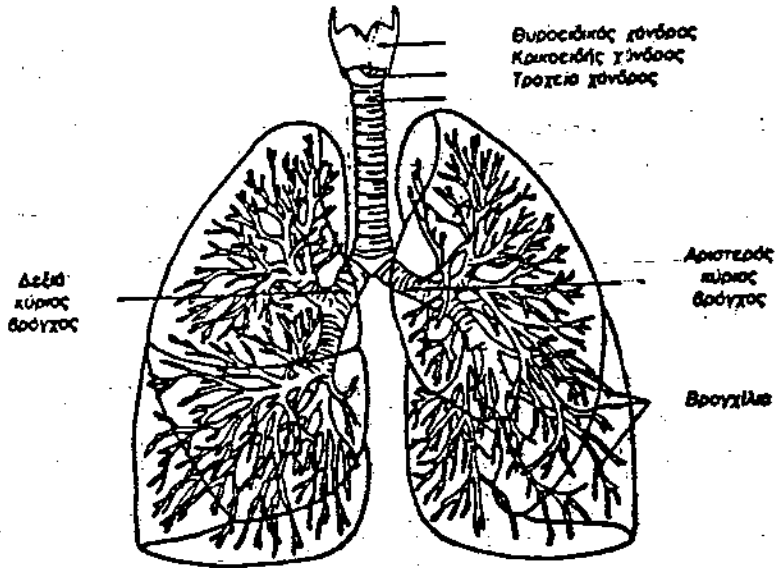


Εικόνα 2. (1) Τραχεία, (2) Βρόγχος, (3) Άνω πνευμονικός λοβός, (4) Μέσος πνευμονικός λοβός, (5) Κατώτερος πνευμονικός λοβός.

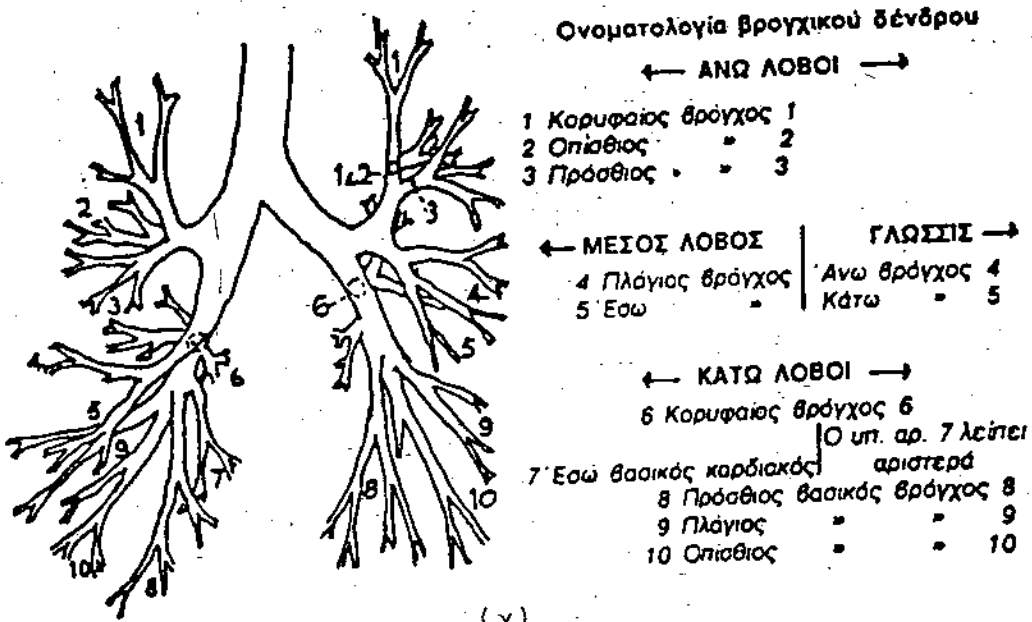
δίκτυο τριχοειδών αγγείων. Η νευρώση των πνευμόνων γίνεται με τα πνευμονογαστρικά νεύρα και τις ίνες των συμπαθητικών γάγγλιων.



(α)



(β)



(γ)

Εικόνα 3. (α) Ανωτέρα αναπνευστική οδός,
 (β) Λάρυγγας, τραχεία, βρογχικό δένδρο
 (γ) Βρογχικό δένδρο κατά μέτωπο

ΔΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ:

1. Ρυθμιστικός μηχανισμός της αναπνευστικής λειτουργίας
2. Μηχανική της αναπνοής
3. Πνευμονικός αερισμός
4. Πνευμονική κυκλοφορία
5. Διάλυση των αερίων
6. Κατάσταση των αερίων στο αρτηριακό αίμα, και
7. Ρυθμιστική δράση των πνευμόνων στη διατήρηση της οξεοβασικής ισορροπίας στον οργανισμό

Η αναπνευστική λειτουργία έχει σκοπό την εξασφάλιση του οξυγόνου για την επιτέλεση των κυτταρικών οξειδώσεων και την απομάκρυνση απ' αυτές του παραγόμενου διοξειδίου του άνθρακα. Για να πραγματοποιηθεί αυτή η λειτουργία, είναι απαραίτητη η ύπαρξη της εσωτερικής και εξωτερικής αναπνοής. Η εσωτερική αναπνοή είναι η ανταλλαγή μεταξύ αίματος και περιβάλλοντος.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Πρέπει να χρησιμοποιείται η ιστολογική ταξινόμηση των πρωτοπαθών πνευμονικών όγκων που προτάθηκε από τον Π.Ο.Υ. το 1977 (βλ. Πίνακα 1). Το 95% των πρωτοπαθών πνευμονικών όγκων αποτελούνται από 4 κυτταρικούς τύπους:

- Καρκίνωμα από πλακώδες επιθήλιο ή επιδερμοειδές,
 - Μικροκυτταρικό (ατρακτόμορφο) καρκίνωμα,
 - Αδενοκαρκίνωμα (περιλαμβανομένου του βρογχιολοκυψελιδικού), και
 - Μεγαλοκυτταρικό (μεγαλοκυτταρικό αναπλαστικό) καρκίνωμα
- Οι διάφοροι κυτταρικοί τύποι εμφανίζουν διαφορετική πορεία και α-

ντίδραση στην αγωγή. Έτσι, η ορθή ιστολογική διάγνωση από πεπειραμένο παθολογοανατόμο είναι το πρώτο βήμα για την ορθή αντιμετώπιση. Οι κύριες θεραπευτικές επιλογές γίνονται βάσει της ιστολογικής ταξινομήσεως του όγκου σε μικροκυτταρικό καρκίνωμα ή σε μία από τις υπόλοιπες "μη μικροκυτταρικές" ποικιλίες (που περιλαμβάνουν το επιδερμοειδές αδеноκαρκίνωμα, μεγαλοκυτταρικό, βρογχιόλιο-κυψελιδικό και μικτές μορφές αυτών). Γενικά, το μικροκυτταρικό καρκίνωμα κατά τη διάγνωσή του έχει επεκταθεί, καθιστάμενο ανεγχείρητο και αντιμετωπίζεται κυρίως με χημειοθεραπεία με ή χωρίς ακτινοθεραπεία, ενώ οι "μη μικροκυτταρικές" μορφές, αν κατά το χρόνο της διαγνώσεως ευρεθούν εντοπισμένες, πρέπει να θεραπεύονται με ακτινοβολία ή εγχείρηση. Ο επιδερμοειδής καρκίνος, είναι ο συχνότερος ιστολογικός τύπος επί ανδρών, ενώ στις γυναίκες επικρατεί το αδеноκαρκίνωμα. Οι καπνιστές αποτελούν το 90% των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα όλων των ιστολογικών τύπων, ενώ στη σπάνια περίπτωση μη καπνιστού με καρκίνο του πνεύμονα συνήθως πρόκειται για αδеноκαρκίνωμα. Όμως, επί μη καπνιστών με αδеноκαρκίνωμα του πνεύμονα, πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο άλλων πρωτοπαθών εστιών, ιδίως καρκίνου του μαστού. Ο επιδερμοειδής και ο μικροκυτταρικός καρκίνος συνήθως εμφανίζονται ως κεντρικές μάζες με ενδοβρογχική ανάπτυξη, ενώ το αδеноκαρκίνωμα και το μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα τείνουν να παρουσιάζονται περιφερικά οζία ή μάζες με συμμετοχή του υπεζωκότα. Ο επιδερμοειδής και ο μεγαλοκυτταρικός σχηματίζουν κοιλότητα στα 20-30% των περιπτώσεων. Το βρογχοκυψελιδικό καρκίνωμα μπορεί να εμφανισθεί ως μονήρης μάζα, ως διάχυτη πολυοζώδης βλάβη και ως χνουδωτό διήθημα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Ταξινόμηση των κακοηθών όγκων του πνεύμονα και του υπεζωκότα, σύμφωνα με το Π.Θ.Υ.

I	Επιδερμοειδές καρκίνωμα
II	Μικροκυτταρικό καρκίνωμα (ατρακτόμορφο, πολυγωνικό, λεμφοκυτταροειδές κλπ.)
III	Αδενοκαρκίνωμα (βοτρυοειδές, θηλώδες, βρογχοκυψελιδικό)
IV	Μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα (συμπαγείς όγκοι με ή χωρίς βλεννίνη και γιγαντοκυτταρικοί όγκοι και όγκοι διαυγών κυττάρων)
V	Μεικτό επιδερμοειδές και αδενοκαρκίνωμα
VI	Καρκινοειδείς όγκοι
VII	Όγκοι βρογχικών αδένων (κυλίνδρωμα, βλεννοδερμοειδής όγκος)
VIII	Θηλώδης όγκος του επιπολής επιθηλίου
IX	"Μεικτοί" όγκοι και καρκινοσάρκωμα
X	Σάρκωμα
XI	Αταξιλόμητοι όγκοι
XII	Μεσοθηλίωμα (εντοπισμένο και διάχυτο)
XIII	Μελάνωμα

Το επιδερμοειδές καρκίνωμα συχνά διηθεί το βραχιόνιο πλέγμα, και παρατηρούνται κινητικές και αισθητικές νευρολογικές διαταραχές, όπως επίσης και ατροφία του σύστοιχου άνω άκρου. Όταν ο καρκίνος του πνεύμονα αποφράξει τον αυλό του βρόγχου, δημιουργείται ατελεκτασία και μετατόπιση των εντομών. Στην περίπτωση που ο όγκος αναπτυχθεί στο δεξιό άνω λοβό κεντρικά, τότε εμποδίζει την

προς τα άνω μετατόπιση του έσω τμήματος της οριζόντιας εντομής, και έτσι αυτή παίρνει το σχήμα S. Το σημείο αυτό που έχει περιγραφεί από τον Golden, θεωρείται χαρακτηριστικό για ατελεκτασία, από καρκίνο. Επίσης συχνά παρατηρούνται πνευμονίτιδες από απόφραξη ενώ το αποκρατικό εμφύσημα είναι σπάνιο. Άλλα κλινικά σημεία του καρκίνου είναι η διήθηση του υπεζωκότα και από αυτό η ανάπτυξη πλευριτικού υγρού, η διήθηση οστών του θωρακικού τοιχώματος, διήθηση του κάτω λαρυγγικού νεύρου και από το λόγο αυτό βράγχος της φωνής.

Στον μικροκυτταρικό καρκίνο που είναι ο πιο κακοήθης, πολύ συχνά παρατηρούνται παρανεοπλασματικές καταστάσεις λόγω εκκρίσεως ορμονών και άλλων πεπτιδίων, όπως το σύνδρομο Cushing, υπονατριαιμία, νευρικές εκδηλώσεις, ευρήματα από το δέρμα κλπ.

Το αδενοκαρκίνωμα μεθίσταται πιο συχνά από το επιδερμοειδές καρκίνωμα, αλλά σπανιότερα από το μικροκυτταρικό. Δίνει συχνά εγκεφαλικές μεταστάσεις. Για άγνωστους λόγους η συχνότητα του αυξάνει τα τελευταία χρόνια.

ΕΝΤΟΠΙΣΗ - ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Τα πρωτοπαθή καρκινώματα του πνεύμονα εμφανίζονται συχνότερα στο δεξιό πνεύμονα, προέρχεται δε είτε από το επιθήλιο, είτε από τους βλεννογόνους αδένες των βρόγχων, είτε από τις κυψελίδες και αρχίζουν στις 75-80% των περιπτώσεων από ένα μεγάλο βρόγχο. Το ποσοστό των καρκινωμάτων των βρόγχων, τα οποία αρχίζουν από μικρούς βρόγχους πιθανώς να είναι μεγαλύτερο των 20-25%, διότι, σε ευμεγέθεις όγκους είναι αδύνατο να καθορισθεί ακριβώς η αρχική θέση ανάπτυξης της νεοπλασματικής εστίας.

Σε λεπτομερέστερη παρατήρηση δόθηκε η εξής εντόπιση:

Δεξιός πνεύμονας

1. Στελεχιαίος βρόγχος	22,7%
2. Μέσος λοβιαίος βρόγχος	4,5%
3. Άνω λοβιαίος βρόγχος	22,7%
4. Κάτω λοβιαίος βρόγχος	18,3%

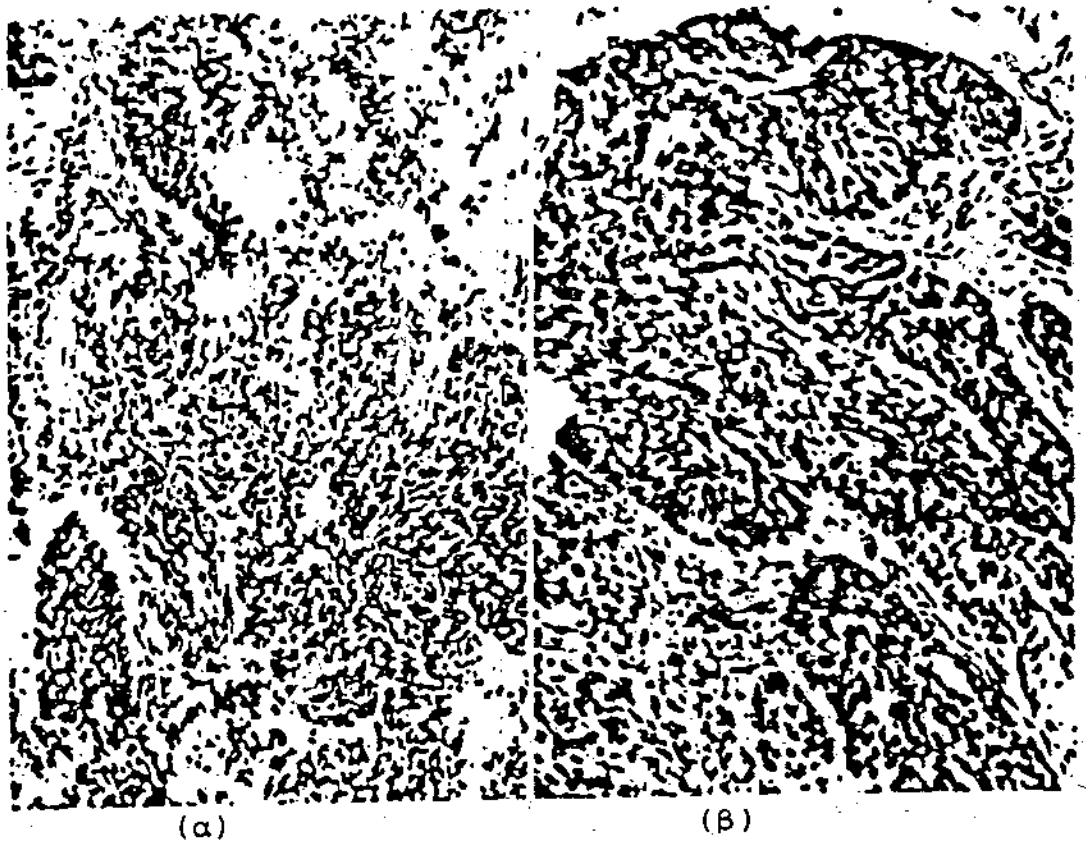
Αριστερός πνεύμονας

1. Στελεχιαίος βρόγχος	9%
2. Άνω λοβιαίος βρόγχος	22,7%
3. Κάτω λοβιαίος βρόγχος	4,5%

Η ανάπτυξη του νεοπλασματικού όζου εντός του βρογχικού δένδρου ή και του πνευμονικού παρεγχύματος, προκαλεί συνήθως συνέπεια μηχανικών λόγων, απόφραξη των βρόγχων και ατελεκτασία της υπό των βρόγχων αεριζομένης περιοχής, μετά βρογχοπνευμονικών δευτεροπαθών αλλοιώσεων, η δε διασπορά του νεοπλασματικού ιστού, σε μερικές περιπτώσεις σε όλη την έκταση του πνεύμονα προκαλεί σημαντική ελάττωση του αναπνευστικού πεδίου. Η ανατομική εντόπιση, των καρκινωμάτων του πνεύμονα περιγράφεται ως εξής:

Κεντρικά νεοπλάσματα καλούνται εκείνα τα οποία αρχίζουν από κάποιο κύριο βρόγχο, διάμεσα αυτά που αρχίζουν από ένα μικρό βρόγχο ορατό με γυμνό οφθαλμό και περιφερικά εκείνα που αρχίζουν από ένα μικρό ή πολλούς μικρούς βρόγχους και βρογχιόλια. Το καρκίνωμα του πνεύμονα εμφανίζει ιστολογικά τρεις μορφές, οι οποίες όμως δεν είναι αμιγείς στις περισσότερες περιπτώσεις, γενικά δε συνεπεία της παρατηρούμενης αυτής ποικιλίας των ιστολογικών εικόνων σε πολλά από τα νεοπλάσματα του πνεύμονα, καθίσταται δύσκολη η κατάταξη αυτών:

- α) Καρκινώματα πλακώδη επιθήλια
- β) Αδενικά Καρκινώματα
- γ) Αδιαφοροποίητα καρκινώματα



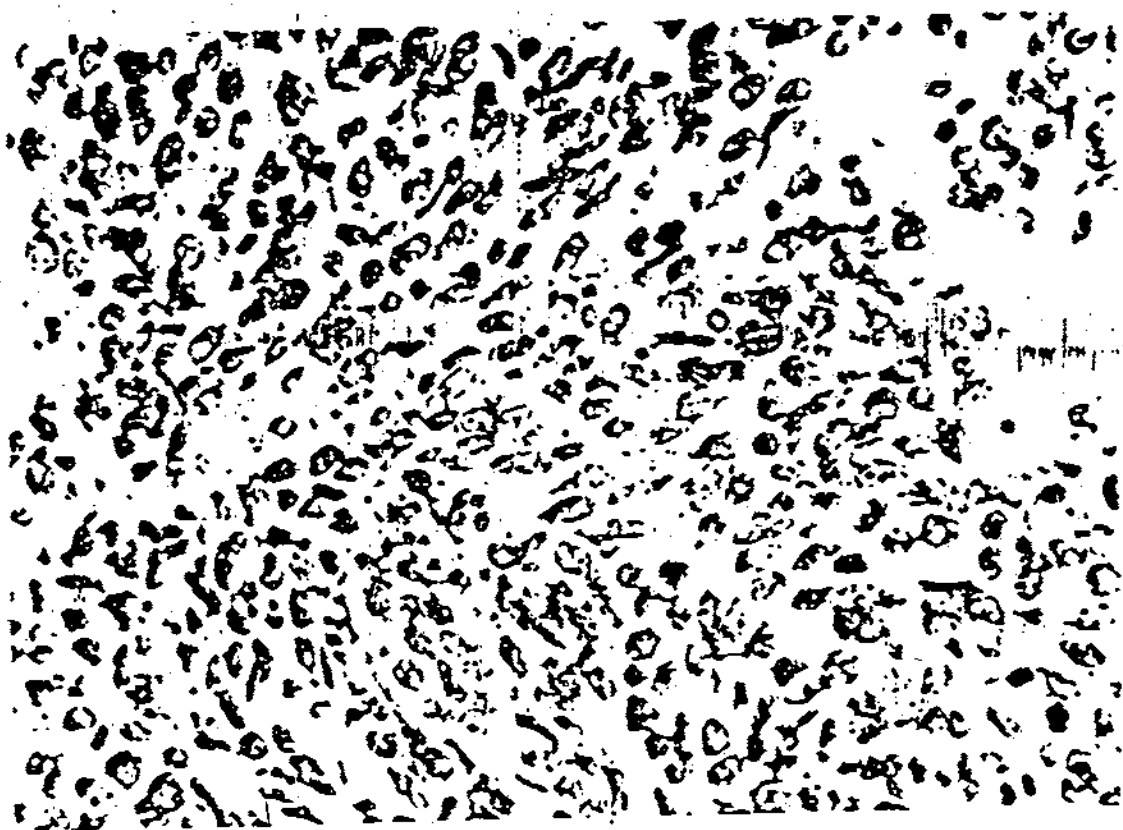
Εικόνα 4. Βρογχογενές καρκίνωμα του πνεύμονα
 (α) Μικροκυτταρικών αμετάπλαστον (μικρά λεμφοειδή κύτταρα) 1:120, (β) Αμετάπλαστον μικροκυτταρικών μετ' ατρακτοειδών κυττάρων (Oat Cell) 1:120

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Δεν είναι γνωστό αν για την μετατροπή του φυσιολογικού κυττάρου σε κακοήθες υπάρχει μόνον ένας αιτιολογικός παράγοντας. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι πρέπει να δρουν πολλοί. Εκτός όμως, από τους αιτιολογικούς παράγοντες στους οποίους θα αναφερθώ στη συνέχεια υπάρχουν και οι προδιαθεσικοί παράγοντες, όπως η ηλικία

το φύλο, το είδος της εργασίας κ.ά. που μπορούν να επηρεάσουν το βαθμό της ευαισθησίας του ατόμου στους αιτιολογικούς παράγοντες. Αναλυτικότερα, παράγοντες που κάνουν ένα άτομο πιο ευαίσθητο (προδιαθεσικοί) στην εμφάνιση του καρκίνου από άλλα άτομα είναι:

1. Η ηλικία: Αν κι όλες οι ηλικίες προσβάλλονται από καρκίνο, εν τούτοις πάνω από τους μισούς αρρώστους με καρκίνο είναι άτομα

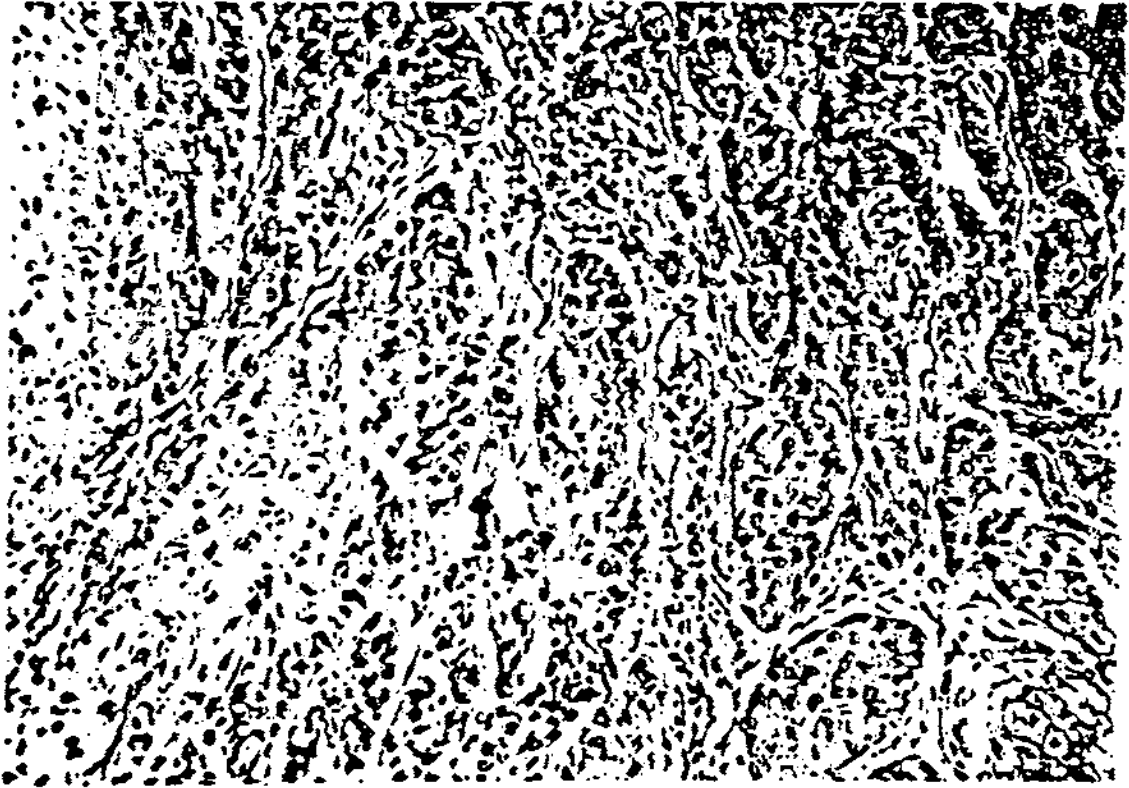


Εικόνα 5. Βρογχογενές καρκίνωμα του πνεύμονα εξ ατρακτοειδών κυττάρων.

ηλικίας 55 χρόνων και άνω. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα αυτά έχουν εκτεθεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε διάφορους καρκινογόνους παράγοντες.

2. Το φύλο: Οι άνδρες προσβάλλονται πιο συχνά από τις γυναίκες από καρκίνο του πνεύμονα.

3. **Επάγγελμα:** Η φύση του επαγγέλματος μπορεί να εκθέτει το άτομο σε περισσότερους καρκινογόνους παράγοντες πχ. άτομα που χειρίζονται ραδιοϊσότοπα ή εργάζονται σε μολυσμένο από ραδιενέργεια περιβάλλον.



Εικόνα 6. Βρογχογενές καρκίνωμα ανώτερως διαφοροποίησης Μαλπιγιακού τύπου - επιδερμογενές. Μεγέθ. 1:200.

4. **Οικογενειακή προδιάθεση:** Αν και δεν έχει αποδειχθεί ότι ο καρκίνος κληρονομείται εν τούτοις παρατηρείται κληρονομική προδιάθεση. Ως προς τους αιτιολογικούς παράγοντες υπάρχει στενή σχέση καπνίσματος και καρκινογένεσης. Ο κίνδυνος ανάπτυξης αυξάνεται αναλογικά με την αύξηση του καπνίσματος, η οποία αύξηση υπολογίζεται από τον αριθμό των τσιγάρων που καταναλώνονται ημερησίως, τον αριθμό των χρόνων που το άτομο καπνίζει, την ηλικία έναρξης, του καπνίσματος και το βαθμό εισπνοής του καπνού. Η καρκινογένεση από την επίδραση του καπνού είναι πολυσύνθετος μηχανισμός και οι φυσικοί ή χημικοί ερεθισμοί προσβάλλουν με διάφορους τρόπους

τα υγιή κύτταρα, ώστε να μετατραπούν και μεταπλασθούν σε καρκινοματώδη. Τέτοια όμως μεταβολή χρειάζεται και ανάλογο χρονικό διάστημα και αλλαγή αντίστασης του μεταβολισμού τους από την αρχική επίδραση έως το χρόνο που θα ολοκληρωθεί η εξεργασία. Είναι φυσικό ότι για κάθε καρκινοματώδη εξαλλαγή επενεργούν και άλλοι παράγοντες τόσο από εξωτερικές επιδράσεις ή και ενδογενή αίτια, που μπορεί να επηρεάσουν ανεξάρτητα τα κύτταρα του οργανισμού, να ενεργήσουν συνεργατικά ή και να αναστείλουν τις ανώμαλες μιτωτικές φάσεις.

Το κάπνισμα ενεργεί στον ανθρώπινο οργανισμό με δύο ομάδες φυσικών στοιχείων, τον καπνό και τα στερεά συστατικά. Ο καπνός, αντιπροσωπεύει το 90% κάθε εισπνοής και περιέχει διοξείδιο του άνθρακα (CO_2) μονοξείδιο του άνθρακα (CO) και υλικά καύσης με μικρή όμως ποσότητα καρκινογόνων ουσιών. αντίθετα, τα εισπνεόμενα στερεά συστατικά που μπορούν να συγκρατηθούν αρκετά από το φίλτρο και αναφέρονται σαν "πίσσα" είναι κατά βάση καρκινογόνα, ενεργούν και σαν μηχανικός ερεθισμός που περιέχουν μεγάλη αναλογία χημικών στοιχείων, που διαχωρίζονται σε οξέα, αλκάλια και ουδέτερα. Τα πιο επιβλαβή στις κυτταρικές μεταβολές είναι τα ουδέτερα.

Οι καρκινογόνοι παράγοντες του καπνού και της πίσσας φθάνουν σχεδόν τα δύο χιλιάδες στοιχεία που έχουν σημαντικά αναλυθεί, η δε επίδρασή τους στα κύτταρα του οργανισμού διαφέρει εφόσον άλλα ενεργούν σαν γενεσιουργά αίτια, άλλα προωθούν εξελικτικά τις μεταλλακτικές βλάβες των κυττάρων, ενώ υπάρχουν στοιχεία συνεργατικά που η δράση τους επενεργεί μόνο σε συνδυασμό με τα γενεσιουργά στοιχεία και ενισχύει τις καρκινοματώδεις μεταβολές. Με τη μελέτη της επίδρασης των στοιχείων αυτών φάνηκε ότι ένα γενεσιουργό στοιχείο δεν δημιουργεί αυτόματα καρκινοματώδη εξαλλαγή εάν δεν υπάρχει η προάγουσα και η συνεργατική επιβολή των άλλων παραγόντων.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ

Η συσχέτιση καπνίσματος και καρκίνου πνεύμονα έχει καλύψει μεγάλο φάσμα ελέγχου, από την άποψη τρόπου, είδους ποσότητας ειδών τσιγάρων, επιπόλαιας ή βαθειάς εισπνοής κ.ά. Η αύξηση όμως ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα δεν θα δημιουργούσε τέτοια παγκόσμια προβλήματα εάν δεν παρουσιαζόταν η εξέλιξη σήμερα σαν επιδημική αρρώστεια αφού η επιβίωση για τους άνδρες είναι μόνο 8% και για τις γυναίκες 12%.

Ειδικότερα οι θάνατοι από καρκίνο του πνεύμονα στις Η.Π.Α., στις γυναίκες πήραν από την πέμπτη θέση που είχαν το 1964, τη δεύτερη το 1979. Τούτο είναι άμεσα συνδεδεμένο με τη συνήθεια του καπνίσματος που έχει καταλάβει τις γυναίκες την τελευταία δεκαετία.

Στην Ευρώπη τα τελευταία 25 χρόνια η Μ. Βρεταννία και ειδικότερα η Σκωτία παραμένουν στην πρώτη θέση μεταξύ των θανάτων από καρκίνο πνεύμονα με 140 στους 100.000 κατοίκους, ενώ ακολουθούν τώρα σε συχνότητα η Ολλανδία και το Βέλγιο.

Από Ελληνικής πλευράς, η ετήσια έρευνα της Στατιστικής Υπηρεσίας του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών για το έτος 1985, αναφέρει ότι τα νεοπλάσματα του αναπνευστικού συστήματος καταλαμβάνουν την πρώτη θέση μεταξύ όλων των καρκίνων με ποσοστό 25,3%, ενώ το άθροισμα όλων των νέων περιπτώσεων για άνδρες και γυναίκες ήταν 25,96% ή ποσοστό 16,4%. Σε επιδημιολογική έρευνα που έγινε την τελευταία δεκαετία στην Ελλάδα βρέθηκε ότι οι καπνιστές ελληνικών τσιγάρων έχουν εξαπλάσια πιθανότητα προσβολής από τους μη καπνιστές.

ΣΠΑΝΙΟΙ ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Σ' αυτές κατατάσσουμε τα σαρκώματα που εμφανίζονται συνήθως, στην ηλικία των 30-40 ετών. Πρόκειται για σπάνιους όγκους, που αναπτύσσονται τόσο ενδοβρογχικά όσο και μέσα στο πνευμονικό παρέγχυμα, η πιο συνήθης εντόπιση είναι η ενδοβρογχική. Συγκεκριμένα, διακρίνουμε τα λειομυοσαρκώματα, τα ινοσαρκώματα, τα ινολειομυοσαρκώματα, τα μυξοσαρκώματα, τα χονδροσαρκώματα, τα λιποσαρκώματα, τα νευροϊνοσαρκώματα, τα καρκινοσαρκώματα και τα ραβδομυοσαρκώματα.

Εκτός των παραπάνω διακρίνουμε την ομάδα κακοήθων όγκων του δικτυοενδοθηλιακού ιστού που μπορεί να εντοπισθούν και στον πνεύμονα, εκτός των άλλων εντοπίσεών τους, όπως είναι τα λεμφοσαρκώματα, η νόσος του Hodgkin. Και το πλασματοκυτταρικό μύλωμα μπορεί να παρουσιάσει, εκτός των άλλων και εκδηλώσεις από τους πνεύμονες.

Η εξέλιξη των σαρκωμάτων είναι βραδεία και η συμπτωματολογία τους εξαρτάται από την εντόπισή τους. Οι κακοήθεις εξεργασίες του λεμφικού ιστού χαρακτηρίζονται από γρήγορη εξέλιξη, που εξαρτάται από το βαθμό της ιστολογικής διαφοροποίησής τους.

Κλινική Εικόνα

Η εγκατάσταση των εν λόγω νεοπλασμάτων επιτελείται, κατά κανόνα, σιωπηρά. Με την πάροδο του χρόνου όμως εμφανίζονται γενικά συμπτώματα, καθώς και βήχας ή και αιμοπτύσεις.

ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΔΕΝΩΜΑ

Αναπτύσσεται από τους αδένες του βρογχικού επιθηλίου. Παρ' όλο του ότι η λέξη αδένωμα υποδηλώνει καλοήθεια, εν τούτοις πρόκειται για νεοπλασματική εξεργασία χαμηλού βαθμού κακοήθειας. Όσον αφορά το καρκινοειδές, αυτό εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες, και εντοπίζεται συνήθως στους μεγάλους βρόγχους. Λεμφογενείς μεταστάσεις στους σύστοιχους λεμφαδένες εμφανίζονται σε ποσοστό 10%. Το κυλίνδρωμα αποτελεί περισσότερο σπάνιο κακοήθη όγκο των βρογχων, χαμηλού επίσης βαθμού κακοήθειας με πιο συχνές μεταστάσεις. Ορισμένοι συγγραφείς αναφέρουν ποσοστό λεμφογενών μεταστάσεων που ανέρχονται σε 20-30%.

Κλινική Εικόνα

Εκδηλώνεται με συμπτώματα βρογχικής αποφράξεως, δηλαδή επίμονο βήχα, συριγμό και δύσπνοια, ή με αιμόπτυση λόγω τοπικής ελκώσεως ή με πυρετό και απόχρεμψη λόγω επιμόλυνσεως, που μπορεί να καταλήξει και σε πνευμονική διαπύηση και καμιά φορά σε μεταστατικό απόστημα του εγκεφάλου. Ακτινολογικά, στην αρχή δεν διαπιστώνουμε κανένα παθολογικό εύρημα, με την πάροδο όμως του χρόνου εμφανίζεται εικόνα αποφρακτικού εμφυσήματος, αντιστοίχως προς τον όγκο ή στρογγύλη σκίαση, παραπυλαίως με ή χωρίς ατελεκτασία και πιο σπάνια περιφερική.

Η βρογχοσκόπηση και η βιοψία στο 90% των περιπτώσεων επισφραγίζουν τη διάγνωση. Πρέπει όμως να ληφθεί υπόψη ότι ο όγκος μετά από βιοψία μπορεί να αιμοραγήσει έντονα και για το λόγο ακριβώς αυτόν απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή.

Θεραπεία

Η ενδοσκοπική αφαίρεση του όγκου, που αποφράσσει τοπικά τον βρόγχο παρέχει συχνά πλήρη ανακούφιση από τα συμπτώματα, μπορεί όμως να παραμένουν τοπικά φλεγμονώδη υπολείμματα και να εμφανισθεί πνευμονική διαπύηση ή και βρογχεκτασίες με την ανάλογη συμπτωματολογία. Για τούς λόγους αυτούς καταφεύγουμε συνήθως σε εκτομή τμήματος, λοβού ή σπανιότερα και ολοκλήρου του πνεύμονα, λαμβάνοντας υπόψη την εντόπιση του όγκου, καθώς και την έκταση μίας ενδεχόμενης πνευμονικής διαπύσεως, που επιπλέκει συχνά την κατάσταση.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Σήμερα, δεχόμαστε ότι δεν υπάρχει χαρακτηριστική κλινική εκδήλωση της νόσου. Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι δυνατόν να μοιάσει με οποιαδήποτε άλλη νόσο του αναπνευστικού συστήματος. Γι' αυτό υπάρχει δυσκολία στη διαφορική διάγνωση.

Λειτουργικά συμπτώματα

Σ' αυτά ανήκουν:

α) **Βήχας και απόχρεμψη:** Ο βήχας του νεοπλασματος συγχέεται εύκολα με τον βήχα των καπνιστών και των ηλικιωμένων ατόμων. Υπάρχουν όμως, κάποια σημεία που όταν υφίστανται πρέπει να ενισχύεται η υποψία του καρκίνου και ο ασθενής να υποβάλλεται το γρηγορότερο σε ειδική έρευνα.

Τα σημεία αυτά είναι:

1) επιμονή του βήχα (ξηρός παροξυντικός, κοκκιτοειδής) παρά τη

χορήγηση αντιβηχικών φαρμάκων, και

2) μετατροπή του ξηρού βήχα με απόχρεμψη.

Η απόχρεμψη οφείλεται στην επιμόλυνση του πνευμονικού παρεγχύματος λόγω μερικής απόφραξης του βρόγχου και είναι άλλοτε βλεννώδης ή βλεννοπυώδης, άλλοτε αιμορραγική ή δύσοσμη και μοιάζει με την πηκτή φραγκοστάφυλλου.

Μπορεί όμως η απόχρεμψη στον καρκίνο του πνεύμονα να καταπαύσει, αυτό δεν σημαίνει υποχώρηση της νόσου, αλλά αύξηση του όγκου, πλήρη απόφραξη του βρόγχου. Στους καπνιστές που βήχουν και αποχρέπτονται από χρόνια, σαν χρόνια βρογχιτικοί, χρειάζεται επιμονή στη λήψη του ιστορικού για να κάνουμε τον ασθενή να δεχτεί την τυχόν αλλαγή της συχνότητας, της έντασης, του ρυθμού, και της χροιάς του βήχα του.

β) Πλευροδυνία: Το άλγος στο θώρακα είναι συχνό σύμπτωμα και εμφανίζεται άλλοτε σαν απλή ενόχληση, άλλοτε σαν πλευροδυνία, μερικές φορές είναι έντονο, εμποδίζει τον ύπνο και αναγκάζει τον ασθενή να κάνει χρήση ναρκωτικών. Είναι συνήθως πρώιμο σύμπτωμα, οφείλεται είτε στην αντίδραση του υπεζωκότα, λόγω πνευμονίτιδας κατά την περιοχή της ατελεκτασίας και το άλγος αυτό υποχωρεί, όταν υποχωρήσει η λοίμωξη, είτε σε μετάσταση προς τον υπεζωκότα. Επειδή σαν αρχικό σύμπτωμα μπορεί να υποχωρήσει ο ασθενής, πολλές φορές δεν θεωρεί αναγκαία τη γνώμη του γιατρού.

γ) Αιμόπτυση: Είναι το πιο ενδιαφέρον σύμπτωμα, γιατί η εμφάνιση της "κινητοποιεί τον ασθενή και το περιβάλλον του". Εμφανίζεται με τη μορφή αιματηρών γραμμώσεων αναμεμειγμένων με τις πρωινές κυρίως αποχρέψεις, συνεχίζεται κάποιες ημέρες και μετά διακόπτεται για να επαναληφθεί αργότερα.

δ) Δύσπνοια: Αποτελεί ένα από τα συνηθέστερα συμπτώματα του βρογχικού καρκινώματος. Μπορεί να είναι ελαφρά μετά από κούραση, συνεχής ή παροξυστική και οφείλεται, είτε σε περιορισμό του αναπνευστικού πεδίου λόγω της έκτασης των καρκινωματωδών αλλοιώσεων είτε σε συνύπαρξη πλευριτικού εξιδρώματος, είτε σε πίεση της τραχείας ή των μεγάλων βρόγχων.

Υπάρχουν και άλλα συμπτώματα, όπως ο συριγμός που αποδίδεται στη βρογχική στένωση, ο βρόγχος της φωνής, που είναι συνέπεια παράλυσης της φωνητικής χορδής κλπ.

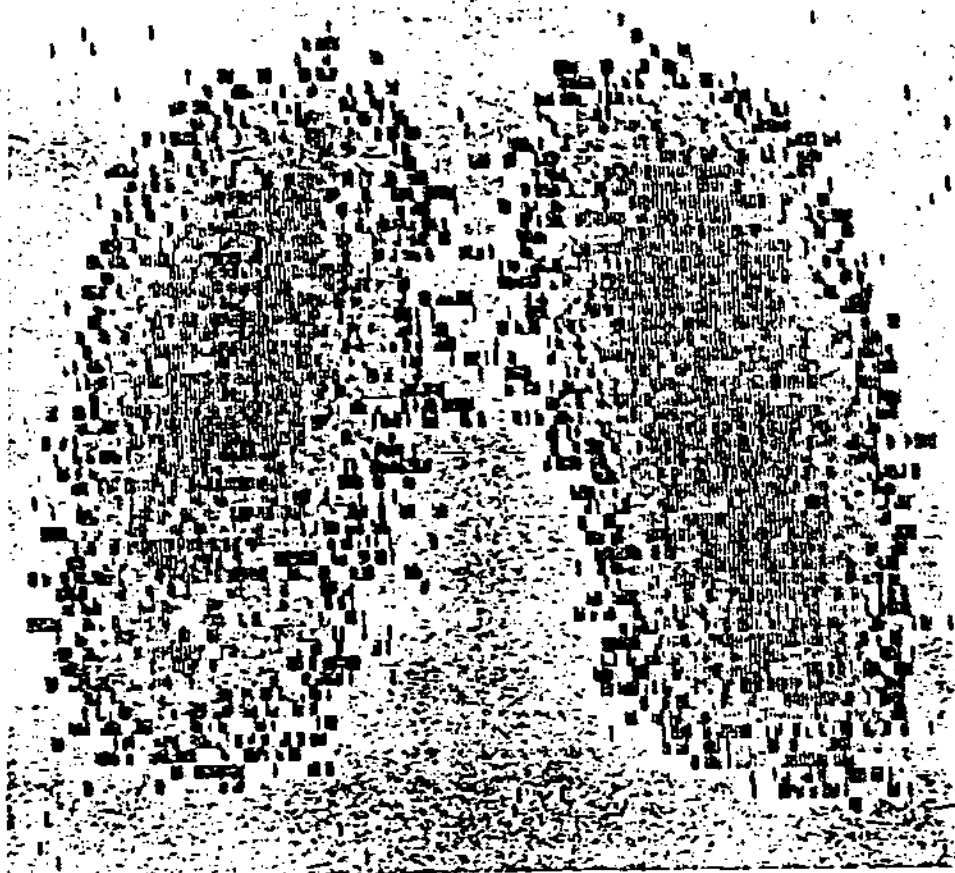
Γενικά Συμπτώματα

α) Πυρετός: Υπάρχει σε περισσότερες από το 50% των περιπτώσεων. Είναι συνεχής ή ανώμαλος, συνοδεύεται από γενική κακουχία, εμφανίζεται απότομα και οφείλεται στην επιμόλυνση του ατελεκτασιακού τμήματος του πνεύμονα. Η ξαφνική αυτή εμφάνιση μαζί με τον βήχα και την απόχρεψη, οδηγούν πολλές φορές σε λάθος διάγνωση της βρογχοπνευμονίας.

β) Απίσχυση: Δεν παρατηρείται από την αρχή και φανερώνει πολλές φορές προχωρημένη, ανεγχείρητη κατάσταση. Επίσης, υπάρχει ανωρεξία, καταβολή δυνάμεων, εύκολη κόπωση.

γ) Υπερτροφική πνευμονική οστεοαρθροπάθεια: Παρατηρείται αρκετά συχνά και οφείλεται σε αύξηση της κυκλοφορίας σε ορισμένες περιοχές. Πρώτο σύμπτωμά της είναι το άλγος των περιφερικών κυρίως αρθρώσεων, που εμφανίζεται συνήθως τη νύχτα, όταν ο ασθενής υπερθερμαίνεται. Άλλο σημείο της οστεοαρθροπάθειας είναι η πληκτροδαχτυλία και η υποπεριοριστική εναπόθεση νέου οστού κυρίως στα άκρα των επιφύσεων των μακρών οστών.

δ) Καρκινοματώδης νευρομυοπάθεια: Είναι πιο σπάνια και οφείλεται σε αίτια που έχουν σχέση με τη γένεση του καρκίνου (μεταβολές ή ενζυμικές διαταραχές), ή την έκκριση από κάποιες μορφές καρκίνου ενδοκρινικών ουσιών, όπως η αντιδιουρητική ορμόνη, τα στεροειδή.



Εικόνα 7. Σπινθηρογράφημα πνεύμονα. Αυτή η εξέταση επιτρέπει την ανάλυση της σύστασης των πνευμόνων και τη λειτουργία του με ακριβέστερο τρόπο από ό,τι στην ακτινογραφία.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Οι σπουδαιότερες διαγνωστικές εξετάσεις είναι οι παρακάτω:

Ακτινολογικές Εξετάσεις

Η ακτινολογική μελέτη του θώρακα αποτελεί βασική εξέταση για τον άρρωστο, γιατί θέτει τη διάγνωση του καρκίνου.

α) **Τομογραφία:** Η τομογραφία είναι μια ακτινολογική τεχνική με την οποία λαμβάνεται μια σειρά ακτινογραφιών κάθε μία από τις οποίες παρουσιάζει κάθε μισό εκατοστό σε διαφορετικό βάθος. Με την τομογραφία αποκαλύπτονται ευρήματα που δεν μπορούν να φανούν σε μια ακτινογραφία.

β) **Ακτινοσκόπηση:** Βοηθά στην αξιολόγηση βλάβης που βρέθηκε στην ακτινογραφία και στη μελέτη δυναμικής των πνευμόνων. Η ακτινοσκόπηση συχνά δείχνει την ύπαρξη του καρκίνου (μάζα) στην περιοχή της πύλης, ατελεκτασία, ή διάβρωση των πλευρών ή των σπονδύλων. Το πλεονέκτημα αυτής της εξέτασης, είναι ότι επιτρέπει ευρεία ποικιλία ειδικών θέσεων για εξέταση.

Το επιδερμοειδές καρκίνωμα ακτινολογικά εμφανίζεται σαν μία ασαφώς αφοριζόμενη κεντρική σκίαση. Στις 40% των περιπτώσεων εμφανίζεται στην περιφέρεια και έχει ασαφή ή λοβωτή παρυφή. Ο μικροκυτταρικός καρκίνος ακτινολογικά εμφανίζει πυλαία σκίαση με ασαφή όρια. Το αδenoκαρκίνωμα εμφανίζεται σαν μία περιφερική μάζα. Το βρογχοκυψελιδικό καρκίνωμα εμφανίζεται αφ' ενός μεν υπό μορφή μονήρους όλου ή μονήρους ασαφώς περιγεγραμμένου πνευμονικού διηθημάτος αφ' ετέρου δε υπό τη μορφή πολλαπλών διηθημάτων, που υποδύονται βρογχοπνευμονία, ή πολλαπλών όζων που υποδύονται

μεταστατικό καρκίνο. Το αδιαφοροποίητο μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα, ακτινολογικά χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη μάζας που εντοπίζεται, περιφερικά και αναπτύσσεται ταχέως.

γ) Βρογχογραφία: Είναι ακτινολογική εξέταση του βρογχικού δένδρου με την εισαγωγή μέσα σε αυτό ακτινοσκιεκής ουσίας μέσα από ρινοτραχειακό καθετήρα. Ο άρρωστος πρέπει να αλλάζει θέση για να διευκολυνθεί η είσοδος της σκιεκής ουσίας μέσα στους βρόγχους, ενώ ταυτόχρονα παίρνονται και οι ακτινογραφίες.

δ) Πνευμονική αγγειογραφία: Η πνευμονική αγγειογραφία επιτρέπει την παρατήρηση της πνευμονικής αγγείωσης. Η εξέταση γίνεται με την έγχυση σκιεκής ουσίας μέσα στην άνω κοίλη φλέβα, δεξιό κόλπο δεξιά κοιλία, πνευμονική αρτηρία. Δείχνει το τμήμα των αγγείων, που αποφράχθηκε κι επιτρέπει τη μελέτη των συγγενών ανωμαλιών του πνευμονικού αγγειακού δένδρου καθώς και της πνευμονικής λειτουργίας.

ε) Σπινθηρογράφημα πνευμόνων: Το σπινθηρογράφημα πνευμόνων γίνεται με τη χορήγηση ενδοφλέβιου ραδιοϊσοτόπου TC 99. Ο άρρωστος τοποθετείται σε ύπτια θέση για την ομοιόμορφη κατανομή του ραδιοϊσοτόπου στους πνεύμονες.

στ) Βρογχοσκόπηση: Η βρογχοσκόπηση γίνεται με την άμεση επισκόπηση του βρογχικού δένδρου, για λήψη βιοψίας, για αναρρόφηση πτυέλων, για εξέταση ή τέλος για αφαίρεση ξένου σώματος.

ζ) Κυτταρολογικές εξετάσεις: Οι κυτταρολογικές εξετάσεις των εκκρίσεων του τραχειοβρογχικού δένδρου γίνονται συχνά για παρουσία καρκινικών κυττάρων. Μικροβιολογικές εξετάσεις γίνονται στις εκ-

κρίσεις του ρινοφάρυγγα και τραχειοβρογχικού δένδρου καθώς και εξιδρωμάτων της υπεζωκοτικής κοιλότητας.

η) **Εξετάσεις πτύελων:** Είναι μια γρήγορη, ακίνδυνη διαγνωστική μέθοδος. Τα πτύελα τοποθετούνται σε οινόπνευμα για την άμεση μοιμοποίηση των κυττάρων.

θ) **Εξέταση υπεζωκοτικού υγρού:** Το υπεζωκοτικό υγρό, όπως και τα πτύελα, προσφέρει σημαντικές πληροφορίες και πρέπει να εξετάζεται όσον αφορά το ειδικό βάρος, τον ρυθμό των λευκών αιμοσφαιρίων, και το λευκοκυτταρικό τύπο, λεύκωμα και σάκχαρο. Είναι απαραίτητο να καταγράφονται η εμφάνιση του υγρού, η ποσότητα που εξάγεται και η ακριβής θέση της παρακέντρησης.

ι) **Βιοψία πνεύμονα:** Αυτή επιβάλλεται όταν με τις άλλες διαδικασίες δεν τίθεται τελική διάγνωση.

ια) **Μεσοπνευμονιοσκόπηση:** Ο άρρωστος πληροφορείται για την εισαγωγή ενδοσκοπίου στον μέσο πνευμόνιο χώρο, που έχει σκοπό τη διαπίστωση τυχόν μεταστάσεων. Και σε αυτήν την εξέταση ο άρρωστος μένει νηστικός μερικές ώρες πριν και παρακολουθείται η πορεία του μετά από αυτήν.

Παρακέντηση θώρακα

Είναι η εισαγωγή βελόνας μέσα στην κοιλότητα του υπεζωκότα.

Η παρακέντηση αυτή αποβλέπει:

1. Στη λήψη υγρού για μικροβιακή ή άλλη εξέταση, γι' αυτό και η παρακέντηση ονομάζεται δοκιμαστική ή διαγνωστική,

2. Στην αφαίρεση υγρού για την ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματα που εμφανίζονται ένεκα αύξησεως του υγρού της κοιλότητας. Η παρακέντηση αυτή ονομάζεται εκκενωτική ή ανακουφιστική
3. στην έγχυση υγρού για θεραπευτικό σκοπό
4. στην αφαίρεση αέρα σε περίπτωση πνευμονοθώρακα
5. στη δημιουργία τεχνητού πνευμονοθώρακα
6. στην εφαρμογή κλειστής παροχέτευσης στις χειρουργικές επεμβάσεις θώρακα. Στην περίπτωση αυτή δεν εισάγεται βελόνα, αλλά σωλήνας.

Αναγκαία αντικείμενα για την παρακέντηση θώρακα είναι :

Τροχήλατο ενέσεων, σε αυτό προστίθεται τοπικό αναισθητικό, τετράγωνο αδιάβροχο και τετράγωνο αλλαγών, κολλόδιο, λευκοπλάστ, ψαλίδι, αναρροφητική συσκευή Potain, και ένα set που περιέχει :

1. βελόνες παρακέντησης (trocar) μήκους τουλάχιστον 6-8 cm του μέτρου και εύρους αυλού 0,5 - 1 mm
2. σύριγγες τύπου Record, περιεκτικότητας τουλάχιστον 10 cm
3. Τα απαιτούμενα για τοπική αναισθησία (βελόνες, σύριγγα)
4. Γάζες και βαμβάκι σε τολύπια
5. Γάντια
6. Δοκιμαστικά σωληνάρια
7. Τα απαιτούμενα για έγχυση θεραπευτικού διαλύματος
8. Λαβίδα
9. Τετράγωνο κοινό και σχιστό.

Τεχνική: Μεταφέρεται το υλικό για την παρακέντηση στο δωμάτιο του ασθενούς, αφού προηγουμένως ενημερωθεί ο ασθενής για τη νοσηλεία του. Η εκλογή του σημείου της παρακέντησης γίνεται από το γιατρό, συνήθως θεωρείται σαν καταλληλότερο το 7ο ή 8ο μεσοπλεύριο διάστημα, που βρίσκεται στην οπίσθια μασχαλιαία γραμμή.

Η παρακέντηση γίνεται με τον ασθενή καθισμένο στο κρεβάτι και υποβασταζόμενο από βοηθό. Για τη διεύρυνση των μεσοπλευρικών διαστημάτων ανυψώνεται το αντίστοιχο προς την πλευρά της παρακέντησης χέρι και τοποθετείται στο κεφάλι του αρρώστου, το οποίο στηρίζεται στο τραπεζίδιο του φαγητού.

Παίρνονται μέτρα προστασίας του ιματισμού του ασθενούς. Γίνεται από το γιατρό απολύμανση του δέρματος, στη συνέχεια φορά τα αποστειρωμένα γάντια, τοποθετεί τα τετράγωνα, κάνει τοπική αναισθησία και προχωρεί στην εισαγωγή της βελόνας. Σ' όλη τη διάρκεια της εκροής του υγρού η βελόνα πρέπει να κρατείται με δάχτυλα του αριστερού χεριού. Μετά την αφαίρεση της ποσότητας του υγρού, αποσύρεται η βελόνα και καλύπτεται το μικρό τραύμα με αποστειρωμένη γάζα βρεγμένη με κολλόδιο. Κατά την εκτέλεση της νοσηλείας παρακολουθείται το χρώμα, ο σφυγμός και η αναπνοή του ασθενούς, διότι υπάρχουν κίνδυνοι, όπως:

- α) Λιποθυμία, η οποία είναι αποτέλεσμα της απότομης μείωσης της ενδοθωρακικής πίεσης.
- β) Αιμορραγία, ένεκα τραυματισμού μεσοπλευρίων αγγείων.
- γ) Πνευμονothώρακας από τραυματισμό του πνευμονικού παρεγχύματος.
- δ) Βήχας, η εμφάνισή του είναι συχνή και προκαλείται από την επαφή της αιχμής της βελόνας με την επιφάνεια του πνεύμονα ή από ρήξη συμφύσεων. Σ' αυτήν την περίπτωση συνιστάται, η αναστολή για λίγο της εκροής του υγρού. Όταν ο βήχας είναι επίμονος, τότε πρέπει να διακόπτεται η παρακέντηση.
- ε) Γενική αδιαθεσία, Εάν εμφανιστεί γενική αδιαθεσία, η οποία καθώς περνά η ώρα επιδεινώνεται, συνιστάται η διακοπή ή η επιβράδυνση της εκροής του υγρού. Εάν επιταχυνθεί η εκροή του υγρού - για να τελειώσει συντομότερα η νοσηλεία - ο αρρώστος διατρέχει τον κίνδυνο να πάθει collapsus.

στ) Βαρεία καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να εμφανιστεί σε ασθενείς με επιβαρυσμένη γενική κατάσταση από τους οποίους αφαιρείται μεγάλη ποσότητα υγρού (1-2 lt)

ζ) θάνατος από απότομη μείωση της ενδοθωρακικής πίεσης.

Άλλοι κίνδυνοι από την παρακέντηση είναι:

- Σπασίμο της βελόνας μέσα στον υπεζωκότα
- μόλυνση της κοιλότητας του υπεζωκότα, κ.ά.

Είναι συνηθισμένο για τον ασθενή που έκανε εκκενωτική παρακέντηση θώρακα το αίσθημα έντονης καταβολής δυνάμεων και λιποθυμικών τάσεων. Γι' αυτό συνιστάται σε αυτόν ανάπαυση και συχνά βοηθείται και στην κάλυψη των ατομικών του αναγκών, ώσπου να προσαρμοστεί ο οργανισμός του στη νέα αυτή κατάσταση.

ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΙ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ο πνεύμονας αποτελεί συχνά θέση μεταστάσεως από εξωπνευμονικούς πρωτοπαθείς όγκους (προστάτης, νεφροί, μαστοί, παχύ έντερο, κ.ά.). Συνήθως, μια τέτοια μεταστατική νόσος θεωρείται, ότι δεν επιδέχεται θεραπεία. Όμως, μπορεί να υπάρξουν δύο ειδικές περιπτώσεις:

- 1) Εμφάνιση μονήρους πνευμονικής σκιάς στην ακτινογραφία ασθενούς με γνωστό εξωθωρακικό όγκο. Αυτή μπορεί να αντιπροσωπεύει μετάσταση ή νέο πρωτογενή καρκίνο του πνεύμονα. Επειδή η πορεία του καρκίνου του πνεύμονα είναι χειρότερη από ό,τι των περισσότερων άλλων πρωτοπαθών όγκων, είναι ορθό να θεωρηθεί το μονήρες πνευμονικό οζίδιο σε ασθενή με γνωστό εξωπνευμονικό όγκο ως πρωτογενής καρκίνος του πνεύμονα, ιδίως, μετά από την ηλικία των 35 ετών και επί καπνιστού. Αυτό επι-

βάλλει την πλήρη αναζήτηση, άλλων εστιών ενεργού καρκίνου, κι αν τέτοιες δεν ανευρεθούν, χειρουργική εκτομή του όζου.

2) Πολλαπλοί πνευμονικοί όγκοι μπορεί να αφαιρεθούν επίσης με σκοπό την ίαση. Αυτό συνήθως συνιστάται αν, μετά από προσεκτική σταδιοποίηση:

- α) ο ασθενής μπορεί να ανεχθεί τη μελετημένη πνευμονική εγχείρηση,
- β) ο πρωτοπαθής όγκος έχει αντιμετωπισθεί ριζικά με επιτυχία, και
- γ) το σύνολο των μεταστάσεων περιλαμβάνεται στην προτεινόμενη πνευμονική εκτομή.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η θνησιμότητα κατόπιν αφαίρεσης του πνεύμονα είναι περίπου 5-10%, ενώ μετά από λοβεκτομή 2-5%. Η χειρουργική αφαίρεση του νεοπλασματος αποτελεί την καλύτερη αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα, εφόσον δεν υπάρχουν μεταστάσεις στους μεσοθωράκιους λεμφαδένες. Αφαίρεση ολόκληρου του πνεύμονα ενδείκνυται, όταν το νεόπλασμα εντοπίζεται σε κύριους ή λοβαίους βρόγχους και δεν υπάρχουν μεταστατικές εστίες στους τραχειοβρογχικούς λεμφαδένες. Η λοβεκτομή ενδείκνυται όταν το νεόπλασμα εντοπίζεται κοντά στις πύλες του πνεύμονα. Η ακτινοβολία εφαρμόζεται στις περιπτώσεις, στις οποίες το καρκίνωμα έχει επεκταθεί πέραν του πνευμονικού παρεγχύματος, στους ασθενείς οι οποίοι έχουν κι άλλο νόημα, ώστε η χειρουργική επέμβαση να αποτελεί γι' αυτούς κίνδυνο. Σε ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων η χημειοθεραπεία προσφέρει ελάχιστη και βραχύχρονη βοήθεια.

Η πρόγνωση του βρογχικού καρκινώματος είναι βαρεία. Χωρίς

χειρουργικές επεμβάσεις, οι ασθενείς επιζούν γύρω στο ένα έτος, από την αρχή των συμπτωμάτων, περίπου δε το 80% των ασθενών των προσερχόμενων τον πρώτο χρόνο στον γιατρό εμφανίζουν ανεγχείρητο βρογχικό καρκίνωμα. Για την πρόγνωση μπορεί να ληφθεί εν μέρει υπόψη και η ιστολογική μορφή του καρκινώματος, εμ την έννοια ότι τα καρκινώματα από πλακώδη επιθήλια έχουν σχετικά καλύτερη πρόγνωση παρά τα αποτελούμενα από αδιαφοροποίητα κύτταρα. Ακριβή όμως εικόνα της πρόγνωσης - εφόσον είναι δυνατόν θα έχουμε όταν γνωρίζουμε την επέκταση του νεοπλάσματος. Ύπαρξη μεταστάσεων στους λεμφαδένες του μεσοθωράκιου, ως και άλλων ομάδων, επιβαρύνει την πρόγνωση.

Η θέση ανάπτυξης του νεοπλάσματος έχει μικτή σημασία για την πρόγνωση. Η διαφορά μεταξύ της πορείας του καρκινώματος του αριστερού ή του δεξιού πνεύμονα είναι μικρή, το ίδιο ισχύει και για τα καρκινώματα του άνω και κάτω λοβού. Καρκινώματα του αριστερού πνεύμονα λέγεται ότι έχουν συνήθως, βαρύτερη πρόγνωση, επίσης και καρκινώματα αναπτυσσόμενα στον κύριο βρόγχο έχουν μικρό ποσοστό επιβίωσης.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

1. Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική αντιμετώπιση του βρογχογενούς καρκινώματος αποτελεί χωρίς καμιά αμφισβήτηση τη μέθοδο εκλογής και υπερέχει όλων των άλλων μεθόδων αντιμετώπισης, όπως η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία. Εάν στο μέλλον οι ρόλοι, αντιστραφούν αυτό είναι άγνωστο. Θα πρέπει όμως, να τονίσουμε από την αρχή ότι μόνο ένα ποσοστό 10-20% των περιπτώσεων κρίνεται κλινικά, ακτινολογι-

κή και βρογχοσκοπικά εγχειρήσιμo. Από εκείνους που υποβάλλονται σε εγχείρηση στο 50-60% η εκτομή του νεοπλάσματος είναι ριζική, στο 20% παρηγορητική και στο 20% το νεόπλασμα κρίνεται ανεγχείρητο. Μεγαλύτερες ελπίδες για ριζική θεραπεία έχει ο καρκινοπαθής, στον οποίο γίνεται έγκαιρη διάγνωση έστω και από ένα τυχαίο γεγονός.

Επιλογή ασθενών για εγχείρηση

Η λήψη απόφασης για εγχείρηση εξαρτάται από σειρά παραγόντων που εκτίθενται στον παρακάτω πίνακα:

ΠΙΝΑΚΑΣ

-
- α) Ηλικία
- β) Γενική κατάσταση
- Χρόνια βρογχίτιδα - πνευμονικό εμφύσημα
 - Καρδιακή ανεπάρκεια
 - Πρόσφατο ή παλαιό έμφραγμα
 - Περιφερειακή διασπορά
(15-20% μεταστάσεις ήπατος)
- δ) Τοπική επέκταση, ιστολογικός τύπος
-

Οι παράγοντες αυτοί αποτελούν το γενικό πλαίσιο στο οποίο θα κινηθεί ο χειρουργός για τη λήψη τελικής απόφασης για εγχείρηση.

Ηλικία: Αυτή καθ'αυτή η ηλικία αποτελεί σχετική αντένδειξη, και εξετάζεται πάντα σε συνάρτηση με τη γενική κατάσταση του αρρώστου και στην έκταση της επέμβασης. Ελάχιστος αριθμός ασθενών, άνω των 70 ετών είναι δυνατόν να υποστεί πνευμονεκτομή, σημαντι-

κό όμως ποσοστό είναι δυνατό να υποστεί λοβεκτομή. Η άμεση μετεγχειρητική θνησιμότητα αυξάνει ανάλογα με την ηλικία. Σε ασθενείς κάτω των 60 ετών η θνησιμότητα κυμαίνεται μεταξύ 8-10% άσχετα από τον τύπο της επέμβασης, αυξάνει δε προοδευτικά από 18% μέχρι 33-35% σε αυτούς που είναι άνω των 70 ετών.

Χρόνια βρογχίτιδα: Ας μην ξεχνάμε ότι οι περισσότεροι ασθενείς είναι χρόνιοι καπνιστές και συνεπώς υπάρχει κάποια χρόνια βρογχίτιδα. Η διακοπή του καπνίσματος σε συνδυασμό με βρογχοδιασταλτικά φάρμακα, βελτιώνει σημαντικά πολλές φορές την αναπνευστική λειτουργία και η επέμβαση είναι δυνατή. Βαρύ πνευμονικό εμφύσημα ή έκδηλο βρογχικό άσθμα αποτελούν απόλυτες αντενδείξεις εγχείρησης.

Καρδιαγγειακές διαταραχές: Ανατασσομένη καρδιακή ανεπάρκεια ή παλαιό έμφραγμα δεν αποτελούν αντενδείξεις για εγχείρηση. Η περιφερειακή διασπορά όμως (υπερκλείδιαι αδένες κλπ.) αποτελούν φυσικά αντένδειξη εγχείρησης. Τα είδη της χειρουργικής παρέμβασης είναι:

1. Τμηματεκτομή
2. Λοβεκτομή
3. Πνευμονεκτομή

2. Ακτινοθεραπεία

Αναμφισβήτητα η θεραπεία εκλογής του βρογχογενούς καρκινώματος είναι η ριζική χειρουργική εξαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας μετά των επιχώριων λεμφογαγγλίων.

Δυστυχώς πολλοί ασθενείς είναι ακατάλληλοι ακόμη και για μία

ερευνητική θωρακοτομή κατά την πρώτη εξέταση. Ίσως λιγότεροι από το 20% των ασθενών που προσέρχονται στο Νοσοκομείο είναι κατάλληλοι για χειρουργική επέμβαση. Από αυτούς μόνο στο 60% η επέμβαση θα θεωρηθεί σαν ριζική, ενώ στο 20% η εξαίρεση δεν θα είναι πλήρης και στο υπόλοιπο 20% η κατάσταση θα θεωρηθεί κατά τη θωρακοτομή σαν ανεγχείρητη. Οι ασθενείς των δύο τελευταίων κατηγοριών καθώς και εκείνοι που κρίθηκαν σαν ανεγχείρητοι από την αρχή, δηλαδή κατά την κλινική ή εργαστηριακή έρευνα, θα σταλούν για ακτινοθεραπεία.

Τους ασθενείς που στέλνονται για ακτινοθεραπεία τους διαιρούμε σε τρεις κατηγορίες:

Στην πρώτη κατηγορία κατατάσσουμε τους ασθενείς εκείνους που κρίθηκαν κατά τη θωρακοτομή σαν ανεγχείρητοι λόγω διήθησης υπό του όγκου ζωτικών οργάνων πχ. μεγάλων αγγείων, του οισοφάγου ή άλλων οργάνων, ενώ διαφορετικά ο όγκος είναι εξαιρέσιμος.

Στην κατηγορία αυτή θα πρέπει να προστεθούν και οι ασθενείς, εκείνοι που αν και ήταν χειρουργήσιμοι από πλευράς όγκου ήταν ανεγχείρητοι από άλλες αιτίες πχ. καρδιοπάθειες. Επίσης και εκείνοι οι οποίοι για διάφορους λόγους αρνήθηκαν τη χειρουργική επέμβαση. Γενικά η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει λίγους ασθενείς.

Στη δεύτερη κατηγορία κατατάσσουμε τους ασθενείς εκείνους, στους οποίους για την ακτινοβολήση του όγκου μετά των επιχωρίων λεμφογαγγλίων απαιτείται πεδίο τόσο μεγάλο, ώστε να γίνεται προβληματική η χορήγηση δόσης ικανής να καταστρέψει όλα τα νεοπλασματικά κύτταρα.

Στην τρίτη κατηγορία κατατάσσουμε τους ασθενείς εκείνους οι οποίοι παρουσιάζουν εκτεταμένες μεταστάσεις, σπλαγχνικές, οστικές ή δερματικές ή εκτεταμένη υπεζωκοτική διασπορά ή τέλος, εκσεσημασμένη αναπνευστική ανεπάρκεια.

Το επόμενο βήμα είναι η λήψη απόφασης εάν θα υποβάλλουμε τον

ασθενή σε ακτινοθεραπεία, ή όχι καθώς και το είδος της ακτινοθεραπείας, δηλαδή αν η θεραπεία θα είναι ριζική με σκοπό αν όχι την ίαση του ασθενούς, αλλά τουλάχιστον τη σχετικώς μακρά επιβίωση ή θα είναι θεραπεία ανακουφιστική.

Πιστεύεται ότι οι ασθενείς της τρίτης κατηγορίας είναι κατάλληλοι για οποιοδήποτε είδος ακτινοθεραπείας, εκτός αν υπάρχουν συμπτώματα που έχουν ανάγκη ανακούφισης, πχ. δύσπνοια, ή αιμορραγία ή κάτι άλλο.

Συνίσταται επίσης ακτινοθεραπεία τοπικώς σε επώδυνες οστικές ή υποδόριες μεταστάσεις ή επί μεταστάσεων κατά τη σπονδυλική στήλη οι οποίες είναι δυνατόν να προκαλέσουν παραπληγία. Οι ασθενείς, της πρώτης κατηγορίας αναμφίβολα είναι υποψήφιοι προς ριζική ακτινοθεραπεία, η οποία θα πρέπει να αρχίζει όσο το δυνατό νωρίτερα. Βέβαια, η πιθανότητα ίασης είναι πολύ μικρή, είναι όμως δυνατό να πετύχουμε πενταετή επιβίωση χωρίς συμπτώματα σε ποσοστό περίπου 7%. Στους ασθενείς αυτούς δικαιολογείται μια πλήρης σειρά ακτινοθεραπείας με όλα τα δυσάρεστα της, όπως ανορεξία, κακοδιαθεσία, δυσκαταποσία λόγω ερεθισμού του οισοφάγου κλπ. καθώς, επίσης και η πιθανόν μακρά απουσία του ασθενούς από το οικογενειακό περιβάλλον για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Η χορηγούμενη δόση όγκου ανέρχεται σε 6.000 περίπου rads χορηγούμενη μέσα σε 6 εβδομάδες, συνήθως δια δύο πεδίων, πρόσθιου και οπίσθιου.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται κατά τον προγραμματισμό της θεραπείας, με όσο το δυνατόν μικρότερη ακτινοπληξία του νωτιαίου μυελού. Για το λόγο αυτό το οπίσθιο πεδίο δεν είναι κάθετο αλλά με γωνία 25° . Τα μεγέθη των πεδίων είναι συνήθως 8×10 εκ

Η δεύτερη κατηγορία που είναι και η πιο συχνή είναι εκτός πάσης σκέψης ριζικής ακτινοθεραπείας. Ο σκοπός της ακτινοθεραπείας είναι καθαρά ανακουφιστικός. Για το λόγο αυτό επί απουσίας

συμπτωμάτων, όπως δύσπνοιας, αιμορραγίας κλπ. και όταν νομίζουμε ότι η ακτινοθεραπεία είναι δυνατόν να επιδεινώσει την κατάσταση, όπως λ.χ. σε βρογχική απόφραξη με άσηπτη συλλογή, πέραν αυτής, νευρωτικών προϊόντων, ώστε με την άρση της απόφραξης με την ακτινοθεραπεία είναι δυνατόν να έχουμε επιμόλυνση της περιοχής με αποτέλεσμα εμφάνιση πυρετού, δύσοσμα πυώδη πτύελα κλπ. Πολλές φορές αναβάλλουμε τη θεραπεία μέχρι την εμφάνιση συμπτωμάτων.

Πιστεύουμε ότι η επιβίωση των ασθενών αυτών επιμηκύνεται ελάχιστα, επιμηκύνεται με ακτινοθεραπεία, αλλά η ζωή τους βελτιώνεται από άποψη ποιότητας.

Τα χρησιμοποιούμενα πεδία, δύο παράλληλα και αντίθετα, έχουν μέγεθος 12 X 15 εκ. η δε χορηγούμενη δόση όγκου σπάνια υπερβαίνει τα 3.500-4000 rads χορηγούμενα μέσα σε 3 εβδομάδες. Πολλές φορές εντός του πεδίου περιλαμβάνεται μέρος μόνον του όγκου. Μερικές φορές, ελαττώνεται ακόμη περισσότερο η δόση με σύγχρονη μείωση του ολικού χρόνου θεραπείας, πχ. 2.000 rads μέσα σε μια εβδομάδα. Κατά τον τρόπο αυτό αυξάνουμε τον ήδη ελάχιστο χρόνο που ο ασθενής θα παραμείνει στο οικογενειακό του περιβάλλον. Τελευταία χρησιμοποιούμε την ακτινοθεραπεία προεγχειρητικώς. Η χορηγούμενη δόση είναι 1250 rads σε 5 συνεδρίες η δε χειρουργική επέμβαση γίνεται αμέσως μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας. Η δόση είναι πολύ μικρή ώστε να επιφέρει την καταστροφή του όγκου, μπορεί όμως να καταστρέψει ή τουλάχιστον να καταστήσει ανίκανα προς πολλαπλασιασμό τα πλέον ευαίσθητα νεοπλασματικά κύτταρα.

Τα κύτταρα αυτά είναι εκείνα τα οποία κατά τους χειρισμούς της χειρουργικής επέμβασης θα διαφύγουν και με την κυκλοφορία του αίματος θα επιφέρουν τις απομακρυσμένες μεταστάσεις. Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία, η οποία αφορά την ακτινοπληξία του μεσοθωρακίου, δηλαδή την περιοχή όπου γίνονται οι συχνότερες υποτροπές μετά τη χειρουργική αφαίρεση του όγκου. Πιστεύουμε ότι

παίζει ρόλο στο χρόνο επιβίωσης των ασθενών που πάσχουν από αδιαφοροποίητα καρκινώματα. Σε μαλπιγιακά καρκινώματα, καλώς διαφοροποιημένα, χωρίς μεταστάσεις κατά τους επιχώριους λεμφαδένες, κατά το χρόνο της χειρουργικής επέμβασης, η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία δεν προσφέρει τίποτα, παρά μόνον την άσκοπη ιταλαιπώρια του ασθενούς, μπορεί να μειώσει και την τοπική αντίσταση του οργανισμού με όλα τα κακά επακόλουθα γι' αυτό και δεν συνιστάται. Αντίθετα, σε αδιαφοροποίητα καρκινώματα μετά διήθησης των επιχώριων λεμφογαγγλίων κατά το χρόνο της επέμβασης, η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία αυξάνει σημαντικά την επιβίωση του ασθενούς. Την μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία αρχίζουμε να χρησιμοποιούμε πρόσφατα, για το λόγο αυτό δεν μπορούμε να δώσουμε στατιστικούς αριθμούς.

Μέθοδοι εφαρμογής της ακτινοθεραπείας

Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται:

α) Ως τηλεθεραπεία

- Ακτίνες X
- Τηλεθεραπεία με χρήση ραδιοθεραπευτικής βόμβας

β) Εξωτερικά

Το ραδιοϊσότοπο αφού μπει μέσα σε θήκη εφαρμόζεται απευθείας πάνω στην επιφάνεια του δέρματος ή του βλεννογόνου

γ) Ενδοκοιλιακά

Το ραδιοϊσότοπο εισάγεται μέσα σε κοίλα όργανα ή σε υπάρχουσες κοιλότητες του οργανισμού

δ) Εμφύτευση

Μέσα σε ορισμένους όγκους στερεών ραδιενεργών πηγών που φέρονται κλεισμένες μέσα σε στερεά περιβλήματα και μπορεί να έχουν μορφή βελόνων, κόκκων, καψουλών, συρμάτων και σωλήνων

νάυλον

ε) Έγχυση κολλοειδούς διαλύματος ραδιοϊσοτόπου (Au198 και P32) μέσα στο νεοπλασματικό ιστό

στ) Εσωτερικά από το στόμα ή ενδοφλέβια (ραδιοϊώδιο, ραδιοχρυσός, ραδιοφώσφορος)

3. Χημειοθεραπεία

Ο καρκίνος του πνεύμονα δυστυχώς εξακολουθεί να παραμένει ο πλέον συχνά συναντώμενος θανατηφόρος καρκίνος σε πολλές χώρες. Από το γεγονός ότι η μέση επιβίωση των ασθενών είναι κάτω του εξαμήνου και η πενταετής επιβίωση κάτω του 10% των περιπτώσεων, αντιλαμβάνεται κανείς πόσο δύσκολο είναι να συσχετίσει τη λέξη "θεραπεία" με το βρογχογενές καρκίνωμα. Από το 1946 και μετά, όταν εισήλθε στη θεραπευτική του καρκίνου ο αζωθηπερίτης, η πρόοδος που έγινε στη χημειοθεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα είναι ασήμαντη. Εν τούτοις, μέσα στα τελευταία λίγα χρόνια έχουμε επιτευχθεί ωρισμένες βασικές προϋποθέσεις από τις οποίες ελπίζουμε ότι σύντομα θα είμαστε σε θέση να ελέγξουμε τη νόσο καλύτερα. Οι επιτεύξεις αυτές μπορούν να συνοψισθούν ως εξής:

α) Η ανακάλυψη νέου προτύπου πρόκλησης καρκίνου στα πειραματόζωα που αναφέρεται στην βιβλιογραφία ως "Lewis Lung Carcinoma" του οποίου η κινητική των κακοήθων κυττάρων μοιάζει περισσότερο προς την κινητική των συμπαγών καρκινωμάτων του ανθρώπου. Δημιουργώντας λοιπόν carcinoma τύπου Lewis στα πειραματόζωα, είμαστε σε θέση να ερευνήσουμε αποτελεσματικότερα τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα στη φάση I της έρευνας. Τα μέχρι σήμερα χρησιμοποιούμενα πρότυπα ογκογένεσης τύπου LL210 και Walker P32 δεν ήταν καθόλου ιδανικά πρότυπα έρευνας για τον καρκίνο του πνεύμονα

β) Η ανακάλυψη νέων χημειοθεραπευτικών φαρμάκων με ικανο-

ποιητικό θεραπευτικό δείκτη όπως η αδριαμυκίνη, βλεομυκίνη, εξαμεθυλαμίνη και οι νιτροσουρίες.

γ) Η ανάγνωση της σημασίας της γνώσης της ιστολογικής υφής του βρογχογενούς νεοπλασματος για τη σωστότερη επιλογή των φαρμάκων.

δ) Η εισαγωγή των μικτών σχημάτων θεραπείας.

ε) Η εισαγωγή στο μέλλον της ανοσοθεραπείας σε ορθή επιστημονική βάση.

Αξιόλογα φάρμακα για τη θεραπεία του βρογχογενούς καρκινώματος:

- Αζωθουπερίτης
- Κυκλοφωσφamide
- Μεθοτρεξάτη
- Αδριαμυκίνη
- Βλεομυκίνη
- Προκαρβαζίνη

Ενδείξεις και αντενδείξεις εφαρμογής χημειοθεραπείας

Οι κυριώτερες ενδείξεις χορήγησης ειδικών φαρμάκων είναι:

α) Επί ασθενών των οποίων η τοπική ανάπτυξη του όγκου προκαλεί έντονη υποκειμενική συμπτωματολογία, λόγω πίεσης μείζονος φλεβικού στελέχους, στελεχιαίου βρόγχου ή νεύρου. Στις περιπτώσεις αυτές ενδείκνυται η χορήγηση ενός ταχείας δράσης αλκυλιούντα παράγοντα προς άμεση ανακούφιση του ασθενούς.

β) Επί ασθενών οι οποίοι παρουσιάζουν ταχεία αναπαραγωγή νεοπλασματικού υγρού

γ) Επί ασθενών, οι οποίοι παρουσιάζουν νόσηση που λόγω της έκτασης της δεν μπορεί να ελεγχθεί με την ακτινοθεραπεία, όπως σε λεμφαγγειακή διασπορά στους πνεύμονες, σε ηπατικές μεταστάσεις, ο-

στικές και δερματικές.

Βασικές αντενδείξεις χορήγησης ειδικών φαρμάκων στο βρογχογενές καρκίνωμα είναι κάθε ενεργός λοίμωξη με συνύπαρξη υψηλού πυρετού, η πτώση εμμόρφωση στοιχείων του αίματος λόγω εκτεταμένων οστικών μεταστάσεων ή και προηγούμενη έντονη ακτινοθεραπεία. Εάν η νόσος έχει προκαλέσει σημαντική καχεξία, αφυδάτωση, υπερούρραιμα, υπερασβεστιαίμια, υποπρωτεΐναιμία ή ηλεκτρολυτικές διαταραχές, επιβάλλεται να επιδιωχθεί πρώτον η εξάλειψη των παραγόντων αυτών προκειμένου ο ασθενής να δεχθεί θεραπεία.

Παράταση επιβίωσης

Η χημειοθεραπεία του καρκίνου του πνευμόνα χωρίζεται σε δύο μεγάλα σκέλη τη θεραπευτική και προφυλακτική χημειοθεραπεία. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει ασθενείς, οι οποίοι δέχονται θεραπεία λόγω έκδηλης κλινικής ή και εργαστηριακής νόσησης, ενώ η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει ασθενείς οι οποίοι δέχονται θεραπεία για προφυλακτικούς λόγους, είτε μετά χειρουργική επέμβαση ή κατόπιν ριζικής ακτινοθεραπείας. Στην προφυλακτική χημειοθεραπεία έκδηλη κλινική ή εργαστηριακή νόσηση δεν υφίσταται. Η χορήγηση θεραπευτικής μόνον - χημειοθεραπείας σε ιστολογικό ανάμικτο υλικό απέδειξε, ότι τόσο η κυκλοφωσφαμίδη όσο και ο αζωθουπερίτης παρατείνουν ελαφρώς την επιβίωση. Η παράταση αυτή της επιβίωσης σε ιστολογικό υλικό στατιστικώς είναι υπολογίσιμη για μεν την κυκλοφωσφαμίδη στο μικροκυτταρικό καρκίνωμα για δε τον αζωθουπερίτη στο επιδερμοειδές καρκίνωμα.

4. Ανοσοθεραπεία

Είναι καινούργια μέθοδος θεραπείας του καρκίνου και βρίσκεται ακόμη σε ερευνητικό στάδιο. Ο καρκίνος εμφανίζεται όταν το ανοσοβιολογικό σύστημα του ανθρώπου δε λειτουργεί καλά με αποτέλεσμα να μην μπορεί να αντιμετωπίσει τα καρκινικά κύτταρα που εισβάλλουν στον οργανισμό του. Σκοπός της ανοσοθεραπείας είναι να ενισχυροποιηθεί η ανοσοβιολογική ανταπόκριση του αρρώστου στα κύτταρα του καρκίνου.

Χωρίζεται σε τέσσερις μορφές:

1. **Ενεργητική ανοσοθεραπεία:** Γίνεται με ένεση αντιγόνου στον άρρωστο, που τον κινητοποιεί να αναπτύξει αντισώματα, έτσι ώστε ο οργανισμός να μπορέσει να κρατήσει αντίσταση στα καρκινικά κύτταρα. Στην ειδική ενεργητική ανοσοθεραπεία εμβολιάζεται ο άρρωστος με αντιγόνα καρκίνου που τον προστατεύουν από τον καρκίνο, χωρίς να υπάρξει κίνδυνος δημιουργίας αυτού. Στη μη ειδική ενεργητική ανοσοθεραπεία εμβολιάζεται ο άρρωστος με αντιγόνα που δεν έχουν σχέση με τον καρκίνο, αλλά ενισχύουν τον οργανισμό κατά του καρκίνου.

2. **Παθητική ανοσοθεραπεία:** Γίνεται με την άμεση μεταφορά των αντικαρκινογόνων αντισωμάτων ανοσοβιολογικά ικανών λεμφοκυττάρων ή άνοσων λεμφοκυττάρων δότη σε άρρωστο με νεόπλασμα εν ενεργεία. Προκαλεί ανοσία για μικρή χρονική περίοδο.

3. **Θετή ανοσοθεραπεία:** Αναφέρεται στη μεταβίβαση παθητικής ανοσίας στον άρρωστο με την ανάπτυξη και διατήρηση ενεργητικής ανοσίας από τον ίδιο τον άρρωστο. Με αυτόν τον τρόπο ο άρρωστος υιοθετεί την ανοσία που έλαβε παθητικά και την ενσωματώνει στο δικό του σύστημα ανοσίας.

4. **Αυξητικές θεραπείες:** Στόχος τους είναι να βοηθήσουν το ανοσοβιολογικό σύστημα να λειτουργήσει πολύ καλά και να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι .

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ Ca ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στη φροντίδα ασθενούς με Ca του πνεύμονα είναι πολύ σημαντικός και διπλός. Το ένα σκέλος της νοσηλευτικής φροντίδας αναφέρεται στο ψυχολογικό μέρος του αρρώστου και το άλλο στη φυσική αποκατάσταση της υγείας του. Η ικανοποίηση των πρών 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 σαν βαρεία άρρωστος και άτομο με βαρύτερη πρόγνωση.

Η προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου με βρογχογενές καρκίνωμα είναι η ίδια όπως και όλων των άλλων ασθενών με χειρουργικές παθήσεις του θώρακα. Εκείνο όμως που δεν μπορεί να μην υπερτονισθεί είναι η ανάγκη της ψυχολογικής βοήθειας του αρρώστου και της οικογένειάς του να δεχθούν - αν είναι δυνατόν - και να συνεργασθούν με τη διάγνωση της αρρώστιας. Το αίσθημα του φόβου είναι το δυνατότερο συναίσθημα που αντιμετωπίζουν οι άρρωστοι με καρκίνο. Ο πόνος, η εγκατάλειψη, η εξάρτηση, και οι παραμορφώσεις είναι άλλα οδυνηρά συναισθήματα που δοκιμάζουν. Ο φόβος του θανάτου είναι το συναίσθημα που κυριαρχεί επειδή το βρογχογενές καρκίνωμα δεν έχει ριζική θεραπεία. 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 συναισθημα-

τική 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 τον πόνο που κυριαρχεί και πλημμυρίζει και τον άρρωστο και την οικογένειά του. Οι αντιρροπιστικοί συναισθηματικοί μηχανισμοί που χρησιμοποιούν και ο άρρωστος και η οικογένειά του για να ισορροπήσουν πρέπει και να ανακαλύπτονται 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.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Όταν ένα άτομο εισέλθει στο νοσοκομείο για να νοσηλευτεί η παραμονή του σε αυτό αποτελεί μέρος της όλης του ασθένειας και συνήθως δεν είναι η αρχή, αλλά ούτε πάντοτε και το τέλος της. Το γεγονός αυτό αποτελεί βασικό σημείο, το οποίο πρέπει η νοσηλεύτρια να γνωρίζει. Ακόμη, ο χρόνος παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο μικρός ή μεγάλος, δεν μεταβάλλει τη στάση και τις υποχρεώσεις που έχει η νοσηλεύτρια προς αυτόν. Μετά την ιατρική εξέταση του ασθενούς, δίνεται από το γιατρό ένδειξη εισαγωγής στο νοσοκομείο. Την ένδειξη εισαγωγής ο ασθενής ή ο συνοδός του, ή η νοσηλεύτρια, ελλείψει συνοδού και αδυναμίας του ασθενούς να ακολουθήσει την νοσηλεύτρια, καταθέτουν στο γραφείο εκδόσεως εισι-

τηρίων. Κατά την έκδοση εισιτηρίου εισαγωγής γίνεται λήψη στοιχείων σχετικών με την οικονομική κοινωνική κατάσταση του ασθενούς και το ασφαλιστικό του ταμείο (ΙΚΑ, ΟΓΑ κλπ.) για την οργάνωση της πληρωμής των νοσηλείων. Τέλος, καταγράφεται από αυτήν την υπηρεσία η ακριβής διεύθυνση διαμονής του ασθενούς.

Σε αρμόδιο υπάλληλο του νοσοκομείου παραδίδονται χρήματα ή άλλα πολύτιμα αντικείμενα που έχει μαζί του ο ασθενής, για μεγαλύτερη ασφάλεια.

Μετά την έκδοση του εισιτηρίου, ο ασθενής οδηγείται στο λουτρό, για την καθαριότητα του σώματός του. Το λουτρό καθαριότητας μπορεί να παραλειφθεί αν η κατάσταση του ασθενούς δεν το επιτρέπει ή αν ο ασθενής έχει κάνει ήδη αυτή την ημέρα λουτρό καθαριότητας στο σπίτι του.

Ο ασθενής μετά το λουτρό οδηγείται στη νοσηλευτική μονάδα με τα απαραίτητα ατομικά του είδη.

Τα ρούχα του αρρώστου, τα οποία δεν θα χρειαστεί κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο, παραδίδονται επί αποδείξει στην αποθήκη ιματισμού των ασθενών προς φύλαξη. Ο ιματισμός του ασθενούς δεν παραδίδεται στην αποθήκη, εφόσον ο θάλαμος που πρόκειται να νοσηλευτεί ο ασθενής διαθέτει ιματιοθήκες επαρκείς να δεχθούν το ρουχισμό του.

Πριν τη μεταφορά του ασθενούς στη νοσηλευτική μονάδα, η προϊσταμένη αδελφή των εξωτερικών ιατρείων πληροφορεί, τηλεφωνικώς, την προϊσταμένη της νοσηλευτικής μονάδας για το νέο ασθενή και την κατάσταση του. Αυτό βοηθάει στην προετοιμασία του κατάλληλου κρεβατιού. Η μεταφορά του ασθενούς στη νοσηλευτική μονάδα γίνεται από το νοσοκόμο των εξωτερικών ιατρείων ή το νοσοκόμο και τη νοσηλεύτρια των εξωτερικών ιατρείων, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο. Ο τρόπος μεταφοράς του ασθενούς ρυθμίζεται από την κατάσταση του και μπορεί να γίνει με τους εξής τρόπους, όταν αυτός δεν περπατά

- Με τη χρήση φορέου, εφόσον δεν επιτρέπεται η καθιστή ή η ορθία θέση του αρρώστου
- Με τη χρήση φορητής καρέκλας, όταν αδυνατεί ή δυσκολεύεται ο ασθενής να βαδίσει.

Κατά την άφιξη του ασθενούς στη νοσηλευτική μονάδα ειδοποιείται η προϊσταμένη ή η υπεύθυνη νοσηλεύτρια του τμήματος, οι οποίες τον υποδέχονται εγκάρδια και τον βοηθούν να τακτοποιηθεί, στο καθαρό κρεβάτι του. Το εισιτήριο εισαγωγής του αρρώστου και οι γραπτές οδηγίες του γιατρού δίδονται στην προϊσταμένη. Η προϊσταμένη νοσηλεύτρια συστήνει την νοσηλεύτρια και τους ασθενείς, του θαλάμου, στο νέο ασθενή και ενημερώνει για την είσοδό του το γιατρό του θαλάμου. Η νοσηλεύτρια παίρνει το νοσηλευτικό ιστορικό, τα ζωτικά σημεία του αρρώστου και ετοιμάζει τον ατομικό του φάκελλο με το θερμομετρικό διάγραμμα, το νοσηλευτικό δελτίο κλπ. Στη συνέχεια δίνει στον ασθενή τις παρακάτω απαραίτητες και κατατοπιστικές πληροφορίες και εξηγήσεις:

1. Τρόπος για την πρόσκληση της αδελφής
2. Ημέρες και ώρες επισκεπτηρίου
3. Διεύθυνση του ιδρύματος για τυχόν αλληλογραφία
4. Αριθμός τηλεφώνου του νοσοκομείου και τρόπος συνδέσεως του με τη νοσηλευτική μονάδα
5. Επεξήγηση του προγράμματος του νοσοκομείου:
 - Ώρα πρωινού ξυπνήματος και θερμομετρήσεως
 - Ώρα πρωινής τουαλέτας
 - Ώρα προγεύματος, γεύματος και δείπνου
 - Ώρα τακτικής επισκέψεως των γιατρών
 - Ώρα βραδυνης και μεσημεριανής ησυχίας του θαλάμου
6. Εφόσον ο ασθενής είναι περιπατητικός, του γίνεται ξενάγηση στους χώρους της νοσηλευτικής μονάδας, δηλαδή η νοσηλεύτρια του δείχνει:

- Τους βοηθητικούς χώρους (λουτρά, τουαλέτα)
- Γραφείο προϊσταμένης νοσηλεύτριας και νοσηλευτριών
- Αίθουσα αναμονής
- Τηλέφωνο και τρόπο χρήσεώς του

Η νοσηλεύτρια τακτοποιεί τα ατομικά είδη του ασθενούς. Σε περίπτωση που μεταξύ αυτών βρεθούν επικίνδυνα αντικείμενα όπως μαχαιρίδι, ξυράφι, φάρμακα κλπ. η αδελφή τα απομακρύνει από τον ασθενή και τα παραδίδει στην προϊσταμένη, χωρίς να γίνει από αυτόν αντιληπτή η αιτία της απομακρύνσεώς τους (κίνδυνος βλάβης δικής του ή του περιβάλλοντος του). Στο διάστημα κατά το οποίο ο ασθενής τακτοποιείται στο θάλαμό του, οι συνοδοί, όταν υπάρχουν, παραμένουν στην αίθουσα αναμονής. Αφού ολοκληρωθεί η τακτοποίηση και ενημέρωση του ασθενούς, τότε καλούνται οι συνοδοί, να τον δούν στο θάλαμό του. Δίδονται από τη νοσηλεύτρια πληροφορίες σχετικά με το επισκεπτήριο, τον τρόπο τηλεφωνικής ενημερωσεώς τους, για την κατάσταση του ασθενή κλπ. και η ίδια παίρνει από αυτούς πληροφορίες που της είναι χρήσιμες.

Με τις πληροφορίες που συγκέντρωσε η νοσηλεύτρια από τις πιο πάνω πηγές καταστρώνει σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στις διαγνωστικές εξετάσεις είναι σημαντικός. Ενημερώνει τον ασθενή για το είδος της εξέτασης και ταυτόχρονα βοηθά τον γιατρό στην εξέταση. Στις ακτινολογικές εξετάσεις δηλαδή τομογραφία και ακτινοσκόπηση, πέρα από την ενημέρωση και τη σωστή πληροφόρηση δεν χρειάζεται ειδική προετοιμασία.

Στη βρογχογραφία η νοσηλεύτρια πρέπει να ενημερώνει τον άρρωστο, σχετικά με την εξέταση και να τον ενθαρρύνει. Ο άρρωστος δεν πρέπει να πάρει τροφή και υγρά 6-8 ώρες πριν την εξέταση, ενώ του χορηγούνται διάφορα κατευναστικά και ατροπίνη για την εξασφάλιση της ηρεμίας του και την ελάττωση των εκκρίσεων αντίστοιχα.

Η νοσηλεύτρια του παρέχει καλή υγιεινή φροντίδα του στόματος και αφαίρεση ξένων οδοντοστοιχιών. Είναι απαραίτητη η συνεχής εκτίμηση του αρρώστου για τυχόν αλλεργική αντίδραση από το τοπικό αναισθητικό ή την ακτινοσκοπική ουσία. Για την αποφυγή, φαρυγγικού αντανακλαστικού κατά την είσοδο του καθετήρα, ψεκάζονται με τοπικό αναισθητικό το πίσω τοίχωμα του φάρυγγα και η γλώσσα. Για να αποφευχθεί ο βήχας γίνεται τοπική αναισθησία στο λάρυγγα και την τραχεία. Στο χώρο όπου γίνεται η εξέταση πρέπει να υπάρχει : O_2 , αντισπασμωδικά και κορτιζόνη, για την πρόληψη επιπλοκών.

Μετά την εξέταση ο άρρωστος δεν πρέπει να πάρει τίποτα από το στόμα μέχρι την αποκατάσταση της λειτουργίας των φαρυγγικών αντανακλαστικών. Ενθαρρύνεται από τη νοσηλεύτρια να βήχει για το καθαρισμό του βρογχικού δέντρου. Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να συμβεί και μικρή ανύψωση της θερμοκρασίας μετά την εξέταση. Ιδαιτέρη προσοχή χρειάζεται σε ασθενείς με αναπνευστική ανεπάρκεια γιατί μπορεί να παρουσιάσουν παροδικά προβλήματα αερισμού και διάχυσης των αερίων. Τέλος, η νοσηλεύτρια ενημερώνει τη λογοδοσία σχετικά με τα ζωτικά σημεία του αρρώστου και τη γενική του κατάσταση.

Στη βρογχοσκόπηση είναι απαραίτητη η αναλυτική επεξήγηση στον άρρωστο για το πώς ο ίδιος θα μπορέσει να βοηθήσει και φυσικά αναλύονται οι σκοποί της εξέτασης αυτής. Η βρογχοσκόπηση γίνεται με το βρογχοσκόπιο, που αποτελείται από ινώδεις ταινίες γυαλιού κι έτσι επιτρέπει την απευθείας όραση και το φωτισμό της βλάβης.

Η προετοιμασία του αρρώστου είναι ίδια με εκείνη της βρογχο-

γραφίας. Το βρογχοσκόπιο του αρρώστου εισάγεται από το φάρυγγα, το λάρυγγα, την τραχεία, αφού προηγηθεί τοπική αναισθησία στα σημεία αυτά. Συνήθως, ο άρρωστος διακατέχεται από κάποιο φόβο και ανασφάλεια για το πού θα γίνει η εξέταση (ειδική αΐθουσα, χειρουργείο), πόση θα είναι η διάρκειά της, πώς θα είναι η κατάσταση του όταν τελειώσει η δοκιμασία αυτή.

Η νοσηλεύτρια δεν πρέπει να παραλείψει ποτέ την ενημέρωση του με σκοπό την αποφυγή των ανησυχιών για την εξέταση η οποία συνήθως, γίνεται στο χειρουργείο και σε σκοτεινό δωμάτιο. Ο άρρωστος δεν επιτρέπεται να πάρει τροφή ή υγρά 6-8 ώρες πριν την εξέταση. Επιβάλλεται η πλύση του στόματος και η αφαίρεση τυχόν τεχνητής οδοντοστοιχίας προς αποφυγή κατάποσης αυτής, λόγω της νάρκωσης, που θα λάβει. Ως επί το πλείστον η αφαίρεση αυτή εξυπηρετεί την τοποθέτηση του σωλήνα βρογχοσκόπησης. Κατά την εξέταση η νοσηλεύτρια συμβουλεύει τον άρρωστο να αναπνέει από τη μύτη, ενώ θα έχει ανοικτό το στόμα.

Η θέση που τοποθετείται αφού τελειώσει η εξέταση, εξαρτάται, από την κατάσταση της συνείδησης του. Αν έχει γίνει γενική αναισθησία, τοποθετείται σε ύπτια θέση με το κεφάλι στο πλάι. Μπορεί ο άρρωστος να δυσκολεύεται στην κατάποση, που οφείλεται στη νάρκωση που προηγήθηκε. Γι' αυτό το λόγο μπορεί να χορηγηθούν παγάκια προς ανακούφιση του. Μετά την ανάνηψη, η νοσηλεύτρια φροντίζει για την τοποθέτηση του αρρώστου σε ανάρροπη θέση και τον ενθαρρύνει για βαθειές αναπνοές. Μέχρι να αποκατασταθούν τα αντανακλαστικά του βήχα και της κατάποσης, ο άρρωστος δεν παίρνει τίποτα από το στόμα. Στη συνέχεια η δίαιτα του αποτελείται από ελαφρές τροφές. Η νοσηλεύτρια πρέπει να εξηγήσει στον άρρωστο ότι η ομιλία προκαλεί επιπρόσθετη τάση στους μύς των φωνητικών χορδών. Γι' αυτό το κουδούνι πρέπει να βρίσκεται κοντά του για την απαραίτητη επικοινωνία. Επειδή μετά τη βρογχοσκόπηση υπάρχει κίν-

δυνος επιπλοκών, όπως η αιμορραγία ή το οίδημα του λάρυγγα η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τον άρρωστο για σημεία αιμορραγίας και αναπνευστικής απόφραξης. Οποιαδήποτε ανωμαλία αναφέρεται αμέσως, και καλείται ο γιατρός.

Στις εξετάσεις πτυέλων η νοσηλεύτρια εξηγεί στον άρρωστο πώς πρέπει να κάνει τη συλλογή πτυέλων που θα είναι 4 cc. Τα καλύτερα πτύελα για εξέταση θεωρούνται τα πρωϊνά, όταν όμως αυτά, προέρχονται από τα βάθη του βρογχικού δέντρου συλλέγονται οποιαδήποτε ώρα της ημέρας.

Αν ο άρρωστος κάνει βρογχική παροχέτευση, τα πτύελα παίρνονται κατά τη διάρκεια αυτής. Σε περίπτωση που δεν αποβάλλονται τα πτύελα από τον άρρωστο γίνονται θεραπείες εισπνοής με διάλυμα NaCl σε απεσταγμένο νερό.

Τέλος, στη βιοψία του πνεύμονα είναι αναγκαία η ενημέρωση και η ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου για την εξέταση αυτή, που στο άκουσμά της προκαλεί φόβους και άγχος. Η βιοψία του πνεύμονα έχει επιπλοκές, όπως αιμορραγία και κίνδυνο δημιουργίας πνευμοθώρακα, γι' αυτό χρειάζεται παρακολούθηση του αρρώστου και συχνή λήψη των ζωτικών σημείων.

ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Τόνωση του ηθικού

Συνήθως η νοσηλεύτρια έχει το χρόνο για μια τέτοια προετοιμασία, γιατί η παραμονή του αρρώστου στο νοσοκομείο μέχρι την ημέρα της εγχείρησης είναι μεγάλη. Αν οποιοσδήποτε ασθενής που μπαίνει στο νοσοκομείο είναι φοβισμένος και ανήσυχος, αυτός που πρόκειται να υποβληθεί σε εγχείρηση έχει πιο έντονα τα συναισθήματα που ο βαθμός τους επηρεάζεται και από τη σοβαρότητα της εγχείρησης και την ψυχική κατάσταση του αρρώστου.

Πολλοί ασθενείς εκτός από τους φόβους και τις ανησυχίες που έχουν μπαίνοντας στο νοσοκομείο, προβλέπουν την αποτυχία της εγχείρησης και πολλές σκέψεις για την οικογένεια και τα παιδιά τους δημιουργούν αισθήματα κατάθλιψης.

Τα αίτια που συνήθως προκαλούν φόβο και ανησυχία στον άρρωστο, μπορεί να είναι:

1. αιμόφυρτα πτύελα
2. κάκωμα πτύελα
3. επέμονος και ενοχλητικός βήχας
4. το επιστήθιο άλγος
5. ο φόβος του επικείμενου θανάτου λόγω της δύσπνοιας, το άγνωστο, η ανασφάλεια για το επαγγελματικό του μέλλον και τα οικογενειακά του προβλήματα.

Ξέρουμε ότι οι ασθενείς που οδηγούνται στο χειρουργείο με τέτοια έντονα συναισθήματα μπορεί να πάθουν σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως shock κλπ. Γι' αυτό η νοσηλεύτρια του πρέπει με ευσυνειδησία και ευγένεια να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα και να αποκτήσει εμπιστοσύνη προς το ίδρυμα. Οι σωστές απαντήσεις στα ερωτήματα του και η ειλικρίνεια, οδηγεί-

ουργούν κλίμα αισθήματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας για το περιβάλλον το οποίο βρίσκεται και έτσι εξαλείφονται τα αισθήματα φόβου και ανησυχίας που τον έχουν κυριέψει. Επίσης, η νοσηλεύτρια, μπορεί να συνεργαστεί με την κοινωνική υπηρεσία ή τον ιερέα του ιδρύματος για προβλήματα οικογενειακά, οικονομικά κλπ. που αγχώνουν τον ασθενή. Έτσι ανακαλύπτοντας και ικανοποιώντας τις προσωπικές ανάγκες του ασθενούς συμπεριφέρεται τη θέση του και προσφέρει καλύτερες υπηρεσίες. Περιοριζόμενη στις αρμοδιότητές της μπορεί να πλησιάσει τους συγγενείς του ασθενούς, να απαντήσει στα ερωτήματα τους και να καθησυχάσει τους φόβους και τις ανησυχίες τους.

Σωματική τόνωση και βιολογική ετοιμασία του αρρώστου

Για να επιτευχθεί σωματική τόνωση κυρίως σε αυτούς που έχουν περιορισμένη όρεξη ή σε αυτούς που παρουσιάζει απώλεια βάρους, η νοσηλεύτρια πρέπει σε συνεργασία με το γιατρό, το διαιτολόγο να προσπαθήσει να βελτιώσει την κατάσταση αυτών των ασθενών. Το διαιτολόγιό τους πρέπει να περιέχει πολλές θερμίδες, βιταμίνες - κυρίως C - λευκώματα γι' αυτούς που υπολείπονται σ' αυτά και υγρά για τους αφυδατωμένους.

Αν οι ασθενείς είναι εξαντλημένοι κι έχουν προχωρημένη νόσο, θα πρέπει να γίνει σίτιση αυτών με ρινογαστρικό σωλήνα ή ολική παρεντερική υπερσίτιση, διορθώσεις του κυκλοφορούντος όγκου αίματος με μεταγγίσεις αίματος ή πλάσματος, ρύθμιση νερού και ηλεκτρολυτών σε αρρώστους με διάρροια και εμέτους. Όλα αυτά τα στοιχεία είναι απαραίτητα, για να αντέξουν οι άρρωστοι σε τόσο μεγάλη εγχείρηση και να συνέλθουν γρήγορα. Η νοσηλεύτρια πρέπει να παρακολουθεί τη διατροφή του ασθενούς, να μελετά τα προβλήματα που προκύπτουν και να βρίσκει τρόπο αντιμετώπισής τους. Πρέπει να έχει γνώσεις διαιτητικής και φυσιολογίας, για να γνωρίζει

τη σπουδαιότητα της σωστής διατροφής, την επίδραση της εγχείρησης στις λειτουργίες του μεταβολισμού.

Επειδή ο άρρωστος χάνει υγρά με την απώλεια αίματος και του ιδρώτα πρέπει να προσέχει η νοσηλεύτρια την επάρκεια του οργανισμού σε υγρά. Έτσι βοηθείται ο άρρωστος για την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών, όπως shock κλπ.

Την προηγούμενη μέρα της εγχείρησης η τροφή πρέπει να είναι ελαφριά και χωρίς υπολείμματα, έξι ώρες πριν την εγχείρηση δεν πρέπει να πάρει τίποτα από το στόμα για να μην κάνει εμετούς και πάθει εισρορόφηση. Αν δεν πρέπει να στερηθεί υγρά, του χορηγούνται παρεντερικώς.

Ιατρικές εξετάσεις

Όλοι οι ασθενείς πριν οδηγηθούν στο χειρουργείο πρέπει πρώτα να κάνουν τις αναγκαίες εξετάσεις, εργαστηριακές και κλινικές. Απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις, είναι οι εξετάσεις αίματος, για τη γενική του αίματος, τον τύπο των λευκών αιμοσφαιρίων, την ομάδα του αίματος, το χρόνο ροής και πήξης, την ουρία, το σάκχαρο. Επίσης, γίνεται γενική ούρων και οασθενής βγάζει ΗΚΓ και ακτινογραφία θώρακος.

Απαραίτητες ακόμη είναι οι εξετάσεις που θα γίνουν από το χειρουργό, ο οποίος θα εκτιμήσει την κατάσταση του ασθενούς, από παθολόγο για την εξέταση των άλλων συστημάτων, από τον αναισθησιολόγο, ο οποίος θα κρίνει τι είδους αναισθησία θα δώσει στον ασθενή κι από οποιονδήποτε γιατρό άλλης ειδικότητας χρειαστεί. Η νοσηλεύτρια επιβλέπει αν γίνονται όλες οι εξετάσεις προεγχειρητικά, βοηθά και λύνει τις τυχόν απορίες του ασθενούς.

Καθαριότητα του ασθενούς

Μεγάλη σημασία για την προεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς έχει ο καθαρισμός του εντέρου με καθαρτικό υποκλισμό το βράδυ της προηγούμενης μέρας της εγχείρησης. Έτσι καθαρίζει το παχύ έντερο κι αποφεύγονται οι δυσάρεστες συνέπειες. Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί το αποτέλεσμα του υποκλισμού και ενημερώνει το γιατρό.

Εκτός από την καθαριότητα του εντερικού σωλήνα χρειάζεται και καθαριότητα του σώματος του ασθενούς. Επιτυγχάνεται με το λουτρό καθαριότητας που βοηθά στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και στην αποφυγή μόλυνσης του τραύματος από το ακάθατο δέρμα. Κατά τη διάρκεια του λουτρού παρακολουθείται ο άρρωστος, η υγεία του δέρματος του και καθαρίζονται με προσοχή ορισμένα σημεία όπως τα νύχια, ο ομφαλός τα οποία μαζεύουν μικρόβια. Ακόμα, γίνεται ετοιμασία του χειρουργικού πεδίου με καθαρισμό μιας μεγάλης περιοχής γύρω από αυτό. Σκοπός της είναι η απαλλαγή του δέρματος από τα μικρόβια, χωρίς πρόκληση ερεθισμού. Γίνεται επίσης καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα, για την πρόληψη μολύνσεων του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων.

Προετοιμασία και εκπαίδευση του ασθενούς

Η νοσηλεύτρια κατά την προεγχειρητική φάση φροντίζει για τη μείωση των φλεγμονών των ανώτερων αναπνευστικών οδών. Ενθαρρύνει τον άρρωστο να σταματήσει το κάπνισμα, αν είναι καπνιστής, γιατί αυξάνει το βρογχικό ερεθισμό και μειώνει την αναπνευστική ικανότητα.

Σε αρρώστους με πολλή απόχρεψη γίνεται μέτρηση κάθε μέρα του ποσού των πτυέλων. Ο άρρωστος διδάσκεται από τη νοσηλεύτρια να βήχει με κλειστή γλωττίδα, έτσι ώστε να αυξάνεται η ενδοπνευμονι-

κή πίεση. Επίσης, ο άρρωστος διδάσκεται προεγχειρητικά για τη διαφραγματική αναπνοή, γιατί πολλές φορές οι πλευρές και το διάφραγμα βρίσκονται σε αδράνεια και για την αποφυγή λοιμώξεων. Για την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο δίνονται αναλγητικά γιατί ο πόνος μειώνει τον αερισμό.

Για την διόρθωση και πρόληψη επιπλοκών του κυκλοφορικού συστήματος η νοσηλεύτρια μελετά και αξιολογεί τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων για διόρθωση των τιμών στον άρρωστο. Επίσης, παρακολουθούνται, αξιολογούνται οι αντιδράσεις του αρρώστου, όπως και οι διάφορες καθημερινές του δραστηριότητες. Αν ο ασθενής πάσχει από καρδιακή ανεπάρκεια χορηγούνται σε αυτόν καρδιοτονωτικά για την καλύτερη καρδιακή λειτουργία. Προφυλακτικά, χορηγούνται αντιπηκτικά (χαμηλές δόσεις ηπαρίνης), σύμφωνα με τις οδηγίες των γιατρών για τη μείωση πιθανότητας σχηματισμού θρόμβων στις φλέβες, κι αυτό προς αποφυγή δημιουργίας πνευμονικής εμβολής.

Ο άρρωστος πρέπει να ενημερώνεται από τη νοσηλεύτρια για τις προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές εμπειρίες και τί θα αντιμετωπίσει κατά τη διάρκειά τους. Πληροφορείται για τη χειρουργική τομή, το είδος της, για την εμπειρία της αναισθησίας. Είναι σημαντικό γι' αυτόν να γνωρίζει τον τρόπο που θα βήχει, πώς θα αναπνέει (βαθείές αναπνοές) που θα τον βοηθήσουν κατά τη διάρκεια της ανάνηψης και στη μετεγχειρητική περίοδο. Επίσης, είναι απαραίτητη η ενημέρωση για το σύστημα παροχέτευσης. Ακόμη, πρέπει να προετοιμαστεί ο άρρωστος για την πιθανή χορήγηση O_2 , μετεγχειρητικά, για τη μετάγγιση αίματος που μπορεί να χρειαστεί κάτι άλλο που πρέπει να γνωρίζει είναι, τα μέτρα που θα χρησιμοποιηθούν για τη μείωση της δυσαρέσκειας και του πόνου, καθώς και για τις διάφορες ασκήσεις των κάτω άκρων. Στις ασκήσεις επίσης, συμπεριλαμβάνεται και η προσπάθεια για εκτέλεση πλήρους τροχιάς

του χειρουργημένου ημιθωρακίου.

Εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου

Είναι σημαντικό να βρίσκεται σε ηρεμία ο άρρωστος την ημέρα της εγχείρησης, αλλά πάντα κάποιος που πρόκειται να χειρουργηθεί έχει φόβους και αγωνία. Η κόπωση και η αϋπνία μπορεί να δημιουργήσουν μετεγχειρητικές επιπλοκές. Το βράδυ της προηγούμενης, της επέμβασης, επιδιώκεται η εξασφάλιση ήσυχου ύπνου στον άρρωστο με χορήγηση κατευναστικού, κατόπιν ιατρικής οδηγίας.

Το κατευναστικό χορηγείται με κάποιο ζεστό ρόφημα και ο άρρωστος προστατεύεται από κάθε παράγοντα που θα μπορούσε να διαταράξει τον ύπνο του.

Προσανατολισμός του ασθενούς

Προσανατολισμός του ασθενούς στο δωμάτιο που θα μεταφερθεί, μετεγχειρητικά, γίνεται από τη νοσηλεύτρια, για να μην βρεθεί ξαφνικά ο ασθενής σε κάποιο άγνωστο χώρο που μπορεί να ενισχυσει τους φόβους και τις απορίες του.

ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Ο ασθενής για να πάει στο χειρουργείο πρέπει να βρίσκεται σε καλή γενική κατάσταση, να είναι απύρετος, να διατηρεί σταθερή τη πίεση του κλπ., για να προληφθούν μετεγχειρητικές επιπλοκές. Γι' αυτό η νοσηλεύτρια ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία του αρρώστου κι οποιαδήποτε διαταραχή αναφέρεται αμέσως. Οι τιμές των ζωτικών σημείων καταγράφονται στο φύλλο νοσηλείας του αρρώστου κι ελέγχονται συγκριτικά μετά την εγχείρηση.

Πριν τη μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο η νοσηλεύτρια:

- τον ντύνει με τα ειδικά ρούχα του χειρουργείου (ρόμπα, ποδονάρια, σκούφο)
- τοποθετεί στο χέρι του ειδική ταυτότητα με όλα τα στοιχεία του (ονοματεπώνυμο, κλινική κλπ.). Ο άρρωστος είναι δυνατόν πριν ή μετά την επέμβαση να βρίσκεται σε σύγχυση και να αγνοεί την ταυτότητά του, λόγω της προηγηθείσας νάρκωσης.
- αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες προς αποφυγή κατάποσης, λόγω εξασθένησης των αντανακλαστικών με τη νάρκωση που χορηγείται
- αφαιρεί όλα τα κοσμήματα και ό,τι έχει πάνω του ο ασθενής, εκτός από τη βέρα και τα παραδίδει σε συγγενικό πρόσωπο ή στην προϊσταμένη για να μην χαθούν.
- φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστεως
- χορηγεί αντιβίωση για την πρόληψη από τις λοιμώξεις

Κάποιο άλλο σημαντικό σημείο της τελικής προεγχειρητικής ετοιμασίας είναι η προνάρκωση, η οποία γίνεται μισή ώρα πριν την εγχείρηση από τον αναισθησιολόγο και συνήθως με μεγαλύτερη δόση ατροπίνης. Σκοπός της προνάρκωσης είναι η μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, η ελάττωση εκκρίσεως βλεννογόνου των βρόγχων και η πρόκληση υπνηλίας.

Σήμερα η προνάρκωση γίνεται στο χειρουργείο, στο δωμάτιο α-

ναισθησίας από τον αναισθησιολόγο σε συνεργασία με τη νοσηλεύτρια. Ο ασθενής οδηγείται εκεί έχοντας απόλυτη επικοινωνία με το περιβάλλον του. Το δωμάτιο πρέπει να είναι ήσυχο, χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό. Πριν την προανάκωση λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία του ασθενή.

Η νοσηλεύτρια αναισθησίας βρίσκεται κοντά του και προσπαθεί να τον απαλλάξει από τους φόβους του. Αφού γίνει η προανάκωση, ο ασθενής οδηγείται στην αίθουσα που θα χειρουργηθεί, όπου θα του δοθεί και η τελική νάρκωση.

Ένας άλλος ρόλος της νοσηλεύτριας είναι η ενημέρωση των συγγενών που αγωνιούν για το αποτέλεσμα της εγχείρησης. Πρέπει να πληροφορείται για την πορεία της επέμβασης, να τους ενημερώνει συχνά και να τους καθησυχάζει.

Μετά την αποχώρηση του ασθενούς για το χειρουργείο η νοσηλεύτρια πρέπει να φροντίσει ώστε ο θάλαμος που θα μεταφερθεί ο ασθενής μετά την εγχείρηση να είναι τακτοποιημένος και έτοιμος, να δεχτεί το χειρουργημένο ασθενή. Στρώνει χειρουργικά το κρεβάτι που θα υποδεχθεί τον ασθενή, το οποίο πρέπει να είναι ζεστό, για προφύλαξη του αρρώστου από πνευμονία (κυρίως χειμερινούς μήνες). Επίσης, φροντίζει να υπάρχει μαξιλάρι όρθιο στο πάνω κεντρικό κλίνομα του κρεβατιού για να μην χτυπήσει το κεφάλι σε διεγέρσεις που μπορεί να έχει. Το κεφάλι του δεν πρέπει να το υποστηρίξει σε μαξιλάρι για τη γρήγορη αποβολή του ναρκοτικού. Ακόμη το κρεβάτι πρέπει να είναι ανοιχτό από όλες τις πλευρές για την εύκολη τοποθέτηση του ασθενούς από το φορείο σε αυτό. Το κομοδίνο πρέπει να έχει τακτοποιημένο, να έχει νεφροειδές με τολύπια από βαμβάκι ένα ποτήρι νερό, πετσέτα, τετράγωνο αλλαγών. Επίσης, φροντίζει να υπάρχει στο θάλαμο στατό για τους ορούς, για τους ουροσυλλέκτες, αναρρόφηση, συσκευή χορήγησης O_2 , πλεσσόμετρο κι ό,τι άλλο

χρειαστεί ο ασθενής. Όλες οι νοσηλευτικές ενέργειες της νοσηλεύτριας καταγράφονται στη λογοδοσία.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Οποιοσδήποτε χειρουργημένος ασθενής χρειάζεται εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, αλλά πολύ περισσότερο κάποιος που είναι χειρουργημένος στο θώρακα για μια τόσο δύσκολη επέμβαση. Αντικειμενικός σκοπός της μετεγχειρητικής φροντίδας είναι η αποκατάσταση της φυσιολογικής πνευμονικής λειτουργίας και η πρόληψη πιθανών επιπλοκών.

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή της εξόδου, του ασθενούς, από το χειρουργείο και τελειώνει με την αποκατάστασή του. Βασική φροντίδα της νοσηλεύτριας κατά τη μεταφορά του αρρώστου στο κρεβάτι του είναι η διατήρηση ελεύθερης αναπνευστικής οδού. Το κεφάλι του αρρώστου πρέπει να βρίσκεται στραμμένο στο πλάι για αποφυγή πνιγμονής από εισρόφηση εμετών. Παίρνει τα ζωτικά σημεία του αρρώστου και αναφέρει στο γιατρό ότι ανησυχητικό παρατήρησει. Τον προφυλάσσει από ρεύματα αέρα για τον κίνδυνο πνευμονίας. Ιδιαίτερα χρειάζεται προσοχή στη φιάλη παροχέτευσεως του αρρώστου, που έχει σαν σκοπό την απομάκρυνση αέρα και υγρών από την υπεζωκοτική κοιλότητα και την επανέκπτυξη του χειρουργημένου πνεύμονα. Κατά την μεταφορά του αρρώστου, η φιάλη αυτή πρέπει να είναι κλειστή και σωστά τοποθετημένη σε σταθερή βάση. Η νοσηλεύτρια συνοδεύει τον άρρωστο μέχρι τον θάλαμο του, και καλύπτει όλες τις ανάγκες του.

Η μεταφορά του αρρώστου από το φορείο στο κρεβάτι γίνεται με γρήγορες, σταθερές κινήσεις για να μην προκληθεί πόνος σε αυτόν και να μην μετακινηθεί ο σωλήνας παροχέτευσης. Η νοσηλεύτρια α-

νοίγει την παροχέτευση την τοποθετεί στο πάτωμα και αφήνει τις λαβίδες στο κομοδίνο.

Στερεώνει τους παροχετευτικούς σωλήνες στο κρεβάτι του αρρώστου με καρφίτσα ασφαλείας και ελαστική ταινία, ώστε να μην εμποδίζεται η ροή του υγρού.

Επίσης σε περίπτωση αναδίπλωσης του σωλήνα ή σε βίαιους χειρισμούς δημιουργείται παλινδρομη πίεση και το υγρό που παροχετεύεται επιστρέφει στη θωρακική κοιλότητα, γι' αυτό η παροχέτευση, πρέπει να είναι σταθερά τοποθετημένη σε ύψος χαμηλότερη από το ύψος του θώρακα για να μην παλινδρομεί το υγρό. Αρχικά ο άρρωστος τοποθετείται σε ύπτια θέση με το κεφάλι στο πλάι μέχρι να αναήψει. Διατηρείται ελεύθερη η αναπνευστική οδός και γίνεται αναρρόφηση των εκκρίσεων που εμποδίζουν την αναπνευστική λειτουργία, ώσπου ο άρρωστος να γίνει ικανός να τις αποβάλλει μόνος του. Οι εκκρίσεις είναι άφθονες στους αρρώστους με θωρακοτομή εξαιτίας του τραύματος του τραχειοβρογχικού δέντρου.

Γίνεται λήψη ζωτικών σημείων κάθε δεκαπέντε λεπτά για δύο έως τρεις ώρες στην αρχή και μετά κάθε τριάντα λεπτά. Γίνεται επίσης, παρακολούθηση της συχνότητας και του ρυθμού του καρδιακού παλμού με ακρόαση και παρακολούθηση του ηλεκτροκαρδιογραφήματος, γιατί μπορεί να συμβούν επικίνδυνες αρρυθμίες σε οποιαδήποτε στιγμή.

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί επίσης το τραύμα για τυχόν αιμορραγία, αξιολογεί το χρώμα του αρρώστου, το χαρακτήρα των αναπνοών για εμφάνιση επιπλοκών. Γίνεται συχνή λήψη και παρακολούθηση των αερίων αίματος. Η προοδευτική ελάττωση της PO_2 αποτελεί ένδειξη για χρήση αναπνευστήρα, το ίδιο να είναι υψωμένη η PCO_2 . Διατηρείται ανοιχτή αρτηριακή γραμμή με ενδαρτηριακό καθετήρα για τη διευκόλυνση συχνών προσδιορισμών των αερίων αίματος. Επίσης, σημαντική είναι η παρακολούθηση της Κ.Φ.Π. για να χρησιμοποιη-

θεί σαν οδηγός για τη χορήγηση υγρών, να εκτιμηθεί η ελάττωση του όγκου του αίματος και για να αξιολογηθεί η λειτουργία της καρδιάς σαν αντλία. Μετά από μία τόσο μεγάλη επέμβαση, ο άρρωστος είναι ανησυχός και πονά πολύ.

Βασικό μέλημα της νοσηλεύτριας είναι η χορήγηση ισχυρών αναλγητικών σε συχνές μικρές δόσεις, για να μπορεί να αναπέσει βαθιά και να βήχει αποτελεσματικά ο άρρωστος. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στη χορήγηση αναλγητικών, γιατί μπορεί να καταστρέψουν την καρδιοαναπνευστική λειτουργία και γίνεται πάντα με εντολή γιατρού.

Ο χειρουργημένος ασθενής τροφοδοτείται με παρεντερική χορήγηση υγρών και θρεπτικών συστατικών τις πρώτες ημέρες γιατί, εκτός από τον έντονο πόνο έχει τάση εμετού και ναυτίας κι αυτό κάνει αδύνατη τη σίτιση από το στόμα. Όταν αυτά τα συμπτώματα σταματήσουν και υποχωρήσει ο μετεωρισμός κοιλίας διακόπτεται η παρεντερική χορήγηση υγρών. Στην αρχή χορηγούνται στον άρρωστο υγρά από το στόμα, σούπες και αργότερα η τροφή του γίνεται στερεά.

Ο άρρωστος είναι απαραίτητο να λαμβάνει πλήρη διαίτα όσο πιο γρήγορα είναι δυνατόν, γιατί η σωστή διατροφή μειώνει τη διάρκεια και τις επιπλοκές της ανάρρωσης. Η διατροφή του αρρώστου πρέπει να περιλαμβάνει τροφές πλούσιες σε πρωτεΐνες και λευκώματα για την ταχύτερη ανάρρωση και αποκατάστασή του.

Εκτός από τη χορήγηση παρεντερικών διαλυμάτων μπορεί να χρειαστεί και μετάγγιση αίματος. Η ροή του αίματος πρέπει να γίνεται με βραδύ ρυθμό στην αρχή για την αποφυγή διαφόρων αντιδράσεων από τον άρρωστο. Απαραίτητη είναι η μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών καθώς και ο έλεγχος των ενδοφλέβιων χορηγήσεων. Η νοσηλεύτρια πρέπει να αποφύγει μια κυκλοφοριακή υπερφόρτωση στον άρρωστο, που μπορεί να έχει σαν σοβαρή επιπλοκή, το πνευμονικό οίδημα.

Η χορήγηση οξυγόνου είναι αναγκαία τουλάχιστον κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες, μέχρι να εξασφαλιστεί η πλήρης οξυγόνωση και να αποκατασταθεί η αναπνοή του αρρώστου. Οξυγόνο χορηγείται στους αρρώστους με εγχείρηση θώρακα γιατί η αναπνευστική επιφάνεια έχει μειωθεί, η αναπνευστική εφεδρεία έχει ελαττωθεί, υπάρχει χαμηλή αρτηριακή πίεση και απώλεια αίματος.

Η χορήγηση οξυγόνου γίνεται με εντολή γιατρού και απαιτεί προσοχή στην έγκαιρη αναγνώριση των πρώτων συμπτωμάτων του μετεγχειρητικού shock. Μετεγχειρητικό shock που δεν οφείλεται σε έλλειψη οξυγόνωσης, θα οφείλεται σε απώλεια αίματος. Όταν υπάρχουν συμπτώματα, όπως δύσπνοια, κυάνωση, κρύβουν αρχόμενο πνευμοθώρακα. Η νοσηλεύτρια πρέπει να ετοιμαστεί για την τοποθέτηση υπεζωκοτικής αναρρόφησης.

ΚΛΕΙΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗΣ

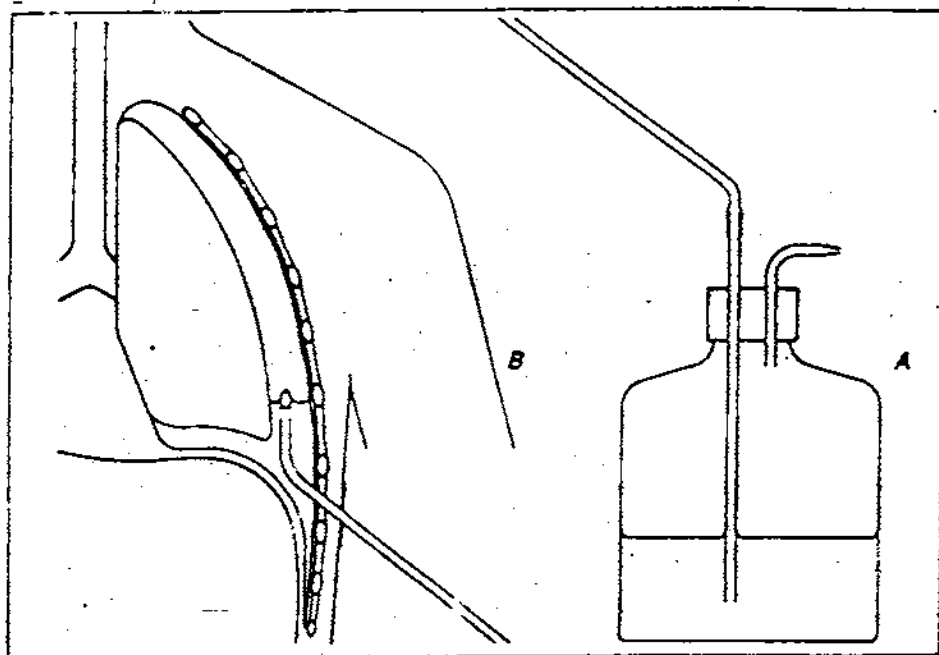
Όπως ανέφερα, βασικό μέλημα της νοσηλεύτριας είναι η παρακολούθηση της σωστής λειτουργίας του συστήματος παροχέτευσης. Σκοπός της θωρακικής παροχέτευσης είναι η απομάκρυνση του αέρα και των υγρών από τη θωρακική κοιλότητα, η επανέκπτυξη του χειρουργημένου πνεύμονα.

Ο φυσιολογικός αναπνευστικός μηχανισμός στηρίζεται στην αρχή της αρνητικής πίεσης που υπάρχει ανάμεσα στην υπεζωκοτική κοιλότητα. Όταν ανοίξει ο θώρακας καταργείται η αρνητική πίεση και μπορεί να κολαφαιριστεί ο πνεύμονας. Η καρδιοπνευμονική λειτουργία εμποδίζεται από τη συλλογή αέρα, πηγμάτων αίματος, ορώδους υγρού, πύου, λέμφου και αίματος στη θωρακική κοιλότητα, γιατί αυτά τα υλικά καταλαμβάνουν το χώρο που είναι απαραίτητος για την έκπτυξη του πνευμονικού παρεγχύματος.

Η χειρουργική τομή του θώρακα προκαλεί πάντα κάποιου βαθμού πνευμοθώρακα. Η έκπτυξη του πνευμονικού παρεγχύματος εμποδίζεται από τον αέρα και το υγρό που συγκεντρώνονται στην υπεζωκοτική κοιλότητα, οπότε μειώνεται και η ανταλλαγή των αερίων. Έτσι, η αποκατάσταση της αρνητικής πίεσης γίνεται απαραίτητη στην υπεζωκοτική κοιλότητα και η πρόληψη δημιουργίας πνευμοθώρακα. Γι' αυτό, μετά τη θωρακοτομή τοποθετούνται καθετήρες παροχέτευσης, ένας στη μεσοκλειδική γραμμή, μπροστά στο 2ο μεσοπλευρικό διάστημα για την παροχέτευση του αέρα και ένας στην οπίσθια μασχαλιαία γραμμή στο 8ο μεσοπλευρικό διάστημα για την παροχέτευση του υγρού.

Για την προστασία του κλειστού παροχέτευτικού συστήματος η νοσηλεύτρια συνδέει το θωρακικό παροχέτευτικό σωλήνα αεροστεγώς, με το γυάλινο σωλήνα της φιάλης που καταλήγει μέσα σε αποστειρωμένο νερό. Έτσι εμποδίζεται ο αέρας να εισροφηθεί μέσα στο θώρακα. Ο γυάλινος σωλήνας πρέπει να βυθίζεται 3-5 εκ. κάτω από το επίπεδο της επιφάνειας του νερού και τοποθετείται διαχωριστική ταινία στην επιφάνεια του νερού.

Αν βυθιστεί περισσότερο χρειάζεται μεγαλύτερη ενδοθωρακική πίεση για την αποβολή του αέρα, πράγμα που επιβαρύνει πολύ τον ασθενή. Σημειώνει τις αυξήσεις της στάθμης του νερού, την ποσότητα και ταχύτητα που χάνεται το υγρό παροχέτευσης, αν είναι αιμάτηρό. Στερεώνεται ο σωλήνας ώστε να διευκολύνεται η ροή του υγρού με τη βαρύτητα και να μην επηρεάζεται η παροχέτευση και να μην εμποδίζονται οι κινήσεις του αρρώστου. Προσέχει για τυχόν αναδιπλώσεις ή πιέσεις που μπορεί να δημιουργήσουν παλίνδρομη πίεση, οπότε σπρώχνουν το υγρό στην υπεζωκοτική κοιλότητα. Ο άρρωστος παροτρύνεται για την εφαρμογή ασκήσεως του σύστοιχου άκρου και της ωμοπλάτης αρκετά συχνά για την μείωση του πόνου και της δυσχέρειας και για την αποφυγή διαφόρων παραμορφώσεων. Επίσης πα-



Εικόνα 8. (Α) Φιάλη παροχέτευσεως υπεζωκοτικής κοι-
λότητας με βαλβίδα νερού έτοιμη για χρήση (Billow).
(Β) Παροχέτευτικός σωλήνας τοποθετημένος στην υπεζωκοτι-
κή κοιλότητα.

ροτρύνεται να βήχει και να παίρνει βαθειές αναπνοές, γιατί αυτό βοηθάει στην αύξηση της ενδοθωρακικής πίεσης, τον καθαρισμό των βρόγχων, στην έκπτυξη του πνεύμονα και στην πρόληψη της ατελεκτασίας.

Η νοσηλεύτρια εφαρμόζει μαλάξεις στον σωλήνα παροχέτευσης για την παρεμπόδιση απόφραξης αυτού από πύγματα και ίνες. Παρατηρεί τη φιάλη, βεβαιώνεται ότι υπάρχει κυματισμός στην επιφάνεια του υγρού, που δείχνει ελεύθερη επικοινωνία φιάλης και θωρακικής κοιλότητας. Η σύσταση του υγρού (χρώμα, ρευστότητα, ποσότητα) ελέγχεται και καταγράφεται. Παρακολουθεί επίσης για σημεία διαρροής αέρα στο σύστημα που φαίνεται από τη συνεχή έξοδο φυσσιδίων στη φιάλη, γιατί η εισαγωγή αέρα στην υπεζωκοτική κοιλότητα προκαλεί πνευμοθώρακα.

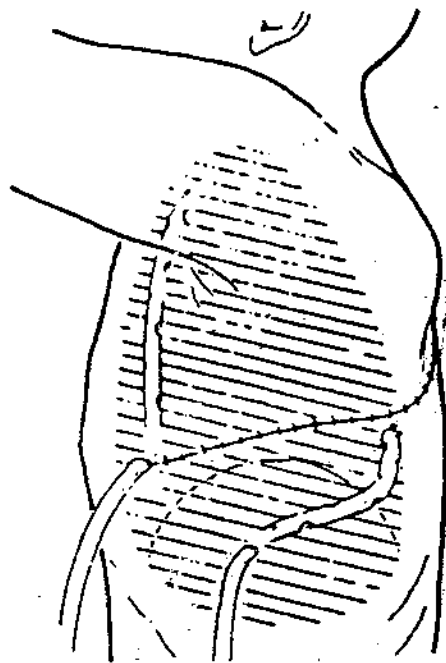
Αναπνευστικά προβλήματα του αρρώστου και συμπτώματα αιμορραγίας αναφέρονται από τη νοσηλεύτρια. Η φιάλη σταθεροποιείται ,

με ειδική βάση και γίνεται ενημέρωση των επισκεπτών και του λοιπού προσωπικού για την σταθεροποίηση της. Αυτό έχει μεγάλη σημασία για την αεροστεγή εφαρμογή και βάζει σε κίνδυνο τη ζωή του αρρώστου.

Δύο λαβίδες μένουν τοποθετημένες στο κομοδίνο του αρρώστου για την περίπτωση βλάβης ή αποσύνδεσης. Αν μεταφερθεί ο άρρωστος, η φιάλη τοποθετείται σε σταθερή επιφάνεια, χαμηλότερη από το ύψος του θώρακα προς αποφυγή παλινδρόμησης του υγρού.

Όταν περάσουν 3-4 ημέρες μετά την εγχείρηση, κι εφόσον δεν υπάρχει πλέον διαρροή υγρών και αέρα, ο γιατρός αφού εξετάσει τον άρρωστο αφαιρεί το σωλήνα παροχέτευσης. Η νοσηλεύτρια σύμφωνα με ιατρική εντολή χορηγεί παυσίπονο, γιατί η αφαίρεση του σωλήνα είναι επώδυνη. Διδάσκει τον άρρωστο να εκτελεί τη δοκιμασία VALSA VA (βίαιη εκπνοή με κλειστή επιγλωττίδα και κράτημα της αναπνοής). Ο σωλήνας του θώρακα κλείνεται με λαβίδα KOCHER και αφαιρείται γρηγορά. Αμέσως τοποθετείται και στερεώνεται με λευκοπλάστ μια γάζα που καλύπτει την τομή.

Τα χέρια πρέπει να καθαρίζονται προσεκτικά πριν και μετά την αφαίρεση του σωλήνα και να φοριούνται αποστειρωμένα γάντια. Η εισσοδος μικροβίων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, μπορεί να προκαλέσει μόλυνση της υπεζωκοτικής κοιλότητας. Ο άρρωστος ενισχύεται και διδάσκεται προεγχειρητικά, όπως ανέφερα για την παραγωγή αποτελεσματικού βήχα. Η νοσηλεύτρια συνεργάζεται με το φυσικοθεραπευτή για να προσφέρουν καλύτερη φροντίδα στον ασθενή. Για να μην εξαντληθεί από τον επίμονο βήχα τοποθετείται στο κρεβάτι με



Εικόνα 9. Μετεγχειρητική θωρακική παροχέτευση. Ο πάνω σωλήνας παροχέτευει αέρα και ο κάτω τα υγρά της υπεζωκοτικής κοιλότητας.

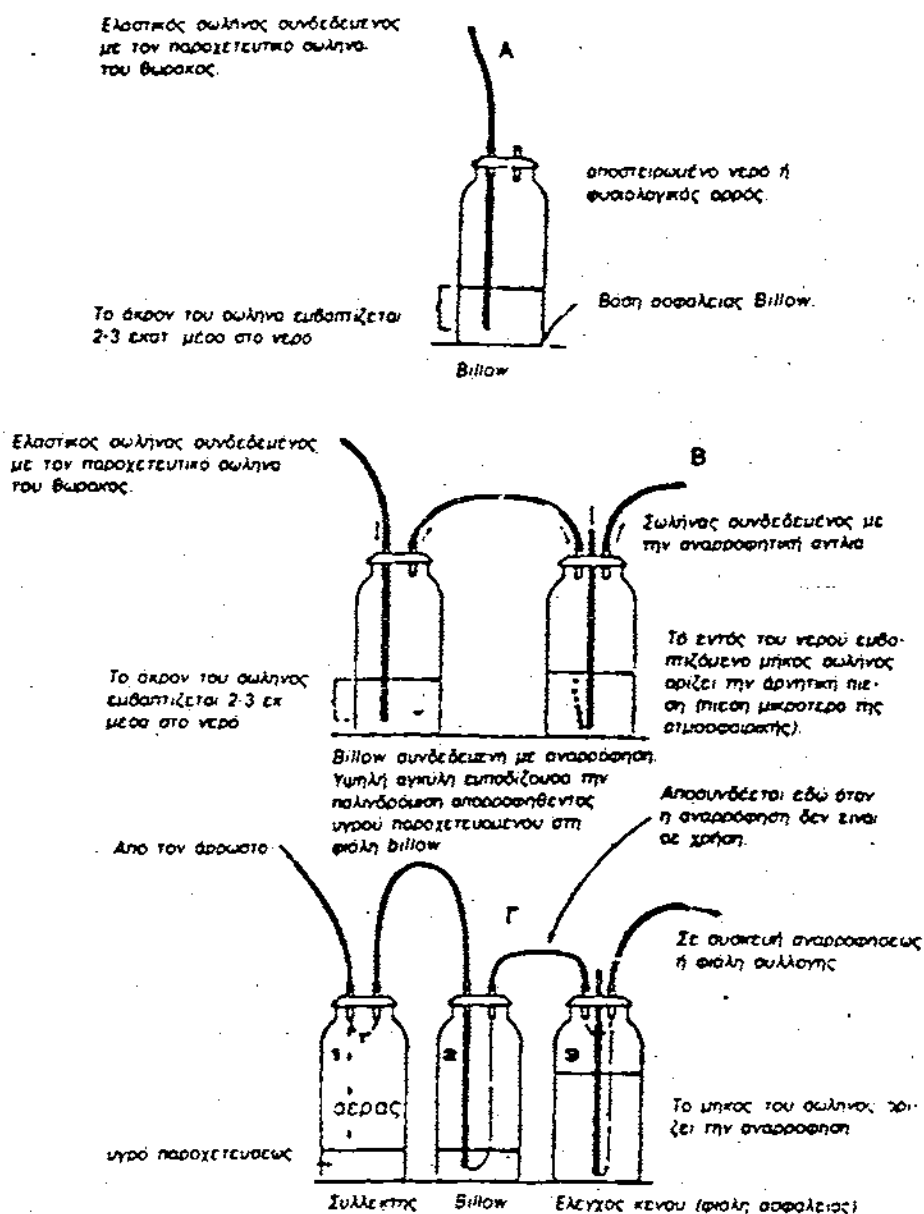
τα πόδια υποστηριγμένα στο σκαμνί, αν επιτρέπει η κατάσταση του. Παίρνει βαθιές αναπνοές και βήχει βίαια. Η νοσηλεύτρια προσφέρει σταθερή υποστήριξη του θώρακα της χειρουργημένης πλευράς. Βοηθά τον άρρωστο να βήχει κάθε μία ως δύο ώρες κατά τη διάρκεια, του πρώτου 24ώρου και μετά όταν είναι ανάγκη.

Γίνονται από το γιατρό ή τη νοσηλεύτρια ενδοτραχειακές αναρροφήσεις αν δεν μπορεί να αποβάλλει τις εκκρίσεις ο άρρωστος, γιατί υπάρχει κίνδυνος πνευμονίας ή ατελεκτασίας. Για να γίνει ενδοτραχειακή αναρρόφηση τοποθετείται ο ασθενής σε ημικαθιστική θέση και έλκει τη γλώσσα του προς τα έξω. Ο γιατρός ή η νοσηλεύτρια βάζει τον ελαστικό καθετήρα από τη ρινική κοιλότητα, ενώ ο ασθενής κάνει κινήσεις κατάποσης. Όταν βεβαιώνεται πως ο καθετήρας μπήκε στην τραχεία με μικρές κινήσεις επιτυγχάνεται η αναρρόφηση των εκκρίσεων.

Άρρωστοι με περιορισμένη αναπνευστική εφεδρεία δεν μπορούν να γυρίσουν στο μη χειρουργημένο πλάι γιατί περιορίζεται ο αερισμός. Γίνεται αλλαγή θέσης για αποφυγή παραμονής και συλλογής των εκκρίσεων στα εξαρτημένα τμήματα των πνευμόνων. Όταν βήχει ο άρρωστος πρέπει να βρίσκεται σε καθιστή θέση.

Όπως ανέφερα, μετά το χειρουργείο τοποθετείται σε ύπτια θέση για τη γρήγορη αποβολή της νάρκωσης. Μετά τη σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων και την πλήρη ανάνηψη του, τοποθετείται σε ημικαθιστική θέση για να χαλαρώσει και να παροχετευθούν οι βρογχικές εκκρίσεις του.

Η νοσηλεύτρια τοποθετεί τον άρρωστο στη σωστή θέση, ανάλογα με την περιοχή του πνεύμονα που θα παροχετευθεί. Το πνευμονικό τμήμα που θα παροχετευθεί πρέπει να βρίσκεται υψηλότερα. Ο χρόνος που παραμένει ο άρρωστος στην κάθε θέση είναι συνήθως 8-10 λεπτά, ανάλογα πάντα με την αντοχή και την παθολογική του κατάσταση. Η σωστή τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι προκαλεί μει-



Εικόνα 10. (Α) Η συσκευή Billow μόνη της απεδείχθη επαρκής για παροχέτευση θώρακος σε πολλούς αρρώστους. (Β) Η συσκευή Billow με αναρροφητική συσκευή μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν επίμονη διαρροή αέρα δεν μπορεί να ελεγχθεί μόνο με την συσκευή Billow. (Γ) Το σχήμα (γ) επιδεικνύει μια χρήσιμη τακτοποίηση παροχέτευσεως θώρακος. Η πρώτη φιάλη επιτρέπει την ορατότητα του παροχέτευόμενου υγρού. Η δεύτερη σε συνδυασμό με την πρώτη φιάλη μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν συσκευή Billow. Όταν προστεθεί και η τρίτη φιάλη, το ποσό του αναρροφούμενου υγρού μπορεί να μετρηθεί και υπολογισθεί από το βάθος του σωλήνα μέσα στο υγρό.

ωση του πόνου.

Η σπονδυλική στήλη πρέπει να βρίσκεται πάντα σε ευθεία γραμμή για να επιτρέπεται η μέγιστη έκπτυξη των πνευμόνων. Η νοσηλεύτρια διδάσκει στον άρρωστο τη διαφραγματική αναπνοή που τον βοηθά να χαλαρώνει και να ανοίγει τους αεραγωγούς του. Για να γίνει η αποκόλληση και η κινητοποίηση των εκκρίσεων, η νοσηλεύτρια κάνει πλήξη με κοίλη παλάμη στο θωρακικό τοίχωμα με κατεύθυνση από τις κατώτερες πλευρές προς τον ώμο στην οπίσθια πλευρά και από τις κατώτερες πλευρές προς τα πάνω.

Απαγορεύεται η πλήξη πάνω στη σπονδυλική στήλη, το ήπαρ, τους νεφρούς, τον σπλήνα, ωμοπλάτη, κλείδα και στήθος, γιατί, μπορεί να προκαλέσει βλάβη των οργάνων που βρίσκονται κάτω απ' αυτές. Η νοσηλεύτρια λέει στον άρρωστο να εισπνέει αργά και βαθιά και να εκπνέει αργά.

Ενθαρρύνεται να βήχει χρησιμοποιώντας τους κοιλιακούς μύες μετά από κάθε 3-4 δονήσεις, γιατί η σύσπαση των κοιλιακών μυών αυξάνει την αποτελεσματικότητα του βήχα. Μετά από αυτή τη διαδικασία, ο άρρωστος πρέπει να ξεκουραστεί σε άνετη θέση. Έπειτα απ' αυτά γίνεται υγιεινή φροντίδα στόματος, γιατί οι εκκρίσεις αφήνουν δυσάρεστη γεύση και μυρωδιά στο στόμα.

Η βρογχική παροχέτευση και η πλήξη στο θώρακα χρειάζονται μεγάλη προσοχή, γιατί μπορεί να προκαλέσουν υποξία.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

Για την αποτελεσματική νοσηλευτική φροντίδα του χειρουργημένου ασθενούς η νοσηλεύτρια πρέπει να βρίσκεται σε θέση να ανακαλύπτει τα νοσηλευτικά προβλήματα και να αντιμετωπίζει το καθένα ανάλογα με την περίπτωση.

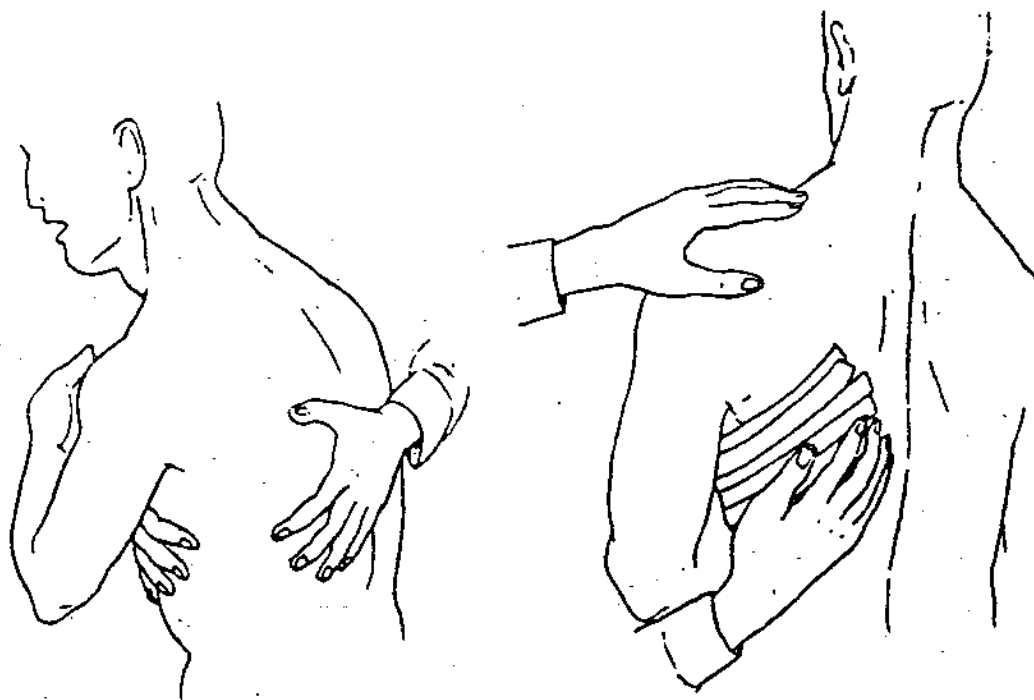
Τα ζωτικά σημεία (σφυγμοί, πίεση του αίματος) και η σταθερότητά τους ρυθμίζεται από πολύπλοκους μηχανισμούς, ενώ οι μεταβολές των διαφόρων λειτουργιών του οργανισμού γίνονται αντιληπτές με την αλλαγή του σφυγμού, της αναπνοής, της πίεσης του αίματος. Η εκτίμηση των ζωτικών σημείων βοηθά στην γενικότερη εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου. Κάποια υψηλή θερμοκρασία μπορεί να δείχνει την ύπαρξη λοίμωξης, οι διατραγές του σφυγμού και της αρτηριακής πίεσης μπορεί να δείχνουν ανωμαλίες από το κυκλοφοριακό και αναπνευστικό σύστημα.

Κάτι άλλο που πρέπει να ελέγξει η νοσηλεύτρια είναι το ποσό των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών, το οποίο πρέπει να καταγράφεται στο νοσηλευτικό διάγραμμα. Αν ο άρρωστος έχει διαρροϊκές κενώσεις, πρέπει να αναφέρεται ο αριθμός, ο χαρακτήρας, η ποσότητα γιατί έχει σημασία για την ρύθμιση του ισοζυγίου και των ηλεκτρολυτικών διαταραχών. Επίσης μετριέται και καταγράφεται η ποσότητα των ούρων, τα οποία δεν πρέπει να είναι πάνω από 500 cc/h

Καθήκον της νοσηλεύτριας είναι να πάρει έγκαιρα τις απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις. Αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν ανισοζύγιο των ηλεκτρολυτών μπορεί να είναι οι διαρροϊκές κενώσεις, οι έμετοι, η λήψη διουρητικών, το έμφραγμα μυοκαρδίου, η έντονη εφίδρωση κλπ. Γι' αυτό είναι απαραίτητη η γνώση αυτών και η συμπτωματική αντιμετώπιση των διαταραχών. Εκτός από το να παίρνει έγκαιρα τις εξετάσεις πρέπει να φροντίζει ώστε να κάνει ο άρρωστος τις εξετάσεις ούρων, να καταγράφει τα αποτελέσματα και να

ἐνημερώνει το γιατρό αν οι τιμές είναι αυξημένες. Από πηνοσπλεύτριά θα γίνει και ο έλεγχος της παρεντερικής σίτισης τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες, ελέγχει το ρυθμό του διαλύματος, την απόκριση του αρρώστου στην παρεντερική χορήγηση. Μπορεί να παρουσιάσουν επιπλοκές όπως νοπική διήθηση, κυκλοφοριακή υπερφόρτιση, εμβολή αέρα, shock εξαιτίας ταχείας χορήγησης. Σε τέτοιες περιπτώσεις η νοσπλεύτριά διακόπτει την έγχυση, παίρνει τα ζωτικά σημεία του αρρώστου καλεί το γιατρό. Όταν παρατηρήσει στον άρρωστο αύξηση της αρτηριακής πίεσης, βήχα, δύσπνοια, κυάνωση, που είναι σημεία αρχομένου πνευμονικού οιδηματος, καλεί το γιατρό, και διακόπτει επίσης τη χορήγηση.

Ελέγχει αν ο άρρωστος έχει εκκρίσεις και τις απομακρύνει. Η αποβολή των πτύελων επιτυγχάνεται, όπως ανέφερα προηγουμένως, με την προτροπή του αρρώστου για βήχα και για βαθειές αναπνοές. Έτσι μετά τις πρώτες εικοσιτέσσερις ώρες ή σαρανταοκτώ από την εγχείρηση, ο άρρωστος πρέπει να σηκωθεί από το κρεβάτι. Η έγερση, πρέπει να είναι έγκαιρη για (1) πρόληψη διαφόρων αγγειακών, πνευμονικών, πεπτικών επιπλοκών, (2) επούλωση γρηγορότερη του τραύματος, (3) μείωση του μετεγχειρητικού πόνου, (4) συντόμευση του χρόνου επιστροφής στην πλήρη διαίτα, (5) μείωση παραμονής του αρρώστου στο νοσοκομείο. Βέβαια η έγερση εξαρτάται από τις ανάγκες του κάθε αρρώστου τη γενική του κατάσταση. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζονται οι βαρέως πάσχοντες και οι υπερήλικες. Οι άρρωστοι τοποθετούνται σε ανάρροπη θέση για να είμαστε βέβαιοι πως δεν αισθάνονται ζάλη, μετά καθιστοί και αργότερα σηκώνονται. Σε αρρώστους που δεν είναι δυνατή η έγερση έγκαιρα, πρέπει να γίνονται διάφορες ασκήσεις στο κρεβάτι, αρχίζοντας από τα πρώτα είκοσιτετράωρα. Οι ασκήσεις αυτές γίνονται από το φυσικοθεραπευτή σε συνεργασία με τη νοσπλεύτριά. Ο άρρωστος πρέπει να παίρνει βαθειές αναπνοές για πλήρη έκπτυξη των πνευμόνων. Επίσης, να κάνει ασκήσεις των



Εικόνα 11. (Αριστερά και Δεξιά) Τεχνικές συγκρατήσεως και ακινητοποιήσεως του τραύματος κατά το χρόνο που ο θώρακοχειρουργημένος άρρωστος βήχει.

βραχιόνων πλήρους τροχιάς στην κατ' ώραν άρθρωση, ασκήσεις άκρων χεριών, άκρων ποδιών, ασκήσεις σύσπασης γλουτιαίων και κοιλιακών μυών. Σκοπός των ασκήσεων αυτών, εκτός από την ενίσχυση του διαφράγματος και των κοιλιακών μυών αποβλέπουν και στην αύξηση της δυνατότητας του ασθενή για κίνηση και ενέργεια χωρίς αναπνευστική δυσχέρεια, καθώς επίσης στην επαναφορά του μυϊκού τόνου. Η έγερση λοιπόν του αρρώστου που χειρουργήθηκε στο θώρακα, του καρδιοπαθούς αρρώστου περιλαμβάνεται στο πρόγραμμα αποκατάστασης του, που είναι αναπόσπαστο μέρος της θεραπείας του. Αφού κινητοποιηθεί ο άρρωστος και ολοκληρωθεί η θεραπεία στο νοσοκομείο, προγραμματίζεται η έξοδος του από αυτό και του δίνονται οδηγίες, κατά την αναχώρησή του. Ο άρρωστος πρέπει να γνωρίζει ότι θα έχει κάποιο μεσοπλεύριο πόνο για ορισμένο χρονικό διάστημα. Θα είναι ο φυσικός πόνος μετά από μια τόσο μεγάλη επέμβαση, γι' αυτό, δεν θα πρέπει να ανησυχήσει. Μπορεί να εφαρμόζει θερμά τοπικά ε-

πιθέματα και να παίρνει αναλγητικά από το στόμα. Επίσης, δεν πρέπει να ανησυχεί όταν αισθάνεται κόπωση ή αδυναμία τον πρώτο μήνα μετά τη θωρακοτομή. Πρέπει να αναπαύεται και να σιτίζεται καλά. Να σταματά κάθε δραστηριότητα που προκαλεί κόπωση. Αρκετές φορές την ημέρα να κάνει ασκήσεις πλήρους τροχιάς του βραχίονα και του ώμου της χειρουργημένης πλευράς και να παίρνει επίσης συχνά βαθιές αναπνοές. Ακόμη δεν πρέπει να σηκώνει μεγάλο βάρος μέχρι να γίνει επούλωση του τραύματος, να περιποιείται το στόμα του, να αποφεύγει οποιουσδήποτε πνευμονικούς ερεθισμούς και οπωσδήποτε, αν είναι καπνιστής, να σταματήσει το κάπνισμα. Κάτι άλλο που δεν πρέπει να αμελήσει είναι η συχνή μετανοσοκομειακή παρακολούθηση, που συνίσταται στην πρόληψη διαφόρων επιπλοκών ή άλλων εξελίξεων.

Ο άρρωστος εκτός από όλες αυτές τις οδηγίες που του δίνονται έχει ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης και αποκατάστασης. Πρέπει να νιώσει αισιοδοξία, θάρρος για να έχει ποιότητα η ζωή του, γιατί ίσως δεν του προσφέρονται και μεγάλα περιθώρια για να ζήσει. Γι' αυτό πρέπει να φύγει ο φόβος και η αγωνία από πάνω του και να έρθει η ελπίδα επανένταξης στο κοινωνικό σύνολο.

Η νοσηλεύτρια είναι το πρόσωπο που θα δώσει στον άρρωστο να καταλάβει την ειλικρινή της προσπάθεια και το πραγματικό ενδιαφέρον για την επιτυχία της αποκατάστασης της υγείας του. Είναι αυτή, που θα σταθεί δίπλα του, θα ακούσει τον πόνο του, θα νιώσει το πρόβλημά του, θα του εμφυσήσει πνεύμα αισιοδοξίας για το αύριο, που θα ξημερώσει.

Η οικογένεια του αρρώστου παίζει σημαντικό ρόλο για την ψυχολογική κατάστασή του. Η νοσηλεύτρια και σε αυτήν την περίπτωση μπορεί να πάρει κάποια θέση, ώστε η επιρροή της να είναι θετική. Μπορεί να πείσει την οικογένεια του να μην τον βλέπουν σαν κάποιο ανάπηρο, αλλά σαν ένα υγιές μέλος της, άξιο της πιο μικρής έστω προσφοράς. Έτσι κάποιος ασθενής που θα αποκτήσει ψυχική δύ-

ναμη θα καταφέρει να γίνει ανεξάρτητος κι εκτός αυτού η ψυχική αυτή δύναμη ενεργεί σαν παράγοντας καλής πρόγνωσης στην εξέλιξη της νόσου. Συμπέρασμα όλων αυτών είναι, ότι η ψυχολογική αποκατάσταση του καρκινοπαθούς είναι κοινωνική υποχρέωση και θεραπευτική αναγκαιότητα.

Η νοσηλεύτρια συμβάλλει καθοριστικά στο πρόγραμμα αποκατάστασης του καρκινοπαθούς, γι' αυτό πρέπει να αναγνωρίζεται ο ρόλος της.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ - ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Για την προσφορά ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στον καρκινοπαθή χειρουργημένο ασθενή, χρειάζεται εκτός από γνώσεις, και παρατηρητικότητα, και αγάπη για το αντικείμενο της φροντίδας της δηλαδή τον ίδιο τον καρκινοπαθή. Καθήκον της είναι να κάνει σωστά τη δουλειά της, να προλαμβάνει διάφορες επιπλοκές, παρατηρώντας και εκτιμώντας την κατάσταση του αρρώστου από την αξιολόγηση των ζωτικών σημείων, της γενικής εμφάνισής τους κλπ. Επίσης, πρέπει να προστατεύει τον άρρωστο από την ψύξη για αποφυγή επιπλοκών από το αναπνευστικό σύστημα και να του αλλάζει συχνά θέσεις για την αποφυγή υποστατικής πνευμονίας και κατακλίσεων.

Ακόμη είναι απαραίτητες οι συχνές κινήσεις των κάτω άκρων για αποφυγή φλεβίτιδας, οι πλύσεις στοματικής κοιλότητας για αποφυγή στοματίτιδας, η παρακολούθηση του τραύματος για αιμορραγία κλπ. Ενθαρρύνει τον άρρωστο να παίρνει πρωτοβουλίες και τον βοηθά να αντιμετωπίσει τα ψυχολογικά του προβλήματα.

Η σωστή παρακολούθηση του ασθενή δείχνει ή ότι εξελίσσεται ικανοποιητικά η γυεία του, ή ότι υπάρχουν ορισμένες δυσχέρειες που

μπορεί να είναι:

- **Πόνος:** Είναι το πιο σοβαρό πρόβλημα που μπορεί να έχει κάποιος χειρουργημένος ασθενής με Ca του πνεύμονα. Είναι ο πόνος από το τραύμα που επιδεινώνεται με την υπερένταση που διακατέχεται ο άρρωστος. Ο πόνος αυτός μειώνει τη θωρακική έκπτυξη και επομένως, τον αερισμό και έτσι προκαλείται δυσχέρεια και εξάντληση στον άρρωστο. Η νοσηλεύτρια φροντίζει να απαλλάξει τον άρρωστο από το δυσάρεστο αυτό συναίσθημα με διάφορα μέσα. Του δίνει αναπαυτική θέση στο κρεβάτι για χαλάρωση των μυών, κάνει ελαφριά εντριβή στα μέρη που πονά, τον προστατεύει από τον βήχα και τους εμέτους υποβαστάζοντας το τραύμα. Σημαντική είναι η υποστήριξη των σωλήνων παροχέτευσης για να μην τραβούν το θωρακικό τοίχωμα. Η ένταση του πόνου εξαρτάται από το είδος της τομής (πιο επώδυνη πλάγια-οπίσθια) και την αντίδραση του αρρώστου σε αυτόν. Έτσι είναι δύσκολο να περάσει χωρίς τη χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων. Αυτά δίνονται πάντα με εντολή γιατρού σε συχνές μικρές δόσεις για να μπορεί ο άρρωστος να αναπνέει βαθειά και να βήχει αποτελεσματικά, χωρίς να καταστέλλεται η καρδιοαναπνευστική λειτουργία και η απόχρεψη και χωρίς βέβαια να δημιουργηθεί εθισμός.

Ο ψυχικός πόνος όμως, εκτός από τον σωματικό είναι δύσκολο να αντιμετωπισθεί. Η σκέψη ότι μπορεί να πεθάνει ή να μείνει ανάπηρος μεγαλώνει τον πόνο του, καθώς και ο οίκτος που υπάρχει σαν μέσο αντιμετώπισης από την οικογένειά του. Η νοσηλεύτρια μπορεί να απαλύνει τον πόνο του αρρώστου, δίνοντάς του κουράγιο και πίστη ότι θα εξελιχθεί ικανοποιητικά η υγεία του.

- **Έμετος:** Είναι κάποιο άλλο μετεγχειρητικό πρόβλημα, οφείλεται στη γενική αναισθησία και κρατά περίπου 24 ώρες. Το κεφάλι του αρρώστου πρέπει να είναι τοποθετημένο στο πλάι για αποφυγή πνιγμονής. Η ποσότητα, η ποιότητα και το χρώμα των εμέτων ελέγχονται και ενημερώνεται ο γιατρός αν υπάρχει κάτι ανησυχητικό.

μετά από εμέτους ξεπλένει το στόμα του αρρώστου για να μην μένει άσχημη γεύση και κακοσμία, αλλάζοντας επίσης τα τυχόν λερωμένα κλινοσκεπάσματα για να αισθάνεται άνετα ο άρρωστος. Σε συνεχιζόμενους εμέτους γίνεται διασωλήνωση του στομάχου από τη μύτη με Levin. Έτσι ανακουφίζεται ο άρρωστος γιατί αδειάζει το στομάχι του από τα επιπλέον υγρά. Και σε αυτή την περίπτωση, η ποσότητα η ποιότητα, ο χαρακτήρας των εμέτων ελέγχονται και καταγράφονται στη λογοδοσία. Ο σωλήνας Levin αφαιρείται αφού σταματήσει η τάση για έμετο.

- **Δίψα:** Παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση και τοπική αναισθησία και οφείλεται στην ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος, που προκαλείται από την ένεση ατροπίνης για ελάττωση των εκκρίσεων και στην ελάττωση των υγρών του οργανισμού λόγω των υγρών, που αποβάλλονται (αίμα, ιδρώτας, έμετοι) κατά και μετά από την εγχείρηση. Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με πλύσεις της στοματικής κοιλότητας ή με ύγρανση της γλώσσας ή των χειλιών με βαμβάκι ποτισμένο νερό. Η χορήγηση υγρών παρεντερικά ρυθμίζεται από την κατάσταση του ασθενούς ανάλογα με την κρίση του γιατρού.

Μετεγχειρητικές επιπλοκές

Οι συνηθέστερες επιπλοκές μετά από θωρακοτομή είναι: η αιμορραγία, η ατελεκτασία, η αναπνευστική ανεπάρκεια. Το πνευμονικό οίδημα, η μετατόπιση του μεσοθωράκιου, η γαστροπληγία, η διαπύσηση του τραύματος το υποδόριο εμφύσημα, οι αρρυθμίες, και η αναπνευστική οξέωση.

α. Αιμορραγία

Μετά την εγχείρηση η αιμορραγία είναι ασυνήθιστη. Αν όμως συμβεί ο άρρωστος να είναι αγχώδης, ανήσυχος, κινείται συνεχώς, διψά, το δέρμα του είναι κρύο, υγρό και ωχροί, ο σφυγμός του να είναι συχνός και μικρός, η θερμοκρασία πέφτει και οι αναπνοές είναι συχνές και βαθειές, με τη συνέχιση της αιμορραγίας ελαττώνονται η Ε.Φ.Π. η Α.Π. καθώς και ο αιματοκρίτης. Τα χείλη και οι επιπεφυκίτιδες είναι ωχροί, βλέπει κηλίδες μπροστά στα μάτια του ακούει να χτυπούν κουδοόνια, πρέπει να διαγνωστεί και να αντιμετωπιστεί άμέσως. Είναι δυνατόν η αιμορραγία να είναι διάχυτη και να οφείλεται σε διαταραχές της πήκτικότητας, οπότε και η αντιμετώπιση εκτός από την αναπλήρωση του χαμένου αίματος, είναι αιτιολογική φαρμακευτική. Συνηθέστερα όμως, οφείλεται σε μικροτραυματισμό του πνευμονικού παρεγχύματος και σε ευρείες αποκλίσεις του υπεζωκότα. Στην περίπτωση αυτή η θεραπεία είναι συντηρητική, με μεταγγίσεις παρακεντρήσεις, παροχετεύσεις και είναι ικανοποιητική.

Η μεγάλη μετεγχειρητική αιμορραγία οφείλεται πάντοτε σε λύση απολίνωσης μεγαλύτερου αγγείου, κλάδου της πνευμονικής αρτηρίας, ή φλέβας ή της εσωμαστικής αρτηρίας και συμβαίνει τις πρώτες ώρες μετά την εγχείρηση. Η αντιμετώπιση των καταστάσεων αυτών είναι η άμεση θωρακοτομή, ανεύρεση και απολίνωση του αγγείου που αιμορραγεί, αναρρόφηση των πηγμάτων του αίματος, η εκ νέου παροχέτευση του θώρακα, η αναπλήρωση του χαμένου αίματος, αντι-shock θεραπεία και διόρθωση των ηλεκτρολυτών.

β. Ατελεκτασία

Η αιτία της επιπλοκής αυτής είναι η κατακράτηση των εκκρίσεων μέσα στο βρογχικό δέντρο εξαιτίας μη αποτελεσματικού βήχα και επιπόλαιας αναπνοής. Σπάνια η αιτία της ατελεκτασίας οφείλεται σε

εισρόφησ γαστρικών υγρών κατά τη διάρκεια της εγχείρησης ή εμεμάτων κατά την ανάνηψη. Εξαιτίας της απόφραξης των βρογχικών κλάδων το τμήμα ή τα τμήματα του πνεύμονα περιφερικά δεν αερίζονται, με αποτέλεσμα την μη έκπτυξη του πνευμονικού ιστού. Το μέρος αυτού του παρεγχύματος, ενώ δεν αερίζεται, αρδεύεται από το αίμα το οποίο είναι πλούσιο σε CO_2 - γυρίζει στην αριστερή καρδιά και ανακατώνεται με το οξυγονωμένο με αποτέλεσμα τη γνωστή κλινική εικόνα: πυρετό, ταχυκαρδία, κυάνωση, δύσπνοια, πόνο και τη χαρακτηριστική ακτινολογική εικόνα: τριγωνικές σκιάσεις.

Η πρόληψη της ατελεκτασίας έγκειται στην καταστολή του πόνου από τη θωρακοτομή στην ενθάρρυνση του ασθενούς να βήχει, το συνεχή καθαρισμό του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος και φυσικοθεραπεία του θώρακα. Αν όμως εγκατασταθεί η ατελεκτασία και διαγνωστεί κλινικά και ακτινολογικά χορηγούμε αντιβιοτικά, αποχρεμπτικά, βρογχοδιασταλτικά, αεροζόλ, αναρροφήσεις και κορτιζόνη. Αν η ατελεκτασία οφείλεται σε συλλογή υγρού ή αέρα μέσα στο ημιθώρακιο η θεραπευτική βοήθεια που προσφέρεται είναι η παρακέντηση ή η διασωλήνωση του ημιθωρακίου.

γ. Πνευμοθώρακας

Ο πνευμοθώρακας οφείλεται σε τραυματισμό του παρεγχύματος. Αυτός μπορεί να είναι ανοικτός ή υπό τάση. Στην πρώτη περίπτωση ο αέρας μπαίνει και βγαίνει ελεύθερα στο θώρακα κατά τη διάρκεια των αναπνευστικών κινήσεων. Εκτός από το κολλαψάρισμα του πνευμονικού παρεγχύματος τα όργανα του μεσοπνευμόνιου χώρου μετατοπίζονται προς το υγιές ημιθώρακιο κατά την εισπνοή και αντίθετα κατά την εκπνοή. Στη δεύτερη περίπτωση ο αέρας μπαίνει σε κάθε εισπνοή παγιδεύεται μέσα στη θωρακική κοιλότητα, με αποτέλεσμα τη μετατόπιση του μεσοθωρακίου προς το υγιές ημιθώρακιο. Οι άμεσοι

σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η αποκατάσταση της αναπνευστικής και καρδιακής λειτουργίας, καθώς και των μεγάλων αγγείων εξαιτίας της μετατόπισης του μεσοθωράκιου. Διατηρούνται ανοικτοί οι αεραγωγοί με χορήγηση εφυφρασμένου οξυγόνου για να εξασφαλιστεί επαρκής αερισμός και γίνεται αντι-shock αγωγή.

δ. Αναπνευστική ανεπάρκεια

Η μελέτη της αναπνευστικής λειτουργίας καθορίζει τις ενδείξεις εγχειρήσεων του πνεύμονα και προλαμβάνει την επιπλοκή αυτή, μετεγχειρητικά. Οι ασθενείς όμως που εμφανίζουν ατελεκτασία, πνευμονίτιδα, μετάθεση μεσοθωράκιου, πνευμοθώρακα έχουν ως συμπτώματα ελαφρά ή σοβαρότερη αναπνευστική ανεπάρκεια. Σε βαριές περιπτώσεις απαιτείται ενδοτραχειακή διασωλήνωση ή τοποθέτηση του αρρώστου σε μηχάνημα ελεγχόμενης αναπνοής. Αντιθέτως, όταν έχουμε έγκαιρη διάγνωση θεραπεύεται συνήθως αιτιολογικά.

ε. Γαστροπληγία

Μπορεί να συμβεί μέσα στις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες πριν αποκατασταθεί η περίσταση του γαστρεντερικού σωλήνα. Λόγω της διατάσης του θόλου του στομάχου και της παραμονής γαστρικών υγρών μέσα σε αυτό συμπιέζεται το διάφραγμα με αποτέλεσμα τη μείωση της αναπνευστικής ικανότητας του αρρώστου. Στην περίπτωση δεξιάς πνευμονεκτομής, η γαστροπληγία ελαττώνει τη λειτουργία του αριστερού πνεύμονα. Η διάγνωση γίνεται από τη δυσφορία και τη δύσπνοια του αρρώστου, τις τάσεις προς εμετό και τον τυμπανισμό στο επιγάστριο. Αυτό επιβεβαιώνεται με α/α στομάχου. Αντιμετωπίζεται με διασωλήνωση του στομάχου για μερικές ημέρες.

στ. Διαπύηση του τραύματος

Η διαπύηση του τραύματος εκδηλώνεται με τοπικό πόνο, ερυθρό-

τητα, οίδημα και πυρετό. Αντιμετωπίζεται με διάνοιξη, αλλαγές και χρήση αντιβιοτικών. Είναι όμως ασυνήθιστη επιπλοκή γιατί με τις συνθήκες ασηψίας - αντισηψίας, τα αντιβιοτικά που χρησιμοποιούνται και τις εκλεπτυσμένες χειρουργικές τεχνικές είναι δύσκολο να συμβεί η διαπύση του τραύματος.

ζ. Υποδόριο εμφύσημα

Το υποδόριο εμφύσημα συμβαίνει ως συνήθως μετά από εκτομές πνεύμονα ή μετά από τραυματισμό του παρεγχύματος ή μετά από οποιαδήποτε εγχείρηση του πνεύμονα. Η διαφυγή του αέρα γίνεται από εγχειρητικό τραύμα ή από το μεσοθωρακικό υπεζωκότα. Ο αέρας, ανέρχεται στον τράχηλο ή το πρόσωπο, κάτω από το δέρμα και δίνει την χαρακτηριστική τυμπανική εικόνα στηνόψη, ενώ κατά την ψηλάφηση, το αίσθημα του χιονιού ή του ρυζιού. Όταν το υποδόριο εμφύσημα είναι μικρό απορροφάται μέσα σε λίγες μέρες. Δεν δικαιολογείται εικόνα υποδρίου εμφυσήματος σε επαρκή παροχέτευση του θώρακα γιατί η διαφυγή διοχετεύεται από τον σωλήνα παροχέτευσης. Σε μεγάλη διαφυγή αέρα δεν επαρκεί ένας μόνον σωλήνας παροχέτευσης, αλλά είναι αναγκαία και η ύπαρξη δεύτερου σωλήνα στην υπεζωκοτική κοιλότητα συνδεδεμένου με συνεχή αναρρόφηση. Η αντιβίωση είναι απαραίτητη στην περίπτωση αυτή.

η. Αναπνευστική οξέωση

Αυτή συμβαίνει όταν οι πνεύμονες κατακρατούν CO_2 . Αυτό γίνεται εξαιτίας της ελάττωσης του βάθους των αναπνοών ή της απόφραξης των αεραγωγών. Ο χειρουργημένος ασθενής μπορεί να αναπτύξει αναπνευστική οξέωση εξαιτίας της μείωσης του ρυθμού της ανταλλαγής των αερίων, της ατελεκτασίας ή της βρογχικής απόφραξης, καταστολής της αναπνοής λόγω χορήγησης μεγάλων δόσεων ισχυρών αναλγητικών, επιπόλαιας αναπνοής λόγω κοιλιακής διάτασης και πόνου.

Η νοσηλεύτρια μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη της αναπνευστικής οξείωσης με ενθάρρυνση του αρρώστου να αναπνεύσει βαθειά σε κανονικά χρονικά διαστήματα.

θ. Πνευμονικό οίδημα

Από τις μακροχρόνιες επιστημονικές μελέτες που έχουν γίνει, έχει αποδειχτεί ότι το εγχειρητικό τραύμα στον πνεύμονα καθώς κι η μετεγχειρητική αγωγή αυξάνουν τη διαβατότητα των τριχοειδών, και προδιαθέτουν το οίδημα. Αυτό οφείλεται σε υπερβολική χορήγηση υγρών μετεγχειρητικά, σε κακή ρύθμιση των ισοζυγίων (δηλαδή, μη σωστή μέτρηση αποβαλλομένων και προσλαμβανομένων υγρών). Η θορυβώδης κλινική εικόνα του αρρώστου μας οδηγεί στη διαίγνωση του. Τα συμπτώματα που παρουσιάζονται είναι βήχας και ανησυχία κατά τη διάρκεια του ύπνου, μεγάλου βαθμού δύσπνοια και ορθόπνοια. (Ο άρρωστος χρησιμοποιεί τους επικουρικούς μυς με εισολκή των μεσοπλεύριων διαστημάτων και των υπερκλεϊδιων περιοχών), βήχα με αφρώδη και αιμόφυρτα πτυελα, αγωνία και πανικό, θορυβώδης αναπνοή με εισπνευστικούς και εκπνευστικούς συριγμούς και φυσσαλιδώδεις ήχους, δέρμα γαιώδες, ψυχρά άκρα, κυανωτικά νύχια, εφίδρωση και διανοητική σύγχυση. Η θεραπεία αποσκοπεί στην άμεση ρύθμιση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών, δύσπνοιας ή αγωνίας, πανικού, και κατά συνέπεια του αναπνευστικού έργου με χορήγηση O_2 σε υψηλή συμπύκνωση και εφυγρασμένο με 30% αλκοόλη που είναι αποφυσιδωτική. Ένας πολύ γνωστός τρόπος για να ξεπεράσει ο ασθενής το πνευμονικό οίδημα είναι η εφαρμογή κυκλικών συμπίεσεων στα άκρα που αναφέρονται σε μια τεχνική στην οποία τα άκρα συμπιέζονται κυκλικά με σκοπό να κρατήσουν ένα μέρος του όγκου του κυκλοφορούμενου αίματος σε αυτά ώστε να μειωθεί η φλεβική επιστροφή, ο όγκος παλμού της δεξιάς κοιλίας και επομένως και η πνευμονική συμφορμή. Οι αρχές γι' αυτή τη διαδικασία είναι οι εξής: Τρία από

τα τέσσερα άκρα συμπιέζονται, ενώ ένα είναι πάντοτε ελεύθερο. Κανένα από τα άκρα δεν πρέπει να συμπιέζεται συνεχώς πάνω από 45 min. Οι συμπιέσεις μπορεί να χρειάζεται να εναλλάσσονται κατά διαστήματα 5 min στους υπερήλικες αρρώστους για να προληφθεί η γάγγραινα και άλλες επιπλοκές. Αυτές οι αρχές είναι πολύ σημαντικές, αφού μειώνουν τους κινδύνους της φλεβοθρόμβωσης και της θανατηφόρας πνευμονικής εμβολής.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα στον ασθενή που υποβάλλεται σε μία τόσο δύσκολη μορφή θεραπείας αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια θα έρθει σε επαφή με τον άρρωστο, η οποία πρέπει με τις γνώσεις και το ενδιαφέρον της να καλλιεργήσει κλίμα εμπιστοσύνης. Η ίδια θα ενημερώσει τον άρρωστο για το τί είναι η ακτινοθεραπεία ποιός είναι ο σκοπός της, τί αποτελέσματα θα έχει και σε συνεργασία με το γιατρό θα τον βοηθήσει να κατανοήσει την όλη προσπάθεια και να συνεργαστεί.

Καθήκον της νοσηλεύτριας είναι να προετοιμάσει σωστά τον άρρωστο στη θεραπεία, να εφαρμόσει προστατευτικά μέτρα γι' αυτόν, τον εαυτό της και το περιβάλλον της. Συζητά με τον άρρωστο για τα προβλήματα που θα του προκαλέσει ίσως η ακτινοθεραπεία και τον βοηθά να ξεπεράσει τους φόβους και την αγωνία που έχει.

Σε εξωτερική ακτινοθεραπεία η νοσηλεύτρια ενημερώνεται από το φάκελο του ασθενή και από το γιατρό για το είδος της, για τη θέση και το μέγεθος του όγκου, για τον αριθμό των συνεδριών που πρόκειται να κάνει. Τονίζει στον άρρωστο να μην βγάλει το σήμα που του έχουν βάλει και που δείχνει το σημείο που θα πρέπει να

πέσει η ακτινοβολία. Παρακολουθεί τη γενική κατάσταση του αρρώστου και προσπαθεί να διαγνώσει έγκαιρα τις αντιδράσεις που θα παρουσιαστούν.

Πριν την θεραπεία ενημερώνει μέσα σε λογικά όρια τον ασθενή, για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της θεραπείας, ώστε να μειωθεί το άγχος και η ψυχική ένταση του ασθενή. Έτσι θα συνεργαστεί με το γιατρό και το υπόλοιπο υγειονομικό προσωπικό για την επιτυχία της θεραπείας. Επίσης, πριν αρχίσει η θεραπεία, επειδή πρόκειται ο ασθενής να παραμείνει ακίνητος για αρκετή ώρα η νοσηλεύτρια χορηγεί αναλγητικά και τρεμιστικά με συμβουλή γιατρού. Προστατεύει τον ασθενή από το κρύο, γιατί η θερμοκρασία στο εργαστήριο που θα γίνει η ακτινοθεραπεία είναι χαμηλή.

Το εργαστήριο όπου γίνεται η ακτινοθεραπεία βρίσκεται συνήθως στο υπόγειο του νοσοκομείου, όπου οι τοίχοι είναι παχείς και επενδυμένοι με μόλυβδο, το ίδιο και οι πόρτες, ώστε να μην διαφεύγει ακτινοβολία. Βεβαιώνει τον άρρωστο πως δεν αποτελεί πηγή ακτινοβολίας, γι' αυτό δεν χρειάζεται να μείνει απομονωμένος από τους οικείους του και ενημερώνει τους ίδιους για να βρίσκονται κοντά σε αυτόν. Σε περίπτωση ναυτίας ή εμέτου παίρνει τα κατάλληλα μέτρα για να τον βοηθήσει. Ο ασθενής εκπαιδεύεται από τη νοσηλεύτρια για να εξυπηρετεί μόνος του τον εαυτό του. Πρέπει να διατηρεί στεγνή την περιοχή ακτινοβολίας και καθαρή, να μην την ερεθίζει σκουπίζοντας την ή πιέζοντας την με δύναμη. Επίσης, πρέπει να αποφεύγει τον ήλιο και το κρύο, να αποφεύγει την αποτρίχωση αν η περιοχή έχει ερυθρότητα και να αποφεύγει να φορά ρούχα όπως τα μάλλινα που δημιουργούν τριβή και ερυθρότητα στο δέρμα. Αφού τελειώσει η ακτινοθεραπεία ο ασθενής επιστρέφει στο θάλαμό του γιατί δεν αποτελεί κίνδυνο για κανέναν αφού δεν εκπέμπει ακτινοβολία.

Εκτός από την εξωτερική ακτινοθεραπεία υπάρχει και η ακτινο-

βολία των ραδιοϊσοτόπων. Τα μέτρα για την ακτινοβολία των ραδιοϊσοτόπων που θα παρθούν θα εξαρτηθούν από τον τρόπο χορήγησης ραδιοϊσοτόπου. Όταν αυτό χορηγείται από το στόμα ή ενδοφλέβια δεν χρειάζεται ειδική προετοιμασία. Ο άρρωστος όμως προετοιμάζεται για χειρουργείο όταν πρέπει να εμφυτευθεί σε ιστό ή σε κοιλότητα. Ο ασθενής χρειάζεται προσεγμένη νοσηλευτική φροντίδα. Απομονώνεται γιατί αποτελεί ραδιενεργό πηγή μέχρι να σταματήσει να εκπέμπει ακτινοβολία και τότε οδηγείται στο κρεβάτι του. Το δωμάτιο, που βρίσκεται κατά τη διάρκεια που εκπέμπει την ακτινοβολία είναι επενδυμένο με μόλυβδο ώστε να μην διαφεύγει ακτινοβολία. Επειδή ο ασθενής βρίσκεται σε άσχημη ψυχολογική κατάσταση η νοσηλεύτρια προσπαθεί να τον βοηθήσει να ξεπεράσει τους φόβους του. Του εξηγεί πως είναι απαραίτητη η απομόνωσή του, για να μην μπουν σε κίνδυνο οι άλλοι γύρω του. Τοποθετείται στο δωμάτιό του ραδιόφωνο, τηλεόραση και τηλέφωνο για να μην αισθάνεται μοναξιά και να μπορεί να επικοινωνεί με το περιβάλλον του.

Ο κίνδυνος που διατρέχει όμως η νοσηλεύτρια που νοσηλεύει έναν τέτοιο ασθενή είναι μεγάλος, γιατί μπορεί να προσβληθεί από ακτινοβολία. Γι' αυτό πριν ξεκινήσει η θεραπεία πρέπει να είναι ενημερωμένη για το είδος του ραδιοϊσοτόπου, για τον τύπο της πηγής, τον τρόπο χορήγησης, για το σημείο εφαρμογής, το χρόνο που πρέπει να απομονωθεί ο άρρωστος. Πρέπει να γνωρίζει πως το θωρακισμένο ραδιοϊσότοπο δεν μολύνει τα ούρα και τα κόπρανα, εκπέμπει όμως ακτινοβολία γι' αυτό δεν πρέπει να έρχεται σε επαφή με τον ασθενή. Φορά ειδική μπλούζα και γάντια από μόλυβδο όταν νοσηλεύει τον άρρωστο, τα οποία βγάζει και τα τοποθετεί σε ειδικά δοχεία από μόλυβδο. Βρίσκεται στην κατάλληλη απόσταση, χωρίς να εγκαταλείπει τον ασθενή. Έξω από το δωμάτιο του αρρώστου τοποθετεί το σήμα της ραδιενέργειας ώστε να μην μπει κάποιος μέσα σε αυτό. Όσοι εργάζονται σε χώρους που υπάρχει ακτινοβολία φορούν

ειδικό μετρητή. Ο εργαζόμενος απομακρύνεται από το χώρο ακτινοβολίας, όταν ο μετρητής δείξει αυξημένη ποσότητα. Αν μολυνθεί το περιβάλλον από ακτινοβολία, ειδοποιείται η κατάλληλη υπηρεσία. Ποτέ δεν πιάνει η νοσηλεύτρια με γυμνά χέρια το ραδιοϊσότοπο αν αυτό έχει φύγει από τη θέση που τοποθετήθηκε στο σώμα του ασθενή και έχει πέσει στο πάτωμα ή στο κρεβάτι του ασθενούς. Το πιάνει με ειδικές λαβίδες και ειδοποιεί τα αρμόδια όργανα. Αν το ραδιοϊσότοπο έχει χορηγηθεί από το στόμα ή ενδοφλέβια τότε αυτό αποβάλλεται από τα ούρα, τον ιδρώτα, τα κόπρανα του αρρώστου, γι' αυτό η νοσηλεύτρια πρέπει να παίρνει ειδικά μέτρα. Πρέπει να φορά ειδικά γάντια και να χρησιμοποιεί ατομικά σκεύη φαγητού για τον άρρωστο.

Επειδή η ακτινοβολία που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία του καρκίνου είναι επικίνδυνη, το προσωπικό πρέπει να κρατά κάποια απόσταση από την πηγή των ακτίνων. Όσο μεγαλύτερη είναι η απόσταση από την πηγή των ακτίνων, τόσο λιγότερη η ακτινοβολία που θα πάρει. Επίσης, πρέπει να συντομεύει το χρόνο που βρίσκεται κοντά στην πηγή και να φορά ειδική θωράκιση (μπλούζες από μολύβι με μετρητή) που σταματά την ακτινοβολία. Οι ασθενείς εκπέμπουν αρχικά, ακτινοβολία και τα απεκκρίματά τους έχουν ραδιενέργεια. Παίρνοντας η νοσηλεύτρια τα κατάλληλα μέτρα προστατεύει τον εαυτό της και το περιβάλλον της.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ
ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

1. Ακτινοδερματίτιδα

Όπως είπαμε, η νοσηλεύτρια ελέγχει το δέρμα της περιοχής , που ακτινοβολείται. Όταν εμφανίζονται αντιδράσεις στο δέρμα εφαρμόζει ουδέτερες κρέμες στην ακτινοβολημένη περιοχή, σύμφωνα με ιατρική εντολή. Πλένει το ερεθισμένο δέρμα με χλιαρό νερό. Το προστατεύει από ηλιακή ακτινοβολία, υψηλή θερμοκρασία και στενά ενδύματα. Όταν όλα αυτά τα μέτρα δεν φέρουν αποτελέσματα και η ακτινοδερματίτιδα είναι αυξημένη διακόπτεται η ακτινοθεραπεία για όσο χρόνο χρειάζεται να θεραπευτεί ο ασθενής.

2. Καταστολή μυελού των οστών

Έτσι ο ασθενής παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση του οργανισμού που τον κάνει προσιτό στις λοιμώξεις και στους τραυματισμούς. Έτσι προστατεύει τον άρρωστο, αξιολογεί την κατάστασή του, παρατηρεί για εμφάνιση αιμορραγιών ή λοιμώξεων.

3. Γενική καταστολή δυνάμεων, ναυτία, έμετος, ανορεξία, απώλεια βάρους

Όταν αρχίζει η θεραπεία σε περίπτωση ναυτίας και εμέτου η νοσηλεύτρια χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντιϊσταμινικά , σύμφωνα με ιατρική εντολή, ενθαρρύνει τον ασθενή να παίρνει υγρά και του χορηγεί μικρά και συχνά γεύματα υψηλής θερμιδικής αξίας, και πλούσια σε λεύκωμα. Φροντίζει για την υγιεινή της στοματικής του κοιλότητας με ήπια αντισηπτικά. Σε περίπτωση διάρροιας χορηγεί αντιδιαρροϊκά ανάλογα με ιατρική εντολή. Αποφεύγει να χορηγεί στον ασθενή τροφές που επιδεινώνουν τη διάρροια. Αν δεν μπο-

ρεί να αυτοεξυπηρετηθεί, η νοσηλεύτρια καλύπτει τις φυσικές του ανάγκες. Βασικό καθήκον της είναι η συμπαράσταση στον άρρωστο ώστε να μπορέσει να τελειώσει τη θεραπεία του, όσο το δυνατόν αννεπέπλεκτα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Καθήκον της νοσηλεύτριας είναι να προετοιμάσει τον άρρωστο με συζήτηση πριν την έναρξη της θεραπείας για το είδος της, τον τρόπο που γίνεται και για τις παρενέργειές της.

Α) Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοήθων νεοπλασμάτων προκαλούν καταστολή του μυελού των οστών, η οποία προκαλεί:

1. Λευκοπενία

Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος. Όταν υπάρχει πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων σταματά η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός. Επίσης, παρακολουθείται η θερμοκρασία του ασθενούς. Μικρή άνοδος της θερμοκρασίας μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία και πάλι διακόπτεται η θεραπεία. Συνεχώς πρέπει να παρακολουθείται το δέρμα και οι κοιλότητες για λοίμωξη. Η έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης έχει σημασία γιατί προλαμβάνονται σηψαιμίες. Η νοσηλεύτρια προστατεύει τον άρρωστο από τις μολύνσεις διατηρώντας καθαρό περιβάλλον και αποφυγή επαφής του αρρώστου με άτομα που έχουν μολύνσεις. Επίσης, φροντίζει ώστε ο άρρωστος να διατηρεί καθαρή τη στοματική κοιλότητα, γίνεται απολύμανση οποιασδήποτε συνέχειας του δέρματος, συχνή αντισηψία και περιποίηση της στοματικής κοιλότητας, καθαριότητας του

πρωκτού, συχνή ανταλλαγή συσκευής όταν πρόκειται για ενδοφλέβια χορήγηση του φαρμάκου. Ο άρρωστος απομονώνεται όταν τα λευκά αιμοσφαίρια φτάσουν τα $1.500-2.000/\text{mm}^3$).

2. Θρομβοπενία

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τον αριθμό των αιμοπεταλίων (φ.τ. = $200.000 - 300.000/\text{mm}^3$). Αν είναι κάτω από 50.000 διακόπτεται η θεραπεία. Επίσης, παρακολουθεί τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για πετέχειες ή αιματώματα, τις διάφορες κοιλότητες (μάτι - στόμα) για ρινο-ουλορραγίες. Όταν η αρτηριακή πίεση του αίματος είναι χαμηλή πρέπει να νοσηλεύεται ο άρρωστος στο νοσοκομείο. Παίρνονται μέτρα για την πρόληψη αιμορραγιών περιορίζοντας τις υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις, συντομεύοντας οποιαδήποτε άσκηση πίεσης σε κάποιο σημείο του σώματος, συμβουλεύοντας τον άρρωστο να εφαρμόζει μέτρα πρόληψης αιμορραγίας από τραύματα που μπορεί να προκληθούν από οποιονδήποτε τρόπο. Για την αντικετώπιση της αιμορραγίας πρέπει να υπάρχει πάντοτε αίμα στην τράπεζα αίματος και να μεταγγίζεται ο άρρωστος σε μεγάλη αιμορραγία.

3. Αναιμία

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί την αιμοσφαιρίνη (φ.τ. = $14-16 \text{ mg}/100 \text{ ml}$ αίματος), τον αιματοκρίτη (φ.τ. = $40-45\%$ άνδρες και $37-47\%$ γυναίκες) και συμπτώματα, όπως ωχρότητα, απάθεια, εύκολη κόπωση. Βοηθείται ο άρρωστος με διαιτολόγιο πλούσιο σε λευκώματα και σίδηρο. Συνιστάται να αποφεύγει την κόπωση. Χορηγεί αίμα σε απώλεια αίματος με οδηγία γιατρού.

B) Κάποιος ασθενής με Ca του πνεύμονα είναι δυνατόν να παρουσιάσει γαστρεντερικές διαταραχές όταν κάνει χημειοθεραπεία, λόγω

της επίδρασης του φαρμάκου στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα. Αυτές είναι:

1. Ναυτία - έμετος

Η νοσηλεύτρια ελέγχει τη συχνότητα, την ποσότητα, το χαρακτήρα των εμέτων και αν ο άρρωστος παρουσιάζει ανορεξία, ή αποστροφή στην τροφή. Παίρνονται μέτρα πρόληψης ναυτίας ή εμέτων με χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων πριν από την εφαρμογή χημειοθεραπείας ή αμέσως μετά την ολοκλήρωσή της. Χορηγεί χημειοθεραπευτικό φάρμακο με άδειο στομάχι ή την ώρα που ο ασθενής πρόκειται να κοιμηθεί. Αν ο ασθενής παρουσιάσει ναυτία η νοσηλεύτρια του δίνει μικρά κομμάτια πάγου και φρυγανιά. Πρέπει να τρώει παγωμένα μικρά και συχνά γεύματα, χωρίς μυρωδιές πλούσια σε βιταμίνες και θρεπτικά συστατικά. Μετά τη λήψη της τροφής χρειάζεται καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας.

Βοήθεια για την αντιμετώπιση της ναυτίας και των εμέτων είναι τα αντιεμετικά φάρμακα που δίνονται σε συνεργασία με το γιατρό. Ο άρρωστος διατηρείται καθαρός. Διορθώνεται η αλλαγή του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών.

2. Λόγω επίσης της επίδρασης του χημειοθεραπευτικού στο γαστρεντερικό σωλήνα είναι δυνατόν να παρατηρηθεί διάρροια, σύσπαση των κοιλιακών μυών. Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί το χρώμα, την ποσότητα, τη σύσταση της διαρροϊκής κένωσης. Παρακολουθεί αν ο άρρωστος παρουσιάζει συμπτώματα αφυδάτωσης και μεταβολικής οξέωσης, που σημαίνουν διαταραχές του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών, τη συχνότητα και ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών. Λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη της διάρροιας και της σύσπασης των κοιλιακών μυών, περιορίζεται η κυτταρίνη στο διαιτολόγιο και προτι-

μούνται τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα. Αν ο ασθενής παρουσιάσει διάρροια χορηγούνται μετά από εντολή γιατρού αντιδιαρροϊκά φάρμακα. Χορηγούνται πολλά υγρά, γίνεται φροντίδα δέρματος κυρίως γύρω στο περίνεο για πρόληψη ερεθισμών.

3. Η νοσηλεύτρια παρατηρεί το βλεννογόνο του στόματος μετά τη χορήγηση του φαρμάκου μήπως παρουσιάζει ξηρότητα, ερυθρότητα, λευκές κηλίδες που είναι σημεία εξελισσόμενης στοματίτιδας. Η στοματίτιδα και τα έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας, προλαμβάνονται με την καθημερινή παρακολούθηση αυτής, την οργάνωση της φροντίδας της, την επάλειψη των χειλιών με γλυκερίνη.

Γ) **Νευροτοξικότητα:** Ο άρρωστος παρατηρείται για συμπτώματα ήπιας και σοβαρότερης νευροπάθειας. Προστατεύεται από τις νευροτοξικές επιδράσεις της χημειοθεραπείας με την έγκαιρη ενημέρωση του γιατρού για τα πρώτα συμπτώματα της νευροτοξικότητας του φαρμάκου. Βοηθάται με τη χρησιμοποίηση μέτρων προστασίας για την προστασία του, τη διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση.

Δ) **Ωτοτοξικότητα:** Εκτιμάται η ακοή του αρρώστου πριν την αρχή της θεραπείας. Ενημερώνεται για να αναφέρει τυχόν ενόχληση που θα αισθανθεί στα αυτιά.

Ε) **Ηπατοτοξικότητα:** Ελέγχεται η λειτουργία του ήπατος με τις ηπατικές εξετάσεις, όπως επίσης η εμφάνιση συμπτωμάτων που μπορεί να προέρχονται από βλάβη του ήπατος. Ενημερώνεται ο γιατρός, όταν επιδεινωθούν τα συμπτώματα από την επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας και ανακουφίζεται ο άρρωστος από τα συμπτώματα της ηπατοτοξικότητας.

ΣΤ) Νεφροτοξικότητα: Ελέγχεται ο άρρωστος για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας, όπως οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων, ισοζύγιο προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών καθώς και η λειτουργικότητα των νεφρών. Λαμβάνονται μέτρα για τον περιορισμό του ουρικού οξέος στο αίμα και τη διατήρηση του pH των ούρων σε φυσιολογικά επίπεδα με χορήγηση υγρών και φαρμάκων.

Η) Ανοσοκατασταλτική επίδραση: Παρακολουθείται ο άρρωστος για πυρετό, ρίγος, πονόλαιμο, πτώση λευκών αιμοσφαιρίων. Προστατεύεται από μολύνσεις και αναβάλλεται η ενεργητική ανοσοποίηση του αρρώστου για μερικούς μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Θ) Διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων: Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα όπως αμηνόρροια, διαφοροποίηση των χαρακτηριστικών του φύλου. Η άρρωστη ενημερώνεται ότι κατά τη διάρκεια της θεραπείας και για μερικούς μήνες μετά από αυτήν δεν θα πρέπει να μείνει έγκυος γιατί υπάρχει κίνδυνος τερατογένεσης.

Ι) Αλωπεκία: Είναι μία από τις πιο δυσάρεστες ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών και σημαίνει πτώση των μαλλιών της κεφαλής. Ο άρρωστος βλέποντας τα μαλλιά του να πέφτουν αισθάνεται πολύ άσχημα και η ψυχολογική του κατάσταση επιβαρύνεται από την αντιμετώπιση που έχει από το περιβάλλον του. Η νοσηλεύτρια πριν αρχίσει τη θεραπεία προετοιμάζει τον άρρωστο κάνοντας τον να καταλάβει ότι θα πέσουν τα μαλλιά του κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας αλλά θα βγουν πάλι 8 μήνες αργότερα μετά το τέλος της. Η αλωπεκία μειώνεται αν κατά τη θεραπεία και 10-15 λεπτά μετά από αυτή εφαρμοστεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι. Γίνεται αποτρίχωση του κεφαλιού όταν αρχίσει η πτώση των μαλλιών και κάλυψη του κεφαλιού με μαντήλι.

Ο ασθενής πρέπει να ξεπεράσει τα ψυχολογικά του προβλήματα για να συνεργαστεί καλύτερα και για να είναι αποτελεσματικότερη η χημειοθεραπεία με λιγότερες όσο το δυνατόν επιπλοκές.

Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Ο άρρωστος που πάσχει από καρκίνο του πνεύμονα ή κάποιο καρκίνο γενικά χρειάζεται μια ιδιαίτερη ψυχολογική αντιμετώπιση. Ένα μεγάλο ποσοστό καρκινοπαθών αναπτύσσουν κατά τη διάρκεια της νόσου ψυχιατρικές επιπλοκές και εμφανίζουν ψυχικές διαταραχές και κυρίως κατάθλιψη. Κι αυτοί ακόμα οι ασθενείς που δεν παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές δεν παύουν να έχουν ψυχολογικά προβλήματα τα οποία επιδρούν στη συναισθηματική τους ζωή αλλά και στην πορεία της ίδιας της νεοπλασματικής εξεργασίας. Η ανάγκη λοιπόν σωστής ψυχολογικής αντιμετώπισης είναι ολοφάνερη. Αρχίζει από την πρώτη επαφή του αρρώστου με τη/το νοσηλεύτρια/τή, από τις διαγνωστικές εξετάσεις, την οριστικοποίηση της διάγνωσης την πληροφόρηση του ασθενούς και το θεραπευτικό σχεδιασμό. Η σχέση νοσηλεύτριας/τή με τον ασθενή ιδίως στην τελευταία φάση (πληροφόρηση, θεραπεία) είναι καθοριστική για την παραπέρα ψυχολογική αντιμετώπιση του αρρώστου στις απαιτήσεις της θεραπείας και στην πραγματικότητα της αρρώστιας. Για να επιτευχθεί παραγωγική σχέση νοσηλεύτριας/τή - αρρώστου χρειάζεται ενδιαφέρον και κατανόηση από την πλευρά του νοσηλευτικού προσωπικού.

Πολλοί ασθενείς βιώνουν το συμβάν της νεοπλασίας σαν μια απροσδόκητη απώλεια. Αναπτύσσουν αντιδράσεις φόβου και άγχους ανάλογες με εκείνες που δημιουργούνται μπροστά σε ένα μεγάλο κίνδυνο ή σε απειλή καταστροφής. Υπάρχουν όμως και άτομα που αντιδρούν με κάποια ουδετερότητα γιατί η αρρώστια θα τους απαλλάξει,

από υποχρεώσεις και ευθύνες της ζωής που τους έχουν κουράσει. Με την αρρώστια βρίσκουν αφορμή να διεκδικήσουν από το περιβάλλον, συναισθήματα που τους λείπουν και να αναζητήσουν νόμιμα ψυχολογική προστασία.

Τέτοιοι άρρωστοι αντιδρούν ασυνείδητα στη θεραπεία και ο νοσηλεύτης/τρια, πρέπει να εκτιμήσει την παρουσία αυτών των στοιχείων, να διευκολύνει την αναγνώριση τους από τον άρρωστο και να εξασφαλίσει την συνεργασία του στη θεραπεία. Είναι λάθος του νοσηλεύτη/τριας να επικεντρώνει την προσοχή μόνο στην πάθηση και να παραβλέπει τις άλλες λειτουργίες σωματικές, ψυχικές, αλλά και κοινωνικές.

Για τους λόγους αυτούς έχει οργανωθεί τα τελευταία χρόνια Υπηρεσία Νοσηλείας στο σπίτι, οι βασικοί σκοποί της οποίας είναι:

1. Η διαμόρφωση βασικών νοσηλευτικών δυνατοτήτων στο σπίτι, που επιτυγχάνεται με την κατάλληλη εκπαίδευση των οικείων από το νοσηλεύτη/τρια, που εκτός από την παρακολούθηση του ασθενή, διδάσκει, κατευθύνει και παρακολουθεί τους οικείους σε βασικές φροντίδες.
2. Η δημιουργία ειδικών ψυχολογικών συνθηκών στον ασθενή, ότι δεν είναι εγκαταλελειμένος βγαίνοντας από το νοσοκομείο, αλλά ότι συνεχίζεται η παρακολούθησή του.
3. Παρέχονται στο σπίτι δωρεάν φάρμακα, γίνονται αιμοληψίες για εξετάσεις.
4. Ο άρρωστος παραμένει στο γνώριμο περιβάλλον και κοντά στην οικογένειά του.

Ίσως το πιο σημαντικό λάθος είναι να πιστεύει ο/η νοσηλεύτης/τρια πως ο ρόλος τους περιορίζεται στην θεραπεία, στην αποκατάσταση της διαταραγμένης λειτουργίας και να θεωρεί πως η προσφορά του εξαντλείται με την προσφορά τεχνολογικής βοήθειας. Ο σωστός νο-

σηλευτής είναι χρήσιμος και στον άρρωστο εκείνο που θεωρείται α-θεράπευτος. Είναι χρήσιμος γιατί ο άρρωστος τον χρειάζεται, όχι μόνον ως τεχνοκράτη της υγείας, αλλά ως σύμβουλο και συμπαραστά-τη και στη ζωή και στο θάνατο.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΣΤΑ ΤΕΛΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ

Όπως ξέρουμε ο καρκίνος του πνεύμονα έχει σαν τελική έκβαση το θάνατο τις περισσότερες φορές, παρ' όλες τις προσπάθειες που γίνονται για αποκατάσταση του ασθενούς. Οι άνθρωποι όμως αυτοί, που υποφέρουν, ελπίζουν για την ίαση ως την τελευταία στιγμή της ζωής τους. Αν και τα τελευταία χρόνια ο χώρος της υγείας χαρακτηρίζεται από σημαντικές αλλαγές χάρη στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας αναρωτιέται κανείς πόσο προετοιμα-σμένο και εκπαιδευμένο είναι το προσωπικό για να παράσχει φρον-τίδα στον άρρωστο που πεθαίνει συνήθως μέσα στο νοσοκομείο και σπανιότερα στο χώρο του σπιτιού. Ένα άτομο που πεθαίνει δεν παύει μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του να είναι ένας ζων-τανός οργανισμός με ανάγκες, επιθυμίες, συναισθήματα και σκέψεις. Τις περισσότερες φορές συνειδητοποιεί το αναπόφευκτο του θανάτου χωρίς αυτό να σημαίνει ότι το αποδέχεται και συμφιλιώνεται με τη σκέψη ότι πεθαίνει. Πίσω από το διάχυτο άγχος του θανάτου, ένα άτομο που πεθαίνει βιώνει συγκεκριμένους φόβους που διαφέρουν από άρρωστο σε άρρωστο ως προς το περιεχόμενό τους, την έντασή τους και τον τρόπο που εκφράζονται.

Ο ασθενής που συνειδητοποιεί ότι η ζωή που του απομένει εί-ναι περιορισμένη θρηνεί απώλειες που αναφέρονται στο παρελθόν, στο παρόν και στο άμεσο μέλλον. Η αντιμετώπιση αυτών των απω-

λειών ανακινεί έντονα συναισθήματα θρήνου και παράλληλα την ανάγκη του αρρώστου να διευθετήσει ορισμένες "εκκρεμείς υποθέσεις" πχ. μία διαθήκη.

Χαρακτηριστικό αυτής της περιόδου είναι η προοδευτική συναισθηματική αποδέσμευση του αρρώστου από τις σχέσεις του με αγαπημένα πρόσωπα. Περιορίζει την επικοινωνία του με το περιβάλλον, μειώνει τα ενδιαφέροντά του, κοιμάται περισσότερο και διατηρεί ελάχιστες στενές σχέσεις. Βέβαια ο άρρωστος διατηρεί την ελπίδα, από την αρχή της διάγνωσης μέχρι το θάνατό του. Αυτή η ελπίδα του δίνει τη δύναμη και τον βοηθά να διατηρήσει την αυτοεκτίμηση και την αξιοπρέπεια του μέχρι το θάνατο.

Υπάρχουν όμως και ασθενείς που αρνούνται τον επικείμενο θάνατό τους, εκλογικεύουν ή απωθούν ενδείξεις ότι η κατάσταση της υγείας τους χειροτερεύει. Ο ρόλος του προσωπικού δεν είναι να βοηθήσει τον άρρωστο να αποδεχτεί το θάνατό του, αλλά να του συμπαρασταθεί και να τον βοηθήσει να ζήσει με αξιοπρέπεια μέχρι να πεθάνει. Ο άρρωστος που πεθαίνει έχει δικαίωμα να αντιμετωπίζεται, με σεβασμό και αξιοπρέπεια, να δέχεται συνεχή φροντίδα και προσοχή από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ακόμα κι αν ο στόχος δεν είναι η θεραπεία αλλά η ανακούφιση και υποστήριξη. Επίσης έχει δικαίωμα να δέχεται την φροντίδα εξειδικευμένου και ευαίσθητοποιημένου προσωπικού στις ανάγκες του αρρώστου, του συγγενικού, και φιλικού περιβάλλοντος, να ανακουφίζεται όσο το δυνατόν περισσότερο από ενδεχόμενο οργανικό πόνο και να μην εγκαταλείπεται και να πεθαίνει μόνος. Επιπλέον, δικαίωμά του είναι να παίρνει ειλικρινείς απαντήσεις στις ερωτήσεις του και να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων που τον αφορούν, να διατηρεί την ατομικότητα του έχοντας τη δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα και τις σκέψεις του σχετικά με το θάνατο χωρίς να κρίνεται γι' αυτά. Επιτρέπεται να διατηρεί την ελπίδα του, οποιοδήποτε κι αν είναι το

περιεχόμενό της, δικαιούται να βρίσκει ανταπόκριση στην ανάγκη για αγάπη, ασφάλεια, κατανόηση, επικοινωνία, καθώς προσαρμόζεται στις κρίσιμες καταστάσεις που αντιμετωπίζει και να αντιμετωπίζεται σαν άτομο που ζεί, έχει συναισθήματα, σκέψεις και ανάγκες μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του.

Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην τελική φάση της ζωής του αρρώστου είναι πολύ σημαντικός, καθώς με την παρουσία και παρέμβαση του μπορεί να παράσχει την απαραίτητη υποστήριξη που έχει ανάγκη ο άρρωστος και η οικογένειά του. Στόχος της κάθε φροντίδας στην τελική φάση δεν είναι "βοηθήσει" τον άρρωστο να πεθάνει, αλλά να "ζήσει" μέχρι να πεθάνει μέσα σε συνθήκες που προωθούν μια αίσθηση αξιοπρέπειας, σεβασμού και ασφάλειας. Αυτό σημαίνει ότι το προσωπικό είναι σε θέση να αναγνωρίζει και να κατανοεί τα συναισθήματα, τις αντιδράσεις θρήνου και τις ανάγκες του αρρώστου που εκφράζονται άμεσα, έμμεσα, ή συμβολικά, καθώς και του στενού περιβάλλοντος. Παράλληλα, το προσωπικό είναι σε θέση να καλλιεργήσει μια ανοιχτή επικοινωνία και να ενθαρρύνει τη διευθέτηση "εκκρεμών υποθέσεων", ώστε να μειωθεί ο ψυχικός πόνος που προκαλεί για όλους ο επικείμενος χωρισμός. Σε αυτή την φάση, ο άρρωστος είναι εκείνος που καθοδηγεί το προσωπικό στο έργο του, δίνοντας νόημα στις εμπειρίες και σχέσεις που διαμορφώνει με το άμεσο περιβάλλον του.

Σε αυτό το άμεσο περιβάλλον συμπεριλαμβάνονται και τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού που συχνά συνδέονται συναισθηματικά, με τον άρρωστο κατά την πορεία της ασθένειάς του. Είναι φυσιολογικό λοιπόν να επηρεάζονται από τον επικείμενο θάνατο με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν συχνά εκδηλώσεις θρήνου. Η επιδείνωση της υγείας του αρρώστου ανακινεί σε κάθε εργαζόμενο μια εσωτερική σύγκρουση καθώς από την μια πλευρά έχει την τάση να κινηθεί προς τον ασθενή και από την άλλη πλευρά έχει την τάση να απομακρυνθεί από

αυτόν, γιατί φέρνει στην επιφάνεια επώδυνα συναισθήματα, που περιλαμβάνουν φόβο, μια αίσθηση ανεπάρκειας, αδυναμίας, ενοχής και θλίψης. Όταν η νοσηλεύτρια, αγνοεί, απωθεί ή αρνείται αυτά τα οδυνηρά συναισθήματα καθώς και τη διεργασία του θρήνου που ενδεχομένως βιώνει ο ίδιος εμπρός στον επικείμενο θάνατο του ασθενή, δυσκολεύεται να παράσχει μια ποιοτικά καλή φροντίδα, ενώ παράλληλα ο ίδιος γίνεται ευάλωτος στην ανάπτυξη επαγγελματικής κόπωσης. Είναι πολύ σημαντικό, η βασική και συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού υγείας να περιλαμβάνει μια ευαισθητοποίηση και προσωπική επεξεργασία όσων βιώνει ο εργαζόμενος στην καθημερινή του επαφή με τους αρρώστους και συγγενείς, με την κατάλληλη καθοδήγηση εξειδικευμένου προσωπικού.

Επίσης, πρέπει να γνωρίζουμε όλοι εμείς, το νοσηλευτικό προσωπικό γενικά, δεν σταματά εκεί που τελειώνουν τα φάρμακα και οι θεραπείες. Οι επιδιώξεις μας πρέπει διαρκώς να αποβλέπουν σε μία ζωή με ποιότητα, νόημα και αξιοπρέπεια τόσο για τον άρρωστο, όσο και για το στενό του περιβάλλον.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ - ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ

Η λύση σε πολλές ασθένειες βρίσκεται στην έγκαιρη διάγνωση, και αυτό εξαρτάται από την καλύτερη διαφώτιση του κοινού. Η νοσηλεύτρια έχει αποδειχτεί ικανή και στον τομέα αυτό. Όπως είναι γνωστό, η νοσηλεύτρια παραμένει κοντά στον άρρωστο περισσότερο από κάθε άλλον και πρέπει να κατέχει και ορισμένες γνώσεις ογκολογίας για να μπορεί να συμμετέχει ενεργά στη διερεύνηση νέων μεθόδων και τρόπων αντιμετώπισης των αναγκών στη νοσηλεία του καρκίνου. Σημαντικός επίσης είναι ο ρόλος της νοσηλεύτριας σαν μέλους της υγειονομικής ομάδας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Έχει

σκοπό τη διαφώτιση του κοινού, να εφαρμόζει οδηγίες για αποφυγή παραγόντων και συνθηκών που έχουν γνωστές καρκινογόνες ιδιότητες όπως το κάπνισμα, η αρχή του καπνίσματος στα δεκαπέντε χρόνια ή πριν, ηλικία πάνω από πενήντα, η παραμονή σε εσωτερικούς χώρους, με καπνούς τσιγάρων σε μη καπνιστές, γιατί δημιουργεί συνθήκες επικίνδυνες που ισοδυναμούν με συνεχές παθητικό κάπνισμα. Η όλη προσπάθεια θα πρέπει να στραφεί στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, γιατί μας είναι γνωστό πόσο καλύτερα είναι τα αποτελέσματα, όταν η νεοπλασματική μάζα είναι μικρή και χωρίς μεταστάσεις.

Κυτταρολογικές εξετάσεις όπως η δοκιμασία κατά Παπανικολάου, η ακτινογραφία θώρακα κάθε έξι μήνες στους καπνιστές, βιοχημική ή ακόμη και ιατρική εξέταση είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν για το σκοπό αυτό. Υπάρχουν όμως και αρκετές δυσκολίες για την επιτυχή πρόληψη του καρκίνου. Λόγοι οικονομικοί είναι μία από αυτές αλλά και άγνοια ή παράλειψη να πάει κανείς στο γιατρό, όταν αισθάνεται καλά, το χάσιμο χρόνου αποτελούν τους κυριότερους λόγους που το άτομο αργεί να χρησιμοποιήσει ικανοποιητικά τις γνώσεις της προληπτικής ιατρικής.

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να είναι σε θέση να κάνει μια εκτίμηση της υγείας, να αποκαλύπτει φανερούς και συχνά αμφίβολους όγκους ή υπερπλασίες και να μοιράζεται με το γιατρό την ευθύνη για την ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων για την αποτελεσματική πρόληψη του καρκίνου, μέσα στο γενικό πρόγραμμα υγείας κάθε χώρας.

ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Δεν θα ήταν δυνατόν να μην αναφερθούμε σε αυτήν την εργασία στο κάπνισμα που συνδέεται άμεσα με τον καρκίνο του πνεύμονα. Δεν πρέπει σαν μελλοντικοί νοσηλευτές να αγνοούμε τους κινδύνους του

καπνίσματος, που είναι τόσο γνωστοί σε όλους μας. για άλλη μια φορά επισημαίνουμε την καταστροφική επίδραση του καπνού στον οργανισμό μας, όχι μόνο για τα άτομα εκτός ιατρικού και νοσηλευτικού χώρου αλλά και για τους ίδιους τους εργαζόμενους στα νοσοκομεία. Κι αυτό γιατί, ύστερα από στατιστικές μελέτες αποδείχθηκε, ότι ένα μεγάλο ποσοστό καπνιστών προέρχεται από το ιατρικό και νοσηλευτικό χώρο.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Από επιδημιολογικές έρευνες βρέθηκε ότι οι λόγοι μη συνειδητοποίησης των επιπτώσεων του καπνίσματος στην υγεία οφείλονται:

1. Στο χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ιδιαίτερα στον αναπτυσσόμενο κόσμο.
2. Στην έλλειψη ικανής υγειονομικής διαφώτισης
3. Στην έλλειψη διαπαιδαγωγικών προγραμμάτων

Καρκίνος του πνεύμονα και κάπνισμα

Η έκθεση του προγράμματος "καρκίνος και κάπνισμα" της Παγκόσμιας οργάνωσης υγείας κατά του καρκίνου το 1984, βασισμένη σε έρευνες σε πολλές χώρες και σε μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες, υποστηρίζει ορισμένες βασικές πληροφορίες στο θέμα καρκίνος του πνεύμονα:

1. Ο χρόνος επώασης υπολογίζεται περίπου στα 20 χρόνια, σχέση που υποστηρίζεται από την αύξηση της χρήσης καπνού και αύξηση της συχνότητας Ca του πνεύμονα.
2. Η συχνότητα καρκίνου του πνεύμονα έχει άμεση σχέση με τον ημερήσιο αριθμό τσιγάρων και τη διάρκεια της συνήθειας του κα-

πνίσματος.

3. Οι ιστολογικοί τύποι του καρκίνου που συνδέεται αιτιολογικά με το κάπνισμα, είναι ο μαλπιγιακός και ο oatcell του καρκίνου.
4. Ο κίνδυνος καρκίνου του πνεύμονα είναι άμεσα εξαρτημένος από διαφορές στη συνήθεια του καπνίσματος (α) όσο μικρότερη είναι η ηλικία έναρξης του καπνίσματος, τόσο αυξημένος ο κίνδυνος καρκίνου του πνεύμονα, (β) ο κίνδυνος είναι περισσότερο αυξημένος για όσους εισπνέουν τον καπνό, (γ) ο καρκίνος αυξάνει όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια του καπνίσματος ενός τσιγάρου (μικρότερη γόπα) και όσο ο καπνιστής κρατά το τσιγάρο συνεχώς στα χείλη, (δ) ο κίνδυνος μειώνεται με τη χρήση φίλτρων και τσιγάρων με χαμηλή περιεκτικότητα σε πίσσα και νικοτίνη, (ε) ο κίνδυνος μειώνεται κατά 50% πέντε χρόνια μετά τη διακοπή και εξισώνεται με τον κίνδυνο των μη καπνιστών μετά 10-15 χρόνια, (στ) παράλληλα με τον κίνδυνο καρκίνου του πνεύμονα, είναι γνωστό ότι και άλλες νεοπλασίες είναι παθογενετικά συνδεδεμένες με το κάπνισμα.
5. Οι περισσότερες έρευνες αποδείχνουν ότι το κάπνισμα πούρου και πίσσας συνοδεύεται από χαμηλότερη συχνότητα καρκίνου του πνεύμονα, αλλά ο κίνδυνος είναι πάντα υψηλότερος σε σχέση με τους μη καπνιστές. Ο κίνδυνος είναι ο ίδιος για άλλες εντοπίσεις καρκίνου, όπως το στόμα και ο λάρυγγας.
6. Το παθητικό κάπνισμα δεν φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο και τη συχνότητα του καρκίνου του πνεύμονα. Εν τούτοις τουλάχιστον μια έρευνα υποστηρίζει αυξημένο κίνδυνο και για τους παθητικούς καπνιστές.
7. Αποδείχθηκε η συνεργική δράση καπνίσματος και οινοπνεύματος, ιδιαίτερα σε καρκίνους στόματος και φαρυγγολάρυγγα.

ΟΙ ΒΛΑΒΕΡΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ -

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος έχουν επιβεβαιωθεί πέρα από οποιαδήποτε αμφιβολία και αποτελούν σήμερα την πρωταρχική υποχρέωση της επιστημονικής κοινότητας για ενημέρωση και δραστήρια συμμετοχή στην αντικαπνιστική εκστρατεία.

Ήδη, η πολυετής αντικαπνιστική εκστρατεία στις αναπτυγμένες βιομηχανικές χώρες έχει αποδώσει τους πρώτους καρπούς, ενώ η προσπάθεια έχει μετατοπιστεί πρόσφατα και στις χώρες του Τρίτου Κόσμου.

Τα συμπεράσματα των πολύχρονων επιδημιολογικών μελετών για τον καρκίνο του πνεύμονα έχουν ολοκληρωθεί και αποτελούν σήμερα άρθρα ολοκληρωμένων ανασκοπήσεων, άρθρα εκλαϊκευμένα επιστημονικά περιοδικά ή αφιερώματα σε εφημερίδες είναι πλέον κοινή γνώση, του ιατρικού κόσμου ότι το κάπνισμα προκαλεί χιλιάδες πρόωρους θανάτους από μια σειρά νοσημάτων με κυρίαρχο τον καρκίνο του πνεύμονα. Στην Μ. Βρεταννία το κάπνισμα υπολογίζεται ότι προκαλεί κάθε χρόνο 100.000 θανάτους, στις ΗΠΑ η Αντικαρκινική Εταιρεία υπολογίζει ότι το κάπνισμα προκαλεί περίπου 350.000 θανάτους. Το κάπνισμα κατά την Α.Α.Ε. είναι υπεύθυνο, ή τουλάχιστον αποτελεί την πρωταρχική εξωγενή αιτία, για το 35% των καρκίνων, το 35% των καρδιαγγειακών και το 65% των αναπνευστικών νοσημάτων. Στην Αγγλία, ένας συντηρητικός υπολογισμός πρόωρων θανάτων από το κάπνισμα για την περίοδο 1972-1974 δίνει τον αριθμό των 7.390 (άνδρες 6.350 και γυναίκες 1.040). Με την αύξηση όμως της κατανάλωσης τσιγάρων στις τελευταίες δεκαετίες και του ποσοστού των καπνιστών (στην δεκαετία του '70 οι άνδρες κάπνιζαν μέσος όρος των διαφόρων περιοχών - 0 σε ποσοστό 50% και οι γυναίκες σε ποσοστό 10% σήμερα, όμως τα ποσοστά είναι πιθανότατα 60% και 35-40%, ενώ

ολοένα και μεγαλύτερο ποσοστό νέων αρχίζει το κάπνισμα σε υπερβολικά νεαρή ηλικία) πρέπει να αναμένουμε μεγαλύτερη αύξηση των πρόωρων θανάτων, που θα έχουν σαν πρωταρχική αιτία το κάπνισμα. Σύμφωνα με στοιχεία της Στατιστικής Υπηρεσίας, στα χρόνια 1978 - 1981, οι θάνατοι από καρδιακά νοσήματα (24%), κακοήθη νεοπλασμάτα (19%), νόσοι των αγγείων του εγκεφάλου (18,5%) και νόσοι του αναπνευστικού συστήματος (7% περίπου) αποτελούσαν το 68,5% των 85.000 θανάτων (μέσος όρος 1979-1981), δηλαδή γύρω στους 60.000. Αν το 1/3 οφείλεται στο κάπνισμα, τότε πρέπει να υπολογίζονται σε 20.000 οι θάνατοι από τη βλαβερή αυτή συνήθεια.

Το παθητικό κάπνισμα στους κλειστούς χώρους είναι ελάχιστο γνωστό στο Ελληνικό κοινό. Ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι το γεγονός της άγνοιας για τις βλαβερές συνέπειες του παθητικού καπνίσματος στα παιδιά στο οικογενειακό περιβάλλον, αλλά και των γυναικών εκείνων που είναι παντρεμένες με καπνιστές που καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα την ημέρα.

Επίσης, σημαντικό θα είναι για τη χώρα μας να γίνει κατανοητή η μεγάλη διαφορά ατμοσφαιρικής ρύπανσης, που έχει υπερτονισθεί από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και της ρύπανσης των κλειστών χώρων, από τον καπνό του τσιγάρου.

Τέλος, για τους εργασιακούς χώρους, όπως γραφεία, βιοτεχνίες, εργοστασιακοί χώροι κλπ. θα πρέπει να αντιμετωπισθεί το παθητικό κάπνισμα (και ιδιαίτερα θα πρέπει να ενημερωθούν οι καπνιστές) σαν ένας αρκετά σημαντικός ρυπογόνος παράγοντας μαζί με τις άλλες χημικές ουσίες που χρησιμοποιούνται ή παρασκευάζονται στους διάφορους τομείς της παραγωγής. Η απαγόρευση του καπνίσματος στο εργασιακό περιβάλλον αλλά και σε κοινόχρηστους χώρους, πρέπει να αποτελέσει θέμα εργατικής νομοθεσίας, όπως συμβαίνει, και με τους άλλους ρυπαντές με το καινούργιο νομοσχέδιο για την "Υγιεινή και Ασφάλεια των εργαζομένων".

Από ειδικό σεμινάριο που έγινε για τον έλεγχο του καπνίσματος, αναφέρθηκε ότι, όπως το κάπνισμα ή όχι των γονιών επηρεάζει την καπνιστική στάση των παιδιών, έτσι και το κάπνισμα του προσωπικού νοσοκομείων επιδρά σημαντικά στην στάση των ασθενών ή των διαφωτιζόμενων για την υγεία. Για το λόγο αυτό καθώς και για τις επιστημονικά τεκμηριωμένες βλαβερές επιδράσεις του καπνίσματος, τα τελευταία 20-30 χρόνια μειώνεται σημαντικά η συχνότητα καπνίσματος μεταξύ γιατρών διεθνώς. Στην Ελλάδα όμως, οι γιατροί καπνίζουν σε ποσοστό μεγαλύτερο του γενικού πληθυσμού, συνολικά, 62,5% έναντι 45%. Η ενεργητική συμμετοχή και η αλλαγή στάσης των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού είναι απαραίτητη για την επιτυχία οποιουδήποτε αντικαπνιστικού προγράμματος και επικεντρώνει τις ακόλουθες συγκεκριμένες προτάσεις:

- α) απαγόρευση του καπνίσματος στους θαλάμους των ασθενών και τους κοινόχρηστους χώρους του νοσοκομείου.
- β) καθιέρωση ειδικών χώρων για το κάπνισμα, διαφορετικού για το προσωπικό και τους ασθενείς ή τους επισκέπτες τους.
- γ) παροχή χρηματικού επιδόματος στους μη καπνιστές, που όπως αποδεικνύεται είναι περισσότερο παραγωγικοί στους χώρους εργασίας του.

Γενικότερα μέτρα

1. Απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους δια νόμου
2. Απαγόρευση διαφήμισης τσιγάρων
3. Αναγραφή σε κάθε πακέτο τσιγάρων ότι το κάπνισμα προκαλεί βλάβη στην υγεία του καπνιστή
4. Αναγραφή στα πακέτα του ποσοστού νικοτίνης και πίσσας των τσιγάρων.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΡΩΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Ο ασθενής Ι.Κ. εισήλθε μόνος του στο Πανεπιστημιακό Περιφερειακό Νοσοκομείο Πατρών στις 30.1.1993.

Ηλικία ασθενή: 63 ετών, Επάγγελμα: συνταξιούχος ναυτικός, ο πατέρας του είχε άσθμα και ελκοπάθεια. Ο ίδιος νοσηλεύτηκε πριν 30 χρόνια σε νοσοκομεία της Βουλγαρίας με λοιμώδη ηπατίτιδα. Έκανε σκληροκοιλιδομή πριν 40 χρόνια και εγχείρηση διατήρησης στομάχου προ πενταετίας. Έκανε κατάχρηση καφεΐνης, αλκοόλ, και τσιγάρων. Τον τελευταίο μήνα έχασε 1-2 κιλά.

Ο ασθενής προ μηνός εμφάνισε πόνο στο Δ.Ε. ημιθωράκιο βαθμιαίας ενάρξεως με αντανάκλαση στη Δ.Ε. ράχη. Επίσης, εμφάνισε πυρετό 37-37,5°C κυρίως βραδυνης κίνησης, και ένοιωσε αδυναμία, κακουχίας και ανορεξία. Ακόμη ανέφερε ότι είχε χρόνια βήχα, ξηρό έως ελαφρά παραγωγικό που τον τελευταίο μήνα επιτάθηκε με μικρή αύξηση της απόχρεψης (λευκή χωρίς πρόσμιξη πύου ή αίματος). Έλαβε από εξωτερικό ιατρό αντιβιοτική και βλεννολυτική αγωγή καθώς και αντιπυρετικά επί θερμοκρασίας μεγαλύτερης των 37,8°C. Δεν παρατηρήθηκε βελτίωση των συμπτωμάτων. Στη συνέχεια έκανε δύο ακτινογραφίες θώρακος σε μεσοδιάστημα 10 ημερών και στη δεύτερη, παρατηρήθηκε οζώδης σκίαση στο ΔΕ πνευμονα καθώς και πλευριτική συλλογή στο σύστοιχο ημιθωράκιο.

Τέλος, λίγες μέρες πριν την εισαγωγή του παρατηρήθηκε ελαφρά υπέρχρωση των ούρων. Μετά από αυτά εισήλθε στο νοσοκομείο για ΧΜΘ.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Θωρακικό άλγος	Ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο, διατήρηση ηρεμίας του ασθενή	Ανακούφιση του ασθενή με χορήγηση παυσίπονων ώστε να είναι ήρεμος και ήσυχος. Δίνουμε την κατάλληλη θέση στο κρεβάτι Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή	Δόθηκαν παυσίπονα Lonarit. Δόθηκε στον ασθενή κατάλληλη θέση, δηλαδή πλάγια (στο σύστοιχο ημιθώρακιο) Η θέση αυτή περιόρισε τη σύμπτυξη και έκπτυξη του μεσοθωράκιου αυτού Εγινε συζήτηση με τον ασθενή και εξωτερίκευσε μερικώς την ανησυχία και τον φόβο που τον διακατέχουν	Ο πόνος μειώθηκε αλλά η ανησυχία του για την κατάσταση του και την πορεία της νόσου του παραμένει
Πυρετός 37 - 37,5°C	Μείωση του πυρετού Ανακούφιση του ασθενή από τον πυρετό	Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων. Συχνός έλεγχος της θερμοκρασίας του σώματος Συνεχής περιποίηση της στοματικής κοιλότητας Ενίσχυση για λήψη υγρών Μείωση των δραστηριοτήτων του ασθενή Φροντίδα για την αποβο-	Χορηγήθηκε αντιπυρετικό φάρμακο 1 tabl Deron με εντολή Ιατρού. Ελέγχουμε συχνά και σημειώνουμε τη θερμοκρασία του σώματος. Χορηγούμε εύπεπτη τροφή Πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με δροσερό νερό	Μειώθηκε ο πυρετός μετά τη χορήγηση του φαρμάκου και με τις συχνές ψυχρές περιτυλίξεις

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Αδυναμία, Κακουχία	Να αντιμετωπισθεί η καταβολή δυνάμεων και η εύκολη κόπωση του ασθενή	Βολή θερμότητας Να περιοριστούν οι δραστηριότητες. Αποφυγή ο,τιδήποτε κουράζει τον ασθενή	Φροντίζουμε για την αποβολή της θερμότητας με ψυχρές περιτυλίξεις Μειώνουμε τις δραστηριότητες του ασθενή Τον ενισχύουμε για συχνή λήψη υγρών. Περιορίστηκαν οι δραστηριότητες του ασθενή Ο ασθενής αποφύγει ό,τιδήποτε τον κουράζει. Ο ασθενής ενισχύθηκε να ασχολείται με δραστηριότητες που δεν τον κουράζουν.	Ο ασθενής νοιώθει καλύτερα. Η αδυναμία και η κακουχία που έναιωσε περιορίστηκαν όχι όμως τελείως
Ο ασθενής παρουσιάζει ανορεξία	Μείωση της ανορεξίας του ασθενή Διατήρηση της ενυδάτωσης και της θρέψης του ασθενή	Φροντίδα για την καλή σίτιση και ενυδάτωση, προσφορά στον ασθενή τροφής της προτίμησής του	Ο ασθενής σιτίζεται καλά και ενδυσπώνεται. Προσφέρουμε στον ασθενή τροφή της προτίμησής του ωραία σερβιρισμένη Η τροφή του ασθενή είναι υψηλής θερμιδικής αξίας	Μειώθηκε η ανορεξία ικανοποιητικά και το βάρος του αυξήθηκε

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Αισθάνεται αγωνία και φόβο για την παρακέντηση που θα γίνει.</p>	<p>Απαλλαγή του ασθενή από το αίσθημα της αγωνίας και του φόβου. Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή και ενημέρωση για του τί πρόκειται να γίνει</p>	<p>Να επικοινωνήσει με τον ασθενή. Να προγραμματίσει συνάντηση με την κοινωνική λειτουργό του ιδρύματος Να ενημερωθεί ο ασθενής για την παρακέντηση</p>	<p>πλούσια σε λευκώματα, και βιταμίνες για κάλυψη των αναγκών του οργανισμού. Τα γεύματα είναι μικρά και συχνά. Έγινε η επικοινωνία με ασθενή και ενθαρρύνθηκε ψυχολογικά. Έγινε συνάντηση με την κοινωνική λειτουργό και εξέφρασε αισθήματα του φόβου και της αγωνίας που τον διακατέχουν Ο ασθενής ενημερώθηκε για την παρακέντηση και για όλα όσα θα συμβούν κατά τη διάρκειά της.</p>	<p>Ο ασθενής απέβαλλε τον φόβο και την αγωνία του και αισθάνεται πολύ ήρεμος.</p>
<p>Έντονος βήχας</p>	<p>Καταστολή του βήχα, βοήθεια προς τον ασθενή να βήξει</p>	<p>Χορήγηση φαρμάκων βοήθειας στον ασθενή να βήξει. Συχνή μετακίνηση του ασθενή Συνεχής περιποίηση της στοματικής κοιλότητας</p>	<p>Χορηγήθηκε φάρμακο μορφίνη IV και οξυγόνο Τον βοηθάμε να ανασηκωθεί όταν βήχει. Περιποιείται συνεχώς τη στοματική κοιλότητα και διατηρείται καθαρή μετά από συνεχείς πλύσεις</p>	<p>Μειώθηκε ο βήχας μετά τη χορήγηση οξυγόνου και τη μορφίνη IV</p>

ΔΕΥΤΕΡΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Ο Ι.Κ. εισήχθη με τη γυναίκα του και τον αδελφό του στο Πανεπιστημιακό Περιφερειακό Νοσοκομείο Πατρών στις 4.1.1993.

Ηλικία ασθενή: 45 ετών, Επάγγελμα: συνταξιούχος εργάτης, ο πατέρας του είχε φυματίωση και 6 μαντούκτα 4 αδέρφια του. Έκανε κατάχρηση καφεΐνης, αλκοόλ, και τσιγάρων. Έχει ψυχιατρική συνδρομή από 20ετίας, και απώλεια βάρους 20-25% τους τελευταίους έξι μήνες.

Ο ασθενής δύο ημέρες πριν την εισαγωγή του εμφάνισε υψηλό πυρετό ύψους 39,5-40°C οξείας ενάρξεως με έντονο ρίγος και συγχυτική κατάσταση. Αναφέρεται επίσης, ναυτία και ένας έμετος κιτρινού χρώματος. Ο πυρετός υποχώρησε στα αντιπυρετικά. Την επομένη ημέρα ο ασθενής παρουσίασε μια διαρροϊκή κένωση μέλαινας χρώσεως. Τέλος, αναφέρεται ανορεξία από 2 ημέρες, καθώς και ελαττωμένη αποβολή ούρων προ μίας εβδομάδας.

Ο ασθενής 2 μήνες πριν την εισαγωγή του υπεβλήθη σε βιοψία πνεύμονα και αξονική τομογραφία. Επίσης, υπεβλήθη σε βρογχοσκόπηση και ελήφθησαν βρογχικά εκπλύματα και βρογχικός βλεννογόνος για ιστολογική εξέταση από αμφότερες τις πλευρές των πνευμόνων. Απεδείχθη βρογχογενές αδιαφοροποίητο καρκίνωμα ΔΕ πνεύμονα, πιθανά μικροκυτταρικού τύπου. Έχει τεθεί σε πρόγραμμα ΧΜΘ με έναρξη της πρώτης συνεδρίας προ 15 ημερών. Από την ΧΜΘ ο ασθενής παρουσίασε αλωπεκία.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Πυρετος με έντονο ρίγος	Μείωση του πυρετού και αγκαούφιση του ασθενή από το ρίγος	Χορηγήση αντιπυρετικών φαρμάκων. Συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας. Συχνός έλεγχος της θερμοκρασίας Διατήρηση φυσιολογικών συνθηκών θερμοκρασίας	Δόθηκε αντιπυρετικό φάρμακο. Περιποιείται συχνά τη στοματική κοιλότητα με συχνές πλύσεις Γίνεται συχνός έλεγχος της θερμοκρασίας Διατηρείται ζεστό το κρεβάτι του	Το ρίγος υποχώρησε και ο πυρετος έπεσε σε κανονικά όρια
Ναυτία - Έμετος	Καταπολέμηση της ναυτίας και του εμετου	Χορηγήση αντιεμετικών φαρμάκων. Μέτρηση και σημείωση των εμετων Περιορισμος των κινήσεων του ασθενή Παρατήρηση του χαρακτήρα των εμετων Τοποθέτηση σωλήνα Levin	Δόθηκε primperan 1 tabl Γίνεται μέτρηση και σημείωση των εμετων με ακρίβεια. Μειώθηκαν οι κινήσεις του ασθενή. Παρατηρείται και σημειώνεται ο χαρακτήρας των εμετων. Εγινε τοποθέτηση σωλήνα Levin με εντολή ιατρού από τον οποίο γίνεται συχνη αναρροφηση. Σημειώνουμε τα υγρά του σωλήνα.	Αντιμετωπίστηκε η ναυτία και ο έμετος

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Αιμοπτυση	Αντιμετώπιση του ασθενή όσον αφορά τις αιμοπτύσεις. Ο ασθενής να νοιώθει ασφάλεια και να μην είναι απαισιώδους. Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή	Καταστολή του βήχα Ακλινητοποίηση του ασθενή. Χορήγηση κατάλληλης δίαιτας, συνεχής περιποίηση στοματικής κοιλότητας	Ο ασθενής κινητοποιήθηκε και τοποθετήθηκε σε καθιστή θέση. Χορηγήθηκε διαιτολόγιο με ελαφρά τροφή και επαρκή σε θερμίδες, δόθηκαν αντιβηχικά. Γίνεται περιποίηση της στοματικής κοιλότητας και πλυση της με Hexalip. Ψυχολογική ενθάρρυνση ώστε να νοιώθει άνετα και πιο ήρεμα.	Ελάττωση αιμοπτύσεων και προσωρινή καθυσίαση του
Παρουσιάζει ψυχολογικό πρόβλημα λόγω αλωπεκίας	Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή και διδασκαλία της οικογένειας	Να έρθει σε επικοινωνία με τον ασθενή η οικογένειά του. Να προγραμματίσει με κάποιον ασθενή ο οποίος είχε καλή πορεία με το θέμα της αλωπεκίας	Έγινε συνάντηση του ασθενή με την οικογένειά του και τους ενθάρρυνε ψυχολογικά. Επίσης, έγινε συνάντηση με άλλο ασθενή και ειχε ευνοϊκά αποτελέσματα.	Προς το παρόν ο ασθενής μοιάζει να έχει ξεπεράσει το πρόβλημα του
Βιοψία πνεύμονα	Η μείωση της ανησυχίας του ασθενή, και η ψυχολογική του υποστήριξη	Ενημέρωση του ασθενή για την εξέταση που πρόκειται να γίνει	Ενημερώθηκε ο ασθενής Έγινε λεπτομερής συζήτηση για την εξέταση,	Η εξέταση έγινε χωρίς καμιά επιπλοκή.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Απώλεια βάρους	<p>Τήρηση των μέτρων ασηψίας και αντισηψίας για την προληψη επιπλοκών</p> <p>Η αύξηση του βάρους του ασθενη</p>	<p>Λήψη μέτρων για την αποφυγη τυχόν επιπλοκών</p> <p>Χορήγηση τροφής πλούσιας σε θερμιδική αξία Καλοσερβιρισμένο φαγητό. Το φαγητό να προσφέρεται σε συγκεκριμένη ώρα. Περιορισμός των δραστηριοτήτων του ασθενή</p>	<p>που πρόκειται να γίνει Παρακολουθείται ο ασθενής και λαμβάνονται συχνά κατά τη διάρκεια της εξέτασης τα ζωτικά του σημεία για αποφυγή επιπλοκών Τηρήθηκαν και μέτρα ασηψίας και αντισηψίας</p> <p>Δόθηκε γούμα πλούσιο σε θερμίδες</p> <p>Το γούμα παρουσιάστηκε σε καθαρό δίσκο και ευπαρουσίαστα σκεύη</p> <p>Δίνεται κάθε ημέρα σε συγκεκριμενη ωρα</p>	<p>Παρατηρήθηκε μικρή αύξηση του σωματικού βάρους</p>

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι V .

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του πνεύμονα θεωρείται και είναι ο πιο συχνά εμφανιζόμενος καρκίνος και αιτία θανάτου για τους άνδρες. Τα μέλη της ομάδας υγείας και κυρίως οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες πρέπει να αποτελούν βασικούς παράγοντες στον τομέα της ενημέρωσης, και της πρόληψης του καρκίνου.

Το 1974, η Επιτροπή ειδικών για το κάπνισμα και την υγεία της παγκόσμιας οργάνωσης υγείας καθόρισε τις κατευθυντήριες γραμμές για το σχεδιασμό προγραμμάτων αγωγής υγείας, στον τομέα του καπνίσματος. Οι κυριότερες συστάσεις της επιτροπής ήταν:

- 1) Η εκπαίδευση στο θέμα "κάπνισμα και υγεία" αν και αποτελεί μια ανεξάρτητη δραστηριότητα θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν τμήμα της γενικότερης εκπαίδευσης σε θέματα υγείας
- 2) Τα θετικά σημεία της επιλογής του μη καπνιστή θα πρέπει να τονίζονται περισσότερο από τα αρνητικά αποτελέσματα του καπνίσματος.
- 3) Η αγωγή των παιδιών σε θέματα υγείας θα πρέπει να αρχίζει από το σπίτι και το δημοτικό σχολείο και να επαναλαμβάνεται σε διάφορα στάδια της υπόλοιπης εκπαίδευσης, έτσι ώστε να διατηρείται και να ενισχύεται η αποτελεσματικότητα των μηνυμάτων της.
- 4) Οι υγειονομικές αρχές και οργανισμοί θα πρέπει να συνεργαστούν με τις εκπαιδευτικές αρχές για να ετοιμάσουν προγράμματα και διδακτικό υλικό σχετικά με τους κινδύνους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ. "Παθολογία", Επιστημονικές Εκδόσεις "Γρηγορίου Παρισσιάνου", Αθήνα 1985.
- ΓΙΤΣΙΟΣ Θ.Κ. "Νοσολογία" (Εξέταση συστημάτων), Έκδοση 2η, Εκδόσεις "Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων, Αθήνα 1988.
- ΕΘΝΙΚΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ, Πρακτικά Πανελλήνιων Συνεδρίων Δ-ΣΤ, Αθήνα 1980.
- ΚΑΝΕΛΛΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ "Φυσιολογία Ι", Εκδόσεις Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων, Αθήνα 1984.
- ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ., ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. "Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική", Τόμος Β' Μέρος 1ο, Έκδοση 12η, Εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1989.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α., ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. "Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική", Τόμος Α', Έκδοση 12η, Εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1989.
- ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Κ., ΓΟΥΛΙΑΜΟΣ Α. "Ακτινολογία" 1ο βιβλίο, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγορίου Παρισσιάνου, Αθήνα 1987.
- ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Κ.Π. "Πνευμονολογία" Εκδοσεις Παρισσιάνος, Αθήνα 1979
- ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΥ Κ.Θ. "Κλινική πνευμονολογία", Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγορίου Παρισσιάνου.
- ΣΑΧΙΝΗ ΚΑΡΔΑΣΗ Α., ΠΑΝΟΥ Μ. "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική", Τόμος 1ος, Επανέκδοση, Εκδόσεις "ΒΗΤΑ MEDICAL ARTS", Αθήνα 1985.
- ΤΟΛΗΣ Γ.Α. "Ιατρική" (Καρκίνος πνεύμονα) Τόμος 16, Τεύχος 1, Ιούλιος 1969.
- ΤΟΥΝΤΑ Κ. "Χειρουργική", Τόμος ΙΙ, Θεσσαλονίκη - Αθήνα 1969.
- ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ Α., ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ. "Προληπτική Ιατρική - Αγωγή Υγείας - Κοινωνική Ιατρική - Δημόσια Υγιεινή" Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισσιάνου, Αθήνα 1986.

HARRISON T.R. "Εσωτερική Παθολογία" Μετάφραση Βαγιωνάκης Α., Βαρώ-
νος Δ., Γαρδίκας Κ., Διακουμάτος Ν. κ.ά., Τόμος Β', Έκδοση
10η, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγορίου Παρισσιάνου, Αθήνα 1987.

2ο ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ, Αθήνα 1975.

ΘΕΜΑΤΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ, Αθήνα 1986.