

Τ.Ε.Ι. : ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



"Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ
^{ΧΗΜΕΙΟ-}
ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ"

Πτυχιακή Εργασία

της σπουδαστριας

ΜΑΚΡΥΓΙΑΝΝΗ ΙΟΥΛΙΑΣ

Υπεύθυνη Καθηγήτρια

Παπαδημητρίου Μαρία

Π Α Τ Ρ Α 1989

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1215 β
----------------------	--------

"Αυτή η εργασία είναι αφιερωμένη

εξαιρετικά στους γονείς μου"

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	σελ. 1
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	" 2
2. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΟΓΚΟΥΣ	" 3 -6
Α. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	" 6 - 8
Β. ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ	" 9
Γ. ΠΡΟΛΗΨΗ	" 9-11
Δ. ΔΙΑΓΝΩΣΗ	" 11-16
Ε. ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ	" 16-17
3. ΘΕΡΑΠΕΙΑ	" 17
Α. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	" 18-24
Β. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	" 24-26
Γ. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	" 26-31
ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ	" 31-35
ΠΡΩΪΜΕΣ ΚΑΙ ΟΨΙΜΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	
ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	" 35-38
ΑΣΦΑΛΗ ΜΕΤΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΧΗΜ/ΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	" 38-39
ΑΣΦΑΛΗ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ	" 39-42
ΑΣΦΑΛΗ ΜΕΤΡΑ ΥΓΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	" 43-44
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Α΄	" 45-48
" " Β΄	" 49

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η Εργασία αυτή αναφέρεται σε ένα μεγάλο κεφάλαιο που απασχόλησε για αιώνες τώρα την ανθρωπότητα, τον "καρκίνο", και μάλιστα ιδιαίτερη έμφαση δίνει στην χημειοθεραπεία του καρκινοπαθούς αρρώστου και την νοσηλευτική συμβολή σ'αυτήν.

Κατ' αρχήν, δίνονται γενικές πληροφορίες για τον καρκίνο, όσο αφορά την αιτιολογία του, την πρόληψη, την διάγνωση και την θεραπεία. Εκτεταμένη αναφορά γίνεται στην χημειοθεραπεία, ενώ παρουσιάζω δύο περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο καθώς επίσης, και το ρόλο που παίζει η νοσηλεύτρια κατά την παραμονή τέτοιων ασθενών στο νοσοκομείο.

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

"Σήμερα, τα άτομα που έχουν προσβληθεί από καρκίνο διασώζονται από την νόσο σε αναλογία ένα προς τρία. Είναι όμως δυνατόν να διασωθούν τα μισά άτομα που έχουν προσβληθεί από καρκίνο με την χρησιμοποίηση των υφιστάμενων γνώσεων γύρω από την νόσο".

Από το παραπάνω απόσπασμα, το σημείο που κινεί ιδιαίτερα το ενδιαφέρον του αναγνώστη είναι η βεβαιότητα για την δυνατότητα που υπάρχει να διασωθεί ο ένας στους δύο που πάσχουν από καρκίνο, με την προϋπόθεση να εφαρμόζονται οι ήδη γνωστές μέθοδοι.

Πώς όμως είναι δυνατόν, οι υπάρχουσες γνώσεις να τεθούν σε εφαρμογή έτσι ώστε ο καρκίνος να προληφθεί, να διαγνωσθεί εγκαίρως και να θεραπευθεί ικανοποιητικά;

Παρακάτω θα δώσω ορισμένες πληροφορίες για τα νεοπλασμάτα καθώς και για το πώς η αδελφή μπορεί να κάνει ευεργετική χρήση των γνώσεων αυτών κατά την άσκηση του έργου της, για την πρόληψη της νόσου και την διάσωση όσων έχουν προσβληθεί από τον καρκίνο. Επίσης, θα σημειωθούν μερικά για τις ειδικές ανάγκες όσων πάσχουν από καρκίνο και τα ενδεικνυόμενα νοσηλευτικά μέτρα για την αντιμετώπιση των φυσικών ενοχλημάτων και την ανακούφιση του ψυχικού πόνου του ασθενούς. Τέλος, θα γίνει μια εκτεταμένη αναφορά στην χημειοθεραπεία του καρκινοπαθούς, τα νοσηλευτικά μέτρα και την προφύλαξη της

νοσηλεύτριας.

2. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΟΓΚΟΥΣ

Οι όγκοι έχουν περιγραφεί από τα πρώτα βήματα της ιατρικής και μάλιστα από τον Ιπποκράτη. Η σύγχρονη αντίληψη για τον όγκο, όπως η ανωμαλία της ανάπτυξης του κυττάρου, δεν είναι παλαιότερη από 130 χρόνια περίπου. Ο JOHANNES MULLER το 1838 είναι ο πρώτος ο οποίος έκανε την πρώτη περιγραφή της κυτταρικής φύσεως του καρκίνου.

Ο οργανισμός του ανθρώπου, όπως των ζώων και των φυτών αποτελείται από εκατομμύρια κύτταρα. Τα κύτταρα έχουν ζωή πολύ μικρότερη από τον οργανισμό σαν σύνολο. Τη θέση των κυττάρων που νεκρώθηκαν καταλαμβάνουν τα αναγεννώμενα νέα κύτταρα. Η κυτταρική αυτή κοσμογονία συντελείται με ένα θαυμαστό ρυθμό αρμονίας, τάξεως και συστήματος και έτσι ο οργανισμός μας μένει πάντα ο ίδιος. Μένουμε όμως ουσιαστικά πάντα οι ίδιοι; Από την αρμονική συμβίωση και την κανονική λειτουργία του απέραντου κυτταρικού κόσμου που συνθέτει ο οργανισμός μας εξαρτάται η υγεία μας, η ύπαρξή μας, η ζωή μας. Η επιστήμη ονομάζει την θαυμαστή αυτή τάξη αρμονικής διαβίωσης των κυττάρων μας "ομοιοστασία".

Ο καρκίνος, διαταραχή της "ομοιοστασίας" των κυττάρων, αποτελείται από κύτταρα παθολογικά μεν αλλά χωρίς ουσιώδη ως προς την λειτουργία τους διαφορά, από τα φυσιολογικά. Λέγεται ότι το νεόπλασμα αποτελεί ομάδα απειθάρχων, επαναστατικών κυττάρων, των οποίων η ανάπτυξη είναι άσκοπη, επιζήμια και οδηγεί στον θάνατο του οργανισμού.

Η βασική μορφολογική ανωμαλία των καρκινωματοδών κυττάρων έχει να κάνει με βασικές αλλαγές κατά την γενετική πληροφορία την οποία φέρουν τα νοσηλειϊνικά οξέα. Οι ιοί, οι ακτινοβολίες, οι αντικαρκινικές ουσίες που δρούν ακριβώς με την μεταβολή την οποία προκαλούν στην δομή του DNA είναι γνωστοί καρκινογόνοι παράγοντες. Αλλά η ανάπτυξη του όγκου, είναι συνάρτηση παραγόντων από μέρος του ξενιστού, οι οποίοι πρέπει να συμβάλλουν, διαφορετικά δεν γίνεται ο όγκος.

Γνωρίζουμε σήμερα, ότι πολλά νεοπλασματικά κύτταρα πολλαπλασιάζονται με βραδύτερο ρυθμό σε σχέση με τα φυσιολογικά, δηλαδή ανά 10ήμερο κατά μέσον όρο. Πολλαπλασιάζονται σταθερά και συνεχώς και σχηματίζουν έτσι τα νεοπλάσματα. Για να γίνει ένα νεοπλασματικό ογκίδιο αντιληπτό πρέπει να έχει διάμετρο ενός τουλάχιστον εκατοστού. Ογκίδιο αυτού του μεγέθους αποτελείται από 500 εκατομμύρια περίπου νεοπλασματικά κύτταρα και έχει μετρηθεί με ακρίβεια ο χρόνος, ο οποίος χρειάζεται να παρέλθει, δηλ. 10 μήνες περίπου, ώστε από αρχικό νεοπλασματικό κύτταρο να σχηματισθεί το ογκίδιο αυτό. Έτσι, εξηγείται, γιατί περνούν πολλά χρόνια από την καταβολή του νεοπλάσματος έως ότου γίνει αυτό αισθητό με τον όγκο και τα συμπτώματά του. Αν προστεθεί και ο απαιτούμενος χρόνος για την μεταβολή των φυσιολογικών σε μη φυσιολογικά κύτταρα, τότε αντιλαμβανόμαστε ότι το νεόπλασμα έχει την πλέον μακροχρόνια επώαση, δηλ. 5 - 10 και 20 ακόμη χρόνια. Έχουμε λοιπόν στην διάθεσή μας χρόνια ολόκληρα πριν εκδηλωθεί το νόσημα με τα βαριά συμπτώματά του. Έχουμε χρόνο για να διαγνώσουμε την ύπαρξη αρχόμενου νεοπλάσματος.

Ανάλογα με την ταχύτητα ανάπτυξης των όγκων, διακρίνου-
με δυό βασικές κατηγορίες αυτών:

1. Καλοήθεις όγκοι.

2. Κακοήθεις όγκοι.

Καθεμιά από αυτές τις κατηγορίες έχει τις ακόλουθες
χαρακτηριστικές ιδιότητες:

A. Καλοήθεις όγκοι.

1. Αναπτύσσονται βραδέως.

2. Τα κύτταρά τους δεν αφίστανται μορφολογικά από τα φυ-
σιολογικά κύτταρα.

3. Είναι ομαλοί.

4. Δεν διηθούν τους γύρω ιστούς και κατά συνέπεια είναι
ευκίνητοι.

5. Δεν διαχέονται και δεν διασπείρονται.

6. Δεν μεθίστανται.

7. Δεν υποτροπιάζουν μετά την εξαίρεση.

8. Πιέζουν γειτονικά όργανα.

9. Υπόκεινται σε εξαλλαγή (μετάπτωση στην κατηγορία των
κακοήθων).

B. Κακοήθεις όγκοι.

1. Αναπτύσσονται ταχέως.

2. Τα κύτταρα παρουσιάζουν ανωμαλίες και ατυπίες.

3. Είναι ανώμαλοι.

4. Επεκτείνονται διηθώντας τους γειτονικούς ιστούς και
όργανα, ενώ είναι ακίνητοι.

5. Διαχέονται γρήγορα, συνήθως από την λεμφική οδό και
από το αίμα.

6. Υποτροπιάζουν και κάνουν μεταστάσεις όταν χειρουργηθούν.

Ο όρος νεόπλασμα χρησιμοποιείται και για τους καλοήθεις και για τους κακοήθεις όγκους, ενώ ο όρος καρκίνος χρησιμοποιείται αδιάφορα για όλους τους κακοήθεις όγκους.

Σε πολλές χώρες, ο καρκίνος αποτελεί το δεύτερο μετά τα καρδιοαγγειακά νοσήματα, αίτιο θανάτου. Οι περισσότεροι αποδέχονται την αντίληψη ότι η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου είναι μάλλον η ίδια σ' όλον τον κόσμο, διαφέρουν όμως τα στατιστικά στοιχεία. Είναι όμως βέβαιο ότι μερικοί τύποι καρκίνου αναπτύσσονται συχνότερα σε ορισμένες περιοχές.

Ακόμη πιστεύεται ότι η αύξηση της συχνότητας του καρκίνου δεν είναι αποτέλεσμα πραγματικής αύξησης των περιστατικών. Παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση του αριθμού ατόμων που έχει διαγνωσθεί καρκίνος είναι:

1. Βελτίωση των διαγνωστικών μεθόδων και μέσων.
2. Νοσήματα όπως λευχαιμία, HODGING κ.α. τα οποία παλιότερα δεν εκλαμβάνονταν σαν καρκίνοι.
3. Μείωση της βρεφικής θνησιμότητας καθώς και η μείωση της θνησιμότητας από τα οξέα και μεταδοτικά νοσήματα επιτρέπει την επιβίωση των ατόμων κατά μέσον όρο 30 χρόνια περισσότερο απ' ότι στις αρχές του αιώνα μας.
4. Τελευταίος ίσως υπεύθυνος παράγοντας για την αύξηση του όλου αριθμού των καρκινοπαθών είναι η αύξηση του πληθυσμού.

A. Α Ι Τ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α

Η αιτιολογία των όγκων δεν είναι γνωστή' δεν πρόκειται για ένα αλλά για πολλαπλά αίτια και διάφορους παράγοντες, που πολλές φορές δρουν σε συνδυασμό. Παρακάτω αναφέρεται με λίγα λόγια σε τι έχει αναζητηθεί η καρκινογένεση μέχρι σήμερα.

1. Χημικές καρκινογόνες ουσίες

Τέτοιες έχουν διαπιστωθεί σε πειραματόζωα πάρα πολλές. Δύο είναι κυρίως οι ομάδες αυτών, οι πολυκυκλικοί υδρογονάνθρακες και αξο-χρώματα. Η πρώτη ομάδα συνδέεται με το μεγάλο άλυτο πρόβλημα της ρύπανσης της ατμόσφαιρας και του καπνίσματος ιδιαίτερα.

Η καρκινογόνος επίδραση των αξο-χρωμάτων είναι από χρόνια γνωστή, γιατί σε εργάτες στην παραγωγή ανιλίνης είναι συχνός ο καρκίνος της κύστης.

2. Φυσικοί παράγοντες

Τέτοιοι είναι:

- α) Οι ακτινοβολίες όλων των ειδών.
- β) Η παρατεταμένη τοπική έκθεση σε υψηλή θερμοκρασία.
- γ) Ο χρόνιος μηχανικός ερεθισμός.

3. Καρκινογόνοι ιοί

Από χρόνια έχουν περιγραφεί σε πειραματόζωα. Στην λευχαιμία βρίσκονται ιοί που μοιάζουν με τον έρπητα, αλλά μπορεί να μην έχουν αιτιολογική σημασία. Υπάρχει πολύ πειραματική εργασία και ισχυρές ενδείξεις ότι ιοί ασκούν καρκινογόνο επίδραση στους ανθρώπους.

4. Η σχέση των ορμονών

Αυτή είναι εμφανής στους ορμονο-εξαρτώμενους όγκους, όπως του μαστού, του προστάτη και του σώματος της μήτρας. Φαίνεται επίσης, ότι ο μηχανισμός που κατευθύνει την ανώμαλη, άτυπη και ταχεία ανάπτυξη των νεοπλασματικών κυττάρων εδρεύει στα νουκλεϊνικά οξέα καθώς και στα φυσιολογικά.

5. Η κληρονομικότητα

Έχει υποστηριχθεί, χωρίς αυτό να βασίζεται σε αποδείξεις, ότι γονείς καρκινοπαθείς μπορεί να γεννήσουν παιδιά που να φέρουν μεγαλύτερη προδιάθεση και ροπή προς την νόσο. Πάντως κατά την άποψη αυτή, επιβάλλεται η λήψη προληπτικών φροντίδων έναντι της επίδρασης γνωστών εξωγενών καρκινογόνων παραγόντων.

6. Κατάλοιπα εμβρυικά κύτταρα

Κατάλοιπα εμβρυικά κύτταρα, αρκετά άωρα, δίνουν ανάπτυξη σε νεοπλασμάτα.

7. Προκαρκινικές καταστάσεις

Καλοήθεις νεοπλασίες μπορεί να υποστούν κακοήθη εξαλλαγή. Μερικοί ερευνητές χαρακτηρίζουν τις καταστάσεις αυτές σαν "προκαρκινικές".

Νεοπλασίες που χαρακτηρίζονται σαν προκαρκινωματώδεις καταστάσεις είναι:

- α) Λευκοπλασίες βλεννογόνων.
- β) Πολύποδες ορθού & εντέρου
- γ) Κυσταδενώματα ωοθήκης
- δ) Καλοήθες αδένωμα προστάτη
- ε) Έλκος του σώματος του στομάχου
- στ) Καλοήθες αδένωμα του μαστού κ.α.

Η χειρουργική αφαίρεση είναι ακίνδυνη και προφυλάσσει από κακοήθη εξαλλαγή.

8. Διαταραχή ανοσοβιολογικού συστήματος (ειδικά αντισώματα).

9. Βλάβη του πυρήνα των κυττάρων.

8. Το κάπνισμα και ο καρκίνος.

Οι σχέσεις καπνίσματος και πνευμονικού καρκίνου έχουν ως εξής:

α) Το κάπνισμα τσιγάρων προκαλεί καρκίνο των βρόγχων με την απ' ευθείας καρκινογόνο δράση του καπνού των τσιγάρων στο επιθήλιο των βρόγχων, μέσω των καρκινογόνων στοιχείων αυτού.

β) Το κάπνισμα τσιγάρων προκαλεί εμμέσως καρκίνο με μείωση της τοπικής αντίστασης και έτσι ευνοεί την δράση των καρκινογόνων παραγόντων.

γ) Το κάπνισμα επιτυγχάνει την αύξηση της βιολογικής ηλικίας και κατά συνέπεια τον δείκτη θνησιμότητας.

δ) Το κάπνισμα αποτελεί ερέθισμα που δρά τοπικά (ο χρόνιος ερεθισμός που προκαλείται από τον εισπνεόμενο καπνό στο επιθήλιο των βρόγχων).

Ο κύκλος ζωής του καρκινοπαθούς διεξάγεται στις ακόλουθες φάσεις: της έγκαιρης διάγνωσης, της σύστασης θεραπείας, της ενημέρωσης του ασθενούς, της συστηματικής παρακολούθησης αυτού, της αποκατάστασης και φροντίδας του καταδικασμένου σε θάνατο. Πριν όμως προβούμε στην ανάπτυξη μερικών από αυτά, πρέπει να σημειωθούν μερικά για την πρόληψη της νόσου.

Γ. Π ρ ό λ η ψ η

Στην προσπάθεια του ελέγχου του καρκίνου η πρόληψη αποτελεί το πλέον βασικό σημείο αυτής. Η πρόληψη, εμφανίζεται σε δύο φάσεις, της πρωταρχικής και της δευτερευούσης σημασίας φάση.

Η π ρ ω τ α ρ χ ι κ ή φάση πρόληψης συνίσταται στον περιορισμό των παραγόντων και καταστάσεων οι οποίες ευνοούν την εμφάνιση του καρκίνου. Πρόβλημα αποτελεί η επισήμανση των παραγόντων οι οποίοι προδιαθέτουν στην εμφάνιση της νόσου.

Στην διεξαγωγή επιδημιολογικών μελετών, μερικοί από τους παράγοντες του εξωτερικού περιβάλλοντος έχουν χαρακτηριστεί ως καρκινογόνοι. Από την στιγμή που έχουν ανευρεθεί καρκινογόνοι παράγοντες, επείγει η ανάπτυξη μεθόδων για τον περιορισμό αυτών ή την προστασία του ατόμου από την επίδρασή τους. Για την επιτυχία αυτού λαμβάνονται ποικίλα μέτρα στις βιομηχανίες για την προστασία των εργαζομένων σ' αυτές. Είναι στατιστικά αποδειγμένο ότι οι κάτοικοι των πόλεων προσβάλλονται συχνότερα από καρκίνο των πνευμόνων από τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών. Πολλοί παράγοντες συντελούν σ' αυτή την διαφορά. Μεταξύ αυτών σημαντική θέση έχει η ποσότητα σε καπνό και καυσαέρια του εισπνεόμενου αέρα αφού και τα δύο περιέχουν καρκινογόνο υδρογονάνθρακα. Η μείωση αυτών των στοιχείων από τον ατμοσφαιρικό αέρα απαιτεί την μόρφωση του κοινού, την παρακολούθηση και υποχρεωτική τήρηση κανονισμών για την επιτυχία ευμενών συνθηκών.

Ο ρόλος της αδελφής στην πρόληψη του καρκίνου συνίσταται:

1. Στην ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντος αυτού.

2. Στην εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις κατά τις οποίες υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες.

3. Στην παρατήρηση και την λήψη μέτρων σε προκαρκινικές αλοιώσεις ή εκδηλώσεις στον ευατό της και το περιβάλλον.

4. Στην ενεργό συμμετοχή κατά την διεξαγωγή ερευνών αναφορικά με τον καρκίνο.

5. Στην διαφώτιση του κοινού.

Κατά την δευτερεύουσα φάση πρόληψης του καρκίνου γίνεται αναγνώριση του καρκίνου από την στιγμή που αυτός αποτελεί τοπική μόνο εκδήλωση της νόσου. Στην φάση αυτή της νό-

σου έμφαση δίνεται στην ακριβή διάγνωση για την κατάλληλη κατεύθυνση του πάσχοντα.

Δ. Δ ι ά γ ν ω σ η

Η διάγνωση της νόσου γίνεται από:

- 1) την κλινική εικόνα
- 2) τα ευρήματα της φυσικής εξέτασης
- 3) την ακτινολογική εικόνα
- 4) τις ραδιοϊσοτοπικές εικόνες
- 5) την άμεση απόδειξη των νεοπλασματικών κυττάρων (κυτταρολογικές μέθοδοι),
- 6) την ιστολογική εικόνα με βιοψία

Η δυνατότητα πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου εξαρτάται από τα παρακάτω:

1. Από τη επαγρύπνηση για την υγεία του ιδίου του ατόμου που έχει προσβληθεί. Την μεγαλύτερη ευθύνη για την τύχη της εξέλιξης της νόσου έχει κατά πρώτιστο λόγο ο ίδιος, ο οποίος, όχι σπάνια, είτε λόγω εσφαλμένων αντιλήψεων, είτε λόγω άγνοιας ή ακόμη λόγω άρνησης να αντιμετωπίσει κατά μέτωπο το πρόβλημά του, δεν επισκέπτεται εγκαίρως το γιατρό. Η δε ευθύνη αυτή του επιβάλλει τα εξής:

α. Μετά την ηλικία 45-50 ετών να επισκέπτεται το γιατρό ανά 6μηνο ή έτος.

β. Με την εμφάνιση υπόπτων σημείων να επισκέπτεται το γιατρό.

2. Από τον γιατρό. Επιβάλλεται μεγάλη προσοχή από μέρους του γιατρού κατά την εξέταση του ασθενούς, έστω και για τα πλέον ελαφρά και ανεπαίσθητα ενοχλήματα. Όταν δεν ανευρίσκεται κάποιο αίτιο, συνιστάται στον ασθενή να επανέλθει μετά από έναν μήνα. Εάν και κατά την δεύτερη εξέταση δεν βρεθεί

κάποια αιτία, ενώ συνεχίζονται τα ενοχλήματα, ο ασθενής πρέπει να σταλεί σε διαγνωστικό κέντρο για λεπτομερή εξέταση. Εφόσον κατά την κρίση του γιατρού διαφαίνεται η παρουσία καρκίνου, που δεν αποδεικνύεται από την κλινική εξέταση από τον γιατρό, παραπέμπεται ο ασθενής σε διαγνωστικό κέντρο. Εάν η γνώμη του γιατρού είναι σαφής ότι ο ασθενής πάσχει από καρκίνο ορισμένης εντόπισης, παραπέμπεται στον ειδικό γιατρό ανάλογα με το όργανο που πάσχει. Η ευθύνη του πρώτου γιατρού δεν περιορίζεται στην θέση διάγνωσης, αλλά και την παροχή κατάλληλης κατεύθυνσης.

3. Από την αδελφή. Ο ρόλος της αδελφής σαφώς δεν συνδέεται με τη θέση της διάγνωσης. Αυτή αποτελεί σημαντικό παράγοντα έγκαιρης διάγνωσης για τα παρακάτω:

- α. Διαφώτιση του κοινού
- β. Ενθάρρυνση του κοινού για περιοδικές εξετάσεις
- γ. Βοήθεια σε όσους έρχονται για εξέταση, ώστε να καταφύγουν στο κατάλληλο για την περίπτωση τους κέντρο έρευνας και θεραπείας.

Στην διαφώτιση του κοινού για τον καρκίνο καταβάλεται προσπάθεια να γίνει αντιληπτό ότι η νόσος είναι η μοναδική ασθένεια:

- α. της αναπόφευκτης θνησιμότητας αν δεν θεραπευτεί.
- β. της ζωτικής σημασίας της έγκαιρης θεραπείας.
- γ. της ανώδυνης εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων τα οποία μοιάζουν με συμπτώματα ασθενειών όχι τόσο σοβαρών.

Στην προσπάθειά της αυτή η αδελφή προσπαθεί να προσεγγίσει τους ασθενείς στα σπίτια τους, στην δουλειά τους, στην εκκλησία, στα σπουδαστήρια κ.λ.π.

Οι αγγελίες από τις εφημερίδες και τα περιοδικά, το ραδιόφωνο και την τηλεόραση, η κυκλοφορία διαφωτιστικών εντύπων γύρω από τον καρκίνο, η οργάνωση συγκεντρώσεων κ.α. αποτελεί ουσιώδη μέσο ενημέρωσης του κοινού.

Η μεταβίβαση αισιόδοξης αντίληψης για τον καρκίνο, σαν νόσο που μπορεί να θεραπευτεί, επιτυγχάνεται με την δημοσιότητα περιπτώσεων ασθενών που γιατρεύτηκαν.

Στην Αμερική σήμερα γιατρεύεται ο ένας στους τρεις, ενώ μόλις πριν από λίγα χρόνια θεραπευόταν ένας στους πέντε. Στο αποτέλεσμα αυτό συντέλεσαν πολλοί παράγοντες, ο κυριώτερος από τους οποίους είναι ότι οι Αμερικανοί πείστηκαν ότι ο καρκίνος θεραπεύεται.

Η διαφώτιση των παιδιών για τον καρκίνο αποτελεί μέσο επιτυχούς διαφώτισης και των μεγάλων.

Το πλέον αποτελεσματικό όπλο το οποίο διαθέτουμε σήμερα κατά του καρκίνου είναι η έγκαιρη διάγνωση της νόσου, στο σιωπηρό, ασυμπτωματικό στάδιο αυτής. Η προσπάθεια ανίχνευσης της νόσου περιλαμβάνει τις ακόλουθες εξελίξεις:

1. Πλήρες ιστορικό (ατομικό, οικογενειακό)
2. Γενική φυσική εξέταση (αναζήτηση λεμφαδένων)
3. Ορθο - σιγμοειδοσκόπηση
4. Πλήρης γυναικολογική εξέταση (PAP - TEST)
5. Εξέταση μαστού
6. Λεπτομερής Ω.Ρ.Λ/γική εξέταση
7. Ανίχνευση μικροσκοπικής αιματουρίας
8. Εξέταση του γαστρικού υγρού
9. Γενική εξέταση αίματος
10. Ταχύτητα καθίζησης ερυθρών αιματοσφαιρίων
11. Ακτινολογικός έλεγχος θώρακος και γαστρεντερικού σωλήνα.

Οι εξετάσεις των φαινομενικά υγιών ατόμων για να είναι αποτελεσματικές, πρέπει να επαναλαμβάνονται περιοδικά. Η επιτυχία για την καταπολέμηση του καρκίνου δεν είναι πλήρης, όταν δεν είναι δυνατόν να διατεθούν τα κατάλληλα μέσα, τόσο για την διάγνωση, όσο και για την θεραπεία της νόσου.

Στην χώρα μας η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, που ιδρύθηκε το 1959, είναι ο μόνος επίσημος Εθνικός Υγειονομικός Οργανισμός, ιδιωτικής πρωτοβουλίας, με ολοκληρωμένο πρόγραμμα, το οποίο περιλαμβάνει: διαφώτιση του κοινού, ενημέρωση των γιατρών για τις νέες επιστημονικές μεθόδους διάγνωσης και θεραπείας του καρκίνου, ανίχνευση των καρκινοπαθών και προώθηση αυτών στα διαγνωστικά και θεραπευτικά κέντρα, ενίσχυση για την απόκτηση κατάλληλου εξοπλισμού από τα Αντικαρκινικά Κέντρα, συμβολή στην ίδρυση νέων αντικαρκινικών διαγνωστικών κέντρων και τέλος τμήμα κοινωνικών Υπηρεσιών, μία από τις κυριώτερες εκδηλώσεις του οποίου είναι οι Ξενώνες της Ε.Α.Ε. Άλλα ιδρύματα για την καταπολέμηση του καρκίνου είναι:

- Το αντικαρκινικό Ινστιτούτο Αθηνών, ο Άγιος Σάββας
- Το Θεογένειο Αντικαρκινικό Ινστιτούτο Θεσσαλονίκης
- Το Αντικαρκινικό Ινστιτούτο Πειραιώς
- Το Μαιευτήριο "Πριγκίπισσα Αλεξάνδρα"
- Το Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιώς
- Το θεραπευτήριο "Ο Ευαγγελισμός" κ.α.

Η γνώση των υπηρεσιών αυτών από την αδελφή βοηθά στην παροχή ορθής κατεύθυνσης στον ασθενή.

Σ η μ ε ί α - Σ υ μ π τ ώ μ α τ α Κ α ρ κ ί ν ο υ

Τα στάδια εξέλιξης του καρκίνου είναι πέντε. Η εγκατάσταση

και έναρξη του καρκίνου είναι σιωπηρή, ύπουλη και ασυμπτωματική. Από την στιγμή της έναρξης της άτυπης εμφάνισης των κυττάρων, δηλαδή της μετατροπής τους από φυσιολογικά σε νεοπλασματικά, μέχρι την στιγμή της εμφάνισης των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων, διέρχεται το στάδιο 0, που η χρονική διάρκειά του είναι άγνωστη και ποικίλει ανάλογα με την μορφή και την εντόπιση. Τη φάση αυτή μπορούμε να την εντοπίσουμε με την κυτταρολογική μέθοδο Παπανικολάου. Η ίαση κατά το στάδιο αυτό είναι 100%. Κατά το στάδιο I τα πολλαπλασιάζόμενα κύτταρα εισδύουν στα βαθύτερα στρώματα των κυττάρων, τα οποία διηθούν και εμφανίζονται συχνά τα πρώτα ενοχλήματα. Τα κλινικά αυτά σημεία, με τα οποία μπορεί να εκδηλωθεί η ασθένεια και τα οποία οι ασθενείς τα θεωρούν ασήμαντα είναι:

1. Ασυνήθης αιμοραγία από οποιαδήποτε κοιλότητα του σώματος.
2. Μικρό ογκίδιο ή περιορισμένη σκληρότητα των μαστών ή άλλου σημείου του σώματος.
3. Μή επουλούμενο τραύμα.
4. Αλλαγή στην συνήθεια εκκένωσης του παχέως εντέρου ή της ουροδόχου κύστεως (αιματοουρία, αιματηρά κόπρανα)
5. Βρόγχος φωνής ή βήχας που επιμένει για εβδομάδες.
6. Δυσπεψία, αόριστες στομαχικές ενοχλήσεις, δυσκαταποσία.
7. Αλλαγή στο χρώμα, μέγεθος και όψη κρεατοελιάς κ.α.

Η εμφάνιση ενός από τα ανώτερα κλινικά σημεία δεν σημαίνει πάντα την παρουσία καρκίνου. Μπορεί όμως να οφείλεται και σε καρκίνο, η δε διάγνωση στο στάδιο αυτό σώζει τον πάσχοντα, ενώ η αμέλεια και η αναμονή τον σκοτώνει. Το ποσοστό ίασης στο στάδιο αυτό ανέρχεται σε 75%.

Εφόσον ο καρκίνος αφεθεί στην τύχη του διηθεί, διαβρώνει και καταστρέφει τους γειτονικούς ιστούς και όργανα. Μερικά αποσπασθέντα καρκινικά κύτταρα εισέρχονται στην λεμφική κυκλοφορία, διηθούνται από τα πρώτα λεμφογάγγλια τα οποία τα μεταβάλλουν σε σκληρά ογκίδια. Αυτή η φάση καλείται γαγγλιακή διήθηση και αντιπροσωπεύει το στάδιο II. Εδώ το ποσοστό ίασεως είναι 50%.

Στην ανεμπόδιστη εξέλιξη του καρκίνου τα καρκινικά κύτταρα μεταφερόμενα από την λεμφική και αιματική κυκλοφορία, καθλώνονται σε απομακρυσμένα γάγγλια και όργανα, όπου εγκαθίστανται και διηθούν αυτά και προκαλούν τις μεταστάσεις. Η φάση αυτή είναι το στάδιο III. Το ποσοστό ίασης σ' αυτό το στάδιο είναι 25%.

Τέλος, κατά το στάδιο IV, τα καρκινικά κύτταρα δια μέσου της λέμφου και του αίματος μεταφέρονται στα περισσότερα όργανα του σώματος και έχουμε την γενίκευση του καρκίνου. Σ' αυτό το στάδιο έχουμε έκδηλη καχεξία.

Ε. Μ ε τ ά σ τ α σ η

Ο κακοήθης νεοπλασματικός ιστός με την διηθητική του ικανότητα προκαλεί μεταστάσεις, ακολουθώντας τις εξής οδούς:

1. Τη λεμφική οδό (λεμφώματα και όλα τα καρκινώματα).
2. Τη φλεβική οδό (σαρκώματα και καρκινώματα).
3. Την αρτηριακή οδό (σπάνια).

Νεοπλασματικά κύτταρα που εισέρχονται στην κυκλοφορία μπορεί:

- α) να καταστραφούν (από αντισώματα)
- β) να σχηματίσουν θρόμβους που φράσσουν ένα μικρό αγγείο
- γ) να αποτελέσουν την αρχή των μεταστάσεων

4. Τη μεταφύτευση. Αυτή γίνεται σε όγκους που προβάλλουν μέσα σε κοιλότητες π.χ. το περιτόναιο.

ΙΙΙ. Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Ο καρκίνος θεωρείται κακώς, ανίατο νόσημα και πολλά άτομα πεθαίνουν ή υποφέρουν μόνο από το γεγονός ότι, λόγω άγνοιας ή παράλογου φόβου αποφασίζουν αργά να ζητήσουν την βοήθεια του γιατρού ή της αδελφής.

Η θεραπεία του καρκίνου σήμερα στηρίζεται στην εφαρμογή των ακόλουθων μεθόδων:

1. Χειρουργικής θεραπείας.
2. Ακτινιοθεραπείας.
3. Χημειοθεραπείας.

Οι δύο πρώτες είναι περισσότερο ριζικές μέθοδοι θεραπείας, η τρίτη κατέχει την θέση της παρηγορητικής ή ανακουφιστικής κυρίως θεραπείας.

Η εκλογή της μεθόδου θεραπείας επηρεάζεται:

Από την μορφή και εντόπιση του καρκίνου

2. Από το στάδιο εξέλιξης της νόσου

3. Από τις συνήθειες και την πείρα των θεράποντων γιατρών

4. Από την κατάσταση του ασθενή

5. Από το αναμενόμενο αποτέλεσμα από την θεραπεία

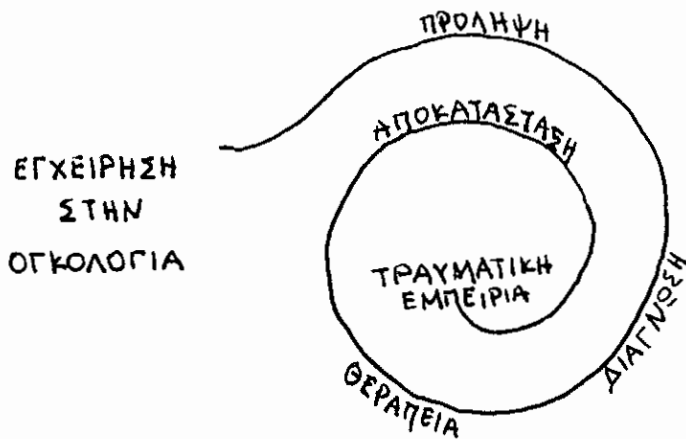
Ο αντικειμενικός σκοπός κάθε είδους θεραπείας είναι να απομακρύνει ή να καταστρέψει όλα τα καρκινωματώδη κύτταρα στο ανθρώπινο σώμα. Πάντως όσον αφορά την θεραπεία του καρκίνου δεν υπάρχει μέθοδος που να χαρακτηρίζεται πλήρως αποτελεσματική.

Α. Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική, μεμονομένη παλιότερα, σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους σήμερα, αύξησε την πιθανότητα θεραπείας και παράτασης της ζωής τους.

Στην ογκολογία εγχείρηση σημαίνει Πρόληψη - Διάγνωση - Θεραπεία - Αποκατάσταση που συνεπάγεται τραυματική εμπειρία.

(σχ. 1)



Μια επέμβαση στην θεραπευτική ή παρηγορητική χειρουργική όσο καλά και αν εκτελείται ισοδυναμεί με πραγματική ή συμβολική απώλεια δυνατοτήτων και αγαθών.

Α. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ

Επεμβάσεις στην αντι-
μετώπιση εστίας,
περιοχικών λεμφαδέ-
νων, υποτροπής ή
μεταστάσεων (μονήρων)
χειρουργικοί ορμο-
νικοί χειρισμοί

πραγματική ή
συμβολική
απώλεια
δυνατοτήτων
& αγαθών

ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ

Διάφορες στομίες
παρακαμπτήριες επε-
μβάσεις, επεμβάσεις
για ανακούφιση πόνου
τοποθέτηση καθετήρων
για χορήγηση κυτταρο-
στατικών

Ο χειρουργικός ογκολογικός άρρωστος συχνά ανήκει σε κατηγορία υψηλού κινδύνου

Προβλήματα όπως:

- ελλείματα διατροφής, καχεξία
- διαταραχές (ηλεκτρολητικές, μεταβολικές, θρομβοεμβολικές)
- πτώση άμυνας οργανισμού
- παρενέργειες προηγούμενης θεραπείας
- η μεγάλη ηλικία
- χρόνιες παθήσεις
- ευπάθεια στις λοιμώξεις
- δυσμενή επούλωση τραύματος
- ηπατική δυσλειτουργία

Χωρίς πρόγραμμα, οι σύνθετες ανάγκες αυτού του αρρώστου δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά. Εάν βασίζεται μόνο στην εμπειρία, τη διαίσθηση και το ένστικτο, είναι πρόχειρη, επιφανειακή και εμπειρική. Η Νοσηλεύτρια απλώς σε μια κατάσταση, χωρίς να έχει την δυνατότητα να την επηρεάσει ή να την αλλάξει. Η προσπάθεια σχηματοποίησης μοντέλου φροντίδας, ανάλογα με το είδος επέμβασης, γίνεται αντιεπιστημονική στην θεωρία της, ισοπεδωτική και επικίνδυνη στην εφαρμογή της, γιατί αδυνατεί να ανταποκριθεί με επιτυχία σε κάθε νοσηλευτική περίπτωση, όπου ένα μοναδικό πλέγμα σχέσεων αρρώστου, οικογένειας και υγιονομικής ομάδας, συνυπάρχουν σε μια δυναμική αλληλεπίδραση.

Για να μάθουμε, το ΠΩΣ θα βοηθήσουμε τον άρρωστο, θα πρέπει πρώτα, να μάθουμε να ακούμε τον άρρωστο. Ακούω με προσοχή σημαίνει αφιερώνω χρόνο. Προϋποθέτει θάρρος, υπομονή,

εγκατάλειψη προσωπικών προκαταλήψεων, ολοκληρωτική συγκέντρωση της προσοχής κι ευαισθησία για τα προβλήματα και τις εμπειρίες τόσο του ατόμου όσο και της οικογένειας.

Ανάλογα με την γενική ψυχοσωματική κατάσταση, το κοινομορφωτικό επίπεδο, το βαθμό επίγνωσης της νόσου, τις προσδοκίες του αρρώστου και την αναμενόμενη συνεργασία από το οικογενειακό περιβάλλον, σχεδιάζονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που αποβλέπουν σε:

- εκπλήρωση των βιοψυχοκοινωνικών και πνευματικών αναγκών αρρώστου.

- ανάπτυξη θετικών συναισθημάτων απέναντι στο επικείμενο χειρουργείο.

- καλλιέργεια ετοιμότητας για την αποδοχή αλλαγών που θα προκύψουν.

- συντονισμό για το προεγχειρητικό πρόγραμμα.

Ποιοί είναι οι κυριώτεροι παράγοντες που συμβάλουν στην επιτυχημένη προσέγγιση αρρώστου και οικογένειας προεγχειρητικά:

1. Δυνατότητα ανοιχτής και ειλικρινούς επικοινωνίας συχνά.

Ο άρρωστος και το οικογενειακό περιβάλλον παροτρύνονται:

α) Να διευκρινίσουν και να περιγράψουν αιτίες και αισθήματα φόβου και άγχους τους.

β) Να εκφράσουν τις μικροπρόθεσμες διαστάσεις του χειρουργικού γι' αυτούς.

2. Συνειδητοποίηση ότι η ενεργός συμμετοχή τους είναι σημαντικότερη για την πορεία της θεραπείας από την παθητική και υποτακτική αποδοχή της.

3. Έγκαιρη ενημέρωση και διδασκαλία. Έτσι:

- διαψεύδονται αδικαιολόγητοι φόβοι

- κατανοείται η αναγκαιότητα επέμβασης

- αποφεύγεται η παραπληροφόρηση

- καλλιεργείται αίσθημα προσωπικής ασφάλειας και εμπιστοσύνης.

- επιτυγχάνεται φυσική και συναισθηματική ανταπόκριση και μετεγχειρητική συνεργασία.

Η νοσηλεύτρια και ο γιατρός, στον κατάλληλο χρόνο, προσφέρουν την όποια ΑΛΗΘΕΙΑ και ΕΛΠΙΔΑ χρειάζεται ο συγκεκριμένος άρρωστος.

Είναι προνόμιο και πρόκληση για την Νοσηλεύτρια, να μην αφήσει να θαφτεί η μοναδικότητα του ανθρώπου κάτω από κλινικές ερμηνείες και χειρουργικές τεχνικές, παρέχοντας ολοκληρωμένη φροντίδα και καθ' όλο το διάστημα παραμονής τους στο χειρουργείο.

Η επικοινωνία της, που ξεκίνησε με την προεγχειρητική επίσκεψη, συνεχίζεται με την λήψη ζωτικών σημείων, την οπτική ή απτική επαφή, τον ήχο της φωνής ή με την γλώσσα του σώματος.

Ο ρόλος της δημιουργικός, αποφασιστικός, πολυδιάστατος αφ' ενός κατά την διάρκεια των εκτεταμένων πολύωρων αυτών επεμβάσεων όπου το αναπάντεχο, η επιπλοκή και το ατύχημα παραμονεύουν κάθε στιγμή, και αφ' ετέρου στην αίθουσα ανάνηψης που πρέπει να μπορεί να αντιδρά γρήγορα και σωστά, μα και να απαντά στις εύθικτες ερωτήσεις του "Ήταν καρκίνος;", "Αφαιρέθηκε όλο το στήθος;".

Το νοσηλευτικό πρόγραμμα μα στην μετεγχειρητική περίοδο επιδιώκει:

- ΑΜΕΣΑ: - τη σωματική ανάνηψη

- την πρόληψη των επιπλοκών

- ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΑ: να αποκαταστήσει τον άρρωστο σε πραγματικό επίπεδο ανεξάρτησίας.

Η Νοσηλεύτρια επικεντρώνοντας την φροντίδα της όχι σε

αυτό που χάθηκε αλλά σε αυτό που έμεινε βοηθά τον άρρωστο:

- να προσαρμοστεί στην νέα εικόνα σώματος και εαυτού
- να αποδεχθεί τα όρια που επέβαλλε το χειρουργείο στην

ζωή του

- να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επανεμφάνισης
- να αποκτήσει αυτοϋπευθυνότητα, φυσική και συναισθημα-

τική επάρκεια

Πώς θα πετύχει η νοσηλεύτρια την αποτελεσματικότερη συμπαράσταση και βοήθεια στον άρρωστο και την οικογένειά του;

Η 24ωρη παρουσία της κοντά τους την καθιστά το ιδανικό πρόσωπο, που μπορεί να γεφυρώσει αποστάσεις επικοινωνίας μεταξύ τους, ή με την υγιονομική ομάδα' να γίνει ο κρίκος σύνδεσης με ειδικούς όπως ψυχολόγος, πλαστικός, κοινωνικός λειτουργός' να φέρει τον άρρωστο σε επαφή με άτομα ή ανεγνωρισμένα σωματεία ομοιοπαθών που μπορούν να μεταβιβάσουν: Καταλαβαίνω πώς αισθάνεσαι - Βρέθηκα και γω στην θέση σου και το ξεπέρασα.

Η ψυχολογική υποστήριξη σε συνδυασμό με φυσική φροντίδα και λεπτομερειακή εκπαίδευση, μπορεί να προωθήσει την αυτοφροντίδα, να προάγει την ανεξαρτησία, να ενισχύσει την θέληση, να διατηρήσει την ελπίδα του για ζωή. Να του δώσει την πρέπουσα βοήθεια για αυτοβοήθεια, για να ισχυροποιήσει τις προσωπικές του δυνάμεις και να αγωνισθεί για την ζωή του. Από την πρώτη κιόλας μετεγχειρητική μέρα ενθαρρύνει την προοδευτική αυτοεξυπηρέτηση, αναζητά τον καλύτερο τρόπο και χρόνο για να μεταδώσει τις γνώσεις, τις δεξιότητες, την σιγουριά της. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα μπορεί να περιλαμβάνει,

διδασκαλία ασκήσεων, διαιτητικών συνηθειών, μεθόδου σίτισης ή περιποίησης τραύματος, επιλογή και χρήση βοηθητικών μέσων.

B. Α κ τ ι ν ο θ ε ρ α π ε ί α

Η ακτινογραφία των κακοήθων νεοπλασιών εφαρμόζεται από δεξιάς με συνεχή διεύρυνση του πεδίου εφαρμογής της.

Η ιονίζουσα ακτινοβολία μπορεί να εφαρμοστεί σε κάποια επιφάνεια, να χορηγηθεί με μορφή διαλύματος ραδιοϊσοτόπου ή και να εμφυτευθεί μέσα σε ιστό ή όργανο.

Το αποτέλεσμα της ακτινοβολίας οφείλεται στην ευαισθησία την οποία παρουσιάζουν τα νεοπλασματικά κύτταρα έναντι της ακτινοβολίας. Οι ειδικοί λαμβάνοντας υπόψη την υφή του κακοήθους όγκου καθορίζουν το είδος, την ποσότητα και την διάρκεια της ακτινοβολίας.

Παρά τις βελτιώσεις των ακτινοθεραπευτικών πηγών και των εφαρμοζομένων τεχνικών δεν αποφεύγεται η βλάβη υγιών ιστών και κυττάρων. Οι βλάβες αυτές εμφανίζονται σε δύο κατηγορίες:

1. Βλάβες που εμφανίζονται αμέσως μετά την εφαρμογή ακτινοβολίας στο άτομο που άμεσα έχει εκτεθεί σε ακτινοβολία.

2. Βλάβη των γεννητικών αδένων και μετάλλαξη των γονιδίων που απειλεί τους απογόνους.

Οι βλάβες που εμφανίζονται αμέσως μετά την εφαρμογή της ακτινοβολίας στο άτομο είναι: η ανασταλτική, ή νευρωτική επίδραση στο μυελό των οστών με αποτέλεσμα:

α. Μείωση των αιμοπεταλίων και ερυθρών αιμοσφαιρίων και έτσι θρομβοπενία, αιμορραγική διάθεση και αναιμία και

β. Ακοκκιοκυττάρωση και ευπάθεια σε μικροβιακές λοιμώξεις.

Ακόμη εμφανίζονται τοπικές βλάβες που εκδηλώνονται με ερυθρότητα του δέρματος γύρω από την νεοπλασία που μπορεί να φτάσει μέχρι νέκρωση.

Η ακτινοβολία μπορεί επίσης, να προκαλέσει φαινόμενα γενικής αντίδρασης όπως:

- α. γενική καταβολή δυνάμεων
- β. ναυτία, εμέτους
- γ. ανορεξία
- δ. απώλεια βάρους
- ε. πυρετό

Με την εμφάνιση αυτών των αντιδράσεων η καλή νοσηλευτική συνίσταται:

1. Στην χορήγηση ηρεμιστικών και φαρμάκων για την αναστολή της ναυτίας.
2. Στην μέριμνα υδάτωσης και επαρκούς σίτισης του ασθενούς. Χορηγούνται εκχυλίσματα ήπατος και βιταμίνης Β και C.

Χρήση ραδιοϊσοτόπων

Τα ραδιοϊσότοπα χρησιμοποιούνται στην ιατρική για διαγνωστικό και θεραπευτικό σκοπό, χορηγούμενα ενδοφλέβια, από το στόμα και τοποθετούνται μέσα σε κοιλότητες.

1. Διαγνωστικός σκοπός

Για διαγνωστικό σκοπό τα ραδιοϊσότοπα που χρησιμοποιούνται είναι:

- α. Σίδηρος
- β. Χρώμιο
- γ. Κοβάλτιο
- δ. Χρυσός
- ε. Φώσφορος
- στ. Βρώμιο
- ζ. Υδράργυρος
- η. Ιώδιο

Η για διαγνωστικό σκοπό χρησιμοποιούμενη δόση ραδιοϊσοτόπων είναι μικρή και λέγεται ιχνηθέτις δόση.

2. Θεραπευτικός σκοπός

Η χορήγηση θεραπευτικής δόσης ραδιοϊσοτόπων είναι επικίνδυνη για το περιβάλλον. Ο ασθενής που έλαβε αυτό σε μορφή διαλύματος και όχι σε στερεή μορφή διαλύματος και όχι σε στερεή μορφή, έχει ραδιενεργό αίμα, ούρα, κόπρανα, σίελο και άλλα εκκρίματα για ορισμένο διάστημα. Ο ασθενής που έλαβε ραδιενεργό ουσία, αποτελεί ισχυρή πηγή ακτινοβολίας και μόλυνσης και πρέπει να μένει σε ιδιαίτερο δωμάτιο μόνος του.

Το Νοσηλευτικό Ιδρυμάτων στα οποία χρησιμοποιούνται ραδιενεργές ουσίες για διαγνωστικό ή θεραπευτικό σκοπό, όσο χρόνο φροντίζει ασθενείς που εκπέμπουν ραδιενέργεια, απαιτείται να γνωρίζει πώς θα προφυλάσσει το περιβάλλον και τον εαυτό του από την καταστρεπτική επίδραση της ραδιενέργειας.

Γ. Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία είναι μια μοντέρνα μέθοδος θεραπείας και αναφέρεται στην χρήση φαρμάκων και παρασκευασμάτων για την θεραπεία νόσου. Προέρχεται από τον συνδυασμό δύο λέξεων, "χημικός" και "θεραπεία".

Η χημειοθεραπεία δίνεται:

1. από το στόμα
2. ενδομυϊκά π.χ. BLEO
3. ενδοφλέβια
4. υποδόρια π.χ. BLEOMYCIN, ARACYTIN
5. ενδαρτηριακά
6. με έγχυση στις κοιλότητες (ενδοραχιαία, περιτοναϊκή, υπεζωκοτική, ενδαρθρική, και ενδοκυστική).

Πώς δρα η χημειοθεραπεία.

Το χημειοθεραπευτικό παρασκεύασμα δρα στο παθολογικό κύτταρο με το να εμποδίζει την ανάπτυξή του, τον πολλαπλασιασμό και τελικά να επιφέρει την καταστροφή του. Το κάθε φάρμακο δρά με τον δικό του τρόπο π.χ. το PLATINOL δρα με άλλο τρόπο και το ENDOXAN με άλλο. Τα κυτταροστατικά φάρμακα μπορεί να επηρεάσουν και τα φυσιολογικά κύτταρα που γρήγορα διαιρούνται όπως και τα παθολογικά. Τα φυσιολογικά κύτταρα όμως έχουν την τρομακτική ικανότητα να αναγεννιούνται.

Ποιός συμμετέχει στην χορήγηση της χημειοθεραπείας;
Τα κυτταροστατικά φάρμακα συνήθως προετοιμάζονται και χορηγούνται στον άρρωστο από ειδικά εκπαιδευμένο και πεπειραμένο γιατρό και νοσηλεύτρια-ή. Ο τρόπος με τον οποίο ο ασθενής λαμβάνει το φάρμακο εξαρτάται από το είδος του φαρμάκου και την περίπτωση του. Ο γιατρός ορίζει το είδος του φαρμάκου και ελαττώνει ή αυξάνει την δόση ανάλογα με την περίπτωση.

Πόσο συχνά γίνεται η χημειοθεραπεία;

Η διάρκεια και η συχνότητα της χημειοθεραπείας εξαρτώνται από ένα μεγάλο αριθμό παραγόντων:

1. Από τον τύπο της νεοπλασίας
2. Από τον χρόνο που χρειάζεται ο οργανισμός να απαντήσει θετικά στην θεραπεία
3. Από το πώς ο ασθενής θα αντιμετωπίσει οποιαδήποτε παρενέργεια
4. Από τις συνυπάρχουσες παθήσεις (ηπατική βλάβη, καρδιακή ανεπάρκεια κλπ.)

Γενικά για κάθε θεραπεία θα ακολουθήσει μια περίοδος αναπαύσεως. Η περίοδος αναπαύσεως είναι συνήθως μεγαλύτερη της

θεραπείας. Αυτοί οι περίοδοι βοηθούν τον οργανισμό να συνέλθει από ανεπιθύμητες παρενέργειες της θεραπείας.

Πού γίνεται η χημειοθεραπεία;

Η χημειοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί σε εξωτερικούς ασθενείς, αν και πολλές φορές είναι απαραίτητη μικρή ή μεγάλη περίοδος νοσηλείας σε Νοσοκομείο, για να παρακολουθηθεί η δράση θεραπείας στον οργανισμό του αρρώστου. Αυτό όμως εξαρτάται από το ιδιαίτερο πρόγραμμα της Χημειοθεραπείας, της οποίας οι δόσεις εξαρτώνται από την επιφάνεια του σώματος (βάρος, ύψος) και από τις μετρήσεις του αίματος (Λευκά, Ερυθρά, Αιμοπετάλια). Επίσης εξαρτάται από τον ίδιο τον άρρωστο (κατάσταση του), τις προτιμήσεις του γιατρού και τέλος την πολιτική του Νοσοκομείου.

ΠΩΣ ΚΑΙ ΠΟΣΑ ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία μπορεί να διαρκέσει μία ή περισσότερες ημέρες και να περιλαμβάνει ένα ή περισσότερα φάρμακα. Η θεραπεία με περισσότερα από ένα φάρμακα αναφέρεται σε "ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ", και τότε έχουμε τα λεγόμενα σχήματα. Ο αριθμός των σχημάτων (κύκλων) για κάθε άρρωστο, εξαρτάται από την τοξικότητα των φαρμάκων, π.χ. σε θεραπεία με PLATINOL, θα χρειασθούν 5-6 σχήματα, και από την περίπτωση του αρρώστου π.χ. σε HODGKIN 12 σχήματα εφ' όσον η αρρώστια έχει μπει σε ύφεση.

Σ Χ Η Μ Α Τ Α

Φάρμακα	MG/M ²	τρόπος χορήγησης	μέρες χορήγησης	συχνότητα χορήγησης	σε ποιές περιπτώσεις χορηγούνται
CAF					
Cyclophosphamide	100	PO	1-14	κάθε	Ca μαστού
Doxorubicin	25	IV	1η-8η	28	Ca ωοθηκών
Fluorouracil	500	IV	1η-8η	ημέρες	
CAMF					
Cyclophosphamide	125	PO	3-8	κάθε	
Doxorubicin	40	IV	1η	28	Ca μαστού
Methotrexate	15	IV	3η-8η	ημέρες	
Fluorouracil	400	IV	3η-8η		
CHOP					
Cyclophosphamide	750	IV	1η	σε	Νόσος του
Hydroxydoxorubicin	50	IV	1η	21	Hodgkin,
Viucristine	1.4	IV	1η	ημέρες	λέμφωμα
Prednisone	40	PO	1-5		
CHOP - bleo					
Cyclophosphamide	750	IV	1η	από	
Hydroxydoxorubicin	50	IV	1η	21-28	λέμφωμα
Viucristine	1.4	IV	1η-5η	ημέρες	
Prednisone	40	PO	1-5		
Bleomycine	15	IV	1η-5η		
FAC					
Fluorouracil	400	IV	1η-8η	κάθε	
Doxorubicin	40	IV	1η	28	Ca μαστού
Cyclophosphamide	400	IV	1η	ημέρες	
M - BACOD					
Methotrexate	200	IV	8η-15η		
Leucovorin 24	10	PO ή IM	96 ώρες X 6	κάθε	

Φάρμακα	MG/M ²	τρόπος χορήγησης	- 30 μέρες χορήγησης	συχνότητα χορήγησης	σε ποιές περιπτώσεις χορηγούνται
Bleomycin	4.0	IV	1η-22η	28	λέμφωμα
Doxorubicin	45	IV	1η-22η	ημέρες	
Cyclophosphamide	600		1η-22η		
Viucristine	1.0		1η-22η		
Dexamethasone	6	PO	1-5,22-26		
MOPP					
Mechlorethamine	6	IV	1η-8η	κάθε	Νόσος
Viucristine	1.4	IV	1η-8η	28	του
Procarbarine	100	PO	1-14	ημέρες	Hodgkin
Prednisone	40	PO	1-14		
PVB					
Platinum	20mg/m ²	IV	1-5		
Viublastin	0,3mg/kg	IV	1η-2η εβδο-		Σεμίωμα
Bleomycin	30 units	IV	μάδα X 12		
COAP					
Cyclorhosphamide	40	IV	98 ώρες X 12	κάθε	
Viucristine	1.4	IV	1	2	
Cykosine arabi- noside	40	IV	98 ώρες X 12	εβδομάδα	λευχαιμία
Prednisone	200	PO	9 μέρες X 4 μέρες		

Μπορεί ακόμα να δίνονται διαφορετικά φάρμακα σε διαφορετικό χρόνο και αυτό συμβαίνει για να επιφέρουν ένα επιτυχημένο αποτέλεσμα στον άρρωστο. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δρούν μπορούν να δοθούν σε συνδυασμό και παράλληλα με ακτινοθεραπεία. Επίσης, πριν ή μετά από το χειρουργείο, δεν έχουμε την προεγχειρητική χημειοθεραπεία και την μετεγχειρητική χημειοθεραπεία.

Μερικές φορές διαφορετικά είδη θεραπείας συνδυάζονται για να καταστρέψουν τα μη φυσιολογικά κύτταρα και να ανακουφίσουν τον πόνο.

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ

Δραστηριότητες.

Κατά το διάστημα της χημειοθεραπείας πολλοί άρρωστοι είναι δραστήριοι, μερικοί όμως βρίσκουν αναγκαίο να ελαττώσουν τις δραστηριότητές τους και να εφαρμόσουν έναν αργό τρόπο ζωής. Ο χρυσός κανόνας είναι "να κάνεις αυτό που σου αρέσει χωρίς να πιέζεσαι".

Δίαιτα.

Γενικά ο άρρωστος κατά την χημειοθεραπεία πρέπει να ακολουθεί μια σωστή διαίτα πλούσια σε βιταμίνες και πρωτεΐνες. Εάν έχει ανορεξία ή χάνει βάρος, να προσπαθήσει να παίρνει μικρά γεύματα, σε τακτικά διαστήματα της ημέρας. Να κάνει έναν περίπατο (αν μπορεί) πριν από το γεύμα και να πίνει ένα ποτήρι κρασί ή μπύρα εφόσον του επιτρέπει ο γιατρός. Προσοχή. Έχει αναφερθεί αντίδραση στην ΤΥΡΑΜΙΝΕ (τυριά, κόκκινο κρασί, μπύρα) κατά την χορήγηση ΡΟΥΒΑΡΒΙΝΕ. Τα μικρογεύματά του να είναι ελκυστικά και καλής θρεπτικής αξίας. Εάν τον στενοχωρεί το ζήτημα της διαίτας, να ζητήσει να δει τον γιατρό, τη νοσηλεύτρια ή τη διαιτολόγο.

Κατά την ημέρα της χημειοθεραπείας ο άρρωστος δεν τρώει τίποτα 2-3 ώρες πριν και μετά την θεραπεία.

Παρενέργειες και αντιμετώπισή τους κατά την θεραπεία.

- αλλαγή γεύσης και όσφρησης

Αν αυτό συμβεί κατά την διάρκεια της έγχυσης του φαρμάκου στη φλέβα, αντιμετωπίζεται με την γεύση ενός γλυκίσματος.

Πολλές φορές η αίσθηση της γεύσης και της όσφρησης μπορεί να επανέλθει μετά από 2-3 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας.

- ναυτία ή έμμετος

Ο άρρωστος πρέπει να παίρνει:

Αντιεμετικά φάρμακα (εντολή γιατρού)

Ανθρακούχα ποτά (π.χ. COCA COLA)

Μαλακές κρύες τροφές

Τροφή σε μικρές και συχνές δόσεις

Δίαιτα πλούσια σε πρωτεΐνες και υδατάνθρακες

Να αποφεύγει τροφές με έντονα ή δυσάρεστα αρώματα

Να αποφεύγει τα γλυκά

Να αποφεύγει τα υγρά κατά την ώρα του γεύματος

Την ημέρα της θεραπείας να παίρνει τα γεύματά του νωρίς για καλύτερη χώνεψη.

Να αποφεύγει τα βαριά γεύματα

Συστήνουμε τόστ ή κράκερς

- διάρροια

Να παίρνει αντιδιαρροϊκά φάρμακα

Να παίρνει υγρά αντικαταστάσεως (6-8 ποτήρια)

Να αποφεύγει πικάντικες ή λιπαρές τροφές και διάφορα διεγερτικά, όπως π.χ. καφές.

Να μην παραλείπει γεύματα κατά την διάρκεια της ημέρας

Να παίρνει ζεστά φαγητά όχι καυτά

Να αποφεύγει τροφές με ίνες (φρούτα, λαχανικά, εκτός πατάτες)

- δυσκοιλιότητα

Δίαιτα πλούσια σε κυτταρίνη και υγρά

- τριχόπτωση

Να υπογράψει ο άρρωστος ότι είναι ενημερωμένος σχετικά με την τριχόπτωση

Να χρησιμοποιεί μαντήλια, καπέλα ή περούκα και μάλιστα αν είναι δυνατόν εγκαίρως από τα ίδια του τα μαλλιά.

Να χρησιμοποιεί κάσκα ψύξεως.

Να μην λούζεται συχνά και να μην χρησιμοποιεί βούρτσα με σκληρές τρίχες.

Να αποφεύγει την περμανάντ και τις βαφές κατά την διάρκεια της θεραπείας.

Η τριχόπτωση μπορεί ακόμη να σταματήσει και κατά την διάρκεια της θεραπείας. Τα μαλλιά βγαίνουν καλύτερα από πρίν.

- λευκοπενία (μείωση των λευκών αιμοσφαιρίων)

Να βεβαιωθεί ο άρρωστος ότι είναι προσωρινή.

Να ζεί σε καθαρό και υγιεινό περιβάλλον . Όταν νοσηλεύεται στο νοσοκομείο πρέπει να λαμβάνονται προστατευτικά μέτρα για λοιμώξεις. Το προσωπικό του νοσοκομείου και οι συγγενείς να φορούν μάσκα, γάντια και ποδιά (όταν βρίσκονται στον θάλαμό του. Ο άρρωστος να αποφεύγει τα ωμά φαγητά και φρούτα. Όταν κυκλοφορεί στο διάδρομο να φορεί μάσκα. Να αποφεύγει να έρχεται σε επαφή με άτομα που πάσχουν από λοιμώδεις ή μεταδοτικές νόσους.

Να αποφεύγει τους χώρους συγχρωτισμού.

Να κάνει καθημερινό λουτρό και πλύσιμο χειρών με αντισηπτικά υγρά.

Να ενισχυθεί με αντιβιοτικά (εντολή γιατρού)

- αναιμία (μείωση των ερυθρών αιμοσφαιρίων)

Να ελαττώσει τις δραστηριότητές του

Να αποφεύγει την κόπωση

Να αναπαύεται

Να έχει καλή διατροφή

Η μετάγγιση αίματος είναι ένας γρήγορος τρόπος αντιμετώπισης.

- θρομβοπενία (μείωση αιμοπεταλίων)

Να αποφεύγει αθλοπαιδεΐες και ασπιρίνη

Να αποφεύγει τραύματα και κακώσεις

Να αποφεύγει ξυριστική μηχανή (με λεπίδα)

Να μην κάνει ενδομυϊκές ενέσεις

Να φροντίζει το στόμα του πρωί βράδυ μετά το φαγητό

Να χρησιμοποιεί μαλακή οδοντόβουρτσα

Να πλένει το στόμα του με σόδα

Να αποφεύγει τροφές που τραυματίζουν

Να αποφεύγει ξινά, καρυκεύματα, οινόπνευμα και κάπνισμα

Να χρησιμοποιεί βουτυροκακάο ή βαζελίνη για τα χείλη του

Να ρωτήσει τον οδοντοτίατρο για προληπτική φθορίωση των

δοντιών

Να κάνει μεταγγίσεις : αιμοπεταλίων

Σε δυσκοιλιότητα να αποφεύγει υποκλισμούς και υπόθετα

Να αποφεύγει την θερμομέτρηση από τον πρωκτό

- στοματίτιδα

Να λαμβάνει μαλακή τροφή

Να πίνει πολλά υγρά

Να κάνει πλύσεις στόματος με χαμόμηλο και σόδα

Να χρησιμοποιεί αντισηπτικά υγρά π.χ. HEXALEN

Επίσης σταγόνες MYCOSTATINE

Επί πόνου XYLOCAINE VISCUS (εντολή γιατρού)

- ευαισθησία στο φώς

Να χρησιμοποιεί γυαλιά ηλίου

Να αποφεύγει το δυνατό φώς

- προβλήματα από το γεννητικό σύστημα

Ο γιατρός και η νοσηλεύτρια-ής (κατά την θεραπεία) βο-

ηθά τον άρρωστο να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα. Σε γυναίκες η περίοδος μπορεί να γίνει ακανόνιστη, ή μπορεί να σταματήσει.

Σε άνδρες μπορεί να παρουσιαστεί στειρότητα, να σταματήσει η παραγωγή σπέρματος, η οποία μπορεί να είναι προσωρινή, επίσης ολιγοσπερμία, π.χ. σε METHOTREXATE και αζωσπερμία π.χ. σε LEUKERAN ή ENDOXAN. Για κάθε ενδεχόμενο, καλό είναι να γίνει αποθήκευση σπέρματος σε τράπεζα πριν την θεραπεία. Οποσδήποτε αντισυλληπτικά μέτρα πρέπει να λαμβάνονται, για να αποφευχθεί πιθανή γέννηση μη υγιών παιδιών.

ΠΡΩΙΜΕΣ ΚΑΙ ΟΨΙΜΕΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

1. 5 FU (5 FLUOROURACIL)

Πρώιμες παρενέργειες

- Ναυτία, έμετος εντός 3-6 ωρών μετά την έγχυση του φαρμάκου
- Διάρροια (μπορεί να συμβεί εντός 7 ημερών)
- Στοματίτιδα (μπορεί να συμβεί 5-8 μέρες μετά την θεραπεία)

Όψιμες παρενέργειες

- Ελάττωση λευκών αιμοσφαιρίων και αιμοπεταλίων εντός 1-2 εβδομάδων μετά την θεραπεία.
- Μελάνιασμα των νυχιών, του δέρματος και των φλεβών στη περιοχή όπου χορηγείται το φάρμακο (μπορεί να συμβεί 4-6 εβδομάδες μετά την έγχυση του φαρμάκου).

- Αλωπεκία (μπορεί να συμβεί 3-4 εβδομάδες μετά την θεραπεία.

3. CISPLATIN CIS-PLATINUM , DDP PLATINOL

Πρώιμες παρενέργειες

- Ναυτία, έμετος (2-4 ώρες μετά τη λήψη του φαρμάκου).

Η ναυτία μπορεί να συνεχισθεί και για μερικές μέρες.

- Διάρροια (εντός μιας μέρας).
- Ανορεξία (μετά 1-2 μέρες μέχρι 1 εβδομάδα διάρκεια).
- Αύξηση ουρίας και κρεατινίνης στο αίμα και διαταραχές ηλεκτρολυτών.

Ώσιμες παρενέργειες

- Ευβοές στα αυτιά εντός μίας εβδομάδας μετά την θεραπεία.

- Προσωρινή ελάττωση λευκών αιμοσφαιρίων και αιμοπεταλίων (μπορεί να παρατηρηθεί στο αίμα 7-14 ημέρες μετά την θεραπεία

- Μούδιασμα των δακτύλων μετά από μερικές θεραπείες.

4. DAUNOMYCIN - DAUNORUBICIN, CERUBIDINE, RUBIDOMYCIN, DAUNOBIASTINA

Πρώιμες παρενέργειες

- Ναυτία, έμετος (μπορεί να συμβεί εντός 1-24 ωρών).
- Ερυθρά ή ροζ χρώση ούρων (μπορεί να συμβεί εντός 48 ωρών μετά την θεραπεία), όχι αιματουρία.

- Διάρροια (μπορεί να συμβεί εντός 3-5ημερών μετά την θεραπεία).

Ώσιμες παρενέργειες

- Ελάττωση λευκών αιμοσφαιρίων, αιμοπεταλίων, ερυθρών αιμοσφαιρίων (1-2 εβδομάδες μετά την θεραπεία).

- Αλωπεκία (2-4 εβδομάδες μετά την θεραπεία).
- Στοματίτιδα (εντός μιας εβδομάδος μετά την θεραπεία).
- Καρδιοαναπνευστική ανεπάρκεια.

5. ADRIAMYCIN - DOXORUBICIN, "ADRIA", ADRIBLASTINA

πρώιμες παρενέργειες

- Δερματικό εξάνθημα στο σημείο έγχυσης του φαρμάκου.

- Ναυτία, έμετος (μετά από 1-48 ώρες).

- Κόκκινα ή ρόζ ούρα μπορεί να έχουμε μέσα σε 48 ώρες μετά την θεραπεία (όχι αιματουρία).

- Όψιμες παρενέργειες

- Πιθανή ελάττωση λευκών αιμοσφαιρίων και αιμοπεταλίων του αίματος (10-14 μέρες μετά την θεραπεία).

- Ναυτία, έμετος (μετά από 1-48 ώρες).

- Κόκκινα ή ρόζ ούρα μπορεί να έχουμε μέσα σε 48 ώρες μετά την θεραπεία.

Όψιμες παρενέργειες

- Πιθανή ελάττωση λευκών αιμοσφαιρίων και αιμοπεταλίων του αίματος (μπορεί να συμβεί σε 10-14 μέρες μετά την θεραπεία).

- Αλωπεκία (2-4 εβδομάδες μετά την θεραπεία).

- Στοματίτιδα (εντός 1 εβδομάδος μετά την λήψη του φαρμάκου).

- Καρδιακά ενοχλήματα.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο γιατρός ή η νοσηλεύτρια-ής ενημερώνει τον άρρωστο για τα συμπτώματα που πρέπει να προσέχει εκτός νοσοκομείου, τα οποία πρέπει να αναφέρει επικοινωνώντας με τον γιατρό ή την ίδια την νοσηλεύτρια-ή. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να είναι:

- ασυνήθιστες αιμοραγίες (αίμα στα ούρα, στα εμέσματα, στα ούλα, στα κόπρανα, ρινική επίσταξη, μητροραγίες).

- εξάνθημα και πετέχειες στο δέρμα

- υπερπυρεξία
- κόπωση, δύσπνοια
- στοματαλγία, ή δυσκαταποσία, στοματίτιδα
- μούδιασμα ή ευαισθησία των δακτύλων χεριών ή ποδών
- αλλαγή στις συνήθειες αφοδεύσεως
- δυσκολία στην ούρηση
- απότομη αύξηση ή μείωση του σωματικού βάρους
- πόνοι ασυνήθιστης έντασης
- κεφαλαλγίες
- διόγκωση αδένων

ΑΣΦΑΛΗ ΜΕΤΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Τα ασφαλή μέτρα μπορούμε να τα χωρίσουμε σε δύο φάσεις:

1. Τη φάση της παραγωγής, η οποία αφορά το υγειονομικό προσωπικό κυρίως, των φαρμακευτικών εταιρειών. Δηλαδή, η κάθε παραγωγός εταιρεία, βάσει στατιστικών και ερευνητικών στοιχείων, πρέπει να ξέρει τα κυτταροστατικά φάρμακα που παράγει, πόσο ασφαλή είναι και ποιά μέτρα προφυλάξεως πρέπει να παίρνει για το υγειονομικό προσωπικό που τα χειρίζεται.

Οι οδοί μόλυνσης είναι:

α. Το δέρμα. Δηλαδή η άμεση επαφή του φαρμάκου με το δέρμα.

β. Η αναπνευστική οδός, δηλαδή η εισπνοή και η λήψη αεροδιασκορπισμένων σωματιδίων των φαρμάκων.

Σ' αυτή τη φάση κάθε εταιρεία θα πρέπει να περιορίσει τον αεροδιασκορπισμό σωματιδίων των φαρμάκων κατά την διάλυσή τους (αυτά δηλαδή που συσκευάζονται υπό μορφή σκόνης).

- με μια ειδική συσκευή εξαερισμού στη σύριγγα
- με την χρησιμοποίηση θιαλιδίων με έτοιμο διάλυμα προς

χρήση όπως π.χ. το PLATINOL. Με τα έτοιμα προς χρήση διαλύματα φαρμάκου ο αεροδιασκορπισμός των σωματιδίων των φαρμάκων υπό την θετική πίεση αποφεύγεται. Επιπλέον τα έτοιμα προς χρήση διαλύματα φαρμάκων, απαιτούν λιγώτερο εξοπλισμό, λιγότερους χειρισμούς, μικρότερο κίνδυνο διασποράς και αποτρέπεται το ενδεχόμενο να χρησιμοποιηθεί λάθος διαλύτης.

2. Τη φάση της προετοιμασίας και της χορήγησης των φαρμάκων. Αυτή αφορά τον άρρωστο και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

ΑΣΦΑΛΗ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ

Φάση της προετοιμασίας και της χορήγησης φαρμάκων.

Η φάση της προετοιμασίας και της χορήγησης χημειοθεραπευτικών φαρμάκων πρέπει να γίνεται από πεπειραμένο και εάν είναι δυνατόν από ειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την αποφυγή περισσότερων παρενεργειών σε βάρος του αρρώστου. Θα πρέπει εδώ να τονισθεί ιδιαίτερα η επέμβαση της νολεύτριας-ή για την ενημέρωση του αρρώστου σχετικά με την χημειοθεραπεία και ενθάρρυνσή του για την αντιμετώπιση τυχόν παρενεργειών.

Κατά την έναρξη και την διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής, απαιτείται προσεχτικός έλεγχος εργαστηριακών εξετάσεων.

Απαιτείται η παρακολούθηση για σημάδια αφυδάτωσης και ηλεκτρολυτικής ανισορροπίας (σε διάρροια, εμέτους και απώλεια ούρων) του αρρώστου γι' αυτό γίνεται μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών του.

Προσοχή στην IV χορήγηση ορισμένων φαρμάκων τα οποία πρέπει να προφυλάσσονται από το φώς (καλλυμένοι οροί).

Να υπάρχει κοντά στον άρρωστο συσκευή O₂ για τυχόν αλλεργικό SHOCK.

Να βρίσκονται έγκαιρα στον όροφο και τοποθετημένα στον κατάλληλο χώρο (ψυγείο εάν χρειάζεται) τα φάρμακα που θα χρει-

αστούν για την θεραπεία (σχήμα). Προσοχή να μην βγαίνουν την τελευταία στιγμή από το ψυγείο. Επίσης πρέπει να υπάρχουν τα αντίδοτα των φαρμάκων.

Μερικά από τα κυτταροστατικά φάρμακα δημιουργούν εκδορές και όταν φύγουν από την φλέβα δημιουργούν εξέλκωση, ή νέκρωση στους ιστούς. Όλα τα φάρμακα που δίνονται ενδοφλεβίως πρέπει να παρακολουθούνται με εξαιρετική προσοχή, καθ' όλη την διάρκεια της χορήγησής τους, και αν υπάρχουν αμφιβολίες για την καταλληλότητα της φλέβας, η θεραπεία πρέπει να διακόπτεται.

Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων ο γιατρός και η νοσηλεύτρια-ής πρέπει να ξέρουν ότι:

1. Προσθέτοντας διαλυτικό μέσα σ' ένα φιαλίδιο, μπορεί να παρουσιασθεί δυσκολία και να εκτιναχθεί το φάρμακο προς τα έξω, εκτός και αν προσέξει να δημιουργείται ίση περίπου πίεση έξω και μέσα στα φιαλίδια.

2. Εάν ένα φάρμακο είναι γνωστό ότι προκαλεί εκδορές, πρέπει να χορηγείται πρώτο, γιατί στην αρχή η φλέβα είναι υγιής και ο κίνδυνος για έγχυση μικρότερος.

3. Η φλέβα πρέπει να είναι σταθερή και ελαστική, και κατά το δυνατόν να μην έχει τρυπηθεί πριν.

4. Εξελκωμένες και ερεθισμένες περιοχές πρέπει να αποφεύγονται.

5. Σε μέρος που δυσκολεύεται η κυκλοφορία του αίματος, η θεραπεία πρέπει να αποφεύγεται π.χ. θρομβοφλεβίτιδα, τραύμα, ακινητοποιημένο μέρος λόγω κατάγματος.

6. Για το καλό όλων να μην γίνεται απόπειρα φλεβοκέντησης με την βελόνα από το ίδιο πρόσωπο περισσότερες από 3 φορές.

7. Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση των φαρμάκων πρέπει να χρησιμοποιείται βελόνα Νο 21 ή 23.

8. Κάθε φλέβα πρέπει να δοκιμάζεται με απλή SALINE πριν την χορήγηση και να ξεπλένεται καλά μετά.

9. Αν πρόκειται να δοθούν πολλά φάρμακα, η φλέβα πρέπει να ξεπλένεται καλά πριν από κάθε χορήγηση νέου φαρμάκου.

10. Φάρμακα που προφυλάσσονται στο ψυγείο μπορεί να είναι κρύα για την φλέβα και είναι σημαντικό, ο θεράπων να μπορεί να ξεχωρίσει μεταξύ αυτού και της αίσθησης του καύσωνα που προκαλείται από την έγχυση.

11. Εάν αμφισβητείται η καταλληλότητα της φλέβας, η έγχυση πρέπει να επαναληφθεί σε μία άλλη φλέβα και κατά προτίμηση στο άλλο χέρι.

12. Ο γιατρός ή η νοσηλεύτρια πρέπει να διακόψει την θεραπεία εάν υποψιαστεί έγχυση έξω από την φλέβα. Αυτό θα γίνει αντιληπτό:

α. Εάν δημιουργηθεί πρήξιμο στο σημείο της βελόνας.

β. Εάν ο ασθενής παραπονεθεί για αίσθηση καύσωνα γύρω από την βελόνα.

γ. Όταν τραβήξει το έμβολο της σύριγγας και το αίμα δεν έρχεται μέσα στην σύριγγα.

Η καλύτερη θεραπεία του νεκρώματος είναι η πρόληψη.

Ένας τρόπος πρόληψης του νεκρώματος είναι π.χ. η χρησιμοποίηση της συσκευής LIFE CARE PUMB MODEL 3, η οποία προειδοποιεί με χαρακτηριστικό ήχο σε περίπτωση κωλύματος.

Επίσης η συσκευή μιας χρήσης, που ρυθμίζει την ροή του φαρμάκου, όπως π.χ. DIAL-A-FLO.

Το INTRAPORT σύστημα είναι ιδιαίτερα πρακτικό και κατάλληλο για διακοπτόμενη αλλά και συνεχόμενη χημειοθεραπεία και θα πρέπει κατά το δυνατόν να τοποθετείται στους ασθενείς με την έναρξη της θεραπείας των οποίων η φλεβική προσπέλαση

είναι δύσκολη.

Η θεραπεία του νεκρώματος μπορεί να διαφέρει από Νοσοκομείο σε Νοσοκομείο. Μια ενδεδειγμένη ενέργεια και θεραπεία είναι η ακόλουθη:

Ο γιατρός ή η νοσηλεύτρια σε υποψία έγχυσης του φαρμάκου έξω από την φλέβα.

1. Να βγάζει αμέσως την βελόνα
2. Να σκεπάσει το σημείο με παγάκια
3. Να κάνει ένεση HYDROCORTIZONE 1% γύρω από εκεί που νομίζει ότι έχει γίνει το έγχυμα (εντολή γιαιτρού).
4. Να απλώσει κρέμα HYDROCORTIZONE. Να συνεχίζει να βάζει την κρέμα 2 φορές την ημέρα μέχρι να υποχωρήσει ο ερεθισμός.

ΑΣΦΑΛΗ ΜΕΤΡΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Η φάσεις της προετοιμασίας και της χορήγησης.

Στην δεύτερη φάση, την φάση της προετοιμασίας, υπάγονται και μέτρα ασφάλειας που πρέπει να λαμβάνει το υγειονομικό προσωπικό που χειρίζεται τα κυτταροστατικά φάρμακα, για να απαλλαγεί από τις μεταλλαξιογόνες και καρκινογόνες επιδράσεις που ασκούν πάνω του. Στις περιπτώσεις που τα κυτταροστατικά φάρμακα ετοιμάζονται στα Νοσοκομεία, θα πρέπει να υπάρχει διάφανές διάφραγμα μεταξύ εργαζομένου και χώρου προετοιμασίας. Ο ιδεώδης τρόπος θα είναι αυτά τα φάρμακα να ετοιμάζονται σε ειδικό χώρο όπου υπάρχει ανεμιστήρας με αέρα που βγαίνει με κάθετη κατεύθυνση προς τα έξω και ακόμη η διαδικασία αυτή να γίνεται σε ειδικό χώρο που το προσωπικό χειρίζεται μόνο χημειοθεραπευτικά φάρμακα.

Κατά την διάρκεια της διαδικασίας των κυτταροστατικών φαρμάκων, η νοσηλεύτρια ή όποιος ασχολείται με την διάλυσή τους πρέπει να φορά τα ακόλουθα:

1. Πλαστικά γάντια κατά την διάλυση και να αλλάζονται κατά την έγχυση του φαρμάκου στην φλέβα.

2. Προστατευτικά γυαλιά

3. Μάσκα

4. Πλαστική ποδιά κατά την διάλυση και την έγχυση.

Τα χέρια πρέπει να πλένονται καλά πριν φορεθούν τα γάντια καθώς και μετά την αφαίρεση των γαντιών.

Σε περίπτωση οποιασδήποτε μόλυνσης του δέρματος πρέπει να πλένεται καλά η περιοχή με σαπούνι και νερό, και εάν εκτεθούν τα μάτια πρέπει να πλένονται με άφθονη ποσότητα νερού.

Το τμήμα του φαρμακείου μπορεί να είναι ο πιο κατάλληλος χώρος γι' αυτή την προετοιμασία. Εδώ τοποθετείται μια εστία η οποία φιλτράρει τον αέρα, LAMINAL AIR FLOW HOOD νηματικής ροής αέρα, όπου γίνονται οι διαλύσεις των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, και ειδικά για τα φάρμακα που χρειάζονται ένα χρονικό διάστημα από την διάλυσή τους μέχρι την χορήγησή τους. Η εστία αυτή χρησιμεύει να προστατεύει τον φαρμακοποιό, ο οποίος ακόμη πρέπει να φορά γάντια και ποδιά.

Προσοχή στην απόρριψη απεκκριμάτων των ασθενών που μπορεί να περιέχουν αναλοίωτα φάρμακα ή κυτταροστατικούς μεταβολίτες. Τα κυτταροστατικά φάρμακα απεκκρίνονται από τα ούρα ή τα κόπρανα ή και από τα δύο.

Καλό είναι οι επίτοκες, να αποφεύγουν όλες τις φάσεις χρήσης των κυτταροστατικών φαρμάκων, ειδικά τους 3 πρώτους μήνες της κύησης για αποφυγή τερατογέννησης.

Όλα τα μολυσμένα υλικά όπως μπλούζες, γάντια, κενά φιαλίδια φαρμάκων, αχρησιμοποίητα φάρμακα πρέπει να μαζεύονται σε δοχεία και να τοποθετείται πάνω σ' αυτά κόκκινη ετικκέτα με την επιγραφή "επικίνδυνα απορρίματα".

Θα ήθελα όμως να τονίσω ότι τα μέτρα ασφάλειας, που πρέπει να παίρνει το υγειονομικό προσωπικό να είναι σε λογικά πλαίσια, ώστε να μην δημιουργείται περιττή ανησυχία στο ίδιο το προσωπικό και τους αρρώστους, που υπόκεινται σε θεραπεία κυτταροστατικών φαρμάκων.

Τέλος ανακεφαλαιώνω τα μέτρα προφύλαξης υγειονομικού προσωπικού, αναφέροντας τις συστάσεις της Επιτροπής Αμερικανικής μελέτης κυτταροτοξικών φαρμάκων.

1. Να χρησιμοποιείται εστία LAMINAL AIR FLOW HOOD.

2. Να φοριούνται χειρουργικά γάντια και ποδιά (όταν γίνεται η διάλυση στο HOOD). Γάντια, μάσκα, γυαλιά και ποδιά, εκτός HOOD.

3. Να πετιούνται τα άχρηστα υλικά σε ειδικό δοχείο.

Κατά την διάλυση των φαρμάκων, βγάζοντας τον αέρα από την σύριγγα, να τοποθετείται μπροστά στη βελόνη γάζα εμποτισμένη σε οινόπνευμα για να μη διασκορπίζονται τα σωματίδια των φαρμάκων στην ατμόσφαιρα.

5. Να κάνει συχνά εξετάσεις αίματος και να είναι πεπειραμένο και καλά εκπαιδευμένο το προσωπικό που ασχολείται με την χημειοθεραπεία.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΓΡΙΝΙΟΥ

Κλινική: Παθολογική

Διευθυντής: κ. Γ. Κυλάφης

Θάλαμος: 4/1

ΕΙΣΟΔΟΣ: 7/8/88

ΕΞΟΔΟΣ: 14/8/88

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΝΟΜΑ: Παναγιώτα Γ.

ΗΛΙΚΙΑ: 45 ετών

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: Οικιακά

Κληρονομικό και οικογενειακό αναμνηστικό. Κανένα παρόμοιο περιστατικό δεν παρουσιάστηκε στην οικογένεια. Ο πατέρας πέθανε πριν από 9 χρόνια από έμφραγμα της καρδιάς. Η μητέρα ζεί ακόμη καθώς και τα αδέρφια.

Ατομικό αναμνηστικό: Στην παιδική ηλικία νόσησε από τις ασθένειες ιλαρά και ανεμοβλογιά. Τα τελευταία 10 χρόνια είχε ενοχλήσεις από το στομάχι (γαστρίτιδα).

Οικογενειακή κατάσταση: Είναι έγγαμος μητέρα δύο αγοριών.

Συνήθειες και τρόπος ζωής: Είναι καπνίστρια 12 χρόνια. Τα τελευταία 3 χρόνια κάπνιζε περίπου 30 τσιγάρα την ημέρα. Σύμφωνα με πληροφορίες υπήρχαν οικογενειακά προβλήματα.

Λήψη φαρμάκων: Περιστασιακά έπαιρνε παυσίπονα και για μικρό διάστημα αναλγητικά για μυϊκούς πόνους.

Διάγνωση κατά την είσοδο: Ca μαστού.

Παρούσα νόσος: Έγινε αντιληπτή στις 2 Ιουλίου 1988, οπότε η ασθενής διαπίστωσε ψηλαπιτή μάζα στο δεξιό μαστό από διμήνου.

Στην εξέταση που κάνει ο γιατρός διαπιστώνει πράγματι σκληρή μάζα 2Χ2 CM στο δεξιό μαστό ανόδουνη, που συμφύεται με τον υποκείμενο ιστό. Επίσης διαπίστωσε 2-3 λεμφαδένες στη δεξιά μασχάλη ανόδουνης. Η ασθενής είχε μπει στην εμμηνόπαυση πριν από δύο χρόνια.

Επειδή η μάζα αυτή θεωρήθηκε ύποπτη για κακοήθεια, έγινε ταχεία βιοψία και αποδείχθηκε καρκίνος αδενικού τύπου. Ο χειρουργός προχώρησε στην αφαίρεση του στήθους. Στην διερεύνηση της δεξιάς μασχάλης διαπιστώθηκαν διογκωμένοι λεμφαδένες και αφαιρέθηκαν. Η ιστολογική εξέταση έδειξε ότι πρόκειται για καρκίνωμα αδενικού τύπου, ενώ είχαν ήδη υποστεί μετάσταση και οι λεμφαδένες. Επίσης έγινε έλεγχος για πιθανές άλλες μεταστάσεις με σπινθηρογράφημα οστών, σπινθηρογράφημα ήπατος, που ήταν αρνητικές. Η ασθενής στην συνέχεια τέθηκε σε χημειοθεραπεία με το εξής σχήμα:

5 FLUOROURACIL - METHOTREXATE - ENDOXAN (κυκλοφωσφαμίδη).

Αυτή γίνεται σε 6 κύκλους.

Την πρώτη και όγδοη ημέρα του κάθε κύκλου γίνεται ενδοφλέβια 1.000 MG FLUOROURACIL (5FU) και 65 MG METHOTREXATE. Το ENDOXAN το παίρνει από το στόμα 100MG κάθε μέρα από την πρώτη μέχρι και την 14η μέρα του κύκλου.

Κάθε κύκλος διαρκεί 28 μέρες.

Πριν γίνουν οι ενδοφλέβιες - την προηγούμενη μέρα - γίνεται εξέταση γενική αίματος και αιμοπεταλίων.

Η χημειοθεραπεία θα γίνει εφόσον η αιμοσφαιρίνη είναι πάνω από 10 GR, τα λευκά πάνω από 3.000 και τα αιμοπετάλια πάνω από 10.000.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1. Η ασθενής παρουσιάζει ναυτία και τάση προς εμετό.

1. Εξάλιψη της ναυτίας

1. Χορηγούνται στην ασθενή: αντιεμετικά φάρμακα, ανρακούχα ποτά μαλακές τροφές, τροφή σε μικρές συχνές δόσεις δίαιτα πλούσια σε πρωτεΐνες και υδατάνθρακες. Συνιστάται να αποφεύγει τροφές με έντονα ή δυσάρεστα αρώματα να αποφεύγει τα γλυκά να αποφεύγει τα υγρά κατά την ώρα του γεύματος. Την ημέρα της θεραπείας να παίρνει τα γεύματα του νωρίς για καλύτερη χώνεψη.

2. Η ασθενής παρουσιάζει διάρροια.

2. Ανακούφιση της ασθενούς από αυτό το σύμπτωμα

2. Συνιστάται να αποφεύγει τα βαριά γεύματα, να παίρνει αντιδιαρροϊκά φάρμακα, να παίρνει υγρά αντικαταστάσιως. Επίσης να αποφεύγει πικάντικες ή λιπαρές τροφές ή διεγερτικά, να μην παραλείπει γεύματα, να παίρνει ζεστά φαγητά να αποφεύγει τροφές με ίνες.

2. Η ασθενής παραπονείται για ενοχλήματα στη στοματική της κοιλότητα.

3. Θεραπεία της στοματίτιδας και ανακούφιση της ασθενούς από τα ενοχλήματα

3. Τα προβλήματα υποχωρούν και η ασθενής πραγματικά ανακουφίζεται

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

4. Μετά από εξετάσεις αίματος φαίνεται ότι ο ασθενής έχει αναιμία που πρέπει να αντιμετωπιστεί αφού ο αιματοκρίτης είναι αρκετά χαμηλός.

4. Αντιμετώπιση της αναιμίας

4. Χορήγηση δύο μονάδων αίματος για διόρθωση της αναιμίας ενώ παρακολουθώ στενά τον ασθενή για τυχόν αντίδραση. Λαμβάνω τα ζωτικά σημεία για έγκαιρη διαπίστωση απόκλισης από τα φυσιολογικά όρια. Συνιστάται να αποφεύγει την κόπωση να αναπαύεται και να έχει καλή διατροφή.

4. Μετά την μετάγγιση γίνονται εξετάσεις και παρατηρείται κάποια ελάχιση άνοδος του αιματοκρίτου ενώ βελτιώνεται κάπως η εξωτερική όψη του ασθενούς

5. Η ασθενής ή ο ασθενής διακατέχεται από εκνευρισμό και φόβο.

5. Καθησύχασα της ασθενούς.

5. Προσπαθούμε να εμπνεύσουμε εμπιστοσύνη στην ασθενή ώστε να μας εκμυστηρευτεί τους φόβους της και από που πηγάζουν. Της αναφέρουμε πρακτικές λύσεις που θα της δώσουν αυτοπεποίθηση. Την βοηθάμε σε άλλα προβλήματα και θέματα που την πιέζουν (σχέσεων κλπ.)

5. Η ασθενής μας πλησιάζει και φαίνεται ότι αρχίζει να απολαμβάνει το σήμερα.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΓΡΙΝΙΟΥ

Κλινική: Παθολογική

Διευθυντής: κ. Γ. Κυλάφης

Θάλαμος: 7/3

ΕΙΣΟΔΟΣ: 3/10/88

ΕΞΟΔΟΣ : 6/10/88

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Όνομα: Δημήτριος Κ.

Ηλικία: 73 ετών

Επάγγελμα: Αγρότης

Ατομικό ιστορικό: Δεν αναφέρει νόσο ή εγχείρηση στο παρελθόν

Κοινωνικό ιστορικό: Καπνίζει από 20 ετών 1μισι - 2 πακέτα τσιγάρα την ημέρα (διέκοψε προ τριμήνου). Πίνει δέκα έως δεκαπέντε ποτήρια ούζο καθημερινά (διέκοψε προ τριμήνου)

Αλλεργίες: δεν αναφέρει.

Παρούσα νόσος: Αρχές Ιουλίου: ο ασθενής παρουσίασε δυσκαταποσία και δύσπνοια χωρίς βήχα. Επίσης αναφέρει ανορεξία και απώλεια βάρους. Επισκέφθηκε εξωτερικό γιατρό και υποβλήθηκε σε CXR όπου βρέθηκε αμφω διόγκωση των πυλών. Του χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή.

29/8/88. Εισάγεται στο Γ.Ν.Ν Αγρινίου, όπου υποβάλλεται σε βρογχοσκόπηση, προγραμματίστηκε για α/α θώρακος και γαστροσκόπηση. Η γαστροσκόπηση αναφέρει ωχρό, οιδηματώδη, σκληρό βλεννογόνο στο κάτω ημιμόριο του οισοφάγου. Η κυτταρολογική εξέταση αναφέρει χαρακτήρες συμβατούς με χαμηλή διαφοροποίηση αδενοκαρκινώματος. Το διάστημα μεταξύ Ιουλίου - Σεπτεμβρίου αναφέρει απώλεια βάρους περίπου 2 KGR

- Αναφέρει βελτίωση δύσπνοιας και ανορεξίας και δυσκαταπο-
σίας.

- βήχας παραγωγικός προ 15ημέρου

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Μικροκυτταρικό Ca πνεύμονος

Αντικειμενική εξέταση

ΑΠ: 120
70 Σφύξεις: 78 Θ: 36,8 βαθμοί C

Κεφαλή - Τράχηλος : (-)

Πνεύμονες : αμβλύτητα

Κυκλοφορικό: ολοσυστολικό φύσημα που δεν αντάνακλά. Ήχος τρι-
βής. Υποψία περικαρδίτιδος.

Εξέταση κοιλίας: (-)

Αδένες: (-)

Δέρμα: Υπερκεράτωση παλάμης - πελμάτων

Προβλήματα: 1) Αρνήθηκε βρογχοσκόπηση

2) Παθολογική CXR (πλευρική συλλογή)

3) Λίπη επαρκής σταδιοποίηση

Προγραμματισμός και σκεπτικό:

- Τα συμπτώματα καθώς και τα αντικειμενικά ευρήματα είναι
συμβατά με SELC χορηγείται MEDROL 16 MG 1 X 2

- Επάνοδος την επομένη για CHEMO

- Μείωση δοσολογίας λόγω ηλικίας.

29 - 8 - 88.

Έκθεση κυτταρολογικής εξέτασης. Επίχρισμα από οισοφάγο
Δυσκαρυωτικά πλακώδη

Αρκετά άτυπα κύτταρα μικρού κυρίως μεγέθους με πυρήνες και ε-
λάχιστο κυτταρόπλασμα. Αυτά εμφανίζονται σε αθροίσεις (επίπεδες
ή υπερκαθήμενων κυττάρων) ή και μεμονωμένα.

Συμπέρασμα, Εικόνα χαμηλού βαθμού διαφοροποίησης κακοήθους
νεοπλάσματος με χαρακτήρες συμβατούς περισσότερο με χαμηλού
βαθμού διαφοροποίησης αδενοκαρκινώματος.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

<p>1. Ο ασθενής έχει τάση προς έμετο και αιθάσθάνεται ναυτία</p>	<p>1. Καταπολέμηση των δυσάρεστων αυτών συμπτωμάτων</p>	<p>1. Με εντολή γιατρού χορηγούνται αντιεμετικά φάρμακα. Του προσφέρουμε τροφή σε μικρές και συχνές δόσεις και πλούσια σε πρωτεΐνες και υδατάνθρακες.</p>	<p>1. Μετά από μικρό χρονικό διάστημα εξαλείφονται τα συμπτώματα και ο ασθενής αισθάνεται πιο ευχάριστα.</p>
<p>2. Μετά από εξετάσεις βρίσκειται μείωση των λευκών αιμοσφαιρίων (λευκοπενία) στο αίμα του ασθενούς.</p>	<p>2. Αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων.</p>	<p>2. Ενημερώνεται ο ασθενής ότι η λευκοπενία είναι προσωρινή. Προσπαθούμε να διατηρήσουμε υγιεινό το περιβάλλον του και τον προστατεύουμε από τις λοιμώξεις. Του συνιστούμε να αποφεύγει τα ωμά φαγητά και φρούτα και να πλένεται με αντισηπτικό υγρό.</p>	<p>2. Η λευκοπενία αρχίζει να ελαττώνεται αλλά συνεχίζεται η αντιμετώπισή της.</p>
<p>3. Παρατηρείται στον ασθενή έναρξη της τριχόπτωσης.</p>	<p>3. Προσπάθεια για άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος.</p>	<p>3. Συνιστούμε να μη λούζεται συχνά ο ασθενής. Αν η τριχόπτωση συνεχίζεται να χρησιμοποιεί κάσκα ψύξεως 20 λεπτά πριν τη θεραπεία και 20 λεπτά μετά τη θεραπεία.</p>	<p>3. Συνεχίζεται η ίδια κατάσταση χωρίς ιδιαίτερη βελτίωση.</p>

ΝΟΣΗΛΕΪΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ από 3-10-88 έως 6-10-88

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <p>4. Ο άρρωστος παραπονείται για απώλεια βάρους και ανορεξία.</p> | <p>4. Προσπάθεια για αποκατάσταση της όρασης του ασθενούς.</p> | <p>4. Δίνουμε τροφές πλούσιες σε βιταμίνες και πρωτεΐνες. Προσπαθούμε να δίνουμε μικρά γεύματα σε τακτικά διαστήματα της ημέρας. Επίσης συνιστούμε να κάνει έναν περίπατο εφόσον μπορεί πριν από το γεύμα. Προσπαθούμε τα γεύματά του να είναι ελκυστικά και θρεπτικής αξίας.</p> | <p>4. Ο ασθενής καταλαβαίνει το πρόβλημά του και προσπαθεί και μόνος του να το αντιμετωπίσει, παίρνοντας μικρά και συχνά γεύματα.</p> |
| <p>5. Ο ασθενής διαισθάνεται ότι κάτι τραγικό του συμβαίνει και γι' αυτό προσπαθεί να συγκεντρώσει όσο το δυνατό περισσότερες πληροφορίες γύρω από το άτομό του και την ασθένειά του.</p> | <p>5. Σωστή ενημέρωση του αρρώστου, ψυχολογική υποστήριξη και όσο το δυνατόν φυσιολογικότερη αντιμετώπισή του.</p> | <p>5. Βοηθάμε να εκφράσει τα συναισθήματά του ώστε να μειωθεί η έντασή τους. Προσπαθούμε να τον ενθαρρύνουμε και τον καθησυχάζουμε από τους φόβους του. Προτείνουμε λύσεις για κάθε πρόβλημα που τον απασχολεί. Προσπαθούμε να διατηρήσουμε την ελπίδα και να τηρήσουμε τέτοια στάση ώστε να μας εμπιστευθεί και να διώξει κάθε ίχνος φόβου που έχει στο στάδιο αυτό της χημειοθεραπείας.</p> | <p>5. Ο άρρωστος μοιάζει με παιδί που όσο πιο πολύ του εξηγείς τόσο πιο φρόνιμο και καθυσαχασμένο γίνεται.</p> |

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Μέσα από αυτή την εργασία μπορεί κανείς να δει πόσο σοβαρό είναι το πρόβλημα του καρκίνου, αλλά και πόσο σοβαρά προβλήματα αντιμετωπίζει ο καρκινοπαθής. Προβλήματα που χρειάζονται την άμεση αντιμετώπιση της νοσηλεύτριας είτε νοσηλευτική είναι αυτή είτε ψυχολογική. Η νοσηλεύτρια είναι αυτή που πρώτη θα επισημάνει τυχόν προβλήματα του αρρώστου, θα τον πλησιάσει, θα του εμπνεύσει την εμπιστοσύνη, θα του δώσει ελπίδα και κουράγιο να αντιμετωπίσει με αυτοπεποίθηση τα προβλήματά του.

Παράλληλα, πρέπει να γίνει σωστή πληροφόρηση του κοινού γύρω από τον καρκίνο και τις αιτίες που το προκαλούν, έτσι ώστε να μειωθούν με το χρόνο τα θύματα αυτής της ανίατης ασθένειας. Ας ελπίσουμε λοιπόν ότι κάθε στιγμή θα κερδίσουμε τη μάχη κατά του καρκίνου αλλά με σωστούς αγώνες.

Ευχαριστώ

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ. Δ. "ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ" ΕΚΔΟΣΗ Γ' ΑΘΗΝΑ 1981
2. ΔΑΪΚΟΣ Γ. "ΧΗΜΕΙΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ" ΑΘΗΝΑ 1967
3. ΔΕΛΗΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Γ. "Νεώτεροι απόψεις εις την χημειοθεραπεία των νεοπλασιών" Ιατρική Ιανουάριος 1957 Τόμος 31
4. Μ.ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ - Σ.ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ "ΒΑΣΙΚΑΙ ΑΡΧΑΙ - ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ" Τόμος Β' ΑΘΗΝΑΙ 1985
5. ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΑΚΙ - ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΟΥ ΕΥΑΓ. "ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ" ΑΘΗΝΑ 1988

Περιοδικά:

- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ Διμηνιαία έκδοση του Ε. Σ. Δ. Ν. Ε 1986
Τεύχος 20
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ Διμηνιαία έκδοση του ΕΣΔΝΕ 1986
Τεύχος 50
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ Διμηνιαία έκδοση του ΕΣΔΝΕ 1987
Τεύχος 30
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ Διμηνιαία έκδοση του ΕΣΔΝΕ 1987
Τεύχος 50

