

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ : "ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ
ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ"**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ

ΑΡΓΥΡΙΑΔΗΣ ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ

ΠΑΤΡΑ 1995

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1585
----------------------	------

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	1
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	4
ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΟΥ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	6
ΑΝΑΤΟΜΙΑ	6
ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ	9
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	16
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ Ca Πνεύμονα.	16
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ - ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ	16
ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ Ca ΠΝΕΥΜΟΝΑ.	19
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.	21
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	25
ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.	29
ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.	35
ΘΕΡΑΠΕΙΑ.	38
ΠΡΟΓΝΩΣΗ.	44
ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ	48
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.	48
Α. Εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς με καρκίνο του πνεύμονα.	48
Β. Φυσική εκτίμηση.	49
Γ. Νοσηλευτική παρέμβαση σε διαγνωστικές εξετάσεις.	50
Δ. Προεγχειρητική - Μετεγχειρητική φροντίδα.	54
Ε. Νοσηλευτική παρέμβαση σε χημειοθεραπεία - ακτινοθεραπεία	61
ΣΤ. Ψυχολογικά προβλήματα του ασθενούς	66
Ζ. Διδασκαλία του αρρώστου κατά την έξοδο	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV	70
ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ Ca ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.	70
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	82
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	85

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΘΕΡΜΑ ΓΙΑ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΟΥΣ :

1. Την Προϊσταμένη της Νοσηλευτικής

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

2. Την Καθηγήτρια

ΦΕΙΔΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

3. Την Νηπιαγωγό

ΚΑΡΑΜΠΕΛΑ ΠΑΝΩΡΑΙΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί ένα απ'τα μεγαλύτερα ιατρικά προβλήματα, με ανερχόμενα συνεχώς ποσοστά θανάτου. Στους άνδρες προκαλεί περισσότερους θανάτους απ'ότι στις γυναίκες. Τα τελευταία μάλιστα χρόνια η θνησιμότητα ανέβηκε αρκετά κυρίως στην Αγγλία, στη Φιλανδία, στην Αυστρία, στην Ολλανδία και στο Βέλγιο. Ο καρκίνος του πνεύμονα παρατηρείται περίπου κατά 80% των περιπτώσεων σε άνδρες ηλικίας 50-70 ετών. Η συχνότητα αυξάνει ανάλογα με τις καπνιστικές συνήθειες των ατόμων αφού το κάπνισμα αποτελεί την βασικότερη αιτία εκδήλωσης του καρκίνου του πνεύμονα, χωρίς όμως να αποκλείουμε και άλλες. Διάφοροι φορείς και εταιρείες έχουν ως αντικείμενο μελέτης τον καρκίνο του πνεύμονα και γενικά τον καρκίνο σε οποιαδήποτε μορφή του. Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία με ερευνητικά προγράμματα ερευνά και πληροφορεί για τον καρκίνο του πνεύμονα, τον τρόπο πρόληψης και διάγνωσής του.

Στην εργασία μου λοιπόν κι εγώ θα προσπαθήσω να δώσω μια ολοκληρωμένη άποψη για τον καρκίνο του πνεύμονα. Συγκεκριμένα στην αρχή ασχολούμαι με την ανατομία, φυσιολογία και την παθολογική ανατομική του πνεύμονα. Μετά ακολουθεί το κύριο μέρος και στη συνέχεια η νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς με πνευμονικό καρκίνο.

Στην ενότητα αυτή τονίζεται η ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου από τον νοσηλευτή-τρια και η αντιμετώπιση του όχι σαν μελλοθάνατος αλλά σαν άνθρωπος με δικαίωμα ελπίδας και ποιότητα ζωής.

Τέλος στην εργασία ασχολούμαι με τη νοσηλευτική διεργασία που περιλαμβάνει μερικά περιστατικά ασθενών προσβεβλημένα απ' τον καρκίνο του πνεύμονα.

ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΟΥ

Ένα μεγάλο σύνολο παθήσεων που εκδηλώνονται στο θώρακα, που έχουν πολλά συμπτώματα και διαφορετικές μεταβολές κι εξέλιξη συνιστούν τον “όγκο των πνευμόνων”. Οι γιατροί και ειδικοί επιστήμονες με τον όρο όγκο των πνευμόνων εννοούν τον μη πρωτοπαθή καρκίνο του πνεύμονα ή αλλιώς το βρογχογενές καρκίνωμα.

Σε μια στατιστική έρευνα του Υπουργείου κοινωνικών Υπηρεσιών που έγινε στην Ελλάδα το 1972 αναφέρεται η ανακάλυψη 2.881 νέων μορφών καρκίνου αναπνευστικών οργάνων και ο πνευμονικός καρκίνος έρχεται σε δεύτερη θέση μετά τις ασθένειες του πεπτικού συστήματος.

Στην Αμερική ένας ερευνητής το 1912, ο ALDER συγκέντρωσε από τη διεθνή βιβλιογραφία μόνο 374 περιπτώσεις βρογχογενών καρκινωμάτων.

Στον καρκίνο του πνεύμονα ο βασικός λόγος εκδήλωσής του είναι η καρκινογένεση. Το κάπνισμα προκαλεί μια παθολογική κατάσταση του οργανισμού που δημιουργεί την καρκινογένεση, που αυτή με τη σειρά της προκαλεί ανωμαλίες στα διάφορα όργανα του σώματος, τα οποία εκδηλώνουν καρκινικούς όγκους.

Η υποξυγόνωση του αίματος αποτελεί ένα βασικό στοιχείο έναρξης της καρκινογένεσης.

Ο καρκίνος, στους πνεύμονες (ειδικότερα) εμφανίζεται λόγω της υποξυγόνωσης του αίματος, που προκύπτει από βλαβερούς παράγοντες του περιβάλλοντος και το κάπνισμα. Η υποξυγόνωση αλλοιώνει τον αναπνευστικό επιθήλιο, κάτι που οδηγεί στην εκδήλωση του καρκίνου.

Τα καρκινικά σαρκώματα που παρατηρούμε στους βρόγχους (κυρίως στον δεξιό πνευμονικό βρόγχο) συνιστούν αυτό που λέμε καρκίνο του πνεύμονα. Τα καρκινώματα αυτά δημιουργούν τις πρωτοπαθείς απίες και εμφανίζονται με μεγάλη συχνότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Οι πνεύμονες αποτελούν τμήμα του αναπνευστικού συστήματος. Το σύστημα αποτελείται από δύο τμήματα το ανώτερο και το κατώτερο.

Ανώτερο : ρίνα - ρινόφραγμα - στόμα - στοματοφάρυγγα - λάρυγγα.

Κατώτερο : τραχεία - βρόγχοι - πνεύμονες

Οι πνεύμονες είναι δύο : δεξιός και αριστερός. Ο καθένας βρίσκεται στην αντίστοιχη θωρακική κοιλότητα. Κάθε πνεύμονας διαιρείται σε λοβούς με μια σχισμή η οποία λέγεται μεσολόβιος.

Ο αριστερός πνεύμονας αποτελείται από δύο λοβούς:

1. Βρόγχος άνω λοβού.

άνω στέλεχος : οπισθιοκορυφαίος

πρόσθιος

κάτω στέλεχος : ανώτερος

κατώτερος

2. Βρόγχος κάτω λοβού :

κορυφαίος

πρόσθιος

έξω ή πλάγιος

οπίσθιος

Ο δεξιός πνεύμονας αποτελείται από τρεις λοβούς :

1. Βρόγχος άνω λοβού:

κορυφαίος

οπίσθιος

πρόσθιος

2. Βρόγχος μέσω λοβού :

έξω ή πλάγιος

έσω ή μέσος

3. Βρόγχος κάτω λοβού :

κορυφαίος

έσω καρδιακός

πρόσθιος

έξω ή πλάγιος

οπίσθιος

Οι δύο πνεύμονες περιβάλλονται από έναν υμένα που ονομάζεται υπεζωκότα.

Στον υμένα αυτό διακρίνουμε δύο πέταλα : το περισπλάχνιο και το τοιχωματικό.

Ανάμεσά τους σχηματίζεται ένας σχισμοειδής χώρος ο οποίος δεν περιέχει αέρα αλλά ελάχιστη ποσότητα ορώδους υγρού το οποίο είναι πολύ σημαντικό για την διολίσθηση των δύο πετάλων κατά τις αναπνευστικές κινήσεις.

Η ατμοσφαιρική πίεση είναι αρνητική συγκριτικά με την πίεση που παρατηρείται στο σχισμοειδή χώρο, γεγονός που έχει σημασία για την έκπτυξη των πνευμόνων κατά τη λειτουργία της εισπνοής. Το σχήμα του κάθε πνεύμονα είναι ατελούς κώνου με κορυφή που έρχεται προς τα πάνω, βάση που στηρίζεται πάνω στο διάφραγμα, επιφάνεια που βρίσκεται σε επαφή με το πλευρικό τοίχωμα, έσω επιφάνεια που χωρίζει (αριστερά-δεξιά). Το μεσοθωράκιο βρίσκεται σε επαφή με τα όργανα που υπάρχουν σ' αυτά.

Οι πύλες του πνεύμονα παρουσιάζονται στο μέσο της έσω επιφάνειας.

Από τις πύλες του κάθε πνεύμονα εισέρχεται ο αντίστοιχος βρόγχος, δηλ. Ο κλάδος της πνευμονικής αρτηρίας που μεταφέρει το φλεβικό αίμα από την καρδιά στον πνεύμονα για την λειτουργία της οξυγόνωσης και οι βρογχικές αρτηρίες για τη σωστή αιμάτωση του πνεύμονα.

Από τις πύλες αυτές βγαίνουν πνευμονικές φλέβες περιέχουν αίμα οξυγονωμένο που πηγαίνει στην καρδιά.

Επίσης κάθε πνεύμονας αποτελείται από 3 χείλη.

1. Πρόσθιο : επικαλύπτει στο μπροστινό σημείο το περικάρδιο και είναι λεπτό.
2. Οπίσθιο : αντιστοιχεί στην πνευμονική ακρολοφία.
3. Κάτω (βασικό) : αφορίζει την πνευμονική βάση από τις δύο επιφάνειές του και παρουσιάζει δύο μοίρες, την έσω και την έξω.

Μέσα στους πνεύμονες οι βρόγχοι διακλαδίζονται σε μικρότερους βρόγχους, σχηματίζοντας το βρογχικό δέντρο. Επίσης ο πνεύμονας αποτελείται από τα πνευμονικά λόβια τα αγγεία και τα νεύρα.

Όταν οι κύριοι βρόγχοι εισχωρήσουν μέσα στους πνεύμονες, αποσχίζονται στους στελεχιαίους βρόγχους (ο δεξιός σε τρεις, έναν για κάθε λοβό του δεξιού πνεύμονα, ο αριστερός σε δύο, ένα για τον άνω και ένα για τον κάτω λοβό του αριστερού πνεύμονα). Κάθε στελεχιαίος βρόγχος διακλαδίζεται σε μικρότερους βρόγχους, τους τμηματικούς, που ο καθένας μοιράζεται σε καθορισμένο και λειτουργικό ανεξάρτητο τμήμα κάθε λοβού, που λέγεται βρογχο-πνευμονικό τμήμα.

Ο αριστερός αποτελείται από εννέα βρογχο-πνευμονικά τμήματα και ο δεξιός πνεύμονας από δέκα. Κάθε τμηματικός βρόγχος διακλαδίζεται μέσα σε

βρογχοπνευμονικό τμήμα του σε μικρότερους κλάδους που οι τελευταίοι λέγονται λοβικοί βρόγχοι οι οποίοι συνεχίζουν μέσα στο πνευμονικό λοβίο.

Οι λοβικοί βρόγχοι που μπαίνουν στο λοβίο λέγονται ενδόβια τα οποία διακλαδίζονται σε μικρότερους κλάδους τους λεγόμενους αναπνευστικά βρόγchia ή βρογχιόλια.

Τα αναπνευστικά βρογχιόλια καταλήγουν στους κυψελιδικούς πόρους. Ο καθένας απ' αυτούς καταλήγει σε απλές κυψελίδες ή σε κυψελιδικούς σάκους. Οι κυψελίδες είναι πολυεδρικές εγκολπώσεις και συνιστούν την τελική απόληξη του βρογχικού δέντρου. Επίσης παριστάνουν την αναπνευστική μοίρα κάθε πνεύμονα. Οι κυψελίδες χωρίζονται μεταξύ τους με το μεσοκυψελιδικό διάφραγμα.

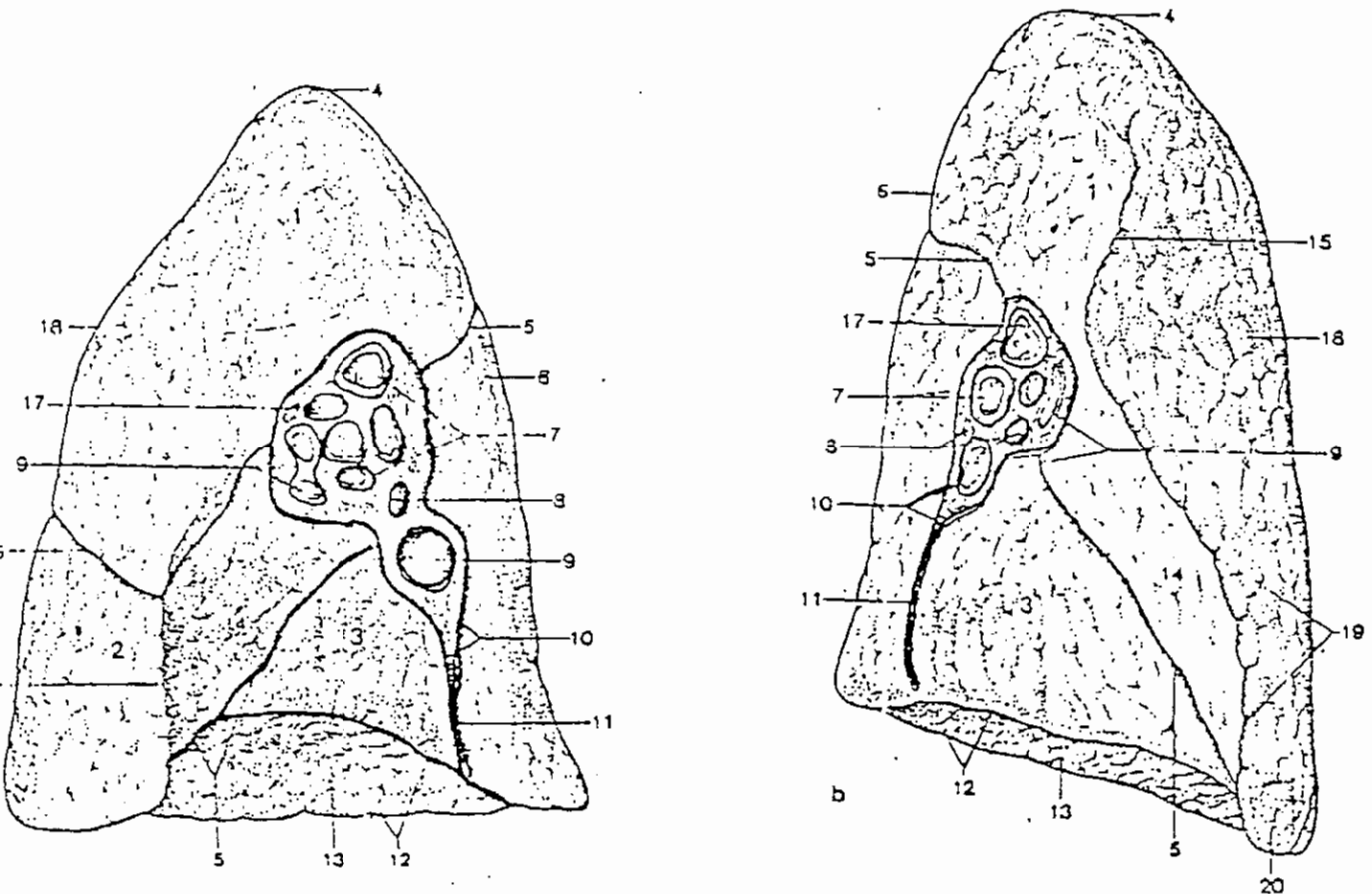
ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ

Η αιμάτωση κάθε πνεύμονος γίνεται από το σύστημα της πνευμονικής αρτηρίας και των βρογχικών αρτηριών. Οι αρτηρίες των πνευμόνων ανάλογα με την κατασκευή τους χωρίζονται στις α) ελαστικές, β) μυϊκές, γ) μεταβατικές. Υπάρχουν δύο φλεβικά συστήματα που απάγουν αίμα απ' τους πνεύμονες : α) το σύστημα των βρογχικών φλεβών και β) των πνευμονικών φλεβών.

Η πνευμονική αρτηρία μαζί με τις πνευμονικές φλέβες συντελούν στην πρόσληψη O_2 και την αποβολή CO_2 , αυτή εξάλλου είναι η λειτουργική κυκλοφορία κάθε πνεύμονα. Η πνευμονική αρτηρία ακολουθεί τις διακλαδώσεις των βρογχικών αρτηριών αλλά δίνει τριχοειδή μόνο όταν φτάσει στις κυψελίδες.

Οι βρογχικές αρτηρίες αρχίζουν απ' την αορτή και φέρουν αίμα κατά μήκος του βρογχικού δέντρου από τις πύλες του πνεύμονα μέχρι τα αναπνευστικά βρογχιόλια. Συνήθως είναι τρεις : μια δεξιά και δύο αριστερά.

Οι βρογχικές φλέβες σχηματίζονται από τις τμηματικές λοβαίες και υπεζωκοτικές φλέβες κοντά στις πύλες.



Εικ. 1 Πνεύμονες, άποψη τής μεσοπνευμόνιας επιφάνειας

α. δεξιός πνεύμονας

β. άριστερός πνεύμονας

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

- 11. πνευμονικός σύνδεσμος (κομμένος)
- 12. κάτω χείλος
- 13. βάση τού πνεύμονα, διαφραγματική επιφάνεια
- 14. καρδιακό έντύπωμα
- 15. πρόσθιο χείλος
- 16. όριζόντια σχισμή
- 17. πνευμονική άρτ. και κλάδοι τής
- 18. πλευρική επιφάνεια
- 19. καρδιακή έντομή
- 20. γλωσσίδα τού πνεύμονα

Πνεύμονες και λεμφαδένες.

Οι λεμφαδένες είναι οι εξής :

- α) Ενδοπνευμονικοί
- β) Πυλαίοι
- γ) Τραχειοβρογχικοί
- δ) Σκαληνοί
- ε) Αορτικοί

Τα λεμφαγγεία των πνευμόνων χωρίζονται στα εξής συστήματα : α) επιπολής, β) παρεγχυματικό.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ

Ο πνεύμονας αποτελεί το μοναδικό όργανο απ' το οποίο περνά σχεδόν όλο το αίμα του σώματος. Μέσω του πνεύμονος τελούνται διάφορες λειτουργίες.

Η κύρια λειτουργική αποστολή του αναπνευστικού συστήματος συνίσταται στην ανταλλαγή αερίων που επιτελείται από την επαφή του αίματος της πνευμονικής κυκλοφορίας με τον αέρα του κυψελιδικού χώρου μέσω της κυψελιδικής μεμβράνης. Για να επιτελεστεί ομαλά αυτή η λειτουργία βασικό παράγονται παίζει η αντίσταση, που παρουσιάζει η κυψελιδική μεμβράνη στη διάχυση των αερίων O_2 και CO_2 με την προϋπόθεση ότι η αιμάτωση των κυψελίδων είναι ίση σχεδόν, με τον αερισμό του κυψελιδικού χώρου. Η πιθανή ανωμαλία στη σχέση αυτή έχει σαν συνέπεια την πλημμελή λειτουργία της ανταλλαγής αερίων.

Μια άλλη λειτουργία που πραγματοποιείται απ'τους πνεύμονες και είναι πολύ σημαντική, είναι η μεταφορά του οξυγόνου και του διοξειδίου του άνθρακα με το αίμα και τα υγρά του οργανισμού προς και από τα κύτταρα.

Η πρόσληψη του οξυγόνου και η αποβολή του CO_2 μέσω της λειτουργίας των πνευμόνων λέγεται έξω αναπνοή.

Ενώ η μεταφορά των αερίων απ'τους πνεύμονες στους διάφορους ιστούς του σώματος και η ανταλλαγή αυτών, γίνεται μέσω των ερυθροκυττάρων του αίματος και του κυκλοφορικού συστήματος και λέγεται έσω αναπνοή.

Συνολικά ο ρόλος των πνευμόνων συνίσταται στα εξής :

- Αποθήκευση Αίματος.
- Ρύθμιση του αερισμού και άλλων παραμέτρων της αναπνοής.
- Ανταλλαγή αερίων (O_2 , CO_2).
- Μη αναπνευστικές λειτουργίες των πνευμόνων.

- Ανταλλαγή ύδατος - πρωτεϊνών.
- Παροχή ουσιών στα κυψελιδικά κύτταρα για τη δημιουργία του δραστικού επιφανειακού στρώματος.
- Συμμετοχή στους μηχανισμούς άμυνας του πνεύμονα.
- Κάθαρση του αίματος από αιωρούμενα σωματίδια.
- Ινωδόλυση και συμμετοχή διαταραχή πήκτικότητας του αίματος.
- Απελευθέρωση ή κάθαρση ή βιολογικός μετασχηματισμός χημικών ουσιών στο αίμα.

Η έκπτυξη και η σύμπτυξη των πνευμόνων γίνεται με δύο τρόπους:

1. Με κίνηση του διαφράγματος προς τα επάνω και προς τα κάτω που μικραίνει ή μεγαλώνει την κάθετη διάμετρο της θωρακικής κοιλότητας.
2. Με ανύψωση και κατάσπαση των πλευρών που αυξάνει και ελαττώνει την προσθιοπίσθια διάμετρο της θωρακικής κοιλότητας (ενδοτικότητα ονομάζεται η ικανότητα έκπτυξης των πνευμόνων και του θώρακα και εκφράζεται με την αύξηση του πνευμονικού όγκου ανά μονάδα αύξησης της ενδοκυψελιδικής πίεσης).

Ενδοτικότητα των πνευμόνων.

Οι πνεύμονες έχουν την δυνατότητα όταν αποσπαστούν από το θώρακα να διαταχθούν σχεδόν στο διπλάσιο απ'όσο μαζί με τον θώρακα, γιατί με την έκπτυξη των πνευμόνων στην φυσική τους θέση θα πρέπει να συντελεστεί η διάταση και του θωρακικού κλωβού. Έτσι η ενδοτικότητα των φυσιολογικών πνευμόνων έξω από τον θώρακα είναι 0,22 λίτρα ανά εκατοστόμετρο νερού.

Οι εισπνευστικοί μύες, γίνεται σαφές, ότι θα πρέπει να καταναλώνουν ενέργεια όχι μόνο για την έκπτυξη των πνευμόνων αλλά και για την έκπτυξη και του θωρακικού κλωβού γύρω από αυτούς.

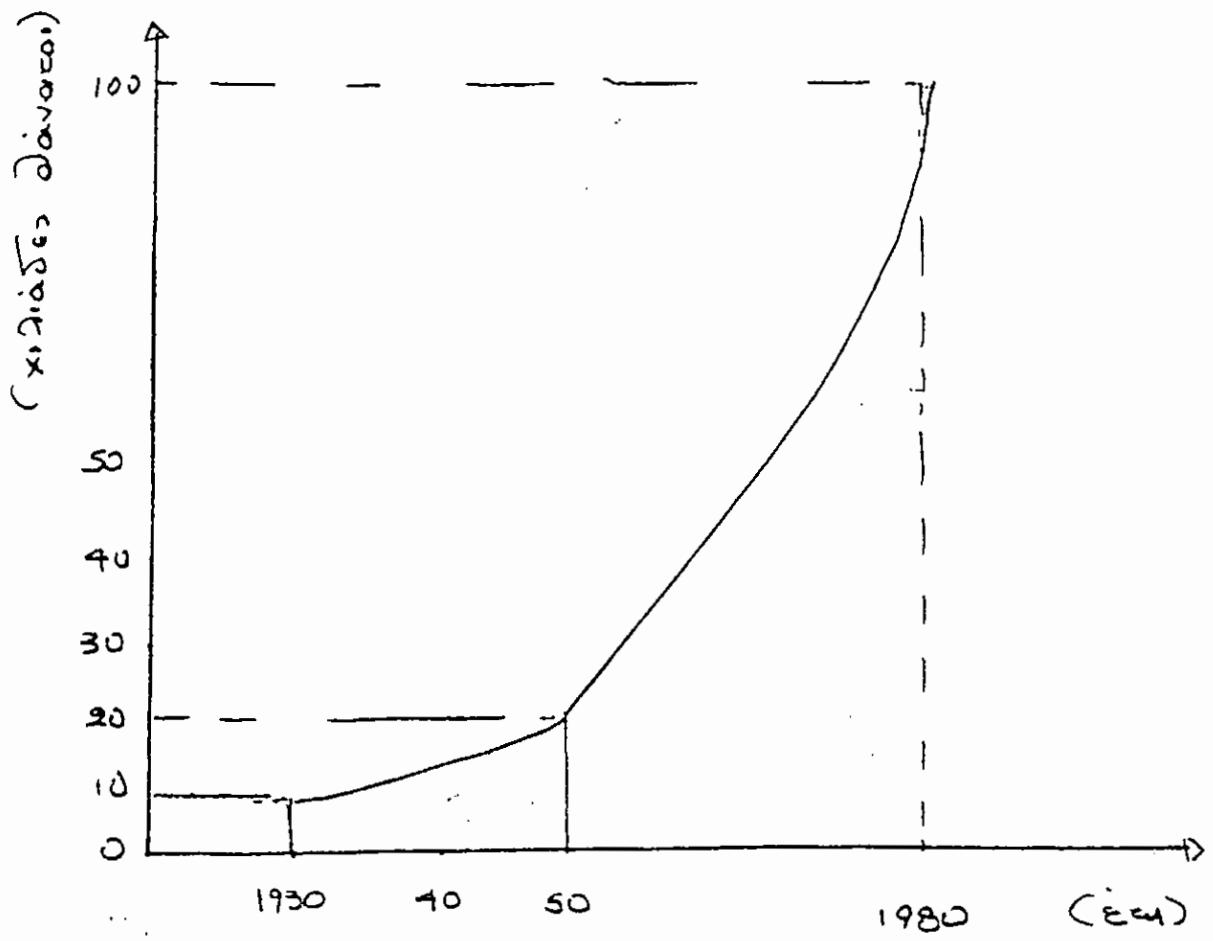
Έργο της Αναπνοής.

Όταν ο άνθρωπος αναπνέει φυσιολογικά, συστέλλονται οι αναπνευστικοί μύες μόνο κατά την διάρκεια της εισπνοής ενώ η εκπνοή αποτελεί μια παθητική επεξεργασία που προκαλείται από την ελαστική σύμπτυξη του πνεύμονα και των ανατομικών στοιχείων του θωρακικού κλωβού.

Σε μια ομαλή λοιπόν κατάσταση οι αναπνευστικοί μύες λειτουργούν για να προκαλέσουν μόνο εισπνοή και όχι εκπνοή.

Η εισπνοή μπορεί να διασπαστεί σε τρία τμήματα και να επιτελέσει τα εξής έργα:

- α) το έργο ενδοτικότητας
- β) το έργο ιστικής αντίστασης
- γ) το έργο αντίστασης των αεροφόρων οδών.



- Εικόνα 1 -

Εικόνα 1. Αύξηση των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα στις Η.Π.Α. από το 1930 μέχρι το 1999.

CARNEY ET ALL : IN PULMONARY DISEASES AND DISORDOES.
NEW YORK. MR GRAW HILL 1987.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ Ca Πνεύμονα.

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι ο συχνότερος καρκίνος. Αρχίζει συνήθως από το επιθήλιο του βρόγχου και γι' αυτό άλλωστε ονομάζεται και βρογχογενές καρκίνωμα.

Αποτελεί δε το πρώτο κατά σειρά συχνότητας θανάτου από καρκίνο στους άνδρες και το δεύτερο στις γυναίκες, σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει στις ΗΠΑ. Προσβάλλει συνήθως άτομα από 55-65 ετών.

Ο καρκίνο του πνεύμονα εμφανίζει σαφή υπεροχή στους άνδρες και η αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι 5-7 προς 1, αν και παρατηρείται τελευταία, μια σχετική αύξηση του αριθμού των γυναικών.

Η μεγαλύτερη θνησιμότητα παρατηρείται στη Μ.Βρετανία, 100 στους 100.000 κατοίκους.

Στις ΗΠΑ εμφανίζεται ποσοστό περίπου 50 ανά 100.000 κατοίκους. Στη Γαλλία 30 ανά 100.000 κατοίκους και στην Ιαπωνία 15 ανά 100.000 κατοίκους.

Όπως βλέπουμε και στο σχεδιάγραμμα 1 στην Αμερική οι θάνατοι από καρκίνο του πνεύμονα από 6.000 που ήταν το 1930, το 1979 έφτασαν τις 110.000.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ - ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Όταν παρατηρηθεί ανώμαλος πολλαπλασιασμός των κυττάρων σ' ένα άτομο ο οποίος μπορεί να καταλήξει στην προσβολή των φυσιολογικών ιστών, τότε το άτομο αυτό έχει προσβληθεί από καρκίνο.

Πολλές φορές δε μπορεί να παρατηρηθεί διασπορά σε απομακρυσμένα όργανα δηλαδή να γίνει μετάσταση.

Ένας καρκίνος χαρακτηρίζεται ως κακοήθης, από τη δυναμικότητα των κυττάρων του για εισβολή και απομακρυσμένη διασπορά.

Η θεραπεία του όγκου εξαρτάται από το κλινικό πρότυπο αναπτύξεως, για το οποίο προσφέρουν στοιχεία οι ιστολογικοί χαρακτήρες των όγκων μέσα σε ένα και μόνο όργανο (όπως ο πνεύμονας).

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

α) Επιδερμοειδής ή αποπλακώδες επιθήλιο.

Εντοπίζεται στις πύλες του πνεύμονα και προέρχεται από αλλοίωση στο βρογχικό επιθήλιο. Παρουσιάζει μια συχνότητα 33-45%. Ιστολογικά αποτελείται από άφθονο στρώμα ανώμαλων νεοπλασματικών κυττάρων. Η κυτταρολογική εξέταση θέτει την διάγνωση του τύπου επί 67-85% των περιπτώσεων.

β) Μικροκυτταρικό καρκίνωμα.

Εμφανίζεται κεντρικά στον πνεύμονα. Παρουσιάζει μια συχνότητα 19-25%. Από ιστολογική άποψη αποτελείται από μικρά κύτταρα διπλάσιου μικρού λεμφοκυττάρου, με λίγο πρωτόπλασμα και πυρήνα στρογγυλό ή ατρακτοειδή. Η κυτταρολογική εξέταση είναι διαγνωστική σε 60-70% των περιπτώσεων.

γ) Αδενοκαρκίνωμα (περιλαμβανομένου και του βρογχοκυψελιδικού). Εκδηλώνεται περιφερικά κατά ποσοστό 22-25%. Πολλές φορές παράγει βλένη. Προέρχεται από τους αδένες του βρογχικού βλεννογόνου. Ιστολογικά αποτελείται από αδενικούς σχηματισμούς μικρής ή μεγάλης διαφοροποίησης. Μια υποδιαίρεση του αδενοκαρκινώματος είναι το κυψελιδικό ή βρογχοκυψελιδικό καρκίνωμα. Προέρχεται

από τα διαφραγματικά κυψελιδικά κύτταρα. Τα βρογχιόλια και οι κυψελίδες καλύπτονται με νεοπλασματικά κύτταρα. Η κυτταρολογική εξέταση είναι διαγνωστική σε 50% των περιπτώσεων. Παρατηρείται συχνότερα στις γυναίκες.

δ) Μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα.

Εμφανίζεται περιφερικά με συχνότητα 11-16%. Παράγει πολλές φορές βλένα και παρουσιάζει κατά κανόνα μικρή διαφοροποίηση. Η κυτταρολογική εξέταση δεν είναι διαγνωστική.

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

Η θεραπεία γίνεται ανάλογα με την ιστολογική ταξινόμηση του όγκου σε μικροκυτταρικό καρκίνωμα ή σε μια από τις μη μικροκυτταρικές ποικιλίες (επιδερμοειδής, βρογχοκυψελιδικό, μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα). Η ορθή ιστολογική διάγνωση από πεπειραμένο παθολογοανατόμο είναι το πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση.

Το μικροκυτταρικό καρκίνωμα κατά τη διάγνωσή του έχει ήδη επεκταθεί, είναι ανεγχείρητο και αντιμετωπίζεται κυρίως με χημειοθεραπεία, με ή χωρίς ακτινοθεραπεία. Ενώ οι μη μικροκυτταρικές μορφές αν κατά το χρόνο της διαγνώσεως βρεθούν εντοπισμένες, πρέπει να αντιμετωπίζονται με εγχείρηση ή ακτινοθεραπεία.

Παρακάτω γίνεται μια ταξινόμηση των κακοήθων όγκων του πνεύμονα και του υπεζωκότα σύμφωνα με την (Π.Ο.Υ.)

I. Επιδερμοειδές καρκίνωμα

II. Μικροκυτταρικό καρκίνωμα

- III. Αδενοκαρκίνωμα
- IV. Μεγαλοκυτταρικό
- V. Μεικτό επιδερμοειδές και αδενοκαρκίνωμα
- VI. Καρκινοειδής όγκοι
- VII. Όγκοι βρογχικών αδένων
- VIII. Θηλώδης όγκος του επιπολής επιθηλίου
- IX. Μεικτοί όγκοι και καρκινώματα
- X. Σάρκωμα
- XI. Αταξιόμητοι όγκοι

Η συχνότητα των μεταστάσεων στα διάφορα όργανα από Ca του πνεύμονα είναι οι εξής:

- Ήπαρ 40%
- Επινεφρίδια 30%
- Εγκέφαλος 20%
- Οστά 15%
- Νεφροί 15%

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ Ca ΠΝΕΥΜΟΝΑ.

Για τη σωστή θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα πρέπει να γίνεται μια σταδιοποίηση του όγκου για τους πάσχοντες.

Το TNM είναι το βασικό σύστημα σταδιοποίησης.

Το T είναι ο παράγοντας που αναφέρεται στο μέγεθος του όγκου.

Ο παράγων N στην συμμετοχή των επιχώριων λεμφαδένων, ενώ ο παράγων M στην παρουσία ή απουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων.

Οι T,N,M παράγοντες, συνδυάζονται και δημιουργούνται 3 διαφορετικές ομάδες.

Σύστημα T.N.M.

ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΟΓΚΟΣ (T)

T_x : Λανθάνων καρκίνος. Μόνο κυτταρολογικές ενδείξεις από βρογχικά εκπλύματα.

T₁: Όγκος μεγέθους κάτω από 3cm., χωρίς διήθηση βρόγχου κεντρικότερου από λοβαία.

T₂: Όγκος άνω 3cm. Διήθηση λοβαίου βρόγχου σε απόσταση άνω των 2cm από την τροπίδα.

T₃: Όγκος οποιουδήποτε μεγέθους επεκτεινόμενος στον υπεζωκότα, το θωρακικό τοίχωμα, το διάφραγμα, το μεσοθωράκιο. Η απόσταση από την τροπίδα είναι 2cm.

ΕΠΙΧΩΡΙΟΙ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ (N)

N₀: Αρνητικοί πυλαίοι και μεσοπνευμόνιοι αδένες.

N₁: Θετικοί πυλαίοι και μεσοπνευμόνιοι αδένες της ίδιας πλευράς.

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

ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ (M)

M₀: Απουσία γνωστών μακρινών μεταστάσεων

M₁: Ύπαρξη μακρινών μεταστάσεων αναγραφόμενης και της θέσεώς τους.

ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΤΑ T.N.M.

Λανθάνων καρκίνος : T_x, N₀, M₀.

Στάδιο I : T₁, N₀, M₀, TN₁M₀, T₂N₀M₀.

Στάδιο II : N₁M₀.

Στάδιο III : T₃ με οποιαδήποτε N και M., N₂ με οποιαδήποτε T και M, M₁ με οποιαδήποτε T ή N.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.

Είναι γεγονός ότι οι λόγοι και ο παθοφυσιολογικός εκείνος μηχανισμός που δημιουργεί τον βρογχογενή καρκίνο δεν έχουν διαπιστωθεί. Παρ'όλα αυτά οι ειδικοί θεωρούν υπεύθυνους διάφορους προδιαθεσικούς παράγοντες. Για τη μελέτη του θέματος βασιζόμαστε σε επιδημιολογικά και στατιστικά δεδομένα γιατί πειραματικές αποδείξεις στον άνθρωπο δεν υπάρχουν.

1) ΚΑΠΝΙΣΜΑ.

Έτσι λοιπόν η κυριότερη αιτία που ενοχοποιείται για τον καρκίνο του πνεύμονα είναι το κάπνισμα, σε ποσοστό περιπτώσεων 80%. Στους καπνιστές μάλιστα είναι 8-20 φορές μεγαλύτερη η συχνότητα καρκίνου, από τους μη καπνιστές. Η σχέση του καρκίνου του πνεύμονα και του καπνίσματος δόθηκε μεγαλύτερης προσοχής το 1939 και αποδείχτηκε με στατιστικές έρευνες και ιστολογικές παρατηρήσεις, βασισμένες στην επίδραση του καπνίσματος στο τραχειοβρογχικό δέντρο ορισμένων πειραματόζωων.

Η πιθανότητα εμφάνισης του καρκίνου του πνεύμονα είναι μικρότερη στους καπνιστές πίπας ή πούρων και στους καπνιστές τσιγάρων με φίλτρο, λιγότερη πίσσα και λιγότερη νικοτίνη. Η διακοπή του καπνίσματος μειώνει σταδιακά τον κίνδυνο.

Εκείνο επίσης που έχει παρατηρηθεί είναι ότι ο καπνός των τσιγάρων περιέχει (οι οποίες έχουν αποσπαστεί και παρατηρηθεί) περίπου 2.000 χημικές ουσίες απ'τις οποίες μερικές θεωρούνται καρκινογόνες.

Οι σημαντικότερες καρκινογόνες ουσίες είναι οι αρωματικοί πολυκλικοί υδρογονάνθρακες όπως το 3,4-βενζοπυρίνιο και το 1,2-βενζανθρακένιο, το αρσενικό, η πίσσα, η αιθάλη κ.α. Οι ιστολογικές μεταβολές που παρατηρούνται στο επιθήλιο του τραχειοβρογχικού δέντρου των καπνιστών συνίστανται κατά σειρά : σε απώλεια των κροσσών, υπερπλασία του επιθηλίου, μεταπλασία και κυτταρικές ανωμαλίες. Οι δε

ιστολογικοί τύποι του βρογχογενούς καρκινώματος για τους οποίους ενοχοποιείται το κάπνισμα είναι ο επιθηλιακός και ο μικροκυτταρικός και λιγότερο το αδενοκαρκίνωμα και το μεγαλοκυτταρικό.

Έχει παρατηρηθεί ότι μετά από παύση 13 ετών, ο κίνδυνος είναι στο ίδιο επίπεδο με τους μη καπνιστές.

2) ΑΤΜΟΣΦΑΙΡΙΚΗ ΡΥΠΑΝΣΗ.

Η μόλυνση της ατμόσφαιρας αποτελεί μια βασική αιτία για την εμφάνιση του καρκίνου του πνεύμονα. Η αύξηση του βρογχογενούς καρκίνου παρατηρήθηκε κυρίως στα αστικά κέντρα. Στις αγροτικές περιοχές το ποσοστό εκδήλωσης του καρκίνου είναι μικρότερο. Οι παρατηρήσεις αυτές μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η ατμοσφαιρική ρύπανση αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα. Παρόλο που η υπόθεση αυτή δεν στηρίζεται από την μελέτη μικρών ποσοτήτων των ανιχνευομένων καρκινογόνων ουσιών φαίνεται όμως ότι η αρνητική καρκινογόνος επίδρασή τους οφείλεται στη συσχέτιση με το κάπνισμα ή στη μεταξύ τους συσχέτιση.

3) ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ

Υπάρχουν μερικά βιομηχανικά προϊόντα που συνδέονται με το βρογχογενή καρκίνο όπως : το νικέλιο, το αρσενικό, οι ενώσεις του σιδήρου και του χρωμίου, ο διχλωρομεθυλεθέρας, το ουράνιο, τα τοξικοστρατιωτικά αέρια, ο χλωρο-μεθυλ-αιθέρας, τα φθοριούχα άλατα του ασβεστίου και τα παράγωγα του ραδονίου.

Οι ενώσεις ασβεστίου και ο αμφάντος κατέχουν την πρώτη θέση μεταξύ των προδιαθεσικών παραγόντων του επαγγελματικού καρκίνου του πνεύμονα, αυτά δε και τα παράγωγα του ραδονίου, εμφανίζουν συνεργική δράση με το κάπνισμα. Αμφισβητήσεις υπάρχουν ακόμη για την καρκινογόνο δράση της σκόνης του άνθρακα και του πυριτίου.

Χαρακτηριστικό είναι ότι η λανθάνουσα περίοδος των παραπάνω στοιχείων στη λειτουργία τους ως προδιαθεσικοί παράγοντες βρογχογενούς καρκίνου κυμαίνεται από 10-30 έτη.

4) ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Γνωρίζουμε ότι ο καρκίνος του πνεύμονα δεν είναι κληρονομικός. Η εκδήλωσή του όμως είναι συνυφασμένη με διάφορους οικογενειακούς παράγοντες οι οποίοι είναι κοινοί με αυτούς της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας. Το πόρισμα αυτό προέρχεται από στατιστικές και επιδημιολογικές μελέτες.

5) ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Αρκετοί συγγραφείς ενοχοποιούν το ψυχολογικό stress σαν αιτιολογικό παράγοντα ανάπτυξης βρογχογενούς καρκινώματος χωρίς όμως μέχρι τώρα να υπάρχουν γι' αυτό τεκμηριωμένες μελέτες.

6) ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Κάποια νοσήματα των πνευμόνων αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης βρογχοπνευμονικού καρκίνου όπως : η φυματίωση, η βρογχεωτασία, η σαρκοείδωση, η διάχυτη πνευμονική ίνωση, η σκληροδερμία και τα ξένα σώματα.

Ο χρόνιος ερεθισμός του τραχειοβρογχικού δέντρου και η υπερπλασία που συνοδεύουν την αυλοποίηση οδηγούν σε ένα δεύτερο στάδιο τη νεοπλασία.

7) ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η διαταραχή της κυτταρικής ανοσίας με την ανίχνευση ενός παθολογικού υποπληθυσμού λεμφοκυτάρων στους πάσχοντες από βρογχογενές καρκίνωμα με

ταυτόχρονη ανώμαλη ευαισθησία στην αντιλεμφοκυτταρική σφαιρίνη ενισχύει την υπόθεση της ανοσοβιολογικής συμμετοχής στην ανάπτυξη κακοήθειας. Οι ερευνητικές όμως προσπάθειες δεν έχουν οδηγήσει ακόμη σε σαφή συμπεράσματα.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Συμπτωματολογία :

Ο καρκίνος του πνεύμονα εξελίσσεται με τον εξής τρόπο : αρχικά με κυτταρολογικές αλλοιώσεις ατυπίας στα επιθηλιακά κύτταρα των βρόγχων που μεταβάλλονται από το καρκίνωμα IN SITU μέχρι τη γνήσια διηθητική μορφή.

Οι αλλαγές αυτές παρουσιάζονται πριν από την εμφάνιση σημείων ή συμπτωμάτων και εξετάζονται μόνο στην κυτταρολογική εξέταση πτυέλων και βρογχικών εκπλυμάτων.

Ο όγκος επεκτείνεται βαθμιαία πέρα από τον βρόγχο, διηθώντας το πνευμονικό παρέγχυμα.

Η ενδοβρογχική ανάπτυξη του βρόγχου προκαλεί αιμόπτυση, βήχα, αποφρακτικά φαινόμενα (σύριγμα, ατελεκτασία, πνευμονίτιδα).

Ο όγκος είναι δυνατό να διηθηθεί στο περικάρδιο, τα ενδοθωρακικά νεύρα, τον οισοφάγο, τον θωρακικό πόρο και τις φλέβες.

Μεταστάσεις του όγκου παρατηρούνται στο ήπαρ (40%), στα επινεφρίδια (30%), στον εγκέφαλο (20%), στους νεφρούς (15%) και τέλος στα οστά (15%).

Οι μεταστάσεις πολλές φορές μπορεί να εκδηλωθούν γρήγορα και να δώσουν σημεία εμφάνισης πριν από τις εκδηλώσεις του πνεύμονα.

Αν δεν ληφθούν υπόψη τα προγράμματα μαζικής διαλογής τα 5-15% των αρρώστων αποκαλύπτονται, ενώ είναι ασυμπτωματικοί συνήθως σε τυχαία ακτινογραφία θώρακος.

Όμως η πλειοψηφία των ασθενών έρχονται με κάποιο σύμπτωμα :

I. Σημεία και συμπτώματα λόγω κεντρικής ή ενδοβρογχικής ανάπτυξης του όγκου είναι :

ο συριγμός, η δύσπνοια, ο βήχας, η αιμόπτυση, η πνευμονίτιδα (πυρετός και παραλογικός βήχας) εξ'απίας αποφράξεως.

II. Σημεία και συμπτώματα λόγω της επέκτασης του πρωτοπαθούς όγκου προς την περιφέρεια είναι:

ο βήχας, η δύσπνοια λόγω περιοριστικής διαταραχής και τα συμπτώματα αποστήματος πνεύμονα λόγω σχηματισμού κοιλότητας εντός του όγκου. Επίσης είναι το άλγος από την προσβολή του υπεζωκότα ή του θωρακικού τοιχώματος.

III. Σημεία και συμπτώματα που έχουν σχέση με την τοπική επέκταση του όγκου στο θώρακα κατά συνέχεια ιστών ή με επέκταση στα επιχώρια λεμφογάγγλια.

Περιλαμβάνουν:

παράλυση του πολίνδρομου λαρυγγικού νεύρου με βράγχος φωνής, απόφραξη της τραχείας, πίεση του οισοφάγου και δυσφαγία, παράλυση του φρενικού νεύρου με ανύψωση του n+1 διαφράγματος και δύσπνοια, προσβολή του συμπαθητικού με συνδρόμου HORNER.

Το σύνδρομο PANCOUST οφείλεται σε τοπική επέκταση όγκου προς την κορυφή του πνεύμονα με την προσβολή του 8ου αυχενικού και του 1ου και 2ου θωρακικού νεύρου, στην περιοχή κατανομής του ωλενίου νεύρου και συχνά με καταστροφή της πρώτης και δεύτερης πλευράς στην ακτινογραφία. Συχνά τα δύο σύνδρομα συνυπάρχουν.

Η τοπική επέκταση έχει σαν άλλα αποτελέσματα το σύνδρομο της άνω κοίλης φλέβας, λόγω αγγειακής απόφραξης, την επέκταση προς το περικάρδιο και την καρδιά με συνέπεια του επιπωματισμό, τις αρρυθμίες και την καρδιακή κάμψη.

IV. Εξωθωρακικές μη μεταστατικές εκδηλώσεις ή παρανεοπλασματικά

σύνδρομα:

Ο μηχανισμός τους είναι εν μέρει αδιευκρίνιστος και είναι πολυάριθμες. Μπορούν να εκδηλωθούν πριν από οποιαδήποτε άλλη ακτινολογική ή κλινική εκδήλωση του πρωτοπαθούς όγκου.

1) Ορμονικές διαταραχές :

- i. Παραγωγή ουσίας με ιδιότητες A C T H (αδρενοκορτικοτρόπος ορμόνη) που εκδηλώνεται συνήθως με οιδήματα κάτω άκρων και υποκαλιαιμική αλκάλεια και τέλος με αδυναμία.
- ii. Σύνδρομο καρκινοειδούς από παραγωγή 5-υδροξυτρυπταμίνης.
- iii. Υπερασβεστιαϊμία από παραγωγή ουσίας με ιδιότητες παραθορμόνης.
- iv. Σύνδρομο άμετρης παραγωγής αντιδιουρητικής ορμόνης (A D H).
- v. Παραγωγή γοναδοτροπινών με γυναικομαστία, σύστοιχα προς το όγκο.

2) Νευρικό σύστημα και μύες.

- i. Περιφερική νευροπάθεια.
- ii. Πυραμιδική συνδρομή.
- iii. Δερματομυοσίτις.
- iv. Παρεγκεφαλιδική εκφύλιση.
- v. Μυοπάθεια (των κεντρομελικών μυών).
- vi. Διαταραχή προσωπικότητας, κατάθλιψη, άνοια.
- vii. Σύνδρομο μασθένειας.

3) Υπερτροφική οστεοαρθροπάθεια.

Εμφανίζεται με τη διόγκωση των αρθρώσεων, συνήθως πηχεοκαρπικών, ποδοκνημικών και γονάτων, ενώ κατά κανόνα μπορεί να συνυπάρξει με πάχυνση, με οίδημα των μαλακών μορίων και πληκτροδακτυλία.

4) Δερματολογικές διαταραχές.

Αυξημένη εναπόθεση χρωστικής (ACANTHOSIS NIGRICAUS).

5) Αγγειακές διαταραχές.

Μεταναστευτική θρομβοφλεβίτις (σύνδρομο TRAUSSEAN)

6) Αιματολογικές διαταραχές.

Διάχυση ενδοαγγειακή πήξη.

Αναιμία και επί ιού.

V. Εξωθωρακικές καταστάσεις:

Οι μεταστάσεις αυτές έχουν ως συνηθέστερα κλινικά συμπτώματα τα εξής:

- i. Εισβολή στο μυελό των οστών με λευκοπενία ή παγκυτταροπενία.
- ii. Ηπατικές μεταστάσεις με ανορεξία, χολική απόφραξη και πόνο.
- iii. Σύνδρομο πύεσως του νωπιαίου μυελού από επισκληρίδιες ή ωστικές μεταστάσεις.
- iv. Εγκεφαλικές μεταστάσεις με νευρολογικές διαταραχές.
- v. Ωστικές μεταστάσεις με άλγη και παθολογικά κατάγματα.
- vi. Οι μεταστάσεις σε λεμφαδένες (συνήθως υπερκλήδιος) που μπορεί να είναι επώδυνες και εξελκωμένες.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.

Για τη διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα απαιτείται η γνώση των συμπτωμάτων της ασθένειας και η εκτίμηση του ιστορικού και των κλινικών συμπτωμάτων σε συνδυασμό με τις παρακλινικές εξετάσεις.

Η συχνότητα εμφάνισης του όγκου τίθεται μεγαλύτερη όταν ένας καπνιστής ηλικίας άνω των 35-40 ετών, παρουσιάσει νέα εκδήλωση-σύμπτωμα από το αναπνευστικό (πνευμονίτιδα, δύσπνοια, βήχα, αιμόπτυση) η οποία εμμένει για χρονικό διάστημα άνω των 2 εβδομάδων.

Γενικά όταν εξετάσουμε το ιστορικό ενός ασθενούς που έχει εμφανίσει όγκο στον πνεύμονα θα πρέπει να προσέχουμε το επάγγελμά του (προδιαθετικοί επαγγελματικοί παράγοντες) σε συνδυασμό με το βραχύ χρονικό διάστημα έναρξης των συμπτωμάτων. Επίσης το φυσικό περιβάλλον, το κάπνισμα και την προϋπόθεση βρογχογενούς καρκίνου στο οικογενειακό περιβάλλον.

Όσον αφορά τα κλινικά συμπτώματα θα πρέπει να εκτιμούνται τα παρακάτω, το βράγχος της φωνής, οι επαναλαμβανόμενες αιμοπτύσεις, ο εντοπισμένος πόνος στο θωρακικό τοίχωμα, η αλλαγή του χαρακτήρα ενός προϋπάρχοντος βήχα, η ανεύρεση ψηλαφητών υπερκλειδίων λεμφαδένων και τα υποτροπιάζοντα πνευμονικά επεισόδια, καθώς και η ύπαρξη αναπνευστικού συριγμού.

Η συσχέτιση των παραπάνω σημείων σε συνδυασμό με την καταβολή δυνάμεων, την ανορεξία, την απώλεια βάρους και την εύκολη κόπωση αφενός και η ορθή εκτίμηση των λειτουργικών κλινικών εξετάσεων αφετέρου μας οδηγούν στην αναζήτηση ενός βρογχογενούς καρκινώματος.

Οι συμπληρωματικές παρακλινικές εξετάσεις για τη διάγνωση και μελέτη του όγκου είναι οι παρακάτω:

1. ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΠΤΥΞΩΝ.

Είναι η πιο απλή εργαστηριακή μέθοδος ανεύρεσης του βρογχογενούς καρκίνου. Είναι θετική στα 70-90% των περιπτώσεων. Χρησιμοποιούνται συνήθως τα πρωινά πτύελα.

Σε περίπτωση που δεν είναι δυνατό αυτό χορηγούνται ειδικές ερεθιστικές ουσίες των βρόγχων που φέρνουν παροξυσμικό βήχα.

Το μοναδικό μειονέκτημα της εξέτασης αυτής είναι ο μη καθορισμός της θέσης ανάπτυξης των αρχομένων βρογχογενών καρκινωμάτων (IN SITU).

2. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ.

Ο ακτινολογικός έλεγχος του θώρακα και ιδιαίτερα η ακτινογραφία θώρακα σε 2 επίπεδα (F και P) είναι η πρώτη εργαστηριακή εξέταση στην οποία υποβάλλονται οι ύποπτοι για βρογχογενές καρκίνωμα.

Με την εξέταση αυτή παίρνουμε παθολογικά ευρήματα από όλους σχεδόν τους ασθενείς με όγκο.

Ο χρόνος διπλασιασμού μπορεί να υπολογιστεί από τη συσχέτιση παλαιών και νέων ακτινογραφιών.

Οι ακτινολογικές ανωμαλίες συνήθως είναι : πνευμονίτιδα, σχηματισμός κοιλοτήτων, ατελεκτασία, πυλαίες ή περιφερειακές μάζες και υπεζωκοτική συγκέντρωση υγρού.

Ο ακτινολογικός έλεγχος και η κυτταρολογική των πτυέλων έχουν διαγνωστική σημασία για την πρωινή διάγνωση του βρογχογενούς καρκίνου σε πληθυσμούς με αυξημένο κίνδυνο προσβολής.

3. ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ.

Η εξέταση αυτή είναι πολύ σημαντική είναι όμως περισσότερο χρήσιμη στην διαφορετική διαγνωστική μεταξύ κακοήθων όγκων του πνεύμονα και μεγάλη στον καθορισμό της εγχειρισιμότητας.

4. ΜΕΣΑΥΛΙΟΣΚΟΠΗΣΗ.

Είναι μια απλή εξέταση, αιματηρή όμως που πραγματοποιείται από μια τομή στη σφαγή με τοπική ή ολική αναισθησία. Για τη διενέργεια αυτής της εξέτασης είναι αναγκαίο ένα ειδικό όργανο το οποίο ονομάζεται μεσαυλιοσκόπιο, που προωθείται από την τομή κατά μήκος της πρόσθιας επιφάνειας της τραχείας και σκοπό έχει την εύρεση λεμφαδένων και τη λήψη βιοψίας.

5. ΒΡΟΓΧΟΣΚΟΠΗΣΗ.

Με την εξέταση αυτή διαγνώσουμε όχι μόνο τον βρογχογενή καρκίνο αλλά και άλλες πνευμονικές παθήσεις. Με την χρήση του εύκαπτου βρογχοσκοπίου το ποσοστό διάγνωσης του όγκου φτάνει το 80% σε σύγκριση με το ευθύ μεταλλικό βρογχοσκόπιο το ποσοστό του οποίου δεν ξεπερνά το 40%.

Η μέθοδος αυτή αποβλέπει στην ακριβή εντόπιση της βλάβης, στους χαρακτήρες της, στην έκταση και στη λήψη του υλικού για κυτταρολογική ή ιστολογική εξέταση. Με τα στοιχεία καθορίζεται η εγχειρισιμότητα, η μη της νόσου. Η αναισθησία είναι τοπική ή ολική. Τα βρογχοσκοπικά ευρήματα διακρίνονται σε έμμεσα και άμεσα.

Έμμεσα : δυσκινησία, βρογχική στένωση, καθήλωση του πλαγίου τοιχώματος της τραχείας ή του βρόγχου και διεύρυνση της τροπίδας από υποκείμενους διογκωμένους λεμφαδένες.

Άμεσα : ανεύρεση όγκου της νεοπλασματικής εξέλκωσης.

Η λήψη βιοψίας απ' τις αλλοιωμένες θέσεις θεωρείται απαραίτητη, όπου αυτό δεν είναι δυνατό τότε παίρνουμε έκκριμα των βρόγχων αφού πριν γίνει βούρτσισμα, με μια ειδική βούρτσα και το οποίο στέλνεται για κυτταρολογική εξέταση.

6. ΔΙΑΘΩΡΑΚΙΚΗ (ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ) ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΜΕ ΒΕΛΟΝΑ.

Θεωρείται μια εύκολη, γρήγορη και ανώδυνη μέθοδος που γίνεται με τοπική αναισθησία κάτω από ακτινοσκοπικό έλεγχο και με διαγνωστική ακρίβεια 80-90%. Η διαγνωστική αξία αυτής της εξέτασης γίνεται για τον καθορισμό της συντηρητικής θεραπείας, σε όγκους που δεν έχει εγχειρηθεί και στους ασθενείς που δεν συνεργάσιμοι για την χειρουργική τους επέμβαση καθώς επίσης και στους ασθενείς που υπάρχουν αντενδείξεις για την εγχείρησή τους.

7. ΒΡΟΓΧΟΓΡΑΦΙΑ.

Δεν χρησιμοποιείται συχνά παρά μόνο όταν η βρογχοσκόπηση είναι αρνητική και τίθεται θέμα διαφορικής διάγνωσης από βρογχοεκτάσεις, ξένα σώματα, βρογχικά συρίγγια, πνευμονικές δυσπασίες κτλ.

8. ΡΑΔΙΟΙΣΟΤΟΠΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ.

Δεν υπάρχει ειδική ραδιοϊσοτοπική μέθοδος διάγνωσης του βρογχογενούς καρκίνου.

Το χρησιμοποιούμενο τελευταίο ραδιενεργό Γάλλιο - 67 (67 Ga-Citrat). Δίνεται IV και προσλαμβάνεται κατά 80-95% από τα βρογχογενή καρκινώματα και τις μεταστάσεις στους λεμφαδένες του μεσοθωρακίου.

Το ισότοπο εμφανίζει διαφορετική συγγένεια στα διάφορα ιστολογικά είδη του όγκου.

9. ΟΙΣΟΦΑΓΟΓΡΑΦΙΑ - ΟΙΣΟΦΑΓΟΣΚΟΠΗΣΗ.

Η λήψη βαρίου από το στόμα ακτινολογικά δείχνει μια πίεση μια έλξη του οισοφάγου. Υπαίτιοι γιαυτές είναι οι διηθημένοι παραοισοφαγικοί λεμφαδένες, χωρίς να υπονοεί πάντοτε καρκινωμάτωδη διήθηση του οργάνου.

Αυτή βρίσκεται με την οισοφαγοσκόπηση και δηλώνει εξελιγμένο στάδιο βρογχογενούς καρκίνου που δεν προσφέρεται για χειρουργική θεραπεία.

10. ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΘΩΡΑΚΑ ΚΑΙ ΒΙΟΨΙΑ ΥΠΕΖΩΚΟΤΑ.

Σε περίπτωση συγκέντρωσης υγρού στα πλευρά γίνεται εκκενωτική παρακέντηση του θώρακα η οποία παρέχει τη δυνατότητα της απολογικής απεικόνισης των παθολογοανατομικών βλαβών και ανακουφίζει από τα συμπτώματα.

Για να διαγνώσουμε την ύπαρξη καρκινικών κυτάρων εξετάζουμε κυταρολογικά το υγρό. Αυτό υποδηλώνει υπεζωκοτική διασπορά και αποτελεί αρνητικό παράγοντα για εγχείρηση.

Ένας άλλος τρόπος διάγνωσης της ύπαρξης υπεζωκοτικής διήθησης είναι η βιοψία τεμαχιδίου που παίρνεται από την ένοχη περιοχή του διηθημένου υπεζωκότα με ειδική βελόνα παρακέντησης του θώρακα.

11. ΒΙΟΨΙΑ ΠΡΟΣΚΑΛΗΝΙΚΟΥ ΛΙΠΟΥΣ ΚΑΙ ΨΗΛΛΑΦΙΤΩΝ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ.

Με θετικά ιστολογικά αποτελέσματα για βρογχογενές καρκίνωμα σημαίνουν προχωρημένες ανεγχείρητες καταστάσεις και έχουν σημασία όχι τόσο για τη διάγνωση, αλλά για τη διαφορική διάγνωση και το είδος της εφαρμοζόμενης θεραπείας.

12. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΘΩΡΑΚΟΤΟΜΗ.

Είναι χρήσιμη στις περιπτώσεις με ύποπτες ακτινολογικές σκιάσεις που δεν διαγνώστηκαν με τις άλλες διαγνωστικές μεθόδους και δεν μπορεί να αποκλειστεί η ύπαρξη ενός βρογχογενούς καρκίνου.

13. ΑΠΤΕΙΟΓΡΑΦΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ.

Ο έλεγχος αυτός της άνω κοιλίας και αζύγου με την παύση της σκιαγράφησης, την μεταβολή της μορφής τους και την πίεση του τοιχώματος, μας παρέχει στοιχεία για την έκταση του όγκου.

14. ΑΠΟΖΕΣΗ ΤΩΝ ΒΡΟΓΧΩΝ.

Η εξέταση αυτή γίνεται σε περιπτώσεις ασθενών με ύποπτη πνευμονική σκίαση στους οποίους η εφαρμογή της βρογχοσκόπησης και της κυτταρολογικής εξέτασης των πτυέλων είχε αρνητικά αποτελέσματα. Η αναισθησία γίνεται τοπικά κατά την εξέταση αυτή ένας εύπλαστος ειδικός καθετήρας εισέρχεται από τη μύτη ή το στόμα στην τραχεία.

15. ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ.

Εφαρμόζεται με δύο τρόπους : α) με εισπνοή ραδιενεργού αερίου για διαπίστωση προβλημάτων αερισμού και β) ενδοφλέβια χορήγηση ραδιοϊσοτόπου. Είναι μικρής διαγνωστικής σημασίας.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.

Συμπεραίνουμε από τα παραπάνω ότι οι διαγνωστικές μέθοδοι που έχουμε συμβάλλουν στην ανεύρεση του βρογχογενούς καρκίνου. Σε περίπτωση που η διάγνωση δεν είναι σίγουρη και πριν την πραγματοποίηση της ερευνητικής θωρακοτομής, οφείλουν οι ειδικοί να κάνουν διαφορική διάγνωση από άλλες πνευματικές παθήσεις και νόσους.

Αυτές είναι:

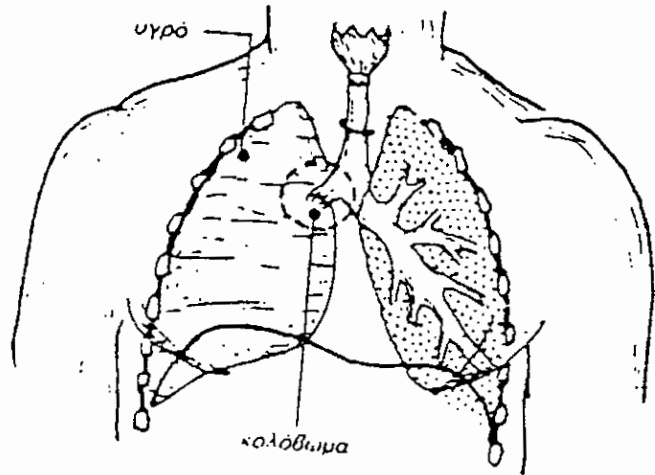
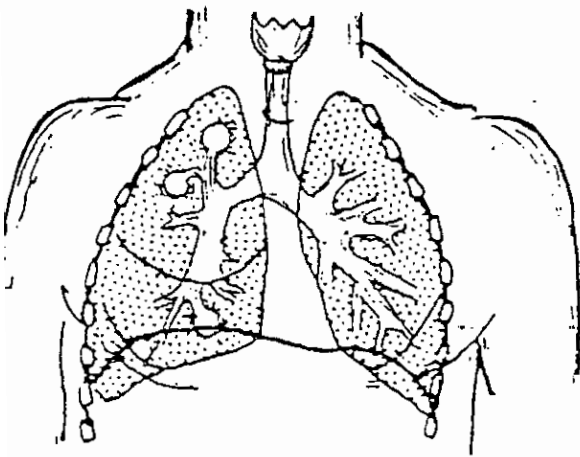
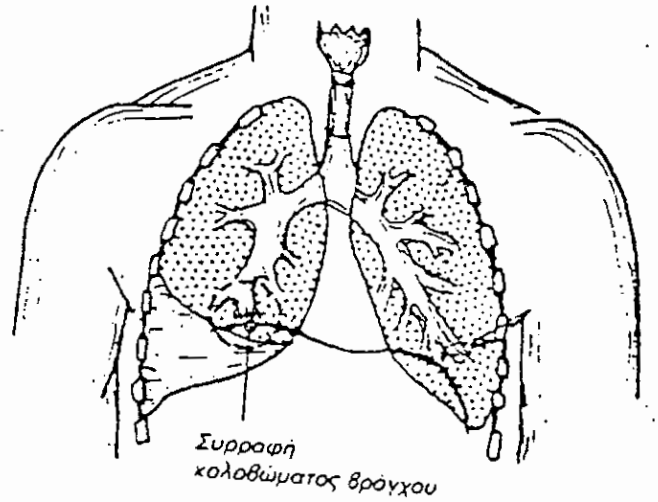
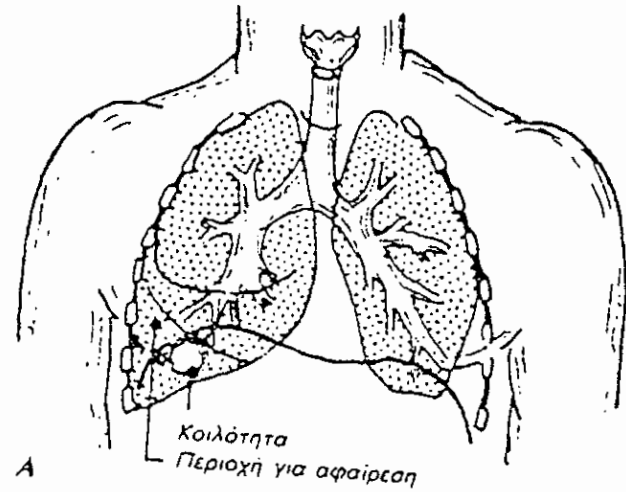
1. Για τα κεντρικά ή των πυλών

- α) Πνευμονία
- β) Μεσοθωρακίτιδα
- γ) Σαρκοείδωση
- δ) Λεμφοκοκκιωμάτωση
- ε) Φυματίωση
- στ) Όγκοι του μεσοθωρακίου

2. Για τα περιφερικά βρογχογενή καρκινώματα

- α) Καλοήθεις ή κακοήθεις όγκοι (αμάρτωμα, χόνδρωμα, ίνωμα, αδένωμα)
- β) Πνευμονικό απόστημα
- γ) Μυκητιάσεις του πνεύμονα
- δ) Εχινόκοκκος κύστη
- ε) Πνευμονικός μεταστατικός καρκίνος (από όγκο νεφρών, προστάτη, θηροειδή, όρχεων, μαστού, μελανωμάτων)

- στ) Λοβώδης πνευμονία
- ζ) Χρόνια υποτροπιάζουσα πνευμονία
- η) Πνευμονική εμβολή
- θ) Άλλους πρωτοπαθείς και κακοήθεις όγκους του πνεύμονα (σάρκωμα)
- ι) Φυματίωση



Εικόνα 2 Α. λοβεκτομή και Β. πνευμονεκτομή.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Είναι γεγονός ότι η πρόληψη και η πρόγνωση του καρκίνου είναι ο ιδανικότερος τρόπος καταπολέμησής του.

Ο βρογχογενής καρκίνος για να θεραπευτεί αποτελεσματικά θα πρέπει οι ειδικοί να σπριχτούν στους εξής κανόνες:

- α) τη σωστή διάγνωση και ιστολογική ταξινόμηση
- β) τον καθορισμό του σταδίου
- γ) τη σωστή ένδειξη της χειρουργικής θεραπείας ή οποιασδήποτε άλλης αγωγής
- δ) τη δυνατότητα (παθολογικά) του ασθενή να υποστεί μια θεραπευτική θωρακοχειρουργική επέμβαση.

Η θεραπεία του βρογχογενούς καρκίνου θεωρείται σήμερα ως μη ικανοποιητική, αλλά όχι και ως απογοητευτική. Οι βασικές θεραπευτικές μέθοδοι του βρογχογενούς καρκίνου είναι η εγχείρηση, η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και η ανοσοθεραπεία η οποία ερευνάται ακόμα.

1. ΜΗ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.

α) Χειρουργική θεραπεία.

Όταν οι άρρωστοι βρίσκονται στο κλινικό στάδιο I και II η θεραπευτική οδός που ακολουθείται είναι η χειρουργική εκτομή. Όταν οι ασθενείς βρίσκονται στο στάδιο III με καλή καρδιοπνευμονική λειτουργία, με εντόπιση του όγκου και δεν είναι μεγάλης ηλικίας τότε και πάλι ενδείκνυται η εκτομή.

Ονομασία της εκτομής αυτής είναι η λοβεκτομή, η οποία πλεονεκτεί έναντι της πνευμονεκτομής.

Αντίθετα σε αρρώστους με κατώτερες πνευμονικές εφεδρείες και μικρές περιφερικές ανωμαλίες εφαρμόζεται η σφηνοειδής εκτομή και η εκτομή πνευμονικού τμήματος.

Το 43% περίπου των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα υφίστανται θωρακοτομή.

Η χειρουργική επέμβαση παρουσιάζει ένα χρονικό διάστημα επιμήκυνσης της ζωής της τάξεως 5 χρόνια αλλά όμως οι περιπτώσεις ασθενών που ο όγκος τους δέχεται χειρουργική θεραπεία είναι τόσο λίγες, 20 % περίπου, που το ποσοστό επιβίωσης είναι αρκετά χαμηλό γιατί και από το 20% μόνο το 1/4 ξεπερνούν την πενταετία με ολικό ποσοστό συνέπειας 5-8%.

Όταν δε ο όγκος έχει πάρει μεγάλη έκταση είναι προτιμότερο να αποφευχθεί κάθε είδους επέμβαση (ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, χειρουργική, ανοσοθεραπεία).

Αντενδείξεις εγχείρησης :

Αρνητική συνολική υγεία, εκτεταμένη προσβολή του θωρακικού τοιχώματος, όγκος που προσβάλλει την τροχιδα, την τραχεία, σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας, υπεζωκοτική συλλογή υγρού, παράλυση του λαρυγγικού ή του φρενικού νεύρου, εξωθωρακικές μεταστάσεις. Προκειμένου να επεκταθεί το όριο επιβίωσης εφαρμόζεται μετά τη χειρουργική εκτομή και η χημειοθεραπεία.

Τα τελευταία χρόνια ασχολήθηκαν οι ειδικοί με τη λειτουργικότητα κάποιων αυτόματων συρραπτικών συσκευών απολίνωσης πνευμονικών φλεβών, της πνευμονικής αρτηρίας και των βρόγχων κατά τη χειρουργική θεραπεία του όγκου. Η σημαντικότητα αυτών των συσκευών αναφέρθηκε το 1987 στο 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ογκολογίας και προστέθηκε ότι με τη χρήση η εγχείρηση γίνεται γρηγορότερα σε σχέση 1/2, έχουμε απώλεια αίματος μικρότερη σε σχέση 1/3 και χορηγείται λιγότερο αίμα σε σχέση 1/4.

Έτσι με αυτή τη μέθοδο οι ασθενείς βρίσκονται σε θετικότερη μετεγχειρητική κατάσταση και νοσηλεύονται λιγότερο χρονικό διάστημα.

β) Ακτινοθεραπεία.

Στην ακτινοθεραπεία με απώτερο σκοπό τη θεραπεία, υπόκεινται οι ασθενείς με στάδιο III χωρίς άπω μεταστάσεις (ΜΟ) στους οποίους δεν επιτρέπεται, να γίνει η εγχείρηση λόγω ιατρικής παρεμπόδισης ή δεν το θέλουν και οι ίδιοι. Το μέγεθος της ακτινοβολίας καθορίζεται από την ένταση της ασθένειας και του όγκου της περιοχής του θώρακα που απαιτείται η ακτινοβολήση. Οι δόσεις που παρέχονται είναι 5-6.000 RADS και το βασικό μειονέκτημα είναι η επέκταση και ο βαθμός προσβολής των υπόλοιπων οργάνων. Για τους ασθενείς σταδίου III με άπω μεταστάσεις η αγωγή είναι κυρίως συμπτωματική-ανακουφιστική. Η συνολική δόση είναι 30.000-40.000 RADS σε 2-4 εβδομάδες.

Η ακτινοθεραπεία στην καταπολέμηση του πρωτοπαθούς πνευμονικού καρκίνου συμβάλλει στα εξής:

1. Ως παρηγορητική θεραπεία, σε αρρώστους με επεκταμένη νόσο ώστε να βρεθούν υπό έλεγχο τα διάφορα συμπτώματα απ' τις οπτικές και εγκεφαλικές μεταστάσεις.
2. Ως θεραπευτική, η χρησιμότητα της οποίας σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία ή και χειρουργική θεραπεία είναι αποτελεσματική. Έτσι ο ρόλος αυτής είναι δυνατό να δώσει πενταετή επιβίωση στο 6-7% των ασθενών έναντι 46 ή 23% εκείνων οι οποίοι χειρουργήθηκαν.
3. Ως συνδυασμός ακτινοθεραπείας και χειρουργικής θεραπείας, ο οποίος έχει αμφίδρομη.

Η ακτινοβολία που ασκείται πριν απ' την εγχείρηση θα μπορούσε να κάνει χειρουργήσιμων ακόμη και λεμφαδένες ανεγχείρητους. Επίσης να ελαττώσει τον κίνδυνο διασποράς του όγκου κοντά στο χειρουργείο.

Η μετεγχειρητική ακτινοβολία μπορεί να συμβάλλει στη σταθερότητα λεμφαδενικών μικρομεταστάσεων καθώς και στον έλεγχο διαφόρων καρκινικών εστιών οι οποίες είναι ανεγχείρητες.

2. ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.

Η θεραπεία αυτή εφαρμόζεται όταν η νόσος είναι εξαρχής γενικευμένη και γιαυτό το λόγο η ακτινοθεραπεία και η εγχείρηση δεν χρησιμοποιούνται.

Η αρχικά θεραπεία (εφόδου) σκοπεύει στην πλήρη καταπολέμηση του όγκου. Συνήθως εφαρμόζεται η συνηθισμένη χημειοθεραπεία, με συνδυασμό 3-4 παραγόντων ταυτόχρονα και περιλαμβάνει ένα πρωταρχικό στάδιο συνεχής θεραπείας για 6-8 εβδομάδες, η οποία ακολουθείται από χημειοθεραπεία διατήρησης για τους ασθενείς που ανταποκρίθηκαν (άμεσα, μερικά ή πλήρως) στο αρχικό σχήμα (εφόδου). Η περίοδος της εφόδου πρέπει να επιβλέπεται από ογκολόγο και να παρέχεται υποστηρικτική αγωγή για τις λοιμώδεις και λοιπές επιπλοκές. Ειδικά σε επιλεγμένες περιπτώσεις που χορηγούνται υψηλές δόσεις συνδυασμένης χημειοθεραπείας με ή χωρίς ακτινοβολία (θεραπεία εφόδου).

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται είτε σε συνδυασμό με διάφορα κυτταροστατικά φάρμακα, οπότε έχει θεραπευτικά αποτελέσματα στη μορφή αυτή, είτε σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία στο μικροκυτταρικό βρογχογενές καρκίνωμα με σχετικά θετικές συνέπειες.

Η θεραπεία αυτή εφαρμόζεται ως υποβοηθητική της χειρουργικής μεθόδου και στοχεύει στον έλεγχο των απομακρυσμένων μεταστάσεων με συνέπειες την άνοδο του ποσοστού τη ανταπόκρισης των αρρώστων μέχρι και 40% των περιπτώσεων.

Η θεραπεία αυτή εφαρμόζεται ως υποβοηθητική της χειρουργικής μεθόδου και στοχεύει στον έλεγχο των απομακρυσμένων μεταστάσεων με συνέπειες την άνοδο του ποσοστού τη ανταπόκρισης των αρρώστων μέχρι και 40% των περιπτώσεων.

Επίσης η παροχή κυτταροστατικών φαρμάκων σε αρρώστους με βρογχογενές καρκίνωμα μη εγχειρήσιμο κατέστησε τους όγκους εξαιρεσίμους σ'ένα ικανοποιητικό ποσοστό των περιπτώσεων.

Τα θεραπευτικά σχήματα που χρησιμοποιούνται είναι :

1. Για το μικροκυτταρικό καρκίνωμα.

α) Το σχήμα COPAM δηλαδή κυκλοφωσφαμιδη, βινκριστίνη, πρεδεζολόνη, Αντριάμυκίνη και Μεθοτρεξάτη. Γίνεται επανάληψη κάθε 28 μέρες.

β) Το σχήμα CAV δηλαδή κυκλοφωσφαμιδη, Αντριάμυκίνη και βινκριστίνη. Γίνεται επανάληψη κάθε 27 μέρες.

2. Για τα υπόλοιπα καρκινώματα (αδενοκαρκίνωμα, επιδερμοειδές, μεγαλοκυτταρικό)

α) Ο συνδυασμός Platinol με Vepesid (VP-16) ή με Vindesine (Gesidine). Γίνεται επανάληψη κάθε 28 μέρες.

β) Το σχήμα CAV.

Επιπλοκές χημειοθεραπείας :

Ναυτία, έμετοι, διάρροια, αλωπεκία, θρομβοπενία, λευκοπενία, στοματίτιδα.

ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Παρά την αρχική αισιοδοξία που σημειώθηκε κατά την χρησιμοποίηση της θεραπείας αυτής κυρίως στα πειραματόζωα εντούτοις σήμερα διαπιστώνεται ότι η συμβολή της δεν είναι τόσο αποτελεσματική.

LASER.

Η θεραπεία των Laser αποβλέπει στην παύση της αιμόπτυσης ή στην βελτίωση της πνευμονικής λειτουργίας απομακρύνοντας κεντρικούς όγκους και διορθώνοντας τη σύμπτωση του πνευμονικού παρεγχύματος. Πλήρης αφαίρεση του αποφράσσοντος όγκου με συμπτωματική ανακούφιση μπορεί να παρατηρηθεί στο 50% των περιπτώσεων ενώ μερική αφαίρεση στο 30%.

Στις αντενδείξεις υπάγονται η μεγάλη έκταση του όγκου, ενώ στις σχετικές αντενδείξεις υπάγονται η ολική απόφραξη του αυλού και οι αλλοιώσεις των άνω λοβών.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ.

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί έναν από τους καρκίνους με τη χειρότερη πρόγνωση.

Από τους πάσχοντες από την ασθένεια αυτή μόνο το 10% ξεπερνά την πενταετία.

Οι καρκινογόνες ουσίες στις οποίες εκτίθενται οι άνθρωποι σε σχέση με το κάπνισμα αποτελούν τους βασικότερους παράγοντες για την εμφάνιση του όγκου στον πνεύμονα.

Οι κυτταρολογικές εξετάσεις πτυέλων και οι ακτινολογικές που γίνονται κάθε εξάμηνο από τα άτομα υψηλού κινδύνου δεν παρέχουν βοήθεια στην γρήγορη ανακάλυψη του καρκίνου, με συνέπεια η επιβίωση να μην αυξάνει.

Αν βρεθούν όμως θετικά πτύελα χωρίς ακτινολογικά ευρήματα γίνεται βρογχοσκόπηση με το εύκαμπτο βρογχοσκόπιο και ξεχωριστή έκπλυση. Αν δεν προκύψουν θετικά τότε γίνεται βρογχογραφία. Εάν κι αυτή είναι αρνητική πρέπει να ξαναγίνουν και η ακτινογραφία και η βρογχοσκόπηση κάθε δύο μήνες. Η πρόγνωση του καρκίνου του πνεύμονα μπορεί να είναι :

1. Ανάλογα με τη θεραπεία :

Τα χειρουργήσιμα καρκινώματα παρουσιάζουν πολύ καλύτερη πρόγνωση από τα μη χειρουργήσιμα.

2. Ανάλογα με τα στοιχεία του όγκου :

α) Ο τύπος του όγκου. Το μαλπιγιακό καρκίνωμα ανώτερης βαθμίδας διαφοροποίησης έχει την καλύτερη πρόγνωση γιατί ενώ αυξάνει σε μέγεθος σχετικά γρήγορα, δεν μεθίσταται όπως το αδενοκαρκίνωμα το οποίο αν και αργά περισσότερο να αυξήσει το μέγεθος του όμως μεθίσταται αιματογενώς γρήγορα. Την χειρότερη εξέλιξη έχει το oat cell, που και γρήγορα αυξάνεται και γρήγορα μεθίσταται.

β) Η έκταση και επέκταση του όγκου.

Στάδιο I Επιβίωση 5ετής 60%

Στάδιο I Επιβίωση 5ετής 12%

Στάδιο I Επιβίωση 5ετής 5%

3. Ανάλογη με την ειδική αντίσταση των ατόμων.

Νόσος η οποία συνυπάρχει, όπως η χρόνια βρογχίτιδα και το εμφύσημα, επιβαρύνουν την πρόγνωση επειδή ελαττώνονται οι πιθανότητες εγχειρησιμότητας του όγκου.

Γενετικοί τέλος παράγοντες φαίνεται ότι μπορεί να επηρέασαν την πορεία του καρκίνου.

4. Άλλοι παράγοντες.

Μετεγχειρητικό εμπύημα αυξάνει την 5ετή επιβίωση γιατί η κινητοποίηση της μη ειδικής αντιδραστικής δυνάμεως του οργανισμού, καταστρέφει τα υπολειμματικά καρκινικά κύτταρα. Η επιβίωση μειώνεται σημαντικά από τη διήθηση των πνευμονικών φλεβών απ' τον όγκο.

Η αυτόματη ίαση σε όγκο που έχει διαγνωστεί χωρίς καμιά θεραπεία είναι εξαιρετικά σπάνια. Έχουν αναφερθεί μεταξύ 1900-1965, 176 περιπτώσεις.

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Οι πνευμονικές μεταστάσεις εμφανίζονται σαν πολλαπλοί ή μονήρεις στα περιφερικά τμήματα του πνευμονικού παρεγχύματος αμφοτερόπλευρα ή ετερόπλευρα.

Οι όγκοι των μεταστάσεων αυτών αποτελούν ίσως τη συχνότερη κακοήθεια του ασθενή. Προέρχονται δε από υπερνέφρωμα, μαστό, μήτρα, όρχεις, στόμαχο, θυροειδή, προστάτη και ακόμα είναι τα οστεοσαρκώματα.

Η ίδια διαδικασία ακολουθείται για τη διαπίστωση των καρκινωμάτων του πνεύμονα, όμως το ενδεχόμενο των πνευμονικών μεταστάσεων και η παρουσία από πριν των χειρουργηθέντων κακοήθων όγκων, καταστεί αναγκαίο, αν έχει ένδειξη και η εξαίρεση της μετάστασης, τη θωρακοτομή.

Η απομάκρυνση των πνευμονικών μεταστάσεων για κακοήθεις όγκους ορισμένων οργάνων λειτουργεί θετικά για την πρόγνωση. Σημαντικό ρόλο γι' αυτό παίζει :

- α) Να αποκλειστεί η τοπική υποτροπή.
- β) ΝΑ έχει αφαιρεθεί χειρουργική ο πρωτοπαθής όγκος.

Προκειμένου να εγχειριστεί ο ασθενής θα πρέπει να εξετάζονται οι χαρακτήρες και η συμπεριφορά του πρωτοπαθούς όγκου και των πνευμονικών μεταστάσεων.

Με αυτό τον τρόπο δικαιολογούνται :

1. Ο τρόπος της αιματογενούς μετάστασης του όγκου.
2. Ο χρόνος που χρειάζεται για το διπλασιασμό του μεγέθους του πρωτοπαθούς όγκου και της πνευμονικής μεταστάσεως.
3. Ο χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ της αφαίρεσης του πρωτοπαθούς όγκου και της εκδήλωσης της μεταστάσεως.
4. Ο αριθμός των πνευμονικών μεταστάσεων.
5. Το μέγεθος της πνευμονικής μετάστασης.

Λαμβάνοντας υπόψη τα άνωθεν οι πνευμονικές μεταστάσεις υπόκεινται σε χειρουργική επέμβαση όταν :

- α) Οι πνεύμονες αποτελούν αφετηρία των μεταστάσεων.
- β) Η ίαση ανάπτυξης μεταστάσεων της κακοήθειας είναι μικρή.

Βασική προϋπόθεση στην απομάκρυνση των πνευμονικών μεταστάσεων αποτελεί ο αποκλεισμός οστικού ή μεταστάσεων άλλων οργάνων και συνδέεται άμεσα με την ακτινοθεραπεία και τη χημειοθεραπεία ανάλογα με τον ιστολογικό τύπο του όγκου.

Με τη σωστή εξέταση όλων των παραπάνω κριτηρίων υπάρχει η δυνατότητα ανόδου της πενταετής επιβίωσης από 5% στα 30-60% μετά την αφαίρεση των πνευμονικών μεταστάσεων σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ.

Το νοσηλευτικό έργο που χαρακτηρίζεται ως λειτούργημα είναι πολύ σημαντικό. Οι νοσηλευτές-τριες οφείλουν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στους ασθενείς, να επιτελούν τις νοσηλευτικές τους παρεμβάσεις και να υποστηρίζουν ψυχολογικά τους αρρώστους. Συγχρόνως θα πρέπει να συμβάλλουν στη φυσική αποκατάσταση της υγείας τους και στην ομαλή επιστροφή στο οικείο περιβάλλον τους. Αναλυτικότερα θα πρέπει να τελούνται τα παρακάτω:

A. Εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς με καρκίνο του πνεύμονα.

Πρώτο μέλημα του νοσηλευτή-τριας είναι η εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή. Για να συλλέξει στοιχεία θα ανατρέξει και θα αντιλήσει πληροφορίες από τον ίδιο τον ασθενή, το στενό οικογενειακό του περιβάλλον και απ' τα ιατρικά δελτία διαμορφώνοντας έτσι μια πλήρη εικόνα του νοσηλευτικού ιστορικού του το οποίο περιλαμβάνει:

1. Κουλτούρα
2. Φύλο
3. Κοινωνικοοικονομική κατάσταση
4. Ηλικία
5. Επαγγελματική κατάσταση
6. Χρήση αλκοόλ
7. Καπνιστική συνήθεια (πόσα χρόνια καπνίζει, πόσα τσιγάρα καπνίζει κάθε μέρα, αν εισπνέει τον καπνό)

8. Ομάδα αίματος
9. Διαιτητικές συνήθειες - αν έχασε βάρος. Ελέγχεται το είδος του φαγητού και η διάθεσή του γι' αυτό.
10. Ιστορικό οικογενειακό για παρουσία άλλου περιστατικού με καρκίνο γενικά και του πνεύμονα ειδικά.
11. Απόψεις προσωπικές του ασθενή για την υγεία.
12. Διαπίστωση και αναγνώριση υπάρχουσας ψυχολογικής πίεσης, STRESS, αν ζει μόνος, ποια είναι η δομή της οικογένειας και η θέση του σε αυτή.
13. Έλεγχος του ασθενούς για πόνο στο θώρακα που τυχόν είναι εντοπισμένος ή επηρεάζεται από την αναπνοή. Μπορεί να είναι ήπιος ή έντονος και να παρατηρηθεί και σε άλλα όργανα.
14. Ο ασθενής μπορεί να φοβηθεί και να αγωνιά για την κατάστασή του ειδικά μετά τις αιμοπτύσεις.
15. Έλεγχος των ούλων γιατί ο καρκίνος προκαλεί εξελκώσεις κι αιμορραγίες σε αυτά.
16. Η ύπαρξη βήχα, πότε, με ποια συχνότητα εμφανίζεται, ποια ποσότητα έχουν τα πτύελα και τι εικόνα.

B. Φυσική εκτίμηση.

Ο νοσηλευτής-τρια θα πρέπει να κάνει μια φυσική εκτίμηση του ασθενή.

Αναλυτικότερα:

1. Να ελέγξει τη θωρακική περιοχή. Ο έλεγχος μπορεί να παρουσιάζεται φυσιολογικός ή να υπάρχει αμβλύτητα στην επίκρουση (μονόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη) αύξηση των αναπνευστικών ήχων.
2. Σε περίπτωση ύπαρξης έντονου άλγους στο θώρακα ο ασθενής μπορεί να εκδηλώσει χαμηλή έκπτυξη του θώρακα.

3. Σε περίπτωση τυχούσας καχεξίας ο νοσηλευτής-τρια οφείλει να ενθαρρύνει τον ασθενή και να του προσφέρει τις κατάλληλες υπηρεσίες δηλαδή να διατηρήσει ένα ευχάριστο περιβάλλον και να επιμεληθεί τον ασθενή.
4. Να ελέγξει την ύπαρξη της μετάστασης. Αυτό που μπορεί να επιτευχθεί με σχολαστική ψηλάφηση των λεμφαδένων μαζί με άλλες αλλοιώσεις. Να επισπεύσει τις διαδικασίες για την ολοκλήρωση των διαγνωστικών εξετάσεων.

Γ. Νοσηλευτική παρέμβαση σε διαγνωστικές εξετάσεις.

Οι διαγνωστικές εξετάσεις που συνήθως γίνονται σε ασθενείς με πνευμονικό καρκίνο είναι η κυτταρολογική εξέταση των πτυέλων, η παρακέντηση του θώρακος, η βρογχοσκόπηση, η βρογχογραφία, η βιοψία του πνεύμονα, η βιοψία του υπεζωκότα, το σπινθηρογράφημα του πνεύμονα, ο ακτινολογικός έλεγχος. Υπάρχουν όμως κι άλλες. Αναλυτικότερα οι νοσηλευτές-τριες θα πρέπει να παρεμβαίνουν σε κάθε εξέταση απ' τις παραπάνω. Συγκεκριμένα:

1) Κυτταρολογική εξέταση των πτυέλων.

Ο νοσηλευτής-τρια συνιστά στον ασθενή να βήξει βαθιά για να επέλθουν πτύελα χωρίς σάλιο (ειδικότερα τις πρωινές ώρες). Εφόσον προέρχονται από τα βάθη του βρογχικού δέντρου τα πτύελα θεωρούνται ιδανικά για έλεγχο. Τα πτύελα συγκεντρώνονται σε τριβλίο. Γι' αυτή μάλιστα τη διαδικασία ενημερώνεται ο ασθενής. Συνήθως τα πτύελα στέλνονται στο εργαστήριο, διαφορετικά διαφυλάσσονται στο ψυγείο. Το τριβλίο θα πρέπει να μην έχει χρησιμοποιηθεί από άλλον ασθενή.

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ**

2) Παρακέντηση του θώρακα.

Ο νοσηλεύτης-τρια ελέγχει αν έχει γίνει ακτινογραφία θώρακα η οποία θα πρέπει να τοποθετηθεί στο κρεβάτι του νοσηλευόμενου. Ενημερώνει επίσης τον άρρωστο για το είδος της ακτινογραφίας, τον τρόπο με τον οποίο γίνεται η παρακέντηση, για τα αισθήματα που θα νιώσει και για ότι μετά την ακτινογραφία δεν θα προκύψει κανένα πρόβλημα, δυσχέρεια. Έτσι προτρέπει τον ασθενή να εκφράσει την ανησυχία του, τις απορίες του.

Ο νοσηλεύτης-τρια τοποθετεί στη σωστή θέση τον άρρωστο.

α) Σε καρέκλες με τα χέρια να στηρίζονται στο πίσω μέρος της

β) Στο χεῖλος του κρεβατιού με τα κάτω άκρα να υποστηρίζονται και το κεφάλι του με τα χέρια να στηρίζονται σε ένα επικλινίδιο τραπεζάκι ή σε δύο μαξιλάρια τοποθετημένα στα γόνατά του.

γ) Αν δεν μπορούν να επιτευχθούν τα παραπάνω, τότε ανυψώνουμε το κεφάλι του κρεβατιού 30° - 45° .

Για μια ώρα και μετά την παρακέντηση τοποθετείται ο ασθενής στο κρεβάτι στα πλάγια προς το υγιές ημιθώρακιο πάνω σε δύο ή τρία μαξιλάρια ή σε ελαφρά ανυψωμένο ερεισίνωτο υποστηρίζοντας τη ράχη με μαξιλάρι. Ο βασικός σκοπός του νοσηλεύτη-τριας είναι να νιώσει ο ασθενής άνετα. Συγχρόνως πρέπει να παρακολουθεί κατά καιρούς τον ασθενή για αίσθημα σύσφιξης στη θωρακική περιοχή, για αύξηση της συχνότητας της αναπνοής, για βήχα, για αιμορραγικά αφρώδη πτύελα, για αύξηση της συχνότητας σφυγμού, για αίσθημα λιποθυμίας.

3) Βρογχοσκόπηση.

Η βρογχοσκόπηση συντελεί στην άμεση εξέταση των βρόγχων που είναι κοντά στο δισκασμό της τραχείας και στην εύρεση και διάγνωση καρκινωμάτων. Ο ασθενής για να

προβεί στην βρογχοσκόπηση θα πρέπει να μείνει νηστικός σχεδόν 6 ώρες από πριν και να του αφαιρεθεί η τεχνητή οδοντοστοιχία. Στα παιδιά γίνεται γενική αναισθησία ενώ στους μεγάλους τοπική. Πριν ο ασθενής εισαχθεί στο χειρουργείο θα πρέπει να προετοιμαστεί ψυχολογικά από τον νοσηλεύτη-τρια. Ο τελευταίος-α θα πρέπει να του υποδείξει να αναπνέει απ' τη μύτη με ανοικτό το στόμα.

Σε περίπτωση γενικής αναισθησίας ο ασθενής τοποθετείται σε ευρεία θέση με το κεφάλι στο πλάι μετά το τέλος της εξέτασης. Όταν περάσει το στάδιο της ανάνηψης ο ασθενής τοποθετείται ανάρροπα και προτρέπεται για βαθιές αναπνοές. Δεν του δίνουν απ' το στόμα τίποτα κι αποφεύγεται η ομιλία η οποία δημιουργεί επιπρόσθετη τάση στους μύς των φωνητικών χορδών. Γι' αυτό κοντά στον ασθενή υπάρχει το κουδούνι, χαρτί και μολύβι. Ο ασθενής εξετάζεται για συμπτώματα αιμορραγίας τακτικά γιατί αυτή με το οίδημα στο λάρυγγα συνιστούν τις πιθανές επιπλοκές της βρογχοσκόπησης.

4) Βρογχογραφία.

Ο νοσηλεύτης-τρια θα πρέπει να επέμβει κατάλληλα στον ασθενή. Δηλαδή να επιμεληθεί την υγεία του στόματός του και να του αφαιρέσει την οδοντοστοιχία (τεχνητή). Να τον προτρέψει να βήχει και να ανασαίνει βαθιά. Να μην του δώσει 6-8 ώρες πριν την εξέταση τίποτα από το στόμα. Να ελέγξει την πιθανή αλλεργία του νοσηλευόμενου στο τοπικό ηρεμιστικό και ακτινοσκιερό. Να φέρει ηρεμία και ελάτπωση των εκκρίσεων παρέχοντας κατευναστικό και ατροπίνη. Να εγχύσει τοπικό αναισθητικό στο λάρυγγα και στην τραχεία για να αποφευχθεί ο βήχας. Στα δε παιδιά θα πρέπει να δοθεί γενική αναισθησία. Μετά την εξέταση και μέχρι την επαναλειτουργία των αντανακλαστικών του φάρυγγα δεν πρέπει να πάρουν από το στόμα τίποτα. Να συμβουλευτούν να βήχουν για να καθαριστεί το βρογχικό δέντρο. Σημαντική είναι η συμβολή της παροχέτευσης.

5) Βιοψία Πνεύμονα.

Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να προετοιμάζεται ψυχικά ο ασθενής και να πληροφορείται για τους δύο τρόπους διεκπεραίωσης της βιοψίας δηλαδή με παρακέντηση με ειδική βελόνα ή να γίνει σε ανοικτή θωρακοτομή.

6) Βιοψία του Υπεζωκότα.

Ο ασθενής που αναισθητοποιείται τοπικά, κάθεται στο κρεβάτι και προτρέπεται από τον νοσηλεύτη-τρια να βάλει το αντίστοιχο χέρι από την μεριά της παρακέντησης στο κεφάλι του, το οποίο στηρίζεται στο τραπέζι. Γίνεται έλεγχος για αιμορραγία και βήχα.

7) Σπινθηρογράφημα πνεύμονα.

Ο άρρωστος πριν την τέλεση του σπινθηρογραφήματος θα πρέπει να είναι νηστικός, ξεκούραστος κι ενημερωμένος για το είδος της εξέτασης και το χαρακτήρα της. Το σπινθηρογράφημα γίνεται με 2 τρόπους :

α) Με εισπνοή ραδιενεργού αερίου για τη διαπίστωση προβλημάτων αερισμού

β) Με ενδοφλέβια χορήγηση ραδιοϊσοτόπου (^{99}Tc). Ο άρρωστος θα πρέπει να βρίσκεται σε ύπια θέση για την ομοιόμορφη κατανομή του ραδιοϊσοτόπου στους πνεύμονες. Συνήθως παίρνονται τέσσερις όψεις.

8) Ακτινολογικός έλεγχος.

Ο νοσηλεύτης-τρια στην περίπτωση αυτή υποδεικνύει ηρεμία και ακινησία μπροστά στο ακτινολογικό μηχάνημα. Σημαντικότερος όμως και ουσιαστικότερος είναι ο ρόλος του γιατρού-ακτινολόγου.

Η σήμανση του νοσηλευτή στον ακτινολογικό έλεγχο είναι έμμεση. Συνίσταται καλή προετοιμασία ψυχική και σωματική για την πρόληψη προβλημάτων του ασθενούς και για την καλύτερη έκβαση του ακτινολογικού ελέγχου.

Δ. Προεγχειρητική - Μετεγχειρητική φροντίδα.

Γενική προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του πνεύμονα.

Στόχος της προεγχειρητικής φροντίδας είναι η σωστή ψυχική και σωματική κατάσταση του ασθενούς. Η γενική προεγχειρητική ετοιμασία συνίσταται στην :

- Καθαριότητα του νοσηλευόμενου.
- Ψυχολογική ηρεμία.
- Εξασφάλιση καλού ύπνου.
- Ειδικές και γενικές εξετάσεις.
- Σωματική ενίσχυση.

Συγκεκριμένα οι ενέργειες που πρέπει να εκτελεστούν προεγχειρητικώς από τους νοσηλευτές-τριες είναι οι εξής :

1. Διδάσκεται ο ασθενής να βήχει με κλειστή τη γλωτίδα και να αυξάνει την ενδοπνευμονική πίεση.
2. Εφυγραίνεται ο εισπνεόμενος αέρας για την ρευστοποίηση των εκκρίσεων.
3. Χορηγούνται βρογχοδιασταλτικά σε βρογχόσπασμο και αντιβίωση για την πρόληψη των λοιμώξεων.
4. Μετρούνται τα πτύελα (το ποσό τους) κάθε μέρα, σε ασθενείς με καλή απόχρεψη.
5. Διατηρείται η υγιεινή της στοματικής κοιλότητας για να αποφευχθούν οι λοιμώξεις στο ανώτερο αναπνευστικό σύστημα.

5. Διατηρείται η υγιεινή της στοματικής κοιλότητας για να αποφευχθούν οι λοιμώξεις στο ανώτερο αναπνευστικό σύστημα.
6. Γίνεται βρογχική παροχέτευση σε αρρώστους με πολλές εκκρίσεις.
7. Συνίσταται η παύση του καπνίσματος διότι αυξάνεται ο βρογχικός ερεθισμός.
8. Χορηγούνται αντιμικροβιακά για τις λοιμώξεις.

– Να διατηρηθεί σε καλή κατάσταση το κυκλοφορικό σύστημα. Αυτό θα γίνει με τα εξής:

1. Με τον έλεγχο των γενικών εξετάσεων αίματος και της καρδιακής λειτουργίας. Σε περίπτωση αναιμίας γίνεται μετάγγιση. Ο νοσηλευτής-τρια είναι σε ετοιμότητα μήπως χρειαστεί να γίνουν ενδοφλέβιες εγχύσεις ορών ή παρεντερική σίτιση.
2. Με την παροχή τονωτικών της καρδιάς σε αρρώστους με καρδιακή ανεπάρκεια καθώς και αντιπηκτικών για την αντιμετώπιση της θρόμβωσης και της πνευμονικής εμβολής.
3. Με την παρακολούθηση των αρρώστων και των αντιδράσεων τους στις καθημερινές ενέργειές τους.

– Να βοηθηθεί να κάνει τις ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις. Όπως :

η ουρία αίματος, η γλυκόζη αίματος, ο καθορισμός όγκου του αίματος, η γενική αίματος, ο προσδιορισμός των ηλεκτρολυτών, το Η.Κ.Γ. (για την απόκλιση εμφάνισης αρτηριοσκληρωτικής νόσου ή διαταραχές αγωγιμότητας).

– Να δοθούν επεξηγήσεις για το είδος της επέμβασης στον ασθενή.

Διδάσκοντάς τον για τη φύση της επέμβασης, υποδεικνόντάς του ασκήσεις πλήρους τροχιάς ώμου και κάτω άκρων, ενημερώνοντάς τον για τους σωλήνες παροχέτευσης και ενθαρρύνοντάς τον ψυχικά και πθικά.

- Να γίνει νοσηλευτική εκτίμηση του ασθενούς. Δηλαδή να μελετηθεί το ιστορικό του καπνίσματος του ασθενούς, να παρατηρηθεί η όψη του αρρώστου, η διανοητική του εγρήγορση, η συμπεριφορά και ο βαθμός θρέψης και γενικότερα να εξεταστούν τα συμπτώματα του ασθενούς.

Όλα τα παραπάνω συνιστούν τη γενική προεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς, η οποία αποβλέπει στην εξασφάλιση της ομαλής λειτουργίας της ψυχικής και σωματικής υγείας του ασθενούς.

Τελική προεγχειρητική φροντίδα.

Αυτή περιλαμβάνει τις ενέργειες αυτές που γίνονται το απόγευμα προ της εγχείρησης μέχρι να πάει ο άρρωστος στο χειρουργείο. Οι διαδικασίες αυτές είναι :

Ο υποκλυσμός : Συγκεκριμένα ο ασθενής υπόκειται προεγχειρητικά σε υποκλυσμό. Αυτός γίνεται με σαπουνούχο νερό ή απλώς νερό. Συχνά όμως γίνεται χρήση βιομηχανοποιημένων υποκλυσμών (ENEMA) μιας χρήσης. Με τον υποκλυσμό θα αποφευχθεί το άγχος του ασθενή για πιθανή κένωση κατά τη διάρκεια της νάρκωσης ή της εγχείρησης. Επίσης θα αποφευχθεί η μετεγχειρητική δυσφορία και προσπάθεια για κένωση καθώς και ο μετεγχειρητικός μετεωρισμός.

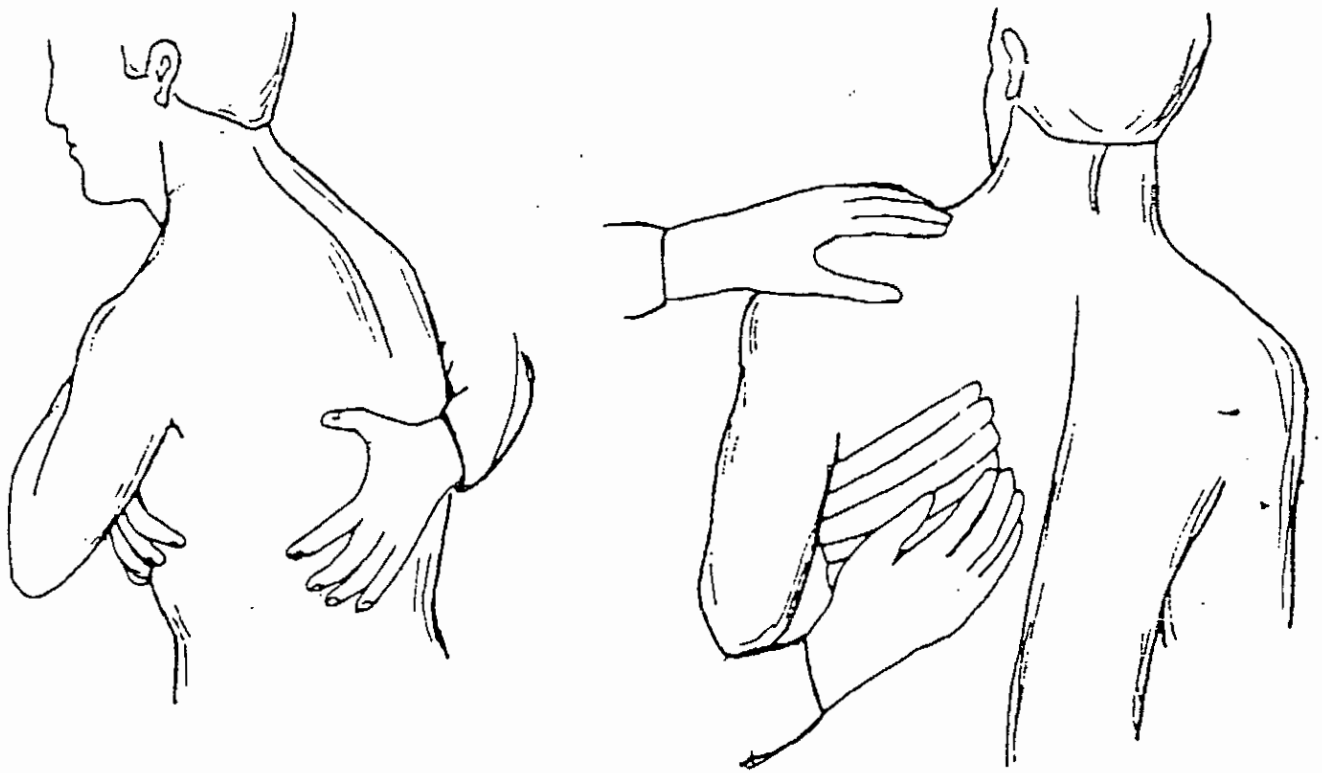
Η δίαιτα : Τις βραδινές ώρες πριν την χειρουργική επέμβαση ο ασθενής τρώει ελαφρά όπως σούπα καιゼλέ. Νερό συνήθως πίνει τα μεσάνυχτα. Η νοσοκόμα ή ο νοσοκόμος πληροφορεί τον ασθενή ότι θα πρέπει να μείνει νηστικός. Αυτή η πληροφορία δίνεται και στον συνοδό σε περίπτωση που ο άρρωστος είναι παιδί ή μεσήλικας.

Ετοιμασία εγχειρητικού πεδίου : Καθαρίζεται κι αποτριχώνεται η περιοχή που θα εγχειρηθεί προκειμένου να απαλλαχτεί από μικρόβια και να ελαττωθούν οι πιθανότητες

επιμόλυνσης του τραύματος. Η καθαριότητα γίνεται με σαπουνούχο νερό και αντισηπτικά και η αποτρίχωση με αποστειρωμένη ξυριστική μηχανή.

Αφαίρεση ξένων σωμάτων : Πριν την εγχείρηση ο νοσηλεύτης-τρια αφαιρεί από τον ασθενή τα ξένα σώματα που έχει πάνω του όπως : φακοί επαφής, κοσμήματα, τεχνητά μέλη, τεχνητή οδοντοστοιχία.

Εξασφάλιση πρεμίας ασθενούς : Ο νοσηλεύτης-τρια φροντίζει να απομακρύνει κάθε αρνητικό στοιχείο του ύπνου του ασθενή και του χορηγεί κατευναστικά.



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

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική φροντίδα έχει σαν στόχους να επαναφέρει τη φυσιολογική λειτουργία της καρδιάς και των πνευμόνων ταχύτερα, να προλάβει και να αντιμετωπίσει τις επιπλοκές.

Ο ασθενής μετά την χειρουργική επέμβαση τοποθετείται σε θέση FOWLER. Ο νοσηλεύτης-τρια παρεμβαίνει στη διατήρηση ανοιχτού αεραγωγού. Δηλαδή παρακολουθεί συνεχώς τον ασθενή μήπως αποφραχτεί η αναπνευστική οδός. Αυτό πετυχαίνεται με επισκόπηση, επίκρουση και ακρόαση με σπυροσκόπιο. Επίσης εξετάζει τις τιμές των αερίων του αρτηριακού αίματος. Αν είναι ελαττωμένη η PO_2 ή αυξημένη η CO_2 τότε ενδείκνυται να χρησιμοποιήσει αναπνευστήρα. Σε περίπτωση που ο ασθενής είναι ανήσυχος υποψιάζεται πιθανή υποξία.

Μετά την εγχείρηση ο νοσηλεύτης-τρια φροντίζει να αναρροφηθούν οι εκκρίσεις του ασθενή με αναρροφητήρα έτσι ώστε η αναπνευστική οδός να μείνει ανοιχτή. Επίσης του τονίζει τη σημασία του βήχα, για την απομάκρυνση των εκκρίσεων και τον βοηθά κατάλληλα ώσπου να γίνει ικανός ο άρρωστος να τις αποβάλλει μόνος του. Οι εκκρίσεις είναι περισσότερες σ' αυτούς που έχουν κάνει θωρακοτομή λόγω του τραύματος του βρογχικού δέντρου.

Ο νοσηλεύτης-τρια πρέπει επίσης μετά την εγχείρηση και προκειμένου να πετύχει την αναρρόφηση του τραχειοβρογχικού δέντρου να έχει μαζί του :

1. Νεφροειδές.
2. Κομμάτια γάζας.
3. Ελαστικό καθετήρα Νο 16 ή 18.
4. Μηχανή αναρρόφησης.
5. Τολύπια βαμβακιού ή χαρτοβάμβακα.

Μια σημαντική διαδικασία μετά την εγχείρηση είναι η χορήγηση εφυγρασμένου αέρα για να επιτευχθεί η σωστή οξυγόνωση. Παράλληλα ο νοσηλευτής-τρια προτρέπει τον ασθενή για αποτελεσματικό βήχα. Σε αντίθετη περίπτωση όταν δηλαδή ο ασθενής βήχει συνεχώς χωρίς κανένα αποτέλεσμα, χωρίς καμία χρησιμότητα εξασθενεί και καταλήγει σε ατελεκτασία απ' τις πολλές εκκρίσεις και σε πνευμονία. Για να αποφευχθεί η κατάσταση αυτή ο άρρωστος τοποθετείται στο κρεβάτι με τα πόδια στηριγμένα σε σκαμνί, στηρίζεται σταθερά ο θώρακας της πλευράς που δεν έχει χειρουργηθεί και ενθαρρύνουμε για βαθιά αναπνοή για σύσπαση των κοιλιακών μυών καθώς και για άλλες αναπνευστικές ασκήσεις. Με αυτές τις μεθόδους ο βήχας θα είναι αποτελεσματικός και τα πτύελα θα αποβάλλονται ταχύτερα. Η αποβολή των πτυέλων εξάλλου αποτελεί το βασικό παράγοντα και συντελεστή της καλής μετεγχειρητικής πορείας του ασθενή. Κατά το πρώτο 24ωρο ο ασθενής πρέπει να βήχει κάθε μια ως δυο ώρες.

Εκτός από τα παραπάνω ο νοσηλευτής-τρια παρεμβαίνει στον ασθενή όταν πονάει, με τη χορήγηση διαφόρων μέσων ανακούφισης. Το είδος της τομής και η ικανότητα του αρρώστου να αντιμετωπίσει το πόνο καθορίζει και το πόσο ανώδυνος ή επώδυνος θα είναι (ο πόνος). Ο πόνος προκαλείται επειδή ελλατώνει τη θωρακική έκπτυξη και τον αερισμό. Η εντασή του δε αυξάνει όταν η τομή είναι πλάγια-οπίσθια. Για να μειωθεί ο πόνος χορηγούν ναρκωτικά σε μικρή ποσότητα γιατί σε μεγαλύτερη μπορεί να επέλθει ανωμαλία στην λειτουργία της καρδιάς και των πνευμόνων. Επίσης ενεργεί σωστά για την καταπολέμηση του πόνου η χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, ορμονοθεραπεία ή η διατομή νεύρων (χειρουργική θεραπεία). Για να μειωθεί ακόμα ο πόνος στηρίζονται σωστά οι σωλήνες παροχέτευσης ώστε να μην τραβούν το θωρακικό τοίχωμα και ο ασθενής τοποθετείται σωστά στο κρεβάτι.

Εκτός από τα παυσίπονα χορηγούνται στον ασθενή αίμα και παρεντερικά διαλύματα με αργό ρυθμό για την αποφυγή ενός πιθανού πνευμονικού οιδήματος.

Εκτός από τα παραπάνω ο νοσηλεύτης-τρια θα πρέπει να παρατηρεί και να προβλέπει έγκαιρα τις πιθανές επιπλοκές. Ειδικότερα :

Παρακολουθεί συνεχώς τον ασθενή, μετρά τα ούρα, ρυθμίζει τα χορηγούμενα υγρά και είναι έτοιμος όταν προκύψει πνευμονικό οίδημα να δώσει διουρητικά. Ακόμα παρακολουθεί την τομή για ενδεχόμενη αιμορραγία, μελετά το Η.Κ.Γ. για τις αρρυθμίες, έμφραγμα μυοκαρδίου, εισάγει ρινογαστρικό σωλήνα (LENIN) όταν εκδηλωθεί γαστρική διάταση, εισάγει στον άρρωστο αναπνευστήρα σε περίπτωση αναπνευστικής ανεπάρκειας.

Ε. Νοσηλευτική παρέμβαση σε χημειοθεραπεία - ακτινοθεραπεία

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ :

Η χημειοθεραπεία αποτελεί μία από τις σημαντικότερες θεραπείες του καρκίνου του πνεύμονα. Για την επιβράδυσή του απαραίτητη προϋπόθεση είναι η χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Ο νοσηλεύτης-τρια πρέπει να δίνει τη σωστή ποσότητα φαρμάκου και με τη σωστή διαλυτότητά τους. Επίσης να μην εκτείθει το χημειοθεραπευτικό φάρμακο στο περιβάλλον, να προφυλάσσεται από αυτό όλο το νοσηλευτικό προσωπικό και ειδικά αυτός που το χορηγεί στον ασθενή ώστε να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα και τα μάτια. Συνήθως ο ασθενής ενυδατώνεται πριν σε ετοιμότητα προκειμένου να αντιμετωπίσει τις επιπλοκές της χημειοθεραπείας. Αυτές είναι:

1) Λευκοπενία. Ελέγχεται α) η θερμοκρασία του σώματος, η μικρή άνοδος της μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη επεξεργασία β) το δέρμα για λοίμωξη γ) τα λευκά αιμοσφαίρια που η χαμηλή τιμή μπορεί να κάνει πιο ευαίσθητο τον οργανισμό στις λοιμώξεις. Η λευκοπενία προσλαμβάνεται με τα εξής μέτρα : απολύμανση οποιοδήποτε τραύματος, σχολαστική ατομική καθαριότητα, προληπτική κάλυψη με αντιμικροβιακά, συνεχής αλλαγή της συσκευής έγχυσης υγρών και της βελόνας, περιποίηση και αντισηψία κάθε 4-6 ώρες της στοματικής κοιλότητας, πλύσιμο και στέγνωμα του πρωκτού μετά τη χρήση τουαλέτας.

2) Ναυτία-Έμετοι. Παρακολουθείται ο χαρακτήρας, η ποσότητα, η συχνότητα των εμετών, η ανορεξία, η αποστροφή στην τροφή και η θρέψη του αρρώστου. Οι νοσηλεύτριες θα πρέπει να χορηγούν αντιεμετικά φάρμακα με την εντολή του γιατρού πριν ή μετά τη χημειοθεραπεία στους ασθενείς οι οποίοι, δεν θα πρέπει να έχουν φάει τίποτα ή την ώρα που θα κοιμηθούν. Επίσης θα πρέπει να διατηρούν καθαρό από την κακοσμία του ασθενή, να ενημερώνουν τον ασθενή και τους συνοδούς της οικογένειας για την εφαρμογή αντιεμετικών υποθέτων. Να μετρούν τα υγρά που αποβάλλονται και εισάγονται και να χρειαστεί να προβούν σε ενδοφλέβια έγχυση υγρών. Να δίνονται κοματίδια πάγου όταν εκδηλωθούν συμπτώματα ναυτίας. Να δίνουν ελαφριά και κρύα τροφή, η οποία δεν θα πρέπει να έχει έντονη οσμή. Να υποβοηθείται ο άρρωστος προκειμένου να μασάει καλά την τροφή του. Να καθαρίζεται η στοματική κοιλότητα μετά τα γεύματα. Σε σχέση με το φαγητό θα λέγαμε ότι η χημειοθεραπεία αλλάζει τη γεύση των τροφών, γίνεται μεταλλική, πολύ γλυκιά ή πολύ αλμυρή.

3) Θρομβοπενία. με ανωμαλίες στην πήξη του αίματος και αιμορραγίες. Παρακολουθείται ο ασθενής για τυχόν αιμορραγίες και εκχυμώσεις, ελέγχονται τα ούρα

και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για πετέχειες ή αιματώματα, η αρτηριακή πίεση του αίματος σε περίπτωση που είναι μικρή ο ασθενής πρέπει να νοσηλεύεται στο νοσοκομείο. Παρατηρούνται οι διάφορες κοιλότητες (στόμα-μάτι) για ρινο-ουλορραγίες περιορίζονται οι ενέσεις και είναι έτοιμος ο νοσηλευτής-τρια για μετάγγιση.

4) Ηπατική βλάβη. Τα συμπτώματα της βλάβης αυτής είναι ο ίκτερος, η ανορεξία, η κόπωση κ.α. Όταν εκδηλωθούν πληροφορούμαι το γιατρό.

5) Στοματίτιδα - Έλκη . Ελέγχεται ο βλεννογόνος της στοματικής κοιλότητας και οι πληγές μέσα σε αυτές (έλκη) για ξηρότητα, λευκές κηλίδες,ερυθρότητα. Παρατηρείται καθημερινά η κοιλότητα του στόματος για τσούξιμο όταν δίνεται ξινή τροφή και για αιμορραγία. Γίνεται επάλειψη των χειλιών με γλυκερίνη τρεις φορές τη μέρα. Παρέχεται χλιαρή τροφή χωρίς καρκεύματα και στο μάσημα μαλακή.

6) Αλωπεκία. Το βασικότερο σημείο γι' αυτήν την περίπτωση είναι η ψυχολογική ενθάρρυνση του ασθενή από τον νοσηλευτή-τρια στη θέα της πτώσης των μαλλιών του. Τον πληροφορούμε ότι η πώση είναι αναμενόμενη και προσωρινή και ότι μετά από το τέλος της θεραπείας θα ξαναφυτρώσουν. Στα πρώτα στάδια της απώλειας γίνεται αποτρίκωση του κεφαλιού και εφαρμόζεται σ'αυτό ένα μαντίλι ή γίνεται χρήση περούκας. Σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας ο ασθενής ψυχολογικά στηρίζεται από τους νοσηλευτές-τριες, συζητώντας μαζί του και παρέχοντας του φυλλάδια ενημερωτικά με ειδικό περιεχόμενο από την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία (Ε.Α.Ε.)

7) Νεφρική βλάβη - Νεφροτοξικότητα. Ο ασθενής παρακολουθείται για α) μείωση του ποσού των ούρων, οιδήματα (συμπτώματα νεφροτοξικότητας) β) για εκτίμηση του

ισοζυγίου υγρών με την αναγραφή των υγρών που εισέρχονται και εξέρχονται γ) την κατάσταση της λειτουργίας των νεφρών.

8) Διάρροια. Παρατηρείται τον αριθμό των κενώσεων, το χρώμα και το είδος. Επίσης ελέγχονται τα σημεία αφυδάτωσης. Ενυδατώνεται ο ασθενής και χορηγούνται φάρμακα κατά της διάρροιας.

9) Αναιμία. Ο νοσηλευτής-τρια υποδεικνύει στον ασθενή να αποφεύγει το σωματικό κόπο και να τρώει τροφές πλούσιες σε σίδηρο.

10) Βλάβες αυτιών. Γίνεται ακονόγραμμα και ο ασθενής ελέγχεται από τους νοσηλευτές-τριες για πιθανή βαρηκοΐα.

Γενικά σε όλη τη μετεγχειρητική παρέμβαση το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να στηρίζεται στους εξής κανόνες :

- α) Στην έγκαιρη διαπίστωση των επιπλοκών και στην αντιμετώπισή τους.
- β) Στη μείωση του ψυχικού πόνου στο ελάχιστο δυνατό.
- γ) Στην ταχύτερη και αποδοτικότερη θεραπεία.

ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κατά την ακτινοθεραπεία ο νοσηλευτής-τρια πληροφορεί τον ασθενή για το είδος, τους σκοπούς και τις πιθανές επιπλοκές και παρενέργειες της θεραπείας. Η ενημέρωση αυτή θα συμβάλλει στην αποβολή του άγχους και της αγωνίας. Όταν θα υποστεί εξωτερική ακτινοβολία ο ασθενής ο νοσηλευτής-τρια κάνει ορισμένες ενέργειες δηλαδή :

1. Πλένει με ουδέτερο σαπούνι και κλιαρό νερό την ακτινοβολούμενη περιοχή. Αποφεύγει τα αντισηπτικά που επηρεάζουν την ακτινοβολία καθώς και τα επιθέματα και τα λευκοπλάστ.
2. Φροντίζει η ακτινοβολούμενη περιοχή να είναι στεγνή.
3. Αποτριχώνει την περιοχή αυτή και συμβουλεύει τον ασθενή να μην αφαιρέσει το περίγραμμα που αποτελεί σημείο ακτινοβολήσης.
4. Προστατεύει το δέρμα από θερμότητα, τον ήλιο και τα ρούχα που ερεθίζουν.
5. Προσέχει η διατροφή του αρρώστου να είναι ελαφριά και πλούσια σε θρεπτικά συστατικά.

Σε περίπτωση που εκδηλωθεί ακτινοδερματίτιδα (ερυθηματώδης, φυσαλιδώδης) λόγω της ακτινοβολίας πρέπει : α) να ελέγχει το δέρμα για ξηρότητα, ερυθρότητα και απολέπιση, β) να πλυθεί με ουδέτερο σαπούνι το δέρμα και γ) να σταματήσει η αγωγή σε περίπτωση εκτεταμένης ακτινοδερματίτιδας.

Σε περίπτωση εκδήλωσης διάρροιας από τον ασθενή ο νοσηλευτής-τρια παρέχει ειδική δίαιτα που δεν αφήνει υπολείμματα και χορηγεί αντιδιαρροϊκά φάρμακα με εντολή γιατρού.

Όταν παρουσιαστεί καταστολή των μυελών των οστών το νοσηλευτικό προσωπικό που παρακολουθεί τον ασθενή προβαίνει στις εξής διαδικασίες :

- α) τον προστατεύει από λοιμώξεις και τραυματισμούς.
- β) προσέχει για εκδήλωση αιμορραγιών.

Επίσης ο νοσηλευτής-τρια όταν θα εφαρμόσει στον ασθενή ενδοκοιλιακή εισαγωγή ραδιοϊσοτόπου στην υπεζωκοτική κοιλότητα για να ανασταλεί η παραγωγή εξιδρώματος παίρνει τα εξής μέτρα:

1. Φυλάσσει τα πύελα του ασθενή και ενημερώνεται το τμήμα ραδιοϊσοτόπων για την αποφυγή τους.

2. Ελέγχεται η πιθανή διαρροή από την περιοχή παρακέντησης του θώρακα, ραδιενεργού υλικού.
3. Νοσηλεύουμε με ειδική μπλούζα και γάντια τον άρρωστο και τον πληροφορούμε ότι η απομόνωσή του θα είναι προσωρινή και του εξηγούμε τις αιτίες.

Όταν εκδηλωθούν διάφορα συμπτώματα όπως απώλεια βάρους, εμέτους, ναυτία, καταβολή δυνάμεων, ανορεξία μετά από ιατρική καθοδήγηση ο νοσηλευτής-τρια βοηθάει τον ασθενή που είναι στο κρεβάτι να εκπληρώσει τις φυσικές του ανάγκες και του δίνει αντιϊσταμινικά, ηρεμιστικά και αντιεμετικά φάρμακα.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονίσουμε και πάλι ότι η παρέμβαση του νοσηλευτή-τριας στην ακτινοθεραπεία όπως και στη χημειοθεραπεία, θα πρέπει να συνίσταται στη μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας και στην σωματική και προπαντός στην ψυχολογική υποβοήθεια του ασθενούς.

ΣΤ. Ψυχολογικά προβλήματα του ασθενούς

Το άτομο αυτό το οποίο η διάγνωση έδειξε ότι πάσχει από καρκίνο των πνευμόνων είναι συναισθηματικά και ψυχολογικά διαταραγμένο. Ειδικά όταν είναι σε νεαρή ή μέση ηλικία.

Η μάχη κατά του καρκίνου είναι γι' αυτό όχι μόνο σωματική βιολογική αλλά και ψυχολογική. Ο νοσηλευτής-τρια σε όλη τη διάρκεια παρακολούθησης του ασθενή θα πρέπει να τον ενθαρρύνει σωματικά, ψυχολογικά και ηθικά, χωρίς να θεωρεί ότι κάθε προσπάθειά του είναι μάταιη. Ο ασθενής δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μελλοθάνατος αλλά ως ένας άρρωστος που έχει ανάγκη από μια έγκαιρη και αποδοτική θεραπεία.

Γι' αυτό οι δραστηριότητες του νοσηλευτή-τριας θα πρέπει να γίνονται σε συνδυασμό με τα συναισθήματα του ασθενή.

Κατά τη διάρκεια της ασθένειας ο άρρωστος περνά από μερικά στάδια.

Το πρώτο στάδιο είναι η άρνηση της αποδοχής της διάγνωσης της αρρώστιας. Σ' αυτό το σημείο ο ασθενής υποστηρίζει ότι έγινε κακή διάγνωση με συνέπεια να αρνείται να συνεργαστεί για θεραπεία και παρακολούθηση απ' τους γιατρούς.

Στο δεύτερο στάδιο εκδηλώνεται ο θυμός απέναντι στο νοσηλευτικό προσωπικό, στους γιατρούς, στα συγγενικά μέλη με τα οποία συναναστρέφεται. Ο ασθενής γίνεται απαιτητικός και ζητά τη γρήγορη και άμεση πραγματοποίηση των αναγκών του. Ο νοσηλευτής-τρια γίνεται ανεκτικός προκειμένου να το πετύχει.

Στο τρίτο στάδιο επέρχεται η συνδιαλλαγή. Ο ασθενής με την ελπίδα μιας καλύτερης κατάστασης του και μιας θεραπείας, συζητάει και συνεργάζεται με τους νοσηλευτές και τους γιατρούς.

Στο τέταρτο στάδιο ο ασθενής καταθλίπεται επειδή συνειδητοποιεί τα αποτελέσματα της αρρώστιας και επειδή δεν βλέπει κάτι θετικό που να ανατρέψει την αρνητική κατάσταση στην οποία βρίσκεται. Έτσι μελαγχολεί, μειώνει τις επισκέψεις των στενών προσώπων του, κλονίζεται η εμπιστοσύνη του.

Στο τελευταίο στάδιο ο ασθενής αποδέχεται την αρρώστια του και ετοιμάζεται ψυχολογικά για το θάνατό του. Έμμονη ιδέα γίνεται η ιδέα του θανάτου. Ο φόβος του θανάτου αποτελεί το κυρίαρχο συναίσθημα. Όταν η θεραπεία δεν επιφέρει αποτελέσματα τότε ο άρρωστος και οι συνοδοί του ενισχύονται πθικά για να αντιμετωπίσουν το θλιβερό γεγονός που επρόκειτο να συμβεί. Οι νοσηλευτές-τριες θα πρέπει να είναι προσεκτικοί, να δίνουν τις ίδιες απαντήσεις με τους γιατρούς, για να μην προκαλούν ασάφειες και αβεβαιότητες και να στηρίζουν συναισθηματικά και ψυχικά τον ασθενή και τους ανθρώπους που του συμπαραστέκονται, σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας.

Τέλος θα ήθελα να επισημάνω ότι σχετικά με το θέμα της αποκάλυψης ή όχι της αρρώστιας και των συνεπειών της στον ασθενή, η άποψή μου είναι ότι ο τελευταίος θα πρέπει να μαθαίνει την κατάστασή του γιατί αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμά του. Η αποκάλυψη όμως θα ήταν καλύτερο να γίνεται με τη βοήθεια ψυχιάτρων και ειδικευμένων ατόμων, που με το σωστό προγραμματισμό και τις κατάλληλες κατευθύνσεις θα καταφέρουν να προσφέρουν τη μεγαλύτερη στήριξη στον ασθενή.

Ζ. Διδασκαλία του αρρώστου κατά την έξοδο

Όταν τελειώσει η θεραπεία του ασθενούς προγραμματίζεται η έξοδός του από το νοσοκομείο. Στη φάση αυτή ο ασθενής και η οικογένειά του θα πρέπει να διδαχθεί και να ενημερωθεί από το νοσοκομείο για το πως θα ενεργήσει στο σπίτι μακριά από την νοσηλευτική και ιατρική επίβλεψη.

Οι οδηγίες λοιπόν που θα δοθούν στον ασθενή πριν την έξοδό του είναι οι εξής :

- Ότι θα υπάρχει μεσοπλεύριος πόνος λόγω της χειρουργικής επέμβασης για κάποιο χρόνο που θα αντιμετωπιστεί με εφαρμογή θερμών επιθεμάτων και με χορήγηση αναλγητικών από το στόμα.
- Ότι οι ασκήσεις πλήρους τροχιάς βραχίονα και ώμου σε περιπτώσεις χειρουργημένης πλευράς πρέπει να γίνονται αρκετές φορές την ημέρα.
- Ότι θα πρέπει να αποφευχθεί κάθε αφτίο που πιθανόν να προκαλέσει παροξυσμούς βήχα.
- Ότι θα νιώσει αίσθημα κόπωσης στη θωρακοτομή τις 3 πρώτες εβδομάδες.
- Ότι θα πρέπει να κάνει αντιγριπικό εμβόλιο κάθε χρόνο.
- Ότι θα αποφεύγει την άρση βαρών πάνω από 9 κιλά γιατί οι μυς του θώρακα έχουν αδυναμία για 3-6 μήνες.

- Ότι θα πρέπει στην αρχή της εγκατάστασης του στο σπίτι να κάνει ασκήσεις βαθιών αναπνοών.
- Ότι θα πρέπει να δείξει επιμελημένη φροντίδα για καλή διατροφή και επαρκή ανάπαυση.
- Ότι θα πρέπει να είναι συχνή η μετανοσοκομειακή παρακολούθηση.
- Ότι θα πρέπει να παίρνει τα φάρμακά του στην σωστή δόση και ότι αν εμφανίζει κάποια συγκεκριμένα συμπτώματα θα πρέπει να εισαχθεί εκ νέου στο νοσοκομείο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΥΓΚΕ- ΚΡΙΜΕΝΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ Ca ΠΝΕΥΜΟΝΟΣ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΜΕ- ΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.

Θα ασχοληθώ με 2 περιπτώσεις με Ca πνεύμονος και με την νοσηλευτική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων τους.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟ.

Ο άρρωστος Γ.Κ. είναι 60 ετών και στο επάγγελμα είναι συνταξιούχος δημόσιος υπάλληλος.

Συνήθειες : Καπνίζει 1 1/2 πακέτο τσιγάρα και πίνει λίγο κρασί.

Οικογενειακό ιστορικό : όχι βεβαρημένο.

Ατομικό ιστορικό : Βρογχοπνευμονία.

Αιτία εισόδου : Δύσπνοια, καταβολή δυνάμεων, πυρετός 39⁰C, αιμόπτυση.

Παρούσα νόσος : Δυσχέρεια στην αναπνοή, πόνος στα δεξιά και επιδείνωσή με τις κινήσεις, απώλεια βάρους, ανορεξία.

Βρογχοσκόπηση : Θετική - μαλπιγιακό.

Ακτινογραφία : Σκίαση του δεξιού μέσου και του κάτω πνευμονικού πεδίου.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

1) Πνευμονολογικός έλεγχος :

Αέρια αίματος : PCO₂ (42,3) , PO₂ (57)

- Κυτταρολογική πτυέλων : θετική

- Βρογχοσκόπηση : θετική

- Ακτινογραφία : Rθώρακος
- Αξονική τομογραφία θώρακος : η εικόνα είναι συμβατή και εμφανίζοντας νεόπλασμα δεξιού μέσου πνευμονικού πεδίου οπισθίως.

2) Αιματολογικός - Βιοχημικός έλεγχος :

- Λευκά : 5.500
- Αιμοπετάλια : 80.000
- ΗΤ : 41%
- Ουρία : 49
- Σάκχαρο : 95
- Κ = 4
- Να = 140

Προγραμματισμός :

Εφαρμογή εκκενωτικής παρακέντησης.

Εφαρμογή χημειοθεραπείας με PLATINA - VELBE. Κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας εμφανίστηκαν τα ακόλουθα συμπτώματα :

Διάρροια και αλωπεκία.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ- ΑΙΟΙΟΛΟΓΗΣΗ</p>	<p>ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ</p>	<p>ΑΙΟΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</p>
<p>Ο άρρωστος υάθει αδυναμία και κόπωση.</p>	<p>Αντιμετώπιση αδυναμίας, κόπωση και εξάνθηση</p>	<p>Αποφεύγεται ότι κουράζει τον ασθενή και περιορίζονται οι δραστηριότητες του.</p> <p>Ακιμτοποίηση του ασθενή. Χορήγηση κατάλληλης διαίτας.</p> <p>Ετοιμότητα για πρακτική απόφαξη του άδρυγα. Συνεχής περιποίηση στοματικής κοιλότητας.</p>	<p>Περιορίστηκαν οι δραστηριότητες του αρρώστου. Ο άρρωστος αποφεύγει να κάνει οτιδήποτε τον κουράζει. Ενηχούθηκε ο άρρωστος να ασχολείται με δραστηριότητες που δεν προκαλούν κόπωση.</p> <p>Ο άρρωστος ακιμτοποιήθηκε και τοποθετείται σε καθιστή θέση.</p> <p>Χορηγήθηκε διατροφολόγιο με ελαφρά τροφή και επαρκής θερμίδες.</p> <p>Δόθηκαν αντιβιοτικά φάρμακα για την καταστολή του θήκα. Έγινε λαρυγγοσκόπηση και αφαίρεση πτυμάτων αίματος. Γίνεται περιποίηση της στοματικής κοιλότητας και λήψη αυτής με ΗΕΧΑΛΕΝ. Ψυχολογική ενθάρρυνση του ασθενή ώστε να υάσει πιο άνετα και πιο ήρεμα.</p>	<p>Ελάτωση των αιμοπύσεων και προσωρινή καθυσάαση του ασθενή από έντονο άγχος για το αν θα συνεχιστεί η κατάσταση αυτή και μέχρι ποίου βαθμού.</p>
<p>Εμφάνιση αιμοπύωσης</p>	<p>Ανακούφιση και βοήθεια του ασθενή από τις αιμοπύωσης.</p>			

<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ- ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</p>	<p>ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ</p>	<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</p>
<p>(εμφάνιση θώρακικού δάλγους)</p>	<p>Μεγαλύτερη δυνατή ανακούφιση από τον πόνο. Διατήρηση της ηρεμίας του ασθενή.</p>	<p>Ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο με χορήγηση παυσίπονων φαρμάκων ώστε να είναι ήρεμος και ήσυχος όλης της ώρας. Δίνουμε στον άρρωστο κατάλληλη θέση στο κρεβάτι. Ψυχολογική υποστήριξη και ενθάρρυνση του ασθενή.</p>	<p>Δόθηκαν στον άρρωστο παυσίπονα LONARID. Δόθηκε η κατάλληλη θέση του αρρώστου στο κρεβάτι, πλάγια (στο σύστοιχο ημιθώρακιο). Η θέση αυτή περιόρισε τη σύμπτυξη και έκπτυξη του μεσοθωρακίου αυτού. Πλησιάζουμε τον ασθενή. Έγινε συζήτηση μαζί του και εξωτερικεύσε μερικώς την ανησυχία και τον φόβο που τον διακατέχουν.</p>	<p>Πετύχαμε τη μείωση του πόνου του αρρώστου αλλά διατηρήθηκε η συνεχής ανησυχία του για την κατάστασή του και την πορεία της νόσου του.</p>
<p>Ο άρρωστος παρουσιάζει ανορεξία.</p>	<p>Μείωση της ανορεξίας του ασθενή. Διατήρηση της ευυδρωσίας και της θρέψης του ασθενή.</p>	<p>Φροντίδα για την κάλυψη των φυσιολικών αναγκών του ασθενή. Φροντίδα για την καλή οίηση και ευυδρωσία. Προσφορά στον ασθενή τροφή της προτίμησής του.</p>	<p>Έγινε φροντίδα για την κάλυψη των φυσιολικών αναγκών του ασθενή και του προσφέρθηκε ότι ζήτησε. Ο ασθενής σιτίζεται καλά και ευυδατώνεται. Προσφέρουμε στον ασθενή τροφή της προτίμησής του με ποικιλία καλοβρασμένων και σε περιβάλλον ωραίο. Η τροφή του αρρώστου είναι πλούσια σε λευκώματα και βιταμίνες και υψηλής θερμιδικής αξίας για κάλυψη των αναγκών του οργανισμού. Τα γεύματα είναι μικρά και συχνά. Ο ασθενής ενισχύθηκε να παίρνει υγρό.</p>	<p>Η όρεξη του αρρώστου αυξήθηκε ικανοποιητικά. Άρχισε να τρώει μικρά γεύματα και το βάρος του αυξήθηκε.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ- ΑΙΟΙΟΛΗΞΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΑΙΟΙΟΛΗΞΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Ο ασθενής παρουσίασε δυσχέρεια στην αναπνοή.</p>	<p>Αναλλαγή του ασθενή από το αίσθημα πόνου ή βάρους στο στήθος. Μείωση των μεταβολικών αναγκών. Συναισθηματική τόνωση του ασθενή. Διατήρηση φυσιολογικής κένωσης του εντέρου.</p>	<p>Τοποθέτησή του σε ανδρόπνο θέση. Σε βαριά περιπτώσεων γίνεται χορήγηση O₂ με ρινοφαρυγγικό καθετήρα. Μείωση μεταβολικών αναγκών. Διδακακάλια του αρρώστου πως πρέπει να βήχει. Καλός αερισμός του θαλάμου. Δεν πρέπει να εμποδίζεται ο αερισμός του χώρου με παραβάν και κουρτίνες. Τα ρούχα του ασθενή να είναι όλα ελαφρά και να αποφεύγονται τροφές που δημιουργούν αέρια, για να μην πιέζεται το διάφραγμα.</p>	<p>Τοποθετήθηκε ο ασθενής σε ανδρόπνο θέση. Έγινε μείωση των μεταβολικών αναγκών με: α) Διατήρηση ισορροπίας μεταξυ αναπνοσας και δραστηριότητας. β) Συνεχή συναισθηματική τόνωση του αρρώστου. γ) Διατήρηση φυσιολογικής κένωσης με χορήγηση φαρμάκων. Έγινε διδακκαλία του ασθενή να βήχει με κλειστή γλωττίδα για να αυξήσει την ενδοπνευμονική πίεση.</p>	<p>Μειώθηκε σε ικανοποιητικό βαθμό η αναπνευστική δυσλειτουργία του ασθενή χωρίς να χρειαστεί η χορήγηση οξυγόνου με ρινοφαρυγγικό καθετήρα.</p>
<p>Αύξηση θερμοκρασίας. Υπερπυρεξία.</p>	<p>Ρύθμιση της θερμοκρασίας.</p>	<p>α) Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων. β) Τρίωρη θερμομέτρηση γ) Ενίσχυση του ασθενή να παίρνει υγρά δ) Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων σε περίπτωση αύξησης της θερμοκρασίας σε υψηλά επίπεδα ε) Παρακολούθηση της ποσότητας των ούρων.</p>	<p>Χορηγήθηκε αντιπυρετικό υπόθετο LONARID. Ο πυρετός δεν υποχώρησε κι έγινε APOTEL I.M. (Έλεγχος αρτηριακής πίεσης) Σημειώνεται η θερμοκρασία ανά 3ωρο. Ο ασθενής παίρνει αρκετά υγρά από το στόμα. Εφαρμόστηκαν ψυχρά επιθέματα σε άκρες της θερμοκρασίας. Η ποσότητα των ούρων μετά από παρακολούθηση είναι φυσιολογική.</p>	<p>Η θερμοκρασία του αρρώστου επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα χωρίς να υπάρχουν ιδιαίτερα προβλήματα.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ- ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Εμφάνιση Αδωπτεκίας.	Ψυχολογική υποστήριξη και πρόληψη της επιπλοκής.	Εξήγηση στον ασθενή ότι τα μαλλιά του θα ξαναβγούν. Όταν αρχίζουν να πέφτουν τα μαλλιά γίνεται αποτυχία.	Εξηγήθηκε στον ασθενή πως τα μαλλιά του θα πέσουν αλλά θα ξαναφυτρώσουν. Μειώθηκε η αδωπτεκία με εφαρμογή ελαστικού επίδεσμου και παγοκύστες στη διάρκεια της θεραπείας και 10-15 λεπτά μετά από αυτήν. Βοηθήθηκε ο ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματά του με τη συμπαράδοση και ευθέρωνσή μας.	Στην αρχή παρατηρήθηκε μείωση της αδωπτεκίας. Έπειτα όμως έπεσαν τα μαλλιά και έγινε αποτυχία.
Παρουσία διαρροϊκών κενώσεων κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.	Διακοπή της διάρροιας. Εξασφάλιση του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών.	Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων. Παρακολουθείται το χρώμα, η ποσότητα, η περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης. Παρακολούθηση για συμπτώματα αφυδάτωσης. Χορήγηση κατάλληλης διατροφής για να μην συνεχιστεί η διάρροια. Αποφυγή τροφών που την επιδεινώνουν.	Χορηγήθηκε REASEK. Παρατηρήθηκε η κάθε κένωση (χρώμα, ποσότητα). Παρακολουθείται συγκεκριμένα το ισοζύγιο υγρών. Χορήγηση ελαφρής και κατάλληλης διατροφής. Προτιμήθηκαν τροφές που δεν αφήνουν υπολείμματα και αναστρέλλουν την διάρροια.	Ελαττώθηκαν σημαντικά οι διαρροϊκές κενώσεις.
Ο ασθενής παρουσιάζει συλλογή υπεζωκοτικού υγρού. (υδροθώρακα)	Αφαίρεση του υπεζωκοτικού υγρού.	Ετοιμασία τροχήλατου με νεφροειδές, με τολύπια βόμβας, BETADINE, οινόπνευμα για την απολύμανση της περιοχής, αποστειρωμένα γάντια, ψαλίδι, λευκορίδι, φλεβοκαθετήρες, αποστειρωμένες βάζες. Συσκεύη BILLOW.	Έγινε η εκκένωση μέσω της παρακέντησης από το γιατρό και τοποθετήθηκε το BILLOW με όμοιο τεχνική μέσα στο χειρουργείο. Παρακολούθηση της λειτουργίας του BILLOW. Συνεργασία με τον άρρωστο.	Παρατηρήθηκε και αξιολογήθηκε το χρώμα και η ποσότητα του υπεζωκοτικού υγρού. Όταν νέμισε το BILLOW κλείστηκε η συσκευή με την ειδική εγκοπή και αδειάστηκε το περιεχόμενό της.

ΔΕΥΤΕΡΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Ο ασθενής Ν.Χ. είναι 75 ετών και στο επάγγελμα είναι συνταξιούχος οικοδόμος.

Συνήθειες : Κάπνιζε 1 πακέτο τσιγάρα (τα τελευταία 10 χρόνια όχι) και στα οίνοπνευματώδη απλώς έκανε χρήση.

Οικογενειακό ιστορικό : όχι βεβαρημένο.

Ατομικό ιστορικό : Πριν από 12 χρόνια αναφέρει έλκος δωδεκαδακτύλου.

Αιτία εισόδου : Στο τελευταίο διάστημα του 15νημέρου παραπονείται για εμφάνιση αίματος κατά την πρωινή απόχρεψη, καταβολή δυνάμεων, χάσιμο βάρους (γύρω στα 5-6 Kg) τους τελευταίους 2 μήνες.

Παρούσα νόσος : Δύσπνοια, αιμόπτυση, σκίαση στον αριστερό πνεύμονα θωρακικό.

Ακτινογραφία : Σφαιρική σκίαση που καταλαμβάνει το κορυφαίο βρογχοπνευμονικό τμήμα του αριστερού κάτω λοβού.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Έγινε προγραμματισμός των ακόλουθων εξετάσεων :

- Αιματολογικός - βιοχημικός έλεγχος
- α/α θώρακος
- Κυτταρολογική πτυέλων
- Αξονική τομογραφία θώρακος
- Βρογχοσκόπηση

Οι εξετάσεις έδειξαν :

- Κυτταρολογική πτυέλων : θετικά - μαλπιγιακό.

- α/α θώρακος : ευρέθη σκίαση που καταλαμβάνει το κορυφαίο βρογχοπνευμονικό τμήμα του αριστερού κάτω λοβού.
- Αξονική τομογραφία : εικόνα συμβατή με νεόπλασμα αριστερού μέσου πνευμονικού πεδίου οπισθίως καθώς και ελαφρά διόγκωση λεμφαδένος στην αριστερή πνευμονική πύλη.

Προγραμματισμός :

Εφαρμογή χημειοθεραπείας PLATINA-VELBE, κατά τη διάρκεια αυτής εμφανίστηκαν τα ακόλουθα :

Ναυτία και έμετος, θρομβοπενία.

Μετά συνεστήθη ακτινοθεραπεία. Κατά τη διάρκεια αυτής παρουσιάστηκε : ακτινοδερματίτιδα.

Παρουσιάστηκαν συμπτώματα κατάκλισης και ψυχολογικών προβλημάτων (από το άγχος και το φόβο για το άγνωστο της υγείας του).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ- ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΠΡΟΤΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Άγχος και φόβος για την πορεία της υγείας του, δηλαδή ψυχοδυναμικό πρόβλημα.</p>	<p>Ψυχολογική στήριξη του ασθενή και διδασκαλία της οικογένειάς του. Αναλγή του αρρώστου από το αίσθημα του άγχους και του φόβου.</p>	<p>Να γίνει επικοινωνία με τον ασθενή και τους συγγενείς του. Να δημιουργηθούν ιδανικές συνθήκες για επικοινωνία.</p>	<p>Έγινε επικοινωνία με τον άρρωστο, ο οποίος ευχαρύνθηκε ψυχολογικά και τέλος αυτός εξέφρασε τα αισθήματά λήπης και απογοήτευσης που τον διακατέχουν. Έγινε επικοινωνία με τους οικείους του και διδασκαλία για την συμπεριφορά τους απέναντί του. Δόθηκαν στον άρρωστο ηρεμιστικά για να μπορεί και να απαλλαγεί από τις απαισιόδοξες σκέψεις που τον κατέχουν.</p>	<p>Ο ασθενής έκαε μερικά κιλά αλλά το βάρος του τείνει να σταθεροποιηθεί.</p>
<p>Αιχμία βάρους.</p>	<p>Ο ασθενής να παίρνει απαιτούμενες θερμίδες και βιταμίνες. Να περιοριστούν άκονες και επιπλοκές δραστηριότητες. Διατήρηση του βάρους του ασθενή σε φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<p>– Περιορισμός δραστηριοτήτων. – Παρακολούθηση του βάρους του ασθενή. – Παρακολούθηση του ασθενή αν παίρνει τις αναγκαίες θερμίδες. – Ενίσχυση για πρόληψη επαρκούς ποσότητας λευκωμάτων και υδατανθράκων. – Να δοθούν βιταμίνες.</p>	<p>Περιορίστηκαν οι δραστηριότητες. Ενισχύθηκε ο ασθενής να παίρνει καθημερινά τις απαραίτητες θερμίδες και την επαρκή ποσότητα λευκωμάτων και υδατανθράκων. Δόθηκαν βιταμίνες Α, Β, C, K. Ζυγίζεται καθημερινά.</p>	<p>Ο ασθενής έκαε μερικά κιλά αλλά το βάρος του τείνει να σταθεροποιηθεί.</p>

<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ- ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</p>	<p>ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ</p>	<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</p>
<p>Θρομβοπενία με συνέ- χεια αιμορραγίας.</p>	<p>Αντιμετώπιση της αιμορ- ραγίας. Διόρθωση της θρομβο- πενίας. Πρόληψη των αιμορρα- γιών.</p>	<p>-Παρακολούθηση της Α. πίεσης. -Εργαστηριακή παρακολού- θηση των αιμοπεταλίων. -Προσφορά βοήθειας στην αντιμετώπιση της αιμορρα- γίας. -Παρακολούθηση ούρων και κόπρων για αίμα και του δέρματος για πετέχειες.</p>	<p>Πρόληψη αιμορραγιών με: -Περιορίζεται ουδέποτε ασκεί περιοδική δοκίμηση πίεσης σε κάποιο σημείο όπως ο ασκός του πιεζόμετρου και άλλα πρέπει να είναι μικρής διάμετρως. -Πρόληψη αιμορραγίας που μπορεί να δημιουργήθηκε με την οκλήρη οδοντόβουρτσα, τον βίαιο καθαρισμό της μύτης. -Περιορισμός των υποδόριων και ενδομυϊκών ενέσεων. Έγινε παρακολούθηση των αιμοπεταλίων. Παρατηρούνται τα ούρα, τα κόπρανα και το δέγμα για αίμα και πετέχειες. Παρακολούθηση της Α.Π. καθημερινά.</p>	<p>Παρατηρήθηκε αύξηση των αιμοπεταλίων και μερικώς καλή γενική κατάσταση του αρρώ- στου.</p>

<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ- ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</p>	<p>ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ</p>	<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</p>
<p>Ο ασθενής παρουσιάζει ναυτία και εμέτους.</p>	<p>Πρόληψη για την ναυτία και τους εμέτους. Λήψη μέτρων. Καταστολή της ναυτίας και των εμέτων.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Διατήρηση καθαρών κήλων-οκειπασμάτων. - Τοποθέτηση νεφροειδές στο κομοδίνο ή σακούλας στο κρεβάτι του ασθενούς και τοποθετείται το κεφάλι πλάγια. - Χορήγηση ανιμεπικών φαρμάκων. - Παρατήρηση εμέτων συχνότητα και χαρακτηρισμός εμέτων. - Φροντίδα της στοματικής κοιλότητας του ασθενούς πριν και μετά από κάθε γεύμα και παρακολούθηση της κατάστασης. 	<ul style="list-style-type: none"> - Τοποθετήθηκε νεφροειδές στο κομοδίνο. - Παρατηρούνται τα εμέσματα τα οποία έχουν σκούρο χρώμα καφέ και η συχνότητά τους αυξάνεται κυρίως τη νύχτα. - Χορηγήθηκε σχεδόν συστηματικά μία ώρα πριν το φαγητό ανιμεπικό υπόθετο PRIMPERAN. - Διατηρούνται καθαρά κήλων-οκειπάσματα αφού γίνεται συνεχής αλλαγή αυτών. - Γίνεται φροντίδα της στοματικής κοιλότητας με λύσεις HEXALEN πριν και μετά από κάθε γεύμα και έμετο. Παρακολουθείται καθημερινά η κατάσταση της στοματικής κοιλότητας. - Γίνεται αναγραφή των παρατηρήσεων αυτών στη λογοβοοία. 	<p>Περιορίστηκαν οι έμετοι και η ναυτία και ο ασθενής δείχνει πιο ήσυχος.</p>

<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ- ΑΙΟΙΟΓΓΗΣΗ</p>	<p>ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ</p>	<p>ΑΙΟΙΟΓΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</p>
<p>Εμφάνιση κατακλίσεως στον κόκκυγα.</p>	<p>Πρόληψη της κατάκλισης. Προσπάθεια για ενίσχυση της κυκλοφορίας του αίματος τοπικά. Περιποίηση του δέρματος τρεις φορές το 24ωρο.</p>	<p>- Διατήρηση του δέρματος καθαρού και στεγνού. - Πλύσιμο του δέρματος και χορήγηση τροφής πλούσιας σε λευκώματα. - Ενίσχυση της τοπικής κυκλοφορίας. - Τόνωση του οργανισμού. - Κατάλληλη τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι προς αποφυγή πίεσεως του δέρματος. Η περιποίηση γίνεται τρεις φορές το 24ωρο.</p>	<p>Πάρεται το δέρμα με ζεστή σαπουνάδα και γίνεται εντριβή με οινόπνευμα. Διατηρείται το δέρμα καθαρό και στεγνό και γίνεται ενίσχυση της τοπικής κυκλοφορίας. Εφαρμόζονται και αντισηπτικά σπρέι. Έγινε τόνωση του οργανισμού με χορήγηση κατάλληλης τροφής πλούσιας σε λευκώματα. Τοποθετήθηκε ο άρρωστος στην κατάλληλη θέση δηλ. Πλάγια ώστε να μην πιέζεται το δέρμα. Έγινε συχνή αλλαγή θέσης του ασθενή. Η περιποίηση γίνεται 3 ανά 24ωρο.</p>	<p>Παρατηρήθηκε υποχώρηση των συμπτωμάτων της κατάκλισης.</p>
<p>Ο άρρωστος παρουσιάζει ακτινοδερματίτιδα.</p>	<p>Η απαλλαγή και ανακούφιση του αρρώστου από αυτή την ενέργεια της ακτινοθεραπείας. Ενημέρωση του αρρώστου και ευθάρρυνσή του.</p>	<p>Έλεγχος του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολείται. Αποφυγή χρήση ερεθιστικών ουσιών. Καθαρισμός περιοχής τοποθέτησης στην περιοχή του δέρματος, κατάλληλων αλοιφών. Ενημέρωση του ασθενούς να προσέχει την περιοχή του δέρματος που παρουσιάζει ακτινοδερματίτιδα. Ενθαρρύνεται ο ασθενής να αποφεύγει στενά ρούχα που αυξάνουν τον ερεθισμό.</p>	<p>Έγινε έλεγχος της περιοχής που ακτινοβολήθηκε και εντοπίστηκε η περιοχή που παρουσιάζει ακτινοδερματίτιδα. Δεν χρησιμοποιούνται ερεθιστικές ουσίες. Καθαρίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό. Τοποθετήθηκαν στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές. Ο ασθενής ενημερώθηκε να προσέχει και να μην ξαπλώνει στην περιοχή του δέρματος που παρουσιάζει ακτινοδερματίτιδα. Ο ασθενής ενθαρρύνθηκε και δεν φορά στενά ρούχα που αυξάνει τον ερεθισμό.</p>	<p>Η κατάσπαση του αρρώστου βελτιώθηκε σημαντικά με σταδιακή υποχώρηση της ακτινοδερματίτιδας.</p>

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από τα αναφερόμενα στην εργασία, γίνεται αντιληπτό ότι ο καρκίνος του πνεύμονα είναι μια νόσος που προσβάλλει τους ανθρώπινους οργανισμούς σε μεγάλη συχνότητα, όπως μαρτυρούν άλλωστε και οι στατιστικές έρευνες.

Αυτό όμως που είναι σημαντικότερο να ειπωθεί είναι η αντιμετώπιση του πνευμονικού καρκίνου από τους ασθενείς και το στενό οικογενειακό περιβάλλον τους. Μερικές ομάδες ατόμων χαρακτηρίζονται από μια καρκινοφοβία και μια προκατάληψη για τη νόσο. Το γεγονός αυτό οφείλεται στη σκοταδιστική αντίληψη που έχουν για τον καρκίνο και στην ελλιπή ενημέρωσή τους. Αγνοούν ότι η επιστήμη και ειδικά η Ιατρική σημειώνει συνεχώς προόδους στον τομέα της διάγνωσης και της θεραπείας του καρκίνου γενικότερα και ειδικότερα του πνεύμονα. Είναι απαραίτητη λοιπόν η διαρκής πληροφόρηση των νέων θεραπευτικών μεθόδων προκειμένου να αντιμετωπιστεί θετικότερα ο πνευμονικός καρκίνος χωρίς ασάφειες και ηττοπάθειες.

Απαραίτητη όμως είναι και η πρόληψη του καρκίνου. Η πρώιμη διάγνωση θα επιτευχθεί με την τέλεση διάφορων ειδικών εξετάσεων όπως η ακτινογραφική, η κυτταρολογική και η κλινική εξέταση. Η πρόληψη μάλιστα θα πρέπει να είναι το βασικότερο μέλημα αυτών που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο προσβολής από τη νόσο όπως οι χρόνιοι καπνιστές.

Αυτοί θα πρέπει να κάνουν ιατρικές εξετάσεις κατά μικρά χρονικά διαστήματα για να ελέγχουν την κατάσταση της υγείας τους. Παράλληλα το κράτος οφείλει να λάβει δραστικά μέτρα κατά του καπνίσματος. Δηλαδή εμπράκτως κι όχι τυπικά να απαγορεύεται το κάπνισμα στους δημόσιους κλειστούς χώρους, να γίνονται επιμορφωτικά σεμινάρια και αντικαπνιστικές εκδηλώσεις, να τοιχοκολλιούνται

αντικαπνιστικές αφίσες και άλλα παρόμοια που να τονίζουν τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος.

Εκτός από τα παραπάνω ένα άλλο σημείο που έχει μεγάλη σημασία για την αντιμετώπιση του καρκίνου είναι η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή από το νοσηλευτή-τρια.

Σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας ο νοσηλευτής-τρια οφείλει να συμπαραστέκεται ηθικά στον άρρωστο και να τον ενθαρρύνει διαρκώς προκειμένου να επέλθει μια γρήγορη και αποδοτική αντιμετώπιση της νόσου.

Βασικός στόχος του νοσηλευτή-τριας είναι να ενισχύσει τον άρρωστο να διατηρήσει τις δυνάμεις του και την ακεραιότητά του, να υποστεί την κατάστασή του και να καταπολεμήσει τα αναπόφευκτα βιολογικά και ψυχολογικά προβλήματα που ακολουθούν τον άρρωστο.

Οι ειδικοί φορείς εξάλλου μέσα από τη δημιουργία ειδικών μονάδων που θα στελεχώνονται από ψυχιάτρους και ψυχολόγους θα μπορούσαν να διευκολύνουν το έργο της ψυχικής και ηθικής στήριξης των ασθενών. Κάτι που εφαρμόζεται σιγά-σιγά σε όλα τα κράτη.

Η επικοινωνία αυτή βέβαια με το ασθενή, είναι αμεσότερη και μεγαλύτερη με τον νοσηλευτή. Για να επιτευχθεί αυτή είναι απαραίτητη η επιστημονική κατάρτιση του νοσηλευτή και η πληροφόρησή του πάνω στο θέμα του πνευμονικού καρκίνου. Μερικές προτάσεις που θα μπορούσαμε να υποδείξουμε σ' αυτόν τον τομέα είναι : α) προγράμματα επιμόρφωσης των ομάδων υγείας με ευθύνη του κράτους, β) ολοκληρωμένη ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού για θέματα που αφορούν τον καρκίνο, γ) κρατικές επιχορηγήσεις για έρευνα στα αντικαρκινικά ιδρύματα, δ) συχνά σεμινάρια για την προώθηση της υγιεινής και ενός ανθρώπινου περιβάλλοντος.

Οι προτάσεις αυτές θα συμβάλλουν κατά τη γνώμη μου στην ολοκληρωμένη προσφορά και στην πλήρη συνεργασία νοσηλευτή-ασθενή.

Με βάση τα προαναφερθέντα θα έλεγα ότι η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου - που μπορεί να αντιμετωπιστεί αν είναι στο αρχικό στάδιο - οι απαραίτητες προληπτικές εξετάσεις, η ψυχοσωματική βοήθεια του ασθενή από το νοσηλευτικό προσωπικό και η διαρκής πληροφόρηση συνιστούν τα βασικά στοιχεία για την τελεσφόρα καταπολέμηση της νόσου του καρκίνου του πνεύμονα αλλά και όλων των άλλων μορφών του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΛΕΒΙΖΑΤΟΣ Κ.Ν. - ΜΠΕΝΑΡΔΗΣ

“Εγχειρίδιο χειρουργικής - παθολογίας” τόμος 1ος,
Έκδοση 1, Εκδόσεις Παρισιανός Γ.
Αθήνα 1987.

ΑΛΕΒΙΖΑΤΟΣ Κ.Ν. - ΜΟΣΧΟΒΑΚΗ Ρ.

“Επίτομος - Στοιχεία φυσιολογίας”
Έκδοση 1, Εκδόσεις Παρισιανός Γ.
Αθήνα 1984.

ΒΑΣΩΝΗΣ Δ.

“Επιτομή χειρουργικής και ορθοπαιδικής” τόμος 1ος, έκδοση 5η, εκδόσεις Παρισιανός Γ., Αθήνα 1987.

ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ.

“Ειδική Νοσολογία”, τόμος Α, έκδοση 3η, εκδόσεις Παρισιανός Γ., Αθήνα 1981.

ΓΙΤΣΙΟΣ Ν.

“Νοσολογία”, τόμος Α, έκδοση 3η, εκδόσεις Παρισιανός Γ., Αθήνα 1987

ΚΑΤΡΙΤΣΗ Ε. - ΚΕΛΕΚΗ Δ.

“Ανατομία και Φυσιολογία”, τόμος Α, έκδοση 2η, εκδόσεις Ευγενίδιο Ίδρυμα, Αθήνα 1981.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Μ.Α. - ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Σ.Φ.

“Βασικές αρχές παθολογικής - χειρουργικής”, τόμος Α, έκδοση 7η, εκδόσεις “Η ΤΑΒΙΘΑ”, Αθήνα 1981.

ΜΠΑΝΑΚΟΥ Δ.

“Εσωτερική Παθολογική και Θεραπευτική”, τόμος Γ, έκδοση 3η, εκδόσεις Παρισιανός Γ., Αθήνα 1986.

ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ - ΣΑΧΙΝΗ ΚΑΡΔΑΣΗ ANNA

“Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική”, τόμος 1ος, μέρος Β, εκδόσεις “ΒΗΤΑ”, Αθήνα 1985.

HARRISON

“Εσωτερική Παθολογία”, τόμος Α, έκδοση 10η, εκδόσεις Παρισιανός Γ., Αθήνα 1986.

HARRISON

“Εσωτερική Παθολογία”, τόμος Β, εκδόσεις Παρισιανός Γ., Αθήνα 1987.