



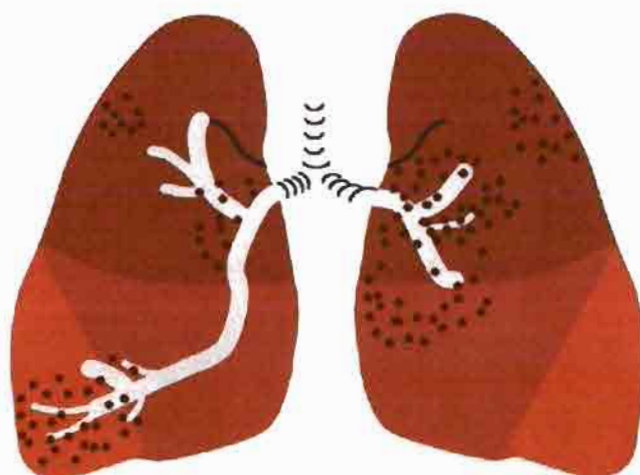
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.



ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: «Καρκίνος πνεύμονα - Ψυχολογική υποστήριξη και νοσηλευτική παρέμβαση»



Εισηγήτρια:

κα Σου - Άννα Μιχαλοπούλου, R.N., MSc.

Σπουδάστρια:

Τζιτζιλή Φωτεινή



Πάτρα 2000



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	3392
----------------------	------

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
1.1 Στοιχεία ανατομικής του αναπνευστικού συστήματος.....	6
1.2 Ιστολογία του φυσιολογικού πνεύμονα.....	7
1.3 Φυσιολογική λειτουργία πνεύμονος.....	8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

1.1 Παγκόσμια κατανομή.....	13
1.2 Κατάσταση στην Ελλάδα.....	14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

2.1 Αιτιολογία.....	16
2.2 Προληπτικά μέτρα.....	20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ

3.1 Βρογχογενές καρκίνωμα.....	22
α) Τρόποι επέκτασης.....	22
β) Παθολογική ανατομική.....	23
γ) Σταδιοποίηση καρκίνου του πνεύμονα.....	24
δ) Ιστολογικοί τύποι Ca πνεύμονος.....	28
3.2 Αδενοκαρκίνωμα.....	28
3.3 Μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα.....	29
3.4 Μικροκυτταρικό καρκίνωμα.....	29
Διαφορές μικροκυτταρικού και μη μικροκυτταρικού καρκινώματος.....	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

4.1 Κλινικές εκδηλώσεις.....	33
Γενικές εκδηλώσεις.....	33
Εκδηλώσεις οφειλόμενες στην τοπική ανάπτυξη του όγκου.....	33
Εκδηλώσεις οφειλόμενες σε επέκταση του όγκου.....	35
Εκδηλώσεις οφειλόμενες σε μεταστάσεις.....	37
Εκδηλώσεις παρανεοπλασματικές.....	38
4.2 Εργαστηριακές εξετάσεις.....	39
Ακτινολογική έρευνα.....	40
Κυτταρολογική εξέταση πτυέλων.....	41

Βιοψία	41
Βρογχοσκόπηση	42
Εργαστηριακές εξετάσεις.....	43
Άλλα διαγνωστικά μέσα.....	43
4.3 Διαφορική διάγνωση	44
4.4 Πρόγνωση.....	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ

5.1 Χειρουργική θεραπεία	46
5.2 Ανοσοθεραπεία.....	48
5.3 Χημειοθεραπεία	49
5.4 Ακτινοθεραπεία	52
Προεγχειρητική ακτινοθεραπεία	52
Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία	53
Παρηγορητική ακτινοθεραπεία	53
Επιπλοκές ακτινοθεραπείας.....	54

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

6.1 Προεγχειρητική φροντίδα	57
6.2 Μετεγχειρητική φροντίδα	59
6.3 Σε αρρώστους που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία	64
6.4 Σε αρρώστους που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία	65
6.5 Νοσηλευτική αντιμετώπιση ειδικών προβλημάτων.....	66
6.6 Συμβουλές αυτοπεριποίησης μετά από εγχείριση πνεύμονος	71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

7.1 Ποιότητα ζωής του καρκινοπαθή.....	77
7.2 Ψυχοκοινωνικά προβλήματα αρρώστου με καρκίνο του πνεύμονα.....	79
Ο φόβος της διάγνωσης του καρκίνου.....	80
Η θεραπευτική αγωγή	82
Η ζωή με τον καρκίνο	83
Το αίσθημα της μόνωσης	83
7.3 Ενημέρωση του καρκινοπαθούς για τη φύση της ασθένειάς του.....	84
7.4 Ψυχολογικές αντιδράσεις	87
Άρνηση.....	87
Θυμός	88
Διαπραγμάτευση	89
Κατάθλιψη.....	90
Αποδοχή	90
Τελικό στάδιο καρκίνου - θάνατος	92
Δικαιώματα του αρρώστου που πεθαίνει.....	93

7.5 Ψυχολογική υποστήριξη του καρκινοπαθούς	94
Νοσηλευτικός διάλογος με τον άρρωστο	95
Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του αρρώστου	96
Ο σύλλογος των καρκινοπαθών	100
Αποκατάσταση του αρρώστου	103

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟ	106
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	115
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	125
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ	127

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος σήμερα είναι η συχνότερη θανατηφόρα αρρώστια στην Ελλάδα αλλά και την Αγγλία, ενώ στις Η.Π.Α. έρχεται δεύτερος μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Η συχνότητα θανάτων από καρκίνο αυξάνει ραγδαία σε παγκόσμια κλίμακα. Η αύξηση του καρκίνου δεν οφείλεται σε κάποια αυξημένη «μολυσματικότητα» του, αλλά κυρίως στην αύξηση του μέσου όρου ζωής, μετά την εμφάνιση και τη χρήση των αντιβιοτικών. Σε μικρότερο βαθμό οφείλεται και στη βελτίωση των διαγνωστικών μέσων έτσι, ώστε θάνατοι, που παλαιότερα ήταν ανεξήγητοι ή αποδίδονται σε «γηρατεία», με τα νέα μέσα αποδεικνύεται ότι οφείλονται σε καρκίνο. Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι η συχνότητα θανάτου από καρκίνο στους άνδρες αυξάνει σε σχέση με τις γυναίκες έτσι, ώστε σήμερα η διαφορά να φτάνει το 20%. Αυτό εξηγείται από το ότι οι συχνότερες μορφές καρκίνου στις γυναίκες (μαστού-γεννητικών οργάνων) είναι πιο ευκολοδιάγνωστες από αυτές των ανδρών (καρκίνος πνεύμονα-στομάχου).

Η καθυστερημένη εμφάνιση των συμπτωμάτων του καρκίνου του πνεύμονα και η ταχεία εξέλιξη ορισμένων ιστολογικών τύπων με πρόωμη και εκτεταμένη διασπορά, σε συνδυασμό με τη μεγάλη του συχνότητα, έχουν ως αποτέλεσμα με τη μεγάλη του συχνότητα, έχουν ως αποτέλεσμα να χαρακτηρίζεται ο βρογχογενής καρκίνος «ο μεγάλος φονιάς».

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να ενημερωθούμε για τον καρκίνο του πνεύμονα, κυρίως όμως να μάθουμε τις ανάγκες και την ψυχολογική

κατάσταση του καρκινοπαθή, ώστε να ευαισθητοποιηθούμε και να προσφέρουμε τις υπηρεσίες μας. Όταν υπάρχουν οι απαιτούμενες γνώσεις τότε μόνο μπορούμε να προσεγγίσουμε, να βοηθήσουμε και να αγγίξουμε την ψυχή του αρρώστου μας, γιατί ο πόνος αυτής είναι πολύ μεγαλύτερος από το σωματικό.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Στοιχεία ανατομικής του αναπνευστικού συστήματος

Το αναπνευστικό σύστημα αποτελείται από τις αεροφόρες οδούς και το πνευμονικό παρέγχυμα.

Οι αεροφόροι οδοί διακρίνονται σε ανώτερες (ρινοφάρυγγας και λάρυγγας) και σε κατώτερες (τραχεία και βρόγχοι μέχρι το τελικό βρογχιόλιο).¹ Οι κατώτερες που ανήκουν στην περιοχή του θώρακα είναι:

Η τραχεία: Είναι σωλήνας κυλινδρικός μήκους 10-12 εκατ. Περίπου, πεπλατυσμένη κατά την οπίσθια επιφάνειά της και περιέχει στο τοίχωμά της 15-20 χόνδρινα ημικρίνια ανοικτά κατά το οπίσθιο μέρος της. Διχάζεται στο ύψος του 5^{ου} θωρακικού σπονδύλου στους δύο στελεχιακούς βρόγχους, το δεξιό και τον αριστερό, οι οποίοι χωρίζονται με την τρόπιδα της τραχείας.¹

Οι βρόγχοι: Διακρίνονται στους στελεχιαίους (δεξιό και αριστερό) και στις διακλαδώσεις τους, δηλαδή της λοβαίους (άνω, μέσο και κάτω δεξιά, και άνω και κάτω αριστερά).

Ο πνεύμονας: Στον πνεύμονα διακρίνουμε μια κυρτή επιφάνεια εξωτερική, η οποία βρίσκεται σε επαφή με το θωρακικό τοίχωμα, μια κοίλη εσωτερική επιφάνεια, η οποία αφορίζει το μεσοπνευμόνιο χώρο, μια κάτω ή διαφραγματική επιφάνεια, η οποία εφάπτεται στο διάφραγμα. Επίσης διακρίνουμε την κορυφή, η οποία ανατομικά αντιστοιχεί πάνω

από το επίπεδο το οποίο διέρχεται από το ανώτερο χείλος της δεύτερης πλευράς και τέλος, τα χείλη του πνεύμονα που είναι το πρόσθιο, το οπίσθιο και το κάτω, το τελευταίο δε καταλαμβάνει τον πρόσθιο και τον οπίσθιο διαφραγματικό χώρο. Οι πνεύμονες διαιρούνται σε λοβούς (άνω, μέσο και κάτω δεξιός, και άνω και κάτω ο αριστερός), οι οποίοι χωρίζονται με τις μεσολόβιες σχισμές.¹

1.2 Ιστολογία του φυσιολογικού πνεύμονα

Ο πνεύμονας αποτελείται από δύο κύριες μέρη, τη σωληνώδη (αεροφόροι οδοί) δηλαδή το βρογχικό δέντρο και την αναπνευστική (πνευμονικό παρέγχυμα) δηλαδή τα πνευμονικά λοβία, ανάμεσα στα οποία υπάρχει ο διάμεσος ιστός.

Αεροφόροι οδοί: Αποτελούνται από τους βρόγχους που το τοίχωμά τους περιβάλλεται ημικυκλικά από χόνδρινα ημικρίκια. Σε βρόγχους με διάμετρο μικρότερη από 1 χιλ. δεν βρίσκουμε χόνδρινο ιστό. Το τοίχωμα των βρόγχων αποτελείται από το βλεννογόνο, τον υπερβλεννογόνο, τον ινοχόνδρινο χιτώνα και το περιβρόγχο.¹

Βλεννογόνος: Περιλαμβάνει: α) το επιθήλιο. Είναι κυλινδρικό κροσσωτό και αποτελείται από δύο στρώματα, το επιπολής, που συνίσταται από κροσσωτά και καλυκοειδή κύτταρα και το εν τω βάθει, το οποίο σχηματίζεται από βασικά κύτταρα. Οι κροσσοί παρουσιάζουν ζωηρή ομαδική κίνηση προς την ίδια κατεύθυνση σαν κύματα, που σχηματίζονται από τον άνεμο σε αγρούς σίτου. Αποτελούν έτσι ένα προστατευτικό χαλί του βλεννογόνου, οι οποίοι απομακρύνουν, εκτός

από τη βλέννη και κάθε ξένο σώμα που εισέρχεται με τον εισπνεόμενο αέρα, όπως μικρόβια ή κοντρίσματα κυττάρων. Στα τελικά βρογχιόλια δεν υπάρχει κροσσωτό επιθήλιο παρά μόνο απλό κυβικό. β) Τα καλυκοειδή κύτταρα βρίσκονται διεσπαρμένα ανάμεσα στα κροσσωτά κύτταρα, είναι άφθονα στους μεγάλους βρόγχους και ελαττώνονται προοδευτικά προς τους βρόγχους με μικρότερη διάμετρο και δεν υπάρχουν καθόλου στα βρογχόλια με διάμετρο μικρότερη του ενός χιλιοστόμετρου. Τα κύτταρα αυτά παράγουν παχιά βλέννη.¹

1.3 Φυσιολογική λειτουργία πνεύμονος

Κυελιδικός αερισμός

Κυελιδικός αερισμός: Ονομάζεται ο όγκος του αέρα που εισέρχεται στις κυελίδες σ' ένα λεπτό. Μπορούμε να τον υπολογίσουμε με δύο τρόπους. Ο πρώτος τρόπος υπολογισμού είναι ο εξής: Αφαιρείται από τον αναπνευστικό όγκο αέρα (500 cm^3) ο ανατομικός νεκρός χώρος (150 cm^3) και το υπόλοιπο πολλαπλασιάζεται επί τον αριθμό των αναπνοών 12 στο λεπτό και είναι 4.200 cm^3 (ήτοι $500-150=350 \times 12=4.200 \text{ cm}^3$).²

Ο δεύτερος τρόπος είναι με τη μέτρηση του εκπνεόμενου CO_2 . Εάν στον εκπνεόμενο αέρα μετρήσουμε το ποσό του CO_2 στον κυελιδικό αέρα, μπορούμε να υπολογίσουμε τον όγκο του αέρα που προέρχεται από τις κυελίδες. Συνεπώς κυελιδικός αερισμός:

Όγκος εκπνεόμενου $\text{CO}_2 \times 100$

% CO_2 κυελιδικού αέρα.²

Όγκοι και χωρητικότητες των πνευμόνων

Γενικά μεταβολές στους όγκους του πνεύμονα προκαλούνται συχνά σε διάφορες φυσιολογικές συνθήκες ή και σε διάφορες παθολογικές καταστάσεις. Η γνώση συνεπώς των φυσιολογικών τιμών και η ερμηνεία των υπάρχοντων αποκλίσεων έχει πολύ μεγάλη σημασία στην κλινική παθολογία.

1. Αναπνεόμενος όγκος αέρα: Ο όγκος του εισπνεόμενου και εκπνεόμενου αέρα σε κάθε ήρεμη αναπνοή είναι 500 κ.εκ.
2. Εισπνευστικός εφεδρικός όγκος αέρα: Ο μέγιστος όγκος αέρα που μπορεί να εισπνευσθεί με βαθιά εισπνοή ύστερα απ' το τέλος της ήρεμης εισπνοής. Ο όγκος αυτός είναι 3.000 κ.εκ.
3. Εκπνευστικός - εφεδρικός όγκος αέρα: Ο μέγιστος όγκος του αέρα που είναι δυνατά να εκπνευσθεί με βαθιά εκπνοή ύστερα από το τέλος της ήρεμης εκπνοής. Ο όγκος αυτός είναι 12.000-1.800 κ.εκ.²
4. Υπολειπόμενος όγκος αέρα: Ο όγκος του αέρα που παραμένει μέσα στους πνεύμονες ύστερα από το τέλος και της πιο βαθιάς εκπνοής. Ο όγκος αυτός είναι 1.200-1.300κ.εκ.

Εκτός από τους προαναφερθέντες όγκους των πνευμόνων διακρίνουμε και 4 χωρητικότητες.

α. Ολική χωρητικότητα του πνεύμονα: Είναι το ποσό του αέρα που περιέχεται στους πνεύμονες στο τέλος μιας μέγιστης εισπνοής. Η χωρητικότητα αυτή είναι το άθροισμα των εξής όγκων:

Καρκίνος πνεύμονα - Ψυχολογική υποστήριξη και νοσηλευτική παρέμβαση

Αναπνεόμενος όγκος	500
Εισπνεόμενος - Εφεδρικός όγκος	3000
Εκπνεόμενος όγκος	1200
Υπολειπόμενος όγκος	1300
Σύνολο	6000 κ.εκ.

β. Ζωτική χωρητικότητα: Είναι τα μέγιστο ποσό του αέρα που δύναται να εκπνευσθεί από τους πνεύμονες με έντονη εκπνοή ύστερα από μια μέγιστη εισπνοή. Είναι δε το εξής άθροισμα:

Αναπνεόμενος όγκος	500
Εισπνεόμενος - Εφεδρικός όγκος	3000
Εκπνεόμενος όγκος	1300
Σύνολο	4800 κ.εκ.

γ. Εισπνευστική χωρητικότητα: Είναι ο μέγιστος όγκος αέρα που δύναται να εισπνευσθεί από τους πνεύμονες με βαθιά εισπνοή μετά το τέλος της ήρεμης εκπνοής και είναι αυτή το άθροισμα:

Αναπνεόμενου	500
Εισπνευστικού - Εφεδρικού	3000
Σύνολο	3500 κ.εκ.

δ. Λειτουργική υπολειπόμενη χωρητικότητα: Είναι ο όγκος που παραμένει μέσα στους πνεύμονες μετά το τέλος της ήρεμης εκπνοής και είναι αυτή το άθροισμά του:

Εκπνευστικού	1200
Υπολειπόμενου όγκου	1200
Σύνολο	2400 κ.εκ.

Μηχανισμοί άμυνας πνευμόνων

Η υφή του τραχειοβρογχικού δέντρου είναι τέτοια ώστε αυτοπροφυλάσσεται από τους επιβλαβείς παράγοντες που δεν μπορούσαν να επηρεάσουν την πνευμονική λειτουργία. Το βασικότερο ρόλο στην άμυνα παίζουν τα κροσσωτά επιθηλιακά κύτταρα, οι αδένες που εκκρίνουν βλέννη και τα δικτυοενδοθηλιακά κύτταρα.³

Οι αμυντικοί αυτοί μηχανισμοί διατηρούν ανοικτό το βρογχικό δέντρο και απομακρύνουν τις υπερβολικές εκκρίσεις, τα μικρόβια, τα ξένα σώματα και τα φλεγμονώδη εξιδρώματα.³

Το κροσσωτό επιθήλιο έχει την ικανότητα να απομακρύνει ένα σώμα τυλίγοντας αυτό μέσα σε βλέννη με ταχύτητα 8 εκ. ανά λεπτό. Διάφοροι παράγοντες όπως η θερμοκρασία, η υγρασία του περιβάλλοντος και οι χρόνιες ή οξείες φλεγμονές επηρεάζουν την αμυντική ικανότητα του επιθηλίου. Π.χ. η μεταβολή της γλοιότητας και ποσότητας της βλέννης μειώνουν την ικανότητα των κροσσών να απομακρύνουν τα ξένα σώματα.³

Η υπερβολική πάλι έκκριση βλέννης μπορεί να προκαλέσει απόφραξη βρόγχων, με συνέπεια τον κακό αερισμό του πνεύμονα ή και τη διασπορά φλεγμονωδών παραγόντων σε άλλες περιοχές του πνεύμονος.³

Ρύθμιση της αναπνοής

Η αναπνοή ρυθμίζεται με τα αναπνευστικά κέντρα. Η ελάττωση της PO_2 , η αύξηση της PCO_2 και η αύξηση των ιόντων H^+ ενεργούν ως ερεθίσματα δειγνύοντα την αναπνοή. Στη ρύθμιση της αναπνοής επεμβαίνουν επιπλέον από αυτά τα αντανακλαστικά από τους πνεύμονες, την καρδιά, τα περιφερικά αγγεία, τους τένοντες, τους υποδοχείς του πόνου ακόμη και η θερμοκρασία του σώματος.

Από ανατομική άποψη διακρίνουμε:

1. Το προμηκικό κέντρο βρίσκεται στη ραχιαία επιφάνεια του προμήκη μυελού στο έδαφος της 4^{ης} κοιλίας. Το κέντρο αυτό εξασφαλίζει την ομαλή λειτουργία εισπνοής και εκπνοής και χωρίζεται σε εισπνευστικό και εκπνευστικό, διότι είναι ξεχωριστή η περιοχή όπου ερεθιζόμενη προκαλεί εισπνοή και ξεχωριστή η περιοχή όπου προκαλεί εκπνοή.
2. Το αναπνευστικό κέντρο βρίσκεται στο μέσο ή στο κατώτερο τμήμα της γέφυρας εκπέμπει ρυθμικά ερεθίσματα (ώσεις) στο κέντρο εισπνοής του προμήκη και αυξάνει την εισπνευστική του δραστηριότητα. Η δραστηριότητα αυτή του κέντρου εισπνοής βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο άλλων ερεθισμάτων. Τέτοια ερεθίσματα εκπέμπει το πνευμονοταξικό κέντρο και οι πνεύμονες με τη διάταση τους προκαλούν αντανακλασικό το οποίο διοχετεύεται με το πνευμονογαστρικό νεύρο.²
3. Το πνευμονοταξικό βρίσκεται στο ανώτερο τριτημόριο της γέφυρας.²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

1.1 Παγκόσμια κατανομή

Ο καρκίνος του πνεύμονα από επαγγελματικής φύσεως νόσος-πρόσβαλε στο παρελθόν σχεδόν αποκλειστικά εργάτες μεταλλείων ουρανίου, νικελίου μετατράπηκε σταδιακά σε σύγχρονη επιδημική μάστιγα της ανθρωπότητας, λόγω του καπνίσματος.⁴

Το 1982 στις ΗΠΑ προσβλήθηκαν από πρωτοπαθή καρκίνο του πνεύμονα άνω των 85.000 ανδρών και 32.000 γυναικών, οι περισσότεροι από τους οποίους πέθαναν μεταξύ ηλικίας 55 και 65 ετών. Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι πρώτο κατά σειρά συχνότητας αίτιο θανάτου από καρκίνο στους άνδρες και δεύτερο στις γυναίκες. Η συχνότητά του αυξάνει, έτσι ώστε η κατά ηλικία θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα διπλασιάζεται κάθε 15 έτη και για το 2 φύλα. Κατά το χρόνο της διάγνωσης, μόνο το 20% των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα εμφανίζουν εντοπισμένη νόσο, ενώ το 25% έχουν επέκταση στους επιχώριος λεμφαδένες και το 55% απομακρυσμένες μεταστάσεις. Ακόμη και επί υποτιθέμενης τοπικής νόσου η 5ετής επιβίωση είναι μόνο 30% στους άνδρες και 50% στις γυναίκες. Το ποσοστό επιβίωσης δεν μεταβλήθηκε σημαντικά τα τελευταία 20 έτη.³

Στην Ευρώπη η επίπτωση του πρωτοπαθούς καρκίνου του πνεύμονα σε ορισμένες από τις πιο αναπτυγμένες χώρες είναι παρόμοια μ' αυτή των Η.Π.Α. ξεπερνώντας τις 100 νέες περιπτώσεις ετησίως ανά 100.000 πληθυσμό όπως Βέλγιο, Φινλανδία, Λουξεμβούργο, Ολλανδία και Μ. Βρετανία (μεταξύ 1960-1984).⁴

Η επίπτωση του πρωτοπαθούς καρκίνου πνεύμονα σε σύγκριση με τις αναπτυγμένες δυτικές χώρες είναι σχετικά χαμηλή στην Κίνα, Ινδία, Μαλαισία και σε μερικές χώρες της Αφρικής και της Λατινικής Αμερικής, όπου η ετήσια επίπτωση δεν ξεπερνούσε μέχρι πρόσφατα τις 25 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμό.⁴

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), υπολογίζεται ότι κατά το 1980 σημειώθηκαν σε ολόκληρο τον κόσμο 660.550 νέες περιπτώσεις βρογχογενούς καρκίνου, από τις οποίες 31% στις αναπτυγμένες χώρες. Με αδρές εκτιμήσεις, υπολογίζεται ότι κατά το έτος 2000 θα σημειωθούν σε όλον τον κόσμο περίπου 2.000.000 νέες περιπτώσεις αυτής της νόσου, από τις οποίες 60% στις αναπτυσσόμενες χώρες και κατά το 2025 περισσότερες από 3.500.000 νέες περιπτώσεις από τις οποίες περισσότερες από 80% στις αναπτυσσόμενες χώρες.⁴

1.2 Κατάσταση στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα η θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα παρουσιάζει αυξητική πορεία. Το 1981 κυμαίνονται στους 66 θανάτους αρρένων και 10 θηλέων σε 100.000 πληθυσμό του ίδιου φύλου.⁴

Σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες του κόσμου η θέση της Ελλάδος ως προς καρκίνο του πνεύμονα είναι ενδιάμεση και μεταξύ 24 ευρωπαϊκών χωρών η θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα στην Ελλάδα κατέχει την 19^η θέση. Ο δε μέσος ετήσιος αριθμός θανάτων από 1.143 κατά την περίοδο 1957-1961 αυξήθηκε σε 4.006 κατά την περίοδο 1982-86.⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

2.1 Αιτιολογία

Η ραγδαία αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του πνεύμονα είναι λογικό να εγείρει σοβαρές ανησυχίες και να οδηγεί στην αναζήτηση των αιτιών που τον προκαλούν. Έτσι λοιπόν, σύμφωνα με τα δεδομένα της επιστημονικής παρατήρησης και του πειράματος ενοχοποιούνται μερικοί σημαντικοί παράγοντες όπως:

α. Το κάπνισμα: Δεν υπάρχει σήμερα καμία λογική αντίρρηση στην άποψη, ότι ο Ca του πνεύμονα σχετίζεται με το κάπνισμα. Πάνω από 40 καρκινογόνες ουσίες έχουν εντοπισθεί στα αέρια καύσης του καπνού. Από κάθε περίπου 100 ασθενείς με καρκίνο πνεύμονος στους 90 η νόσος συνδέεται άμεσα με το κάπνισμα.⁵

Ο σχετικός κίνδυνος στους καπνιστές σε σχέση με τους μη καπνιστές κυμαίνεται από 4 έως 15 και εξαρτάται από τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζονται ημερησίως, το είδος των τσιγάρων, το συνολικό χρόνο καπνίσματος, την ηλικία έναρξης και το είδος του καπνού. Στις γυναίκες, ο κίνδυνος είναι μικρότερος από ό,τι στους άνδρες, αλλά η δοσολογική σχέση (ποσό και διάρκεια καπνίσματος) εξακολουθεί να υπάρχει. Οι καπνιστές πίπας ή πούρου έχουν μικρότερο κίνδυνο σε σχέση με τους

καπνιστές τσιγάρων, μεγαλύτερο όμως σε σχέση με τους μη καπνιστές.⁴

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται σήμερα στο ρόλο του παθητικού καπνίσματος που εμφανίζει σχετικό κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα. Τελευταία αποκαλύφθηκε ότι και το «παθητικό», το «ακούσιο» κάπνισμα ενέχει τους ίδιους κινδύνους με το «ενεργητικό». Άτομα τα οποία ζουν με καπνιστές ή εργάζονται ή παραμένουν επί μακρόν σε χώρους τους οποίους οι καπνιστές ρυπαίνουν με καπνό και επομένως μεταβάλλονται σε καπνιστές, διατρέχουν τους ίδιους κινδύνους αναπτύξεως καρκίνου πνεύμονα.⁶

Το κάπνισμα τέλος φαίνεται ότι σχετίζεται με όλους τους ιστολογικούς τύπους του καρκίνου του πνεύμονα. Η ισχυρότερη σχέση παρατηρείται στο επιδερμοειδές και στο μικροκυτταρικό καρκίνωμα, ενώ είναι συγκριτικά μικρότερη στο αδenoκαρκίνωμα και στις υπόλοιπες ιστολογικές μορφές.⁴

β. Ατμοσφαιρική ρύπανση: Η ρύπανση της ατμόσφαιρας (π.χ. από τον καπνό που βγαίνει από τις καμινάδες των εργοστασίων, απ' τη σκόνη των ασφαλτοστρωμένων δρόμων, από τα προϊόντα ατελούς καύσης που παράγονται από τα καυσαέρια των αυτοκινήτων κλπ) συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην ανάπτυξη του καρκίνου με αποτέλεσμα να προσβάλλονται άτομα που ζουν σε τέτοια ατμόσφαιρα.⁷

γ. Οι ιονίζουσες ακτινοβολίες: Οι ακτινοβολίες αυτές περιβάλλουν π.χ. τους εργάτες κατά την εξόρυξη μεταλλευμάτων που περιέχουν ραδιενεργές ουσίες, όπως είναι τα προϊόντα της λιθανθρακόπισσας.

Φυσικά ο παράγων αυτός αφορά ορισμένες μόνο χώρες που έχουν ανάλογα ορυχεία και βιομηχανίες.⁷

δ. Επαγγελματικός καρκίνος πνεύμονος: Πολλοί παράγοντες - κυρίως επαγγελματικοί- έχουν ενοχοποιηθεί για τον καρκίνο του πνεύμονα. Οι παράγοντες αυτοί επιδρούν μόνοι ή σε συνεργεία με το κάπνισμα και προκαλούν επαγγελματικούς, κατά κύριο λόγο, καρκίνους σε ομάδες του πληθυσμού που εκτίθεται επί μακρό χρονικό διάστημα σε υψηλές πυκνότητες αυτών. Απ' αυτούς οι σπουδαιότεροι είναι:

Αμίαντος: Ο αμίαντος έχει ευρύτατη εφαρμογή κυρίως στη βιομηχανία των μονώσεων. Η μακροχρόνια έκθεση στη σκόνη αμιάντου από τη φάση της εξόρυξης του μέχρι και τη χρήση του μπορεί να προκαλέσει βρογχογενή καρκίνο, αλλά και πνευμονική ίνωση και μεσοθηλίωμα του υπεζωκότα. Βρέθηκε ότι ο αμίαντος έχει σχέση με όλους τους τύπους του βρογχογενούς καρκίνου και ακόμη ότι παρουσιάζει συνέργεια με το κάπνισμα, επειδή οι εκτεθειμένοι στη σκόνη καπνιστές έχουν 90 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν βρογχογενή καρκίνο.⁸

Αρσενικό: Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος σε εργαζομένους σε χυτήρια, μεταλλεία και σε βυρσοδεμεία. Υπάρχει η αντίληψη επίσης ότι τα νεοπλάσματα που σχετίζονται με το αρσενικό εντοπίζονται κατά προτίμηση στους άνω λοβούς των πνευμόνων. Παράλληλα, άτομα που εκτέθηκαν στις ενώσεις του μετάλλου, παρουσιάζουν μερικές φορές πολλαπλά καρκινώματα σ' ένα ή περισσότερα όργανα.⁹

Χλωραιθυλαιδρές: Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος σε εργάτες χημικών βιομηχανιών.

Χρώμιο: Εργάτες που ασχολούνται με την επεξεργασία ενώσεων χρωμίου προσβάλλεται από εξελκώσεις του δέρματος και του ρινικού διαφράγματος και από βρογχογενή καρκίνο.⁸ Το χρώμιο χρησιμοποιείται κυρίως στη βιομηχανία, παραγωγής χρωμάτων και για την παραγωγή δερμοανθεκτικών κραμάτων μετάλλων, καθώς και σε διάφορες άλλες εφαρμογές.⁹

Βηρύλλιο: Αυξημένη συχνότητα της νόσου σε εργάτες επεξεργασίας του μετάλλου και σε εργάτες αεροναυπηγικής, γυροσκοπίων και πυρηνικών αντιδράσεων.⁴

Νικέλιο: Πλατιά χρήση του νικελίου άρχισε να γίνεται τους τελευταίους χρόνους μετά την ανακάλυψη μεθόδου παραλαβής του από τα διάφορα ορυκτά στα οποία περιέχεται. Το απορροφούμενο νικέλιο αποτίθεται κυρίως στους πνεύμονες, την καρδιά και το Κ.Ν.Σ.⁹

Κάδμιο: Υπάρχει μεγάλος κίνδυνος σε εργάτες παραγωγής και επεξεργασίας του μετάλλου.⁴

Αρωματικοί υδρογονάνθρακες: Αυξημένη συχνότητα της νόσου παρατηρείται σε εργάτες φωταερίου, ασφάλτου, πίσσας, καπνοδοχοκαθαριστές, καθώς και σε λιπαντές και γρασαδόρους.

ε. Γενετική προδιάθεση: Παρατηρήθηκε ότι συγγενείς πασχόντων από βρογχογενή καρκίνο παρουσιάζουν προδιάθεση στη νόσο. Φαίνεται ότι το «κλειδί» ερμηνείας της προδιάθεσης αυτής βρίσκεται στην παρουσία, μέσα στα λεμφοκύτταρα του αίματος και τα κυελιδικά μακροφάγα των ευαίσθητων ατόμων, υψηλών επιπέδων ενζύμων οξειδασών.⁸

στ. Διαιτητικοί παράγοντες: Αποδεδειγμένη καρκινογόνο δράση έχουν διάφορες ουσίες, όπως οι νιτροζαμίνες που παράγονται κατά την παρασκευή των τροφών (τηγάνισμα, γήσιμο) αλλά βρίσκονται και στον καπνό του τσιγάρου. Επίσης η έλλειψη της βιταμίνης Α αποτελεί αιτία πλάκώδους μεταπλασίας του τραχειοβρογχικού βλεννογόνου, που οδηγεί στην καρκινογένεση, ενώ χορήγηση μεγάλων δόσεων της βιταμίνης Α έχει το αντίθετο αποτέλεσμα.⁸

2.2 Προληπτικά μέτρα

Με δεδομένη τη φτωχή πρόγνωση του καρκίνου του πνεύματος, όπως αυτή εκφράζεται με τις μικρές τριετείς και πενταετείς επιβιώσεις των ασθενών και με αμφισβητούμενη την αποτελεσματικότητα της δευτερογενούς πρόληψης (προσυμπτωματικός) έλεγχος που δεν κατάφερε να μειώσει τη θνησιμότητα από τη νόσο, είναι προφανές ότι η μεγάλη ελπίδα για τον έλεγχο του καρκίνου του πνεύμονα παραμένει η πρωτογενής πρόληψη.⁴

Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για τη μείωση της συχνότητας και κατ' επέκταση της θνησιμότητας της νόσου είναι η αποφυγή της χρήσης καπνού, εφόσον υπολογίζεται ότι 80% του καρκίνου του πνεύμονα στους άνδρες και 40% στις γυναίκες οφείλεται αποκλειστικά στο κάπνισμα. Η προσπάθεια για τη μείωση της συχνότητας του καπνίσματος σ' έναν πληθυσμό πρέπει να γίνεται με σωστά οργανωμένα, συστηματικά και συνεχή αντικαπνιστική εκστρατεία, που να συνδυάζει εκπαιδευτικά προγράμματα αγωγής υγείας και νομοθετικά μέτρα. Τα εκπαιδευτικά

προγράμματα -τόσο για παιδιά και εφήβους, όσο και για ενήλικες- μπορεί να προλάβουν την έναρξη της συνήθειας του καπνίσματος κυρίως στους νέους, να κάνουν συνειδητό τον κίνδυνο στους ήδη καπνιστές και ακόμα, σε συνδυασμό με σωστή νομοθεσία, να προστατεύσουν τους μη καπνιστές από την παθητική έκθεση στον κίνδυνο. Πρόσθετα μέτρα, όπως η υψηλή φορολογία του καπνού και η απαγόρευση διαφήμισης τσιγάρων από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, είναι επίσης αποτελεσματικά, εφόσον συνδυάζονται με τα προηγούμενα. Παρ' όλες όμως τις προσπάθειες επιστημονικών και κρατικών φορέων είναι προφανές ότι δεν είναι δυνατόν να μηδενιστεί η κατανάλωση καπνού. Έτσι η εναλλακτική λύση για την ελάττωση του κινδύνου από την έκθεση στο κάπνισμα φαίνεται ότι είναι τα «λιγότερα επικίνδυνα» τσιγάρα, με φίλτρο ή με μειωμένη περιεκτικότητα σε πίσσα και νικοτίνη εφόσον βεβαίως δεν αυξάνεται η ημερήσια κατανάλωση.⁴

Επίσης θα πρέπει να γίνεται περιοδικός ακτινολογικός έλεγχος ανά 6 μήνες όλων των καπνιστών οι οποίοι έχουν υπερβεί το 45^ο έτος της ηλικίας. Έτσι μπορεί να αποκαλυφθούν αρχόμενοι βρογχογενείς καρκίνοι.¹

Σημαντική ελάττωση της θνησιμότητας από καρκίνο του πνεύμονα θα προκύψει, επίσης, από τον έλεγχο των λοιπών καρκινογόνων παραγόντων καθώς και από την κατανόηση του μηχανισμού δράσεως και αλληλεπιδράσεως αυτών στην πρόκληση του καρκίνου του πνεύμονα.⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ

Οι πνεύμονες αποτελούν μια από τις συχνότερες θέσεις εντόπισης μεταστατικών και πρωτοπαθών νεοπλασμάτων. Ιδιαίτερα μεταστάσεις στους πνεύμονες αναφέρονται σε ποσοστό 20-45% όλων των καρκινομάτων.⁶

Τα πρωτοπαθή νεοπλάσματα των πνευμόνων μπορούν να είναι καλοήθη ή κακοήθη. Η ανάπτυξή τους είναι δυνατόν να ξεκινά από οποιοδήποτε ιστολογικό στοιχείο των πνευμόνων όπως βρογχικό επιθήλιο, αγγεία, κυελιδικά κύτταρα, λείος, μυϊκός, χονδρικός, νευρικός συνδετικός και λεμφικός ιστός. Επομένως είναι δυνατόν να αναπτυχθεί μεγάλη ποικιλία πρωτοπαθών πνευμονικών νεοπλασμάτων επιθηλιακής και μεσεγχυματογενούς αρχής. Μεταξύ των κακοηθών μορφών την πρώτη θέση καταλαμβάνουν τα πρωτοπαθή καρκινώματα ενώ πολλά μεσεγχυματογενή όπως το ραβδομυοσάρκωμα είναι πολύ σπάνια.⁶

3.1 Βρογχογενές καρκίνωμα

α) Τρόποι επέκτασης

Γενικά οι τρόποι επέκτασης του βρογχογενούς καρκίνου είναι οι εξής:

- 1) Απ' ευθείας επέκταση του όγκου στους γύρω ιστούς είτε προς το μεσοθωράκιο και τα όργανα που είναι σ' αυτό, είτε προς τον υπεζωκότα και το θωρακικό τοίχωμα, είτε προς τη σπονδυλική στήλη

και το διάφραγμα.

2) Με μετάδοση: Αυτή γίνεται λεμφογενώς, αιματογενώς και βρογχογενώς.

α) Λεμφογενής μετάσταση γίνεται με τα λεμφαγγεία των πνευμόνων στους ενδοπνευμονικούς λεμφαδένες και από εκεί στους λεμφαδένες της πύλης, του μεσοθωρακίου και τους υπερκλειδίους. Όταν ο όγκος επεκταθεί στο θωρακικό τοίχωμα μπορεί να κάνει μετάσταση από εκεί λεμφογενώς στους αδένες της μασχάλης, οι οποίοι σπάνια προσβάλλονται χωρίς αντίστοιχη προβολή του θωρακικού τοιχώματος.¹

β) Αιματογενής μετάσταση γίνεται με διασπορά καρκινικών κυττάρων από το βρογχογενή καρκίνο με την αιμοφόρο κυκλοφορία. Αυτά τα κύτταρα μεταφερόμενα με τη συστηματική κυκλοφορία προκαλούν εξωθωρακικές μεταστάσεις από τις οποίες οι πιο συχνές είναι στο ήπαρ, στα επινεφρίδια, στους νεφρούς και στα οστά. Επίσης αιματογενής μετάσταση μπορεί να συμβεί και στους πνεύμονες με τη βρογχική κυκλοφορία.¹

γ) Βρογχογενής μετάσταση. Ο τρόπος αυτός της μετάστασης παρατηρείται σε ορισμένους τύπους αδenoκαρκινώματος και μοιάζει κατά κάποιο τρόπο με τη βρογχογενή διασπορά σε φυματίωση.¹

β) Παθολογική ανατομική

Τα 95% των πρωτοπαθών πνευμονικών όγκων αποτελούνται από 4 κυτταρικούς τύπους: Καρκίνωμα από πλακώδες επιθήλιο ή επιδερμοειδές, μικροκυτταρικό (ατρακτόμορφο) καρκίνωμα, αδenoκαρκίνωμα

(περιλαμβανομένου του βρογχιολοκυελιδικού) και μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα. Οι διάφοροι κυτταρικοί τύποι εμφανίζουν διαφορετική πορεία και αντίδραση στην αγωγή. Έτσι η ορθή ιστολογική διάγνωση από πεπειραμένο παθολογολογονατόμο είναι το πρώτο βήμα για την ορθή αντιμετώπιση. Οι κύριες θεραπευτικές επιλογές γίνονται βάση της ιστολογικής ταξινόμησης του όγκου σε μικροκυτταρικό καρκίνωμα ή σε μια από τις υπόλοιπες «μη μικροκυτταρικές» ποικιλίες που περιλαμβάνουν το επιδερμοειδές αδενοκαρκίνωμα, το μεγαλοκυτταρικό, το βρογχιόλιο-κυελιδικό και οι μικτές μορφές αυτών.³

Γενικά το μικροκυτταρικό καρκίνωμα κατά τη διάγνωση του έχει επεκταθεί και αντιμετωπίζεται κυρίως με χημειοθεραπεία με ή χωρίς ακτινοθεραπεία, ενώ οι «μη μικροκυτταρικές» μορφές, αν κατά το χρόνο της διάγνωσης βρεθούν εντοπισμένες, πρέπει να θεραπεύονται με ακτινοβολία ή εγχείρηση. Ο επιδερμοειδής καρκίνος είναι ο συχνότερος ιστολογικός τύπος στους άνδρες, ενώ στις γυναίκες επικρατεί το αδενοκαρκίνωμα. Οι καπνιστές αποτελούν το 90% των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα όλων των ιστολογικών τύπων, ενώ στη σπάνια περίπτωση μη καπνιστού με καρκίνο του πνεύμονα πρόκειται για αδενοκαρκίνωμα. Ο επιδερμοειδής και ο μικροκυτταρικός καρκίνος συνήθως εμφανίζονται ως κεντρικές μάζες με ενδοβρογχική ανάπτυξη, ενώ το αδενοκαρκίνωμα και το μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα τείνουν να παρουσιάζονται ως μάζες με συμμετοχή του υπεζωκότα.³

γ) Σταδιοποίηση καρκίνου του πνεύμονα

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του πνεύμονα περιλαμβάνει δύο φάσεις:

1) την ανατομική σταδιοποίηση και 2) τη λειτουργική σταδιοποίηση.

Όταν εμφανιστούν τα πρώτα συμπτώματα ή όταν γίνει ορατός ο όγκος σε μια απεικονιστική εξέταση, ο καρκίνος πνεύμονα είναι κατά κανόνα προχωρημένος. Δυστυχώς όμως μέχρι σήμερα δεν γνωρίζουμε σε ποιο βαθμό η πρώιμη διάγνωση θα μπορούσε να συμβάλλει στην αύξηση της συνολικής επιβίωσης. Έτσι λοιπόν ο γιατρός παραμένει ο κύριος υπεύθυνος όχι μόνο για το συντονισμό όλων των ενεργειών που θα καταλήξουν στη διάγνωση και σταδιοποίηση του καρκίνου πνεύμονα, αλλά και για την ταχύτητα διενέργειας όλου αυτού του ελέγχου.¹⁰

Η σταδιοποίηση του μη μικροκυτταρικού καρκίνου (ΜΜΚ) γίνεται με το διεθνές σύστημα TNM:

TX: Πρωτοπαθής όγκος δεν ανευρίσκεται ή πιστοποιείται έμμεσα, από την παρουσία καρκινικών κυττάρων στο πτύελο ή βρογχικά εκπλύματα.

TO: Δεν υπάρχει ένδειξη πρωτοπαθούς όγκου

Tis: Καρκίνωμα in situ.

T₁: Όγκος διαμέτρου <3cm, χωρίς βρογχοσκοπική ένδειξη διήθησης.

T₂: Όγκος >3cm - διήθηση κυρίου βρόγχου - διήθηση του σπλαχνικού υπεζωκότα - ατελεκτασία ή αποφρακτική πνευμονίτιδα που εκτείνεται μέχρι την πύλη, αλλά δεν αφορά όλο τον πνεύμονα.

T₃: Όγκος οποιουδήποτε μεγέθους που διηθεί άμεσα ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω: θωρακικό τοίχωμα - διάφραγμα - μεσοθωρακικός υπεζωκότας - καθολική ατελεκτασία ή αποφρακτική πνευμονίτιδα.

T₄: Όγκος οποιουδήποτε μεγέθους που διηθεί ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω: μεσοθωράκιο - καρδιά, μεγάλα αγγεία, τραχεία - οισοφάγος.

NX: Δεν ανευρίσκονται επιχώριοι λεμφαδένες

NO: Δεν διηθούνται επιχώριοι λεμφαδένες.

N₁: Μετάσταση σε σύστοιχους περιβρογχικούς ή και σύστοιχους πυλαίους λεμφαδένες

N₂: Μετάσταση σε σύστοιχους μεσοθωρακικούς λεμφαδένες

N₃: Μετάσταση σε αντίστοιχους μεσοθωρακικούς, αντίστοιχους πυλαίους, σύστοιχους ή αντίστοιχους σκαληνούς, ή υπεκλείδιους λεμφαδένες.

MX: Δεν μπορεί να πιστοποιηθεί μακρινή μετάσταση.

M0: Δεν υπάρχουν μακρινές μεταστάσεις

M₁: Μακρινές μεταστάσεις

Αντίθετα η σταδιοποίηση του μικροκυτταρικού καρκίνου (ΜΚ) είναι διαφορετική, χωρίς να αποκλείεται η χρήση του TNM συστήματος για ειδικά ερευνητικά πρωτόκολλα. Η σταδιοποίηση του ΜΚ έχει ως εξής:

1. Περιορισμένη νόσος: Νόσος στο ένα ημιθωράκιο με μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες, όπου μπορεί να συμπεριλαμβάνονται οι πυλαίοι, σύστοιχοι και αντίστοιχοι μεσοθωρακικοί και υπεκλείδιοι.
2. Εκτεταμένη νόσος: Νόσος που επεκτείνεται πέρα από τα παρακάτω. Τη σύστοιχη υγρά λεμφίτιδα άλλοι ερευνητές τη συμπεριλαμβάνουν στην περιορισμένη και άλλοι στην εκτεταμένη νόσο.¹⁰

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι: ΕΙΔΗ ΟΓΚΩΝ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ¹

I. Όγκοι του τραχειοβρογχικού δένδρου

1. Πρωτοπαθείς

- α) Κακοήθεις
 - α₁. Επιθηλιακοί
 - i. Βρογχογενές καρκίνωμα
 - ii. Εν κυψελιδικών κυττάρων καρκίνωμα
 - iii. Μικροσκοπικό ή ελάχιστο καρκίνωμα
 - iv. Γιγαντοκυτταρικό καρκίνωμα
 - α₂. Μεσοδερμικοί
 - α₃. Βρογχικό αδένωμα
- β) Καλοήθεις
 - i. Επιθηλιακοί
 - ii. Μεσοδερμικοί (ίνωμα, λίπωμα, χόνδρωμα)
 - iii. Αναπτυξιακής πηγής
- γ) Φλεγμονώδεις
 - i. Πολύποδες
 - ii. Μη ειδική κοκκιώματα
 - iii. Ειδικά κοκκιώματα

2. Μεταστατικοί

II. Όγκοι του πνευμονικού παρεγχύματος

1. Πρωτοπαθείς

- α) Επιθηλιακοί
- β) Μεσεγχυματικοί
 - β₁ Κακοήθεις (σarkώματα)
 - β₂ Καλοήθεις
- γ) Αμαρτώματα

2. Μεταστατικοί

δ) Ιστολογικοί τύποι Ca πνεύμονος

Καρκίνωμα από πλακώδη επιθήλια

Το καρκίνωμα από πλακώδη επιθήλια αποτελεί το 30-70% των καρκίνων του πνεύμονα. Είναι ο ιστολογικός τύπος με την πιο συχνή εμφάνιση στους άνδρες και την υψηλότερη συχνότητα στους καπνιστές.

Το καρκίνωμα του τύπου αυτού στα 2/3 των περιπτώσεων εντοπίζεται κεντρικά, ενώ πάνω από 10% των περιφερικών βλαβών παρουσιάζουν σπλαιοποίηση. Εξάλλου οι μισές περιπτώσεις με μεσαυλικό σύνδρομο ή σύνδρομο Pancoast οφείλονται σε πλακώδες καρκίνωμα του πνεύμονα. Πολύ συχνά το καρκίνωμα αυτό συνοδεύεται από χρόνια αποφρακτική νόσο. Η χειρουργική είναι η θεραπεία εκλογής στους αρρώστους με καρκίνωμα του τύπου αυτού.⁶

3.2 Αδενοκαρκίνωμα

Το αδενοκαρκίνωμα αποτελεί το 9-70% των περιπτώσεων με καρκίνωμα του πνεύμονα. Είναι ο ιστολογικός τύπος με τη μεγάλη προτίμηση στις γυναίκες και ακόμη αυτός που προέχει στους μη καπνιστές. Στις γυναίκες με αδενοκαρκίνωμα άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας πρέπει να ερευνάται το ενδεχόμενο ύπαρξης πρωτοπαθούς όγκου στο μαστό ή το γεννητικό σύστημα, επειδή χρειάζονται διαφορετική αντιμετώπιση από εκείνη του βρογχογενούς καρκίνου.⁵

Το αδενοκαρκίνωμα έχει τάση εντόπισης στην περιφέρεια του πνεύμονα (70%), ενώ στο 10% των περιπτώσεων εμφανίζεται με συλλογή

υγρού στην κοιλότητα του υπεζωκότα. Το αδενοκαρκίνωμα δείχνει μεγαλύτερη τάση διήθησης του σπλαχνικού υπεζωκότα, απ' ότι οι άλλοι ιστολογικοί τύποι.⁵

Το ήπαρ, τα επινεφρίδια, το ΚΝΣ και ο μυελός των οστών είναι τα όργανα που προτιμά ιδιαίτερα το αδενοκαρκίνωμα. Η χειρουργική επέμβαση είναι η θεραπεία εκλογής για το στάδιο I και II του αδενοκαρκινώματος.⁵

3.3 Μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα

Το μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα αποτελεί το 15% περίπου των καρκίνων του πνεύμονα. Εντοπίζεται συνήθως στην περιφέρεια όπως και το αδενοκαρκίνωμα. Κάνει μεταστάσεις στις ίδιες θέσεις με το αδενοκαρκίνωμα. Αναφέρονται επίσης μεταστάσεις και στο λεπτό έντερο. Θεραπεία εκλογής, όταν είναι δυνατή είναι η χειρουργική αφαίρεση του όγκου.⁶

3.4 Μικροκυτταρικό καρκίνωμα

Το μικροκυτταρικό καρκίνωμα αποτελεί το 20-25% των καρκίνων του πνεύμονα. Είναι από τα ταχύτερα αναπτυσσόμενα καρκινώματα του ανθρώπου, γεγονός που οδηγεί σε πρώιμες μεταστάσεις σε μακρινά όργανα και αποτελεί τα χαρακτηριστικά αυτού του ιστολογικού τύπου. Σε αρρώστους με μικροκυτταρικό καρκίνωμα βρέθηκαν μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες, στο ήπαρ, στους λεμφαδένες της κοιλιάς και τα

επινεφρίδια, στον υπεζωκότα, τον άλλο πνεύμονα, τους νεφρούς, το πάγκρεας, το μυελό των οστών, το ΚΝΣ, στο θυρεοειδή, την υπόφυση, τους όρχεις και την καρδιά.⁶

Η διάκριση της νόσου σε περιορισμένη (στο ημιθώρακιο, μεσαύλιο και υπερκλείδιους λεμφαδένες) και εκτεταμένη με μακρινές μεταστάσεις είναι σπουδαία όχι μόνο για τον καθορισμό της θεραπείας, αλλά και για την πρόγνωση και την απάντηση στη θεραπεία. Η χημειοθεραπεία είναι η θεραπεία εκλογής σ' όλα τα στάδια της νόσου. Είναι σπάνια εξαιρεσιμότητα σε αντίθεση με τους άλλους κυτταρικούς τύπους εξαιτίας της γρήγορης εξάπλωσης και των πρώιμων μεταστάσεων σε λεμφαδένες και μακρινά όργανα.⁶

Διαφορές μικροκυτταρικού και μη μικροκυτταρικού καρκινώματος

Μη μικροκυτταρικά καρκινώματα

1. Είναι εξαιρεσιμότητα στο I και II στάδιο.
2. Δεν κάνουν πρώιμες μεταστάσεις σε μακρινά όργανα, με εξαίρεση το αδενοκαρκίνωμα.
3. Δεν είναι ευαίσθητα στη χημειοθεραπεία.
4. Έχουν μακρύτερη επιβίωση.

Μικροκυτταρικό καρκίνωμα

1. Είναι σπάνια εξαιρεσιμότητα.
2. Επεκτείνεται γρήγορα.
3. Παρουσιάζει πρώιμες μεταστάσεις σε λεμφαδένες και μακρινά όργανα.

4. Είναι ευαίσθητο στη χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία.
5. Έχει μικρή επιβίωση.⁶

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙ: ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗ **ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

1. Πλακώδης ή επιδερμοειδής τύπος

Ποικιλία: Ατρακτοκυτταρικό πλακώδες καρκίνωμα

2. Μικροκυτταρικός τύπος

- Oat cell καρκίνωμα
- Διαμέσου τύπου
- σύνθετου τύπου

3. Αδενοκαρκίνωμα

- Σωληνώδες
- Θηλώδες
- Βροχιολοκυψελιδικό
- Συμπαγές με παραγωγή βλέννας

4. Μεγαλοκυτταρικός

Ποικίλες: Γίγαντοκυτταρικός
Διαυγοκυτταρικός

5. Αδενοπλακώδης όγκος

6. Καρκινοειδής όγκος

7. Καρκίνωμα από τα βρογχικά αδένια

- Αδενοκυστικό
- Βλεννοεπιδερμοειδές
- Άλλου τύπου.¹¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Το φάσμα των κλινικών εκδηλώσεων του βρογχογενούς καρκίνου είναι ευρύτατο. Κατά κανόνα τα συμπτώματα δεν είναι ειδικά όμως μερικά απ' αυτά εκβάλλουν ισχυρή υπόνοια ότι η υποκείμενη νόσος είναι καρκίνος. Το είδος και η ποικιλία των συμπτωμάτων εξαρτώνται από πλήθος παραγόντων όπως η ηλικία του όγκου, η εντόπιση και η βιολογική του δραστηριότητα.¹²

Αν δεν ληφθούν υπόψη τα προγράμματα μαζικής διαλογής, τα 5-15% των ασθενών αποκαλύπτονται, ενώ είναι ασυμπτωματικά, συνήθως σε τυχαία ακτινογραφία θώρακα. Όμως, η μεγάλη πλειονότητα των ασθενών προσέρχονται με κάποιο σημείο ή σύμπτωμα. Οι εκδηλώσεις οφείλονται συχνότερα στην τοπική ανάπτυξη και στην επέκταση του όγκου, ενώ λιγότερο συχνά εμφανίζονται γενικά συμπτώματα και σπάνια οι κλινικές εκδηλώσεις οφείλονται σε μεταστάσεις.

Οι κλινικές εκδηλώσεις του βρογχογενούς καρκίνου μπορούν να διαχωριστούν σε πέντε ομάδες:

1. Γενικές
2. Οφειλόμενες στην τοπική ανάπτυξη του όγκου.
3. Οφειλόμενες σε επέκταση του όγκου.
4. Οφειλόμενες σε μεταστάσεις.
5. Παρανεοπλασματικές.¹²

4.1 Κλινικές εκδηλώσεις

Γενικές εκδηλώσεις

Αναφέρονται συμπτώματα, όπως ανορεξία, καταβολή δυνάμεων, απώλεια σωματικού βάρους και πυρετός, ο οποίος μπορεί να οφείλεται στην ανάπτυξη του ίδιου του όγκου ή σε λοίμωξη.¹²

Εκδηλώσεις οφειλόμενες στην τοπική ανάπτυξη του όγκου

α. Βήχας: Η μεγάλη συχνότητα του συμπτώματος αυτού οφείλεται στην εντόπιση του όγκου που είτε είναι υποβλεννογόνια είτε καταλαμβάνει και το βλεννογόνο προξενεί βήχα.¹² Ο βήχας είναι από τα συνήδη πρώιμα συμπτώματα, με παραγωγή λίγων βλεννωδών ή και βλεννοπυωδών πτυέλων, ιδιαίτερα το πρωί, δηλαδή συμπτώματα τα οποία παρουσιάζουν ιδιαίτερο χαρακτήρα και τα οποία δεν τα αξιολογούν οι ασθενείς, επειδή είναι κατά κανόνα καπνιστές και τα έχουν συνηθίσει. Με την πάροδο όμως του χρόνου και λόγω περαιτέρω ανάπτυξης του καρκίνου, ο βήχας γίνεται συχνότερος, επίμονος, ενοχλητικός, εμφανίζεται ακόμη και κατά κρίσεις κατά τη διάρκεια της ημέρας, τα δε πτύελα γίνονται πιο άφθονα. Και αυτή η μεταβολή του βήχα και των πτυέλων δεν έχει κάτι το παθογνωμικό με το βρογχογενή καρκίνο, διότι μπορεί να εμφανιστεί κάλλιστα και σε χρόνια βρογχίτιδα ή και σε οποιαδήποτε άλλη βρογχοπνευμονοπάθεια. Πάντως εάν αυτή η μεταβολή δεν επηρεάζεται από καμία θεραπευτική αγωγή, θα πρέπει να σκεφτούμε κάτι πιο σοβαρό, ιδίως εάν αφορά άτομα ηλικίας άνω των 40 ετών και καπνιστές.¹

β. Αιμόπτυση: Είναι φαινόμενο που θορυβεί τον ασθενή και είναι συνήθως αυτό που τον οδηγεί στο γιατρό. Η συνηθέστερη μορφή με την οποία εμφανίζεται είναι τα αιμόφυρτα πτύελα. Συνήθως δεν παρατηρούνται μεγάλες αιμοπτώσεις. Αυτές είναι μικρές επαναλαμβανόμενες κάθε πρωί, και συνήθως διαρκούν επί εβδομάδες, μερικές φορές δε και επί μήνες, και είναι πολύ πιο συχνές στον επιδερμοειδούς τύπο βρογχογενή καρκίνο. Πιο συχνά προέρχεται από αυτή την ίδια την καρκινωματώδη βλάβη, επειδή ο όγκος έχει πλούσια αιμάτωση και άλλοτε μεν αιμορραγούν τα νεοπλασματικά σαρκία ή ο αλλοιωμένος βρογχικός βλεννογόνος, άλλοτε δε η καρκινωματώδης κυψελίτιδα και άλλοτε ένα διηθημένο αγγείο, το οποίο έχει υποστεί βλάβη μέχρι ρήξεως από τη νεοπλασματική εξεργασία.¹ Σε περίπτωση όμως μεγάλης αιμόπτυσης αυτή οφείλεται στη διήθηση των βρογχικών αρτηριών από τον όγκο και η εμφάνισή της γίνεται πιθανότερη με την πρόοδο της νόσου. Μερικές φορές μπορεί να είναι θανατηφόρα. Η εμφάνιση αιμόφυρτων πτυέλων είναι απόλυτη ένδειξη για βρογχοσκόπηση.¹²

γ. Συριγμός: Ο συριγμός, εισπνευστικός και εκπνευστικός, αντιληπτός από τον άρρωστο ή όχι, διαπιστώνεται από απόσταση ή με το ακουστικό, και είναι πάρα πολλές φορές η «κατ' εξοχήν» παθογνωμική κλινική εκδήλωση. Επειδή κατά κανόνα προκαλείται από στένωση τραχείας ή κύριου βρόγχου δεν συνοδεύεται από σαφή παθολογική ακτινολογική εικόνα. Ίσως από ένα τοπικό εμφύσημα, διαπιστούμενο σαφέστερα με ακτινογραφία σε εκπνοή.¹³

Εκδηλώσεις οφειλόμενες σε επέκταση του όγκου

α. Θωρακικό άλγος: Ο θωρακικός πόνος είναι μάλλον πιο «εξειδικευμένο» σύμπτωμα. Μπορεί άτομα που είναι πνευμονικώς υγιή, μόλις τους επισημανθεί ότι έχουν μια βλάβη στο θώρακα αρχίζουν να «πονάνε» συστοίχως. Ο θωρακικός πόνος προκαλείται με διάφορους τρόπους:

1. Από επινέμηση του υπεζωκότα: Ο πόνος αυτός επηρεάζεται από τις αναπνευστικές κινήσεις και συνήθως υποχωρεί όταν δημιουργηθεί πλευρικό υγρό.
2. Από διάβρωση πλευράς: Ο πόνος τότε είναι σταθερός και επιτείνεται με την πίεση στο συγκεκριμένο πάντοτε μέρος. Αποτελεί παθογνωμικό μάλλον σύμπτωμα-εύρημα, που συνήθως οφείλεται σε διάβρωση της πλευράς.
3. Από επινέμηση μεσοπλεύριου νεύρου. Σπανιότερο μάλλον φαινόμενο, πότε βασανιστικό.¹³

β. Δύσπνοια: Η δύσπνοια στην αρχή εμφανίζεται μόνο με την κόπωση ή με οποιαδήποτε προσπάθεια. Προοδευτικά επιδεινώνεται μέχρις ότου γίνει μόνιμη και συνεχής, φτάνει δε μέχρι πολύπνοιας με ορθόπνοια. Μερικές φορές εμφανίζεται υπό μορφή παροξυσμικών ασθματοειδών κρίσεων, συχνά νυκτερινών. Η δύσπνοια όμως είναι ένα συχνό ενόχλημα σε μεσήλικα καπνιστή και όταν εμφανιστεί βρογχογενής καρκίνος αυτή επιδεινώνεται. Εάν η επιδείνωση αυτή αξιολογηθεί από τον ασθενή, τον αναγκάζει να ζητήσει τη συμβουλή του γιατρού. Κυρίως όταν η επιδείνωση της δύσπνοιας είναι βραδύτατη η διάγνωση

καθυστερεί, επειδή ο ασθενής δεν θεωρεί επείγουσα την περίπτωση του αλλά μάλλον «φυσιολογική» διότι τη δύσπνοια την αποδίδει μόνο στο κάπνισμα.¹

γ. Βρόγχος φωνής: Οφείλεται σε διήθηση ενός των κάτω λαρυγγικών ή παλίνδρομων νεύρων (συνήθως του αριστερού)¹³.

δ. Δυσκαταποσία: Οφείλεται σε πίεση του οισοφάγου από μετάσταση στο μεσοθωράκιο.¹³

ε. Σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας: Το σύνδρομο αυτό οφείλεται συνήθως σε πίεση της άνω κοίλης φλέβας από τον όγκο ή από διηθημένους αδένες. Σπανιότερα, μπορεί να οφείλεται σε ενδοαυλική επέκταση του όγκου και θρόμβωση. Είναι συχνό το σύνδρομο αυτό απόφραξης της, που παρουσιάζεται με κυάνωση και οίδημα του λαιμού και του προσώπου και του «μέχρι αποδείξεως του εναντίου» είναι αποδεικτικό κακοήθειας¹³.

στ. Παράλυση του διαφράγματος: Προκαλείται από προσβολή του φρενικού νεύρου από παρακείμενους αδένες του μεσοθωρακίου¹.

ζ. Σύνδρομο Pancoast: Παρατηρείται σε όγκο που έχει την έδρα του στο θόλο του θώρακα και όταν πιέζεται το βραχιόνιο πλέγμα. Κατ' αυτό έχουμε αυχENO-ωμοβραχιόνιο άλγος μόνιμο και κατά ώσεις, ατροφία των μικρών μυών της χείρας και σύνδρομο Claude Bernard-Horner (= πτώση του άνω βλεφάρου, μύση, ενόφθαλμο, συχνά με την ερυθρότητα, οίδημα και υπεριδρωσία του μισού προσώπου).¹

η. Ανάπτυξη υγράς πλευρίτιδας: Προκαλείται από επέκταση του όγκου στον υπεζωκότα.

Εκδηλώσεις οφειλόμενες σε μεταστάσεις

Πολλοί από τους ασθενείς, κυρίως όταν πρόκειται για αδιαφοροποίητο καρκίνο, εκδηλώνουν πολύ πρώιμα συμπτώματα από μεταστάσεις εξωθωρακικές. Έτσι μπορεί να παρουσιάσουν συμπτώματα από:

- α. Μετάσταση στον εγκέφαλο, όπως αλλαγή προσωπικότητας, ψυχικές διαταραχές, ίλιγγο, διαταραχές προσανατολισμού, βάδισης, σπασμούς, ημιπληγία, πάρεση ή και τύφλωση.
- β. Μετάσταση στο ήπαρ, όπως ανορεξία, απίσχναση, εμετούς, άλγος κατά το δεξιό υποχόνδριο, αναιμία, ίκτερο, ασκίτη και σκληρή διόγκωση του ήπατος.
- γ. Μετάσταση στη σπονδυλική στήλη, όπως ριζιτικά άλγη ή τοπικό άλγος από μετάσταση στις πλευρές.
- δ. Μετάσταση στα επινεφρίδια, όπως καχεξία, υπόσταση, υπέρχρωση δέρματος και βλεννογόνων ή σύνδρομο cushing.

Άλλοτε πάλι έχουμε μεταστάσεις στους τραχηλικούς και υπερκλείδιους λεμφαδένες. Άλλες μεταστάσεις (σπανιότερες) εμφανίζονται και στα άλλα οστά, εκτός της σπονδυλικής στήλης και των πλευρών, στους νεφρούς, στο δέρμα, στο θυρεοειδή, στο ρινοφάρυγγα, στη γλώσσα, στο πάγκρεας, στο σπλήνα, στο έντερο, στο μυοκάρδιο, στον προστάτη, στους οφθαλμούς και σε άλλα όργανα. Ο θάνατος επέρχεται από προοδευτική καχεξία ή ασφυξία, από τοπική επέκταση ή μετάσταση σε ζωτικά όργανα, από επιπλοκές, από θρομβοεμβολικά εγκεφαλικά ή στεφανιαία επεισόδια, από πνευμονικό οίδημα, από συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, από αναπνευστική ανεπάρκεια, από

μεγάλη πνευμονική αιμορραγία, από εξιδρωματική περικαρδίτιδα ή από δευτεροπαθείς βρογχοπνευμονικές λοιμώξεις και πνευμονικό απόστημα¹.

Εκδηλώσεις παρανεοπλασματικές

Οι απώτερες επιδράσεις του καρκίνου ή τα παρανεοπλασματικά σύνδρομα είναι συχνές επί καρκίνου του πνεύμονα και μπορεί να είναι το κύριο σύμπτωμα ή η πρώτη ένδειξη υποτροπής. Συχνά το παρανεοπλασματικό σύνδρομο ανακουφίζεται με την επιτυχή αντιμετώπιση του όγκου και η βάση για τη θεραπεία των συνδρόμων αυτών είναι η αγωγή κατά του όγκου. Ενδοκρινικά σύνδρομα παρατηρούνται στο 12% των ασθενών και έχουν την καλύτερα κατανοητή παθοφυσιολογία: Η υπερασβεστιαμία οφείλεται στην έκτοπη παραγωγή παραδορμόνης από επιδερμοειδή καρκίνο, η υπονατρίαμια στην απρόσφορη έκκριση αντιδιουρητικής ορμόνης από μικροκυτταρικό καρκίνο, ενώ το σύνδρομο cushing προέρχεται από την έκτυπη έκκριση ACTH από μικροκυτταρικό καρκίνο. Τα σύνδρομα του σκελετικού συνδετικού ιστού περιλαμβάνουν πληκτροδακτυλία (30%), συνήθως από μη-μικροκυτταρικό καρκίνο και υπερτροφική πνευμονική οστεοαρθροπάθεια (1-10%), συνήθως από αδenoκαρκίνωμα με περισίτιδα και διόγκωση, που προκαλεί άλγος, ευαισθησία και εξοίδηση στην περιοχή των προσβεβλημένων οστών και παθολογικό σπινθηρογράφημα οστών. Τα νευρολογικά και μυοπαθητικά συμπτώματα παρατηρούνται μόνο στο 1% των ασθενών αλλά είναι δεσματικά και περιλαμβάνουν το μυασθενικό σύνδρομο Eaton-Lanbert επί μικροκυτταρικού καρκίνου, περιφερικές νευροπάθειες, υποξεία

παρεγκεφαλιδική εκφύλιση και φλοιώδη εκφύλιση. Οι διαταραχές της πήξεως, οι θρομβώσεις και οι αιματολογικές εκδηλώσεις παρατηρούνται στα 1%-8% των ασθενών και περιλαμβάνουν τη μεταναστευτική θρομβοφλεβίτιδα, τη διάχυτη ενδαγγειακή πήξη με αιμορραγίες και επίσης την αναιμία και την αύξηση των κοκκιοκυττάρων. Οι δερματικές εκδηλώσεις όπως η δερματομυοσίτιδα και η μελανίζουσα ακάνθωση είναι σπάνιες (κάτω του 1%) όπως και οι νεφρικές διαταραχές με νεφρωσικό σύνδρομο ή σπειραματονεφρίτιδα (κάτω του 1%).³

4.2 Εργαστηριακές εξετάσεις

Είναι γνωστό ότι η φυσική εξέλιξη του βρογχογενούς καρκίνου διαρκεί αρκετά έτη. Μελέτες βασισμένες στο χρόνιο διπλασιασμό του όγκου έδειξαν ότι η νόσος διέρχεται το μεγαλύτερο μέρος της, χωρίς να παρουσιάζει κλινικά συμπτώματα. Διακρίνονται λοιπόν, η ασυμπτωματική και η συμπτωματική ή κλινική φάση. Στη διάρκεια της ασυμπτωματικής φάσης, διακρίνονται δύο στάδια: 1) Ασυμπτωματικό, μη διαγνώσιμο στάδιο, με τις συνήθεις διαγνωστικές μεθόδους και 2) Ασυμπτωτικοπροκλινικό στάδιο, που κυρίως ανιχνεύεται τυχαία, με ακτινογραφία θώρακος ή και κυτταρολογική εξέταση των πτυέλων. Στη συμπτωματική ή κλινική φάση διακρίνονται τρία στάδια:

- I) Εντοπισμένη ανάπτυξη του όγκου
- II) Ενδοθωρακική διασπορά του όγκου.
- III) Εξωθωρακικές μεταστάσεις.

Γίνεται φανερό ότι διαφορετική είναι η διαγνωστική προσέγγιση σε κάθε φάση ή στάδιο της φυσικής εξέλιξης της νόσου. Σήμερα, οι προσπάθειες των ερευνητών έχουν στραφεί στην ανακάλυψη μεθόδων, που θα επιτρέπουν την όσο το δυνατόν πρωϊμότερη διάγνωση της νόσου, στα ασυμπτωματικά στάδια¹⁴.

Έτσι λοιπόν, μπορούμε να πούμε ότι η διάγνωση του βρογχογενούς καρκίνου χρειάζεται εκτός από το ιστορικό και την κλινική εξέταση και σειρά άλλων ειδικών εξετάσεων. Προς το σκοπό αυτό σήμερα χρησιμοποιούνται διάφορες μέθοδοι.

Ακτινολογική έρευνα

Ακτινολογικές αλλοιώσεις μπορεί να υπάρχουν επί αρκετό χρονικό διάστημα χωρίς συμπτώματα από τους πνεύμονες. Για το λόγο αυτό και λόγω της μεγάλης σημασίας που έχει για την χειρουργική θεραπεία η πρώιμη διάγνωση του βρογχογενούς καρκίνου, συνιστάται η προληπτική μικροακτινογράφιση ομάδων πληθυσμού ηλικίας άνω των 40 ετών, οι οποίες είναι ιδιαίτερα εκτεθειμένες στην επίδραση των καρκινογόνων παραγόντων του περιβάλλοντος, όπως είναι οι καπνιστές και άλλα άτομα ειδικών επαγγελμάτων. Όπως είναι γνωστό η ακτινογραφία, η ακτινοσκόπηση και η αξονική τομογραφία συχνά δείχνουν την ύπαρξη καρκίνου (μάζα στην περιοχή της πύλης, υπεζωκοτικό εξίδρωμα, ατελεκτασία ή διάβρωση των πλευρών ή σπονδύλων¹⁵.

Κυτταρολογική εξέταση πτυέλων

Η διάγνωση μ' αυτή την μέθοδο επιβεβαιώνεται στο 60-70% των περιπτώσεων. Συμπληρωματική, βοηθητική μέθοδος είναι και η εξέταση των πτυέλων με τη μέθοδο του φθορισμού, η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην κατά μάζες έρευνα των πτυέλων σε ομάδες πληθυσμού. Σε ανεπαρκή απόχρεμψη συνίσταται η αναρρόφηση των βρογχικών εκκρίσεων της περιοχής με βρογχοσκόπηση. Τα μειονεκτήματα της κυτταρολογικής εξέτασης των πτυέλων είναι δύο: i) Η αποφολίδωση των κυττάρων γίνεται κατά περιόδους, γι' αυτό πρέπει να συλλέγεται αρκετή ποσότητα πτυέλων καθ' όλο το 24ωρο και να επαναλαμβάνονται οι εξετάσεις και ii) Η μη ανεύρεση κυττάρων μπορεί να οφείλεται σε απόφραξη του βρόγχου της νεοπλασματικής περιοχής.¹

Τέλος επισημαίνεται η υψηλή διαγνωστική ικανότητα της κυτταρολογικής εξέτασης των μεταβρογχοσκοπικών πτυέλων, ώστε αυτή να αποτελεί εξέταση ρουτίνας¹⁴.

Βιοψία

Η μέθοδος αυτή είναι η πιο ασφαλής για τη διάγνωση του βρογχογενούς καρκίνου και για τη διαπίστωση του ιστολογικού του τύπου. Μπορεί να λάβουμε τεμαχίδιο από την αλλοιωμένη περιοχή μέσω του βρογχοσκοπίου με ειδική λαβίδα βιοψίας, με διαθωρακική παρακέντηση με ειδική βελόνη ή και με βιοψία του υπεζωκότα, η οποία γίνεται όταν υπάρχει επινέμηση του υπεζωκότα, διατοιχωματικά με βελόνα ή με θωρακοσκόπηση.¹ Και οι δύο αυτές τεχνικές μπορεί να χρησιμοποιηθούν για τη διάγνωση μεταστάσεων του βρογχογενούς

καρκίνου στον υπεζωκότα. Ακόμη μπορεί να γίνει βιοψία από διηθημένους υπερκλειδίους λεμφαδένες, όταν υπάρχει γηλαφητή διόγκωση των λεμφαδένων αυτών.¹⁴ Με την μέθοδο βιοψία κατά Daniels, κατά την οποία λαμβάνουμε προς εξέταση λίπος από την περιοχή του προσθίου σκαληνού μυός ή βιοψία αδένων του μεσοθωρακίου με μεσοθωρακοσκόπηση. Η μεσοθωρακοσκόπηση χρησιμοποιείται με σκοπό τη διάγνωση, τη σταδιοποίηση ή τη στρατηγική αντιμετώπιση της νόσου. Γίνεται με γενική αναισθησία, έχει πολύ μικρή θνητότητα (0,09%) και έχει περιορίσει τον αριθμό των ερευνητικών θωρακοτομών.¹⁴

Βρογχοσκόπηση

Η μέθοδος αυτή έχει μεγάλη διαγνωστική σημασία, διότι μπορούμε να ερευνήσουμε απ' ευθείας την έσω επιφάνεια των τοιχωμάτων των βρόγχων και τον αυλό τους. Επίσης μπορούμε να κάνουμε βιοψία βρόγχου με κατάλληλη λαβίδα. Τα βρογχοσκοπικά ευρήματα είναι άμεσα και έμμεσα. Τα άμεσα είναι η ανεύρεση αυτού του ίδιου του όγκου είτε υπό την εικόνα της εξέλκωσης είτε της προβολής του μέσα στον αυλό του βρόγχου. Επίσης σαν άμεσα βρογχοσκοπικά ευρήματα είναι η στένωση και η απόφραξη του βρόγχου, σε συνδυασμό βέβαια με την ακτινολογική εικόνα. Τα έμμεσα σημεία είναι η διερεύνηση της γωνίας της τροπίδας υπό πίεση και διήθηση από υποκείμενο όγκο, η πίεση του τοιχώματος του βρόγχου απ' έξω, η σκληρία και η δυσκινησία του βρόγχου, λόγω καθήλωσης αυτού από παρακείμενες νεοπλασματικές αλλοιώσεις.¹

Εργαστηριακές εξετάσεις

Υπάρχουν πολλές εργαστηριακές εξετάσεις στις οποίες καταφεύγει ο γιατρός, οι οποίες όμως δεν έχουν απόλυτη και ειδική διαγνωστική αξία αλλά ενισχύουν την υπόνοια και αναγκάζουν τον γιατρό να προχωρήσει στις διαγνωστικές του ενέργειες και να φτάσει μέχρι και την ερευνητική θωρακοτομή. Έτσι βρίσκουμε συχνά αύξηση της ΤΚΕ πάνω από 50 χιλ. την πρώτη ώρα, αναιμία, λευκοκυττάρωση, πτώση των λεμφοκυττάρων. Οι διαταραχές των ενζυματικών προϊόντων του ορού του αίματος είναι σπάνιες αλλά πολυάριθμες στο βρογχογενή καρκίνο, χωρίς όμως καμιά από αυτές να είναι ειδική, διότι το βρίσκουμε και σε άλλες πνευμονικές και εξωπνευμονικές παθήσεις. Έτσι μπορεί να βρούμε αύξηση του ασβεστίου, της γαλακτικής δενδρογενάσης, των τρανσαμινασών (SGOT και SGPT).¹

Άλλα διαγνωστικά μέσα

Υποβοηθητικά διαγνωστικά μέσα είναι το πνευμοπεριτόναιο και η αγγειοπνευμονογραφία που γίνεται με την εισαγωγή χρωστικής, ακολουθούμενη από λήψη ακτινογραφίας για εκτίμηση της όλης πνευμονικής κατάστασης και του μεσοπνευμόνιου χώρου. Ακόμη έχουμε τις δοκιμασίες πνευμονικής και καρδιακής λειτουργίας και τη δοκιμασία λειτουργίας των επινεφριδίων για τυχόν μετάσταση και ανεπάρκεια που θα είχε σαν συνέπεια τη μη δυνατότητα του οργανισμού του αρρώστου να ανταποκριθεί στο μετεγχειρητικό stress.¹⁵ Τέλος σε αρκετές περιπτώσεις τη διάγνωση δέτει μόνο η ερευνητική θωρακοτομή.¹

4.3 Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση του βρογχογενούς καρκίνου θα χρειαστεί να γίνει ανάμεσα σε νοσήματα τα οποία δίνουν παρόμοιες ακτινολογικές εικόνες. Έτσι θα χρειαστεί να γίνει διαφορική διάγνωση από την πνευμονική φυματίωση, τις φλεγμονώδεις αλλοιώσεις που έχουν τη μορφή της χρόνιας πνευμονίας, το πνευμονικό απόστημα, τις κύστεις εχινόκοκκου, τα ανευρύσματα της πνευμονικής αρτηρίας και της αορτής κλπ. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να εφαρμόσουμε και σύντομη δοκιμαστική θεραπεία όπου υπομιαζόμαστε φυματίωση ή φλεγμονώδεις αλλοιώσεις, καθώς και συχνό ακτινολογικό έλεγχο για να διαπιστώσουμε αύξηση ή υποχώρηση της σκιάς. Η σμίκρυνση της σκιάς είναι κατά της κακοήθειας ενώ η αύξηση υπέρ αυτής.¹

4.4 Πρόγνωση

Γενικά, η πρόγνωση είναι κακή και για να έχουμε καλή σχετικά πρόγνωση πρέπει η διάγνωση να γίνει έγκαιρα. Με την έγκαιρη διάγνωση αυξάνουν και οι πιθανότητες της χειρουργικής θεραπείας.¹

Η διάρκεια ζωής σε αρρώστους με βρογχογενή καρκίνο χωρίς καμία θεραπεία δεν ξεπερνά τους λίγους μήνες. Η πρόγνωση δεν έχει βελτιωθεί σημαντικά την τελευταία δεκαετία, με εξαίρεση το μικροκυτταρικό καρκίνωμα, του οποίου η πρόγνωση έχει βελτιωθεί με την εφαρμογή της συνδυασμένης χημειοθεραπείας.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση είναι: η έκταση της νόσου, ο ιστολογικός τύπος, η γενική κατάσταση (δείκτης ζωτικότητας, απώλεια βάρους), η ηλικία και το φύλο. Το στάδιο της νόσου είναι ο σπουδαιότερος παράγοντας στην πρόγνωση και επιβίωση των αρρώστων ειδικά στα μη μικροκυτταρικά καρκινώματα. Είναι γνωστό ότι το μικροκυτταρικό καρκίνωμα έχει τη χειρότερη πρόγνωση εξαιτίας της γρήγορης εξάπλωσης.¹⁶

Επίσης σε ασυμπτωματικούς αρρώστους η 5ετής επιβίωση φτάνει το 18%, σε εκείνους με αρχικά συμπτώματα το 12% και με γενικευμένα συμπτώματα το 6%. Στους αρρώστους με συμπτώματα από μεταστάσεις η επιβίωση είναι 0%. Οι άρρωστοι με μακράς διάρκειας ιστορικό συμπτωμάτων, που σχετίζονται με τον πρωτοπαθή όγκο, έχουν καλύτερη επιβίωση σε σύγκριση με εκείνους με βραχυχρόνια συμπτώματα.¹⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ

Ο βρογχογενής καρκίνος έχει εξελιχθεί σε ένα από τα σπουδαιότερα και σοβαρότερα προβλήματα της κλινικής ογκολογίας με αιτία τόσο το μεγάλο αριθμό περιπτώσεων, όσο και τη βαρύτητά του. Είναι ένα από τα νεοπλάσματα με την πιο ποικίλη κλινική εξέλιξη, αλλά πάντα με βαρύτατη πρόγνωση, ιδίως στις περιπτώσεις που έχει ξεπεράσει τα όρια της εντοπισμένης νόσου.¹⁷

Για λόγους θεραπευτικής τακτικής ο βρογχογενής καρκίνος χωρίζεται σε δύο ομάδες: 1) το μικροκυτταρικό (αδιαφοροποίητο) καρκίνωμα και 2) το μη μικροκυτταρικό καρκίνωμα του πνεύμονα (ΜΜΚΠ), στο οποίο περιλαμβάνονται το καρκίνωμα από πλακώδη επιθήλια, το αδenoκαρκίνωμα και το μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα. Οι κυριότερες από τις θεραπευτικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι:

5.1 Χειρουργική θεραπεία

Ο κύριος στόχος της χειρουργικής θεραπείας πρέπει να είναι η πλήρης εξαίρεση της μακροσκοπικά διαπιστούμενης νόσου, ενώ τα όρια εκτομής πρέπει να ελέγχονται ελεύθερα νόσου. Οτιδήποτε λιγότερο απ' αυτό θεωρείται ατελής εκτομή και πρέπει να αποφεύγεται. Ταυτόχρονα μέλημα του χειρουργού είναι η διατήρηση όσο περισσότερο

λειτουργικού παρεγχύματος χωρίς αυτό βέβαια να αποβαίνει εις βάρος της επάρκειας εκτομής του όγκου.¹⁷

Η επέμβαση εκλογής είναι η λοβεκτομή και η τμηματεκτομή φυλάσσεται για μεγαλύτερες ηλικίες και ανάλογα με τα εγχειρητικά ευρήματα. Πνευμονεκτομή -ιδιαιτέρως ενδοπερικαρδιακή κατά την ίδια προτίμηση- για τον αριστερό πνεύμονα, προσφέρει μεγαλύτερες δυνατότητες «καθαρισμού» σε μη εντοπισμένα ευρήματα. Ο χειρουργικός καθαρισμός του «αορτικού παραθύρου» ή κάτωθεν του αορτικού τόξου είναι δυνατόν να προσφέρει επίσης. Η πνευμονεκτομή δεξιά, φυλάσσεται για τους ασθενείς με σημαντικές αναπνευστικές εφεδρείες.¹⁸

Όλοι οι ασθενείς, πριν υποβληθούν σε χειρουργική θεραπεία, υποβάλλονται σε πλήρη κλινική σταδιοποίηση και αυτή περιλαμβάνει ιατρικό ιστορικό, φυσική εξέταση, ακτινογραφία θώρακος, δοκιμασίες αναπνευστικής λειτουργίας, αιματολογικές εξετάσεις, αξονική τομογραφία θώρακος, εγκεφάλου και κοιλιάς, όπως επίσης σπινθηρογράφημα οστών και σε ορισμένες περιπτώσεις μαγνητική τομογραφία της προσβεβλημένης περιοχής.¹⁷

Το βρογχογενές καρκίνωμα που εκτείνεται εξωπνευμονικά μπορεί να διηθεί μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες ανατομικές δομές: διάφραγμα, περικάρδιο, αριστερός κόλπος, άνω κοίλη φλέβα, θωρακικό τοίχωμα, αορτή, οισοφάγο, τραχεία και σώμα θωρακικού σπονδύλου.¹⁷

Η απόφαση για χειρουργική θεραπεία επηρεάζεται από τη γενική κατάσταση του ασθενούς, την ηλικία, την καρδιοαναπνευστική

λειτουργία, την ύπαρξη άλλης σοβαρής συστηματικής νόσου, τα διηθημένα στοιχεία και την έκταση της διηθήσεως.¹⁷

5.2 Ανοσοθεραπεία

Διάφορες ενδείξεις πείθουν ότι αυτοάνοσοι μηχανισμοί αυξάνουν την αντοχή του οργανισμού προς τον καρκίνο.¹⁵

Μελέτες που έγιναν δείχνουν ότι ο θυμός αδένας παίζει πρωταρχικό ρόλο στην αύξηση της αντίστασης του οργανισμού έναντι των κακοήδων νεοπλασμάτων και στην ανοσία προς αυτά.

Ο θυμός αδένας, λεμφικό όργανο, παράγει μια ορμόνη που παίρνει μέρος στη διαφοροποίηση των Τ-κυττάρων του. Πιστεύεται ότι τα Τ-κύτταρα του θύμου αδένος προασπίζουν τον άνθρωπο από νεοπλασματικές προσβολές με εντόπιση και εξαφάνιση των νεοπλασματικών κυττάρων.¹⁵

Πρόσφατες ερευνητικές μελέτες στράφηκαν στην προαγωγή των αμυντικών μηχανισμών του οργανισμού με εισαγωγή μικροοργανισμών για διέγερση του ανοσοποιητικού συστήματος και, επομένως, την παραγωγή μακροφάγων και φαγοκυττάρων για την εξόντωση του όγκου. Βέβαια το πεδίο της ανοσολογίας έχει ανάγκη περισσότερης έρευνας γιατί υπάρχουν πολλά σκοτεινά σημεία σ' αυτό.¹⁵

5.3 Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία έχει σημαντική θέση στην αντιμετώπιση του μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα (ΜΚΠ). Βασικά χαρακτηριστικά του ΜΚΠ είναι: 1) κεντρική εντόπιση, 2) αντακλαστικός χαρακτήρας, 3) μεγάλη ταχύτητα αύξησης (χρόνος διπλασιασμού 33-45 μέρες), 4) ύπουλη εξέλιξη (συχνά το πρώτο σύμπτωμα του όγκου προέρχεται από απομακρυσμένη μετάσταση), 5) ιδιαίτερη τοξικότητα του όγκου (συχνή εμφάνιση προϊούσας καχεξίας).¹⁰

Επειδή ο ΜΚΠ από την αρχή θεωρείται σαν γενικευμένη νόσος, μέσα στα θεραπευτικά σχέδια της νόσου πρέπει να θεωρείται σαν πρώτη και βασική θεραπεία ή χημειοθεραπεία, διότι μόνο η Χ/Θ μπορεί να λύσει τα προβλήματα που δημιουργεί ο ΜΚΠ στο σύνολό τους.

Ο σκοπός της Χ/Θ είναι:

- Επίτευξη μακράς επιβίωσης.
- Βελτίωση της ποιότητας ζωής του αρρώστου.
- Άρση των συμπτωμάτων της νόσου.
- Επίτευξη της μακροχρόνιας ύφεσης.
- Ίαση.¹⁰

Οι προϋποθέσεις εφαρμογής της είναι:

- Καλή γενική κατάσταση του αρρώστου.

- Ικανοποιητική κατάσταση του μυελού των οστών.
- Καλή λειτουργία νεφρών και ήπατος.
- Να μην υπάρχει ενεργός λοίμωξη και κύηση.
- Ηλικία (όχι Χ/Θ άνω των 72 ετών).¹⁰

Η Χ/Θ του ΜΚΠ βασίστηκε σε παρατηρήσεις που έγιναν με την χρησιμοποίηση ενός μόνο κυτταροστατικού (μονοθεραπεία) στις δεκαετίες του '50 και '60. Στη δεκαετία του '60 ο ΜΚΠ αντιμετωπιζόταν σαν τοπική νόσος με χειρουργική επέμβαση και ακτινοθεραπεία. Η 5ετής επιβίωση κυμαινόταν μεταξύ 2-4%. Το ποσοστό αυτό της 5ετούς επιβίωσης αυξάνεται στη δεκαετία του '70 σε 8-10% με την εφαρμογή της συνδυασμένης Χ/Θ, η οποία σχεδιάζεται βάση των εμπειριών της μονοθεραπείας, της φαρμακοκινητικής, της δράσης στον κυτταρικό κύκλο, τη δράση σε διάφορα μορφολογικά στοιχεία και κατ' επέκταση στη λειτουργία και τις βιοχημικές διεργασίες του καρκινικού κυττάρου.¹⁹

Ωστόσο τα τελευταία χρόνια με την εφαρμογή της συστηματικής χημειοθεραπείας και σε συνδυασμό την ακτινοθεραπεία έχουμε θεαματική βελτίωση των αποτελεσμάτων στην προσπάθεια θεραπευτικής αντιμετώπισης του ΜΚΠ.¹⁰

Τα αποτελέσματα αυτά επιτεύχθηκαν με την εισαγωγή στους Χ/Θ συνδυασμούς την τελευταία δεκαετία νέων δραστικών κυτταροστατικών (πλατίνη, ετοποσίδη, τενιποσίδη...). Επίσης η δημιουργία νέων δραστικότερων συνδυασμών κυτταροστατικών με μικρότερη τοξικότητα, καθώς και η εναλλάξ χορήγηση δύο ή και τριών κυτταροστατικών

συνδυασμών με έλλειψη διασταυρούμενης αντίστασης, οδήγησαν στην περαιτέρω βελτίωση των αποτελεσμάτων, δεν δίνουν όμως ουσιαστική προσφορά στην προσπάθεια αντιμετώπισης της νόσου.

Όσον αφορά τώρα τη θεραπευτική αντιμετώπιση του ΜΜΚΠ αυτή παρουσιάζει απογοητευτική εικόνα. Για την καλή εκλογή με ΜΜΚΠ για Χ/Θ πρέπει να ληφθούν υπόψη τα εξής:

- Καλή γενική κατάσταση ασθενούς
- Ηλικία κάτω των 72 ετών
- Σταθερό βάρος
- Να μην έχει προηγηθεί Χ/Θ.¹⁰

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση του ΜΜΚΠ άρχισε πριν περίπου 25-30 χρόνια με κυτταροστατικά σε μονοθεραπεία. Τα αποτελέσματα αυτής της θεραπείας ήταν απελπιστικά και αν υπήρχε κάποια απάντηση του όγκου, δεν παρατηρούνταν μακροχρόνιες επιβιώσεις.¹¹

Στη συνέχεια εφαρμόστηκαν συνδυασμοί κυτταροστατικών φαρμάκων. Η υπεροχή της συνδυασμένης χημειοθεραπείας έναντι της μονοθεραπείας συνοψίζεται στα εξής:

1. Υψηλός βαθμός απάντησης
2. Υψηλός βαθμός πλήρους ύφεσης
3. Μακρά διάρκεια ύφεσης
4. Μακρότερη επιβίωση

5. Μη αύξηση της τοξικότητας
6. Βελτίωση της ποιότητας της ζωής.

Παρά την εξέλιξη κατά τα τελευταία χρόνια η Χ/Θ εξακολουθεί να εφαρμόζεται ως συμπληρωματική κυρίως θεραπεία της χειρουργικής και της ακτινοθεραπείας. Στόχος της μετεγχειρητικής χημειοθεραπείας είναι η καταστροφή των νεοπλασματικών κυττάρων, τα οποία κυκλοφορούν στο περιφερικό αίμα μετά τη χειρουργική επέμβαση και των τυχόν μικρομεταστάσεων.¹⁹

5.4 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία στην αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε θεραπευτικά είτε παρηγορητικά.²⁰

Όταν χορηγείται παρηγορητικά χορηγείται σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο που εμφανίζουν ενοχλητικά συμπτώματα και σημεία, προκαλούμενα από την πρωτοπαθή εστία ή την μεταναστευτική βλάβη. Η ακτινοβολία μπορεί να δοθεί ως μόνη θεραπευτική αγωγή ή ως ένα τμήμα πολυδύναμου συνδυασμού με την χειρουργική και την χημειοθεραπεία.²⁰

Προεγχειρητική ακτινοθεραπεία

Εισήχθη σε μια προσπάθεια: 1) να περιορίσει τη μεγάλη συχνότητα τοπικής επέκτασης του όγκου και έτσι να αυξάνει τον βαθμό εξαιρεσιμότητας, 2) να ελαττώσει τη συχνότητα διασποράς στα περιοχικά λεμφαγγεία, 3) να ελαττώσει την πιθανότητα της διασποράς του όγκου

κατά την χειρουργική επέμβαση, 4) να ελαττώσει την συχνότητα μετεγχειρητικής υποτροπής.²⁰

Η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία ενδείκνυται για ασθενείς με όγκους της κορυφής. Επίσης μπορεί να ενδείκνυται για επιλεγμένους ασθενείς με προχωρημένο τοπικά καρκίνο του πνεύμονα.

Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία

Αν και δεν έχει αποδειχθεί ότι η ακτινοθεραπεία βελτιώνει τον χρόνο επιβίωσης όταν χορηγείται σε όλους τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση, η μετεγχειρητική ακτινοβολία βελτιώνει σαφώς σε μεγάλο βαθμό τον χρόνο επιβίωσης της ομάδος των ασθενών με μεσοθωρακικές λεμφαδινικές μεταστάσεις.

Φαίνεται ότι η ακτινοθεραπεία, μετά από μια πλήρη χειρουργική πνευμονική εξαίρεση, ενδείκνυται σε ασθενείς με μεσοθωρακική και πυλαία λεμφαδενική συμμετοχή, ιδιαίτερα στο επιδερμοειδές καρκίνωμα.²⁰

Παρηγορητική ακτινοθεραπεία

Η παρηγορητική ακτινοθεραπεία όταν χορηγηθεί με επιδεξιότητα είναι σε θέση να παρατείνει τη λειτουργική ζωή των ασθενών και να ελέγξει και τον πόνο. Συμπτωματική ανακούφιση μπορεί να κατορθωθεί στα 75% των αντιμετωπιζόμενων ασθενών. Μ' αυτό τον τρόπο η ανακούφιση μπορεί να διαρκέσει για μήνες και σε μερικούς ασθενείς για χρόνια.²⁰

Η παρηγορητική ακτινοθεραπεία δεν πρέπει να καθυστερήσει μέχρις ότου τα άλλα μέτρα θεραπείας αποτύχουν. Πολύ συχνά, παρόντα χημειοθεραπευτικά σχήματα μπορούν να συνεχίζονται κατά τη διάρκεια που η ακτινοβολία δίνεται για να ελέγξει ένα τοπικό πρόβλημα. Μερικές φορές η χημειοθεραπεία με σκοπό να δοθεί ένας παρηγορητικός κύκλος ακτινοθεραπείας, για να ελέγχει ένα επείγον ιατρικό πρόβλημα προκαλούμενο από τον όγκο, είναι αναγκαίο να τροποποιηθεί ή ακόμη να διακοπεί προσωρινώς.²⁰

Η παρηγορητική ακτινοθεραπεία πρέπει να περιλαμβάνει την περιοχή της βλάβης που προκαλεί κυρίως κλινικά προβλήματα, αλλά πρέπει να περιλαμβάνει όσο το δυνατόν μικρότερο όγκο φυσιολογικών ιστών. Αυτό θα ελαττώσει την νοσηρότητα που προέρχεται από τη θεραπεία.²⁰

Επιπλοκές ακτινοθεραπείας

1. Ακτινική πνευμονίτιδα: Παρουσιάζεται μέσα σε δύο μήνες από το τέλος της θεραπείας και έχει σχέση με την δόση και την έκταση του πεδίου. Η συμπτωματολογία είναι δύσπνοια, βήχας, μη παραγωγικός, και ενίοτε πυρετός.
2. Πνευμονική ίνωση: Παρουσιάζεται σε όλους σχεδόν τους ασθενείς που υποβάλλονται σε ριζική ακτινοθεραπεία και επιζούν δύο χρόνια.
3. Ακτινική μυελίτιδα: Η συχνότητά της εξαρτάται από την ολική δόση και από το μήκος του νωτιαίου μυελού που περιλαμβάνεται στο πεδίο.
4. Οισοφαγίτιδα: Είναι πιο συχνή όταν η ακτινοβολία συνδυάζεται με χημειοθεραπεία, αλλά είναι παροδική και αντιμετωπίζεται εύκολα.²¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Η νοσηλεύτρια που εργάζεται με τον άρρωστο που έχει καρκίνο πρέπει να είναι κάτι περισσότερο από ένας έμπειρος τεχνικός. Πρέπει να είναι ο άνθρωπος που προσεγγίζει το συνάνθρωπο και του προσφέρει τον εαυτό της με τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την ανθρωπιά της. Για να μπορέσει όμως να το πετύχει αυτό χρειάζεται (1) γνώσεις, (2) φιλοσοφία της ζωής, σε αρμονία με την ογκολογική νοσ/κή, (3) ικανοποίηση (θετική ενίσχυση) και (4) βοήθεια και υποστήριξη (βοήθεια από κάποιον που βρίσκεται πολύ κοντά της). Η φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσ/κή περιλαμβάνει εκτίμηση της αξίας της ζωής και αντιμετώπιση του αναπόφευκτου του θανάτου. Έχει πιο μεγαλύτερη σημασία να πιστεύει πως μπορεί να βοηθήσει τους άλλους με ότι είναι, με ότι γνωρίζει και με ότι έχει τη δύναμη να κάνει.²³

1. Προβλήματα του αρρώστου

1. Αναπνευστική δυσλειτουργία
2. Μεταβολές στην άνεση εξ αιτίας πόνου, δύσπνοιας
3. Θρεπτικό ανισοζύγιο
4. Μείωση δραστηριοτήτων
5. Αγωνία, φόβος

2. Σκοποί της φροντίδας

1. Άμεσοι

α. Μείωση αγωνίας

β. Εξασφάλιση υποστήριξης κατά τη διαγνωστική περίοδο.

γ. Υποστήριξη αρρώστου και οικογένειας για το πρόγραμμα θεραπείας. (ακτινοθεραπεία, χειρ/κή, χημειοθεραπεία).

2. Μακροπρόθεσμοι

α. Διδασκαλία αρρώστου για φάρμακα, πρόγραμμα ανάπαυσης, δραστηριότητες, σημασία διακοπής καπνίσματος.

β. Προαγωγή επαρκούς θρέψης.

3. Παρέμβαση

α. Χειρουργική

Τύποι παρέμβασης

1. Τμηματεκτομή

2. Λοβεκτομή

3. Πνευμονεκτομή²³

6.1 Προεγχειρητική φροντίδα

Οι σκοποί της προεγχειρητικής φροντίδας είναι πρώτα να διαπιστωθεί αν ο άρρωστος θα μπορέσει να επιζήσει της επέμβασης και έπειτα να εξασφαλιστεί η άριστη δυνατή κατάσταση του αρρώστου για την επέμβαση.

1. Βοήθεια του αρρώστου που κάνει διαγνωστικές εξετάσεις.
2. Βοήθεια αρρώστου και οικογένειας να διαπραγματευτούν το ψυχικό τους τραύμα.
3. Συζήτηση με τον άρρωστο μέσα σ' ένα κλίμα κατανόησης και ενδιαφέροντος με ευκαιρίες να εκφράσει τους φόβους, τις αγωνίες και γενικά τα αισθήματα και τις σκέψεις του.
4. Κατανόηση της επίδειξης αντικοινωνικής συμπεριφοράς από μέρους του αρρώστου.
5. Νοσηλευτική εκτίμηση του αρρώστου.
 - Ποιά σημεία και συμπτώματα υπάρχουν;
 - Ποιό είναι το ιστορικό καπνίσματος του αρρώστου; Πόσα τσιγάρα καπνίζει σήμερα.
 - Πώς είναι η αναπνοή του;
 - Πόση δραστηριότητα του προκαλεί δύσπνοια;
 - Ποιές είναι οι προτιμήσεις του;

6. Βελτίωση του κυψελιδικού αερισμού και όλης της αναπνευστικής λειτουργίας.

- Ενθάρρυνση του αρρώστου να σταματήσει το κάπνισμα διότι αυξάνει τον βρογχικό ερεθισμό.
- Χρησιμοποίηση όλων των μέτρων για ελαχιστοποίηση της βρογχικής έκκρισης.
- Μέτρηση του ποσού των πτυέλων κάθε μέρα σε αρρώστους με απόχρεμψη.
- Εφύγραση του εισπνεόμενου αέρα για ρευστοποίηση των εκκρίσεων.
- Ενθάρρυνση λήψης βαθιών αναπνοών.
- Χορήγηση αντιμικροβιακών σε λοιμώξεις.
- Εφαρμογή προγράμματος αναπνευστικών ασκήσεων που ενθαρρύνουν τη χρησιμοποίηση των κοιλιακών μυών.

7. Αξιολόγηση και διόρθωση καταστάσεων του κυκλοφορικού για πρόληψη επιπλοκών.

- Μελέτη αποτελεσμάτων εργαστηριακών εξετάσεων.
- Χορήγηση καρδιοτονωτικών σε αρρώστους με καρδιακή ανεπάρκεια.

- Διόρθωση αναιμίας, αφυδάτωσης και υποπρωτεϊναιμίας με ενδοφλέβιες εγχύσεις, τεχνητή σίτιση, μεταγγίσεις ανάλογα με την οδηγία.
 - Χορήγηση αντιπηκτικών, για μείωση πιθανότητας σχηματισμού θρόμβων και πνευμονικής εμβολής.
8. Προετοιμασία αρρώστου για τη χειρουργική εμπειρία παρέχοντάς του εξηγήσεις και επιδέξια φροντίδα.
- Προσανατολισμός του αρρώστου για τη μετεγχειρητική περίοδο.
 - Ρουτίνα βήχα και βαθιών αναπνοών.
 - Οξυγονοθεραπεία.
 - Μέτρα που θα χρησιμοποιηθούν για μείωση της δυσχέρειας.
 - Ασκήσεις κάτω άκρων και πλήρους τροχιάς του ώμου του χειρουργημένου ημιθωρακίου.
9. Άμεση προεγχειρητική ετοιμασία.²³

6.2 Μετεγχειρητική φροντίδα

Σκοποί της μετεγχειρητικής φροντίδας είναι α) η αποκατάσταση της φυσιολογικής καρδιοπνευμονικής λειτουργίας το ταχύτερο δυνατό και β) η πρόληψη ή/και η αντιμετώπιση επιπλοκών.

1. Διατήρηση ανοικτού αεραγωγού
 - Παρακολούθηση για αποφράξεις με επισκόπηση, επίκρουση και ακρόαση με στηθοσκόπιο.
 - Αναρρόφηση όλων των εκκρίσεων ώσπου ο άρρωστος θα είναι ικανός να τις αποβάλλει μόνος.
2. Χρησιμοποίηση της σωστής τεχνικής για την αναρρόφηση του βρογχικού δένδρου.
3. Διατήρηση συνεχούς νοσηλευτικής επίβλεψης του αρρώστου.
 - Λήψη ΑΠ, σφυγμών και αναπνοών κάθε 15' ή συχνότερα.
 - Παρακολούθηση συχνότητας και ρυθμού του καρδιακού παλμού μέσω ακρόασης και παρακολούθησης του ΗΚΓ.
 - Αρρυθμίες μπορεί να συμβούν οποιοδήποτε χρόνο και συμβάλλουν στη μετεγχειρητική θνησιμότητα.
 - Οι αρρυθμίες εμφανίζονται συχνότερα σε άτομα πάνω από 50 χρόνων και σε εκείνα που έκαναν πνευμονεκτομή.
 - Παρακολούθηση Κ.Φ.Π.
 - Ανύψωση της κεφαλής κατά 30°-40° αφού ανανήγει ο άρρωστος.
4. Χορήγηση εφυγρασμένου οξυγόνου στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο για εξασφάλιση μέγιστης οξυγόνωσης και παρακολούθηση αερίων αίματος.

- Εκτίμηση αρρώστου για αναπνευστική δυσχέρεια και συσφικτικό αίσθημα στο θώρακα.
5. Ενδάρρυνση και προαγωγή αποτελεσματικού βήχα. Ο επίμονος βήχας εξαντλεί τον άρρωστο και οι εκκρίσεις οδηγούν σε ατελεκτασία και πνευμονία.
- Τοποθέτηση αρρώστου στο κρεβάτι με τα πόδια υποστηριγμένα σε σκαμνί, αν το επιτρέπει η κατάστασή του.
 - Υποστήριξη του θώρακα της χειρουργημένης πλευράς.
 - Βοήθεια του αρρώστου να βήχει κάθε μια ως δύο ώρες κατά τη διάρκεια του πρώτου 24ώρου και μετά όταν είναι ανάγκη.
6. Ακρόαση και των δύο ημιθωρακίων με στηθοσκόπιο για διαπίστωση τυχόν αλλαγής στους αναπνευστικούς ήχους.
7. Εξασφάλιση διαφόρων μέσων απαλλαγής από τον πόνο.
- Τα ισχυρά παυσίπονα ασκούν το μεγαλύτερο αποτέλεσμά τους 30-45 λεπτά. Μετά την χορήγησή τους, είναι απαραίτητο να προγραμματιστούν πιο ζωνρές ασκήσεις του πνεύμονα για αυτή την περίοδο. Οι πνευμονικές ασκήσεις περιλαμβάνουν τη χρήση σπιρόμετρου και τις ασκήσεις βήχα και βαδιές αναπνοές.
 - Χορήγηση ισχυρών αναλγητικών ώστε ο ασθενής να μπορεί να κάνει άνετα τις ασκήσεις και να αποκαταστήσει τις συνήθεις δραστηριότητές του.²²

- Χορήγηση ναρκωτικών (σε συχνές μικρές δόσεις) ώστε να μπορεί ο άρρωστος να αναπνέει βαθιά και να βήχει πιο αποτελεσματικά. Αντικατάστασή τους με από το στόμα αναλγητικά το συντομότερο δυνατόν.
8. Παρακολούθηση της ωριαίας αποβολής ούρων, για έμμεσο έλεγχο του όγκου παλμού και την αιμάτωση των οργάνων.
- Ο άρρωστος πρέπει να αποβάλλει τουλάχιστον 30ml ούρων ανά ώρα.
 - Το ειδικό βάρος των ούρων δείχνει την υδάτωση του αρρώστου.
9. Διατήρηση της σωστής μηχανικής του σώματος
- Ανυγμένος θώρακας για καλύτερο αερισμό και την καλύτερη παροχέτευση της υπεζωκοτικής κοιλότητας.
 - Άρρωστοι με περιορισμένη αναπνευστική εφεδρεία δεν μπορούν να γυρίσουν προς το χειρουργημένο πλάι γιατί περιορίζεται ο αερισμός.
 - Αλλαγή θέσης για αποφυγή συλλογής και παραμονής των εκκρίσεων στα εξαρτημένα τμήματα των πνευμόνων.
 - Καθιστή θέση όταν βήχει ο άρρωστος.
10. Παρακολούθηση για σημεία οξείας γαστρικής διάτασης.
11. Παρακολούθηση και λήψη μέτρων για επιπλοκές θωρακοτομής.
- Αναπνευστική ανεπάρκεια.

- Αιμορραγία από τομή ή θωρακική κοιλότητα.
- Καρδιακές αρρυθμίες, έμφραγμα μυοκαρδίου, πνευμονικό οίδημα.
- Νεφρική ανεπάρκεια.
- Γαστροπληγία.
- Μετατόπιση μεσοθωρακίου.

12. Αποκατάσταση λειτουργίας ώμου και κορμού.

- Ενθάρρυνση αναπνευστικών ασκήσεων για προαγωγή της κινητικότητας ώμου.
- Ενθάρρυνση προοδευτικής ανάληψης δραστηριοτήτων.

13. Σχέδιο εξόδου και διδασκαλία αρρώστου.

- Θα υπάρχει μεσοπλεύριος πόνος για ένα χρονικό διάστημα που μπορεί να αντιμετωπιστεί με τοπική εφαρμογή θερμού και από του στόματος αναλγητικά.
- Αποφυγή κάθε αιτίου που μπορεί να προκαλέσει παροξυσμούς βήχα.
- Αντιγριππικό εμβόλιο κάθε χρόνο (άρρωστοι με πνευμονεκτομή).
- Συχνή μετανοδοκομειακή παρακολούθηση.²²

6.3 Σε αρρώστους που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία

1. Προετοιμασία αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σ' ένα κλίμα κατανόησης.
2. Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία.
3. Επαρκής ενυδάτωση και μέτρηση προσλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων υγρών.
4. Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
5. Γεύματα συχνά, μικρά.
6. Προσεκτική φροντίδα στόματος.
7. Προστασία αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις).
8. Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο Κ.Ν.Σ., τους νεφρούς ή το ήπαρ.
9. Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία.
10. Βοήθεια του αρρώστου να δεχτεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου.
11. Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου.
12. Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών.¹⁵

6.4 Σε αρρώστους που υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία

1. Η ακτινοθεραπεία είναι μια δύσκολη και με πολλές παρενέργειες θεραπεία. Για την αποδοχή της από τον άρρωστο, με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης, είναι απαραίτητη ενημέρωσή του για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειές της.
2. Αντιμετώπιση γενικών παρενεργειών και επιπλοκών από την ακτινοβολία.
 - α) Ναυτία και εμέτους
 1. Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντιϊσταμινικών σύμφωνα με την ιατρική εντολή.
 2. Ενδάρρυνση του αρρώστου να λαμβάνει υγρά.
 3. Χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων, υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσια σε λεύκωμα.
 4. Σημείωση των αντιδράσεών του.
 - β) Αντιδράσεις από το δέρμα.
 1. Παρατήρηση για ερυθρότητα, ξηρότητα και απολέπιση.
 2. Εφαρμογή στην ακτινοβολημένη περιοχή ουδέτερης κρέμας.
 3. Προστασία του δέρματος από την ηλιακή ακτινοβολία, την υψηλή θερμοκρασία, από τραυματισμό και στενά ενδύματα.
 4. Φροντίδα της υγιεινής της στοματικής κοιλότητας με ήπια αντισηπτικά.

γ) Διάρροια.

1. Χορήγηση αντιδιαρροϊκών.
2. Αποφυγή τροφών που επιδεινώνουν τη διάρροια.
3. Χορήγηση δίαιτας με μικρό υπόλειμμα.

δ) Καταστολή του μυελού των οστών.

1. Προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και τραυματισμούς.
2. Παρατήρηση για εμφάνιση αιμορραγιών ή λοιμώξεων.¹⁵

6.5 Νοσηλευτική αντιμετώπιση ειδικών προβλημάτων

α) Αλλαγή στην εμφάνιση

Αλλαγή στην εμφάνιση σημαίνει αλλαγή της εικόνας, που έχει ο άρρωστος για το ίδιο του το σώμα. Η αλλαγή στη σωματική ακεραιότητα και εμφάνιση του αρρώστου με καρκίνο είναι συχνό πρόβλημα, που απαιτεί τη σωστή αντιμετώπιση. Ακρωτηριασμοί μελών, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, αλωπεκία, καχεξία κ.ά. διαφοροποιούν την εμφάνιση του αρρώστου, δημιουργούν αναπηρίες και επηρεάζουν την ιδέα που έχει για την εικόνα του εαυτού του. Οι νοσηλεύτριες συχνά πρώτες θα έρθουν σε επαφή με τον άρρωστο, που προσπαθεί να αποδεχτεί και να μάθει να ζει με τις μεταβολές που έχουν παρουσιασθεί στο σώμα του. Αυτές πολύ συχνά, δίνουν πρώτες πληροφορίες στον άρρωστο για τις αλλαγές που έχουν γίνει στο σώμα του και τον εκπαιδεύουν στους νέους τρόπους ζωής και τεχνικές αυτοφροντίδας. Συνήθως σ' αυτή την φάση ο άρρωστος αρχίζει να συνειδητοποιεί τις αλλαγές στο σώμα του

σαν μια πραγματικότητα. Οι άρρωστοι που αισθάνονται την οικογένειά τους και τους φίλους τους, να βλέπουν αλλά και να αποδέχονται το πρόβλημά τους με ειλικρινή αγάπη και ενδιαφέρον, μπορούν πολύ πιο εύκολα να το αποδεχτούν και να συμβιβαστούν μ' αυτό. Στην διατήρηση καλής ιδέας του ίδιου του αρρώστου για τη σωματική του ακεραιότητα αλλά και των άλλων γι' αυτόν, βοηθούν πολύ η καλή ατομική καθαριότητα, τα καθαρά και ωραία ρούχα, η χρησιμοποίηση προσδέσεων και η δραστηριοποίησή του.²³

β) Διατροφή

Η καλή διατροφή του αρρώστου με καρκίνο του πνεύμονα αποτελεί πολλές φορές νοσηλευτικό πρόβλημα και συγχρόνως ευθύνη της νοσηλεύτριας, επειδή από την μια οι ανάγκες για καλή δρέψη του καρκινοπαθούς είναι μεγαλύτερες, από την άλλη η περιορισμένη διάθεση για φαγητό (ανορεξία) αποτελεί σύμπτωμα της αρρώστιας. Η αποστροφή στην τροφή και μάλιστα σε ορισμένα είδη και η ανορεξία ποικίλουν από άρρωστο σε άρρωστο. Η νοσηλεύτρια πρέπει να ανακαλύπτει τους παράγοντες που επηρεάζουν την καλή διατροφή του αρρώστου και να τους αντιμετωπίζει ανάλογα. Η απώλεια σωματικού βάρους δηλώνει διαταραχή στο ισοζύγιο αναγκών του οργανισμού του αρρώστου σε θερμίδες και αυτών που του προσφέρονται και αποτελεί προειδοποιητικό σημείο για βελτίωση της διατροφής του.²³

γ) Νέκρωση - Εξέλκωση

Καθώς αυξάνεται το μέγεθος του όγκου, μπορεί να διαταραχθεί η αιμάτωσή του με τη συμπίεση των αγγείων που τον αιματώνουν, με αποτέλεσμα τη διακοπή της θρέψης και τη νέκρωση του όγκου. Η νέκρωση συνήθως γίνεται στο κέντρο της διόγκωσης, μπορεί να φτάσει και στο δέρμα και τότε δημιουργείται εξέλκωση ή διανοίγεται σε κοιλότητα ή κοίλο όργανο. Η νέκρωση συνοδεύεται συνήθως από γενική κακουχία και πυρετό. Τα γενικά αυτά φαινόμενα γίνονται περισσότερο έντονα, όσο μεγαλύτερη έκταση έχει ο ιστός που νεκρώνεται. Κίνδυνος της νέκρωσης και της εξέλκωσης είναι η μόλυνση.²³

δ) Κακοσμία

Όταν η ιστική αλλοίωση παραμένει ανοικτή, η κακοσμία είναι αναπόφευκτη και το πιο σπουδαίο μέτρο για τη μείωσή της είναι η τήρηση καθαρής της τραυματικής χώρας. Η κακοσμία είναι αποτέλεσμα των νεκρωμένων ιστών και της μόλυνσεων των εξελκώσεων. Η γύρω από το τραύμα περιοχή επιβάλλεται να σαπουνίζεται και να διατηρείται καθαρή. Η επίδεση του τραύματος αλλάζεται κάθε φορά που είναι λερωμένη. Ο αερισμός του θαλάμου, χωρίς να κινδυνεύει ο άρρωστος από το κρύο, βοηθά στη μείωση ή και εξάλειψη της κακοσμίας. Η χρήση αποσμητικών ουσιών για τη μείωση της κακοσμίας του θαλάμου είναι συμπληρωματικό μέσο και δεν αντικαθιστά την καθαριότητα του τραύματος.²³

ε) Δευτεροπαθής λοίμωξη

Τόσο η νέκρωση, όσο και η εξέλκωση του όγκου εκτίθενται σε μολύνσεις. Σημεία δηλωτικά της λοιμώξεως είναι κακουχία, πυρετός, άφθονες και δύσοσμες εκκρίσεις. Η βασική φροντίδα για τον περιορισμό της μόλυνσεως περιλαμβάνει τον καθαρισμό της μολυσμένης εξέλκωσης του όγκου με χλιαρό νερό και ήπια αντισηπτικά διαλύματα. Όταν εμφανιστεί λοίμωξη, χρησιμοποιούμε αντιμικροβιακά εσωτερικά και με τοπική εφαρμογή για τη γρηγορότερη υποχώρησή της. Πρέπει να έχουμε υπόψη ότι η πρόληψη της λοίμωξης είναι ευκολότερη από τη θεραπεία της. Επιβάλλεται, λοιπόν, η φροντίδα των όγκων, που έχουν εξέλκωση, με προσοχή για την αποτροπή λοίμωξης, όσο είναι δυνατόν.¹⁵

στ) Αιμορραγία

Είναι δυνατόν να αιμορραγήσουν οι νεοπλασματικές νεκρώσεις και εξελκώσεις. Η αιτιολογία, η προφύλαξη και η θεραπεία τους είναι οι ίδιες με τις άλλες αιμορραγίες. Οι αιμορραγίες μετά από ακτινοθεραπεία αντιμετωπίζονται δυσκολότερα.¹⁵

ζ) Πόνος

Ο πόνος, ενώ δεν συνοδεύει πάντοτε τον καρκίνο αποτελεί το σύμπτωμα που ιδιαίτερα φοβίζει τον άρρωστο. Ο πόνος στον καρκίνο συνήθως είναι αποτέλεσμα πίεσεως αισθητικών απολήξεων των νεύρων, πίεσεως οργάνων, εξελκώσεως ή μόλυνσεως του όγκου. Ο ίδιος ο όγκος δεν πονά.

Τα χαρακτηριστικά του πόνου είναι τα εξής:

1. Συνεχής και μπορεί να περιοριστεί όταν μειωθεί το μέγεθος του όγκου μετά από θεραπεία,
2. Χρόνιος, δηλαδή μεγάλης χρονικής διάρκειας
3. Μπορεί να έχει μεγάλη ένταση, όπως σε καρκίνο των οστών, αλλά και μικρή.

Η πρωταρχική θεραπεία του πόνου, που προκαλεί ο καρκίνος, είναι η αφαίρεση, η καταστροφή ή η μείωση του μεγέθους του όγκου. Και όταν η θεραπεία (αντιμετώπιση) του πόνου είναι αδύνατο να γίνει, με τον περιορισμό της έντασης βελτιώνεται η ποιότητα της ζωής του αρρώστου. Η νοσηλεύτρια έχει πολύ πιο μεγάλη ευθύνη στην προσφορά βοήθειας στον άρρωστο για τον περιορισμό του πόνου από την απλή χορήγηση φαρμάκων. Ανακούφιση από τον πόνο μπορεί να γίνει με πλησίασμα του αρρώστου γεμάτο σκέψη και συνέπεια. Ο τρόπος που η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζει τον πόνο του αρρώστου επηρεάζει την ένταση (stress) και το άγχος του. Ο πόνος γίνεται αφόρητος όταν η κατανόηση και το προσωπικό ενδιαφέρον δεν εκδηλώνονται και νομίζει ότι τον παραμελούν όλοι. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να καταβάλλει προσπάθεια για την ανακούφιση του αρρώστου από όλα τα ενοχλήματα με κατανόηση και αποδοχή των προβλημάτων του.²³

6.6 Συμβουλές αυτοπεριποιήσεως μετά από εγχείριση

πνεύμονος

α) Οδηγίες για καλύτερη αναπνοή

- Συνεχίστε την άσκηση βήχα και βαθιάς αναπνοής και χρησιμοποιήστε το σπιρόμετρο 3-4 φορές την ημέρα επί 4 εβδομάδες τουλάχιστον.
- Χαλαρώστε τους ώμους. Βάλτε το ένα χέρι πάνω στην κοιλία ώστε να αισθανθείτε την κίνηση της αναπνοής.
- Εισπνεύστε βαθιά από τη μύτη. Αφήστε τους κοιλιακούς μύες να χαλαρώσουν και αισθανθείτε το κάτω μέρος της κοιλιάς να μεγαλώνει καθώς το κρατάτε με το χέρι σας.
- Εκπνεύστε αργά από το στόμα. Όπως εκπνέετε, σφίξτε τους κοιλιακούς μυς και αισθανθείτε με το χέρι σας την κοιλιά να ισοπεδώνεται.
- Διατηρείστε χαλαρούς τους ώμους και το άνω μέρος του θώρακα κατά την άσκηση.
- Αναπνεύστε αργά και βαθιά.

Οι επόμενες οδηγίες πρέπει να διατηρηθούν για περίπου 4 εβδομάδες ή για όσο διάστημα σας συστήσει ο γιατρός σας.

1. Διατηρείστε τη λήψη υγρών. Τα υγρά θα βοηθήσουν να διατηρηθούν τα πτύελα λεπτόρρευστα και να βγαίνουν εύκολα με το βήχα. Να πίνετε τουλάχιστον 6-8 μεγάλα ποτήρια νερό ή άλλα υγρά (κατά προτίμηση χυμούς) κάθε μέρα.

2. Να υγραποιείτε το υπνοδωμάτιό σας, τους χειμερινούς μήνες. Ακολουθείστε τις οδηγίες του κατασκευαστή του μηχανήματος υγράνσεως και να αλλάζετε το νερό συχνά.
3. Αποφεύγετε τις πηγές μικροβίων, όπως π.χ. επαφές με άτομα που έχουν κρυολόγημα, πονόλαιμο ή γρίπη.
4. Αποφύγετε χώρους με καπνούς, ρύπανση ή συνωστισμό γενικά.
5. ΜΗΝ ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ. Το κάπνισμα βλάπτει την υγεία σας πάντοτε αλλά ειδικότερα τώρα. Το κάπνισμα οδηγεί στο να συσπώνται τα αιμοφόρα αγγεία του πνεύμονος, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην αναπνοή.²²

β) Οδηγίες για την φροντίδα της χειρουργικής τομής

Όταν βγείτε απ' το νοσοκομείο, η τομή σας, θα βρίσκεται σε καλό δρόμο προς την πλήρη επούλωση. Πρέπει να δείτε ο ίδιος την τομή. Αν έχετε σωλήνα παροχέτευσης πρέπει να ξέρετε το ποσό και το χρώμα του υγρού που βγαίνει. Θα σας έχουν τοποθετήσει έναν επίδεσμο, σκεπάζοντας και τις μικρές τομές από τις οποίες βγαίνουν (ή έβγαιναν) τα τυχόν σωληνάκια. Κάποια μικρή έξοδος υγρού είναι φυσιολογική. Αλλάζετε τους επιδέσμους τουλάχιστον μια φορά την ημέρα ή συχνότερα αν βρέχονται από υγρό. Όταν οι ουλές επουλώνονται και δεν υπάρχει παροχέτευση, οι ουλές μπορούν να μείνουν ακάλυπτες. Συνεχίστε να κάνετε καθημερινά ντουζ. Μην βουτηχτείτε στην μπανιέρα επί μια εβδομάδα τουλάχιστον. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε σαπούνι όταν κάνετε ντουζ αλλά αποφύγετε να βάλετε σαπούνι ή να τρίψετε την περιοχή της τομής. Μετά το ντουζ στεγνώστε την περιοχή της τομής

αγγίζοντάς την απλώς με μια πετσέτα και αφήστε την περιοχή ακάλυπτη. Αν βγείτε από το νοσοκομείο με πλαστικό αυτοκόλλητο επίδεσμο στην τομή, αυτός μπορεί να ξεκολλήσει και να πέσει. Αν δεν πέσει μόνος του πρέπει να τον αφαιρέσετε 7-10 μέρες μετά την έξοδο.

Σημεία λοιμώξεως της τομής μπορεί να είναι:

- Αυξημένος πόνος αυτόματος ή με το άγγιγμα.
- Αυξημένη ερυθρότητα ή τοπικό πρήξιμο.
- Αύξηση του εξερχόμενου πύου από την τομή.
- Πυρετός (38,3 και άνω) διάρκειας τουλάχιστον δύο ωρών. Αύξηση της θερμοκρασίας μπορεί να σχετίζεται και με εκκρίματα στους πνεύμονες. Συνεχίστε τις ασκήσεις βαθιάς αναπνοής και βήχα. Αν ο πυρετός συνεχίζεται πέρα των 2 ωρών ειδοποιήστε το γιατρό σας.²²

γ) Πρακτικές συμβουλές εναντίον του πόνου

1. Δεδομένου ότι τα ισχυρά παυσίπονα ασκούν το μεγαλύτερο αποτέλεσμα τους 30-45 λεπτά μετά την χορήγησή τους, να προγραμματίζετε τις πιο ζωηρές ασκήσεις του πνεύμονά σας ακριβώς για αυτήν την περίοδο. Οι πνευμονικές ασκήσεις περιλαμβάνουν τη χρήση του σπιρόμετρου και στις ασκήσεις βήχα και βαθιάς αναπνοής, αυτές που κάνατε και μέσα στο νοσοκομείο.
2. Για να αποφύγετε τις μακρές περιόδους χωρίς παυσίπονο, κρατήστε σημείωση πότε το παίρνετε. Τα παυσίπονα δεν θα είναι τόσο αποτελεσματικά αν ο πόνος αφεδεί να δυναμώσει. Είναι πιο

αποτελεσματικό όταν αρχίζει ο πόνος, παρά αν περιμένετε να χειροτερεύει.

3. Οι γυναίκες μπορεί να αισθάνονται πιο άνετα αν φορούν ένα μαλακό στηθόδεσμο με κάτι απαλό, όπως π.χ. ένα μαντήλι, κάτω από το τμήμα του στηθόδεσμου που ακουμπά στην τομή. Μια άλλη επιλογή είναι να μη φορούν καθόλου στηθόδεσμο τον πρώτο καιρό μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

4. Η χορήγηση μερικών παυσίπονων μπορεί να προκαλέσει δυσκοιλιότητα. Για να την αποφύγετε κάνετε τα ακόλουθα:

– Αυξήστε την περιεκτικότητα της διατροφής σας σε φυτικές ίνες, ώστε τα κόπρανα να γίνονται μαλακά με φυσικό τρόπο. Τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες είναι τα πίτουρα ή δημητριακά και γωμί ολικής αλέσεως, φρέσκα φρούτα με τη φλούδα τους, λαχανικά, σαλάτες και κομπόστες, τα ξερά φρούτα όπως δαμάσκηνα, βερίκοκα, σύκα, σταφίδες.

– Πάρτε ένα ελαφρό φάρμακο που μαλακώνει τα κόπρανα 3 φορές την ημέρα. Αν δεν ενεργηθείτε μέσα σε δύο μέρες, πάρτε ένα ήπιο υπακτικό πριν κοιμηθείτε το βράδυ.

– Διατηρείστε τις δραστηριότητές σας. Το βάδισμα είναι πολύ καλό είδος ασκήσεως και βοηθά στην πρόληψη της δυσκοιλιότητας.²²

δ) Οδηγίες για τη διατήρηση καλής θρέψης

Είναι πολύ σημαντικό να προσέξετε τη διαίτά σας μετά την εγχείριση. Εφόσον δεν υπάρχει λόγος ειδικής διαίτης για ιατρικούς λόγους, η διαίτά σας πρέπει να είναι ισορροπημένη και να περιλαμβάνει τροφές

πλούσιες σε πρωτεΐνες και υδατάνθρακες. Τροφές πλούσιες σε πρωτεΐνες είναι το κρέας, τα πουλερικά, το γάλα και τα προϊόντα του, οι ξηροί καρποί, το τυρί, το γάρι και τα αυγά. Πολλοί ανησυχούν για την χοληστερίνη τους. Πολλές από τις τροφές που είναι πλούσιες σε πρωτεΐνες είναι επίσης πλούσιες σε χοληστερίνη. Οι παρακάτω οδηγίες βοηθούν στο να παίρνετε αρκετές πρωτεΐνες χωρίς να αυξάνετε πολύ την χοληστερίνη που παίρνετε:

1. Διπλασιάστε την πυκνότητα του γάλακτος συνδυάζοντας πλήρες γάλα με σκόνη αποβουτυρωμένου γάλακτος. Ένα λίτρο γάλα συν ένα φλιτζάνι σκόνη αποβουτυρωμένου γάλακτος, ανάμιξη στο blender και διατήρηση στο ψυγείο.
2. Φτιάξτε ομελέτες με γάλα, τυρί, βούτυρο, μαγιονέζα και λεπτές φέτες κρέατος. Το αυγό δίνει άφθονες πρωτεΐνες, ενώ το ασπράδι μόνο (χωρίς τον κρόκο) δίνει άφθονες πρωτεΐνες χωρίς χοληστερίνη.²³
3. Πάρτε μικρά γεύματα με γιαούρτι ή πουτίγκες (κατά προτίμηση με χαμηλά λιπαρά).
4. Πάρτε μικρά γεύματα με τυρί.
5. Προσθέστε φύτρο σταριού στα δημητριακά, στα φαγητά κατσαρόλας, στο γιαούρτι και στον κιμά.
6. Τρώτε επιδόρπια που περιέχουν αυγά (διάφορε κρέμες ή κέικ με αυγό) και κέικ τυριού.

Μερικές τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες έχουν πολλές θερμίδες άλλες όχι. Όλες οι παρακάτω τροφές είναι εξαιρετες πηγές υδατανθράκων. Αυτές είναι: εμπλουτισμένα δημητριακά, γωμιά, ζυμαρικά

με αυγό ή χωρίς, πατάτες, καρότα, πράσινα λαχανικά όπως φρέσκα φασολάκια, σπαράγγια, μπιζέλια, παντζάρια και άλλα γογγύλια, φρούτα όπως μπανάνες, αχλάδια, μήλα, δαμάσκηνα.²³

ε) Οδηγίες για την επαναδραστηριοποίηση

Είναι φυσικό να έχετε λιγότερες δυνάμεις από τις κανονικές σας. Προσπαθήστε να αυξήσετε καθημερινά τις δραστηριότητές σας ανάλογα με τις δυνατότητές σας και μοιράστε τις δουλειές σας αραιότερα στην διάρκεια της ημέρας. Να εναλλάσσετε τις περιόδους δράσης με περιόδους αναπαύσεως, διότι η ανάπαυση είναι απαραίτητο συστατικό της αναρρώσεώς σας. Το βάδισμα είναι μια θαυμάσια μορφή ασκήσεως. Αυξήστε βαθμηδόν την απόσταση που βαδίζετε. Αποφύγετε το βάδισμα στο ύπαιθρο αν κάνει πολύ κρύο, πολλή ζέστη ή έχει δυνατό αέρα. Μπορεί να ανεβαίνετε σκάλες, αλλά αργά, σταματώντας κατά διαστήματα, αν χρειάζεται. Μπορείτε να κάνετε ελαφρές σπιτικές δουλειές, όπως ξεσκόνισμα, πλύσιμο πιάτων, ετοιμασία ελαφρών γευμάτων, και άλλες παρόμοιες δραστηριότητες, αν αισθάνεστε ότι έχετε τη δύναμη. Μπορεί ακόμη να διαπιστώσετε ότι έχετε περισσότερες δυνάμεις το πρωί ή το απόγευμα και να οργανώσετε ανάλογα τις δραστηριότητές σας.²²

στ) Αποκατάσταση λειτουργίας χεριών και ώμων

Χρησιμοποιείστε το χέρι και τον ώμο της πλευράς της εγχειρήσεως σε όλες τις καθημερινές δραστηριότητες, όπως μπάνιο, βούρτσισμα μαλλιών ή κατέβασμα αντικειμένων από ένα υψηλό ράφι. Βαθμιαία ανάληψη συνήθων καθηκόντων βοηθά στην πλήρη αποκατάσταση χρήσεως χεριού και ώμου.²³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

7.1 Ποιότητα ζωής του καρκινοπαθή

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας έχει δοθεί μεγάλη προσοχή στην ποιότητα ζωής του καρκινοπαθή όχι μόνο για ανθρωπιστικούς λόγους, αλλά και γιατί καλύτερη ποιότητα ζωής σημαίνει καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Οι βασικές παράμετροι που καθορίζουν την ποιότητα ζωής είναι η σωματική και η ψυχική του υγεία και η κοινωνικοοικονομική του κατάσταση.

Ο όρος «ποιότητα ζωής του ασθενή» είναι πολυσήμαντος και κατά τους Cella και Ghegin αναφέρεται στο βαθμό ικανοποίησης που παίρνει ο ασθενής από τον τωρινό τρόπο ζωής του, σε σύγκριση με το τι ο ίδιος θεωρεί δυνατό ή ιδεώδες. Ο ορισμός είναι ικανοποιητικός μια και περιλαμβάνει τις επιθυμίες του ασθενή και εφόσον στην έννοια του τωρινού τρόπου ζωής περιλαμβάνονται τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές παράμετροι. Το τι όμως θεωρείται δυνατό και ιδεώδες διαφέρει από ασθενή σε ασθενή και είναι συνάρτηση των προηγούμενων εμπειριών, του χρόνου διάρκειας της νόσου και φυσικά της σοβαρότητάς της. Γιατί είναι γνωστό ότι οι παράμετροι που συνδέτουν το «δυνατό» και το «ιδεώδες» αλλάζουν στο ίδιο το άτομο με

την πάροδο του χρόνου μια και είναι κατά κύριο λόγο υποκειμενικά και επηρεάζονται από τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενή.

Ο όρος αυτός «ποιότητα ζωής του ασθενή» είναι υποκειμενικός και υπάρχει δυσκολία να καθορίσει ο θεραπευτής ποιο είναι το ικανοποιητικό επίπεδο ποιότητας ζωής για το συγκεκριμένο ασθενή του. Γιατί συχνά αυτό που είναι ικανοποιητικό για το θεραπευτή δεν είναι για τον θεραπευμένο.

Βασικό στοιχείο καλής ποιότητας ζωής για τον καρκινοπαθή, αλλά και τον κάθε ασθενή, είναι η καλή επικοινωνία τόσο με το θεραπευτή όσο και με το οικογενειακό του περιβάλλον.²⁴

Αναμφισβήτητα η επίτευξη ικανοποιητικού επιπέδου σωματικής υγείας στον καρκινοπαθή είναι ένα από τα δυσκολότερα προβλήματα, που έχει να αντιμετωπίσει ο θεραπευτής. Η ικανοποιητική σωματική υγεία είναι συνάρτηση κυρίως της προηγούμενης σωματικής κατάστασης του καρκινοπαθή, των προβλημάτων που έχει δημιουργήσει η νόσος καθώς και των παρενεργειών λόγω της θεραπείας. Όσο νεώτερο και σε καλύτερη σωματική κατάσταση είναι ένα άτομο τόσο ευκολότερα ξεπερνά τα προβλήματα, που δημιουργεί η νόσος και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις με τη σειρά τους όσο ηπιότερες είναι τόσο λιγότερο επηρεάζουν τη γενική σωματική υγεία του ασθενή, βλάπτοντας σε μικρότερο βαθμό άλλα όργανα ή συστήματα.²⁴

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση του καρκινοπαθή παίζει επίσης σημαντικότατο ρόλο. Καλή οικονομική κατάσταση σημαίνει καλύτερη θεραπευτική βοήθεια και πιο άνετες συνθήκες διαβίωσης. Ακόμη

σημαίνει την απουσία εξάρτησης από ξένες οικονομικές πηγές και αυξημένη αυτοεκτίμηση. Όλοι οι πάσχοντες ζητούν ανακούφιση, άνεση, επιβεβαίωση και υποστήριξη. Η ανακούφιση όμως και η άνεση κοστίζουν υπερβολικά την τελευταία περίοδο της ζωής ενός ασθενή μια και κατά κανόνα την περίοδο αυτή δαπανώνται για την υγεία του τόσα, όσα σ' όλη την προηγούμενη ζωή του.²⁴

Επίσης, η ευχαρίστηση που παίρνει ο καρκινοπαθής από την καθημερινή ζωή του παίζει τεράστιο ρόλο στην έκβαση της θεραπείας και στη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ασθενή, το περιβάλλον του και τον θεραπευτή. Το πόσο ευχάριστη μπορεί να είναι η ζωή ενός καρκινοπαθή είναι πολύ συζητήσιμο. Είναι όμως δυνατό να απαλυνθούν πολλά από τα προβλήματά του ώστε να γίνει η ζωή του υποφερτή και σε μερικές περιπτώσεις ευχάριστη.²⁴

7.2 Ψυχοκοινωνικά προβλήματα αρρώστου με καρκίνο του πνεύμονα

Αναμφισβήτητα το άτομο στο οποίο διαγνώστηκε ότι πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Κύριος σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας του καρκινοπαθούς είναι η διατήρηση της ισχύος και της ακεραιότητάς του, ώστε να καταπολεμά τα καρκινικά κύτταρα, να αντέχει στην θεραπεία και να αντιμετωπίζει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν την αρρώστια. Η μάχη, λοιπόν, κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική, οι δε επιπτώσεις του εκτείνονται πολύ

περισσότερο από τη φυσική βλάβη που προκαλεί στο σώμα. Κι αυτό επειδή ο καρκίνος είναι συνώνυμος με έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αναπηρία, εγκατάλειψη ή παθητική κι αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας. Ακόμη και οι συγγενείς του συνήθως έχουν αισθήματα φόβου, ανησυχίας και αγωνίας. Παράλληλα, ο άρρωστος πολλές φορές δοκιμάζει μελαγχολία, θυμό, αίσθημα μοναξιάς, ντροπής και απογοητεύσεως. Η οικογένεια, οι φίλοι του και δυστυχώς συχνά μορφωμένοι άνθρωποι, μεγαλώνουν με την ιδέα ότι η διάγνωση του καρκίνου είναι ισοδύναμη με τον θάνατο. Τις απόψεις αυτές, κι αν δεν γίνουν γνωστές, τις διαισθάνονται οι άρρωστοι και διέρχονται στάδια αβεβαιότητας. Οι ψυχολογικές αυτές δυσκολίες και καταπονήσεις που παρουσιάζονται επιδρούν αρνητικά και στην πορεία της αρρώστιας και στην ποιότητα ζωής των αρρώστων.

Μερικές από τις εμπειρίες που οι περισσότεροι άνθρωποι περιγράφουν σαν αρνητικές και ψυχοπιεστικές είναι:²⁵

Ο φόβος της διάγνωσης του καρκίνου

Ο φόβος αυτός συνοδεύεται από την πρόβλεψη δυσμενών μελλοντικών επιπτώσεων όπως είναι ο πόνος, η απώλεια ενός οργάνου ή μιας λειτουργίας, πιθανή χαλάρωση των οικογενειακών σχέσεων, απώλεια της εργασίας, εξάρτηση από τους άλλους για την αυτοφροντίδα, τα πιθανά έξοδα για τη θεραπεία κ.ά. Έχει βρεθεί από έρευνες ότι όσοι γνωρίζουν ότι έχουν καρκίνο δοκιμάζουν μεγαλύτερη ψυχολογική καταπόνηση από εκείνους που δεν το ξέρουν ή μόνο το υποπτεύονται ή δεν είναι βέβαιο ότι έχουν καρκίνο. Πιο συγκεκριμένα:

δυσάρεστες αλλά πολλές φορές και ελπιδοφόρες. Γενικά νομίζεται ότι αν η ενημέρωση γίνει με πρόγραμμα, στο οποίο θα γίνεται προσπάθεια για διάλυση αβάσιμων φόβων, τοποθέτηση του καρκίνου μεταξύ πολλών ανεπιθύμητων ασθενειών, κινητοποίηση ψυχικών και φυσικών δυνάμεων του αρρώστου για αντιμετώπιση της αρρώστιας, θα βοηθήσει περισσότερους ανθρώπους και δεν θα βλάψει ίσως κανένα.²⁶ Δυο παράγοντες κυρίως είναι αποφασιστικοί στο αν ο άρρωστος θα πληροφορηθεί ότι πάσχει από καρκίνο.

α) Η ψυχική δύναμη και γυχραιμία που διαθέτει ο άρρωστος.

β) Τα αισθήματα του γιατρού, της νοσηλεύτριας και των μελών της οικογένειας απέναντι στην αρρώστια. Δυστυχώς έχει συμβεί ο γιατρός να ανακοινώσει την διάγνωση ενώ ο ίδιος είναι γεμάτος από αρνητικά συναισθήματα απέναντι στην αρρώστια. Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός δεν μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο να αντιμετωπίσει την αρρώστιά του και γι' αυτό η ενημέρωσή του για την αρρώστια σίγουρα είναι καταστρεπτική.²⁶

Η ενημέρωση θα πρέπει να γίνει με τον καλύτερο και καταλληλότερο για κάθε άρρωστο τρόπο και σταδιακά, με άνεση χρόνου θα πρέπει να παρακολουθείται η επίπτωση της ενημέρωσης στον άρρωστο και να υποβαστάζεται ανάλογα. Τις πληροφορίες πρέπει να κατευθύνουν η συμπόνια, η στοργή, η επαγρύπνηση, ο ανθρωπισμός, η επίγνωση της σοβαρής και ιδιόρρυθμης θέσεως που πολλές φορές βρίσκεται ο άρρωστος, η σύνεση, η προσοχή και η ανοχή.²³ Μια έρευνα ακόμη έχει δείξει ότι αυτοί που πληροφορήθηκαν έγκαιρα τα σχετικά με την αρρώστιά τους είχαν μακρότερη επιβίωση.²⁶

7.4 Ψυχολογικές αντιδράσεις

Η ψυχολογική αντίδραση του ασθενή στον καρκίνο διέρχεται από διάφορα στάδια. Βέβαια δεν είναι απαραίτητο κάθε ασθενής να περνά όλα τα στάδια και μάλιστα με την σειρά που αναφέρονται. Είναι χρήσιμο όμως να τα γνωρίζει κάποιος, για να έχει μια εικόνα, πώς σκέπτεται και κυρίως πώς αντιδρά ψυχολογικά ο ασθενής με καρκίνο. Τα στάδια λοιπόν είναι:

Άρνηση

Η άρνηση αποτελεί ένα φυσιολογικό μηχανισμό άμυνας που λειτουργεί ως ασπίδα αυτοπροστασίας για το άτομο το οποίο αντιλαμβάνεται την απροσδόκητη πραγματικότητα ως απειλητική ή οδυνηρή. Έτσι, λοιπόν, αρνείται το γεγονός της αρρώστιας ή/και των επιπτώσεών της, διαστρεβλώνοντας την αντίληψη που έχει από την πραγματικότητα.²⁷ Οι άρρωστοι δεν θέλουν να πιστέψουν ότι έχουν καρκίνο. Προσπαθούν να συνεχίσουν κανονικά τις ασχολίες τους, σαν να μην καταλαβαίνουν τι έχουν να αντιμετωπίσουν. Μάλιστα σε μερικές περιπτώσεις, οι καρκινοπαθείς αναπτύσσουν εντονότερη δραστηριότητα, είτε στον επαγγελματικό τομέα είτε στην οικογένεια. Κάνουν μακρόπνοα σχέδια και αναλαμβάνουν μακροχρόνιες υποχρεώσεις. Συχνά, πιστεύουν ότι δεν μπορεί να είναι αλήθεια αυτό που τους είπε ο γιατρός. Πηγαίνουν σε διάφορους γιατρούς ελπίζοντας ότι κάποιος θα κάνει τη «σωστή» διάγνωση, ότι δεν έχουν καρκίνο, αλλά μια «καλοήγη νόσο». Μερικοί, αφού τους ανακοινωθεί η διάγνωση του καρκίνου επιδεικνύουν

μια περίεργη αμέλεια στο να προχωρήσουν στη θεραπεία τους, προφανώς αρνούμενοι με τον δικό τους τρόπο, τη διάγνωση. Άλλοι πάλι, μιλούν για τον καρκίνο, τα συμπτώματα και την πρόγνωσή του, σαν να αφορούσε κάποιον άλλον ασθενή, δηλαδή χωρίς καμιά συναισθηματική συμμετοχή, στο προσωπικό τους πρόβλημα. Αυτό αποτελεί έναν άλλο τρόπο ουσιαστικής άρνησης της διάγνωσης.²⁷

Θυμός

Αποτελεί μια φυσιολογική αντίδραση ενός ατόμου το οποίο είναι υποχρεωμένο να δεχθεί ότι ξαφνικά η ζωή του αλλάζει ριζικά και το μέλλον του χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα. Πολλοί άρρωστοι νιώθουν ότι «προδόθηκαν» από το ίδιο τους το σώμα και δυσκολεύονται να αποδεχθούν ότι ο οργανισμός τους είναι τρωτός, ευάλωτος και αδύναμος. Και ενώ θυμώνουν με το γεγονός της αρρώστιας ή/και των επιπτώσεών της, συχνά μεταδέτουν το θυμό τους προς άλλες κατευθύνσεις: προς τους οικείους, τους συγγενείς και φίλους (ιδιαίτερα προς εκείνους που δεν εκτιμούν ούτε προέχουν την υγεία τους), ή/και προς το ιατρονοσηλευτικό πρόσωπο. Έτσι αποδίδουν σε μερικούς επαγγελματίες το ρόλο του «καλού» γιατρού, νοσηλευτή κλπ., ενώ σε άλλους το ρόλο του «κακού» προβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο τα συναισθήματά τους. Άλλες φορές πάλι στρέφουν το θυμό τους ενάντια στο θεό αναθεωρώντας τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις.²⁷

Όταν διοχετεύουν το θυμό προς τον ίδιο τους τον εαυτό, βιώνουν έντονες ενοχές. Ο DOKA διακρίνει τρεις μορφές ενοχών: (α) Το άτομο αισθάνεται ενοχή επειδή με τη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής του

προκάλεσε την αρρώστια ή την επιδείνωση της υγείας του. (β) Το άτομο νιώθει ένοχο όταν ερμηνεύει την αρρώστιά του ως «τιμωρία» για συγκεκριμένες μη αποδεκτές ή/και μη ηθικές πράξεις του, τις οποίες αξιολογεί αρνητικά. (γ) Επίσης μπορεί να βιώνει ενοχές για τις ευκαιρίες που έχασε στη ζωή του και για στόχους που δεν πρόλαβε να ολοκληρώσει στον περιορισμένο χρόνο που του απομένει. Συχνά οι ενοχές του συνδέονται με το γεγονός ότι αρρώστησε, ότι αποτελεί «βάρος» για την οικογένεια και ότι προκαλεί πόνο και θλίψη στα αγαπημένα του άτομα.²⁷

Διαπραγμάτευση

Είναι το στάδιο της συνδιαλλαγής κατά την οποία συνήθως είναι ήρεμος και προσπαθεί με κάποιο αντάλλαγμα, κυρίως με τον Θεό, να επιτύχει τη θεραπεία της αρρώστιας του ή την αναβολή του μοιραίου. Για παράδειγμα, μπορεί ο άρρωστος να υπόσχεται στον γιατρό απόλυτη συμμόρφωση με τις οδηγίες ή/και πλήρη αποχή από συνήθειες που συνέβαλλαν στο πρόβλημα της υγείας του, για να εξασφαλίσει την πολυπόθητη ίαση ή την αποφυγή αναπηρίας. Μπορεί επίσης να κάνει «τάματα», να ντύνεται στα μαύρα και να υπόσχεται στο Θεό πλήρη αφοσίωση, με την ελπίδα να εισακουσθεί. Στα αρχικά στάδια της αρρώστιας, οι διαπραγματεύσεις αποβλέπουν στην αποθεραπεία του αρρώστου, ενώ όταν η υγεία του επιδεινώνεται, οι διαπραγματεύσεις αφορούν την παράταση της ζωής, της ποιότητάς της ή/και την εξασφάλιση ενός «καλού θανάτου».²⁶

Κατάθλιψη

Όταν ο άρρωστος αρχίζει να αντιλαμβάνεται τις συνέπειες της αρρώστιας και πως τίποτα πια δεν μπορεί να διαφοροποιηθεί τότε μελαγχολεί, η φάση δε αυτή ονομάζεται φάση κατάθλιψης. Ο άρρωστος αρχίζει πλέον να δέχεται ότι πρόκειται να πεθάνει και θρηνεί. Συνειδητοποιεί το αναπόφευκτο μέλλον και βυθίζεται στην απαισιοδοξία. Όλα τα βλέπει μάταια. Δεν έχει κουράγιο να αγωνιστεί, να πολεμήσει τον καρκίνο.

Γενικότερα η κατάθλιψη του αρρώστου εκδηλώνεται με ποικίλα συναισθήματα, όπως θλίψη, απώλεια ενέργειας, αισθήματα αναξιοσύνης, απαισιοδοξίας, απόγνωσης, απόσυρση από κοινωνικές σχέσεις, μείωση ενδιαφερόντων και συμμετοχής στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής κλπ. Η κατάθλιψη επιτρέπει στον άρρωστο να θρηνήσει την απώλεια μιας προηγούμενης κατάστασης, πριν αποδεχθεί και προσαρμοστεί στην νέα. Στην κατάθλιψη ο μοναδικός ή ο πιο κατάλληλος τρόπος βοήθειας του αρρώστου είναι να καθίσουμε κοντά του και να τον αφήσουμε να εκφράσει μόνος του τα αισθήματα λύπης που δοκιμάζει. Να τον ακούσουμε, να του δείξουμε κατανόηση και να μην προσπαθήσουμε να τον βγάλουμε από τον κόσμο της πραγματικότητας.²³

Αποδοχή

Στο στάδιο αυτό ο άρρωστος διακρίνεται από μια εσωτερική ηρεμία. Παύει να αγωνίζεται για να σωθεί και προοδευτικά συμφιλιώνεται με την ιδέα του θανάτου, χωρίς να παραιτείται από την επιδίωξη συνθηκών που

του εξασφαλίζουν αξιοπρέπεια και ποιότητα στις τελευταίες μέρες της ζωής του. Έχοντας τακτοποιήσει εκκρεμείς υποθέσεις, νιώθει ψυχολογικά ήρεμος και έτοιμος να πεθάνει. Ο άρρωστος στη φάση αυτή περιορίζει τις επισκέψεις, σε πρόσωπα ιδιαίτερα αγαπητά και δικά του και αρκείται στη σιωπηλή παρουσία τους. Παρότι η ψυχολογική αυτή στάση «βολεύει» όλους αυτούς που ασχολούνται με τον άρρωστο, έχει αποδειχθεί ότι η προσφορότερη και αποτελεσματικότερη στάση είναι αυτή κατά την οποία ο ασθενής συνεργάζεται ενεργητικά με τον γιατρό και το υπόλοιπο προσωπικό, επιστρατεύοντας όλες τις ψυχικές και σωματικές δυνάμεις του.²³

Οι φάσεις που περιγράφηκαν σπάνια διαδέχονται κανονικά η μια την άλλη. Ορισμένοι άρρωστοι σταματούν πολύ καιρό σε ένα από τα στάδια και ύστερα επανέρχονται σε ένα από τα προηγούμενα, έστω κι αν έχουν φτάσει στο στάδιο της αποδοχής. Για παράδειγμα, αν συμβεί υποτροπή της αρρώστιας, ο ασθενής θα επαναστατήσει και πάλι θα πέσει σε κατάθλιψη. Η μερική άρνηση χρησιμοποιείται σχεδόν απ' όλους τους αρρώστους όχι μόνο κατά τη διάρκεια των πρώτων σταδίων της αρρώστιας αλλά και αργότερα από καιρό σε καιρό.

Πίσω απ' όλα αυτά τα στάδια και τις φάσεις κρύβεται κάτι που μέχρι την τελευταία στιγμή δεν σβήνει, η ελπίδα. Είναι η ελπίδα πως όλα αυτά είναι απλώς ένας εφιάλτης και όχι αλήθεια, ότι ένα νέο φάρμακο υπόσχεται πολλά. Παίρνει κουράγιο για να αντέξει ακόμη λίγο καιρό. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι γιατροί πρέπει να πουν ψέματα στον ασθενή. Θα πρέπει ο άρρωστος να μην απελπιστεί, ενώ χρειάζεται ακόμα την ελπίδα. Αν ένας τέτοιος άρρωστος εγκαταλειφθεί απ' όλους, μπορεί να

εγκαταλείπει και ο ίδιος τον εαυτό του και η περαιτέρω ιατρική βοήθεια θα μπορούσε να έρχεται πολύ αργά, βρίσκοντάς τον απροετοίμαστο για μια νέα μάχη.²⁷

Τελικό στάδιο καρκίνου - θάνατος

Στο στάδιο αυτό, όπου η θεραπεία είναι μόνο ανακουφιστική, ο άρρωστος μαζί και ο γιατρός αντιμετωπίζουν το ενδεχόμενο θανάτου. Κατά τη διάρκεια της τελικής αυτής φάσης της αρρώστιας, ο ασθενής μπορεί να ταλαντεύεται μεταξύ άρνησης και αποδοχής.

Ο θάνατος δεν έρχεται σαν ένα ξαφνικό σοκ στον καρκινοπαθή σε προχωρημένο στάδιο. Θα έχει περάσει πολλούς μήνες σε χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, θα έχει υποβληθεί σε εγχειρίσεις, θα έχει μπει και βγει από πολλές μονάδες νοσοκομείων, πιθανόν να έχει δει άλλους αρρώστους να πεθαίνουν στα νοσοκομεία από την ίδια αρρώστια. Αλλά ο φυσικός θάνατος, που όλα τα ζωικά όργανα παύουν να λειτουργούν, είναι μόνο μια μορφή θανάτου. Υπάρχει ο κοινωνικός θάνατος, όπου ο άρρωστος απομονώνεται και αποχωρίζεται από τους άλλους ή με αυτοεγκατάλειψη ή οι συγγενείς απομακρύνονται και σταματούν να τον επισκέπτονται. Υπάρχει ο ψυχικός θάνατος, στον οποίο ο ασθενής αποδέχεται τον επικείμενο θάνατο και αποσύρεται στον εαυτό του. Συνήθως ο ψυχικός και φυσικός θάνατος συμβαίνουν ταυτόχρονα, αλλά μερικοί ασθενείς δέχονται τον θάνατο πρόωρα, εγκαταλείπουν τον αγώνα απελπισμένοι -στηριζόμενοι στο ανίατο του καρκίνου- και αρνούνται να συνεχίσουν να ζουν. Είναι σημαντικό για τον άρρωστο σ' αυτή τη φάση να γνωρίζει ότι ο γιατρός, οι νοσηλευτές,

ο ψυχολόγος δεν πρόκειται να τον εγκαταλείψουν αλλά ότι θα μείνουν δίπλα του και θα είναι διαθέσιμοι να συζητήσουν τις φυσικές ή ψυχολογικές ανησυχίες του, να παρέχουν ανακούφιση και υποστήριξη ως την τελευταία στιγμή.²⁷

Δικαιώματα του αρρώστου που πεθαίνει

- Το δικαίωμα να αντιμετωπίζεται με σεβασμό και αξιοπρέπεια.
- Το δικαίωμα να δέχεται συνεχή φροντίδα και προσοχή από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ακόμη κι αν ο στόχος δεν είναι θεραπεία, αλλά ανακούφιση ή υποστήριξη.
- Το δικαίωμα να δέχεται φροντίδα από ένα ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που είναι εξειδικευμένο κι ευαισθητοποιημένο στις ανάγκες του αρρώστου που πεθαίνει και της οικογένειάς του, συμβάλλοντας στη δημιουργία συνθηκών ηρεμίας, ασφάλειας και αξιοπρέπειας.
- Το δικαίωμα να είναι απαλλαγμένος από τον οργανικό πόνο.
- Το δικαίωμα να μην πεθαίνει μόνος, ούτε να εγκαταλείπεται.
- Το δικαίωμα να παίρνει ειλικρινείς απαντήσεις στις ερωτήσεις του και να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων που τον αφορούν.
- Το δικαίωμα να διατηρεί την ατομικότητά του, έχοντας τη δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα και τις σκέψεις του σχετικά με το θάνατό του χωρίς να κρίνεται γι' αυτά.

- Το δικαίωμα να διατηρεί την αίσθηση της ελπίδας, οποιοδήποτε κι αν είναι το περιεχόμενό της.
- Το δικαίωμα να βρίσκει ανταπόκριση στην ανάγκη του για αγάπη, ασφάλεια, κατανόηση, επικοινωνία, καθώς προσαρμόζεται στις κρίσιμες καταστάσεις που αντιμετωπίζει.
- Το δικαίωμα να αντιμετωπίζεται σαν ένα άτομο «που ζεί», που έχει συναισθήματα, σκέψεις και ανάγκες, μέχρι να πεθάνει.

7.5 Ψυχολογική υποστήριξη του καρκινοπαθούς

Με τον όρο ψυχολογική υποστήριξη εννοούμε τις προσπάθειες, τις πράξεις, τις ψυχολογικές τοποθετήσεις, την εξωτερική ανθρώπινη βοήθεια και τα υλικά μέσα που χρησιμοποιεί ο άρρωστος για να ανταποκριθεί στις εσωτερικές και περιβαλλοντικές απαιτήσεις τις οποίες δημιουργεί η αρρώστιά του και να διατηρήσει τελικά τη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική ευεξία του.²⁵

Ένα μεγάλο ποσοστό των καρκινοπαθών αναπτύσσουν στη διάρκεια της νόσου τους ψυχιατρικές επιπλοκές και εμφανίζουν ψυχικές διαταραχές και κυρίως κατάθλιψη. Κι αυτοί όμως που δεν παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές δεν παύουν να έχουν ψυχολογικά προβλήματα που όχι μόνο επηρεάζουν την ατομική συναισθηματική ζωή και τις σχέσεις τους με το περιβάλλον τους αλλά επιδρούν και στην καλύτερη πορεία της νόσου.²⁶

Στην προσπάθεια λοιπόν του αρρώστου να ξεπεράσει τα διάφορα ψυχολογικά προβλήματα που εμφανίζει αλλά και να αντιμετωπίσει ψυχοκοινωνικά την αρρώστιά του παρεμβαίνει και βοηθά αποτελεσματικά η **νοσηλευτική**. Η σύγχρονη νοσηλευτική έχει αναπτύξει ορισμένους τρόπους ψυχοκοινωνικής βοήθειας του καρκινοπαθούς. Οι πιο σημαντικοί απ' αυτούς είναι:

Νοσηλευτικός διάλογος με τον άρρωστο

Στο διάλογο με τη νοσηλεύτρια οι άρρωστοι συνήθως εξωτερικεύουν τους φόβους. Φοβούνται τον πόνο, την εγκατάλειψη, την εξάρτηση από τους άλλους, τη δυσμορφία, το θάνατο. Φοβούνται μήπως γίνουν βάρος στους άλλους.

Η νοσηλεύτρια ακούει τον άρρωστο με προσοχή, θερμό ενδιαφέρον και σεβασμό. Η ακρόαση αυτή προσφέρει τη βάση για μια πιο ολοκληρωμένη αξιολόγηση του αρρώστου. Δρα επίσης και ψυχοθεραπευτικά διότι καταστέλλει τους φόβους του αρρώστου σε μεγάλο βαθμό.²³

Η νοσηλεύτρια χρησιμοποιεί όχι μόνο τη σιωπή και την ακρόαση αλλά και την ομιλία για να διαβιβάσει στον άρρωστο την κατανόηση και την ευαισθησία της απέναντι στον πόνο, τις ανάγκες, τα προβλήματα, τις αδυναμίες του ασθενούς.

Επίσης μιλά και με τα λόγια της νοσηλεύει και θεραπεύει:

- α) Βοηθά τον άρρωστο να εστιάζει την προσοχή του στη σημασία και την ποιότητα του παρόντος χρόνου, στο τί είναι δυνατόν να γίνει παρά στις δυνάμεις που χάθηκαν.
- β) Ελαττώνει ή και εξαλείφει το αίσθημα μονώσεως του αρρώστου.
- γ) Μεταγγίζει πίστη και ελπίδα στον απελπισμένο. Ενδαρρύνει το φοβισμένο. Κατακρώνει τον ταραγμένο. Προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη, ασφάλεια και παρηγοριά.²³

Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του αρρώστου

Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να εξυγιάσει και να διατηρήσει την αυτοεκτίμηση του αρρώστου με τα ακόλουθα:

- Βοηθά τον άρρωστο να επισημαίνει τις δυνάμεις και τις θετικές πλευρές του, την ικανότητα να εκφράζει τους φόβους και τις ανησυχίες του, τη ζωντανή του πίστη και ελπίδα στο Θεό.
- Αντανακλά θετικές εκτιμήσεις χωρίς λόγια, με πράξεις και με τη συμπεριφορά. Όσο πιστεύει η νοσηλεύτρια στην αξία του αρρώστου, σαν πρόσωπο, τόσο η στάση της αυτή μεταβιβάζεται με την έκφραση του προσώπου, τον τόνο της φωνής, τις χειρονομίες.
- Παίρνει στα σοβαρά τις ανησυχίες του αρρώστου και αναγνωρίζει τα συναισθήματά του σαν νόμιμα, αξιόπιστα και δικαιολογημένα.²⁵

Όταν ο καρκινοπαθής βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο της αρρώστιας του και πλησιάζει στο τέλος της επίγειας ζωής του, τότε η αποστολή της νοσηλεύτριας παίρνει μοναδικές διαστάσεις.²⁵

Η νοσηλεύτρια πληθύνει τις παρουσίες της κοντά στον άρρωστο, διαθέσιμη και έτοιμη πάντα να τον βοηθήσει. Με το νοσηλευτικό διάλογο, την τονωτική ομιλία της και την ενσυνείδητη σιωπή της μεταβιβάζει στον άρρωστο θερμό ενδιαφέρον, κατανόηση και συμμετοχή στην οδύνη του μπροστά στο μυστήριο του θανάτου, παρηγοριά και ελπίδα.

Η νοσηλεύτρια στοιχεί στο μοναδικό κανόνα: τον απόλυτο σεβασμό της ζωής. Αν υπάρχει τρόπος παράτασης της ζωής του αρρώστου ακόμη και για ένα δευτερόλεπτο, αυτό πρέπει να γίνει. Το πρωτείο το έχει πάντα η ιερότητα της ζωής και ακολουθεί η ποιότητα της ζωής που γι' αυτή δεν μειώνεται ποτέ η νοσηλευτική προσοχή και το ενδιαφέρον.²⁵

Παράλληλα, πολύ σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων του ασθενούς με καρκίνο παίζει και ο **ψυχίατρος**. Ο ψυχίατρος θεωρείται σήμερα βασικό μέλος της θεραπευτικής ομάδας. Θα πρέπει όμως να είναι εξοικειωμένος με τα οργανικά προβλήματα του καρκίνου, τις θεραπευτικές τεχνικές και τις παρενέργειες των διαφόρων παρεμβάσεων. Ο ψυχίατρος επίσης θα μπορούσε να οργανώσει ομαδικές συναντήσεις καρκινοπαθών, που βρίσκονται σε θεραπεία ιδιαίτερα στα αρχικά στάδια, και ασθενών που έπασχαν από καρκίνο και ιάθηκαν ή που η νόσος τους ελέγχεται ικανοποιητικά. Η ψυχολογική ενίσχυση που θα έπαιρναν οι καρκινοπαθείς μέσα από μια τέτοια εμπειρία θα υποβοηθούσε σε μεγάλο βαθμό τη θεραπευτική παρέμβαση, αλλά και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής μια και θα μεγάλωνε το βαθμό της αισιοδοξίας για το μέλλον.²⁴

Όσον αφορά τον **κοινωνικό λειτουργό** αυτός είναι ο επαγγελματίας που καλείται να δώσει λύσεις στα συναισθηματικά, αλλά και στα πρακτικά προβλήματα που προκύπτουν κατά το τελικό στάδιο της νόσου. Είναι αυτός που θα ακούσει τον άρρωστο προσεκτικά και θα τον διευκολύνει να εκφράσει τα συναισθήματά του και τους φόβους του. Ας μην ξεχνάμε πως οι ασθενείς αυτοί έχουν ανάγκη από προσοχή και ενδιαφέρον. Το γεγονός ότι κάποιος πιστεύει σ' αυτούς και προσπαθεί να τους βοηθήσει να ωριμάσουν και να γνωρίσουν τον εαυτό τους μέσα από την καταστροφή τους, και μόνο αυτό έχει μεγάλη βαρύτητα. Η παρουσία ενός ειδικού, που βρίσκεται εκεί για να τους ενισχύσει, τους κάνει αμέσως πιο σημαντικούς και πιο έτοιμους να δουν κατάματα το πρόβλημα. Γιατί στην φάση του τελικού σταδίου δεν χρειάζεται παρηγοριά. Χρειάζεται θάρρος για την κατά πρόσωπο αντιμετώπιση σκέψεων συναισθημάτων και γεγονότων.²⁷

Ιδιαίτερα σημαντική είναι και η συμβολή της **οικογένειας** στην αντιμετώπιση των προβλημάτων ενός ασθενούς με καρκίνο πνεύμονα. Τα μέλη μιας οικογένειας που δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τη διάγνωση του ασθενούς, που αρνούνται να γνωρίσουν τους φόβους του, που δεν δέχονται τα δάκρυά του ή δεν δίνουν την υποστήριξη και το ενδιαφέρον που αυτός χρειάζεται, μπορεί να καθηλώσουν την ικανότητά του να αντιμετωπίσει την αρρώστια.²⁷

Ένα από τα πιο συχνά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα μέλη οικογενειών και φίλοι καρκινοπαθών είναι αμηχανία που εκφράζεται με τον φόβο ότι δεν θα ξέρουν τι να πουν. Ειλικρινή συναισθήματα πρέπει να εκφράζονται και όταν λέξεις δεν μπορούν να βρεθούν, μια αίσθηση

εγγύτητας μπορεί να μεταδοθεί χωρίς λόγια. Το κράτημα του χεριού του αρρώστου ή μια τρυφερή ματιά μπορεί να μεταφέρουν συναισθήματα που διαφορετικά δύσκολα εκφράζονται. Μια τέτοια φυσική επαφή βοηθά στο να μειωθεί το αίσθημα του χωρισμού από την οικογένεια και φίλους που ο ασθενής μπορεί να νιώθει λόγω της αρρώστιάς του και μη ξέροντας πώς να αντιδράσει απέναντί τους, απομακρύνεται απ' αυτούς.²⁴

Πολλές οικογένειες που υποδέχονται πως ο καρκίνος είναι κατά κανόνα θανατηφόρα ασθένεια μπορεί να αγνοήσουν τις θετικές ελπιδοφόρες στάσεις του αρρώστου απέναντι στην πρόγνωση, θεραπεία και αποκατάστασή του. Έτσι αποτυγχάνουν να δώσουν στον άρρωστο την υποστήριξη που χρειάζεται.²⁴

Ακόμη δεν πρέπει να περιμένουμε από τα μέλη της οικογένειας να αφιερώνουν όλο τους το χρόνο στον άρρωστο. Χρειάζεται χρόνο μακριά του για να φύγουν από τη συνεχή ένταση που δημιουργούν η παρουσία της αρρώστιας, η φροντίδα του αρρώστου, οι νέες ευθύνες και ρόλοι.²⁷

Επίσης ένας ακόμη παράγοντας που δεν θα πρέπει να αγνοηθεί είναι η **εκκλησία**. Πολλοί ασθενείς θα μπορούσαν να βοηθηθούν ψυχικά καλλιεργώντας το θρησκευτικό τους συναίσθημα. Θα πρέπει, λοιπόν, ο θεραπευτής να μην είναι αρνητικός αλλά αντίθετα να συνεργάζεται με τους παράγοντες της εκκλησίας που θα ήθελαν να βοηθήσουν στην ψυχολογική κατάσταση του καρκινοπαθή.²⁴

Ο σύλλογος των καρκινοπαθών

Ο «Σύλλογος Καρκινοπαθών Μακεδονίας-Θράκης» ιδρύθηκε το 1990 από καρκινοπαθείς. Από ανθρώπους δηλαδή που ζήσανε και γνώρισαν από κοντά όλα τα προβλήματα του καρκίνου. Οι άνθρωποι αυτοί είναι σε θέση σήμερα να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους εθελοντικά και χωρίς κανένα υλικό όφελος ή ιδιοτέλεια.

Οι σκοποί του συλλόγου συνοπτικά είναι οι εξής:

- α) Η αλληλοβοήθεια μεταξύ των μελών του για την εξασφάλιση μιας τέλει και όσο το δυνατόν ολοκληρωμένης αποκατάστασης.
- β) Η ψυχολογική προετοιμασία όσων πρόκειται να υποβληθούν σε οποιασδήποτε μορφή θεραπείας για την αντιμετώπιση κάποιας μορφής καρκινώματος και η υποδοχή των καινούργιων καρκινοπαθών για να μπορέσουν να προετοιμαστούν στην αντιμετώπιση των αναγκών της μελλοντικής καθημερινής ζωής του καρκινοπαθούς.
- γ) Η συνεργασία με ειδικούς επιστήμονες γιατρούς ογκολόγους, των Νοσοκομειακών Πανεπιστημιακών ή μη ιδρυμάτων και όλων των θεραπευτικών ή μη τοιούτων, με σκοπό την άμεση επαφή γιατρού και ασθενούς για ενημέρωση και προσαρμογή στα όποια σύγχρονα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης.
- δ) Η καλλιέργεια πνεύματος συναδελφοσύνης, φιλίας και αγάπης μεταξύ των καρκινοπαθών ως και η δημιουργία ενός οικογενειακού μεταξύ τους περιβάλλοντος.

ε) Η πληροφόρηση του κοινού για της κατάσταση και τους τρόπους βοήθειας και ενίσχυσης του καρκινοπαθούς και η ανάπτυξη στενών σχέσεων φιλίας με όλους εκείνους που θα ήταν διατεθειμένοι να συμπαρασταθούν με κάθε τρόπο και μέσο στο έργο του συλλόγου.

στ) Η διαρκής μέριμνα και φροντίδα για την αποφυγή κάθε κοινωνικής δραστηριότητας, οποιασδήποτε μορφής, που θα είναι ξένη στον κύριο και πρωταρχικό στόχο του Συλλόγου, που είναι η Υγεία, η Ψυχική Ηρεμία και η Πλήρης Αποκατάσταση των μελών του.

Μερικές από τις δραστηριότητες που έχει ο συγκεκριμένος σύλλογος σήμερα είναι:

- Επισκέπτονται τους καρκινοπαθείς στα νοσοκομεία, στα σπίτια τους και όπου τυχαίνει να βρίσκονται.
- Εμψυχώνουν τους καρκινοπαθείς και τους μεταφέρουν τις εμπειρίες τους άσχετα αν είναι μέλη του συλλόγου ή όχι.
- Ενημερώνουν τα μέλη των οικογενειών των καρκινοπαθών πάνω στον τρόπο συμπεριφοράς και περιποίησης τους.
- Βοηθούν στην επανένταξη των καρκινοπαθών μέσα στο κοινωνικό σύνολο και τους καθοδηγούν με ποιό τρόπο θα αποκτήσουν τα ευεργετήματα που έχει δεσπίσει η πολιτεία.
- Συμμετέχουν σε όλες τις ομιλίες, σεμινάρια και συνέδρια σχετικά με τον καρκίνο και μεταφέρουν στα μέλη του συλλόγου, τα συμπεράσματα αυτών και τις ανακοινώσεις σχετικά με την

επιστημονική έρευνα και την εφαρμογή μοντέρνων μεθόδων θεραπευτικής αγωγής.

- Πραγματοποιούν επισκέψεις σε σχολεία και ενημερώνουν τους μαθητές γύρω από τα θέματα:1. Κάπνισμα, 2. Ενημέρωση-Πρόληψη για τον καρκίνο, 3. Επαγγελματική συνείδηση.

Σήμερα τα μέλη του Συλλόγου, που είναι ασθενείς καρκινοπαθείς και πιστεύουν ότι η ζωή συνεχίζεται ακόμη και με τον καρκίνο, μπορούν να συμμετέχουν εντελώς δωρεάν στις εξής ομάδες:

1. Ομάδα ψυχολογικής στήριξης των ασθενών καρκινοπαθών.
2. Ομάδα ψυχολογικής στήριξης οικογένειας καρκινοπαθούς.
3. Τμήμα φυσιοθεραπείας - ειδικές ασκήσεις γυμναστικής.
4. Τμήμα αρωματοθεραπείας.
5. Τμήμα σωφρολογίας.
6. Τμήμα αυτογνωσίας.
7. Τμήμα Δημοτικών χορών.
8. Τμήμα ζωγραφικής
9. Τμήμα Χορωδίας.
10. Τμήμα μουσικής.
11. Τμήμα Θεάτρου.
12. Τμήμα δραματοθεραπείας.
13. Μαθήματα Κοπτικής - ραπτικής.

14.Ανοιχτές ομάδες συζήτησης.

15.Ομάδες μελέτης Αγίας Γραφής.

Στις ομάδες αυτές επικεφαλείς είναι υπεύθυνοι επαγγελματίες, όπως νευρολόγοι, ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, γυμναστές, μουσικοί, ζωγράφοι κ.ά. Είναι όλοι τους εθελοντές και δουλεύουν εντελώς δωρεάν.

Έτσι, λοιπόν, αν κάποιος ενδιαφέρεται πράγματι για τον σύλλογο των καρκινοπαθών και την λειτουργία αυτού δεν έχει παρά να κάνει τα εξής:

- Να μη συμπεριφέρεται με αδιαφορία. Μια μη καλή συμπεριφορά απέναντι στους καρκινοπαθείς φορτίζει με πρόσδετα ψυχολογικά προβλήματα. Είναι και αυτοί πολίτες ισάξιοι και ισότιμοι με όλους τους άλλους.
- Να προσφέρει την αγάπη του.
- Να συστήνει σε όποιον καρκινοπαθή γνωρίζει το Σύλλογο αυτόν.
- Να βοηθάει οικονομικά.²⁰

Αποκατάσταση του αρρώστου

Η έννοια της λέξης αποκατάσταση περιλαμβάνει την επαναφορά του ατόμου στην προηγούμενή του κατάσταση ύστερα από διατάραξη ή αλλαγή που δέχτηκε. Και σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό η αποκατάσταση αρχίζει μετά την διάγνωση και θεραπεία της αρρώστιας.

Σήμερα, όταν μιλούμε για αποκατάσταση εννοούμε την προσπάθεια που καταβάλλεται από τα μέλη της ομάδας υγείας να χρησιμοποιήσει το

άτομο όλες τις ικανότητες που έχει -βιο-ψυχολογικές- όσο κι αν αυτές φαίνονται μικρές για να ζήσει «ποιότητα ζωής» σήμερα, δηλαδή να μην κλαίει για το χθες και να μην τρέμει για το αύριο.

Όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, από τη στιγμή της πρώτης ύποπτης διαγνώσεως του καρκίνου πρέπει να κρατήσουν στάση κατανόησης, σωστής επικοινωνίας και συνεργασίας με τον άρρωστο.²³

Επειδή όμως στη φάση αυτή -βοήθειας αποκατάστασης- του αρρώστου με τα μέλη της ομάδας υγείας, ασκεί επίδραση η οικογένεια του αρρώστου και το κοινωνικό του περιβάλλον, θα πρέπει στις διαστάσεις της αποκαταστάσεων να συμπεριλαμβάνονται κι αυτές οι ομάδες του πληθυσμού.

Όταν μιλούμε για οικογενειακό παράγοντα στην αποκατάσταση του αρρώστου με καρκίνο του πνεύμονα θα πρέπει να δούμε τους παράγοντες αυτούς με τη διπλή τους άποψη: (1) το θετικό και υποστηρικτικό ρόλο τους στον άρρωστο και (2) την ανάγκη των ίδιων των μελών αυτών των ομάδων για υποστήριξη.

Για να υλοποιηθεί η φιλοσοφία αυτής της αποκατάστασης θα πρέπει οι άρρωστοι που πάσχουν από καρκίνο να φροντίζονται από ειδικευμένα μέλη της ομάδας υγείας στην καρκιнологία και την ψυχολογία του αρρώστου με καρκίνο του πνεύμονα. Επομένως, οι ειδικότητες της Ογκολογίας και της Ογκολογικής νοσηλευτικής θα καλύψουν ένα κενό, παράλληλα δε η ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση και η συνεχής επιμόρφωση θα συμβάλλουν στη σωστή αντιμετώπιση της τόσο μεγάλης αυτής ομάδας του πληθυσμού. Εκτός από την εκπαίδευση άλλος

σημαντικός παράγοντας για την αποκατάσταση είναι η διαφώτιση της κοινωνίας ώστε να αλλάξει ο αποκλειστικός προσανατολισμός που σήμερα υπάρχει προς την έννοια καρκίνος, σαν πρόβλημα και να κατευθυνθεί προς την αποκατάστασή του. Τον τρίτο παράγοντα για την υλοποίηση της αποκατάστασης του αρρώστου αποτελούν τα ειδικά προγράμματα αποκατάστασης του αρρώστου. Η εφαρμογή τους θα αρχίζει στο νοσοκομείο και θα συνεχίζεται, πολλές φορές μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του αρρώστου, στο σπίτι με τη βοήθεια των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας (πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας) και με τα κέντρα ψυχο-κοινωνικής αποκαταστάσεως του οικογενειακού περιβάλλοντος του αρρώστου.²³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Θα αναφερθώ ενδεικτικά σε 2 περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο πνεύμονα, στα προβλήματα και τις ανάγκες τους και την αντιμετώπισή τους με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟ

Ο ασθενής Ν. Κ. εισήλθε στο «Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης» στις 17/3/2000.

Ηλικία - Επάγγελμα: 62 ετών - Αγρότης.

Συνήθειες: Καπνίζει 1^{1/2} με 2 πακέτα τσιγάρα την ημέρα και πίνει κρασί, τσίπουρο και μπύρα.

Ατομικό ιστορικό: Βρογχοπνευμονία προ 25ετίας - Σακχαρώδης Διαβήτης.

Οικογενειακό ιστορικό: Όχι βεβαρημένο.

Αιτία εισόδου: Καταβολή δυνάμεων, δύσπνοια, αιμόπτυση και πυρετό 38,8°C.

Παρούσα νόσος: Άρχισε την 8 μέρες με δυσχέρεια στην αναπνοή, καταβολή δυνάμεων και ανορεξία. Ο ασθενής δεν έδωσε σημασία. Προ 4 ημέρου τα συμπτώματα επιδεινώθηκαν με βήχα και απώλεια βάρους, έτσι ώστε αναγκάστηκε να επισκεφτεί το νοσοκομείο.

Περιγραφή ακτινογραφίας: Σκίαση του δεξιού, μέσου και του κάτω πνευμονικού πεδίου.

Εργαστηριακές εξετάσεις

1) Αιματολογικός – βιοχημικός έλεγχος

- Λευκά αιμοσφαίρια: 6.100
- Αιμοπετάλια: 78.000 ΗΤ:39%
- Ουρία: 58
- Σάκχαρο: 198
- Να: 130
- Κ: 3,6
- Ομάδα αίματος: Ο RH (+)

2) Πνευμονολογικός έλεγχος

- Αέρια αίματος: PCO₂ (40,9), PO₂ (57)
- Βρογχοσκόπηση: Θετική
- Κυτταρολογική πτυέλων: Θετική
- Ακτινογραφία: Rø θώρακος
- Αξονική τομογραφία θώρακος: Παρουσιάζει εικόνα με νεοπλάσματα το μέσου κυρίως πνευμονικού πεδίου (δεξιά) αλλά και του κάτω οπισθίως.

3) Προγραμματισμός

- Ενημέρωση και επεξήγηση του ασθενή και των οικείων του για την κατάστασή του και την θεραπεία του.
- Εφαρμογή εκκενωτικής παρακέντησης.
- Εφαρμογή χημειοθεραπείας με PLATINA - VELBE.

Κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας ο ασθενής παρουσίασε συμπτώματα: ναυτίας, εμετού, διάρροιας, αλωπεκίας.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Αναπνευστική δυσλειτουργία και βήχας	Απαλλαγή του ασθενή από το αίσθημα του βάρους στο στήθος. Μείωση μεταβολικών αναγκών. Διατήρηση φυσιολογίας κένωσης του εντέρου. Συναισθηματική τόνωση.	Τοποθέτηση του αρρώστου σε ανάρροπη θέση. Χορήγηση O ₂ με ρινοφαρρύνγιο καθετήρα (γυαλιά). Μείωση μεταβολικών υγρών. Καλός αερισμός του θαλάμου. Διδασκαλία του αρρώστου πως πρέπει να βήχει. Τα ρούχα πρέπει να είναι ελαφρά και άνετα. Να αποφεύγονται τροφές που δημιουργούν αέρια για να μην πιέζεται το διάφραγμα.	Τοποθετήθηκε ο αρρώστος σε ανάρροπη θέση. Χορηγήθηκε O ₂ περιστασιακά, δεν το είχε ιδιαίτερη ανάγκη. Έγινε μείωση μεταβολικών αναγκών με: 1) Διατήρηση ισορροπίας αναπνευστικής δραστηριότητας 2) Συναισθηματική τόνωση. 3) Διατήρηση φυσιολογικής κένωσης του εντέρου	Μειώθηκε σε ικανοποιητικό βαθμό η αναπνευστική δυσλειτουργία και ο ασθενής έχει απαλλαγεί από τον επίμονο βήχα.
Ο άρρωστος νοιώθει αδυναμία και κόπωση	Αντιμετώπιση της αδυναμίας και κόπωσης	Αποφεύγεται ότι κουράζει τον ασθενή και περιορίζονται οι δραστηριότητες του στο ελάχιστο.	Περιορίστηκαν οι δραστηριότητες του αρρώστου. Αποφεύγει τις επιπολαίες κινήσεις που τον κουράζουν. Ενισχύθηκε ο άρρω-	Ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα. Το αίσθημα της κόπωσης έχει περιοριστεί όχι όμως και η αδυναμία.

Εμφάνιση αιμόπτυσης	Ανακούφιση και βελτίωση του ασθενή από τις αιμοπτύσεις	Ακίνητοποίηση του ασθενή. Ετοιμότητα για πρωινή απόφραξη του λάρυγγα. Χορήγηση κατάλληλης διαίτης. Περιποίηση στοματικής κοιλότητας.	<p>οτος να ασχολείται μόνο με δραστηριότητες που δεν τον κουράζουν.</p> <p>Ο ασθενής ακινητοποιήθηκε και τοποθετήθηκε σε καθιστή θέση.</p> <p>Δόθηκαν αντιβιοτικά φάρμακα για την καταστολή του βήχα.</p> <p>Χορηγήθηκε διαιτολόγιο με ελαφρά τροφή και επαρκή σε θερμίδες.</p> <p>Έγινε λαρυγγασκόπηση και αφαίρεση πηγμάτων αίματος.</p> <p>Γίνεται συνεχής περιποίηση της στοματικής κοιλότητας με Hexalen.</p>	Ελαττώθηκε η αιμόπτυση και το άγχος που προκαλούσε αυτή στον ασθενή.
Πυρετός	Ρύθμιση της θερμοκρασίας	<ol style="list-style-type: none"> 1) Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων. 2) Τρίωρη θερμομέτρηση 3) Ενίσχυση του ασθενή να παίρνει υγρά. 4) Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων σε περίπτωση ανόδου της θερμοκρασίας σε υψηλά επίπεδα. 5) Παρακολούθηση της 	<p>Έγιναν 2 amp APOTEL IV διαλυμένες σε 100 cc N/S.</p> <p>Σημειώνεται η θερμοκρασία ανά 3ωρο.</p> <p>Ο ασθενής παίρνει επαρκή υγρά.</p> <p>Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων και κρύου ντους σε άνοδο της θερμοκρασίας.</p> <p>Η ποσότητα των ούρων</p>	Η θερμοκρασία του αρρώστου επανήλθε σχεδόν στα φυσιολογικά επίπεδα χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα.

<p>Ο ασθενής παρουσιάζει ανορεξία και απώλεια βάρους</p>	<p>Μείωση της ανορεξίας του ασθενή. Διατήρηση της ενυδάτωσης και της θρέψης του. Διατήρηση του βάρους του σε φυσιολογικά επίπεδα. Περιορισμός των άσκοπων δραστηριοτήτων.</p>	<p>ποσότητας ούρων. Φροντίδα για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του ασθενή. Φροντίδα για την καλή σίτιση και ενυδάτωση. Προσφορά στον ασθενή τροφή της προτίμησής του, καλομαγευμένη και εύγεστη. Ευχάριστο περιβάλλον. Παρακολούθηση του βάρους του ασθενή.</p>	<p>είναι φυσιολογική μετά από παρακολούθηση. Καλύφθηκαν οι φυσικές ανάγκες του ασθενή και του προσφέρθηκαν οι τροφές που ζήτησε. Ο ασθενής σιτίζεται καλά και ενυδατώνεται. Προσφέρουμε στον ασθενή τροφή της αρεσκείας του, καλομαγευμένη με ποικιλία και σε ευχάριστο περιβάλλον. Η τροφή του αρρώστου είναι πλούσια σε λευκώματα, βιταμίνες και θερμίδες. Τα γεύματα είναι συχνά και μικρά. Ο ασθενής ενισχύθηκε να παίρνει υγρά. Περιορίστηκαν οι δραστηριότητες.</p>	<p>Η όρεξη του αρρώστου αυξήθηκε ικανοποιητικά. Πλέον τρώει μικρά γεύματα και το βάρος του διατηρείται σταθερό.</p>
<p>Εμφάνιση θωρακικού άλγους</p>	<p>Ανακούφιση από τον πόνο</p>	<p>Χορήγηση παυσίπονων ώστε να είναι ήσυχος ο άρρωστος τοποθέτησή του σε κατάλληλη θέση. Ψυχολογική υποστήριξη. Απόσπαση της προσοχής του με την παρακολούθηση τηλεόρα-</p>	<p>Δόθηκαν υπόθετα LONARID. Δόθηκε κατάλληλη θέση στο κρεβάτι (πλάγια στο σύστοιχο ημιβωρικό). Πλησιάζουμε τον ασθενή και συζητάμε μαζί του χωρίς να του δια-</p>	<p>Ο πόνος μειώθηκε αλλά λόγω της ανησυχίας του για την πορεία της νόσου, είναι υπερκινητικός και πονάει μερικές φορές.</p>

		σης, ακρόαση μουσικής κ.ά.	κόπουμε και αφήνο- ντάς τον να εξωτερι- κεύσει τους φόβους και τις ανησυχίες του. Τοποθετήθηκε τηλεό- ρηση στο δωμάτιό του κατά την προτίμησή του.	
Ο ασθενής παρουσιάζει συλλογή υπεζωκοκικού υγρού	Αφαίρεση του υπεζω- κοκικού υγρού.	Ετοιμασία του τροχόλα- του με νεφροειδές, το- λύπια βάμβακος, οινό- πνευμα, BETADINE για την απολύμανση της περιοχής, αποστειρω- μένα γάντια, ψαλίδι, φλεβοκαθετήρες, λευ- κοπλάστ, αποστειρω- μένες γάζες. Συσκευή BILLOW.	Έγινε η παρακέντηση και τοποθετήθηκε το BILLOW με άσηπτο τεχνική μέσα στο χει- ρουργείο. Παρακολούθηση της λειτουργίας της συ- σκευασίας. Περιποίηση του τραύ- ματος για την πρόληψη μόλυνσης.	Παρατηρήθηκε και αξιολογή- θηκε η ποσότητα και το χρώ- μα του υπεζωκοκικού υγρού. Προσέχθηκε το τραύμα να μείνει άσηπτο. Όταν γέμισε το BILLOW κλείστηκε η συσκευή με την ειδική εγκοπή και αδειάστηκε το περιεχόμενο.
Ο ασθενής παρουσιάζει ναυτία και έμετο. Κατά τη διάρκεια της χημειο- θεραπείας.	Καταστολή της ναυτίας και των εμετών	1. Χορήγηση αντιεμετι- κών φαρμάκων. 2. Περιποίηση της στοματικής κοιλότη- τας του αρρώστου μετά από κάθε γεύ- μα. 3. Τοποθέτηση νεφρο- ειδούς και χαρτο- βάμβακου στο κο- μόδινο και κλίση της κεφαλής του πλάγια. 4. Χορήγηση υγρών I.V. για την πρόληψη	Χορηγήθηκε συστημα- τικά 1 ώρα πριν το φα- γητό υπόθετο PRIM- PERAW. Γίνεται περιποίηση της στοματικής κοιλότητας με HEXALEW πριν και μετά από κάθε γεύμα και εμετού. Τοποθετήθηκε νεφρο- ειδές στο κομοδίνο. Χορηγούνται υγρά IV, με παρακολούθηση των λαμβανόμενων και	Περιορίστηκαν οι εμετοί και η ναυτική και ο ασθενής είναι πιο ήρεμος και ήσυχος.

		<p>αφυδάτωσης</p> <p>5. Παρατήρηση της ποσότητας, της συχνότητας και των χαρακτηριστικών των εμετών.</p> <p>6. Διατήρηση καθαρών των ενδυμάτων και των σκεπασμάτων του ασθενή.</p>	<p>αποβαλλόμενων υγρών.</p> <p>Ελέγχεται η ποσότητα, η συχνότητα και η σύσταση των εμεσμάτων.</p> <p>Διατηρούνται καθαρά τη κλινοσκεπάσματα με συνεχή αλλαγή τους.</p>	
<p>Παρουσία διαρροϊκών κενώσεων κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.</p>	<p>Διακοπή της διάρροιας.</p> <p>Εξασφάλιση του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών.</p>	<p>Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων.</p> <p>Παρακολούθηση του χρώματος της σύστασης και της ποσότητας των διαρροϊών.</p> <p>Παρακολούθηση για συμπτώματα αφυδάτωσης.</p> <p>Χορήγηση κατάλληλης διαίτας για να διακοπεί η διάρροια.</p> <p>Αποφυγή τροφών που επιδεινώνουν την κατάσταση.</p>	<p>Χορηγήθηκε IMMIDIUM</p> <p>Παρατηρείται η κάθε κένωση (χρώμα, σύσταση, οσμή, ποσότητα).</p> <p>Παρακολουθείται το ισοζύγιο υγρών.</p> <p>Χορήγηση ελαφράς διαίτας με ξηρές τροφές.</p> <p>Προτιμήθηκαν τροφές που δεν αφήνουν υπολείμματα και αναστέλλουν τη διάρροια.</p>	<p>Ελαττώθηκαν σημαντικά οι διαρροϊκές κενώσεις και τείνουν προς σχηματισμό τα κόπρανα.</p>
<p>Εμφάνιση αλωπεκίας εξαιτίας των κυτταροστατικών φαρμάκων.</p>	<p>Ψυχολογική υποστήριξη και ενίσχυση της προσωπικότητας του ατόμου για την πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>Εξήγηση στον ασθενή ότι πέφτουν τα μαλλιά του γίνεται αποτρίχωση και ότι όταν σταματήσει τη θεραπεία θα ξαναβγούν.</p>	<p>Εξήγηση στον ασθενή ότι τα μαλλιά του θα πέσουν αλλά θα ξαναβγούν. Μειώθηκε η αλωπεκία με εφαρμογή ελαστικού επιδέσμου και παγκύστης κατά τη διάρκεια και μετά 10-15</p>	<p>Τα μαλλιά του εξακολούθησαν να πέφτουν στην αρχή με αργό ρυθμό και έπειτα έγινε ολική αποτρίχωση.</p>

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Η ασθενής Κ.Χ εισήλθε στο «Γενικό Νοσοκομείο Κατερίνης» στις 2/4/2000.

Ηλικία - Επάγγελμα: 51 ετών - οικιακά.

Συνήθειες: Καπνίζει 10-15 τσιγάρα ημερησίως, πίνει 2 καφέδες την ημέρα και μερικές φορές κρασί.

Ατομικό ιστορικό: Όχι βεβαρημένο.

Οικογενειακό ιστορικό: Αρτηριακή υπέρταση.

Αιτία εισόδου: Δύσπνοια αίσθημα πόνου και βάρους στην αριστερή πλευρά του θώρακα. Η ασθενής ανησύχησε τυχόν πρόβλημα με την καρδιά της.

Παρούσα νόσος: Σκίαση του αριστερού πνεύμονα, η βρογχοσκόπηση και η κυτταρολογική πτυέλων ήταν θετικές για Ca πνεύμονα.

Περιγραφή ακτινογραφίας: Σκίαση του αριστερού κάτω λοβού του πνεύμονα και διήθηση.

Εργαστηριακές εξετάσεις

1) Αιματολογικός – βιοχημικός έλεγχος

- Λευκά αιμοσφαίρια: 11.100
- Αιμοπετάλια: 71.000

– Αιμοσφαιρίνη: 12,0 GR% Αιματοκρίτης: 35%

– Σάκχαρο: 96 -Na: 110 -K: 2,7

– Ομάδα αίματος: O RH (-)

2) Πνευμονολογικός έλεγχος

– Αέρια αίματος: PCO₂ (35,6), PO₂ (49)

– Βρογχοσκόπηση: Θετική

– Κυτταρολογική πτυέλων: Θετική

– Ακτινογραφία: Rō θώρακος

– Αξονική τομογραφία θώρακος: Παρουσιάζει ομότιμος σκίαση κάτω λοβού αριστερού πνεύμονα με κυκλικό περίγραμμα.

3) Προγραμματισμός

– Ενημέρωση των οικείων της ασθενούς (2 γιους, ο άντρας της πέθανε προ 5ετίας σε τροχαίο ατύχημα) για την κατάσταση και τη θεραπεία.

– Συνεστήθη χειρουργική αφαίρεση του όγκου ακολούθως αν είναι απαραίτητο αργότερα ίσως και ακτινοθεραπεία.

Μετά τη χειρουργική επέμβαση η ασθενής παρουσίασε: Πόνο στο χειρουργικό πεδίο, ζάλη και κατάκλιση στον κόκκυζα. Φέρει σύστημα BILLOW και LEVIN το οποίο της προκαλεί δυσφορία. Επειδή χρειάστηκε να κάνει ακτινοθεραπεία και η ασθενής δεν γνώριζε ότι πάσχει, από Ca πνεύμονα ο γιατρός της είπε ότι βρέθηκαν άτυπα κύτταρα τα οποία θα έπρεπε να καυτηριαστούν με δόσεις ηλεκτρονίων

και ότι έπρεπε να επισκέπτεται το «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ» νοσοκομείο Θεσ/νίκης. Με την ακτινοθεραπεία παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα, ναυτία και εμετό. Η ασθενής από τη στιγμή που πήγε στο Θεαγένειο κατάλαβε ότι πάσχει από Ca και παρουσίασε μυχολογικές διαταραχές, φόβο για τη ζωή της και άρνηση για τη συνέχιση της θεραπείας.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Η ασθενής είναι ανήσυχη και αγχώμενη για την επέμβαση.</p>	<p>Μείωση του φόβου και του άγχους που κυριαρχεί την ασθενή.</p>	<p>Ενημέρωση για το ποια σειρά θα ακολουθήσει μέχρι τη στιγμή που θα μπει στο χειρουργείο. Επικοινωνία με την άρρωστη και ενθάρρυνση να εξωτερικεύσει και να συζητήσει τους φόβους και τις απορίες της. Ενημέρωση για τη μετεγχειρητική πορεία και πως μπορεί να βοηθησει η ίδια για την ομαλή θεραπεία της. Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων.</p>	<p>Η ασθενής ενημερώθηκε ότι το βράδυ θα γίνει υποκλυσμός για την κένωση του εντέρου την επομένη πριν το χειρουργείο θα κάνει μπάνιο και θα φορέσει τα κατάλληλα ενδύματα χειρουργείου. Ότι θα γίνει αντισηψία στην Περιοχή και επίσης θα πάρει προνάρκωση. Έγινε συζήτηση μαζί της και εξέφρασε τους φόβους της για την νάρκωση και το αν θα αντέξει και αν θα πάει καλά η επέμβαση χωρίς επιπλοκές. Ενθαρρύνθηκε με την κατανόηση και την στοργή μας και μίλησε ελεύθερα και για τις υποψίες της ότι πάσχει από Ca. Υποστηρίξουμε ψυχολογικά την άρρωστη και</p>	<p>Η ασθενής γνώριζε πλέον τι θα συμβεί και πως και κάπως μειώθηκε το άγχος της. Μετά το STEDON κοιμήθηκε ήσυχα.</p>

<p>Η ασθενής παραπονιέται για πόνο.</p>	<p>Ανακούφιση από τον πόνο. Διατήρηση της ηρεμίας της ασθενούς.</p>	<p>Ανακούφιση με τη χορήγηση παυσίπονων φαρμάκων. Τοποθέτηση σε κατάλληλη θέση στο κρεβάτι. Υποστήριξη ψυχολογική στην άρρωστη που πονάει. Διατήρηση της τομής καθαρής και άσηπτης για αποφυγή επιβάρυνσης της κατάστασης.</p>	<p>Ανακούφιση με τη χορήγηση παυσίπονα STEDON IM και APO-TELIV σε N/S εναλλάξ. Δόθηκε κατάλληλη θέση (δηλ. ημικαθιστή με 5 μαξιλάρια πίσω από την πλάτη της τα οποία τοποθετήθηκαν σταυρωτά. Συζητήσαμε και υποστηρίξαμε ψυχολογικά την ασθενή και είμασταν με κάθε ευκαιρία κοντά της. Κάναμε αλλαγές στο τραύμα χρησιμοποιώντας άσηπτο τεχνική για πρόληψη μόλυνσης και επιπλέον πόνου στην ασθενή.</p>	<p>τονίσαμε ότι θα είμαστε συνεχώς δίπλα της. Ενημερώθηκε ότι μετά την εγχείρηση θα φέρει BILLOW και LEVIN, ότι πρέπει να βήχει με την υποστήριξη κάποιου και να κάνει υπομονή, γιατί θα πονάει στην περιοχή της τομής. Αργά το βράδυ χορηγήθηκε ημεριστικό STE-DON.</p>	<p>Επιτεύχθηκε η μείωση του πόνου, αλλά υπήρχαν εξάρσεις αυτού που αντιμετωπίζονταν όπως προηγουμένως.</p>
<p>Ζάλη</p>	<p>Καταστολή του αισθη-</p>	<p>Ανακούφιση από το</p>	<p>Συζητήσαμε με την ασ-</p>	<p>Παρ' όλες τις ενέργειες η ασ-</p>	

	<p>ματος της ζάλης.</p>	<p>συναίσθημα της ζάλης και ενημέρωση. Τοποθέτηση σε κατάλληλη θέση. Μέτρηση ζωτικών σημείων. Αιματολογικός έλεγχος για τυχόν πτώση του αιματοκρίτη. Μετάγγιση αίματος αφού υπήρχε πτώση του αιματοκρίτη. Ετοιμασία της ασθενούς για μετάγγιση και ενημέρωση. Έλεγχος του αίματος μετά τη διασταύρωση. Παρακολούθηση για τυχόν επιπλοκές.</p>	<p>συναισθημα της ζάλης και ενημέρωση. Τοποθέτηση σε κατάλληλη θέση. Μέτρηση ζωτικών σημείων. Αιματολογικός έλεγχος για τυχόν πτώση του αιματοκρίτη. Μετάγγιση αίματος αφού υπήρχε πτώση του αιματοκρίτη. Ετοιμασία της ασθενούς για μετάγγιση και ενημέρωση. Έλεγχος του αίματος μετά τη διασταύρωση. Παρακολούθηση για τυχόν επιπλοκές.</p>	<p>Θενή ότι ζαλίζεται λόγω της επιρροής των ναρκοτικών φαρμάκων. Τοποθετήθηκαν μαξιλάρια κάτω από τα πόδια της για την καλύτερη αιμάτωση του εγκέφαλου και ενθαρρύνθηκε να παίρνει βαθιές και αργές αναπνοές. Μέτρηση ανά μία ώρα την ζωτικών σημείων. Έγινε λήψη αίματος και στάλθηκε για εξέταση. Ενημερώθηκε η ασθενής ότι έχει πέσει ο αιματοκρίτης της και ότι πρέπει να πάρει μια φιάλη αίματος και ότι αυτό συνέβη λόγω της εγχείρησης και ότι είναι ακίνδυνο. Ελέγχθηκε το αίμα και στην συνέχεια χορηγήθηκε με αργό ρυθμό 40 σταγόνες το λεπτό. Παρακολουθείται συνεχώς η ασθενής για την αποφυγή επιπλοκής από τη μετάγγιση.</p>	<p>Θενής ζαλιζόταν. Μετά τη λήψη του αίματος αισθανόταν πολύ καλύτερα.</p>
<p>Εμφάνιση κατακλίσεως στον κόκκυγα μετά την 3^η μετεγχειρητική ημέ-</p>	<p>Πρόληψη της κατάκλισης. Προσπάθεια για ενί-</p>	<p>Διατήρηση του δέρματος καθαρού και στεγνού.</p>	<p>Πιλένεται το δέρμα με ζεστή σαπουνάδα και γίνεται εντριβή με οινό-</p>	<p>Παρατηρήθηκε υποχώρηση των συμπτωμάτων της κατάκλισης.</p>	

ρα.	σχυση της κυκλοφορίας του αίματος στην περιοχή.	Ενίσχυση της τοπικής κυκλοφορίας. Τόνωση του οργανισμού. Κατάλληλη θέση στο κρεβάτι με συνεχής αλλαγές θέσης. Περιποίηση της περιοχής ανά δωρο.	πνευμα. Διατηρούμε το δέρμα στεγνό και καθαρό και ενισχύουμε την τοπική κυκλοφορία. Εφαρμόζονται αντισηπτικά σπρέι και δεν καλύπτουμε την περιοχή. Ενισχύεται ο οργανισμός με τα κατάλληλα διαλύματα IV αφού δεν παίρνει τίποτα από το στόμα. Τοποθετείται η ασθενής στα πλάγια για να μην πιέζεται η περιοχή ανά δωρο.	Η κατάσταση της άρρωστης βελτιώθηκε σταδιακά.
Η άρρωση παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα.	Απαλλαγή και ανακούφιση από την ενέργεια της ακτινοθεραπείας. Ενημέρωση και ενθάρρυνση.	Έλεγχος του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολείται. Αποφυγή χρήσης ερεθιστικών ουσιών. Καθαρισμός περιοχής. Τοποθέτηση στην περιοχή κατάλληλων αλοιφών. Ενημέρωση της άρρωστης να προσέχει την περιοχή που ακτινοβολείται και παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα. Ενημέρωση της άρρωστης για τα ενδύματα που θα χρησιμοποιεί.	Έγινε έλεγχος του δέρματος και εντοπίστηκε η περιοχή που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα. Δεν χρησιμοποιούνται ερεθιστικές ουρίες. Καθαρίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό. Τοποθετήθηκαν στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές. Η ασθενής ενημερώθηκε ότι δεν πρέπει να πιέζει την περιοχή που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα. Η ασθενής ενημερώθηκε να	Η κατάσταση της άρρωστης βελτιώθηκε σταδιακά.

<p>Παρουσία ναυτίας και εμέτου κατά την ακτινοθεραπεία.</p>	<p>Πρόληψη της ναυτίας και εμέτου. Λήψη μέτρων. Καταστολή της ναυτίας και των εμετών.</p>	<p>Διατήρηση καθαρών κλινοσκεπασμάτων. Τοποθέτηση νεφροειδούς στο κομοδίνο ή χαρτοσακούλες στο κρεβάτι τους ασθενή. Τοποθέτηση του κεφαλιού της ασθενούς στα πλάγια. Χορήγηση αντιεμετικών. Παρατήρηση εμέτων, συχνότητα, ποσότητα, όψη, οσμή. Φροντίδα της στοματικής κοιλότητας. Πρόληψη αφυδάτωσης. Ενημέρωση λογοδοσίας</p>	<p>μην χρησιμοποιεί στενά ενδύματα, τα οποία αυξάνουν τον ερεθισμό στην περιοχή. Τοποθετήθηκε στο κομοδίνο νεφροειδές και χαρτοσακούλα. Δόθηκε στην ασθενή πλάγια θέση στο κρεβάτι, για την πρόληψη αναρρόφησης των εμεσμάτων. Χορηγήθηκε συστηματικά υπόθετο PRIMPERAN 1 ώρα πριν το φαγητό. Διατηρούνται καθαρά τα κλινοσκεπάσματα με συνεχή αλλαγή τους. Παρατηρούνται τα εμέσματα για την ποσότητα, το χρώμα τη συχνότητα. Γίνεται περιποίηση της στοματικής κοιλότητας με HEXALEN πριν και μετά το φαγητό και μετά από κάθε έμετο. Παρακολουθείται η κατάσταση της στοματικής κοιλότητας. Η ασθενής παίρνει επαρκή υγρά I.V. για την</p>	<p>Περιορίστηκαν οι εμετοί, αν και υπάρχει ακόμη το αίσημα της ναυτίας.</p>
---	---	---	---	---

<p>Η ασθενής παρουσιάζει ψυχολογικές διαταραχές, φόβο για την ζωή της και άρνηση να συνεχίσει τη θεραπεία.</p>	<p>Απαλλαγή του αρρώστου από το αίσθημα του φόβου. Ενημέρωση για τα αποτελέσματα της θεραπείας. Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή και των συγγενών.</p>	<p>Επικοινωνία με την άρρωστη και τους οικείους. Ενθάρρυνση για συνέχιση της θεραπείας, των αποτελεσμάτων αυτής και της προόδου της επιστήμης. Δημιουργία κατάλληλων συνθηκών επικοινωνίας. Χορήγηση αγχολυτικών.</p>	<p>Πρόληψη αφυδάτωσης R/L 1000 cc X1 και N/S 1000 cc X2. Γίνεται αναγραφή των παρατηρήσεων αυτών στη λογοδασία.</p>	<p>Η ασθενής ηρέμησε κάπως και δέχτηκε να συνεχίσει τη θεραπεία. Το βράδυ κατάφερε να κοιμηθεί. Τις επόμενες μέρες ήταν περισσότερο ενεργάσιμη, ρωτούσε για την αρρώστιά της και άρχισε να τρέφει ελπίδες.</p>
--	--	---	---	--

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Από τα αναφερόμενα στην εργασία μου, έγινε αντιληπτό ότι ο καρκίνος του πνεύμονα είναι μια νόσος που προσβάλλει τους ανθρώπους σε μεγάλη συχνότητα όπως μαρτυρούν άλλωστε και οι στατιστικές έρευνες.
- Αναμφισβήτητα λοιπόν τον τελευταίο καιρό όλο και συχνότερα αναγνωρίζεται ότι μια αποτελεσματική παρέμβαση στο χώρο της ογκολογίας πρέπει να λάβει υπ' όψη της τόσο τους οργανικούς όσο τους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια η προσφορά όλων όσων δουλεύουν στον τομέα της υγείας θα μπορεί να είναι ολοκληρωμένη αν παράλληλα με τη διάρκεια επιβίωσης φροντίζουμε και για την ποιότητα της ζωής και τις ψυχολογικές ανάγκες κάθε ανθρώπου. Αυτή η ολιστική προσέγγιση προϋποθέτει την εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στις ψυχολογικές διαστάσεις της αρρώστιας και στην ειδική ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου με καρκίνο και της οικογένειάς του.
- Απαραίτητο όμως είναι να γίνει σωστή ενημέρωση και διαφώτιση των ανθρώπων για τη σημασία της πρόληψης και της έγκαιρης διάγνωσης. Η πρόληψη μάλιστα θα πρέπει να είναι το βασικότερο μέλημα αυτών που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο προσβολής από τη νόσο π.χ. χρόνιοι καπνιστές. Για να επιτευχθεί αυτό χρειάζεται κοινή προσπάθεια από όλους και συντονισμός από το κράτος, από το οποίο θα μπορούσαν να ξεκινήσουν: α) Προγράμματα επιμόρφωσης των ομάδων υγείας, 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 της πρόληψης.

Τέλος, για το νοσηλευτή-τρια για να αριστεύσει στη ψυχοκοινωνική νοσηλευτική φροντίδα του καρκινοπαθούς, χρειάζεται η συνεχή επιμόρφωση ώστε:

- Να εκσυγχρονίζει τις επιστημονικές γνώσης
- Να τελειοποιήσει τις κλινικές δεξιότητες και
- Να πλουτίζει την προσωπικότητα με:
 - Ευγένεια, λεπτότητα, ανθρωπιά
 - Θερμό ενδιαφέρον, ευαισθησία, συμπόνια
 - Αγάπη για το συνάνθρωπο και τις αξίες του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

1. Κων/νος Μ. Υψηλάντης, *Πνευμονολογία*, Θεσ/νίκη 1988
2. Δρ. Στέργιος Μπακατσέλος, *Κλινική παθοφυσιολογία κυκλοφορικού και αναπνευστικού συστήματος*, Θεσ/νίκη 1988
3. Harrison, *Εσωτερική παθολογία*, τ.Β', έκδοση 10η, εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιανός, Αθήνα 1987
4. Καλαποδάκη - Χατζηκωνσταντίνου Β, *Επιδημιολογία του καρκίνου του πνεύμονα*, Ιατρική, τόμος 58, τεύχος 6, 1990
5. *Ορισμένοι καρκίνοι μπορούν να προληφθούν*, Ca μ' ενδιαφέρει, τόμος 58, τεύχος 6, 1990
6. Κουτσογιαννόπουλος Β. Χρ., *Βρογχογενής καρκίνος, επιδημιολογία*, , τεύχος 1, Θεσ/νίκη 1987
7. Ελληνική εταιρεία προληπτικής ιατρικής, *Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από τον καρκίνο*, τεύχος 1, Αθήνα 1980
8. Ευκλείδης Μαυροφρίδης, *Αίτια που προάγουν το βρογχογενή καρκίνο*, Βρογχογενής καρκίνος, Θεσ/νίκη 1986
9. Τρακόπουλος Γ., *Επαγγελματικά αίτια βρογχογενούς καρκινώματος*, Ελληνική πνευμονολογική επιθεώρηση, τόμος 5, τεύχος 4, Θεσ/νίκη, 1987
10. Αντικαρκινικό νοσοκομείο Θεσ/νίκης «Θεαγένεια», *Μετεκπαιδευτικά μαθήματα παθολογικού τομέα*, επιμέλεια έκδοσης Ι. Κάτσος - Ν. Κων/νου, Θεσ/νίκη 1993

- 11.Κωνσταντόπουλος Σ. - Αθανασίου Κ., *Παθολογία του βρογχογενούς καρκίνου*, Ιατρική, τόμος 58, τεύχος 6, Αθήνα 1990
- 12.Βαρουχάκης Γ., *Κλινικές εκδηλώσεις του βρογχογενούς καρκίνου*, Ιατρική, τόμος 58, τεύχος 6, Αθήνα 1990
- 13.Τσουγκράνης Αθανάσιος, *Τα στάδια του βρογχογενούς καρκίνου*, Βρογχογενής καρκίνος, Θεσ/νίκη 1986
- 14.N.M. Σιαφάκας - Μ.Γ. Ευθυμίου, *Διάγνωση βρογχογενούς καρκινώματος*, Ιατρική, Θεσ/νίκη 1990
- 15.Σαχίνη - Καρδάκη Άννα, Πάνου Μαρία, *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική*, τόμος 1, Αθήνα 1994
- 16.Δέσποινα Μουρατίδου, *Κλινική εξέλιξη και πρόγνωση των ιστολογικών τύπων του βρογχογενούς καρκίνου*, Βρογχογενής καρκίνος, Θεσ/νίκη 1986
- 17.Νταχαμπρέ Ι., *Χειρουργική θεραπεία του τοπικά προχωρημένου καρκίνου του πνεύμονα*, Πνεύμων, τόμος 10, τεύχος 3, Θεσ/νίκη 1997
- 18.Πρακτικά του Βορειοελλαδικού ιατρικού συνεδρίου, τεύχος 1, Θεσ/νίκη 1987
- 19.Ιωάννης Στεργίου - Ταβαντζής, *Χημειοθεραπεία του μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα*, Βρογχογενής καρκίνος, Θεσ/νίκη 1986
- 20.Καρπασίτης Ν.Γ., *Η σύγχρονη θέση της ακτινοθεραπείας στη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα*, Ελληνική ογκολογία, τόμος 19, τεύχος 3, Αθήνα 1983

Καρκίνος πνεύμονα - Ψυχολογική υποστήριξη και νοσηλευτική παρέμβαση

- 21.Γεωργιάδης Ι.Σ., Στεφανόπουλος Θ.Γ., *Ακτινοθεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα*, Ιατρική, τόμος 58, τεύχος 6, Αθήνα 1990
- 22.Οδηγός αυτοπεριποιήσεως μετά από εγχείρηση πνεύμονος. Συνετάχθη από την Christine Liebertz, Σύλλογος καρκινοπαδών Μακεδονίας - Θράκης, Θεσ/νίκη 1994
- 23.Μ.Α. Μαλγαρνού - Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, *Νοσηλευτική (παθολογική - χειρουργική)*, τόμος Β', Αθήνα 1992
- 24.Ευ. Χρ. Δημητρίου, *Η ποιότητα ζωής του καρκινοπαθή*, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, τόμος 10, τεύχος 4, Αθήνα 1993
- 25.Μάχη και Ελπίδα, τόμος 22, Αθήνα 1988
- 26.Εθνικό συμβούλιο ογκολογίας, *Κλινική ογκολογία*, Με τη συνεργασία Ελλήνων ειδικών και της U.I.C.C., Αθήνα 1981
- 27.Δανάη Παπαδάτου - Φώτιος Αναγνωστόπουλος, *Φυσιολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο*, Εκδόσεις Φλόγα, Αθήνα 1986

