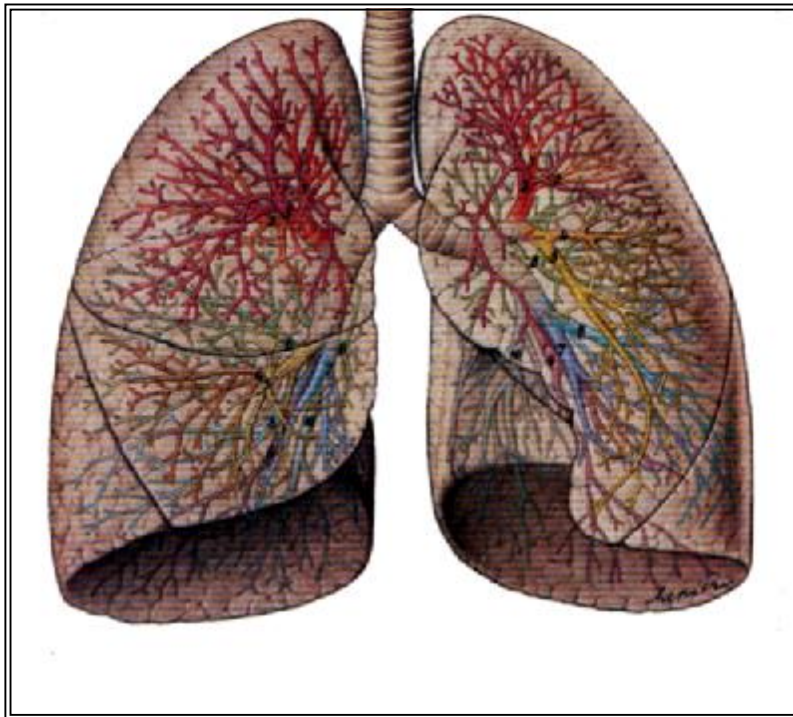


Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

## Πτυχιακή Εργασία

«Καρκίνος του πνεύμονα και νοσηλευτική παρέμβαση σε  
ασθενή με Ca πνεύμονος»



Υπεύθυνη καθηγήτρια: Μπατσολάκη Μαρία  
Σπουδάστρια: Ασπρομάλλη Ανδρομάχη

ΠΑΤΡΑ 2001

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

---

|   |           |
|---|-----------|
| <b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b>  | <b>2</b>  |
| <b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b>   | <b>5</b>  |
| <b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>   | <b>6</b>  |
| <b>Α' ΜΕΡΟΣ: ΓΕΝΙΚΟ</b>   |           |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b>   |           |
| <b>ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΑ</b>  | <b>8</b>  |
| 1.1 Ανατομική του θώρακος και των πνευμόνων                                     | 8         |
| 1.2 Φυσιολογία του πνεύμονα   | 9         |
| 1.3 Το έργο της αναπνοής  | 11        |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b>   |           |
| <b>ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ</b>  | <b>13</b> |
| 2.1 Καλοήθεις όγκοι των πνευμόνων   | 13        |
| 2.2 Κακοήθεις όγκοι των πνευμόνων   | 14        |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b>   |           |
| <b>ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ</b>                                      | <b>17</b> |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</b>   |           |
| <b>ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ</b>   | <b>19</b> |
| 4.1 Παράγοντες κινδύνου για καρκίνο του πνεύμονα                                | 19        |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5</b>   |           |
| <b>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ</b>                               | <b>22</b> |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6</b>   |           |
| <b>ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ</b>   | <b>24</b> |
| 6.1 Διαφορική διάγνωση  | 25        |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7</b>   |           |
| <b>ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ</b>                            | <b>27</b> |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8</b>   |           |
| <b>ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ</b>                                       | <b>30</b> |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9</b>   |           |
| <b>ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ</b>                                       | <b>33</b> |
| 9.1 Βασικές θεραπευτικές μέθοδοι  | 33        |
| 9.2 Χειρουργική αντιμετώπιση Ca πνεύμονα  | 34        |
| 9.3 Αποτελέσματα χειρουργικής θεραπείας   | 36        |
| 9.4 Ειδικές περιπτώσεις   | 37        |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10</b>  |           |
| <b>ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ</b>   | <b>40</b> |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11</b>  |           |
| <b>ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ</b>  | <b>42</b> |
| 11.1 Έλεγχος για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση των νεοπλασμάτων του πνεύμονα | 42        |
| 11.2 Κάπνισμα και καρκίνος του πνεύμονα   | 44        |
| 11.3 Η σημασία της αντικαπνιστικής εκστρατείας                                  | 45        |
| 11.4 Η διαίτα στην πρόληψη του καρκίνου του πνεύμονα                            | 46        |
| <b>Β' ΜΕΡΟΣ: ΕΙΔΙΚΟ</b>   |           |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b>   |           |
| <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ</b>                    | <b>50</b> |
| 1.1 Προεγχειρητική φροντίδα   | 50        |

---

|  |           |
|--|-----------|
| 1.2 Μετεγχειρητική φροντίδα - - - - -                        | 52        |
| 1.3 Σχέδιο εξόδου και διδασκαλία αρρώστου - - - - -          | 55        |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b>  |           |
| <b>ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΜΕ Ca ΠΝΕΥΜΟΝΑ</b>    | <b>57</b> |
| 2.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή - - - - -                          | 57        |
| 2.2 Ο ρόλος της οικογένειας - - - - -                        | 58        |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b>  |           |
| <b>ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ</b> |           |
| <b>ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ</b>  | <b>61</b> |
| Κλινική περίπτωση I - - - - -                                | 61        |
| <b>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b>                              | <b>69</b> |
| <b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b>  | <b>71</b> |
| <b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>   |           |
| <b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>  |           |



# Πρόλογος

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

Στην εργασία μου κοιπόν κι εγώ θα προσπαθήσω να δώσω μια ολοκληρωμένη άποψη για τον καρκίνο του πνεύμονα. Συγκεκριμένα στο πρώτο μέρος ασχολούμαι αρχικά με την ανατομία, την φυσιολογία και την παθολογική ανατομική του πνεύμονα. Ακολουθούν διάφορα επιδημιολογικά στοιχεία και το κυριο μέρος με την ταξινόμηση καλοήθων και κακοηθών νεοπλασμάτων, τις διαγνωστικές μεθόδους, τις κλινικές εκδηλώσεις του Ca του πνεύμονα, τα στάδια του καρκίνου και τις θεραπευτικές μεθόδους. Δίνω ιδιαίτερη προσοχή στην πρόγνωση και την πρόληψη του καρκίνου αυτού, καθώς και στην ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου από τον νοσηλευτή-τρια και την αντιμετώπισή του όχι σαν μελλοθάνατο αλλά σαν άνθρωπο με δικαίωμα ελπίδας και ποιότητας ζωής. Έπειτα περνώ στο δεύτερο μέρος που επικεντρώνεται στον ασθενή με καρκίνο του πνεύμονα και τη νοσηλευτική του φροντίδα(προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά).

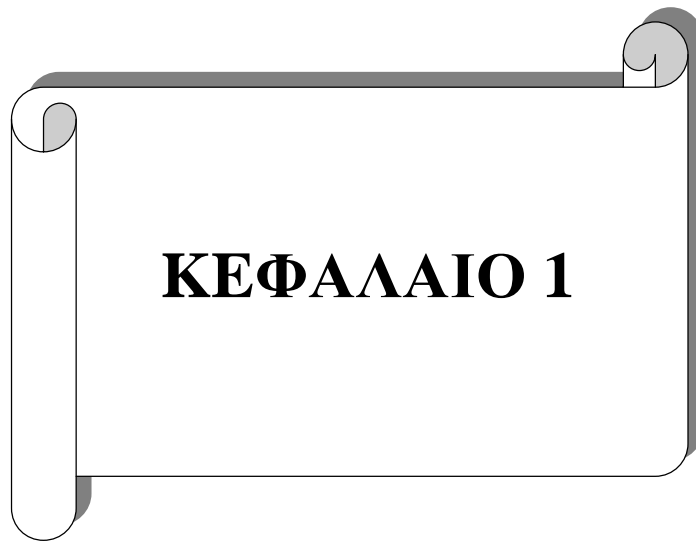
Τέλος, στην εργασία μου ασχολούμαι με την νοσηλευτική διεργασία που περιλαμβάνει ένα συγκεκριμένο περιστατικό ασθενούς προσβεβλημένου από τον καρκίνο του πνεύμονα.

# Εισαγωγή

Ο καρκίνος του πνεύμονα αξίζει ιδιαίτερης προσοχής γιατί:

- Τα ποσοστά ίασης είναι πολύ χαμηλά και η συχνότητα υψηλή, είναι ο υπ' αριθμόν ένα καρκίνος – φονιάς στις βιομηχανικές χώρες και συνεχίζει να αυξάνει με επιδημικούς ρυθμούς στα περισσότερα μέρη του κόσμου.
- Κατά το μεγαλύτερο ποσοστό μπορεί να προληφθεί με τον έλεγχο του καπνίσματος.
- Ο έλεγχος του καπνίσματος δεν έχει φέρει το ποθούμενο αποτέλεσμα, διότι εκείνοι που λαμβάνουν τις αποφάσεις σε όλο τον κόσμο απέτυχαν να δράσουν κατάλληλα και με επιτυχία.

Περίπου ένας στους πέντε θανάτους από καρκίνο στις γυναίκες και ένας στους τρεις στους άνδρες οφείλεται στον καρκίνο του πνεύμονα. Οι προσπάθειες για έγκαιρη διάγνωση και επαρκή θεραπεία απέτυχαν να εξαλείψουν σε σημαντικό ποσοστό τα θανατηφόρα κρούσματα του καρκίνου του πνεύμονα. Ως εκ τούτου η προσπάθεια για πρόληψη μέσω του ελέγχου του καπνίσματος είναι το πιο αποτελεσματικό μέσο για την αναχαίτηση αυτής της αρρώστιας, δεδομένου ότι οι περισσότερες περιπτώσεις του καρκίνου του πνεύμονα και στα δύο φύλα οφείλονται στο κάπνισμα.



# Κεφάλαιο 1

## ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

### 1.1 Ανατομική του θώρακος και των πνευμόνων

#### Θώρακας

Ο θώρακας που έχει σχήμα κώλου σχηματίζεται από τον οστέινο σκελετό που καλύπτεται από μυϊκές μάζες και περιέχει τους πνεύμονες, την καρδιά με τα μεγάλα αγγεία και τον οισοφάγο. Ο οστέινος θωρακικός κλωβός σχηματίζεται από τους δώδεκα θωρακικούς σπονδύλους, τα δώδεκα ζεύγη πλευρών και το στέρνο. Οι επτά πρώτες πλευρές ονομάζονται αληθείς, γιατί το πρόσθιο άκρο τους καταλήγει απ' ευθείας στο στέρνο, ενώ οι υπόλοιπες ψευδείς, γιατί είτε ενώνονται μεταξύ τους για να σχηματίσουν το πλευρικό τόξο, είτε απολήγουν ελεύθερα (11<sup>η</sup> και 12<sup>η</sup>). Προς τα άνω παραμένει ανοικτό το άνω θωρακικό στόμιο ή είσοδος του θώρακος, που αφορίζεται από το σώμα του πρώτου θωρακικού σπονδύλου, τις πρώτες πλευρές και τη βάση του στέρνου και έχει εύρος 5 \* 10 cm. Μέσα από το άνω θωρακικό στόμιο διέρχονται τα μεγάλα αγγεία προς την κεφαλή και τα άνω άκρα καθώς και η τραχεία με τον οισοφάγο. Το κάτω θωρακικό στόμιο που είναι ευρύτερο και αφορίζεται από το σώμα του 12<sup>ου</sup> θωρακικού σπονδύλου, τις δωδέκατες πλευρές, τα πλευρικά τόξα και την ξιφοειδή απόφυση, αποφράσσεται από ένα μυοτενοντώδες πέταλο, το διάφραγμα, το οποίο μέσα από ειδικά τρήματα επιτρέπει τη διέλευση προς την κοιλιακή κοιλότητα, της αορτής, της κάτω κοίλης φλέβας και του οισοφάγου.

#### Πνεύμονες

Οι δύο πνεύμονες έχουν σχήμα κώνου με την κορυφή προς τον τράχηλο και τη βάση προς το διάφραγμα. Η εξωτερική επιφάνεια είναι κυρτή ενώ η έσω (μεσοθωρακική) και κάτω (διαφραγματική) κοίλη. Από την επιφάνεια των πνευμόνων αρχίζουν σχισμές που μερικές φορές φθάνουν μέχρι τις πύλες και χωρίζουν τον αριστερό πνεύμονα σε τρεις λοβούς, ενώ το δεξιό σε δύο.

Οι πύλες των πνευμόνων στη μεσοθωρακική επιφάνεια, που βρίσκονται κοντύτερα προς την κορυφή και λίγο προς τα πίσω, υποδέχονται τους βρόγχους, τα πνευμονικά αγγεία, τα βρογχικά αγγεία, λεμφαγγεία και νεύρα.

Στην επιφανειακή ανατομική η κορυφή των πνευμόνων βρίσκεται 2-3 cm πάνω από το μέσο τριτημόριο των κλειδών. Τα κάτω όρια και των δύο πνευμόνων αντιστοιχούν στην έκτη πλευρά στη μεσοκλειδική γραμμή, στην όγδοη πλευρά στη μέση μασχαλαία γραμμή και στη δέκατη πλευρά στην οπίσθια επιφάνεια. Τα κάτω όρια του τοιχωματικού υπεζωκότα είναι χαμηλότερα σχηματίζοντας την πλευροδιαφραγματική αύλακα, που υποδέχεται στους πνεύμονες κατά την εισπνοή.

#### Βρόγχοι

Η τραχεία στο ύψος του τέταρτου θωρακικού σπονδύλου διχάζεται στο δεξιό και αριστερό στελεχιαίο βρόγχο. Ο δεξιός είναι ευρύτερος και σχηματίζει ευρύτερη γωνία με την τραχεία από τον αριστερό. Αμέσως μετά την είσοδό τους στο πνευμονικό παρέγχυμα οι δύο κύριοι βρόγχοι διακλαδίζονται στους λοβαίους βρόγχους και αυτοί στους



τμηματικούς, που αντιστοιχούν σταθερά στα διάφορα πνευμονικά τμήματα. Στη συνέχεια οι τμηματικοί βρόγχοι συνεχίζουν να διακλαδίζονται σε βρογχιόλια, αναπνευστικά βρογχιόλια και κυψελιδικούς πόρους που καταλήγουν στις κυψελίδες.

Στο δεξιό πνεύμονα ο άνω λοβός χωρίζεται σε τρία τμήματα (κορυφαίο, πρόσθιο και οπίσθιο), ο μέσος σε δύο (έσω και πλάγιο) και ο κάτω σε πέντε (άνω, πρόσθιο βασικό, έσω βασικό, οπίσθιο βασικό και έξω βασικό).

Στον αριστερό πνεύμονα ο άνω λοβός αποτελείται από τέσσερα τμήματα, δύο είναι όπως και στον άνω λοβό του δεξιού πνεύμονα (πρόσθιο και οπίσθιο κορυφαίο) και δύο αποτελούν τη γλωσσίδα (άνω και κάτω). Ο κάτω λοβός περιέχει επίσης τέσσερα τμήματα (άνω, πρόσθιο βασικό, έσω βασικό, πλάγιο βασικό και οπίσθιο βασικό). Η διαίρεση των πνευμόνων σε τμήματα είναι χρήσιμη κατά τον ακτινολογικό έλεγχο, την βρογχοσκόπηση και τις χειρουργικές επεμβάσεις.

### **Πνευμονικά αγγεία**

Οι πνεύμονες δέχονται διπλή αιμάτωση από τις πνευμονικές και βρογχικές αρτηρίες που ακολουθούν τις διακλαδώσεις και την τμηματική κατανομή των βρόγχων. Το αίμα επιστρέφει με τις πνευμονικές και τις βρογχικές φλέβες.

Τα βρογχικά αγγεία είναι τα τροφικά αγγεία του πνεύμονα, ενώ τα πνευμονικά τα λειτουργικά. Παρ' όλα αυτά έχουν βρεθεί ευρείες αναστομώσεις μεταξύ βρογχικών και πνευμονικών αγγείων, των οποίων η σημασία άρχισε να μελετάται εκτενώς στα πλαίσια της παθολογοφυσιολογίας των διαφόρων παθήσεων του πνεύμονα.

### **Λεμφαγγεία**

Τα λεμφαγγεία των πνευμόνων που αρχίζουν με τριχοειδή από το επίπεδο των αναπνευστικών βρογχολίων μετά την έξοδό τους από τους πνεύμονες καταλήγουν στους πυλαίους, τραχειοβρογχικούς και τραχειακούς λεμφαδένες.

### **Νεύρα**

Οι πνεύμονες δέχονται διπλή νεύρωση από το συμπαθητικό (2<sup>ο</sup> – 4<sup>ο</sup> θωρακικά γάγγλια) και το παρασυμπαθητικό (πνευμονογαστρικά) και έχουν ειδικούς υποδοχείς που παίζουν ρόλο σε διάφορα αντανακλαστικά, μέσα από προσαγωγές και απαγωγές ίνες, για τη ρύθμιση της αναπνευστικής λειτουργίας, του βήχα, της παραγωγής βλέννης και του εύρους των βρόγχων.

Μεταγαγγλιακές νευρικές ίνες από το συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό σύστημα καταλήγουν στις λείες μυϊκές ίνες των βρόγχων, των αγγείων και των βλεννογόνιων αδένων και παίζουν ανταγωνιστικό ρόλο. Διέγερση των πνευμονογαστρικών προκαλεί βρογχόσπασμο, διαστολή των πνευμονικών αγγείων και διέγερση των εκκρίσεων, ενώ η διέγερση του συμπαθητικού προκαλεί τα αντίθετα.

Νευρικές ίνες απολήγουν επίσης στα κύτταρα του Kultschitsky, που είναι ενδοκρινικά κύτταρα των πνευμόνων που παράγουν ουσίες για τοπική δράση.<sup>1</sup>

## **1.2 Φυσιολογία των πνευμόνων**

Η κύρια λειτουργία των πνευμόνων συνοψίζεται στην ανταλλαγή του O<sub>2</sub> και του CO<sub>2</sub> μεταξύ του αίματος και του περιβάλλοντος ατμοσφαιρικού αέρα. Ο αερισμός των πνευμόνων επιτυγχάνεται με τις αναπνευστικές κινήσεις, που βρίσκονται υπό τον έλεγχο

του αναπνευστικού κέντρου και εκτελούνται με τις συσπάσεις των αναπνευστικών μυών, ιδίως δε του διαφράγματος.

Η ανταλλαγή των αερίων γίνεται στις τελικές αναπνευστικές μονάδες, τις κυψελίδες, μέσα από την αναπνευστική μεμβράνη. Κατά την εισπνοή προκαλείται σύσπαση του διαφράγματος και ανύψωση των πλευρών, οπότε δημιουργείται υποατμοσφαιρική ενδοθωρακική πίεση με αποτέλεσμα να εισέλθει ατμοσφαιρικός αέρας στους πνεύμονες. Στη συνέχεια κατά τη διάρκεια της εκπνοής επέρχεται χάλαση των μυών και ανύψωση του διαφράγματος και συγχρόνως κάθοδος των πλευρών έτσι ώστε να μειωθεί η θωρακική κοιλότητα και ο αέρας των πνευμόνων να απωθηθεί προς τα έξω. Κατά την ήρεμη αναπνοή οι αναπνευστικές κινήσεις εκτελούνται κυρίως με την σύσπαση του διαφράγματος, ενώ κατά την έντονη άσκηση λαμβάνουν μέρος και οι μεσοπλεύριοι με τους επικουρικούς αναπνευστικούς μύες.

Φυσιολογικά η συχνότητα των αναπνευστικών κινήσεων κυμαίνεται από 10 έως 18 κατά λεπτό. Κατά τη διάρκεια όμως σωματικής ασκήσεως ή αναπνευστικής ανεπάρκειας παρατηρείται μεγάλη αύξηση της συχνότητας.<sup>1,22</sup>

### **Ενδοθωρακικές πιέσεις – Ευενδοτότητα**

Οι πνεύμονες κατά τη διάρκεια των αναπνευστικών κινήσεων κινούνται παθητικά ακολουθώντας τις κινήσεις του θωρακικού τοιχώματος. Έτσι κάθε αλλαγή του ενδοθωρακικού όγκου ακολουθείται από ανάλογες αλλαγές των πνευμονικών όγκων.

Κατά την εισπνοή λόγω αύξησεως του ενδοθωρακικού όγκου σχηματίζεται αρνητική πίεση σε σχέση με την ατμοσφαιρική με αποτέλεσμα να εισέλθει αέρας στις αναπνευστικές οδούς και τις κυψελίδες.

Στην ήρεμη αναπνοή η μετακίνηση του αέρα επιτελείται με μικρές διαφορές των ενδοκυψελιδικών πιέσεων που κυμαίνονται από  $-1$  mmHg ως  $+1$  mm Hg. Κατά την έντονη όμως αναπνευστική προσπάθεια οι πιέσεις αυτές μπορεί να αυξηθούν παρα πολύ, από  $-80$  mm Hg ως  $+100$  mm Hg.

Η αύξηση των ενδοθωρακικών όγκων κατά μεγάλο μέρος εξαρτάται από την ελαστικότητα του θωρακικού τοιχώματος και των πνευμόνων που αντανakλούν την ευενδοτότητα. Ευενδοτότητα είναι η ικανότητα των πνευμόνων να αυξάνονται σε όγκο ανάλογα με την αύξηση της κυψελιδικής πίεσης. Οι πνεύμονες έχουν τη συνεχή τάση να συμπιέτουν λόγω της υπέρξεως των ελαστικών ινών στο πνευμονικό παρέγχυμα και της επιφανειακής τάσεως της στοιβάδας του ύδατος που υπαλείφει την εσωτερική επιφάνεια των κυψελίδων και τείνει να προκαλέσει σύμπτωση του τοιχώματος τους. Η σύμπτωση όμως των πνευμόνων παρεμποδίζεται από την αρνητική υπεζωκοτική πίεση, που σε ηρεμία είναι  $-4$ mm Hg και αναγκάζει τα δύο πέταλα του υπεζωκότα να παραμένουν σε συνεχή επαφή. Επειδή η επιφανειακή τάση του ύδατος είναι πολύ ισχυρή θα προκαλούσε ατελεκτασία των κυψελίδων αν δεν υπήρχε η επιφανειακώς δρώσα ουσία, που παράγεται από τα πνευμονιοκύτταρα τύπου II και παρεμβάλεται μεταξύ επιφάνειας ύδατος-αέρα, ώστε να μειώνει την επιφανειακή τάση. Σε παθολογικές καταστάσεις, όπως το σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας των νεογνών ή των ενηλίκων, όπου υπάρχει μειωμένη παραγωγή επιφανειακώς δρώσης ουσίας, επέρχεται γρήγορα σύμπτωση και απόφραξη των κυψελίδων. Σε αυτήν την περίπτωση, εκτός των άλλων, επέρχεται μείωση της ευενδοτότητας του πνευμονικού παρεγχύματος.

Σε γενικές γραμμές, καταστάσεις που προκαλούν μείωση της επιφανειακώς δρώσης οθσίας, διάμεσο ή κυψελιδικό οίδημα, απόφραξη των βρογχιολίων, καταστροφή πνευμονικού ιστού και ίνωση, έχουν ως επακόλουθο τη μείωση της ευενδοτότητας.

### 1.3 Το έργο της αναπνοής

Η είσοδος αέρα στις κυψελίδες κατά την αναπνοή προϋποθέτει την υπερνίκηση ορισμένων δυνάμεων και την κατανάλωση κάποιου έργου που προσφέρεται με τη σύσπαση των αναπνευστικών μυών. Το έργο της αναπνοής **καταναλίσκεται για** την υπερνίκηση τριών κυρίως δυνάμεων: α) της ελαστικότητας των ιστών, β) της αδράνειας του θωρακικού τοιχώματος και των πνευμόνων και γ) της αντιστάσεως των αεροφόρων οδών στη ροή του αέρα.

Κατά την ήρεμη αναπνοή απαιτείται για το αναπνευστικό έργο μόνο το 2-3% της ενέργειας που καταναλίσκεται σε όλο το σώμα. Σε διάφορες όμως παθολογικές καταστάσεις, όπου μειώνεται η ευενδοτότητα των πνευμόνων ή του θωρακικού τοιχώματος ή αυξάνονται οι αντιστάσεις στις αναπνευστικές οδούς, το έργο που απαιτείται για την εκτέλεση των αναπνευστικών κινήσεων είναι τεράστιο.



# Κεφάλαιο 2

## ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ

### 2.1 Καλοήθεις όγκοι των πνευμόνων

Οι καλοήθεις όγκοι των πνευμόνων και των βρόγχων σε σχέση με το καρκίνωμα είναι αρκετά σπάνιοι, αποτελούν δε το 8-15% των ακτινοσκοπικών μορφωμάτων στην ακτινογραφία του θώρακος. Η απόπειρα ταξινόμησης αυτών των όγκων είναι πολύπλοκη λόγω της ποικίλης εμβρυολογικής προελεύσεως και της ιστολογικής εμφανίσεώς των. Παρ' όλα αυτά μια γενικά αποδεκτή ταξινόμηση φαίνεται παρακάτω:

#### Ταξινόμηση καλοήθων όγκων του πνεύμονα

##### A)Επιθηλιακοί όγκοι

- 1)το θήλωμα
- 2)οι πολύποδες

##### B)'Όγκοι που προέρχονται από το μεσόδερμα

- 1)το αιμαγγείωμα
- 2)το λεμφαγγείωμα
- 3)το αιμαγγειοπερικύτωμα
- 4)το λίπωμα
- 5)το ίνωμα
- 6)το λειομύωμα
- 7)το χόνδρωμα

##### Γ)'Όγκοι εμβρυικής προελεύσεως

- 1)το αμάρτωμα
- 2)το τεράτωμα
- 3)ο όγκος εκ διαφανών κυττάρων

##### Δ)Ψευδοόγκοι

- 1)οι πλασμοκυτταρικοί όγκοι
- 2)το ξάνθωμα

## **2.2 Κακοήθεις όγκοι των πνευμόνων**

### **Ταξινόμηση κακοήθων επιθηλιακών όγκων του πνεύμονα**

1. Επιδερμοειδές (Squamous cell) καρκίνωμα
  - α) Ατρακτοκυτταρικό
2. Αδενοκαρκίνωμα
  - α) Κυψελιδώδες
  - β) Θηλώδες
  - γ) Βρογχοκυψελιδικό
  - δ) Συμπαγές-βλενώδες
3. Μικροκυτταρικό καρκίνωμα
  - α) Δίκην κριθής (Oat cell)
  - β) Μέσου τύπου
  - γ) Συνδυασμένο
4. Μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα
  - α) Γιγαντοκυτταρικό
  - β) Υαλοκυτταρικό
5. Αδενοεπιδερμικό
6. Καρκινοειδές

#### **Επιδερμοειδές (ή μαλπιγγιανό) (Squamous cell)**

Είναι ο πλέον κοινός τύπος και αποτελεί το 30-35% του συνόλου. Συναντάται κυρίως στους χρόνιους καπνιστές. Εντοπίζεται στους μεγάλους, αλλά και στους περιφερικούς βρόγχους, με συχνές μεταστάσεις στους πυλαίους αλλά και στους υπερκλείδιους λεμφαδένες. Οι ευμεγέθεις όγκοι έχουν την τάση να νεκρούνται κεντρικά. Σπανια προκαλούν μεταστάσεις στον εγκέφαλο και τα επινεφρίδια. Τα κύτταρά του είναι πολυγωνικά ή ακανθωτά με στοιχεία κερατινοποίησης και με δημιουργία γεφυρώσεως μεταξύ τους. Οι πτωχά διαφοροποιημένοι όγκοι περιέχουν κυρίως κύτταρα αναπλαστικά, αλλά με τα στοιχεία της γεφυρώσεως και της τάσεως κερατινοποίησης.

#### **Αδενοκαρκίνωμα**

Καλύπτει περίπου το 5-15% των καρκίνων του πνεύμονα. Συχνά συναντάται περιφερικά και εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες. Δίνει μεταστάσεις στους αδένες και εγκέφαλο, καθώς και στα οστά.

Τα καλώς διαφοροποιημένα περιέχουν κυβοειδή ή επιμήκη κύματα, τα μετριας διαφοροποιήσεως επιθηλιακά αδενικά κύτταρα, ενώ τα πτωχής διαφοροποιήσεως περιέχουν αναπλαστικά κύτταρα.

### **Μικροκυτταρικό καρκίνωμα (small cell) ή νευροενδοκρινικό**

Ιστορικά το αποκαλούμενο “oat cell” και το μικροκυτταρικό καρκίνωμα είναι το ίδιο, αλλά σήμερα επικράτησε η ταξινόμηση WHO και AFIP(U.S.Armed Forces Institute of Pathology), οι οποίες χρησιμοποιούν την ορολογία του μικροκυτταρικού. Πρόκειται περι καρκινώματος με μικρά δίκην «κριθής» κύτταρα με βαθιά χρωματισμένους πυρήνες και λίγο πρωτόπλασμα. Αποκαλείται και νευροενδοκρινικό λόγω της ανευρέσεως εντός των κυττάρων αυτών στοιχείων με νευροεκκριτικές ιδιότητες. Επίσης έχει αποδειχθεί η APUD ικανότητα αυτών των κυττάρων(δηλαδή ιδιότητες προσλήψεως προ-αμινών και αποκαρβοξυλιώσεως)

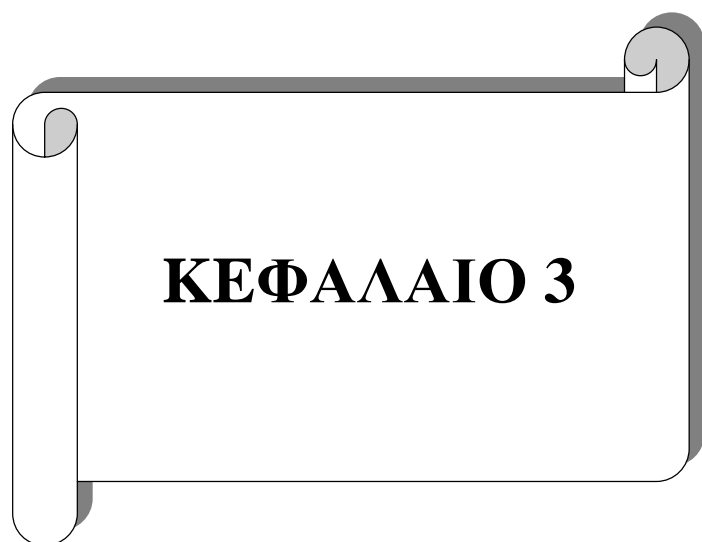
Το μικροκυτταρικό καρκίνωμα του πνεύμονα θεωρείται μια σχετικώς γενικευμένη νόσος, υψηλής κακοήθειας.

### **Μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα**

Οι όγκοι αυτού του είδους μοιάζουν με τα αδενοκαρκινώματα. Περιέχουν μεγάλα κύτταρα, πολλές φορές ανεξάρτητα με, με αφθ'ονο γλυκογόνο.

### **Βραδέως αυξανόμενο, όπως τα καρκινοειδή και τα δίκην «σιελογόνων αδένων»**

Έχουν και αυτά καταταχθεί από την ταξινόμηση WHO στους επιθηλιακούς κακοήθεις όγκους του πνεύμονα. Τα καρκινοειδή συνήθως εντοπίζονται (κατα 90%) κεντρικά, εντός του τοιχώματος των βρόγχων. Μεταστάσεις στους λεμφαδένες δίνουν σε αναλογία 10%. Έχουν καλή πρόγνωση και σπάνια εξελίσσονται σε κακοήθεις όγκους. Οι δίκην σιελογόνων αδένωνόγκοι είναι σπάνιοι και εντοπίζονται στην τραχεία και τους μεγάλους βρόγχους. Πρόκειται περι του αδενοκυστικού και βλεννο-επιδερμικού καρκινώματος.





## Κεφάλαιο 3

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Η συχνότητα προσβολής απο καρκίνο του πνεύμονα αυξάνει σταθερά (και μερικές φορές απότομα) σε επιδημικές διαστάσεις, τόσο στις βιομηχανικές χώρες όσο και στις αναπτυσσόμενες. Οι περισσότεροι άρρωστοι με καρκίνο του πνεύμονος είναι στην ηλικία μεταξύ 35 και 75 χρονών, με κορυφή την ηλικία των 55-65 χρονών.

Περισσότερο από το 80% των καρκίνων του πνεύμονος μεταξύ των ανδρών αποδίδεται στο κάπνισμα και υπολογίζεται ότι ο ένας στους 10 άνδρες που είναι βαρείς καπνιστές στις Η.Π.Α θα πεθάνουν από καρκίνο του πνεύμονα. Το ποσοστό προσβολής και θανάτου στις γυναίκες αυξάνει τώρα με μεγαλύτερο ρυθμό από ότι στους άνδρες και, σε ορισμένες περιοχές, είναι ήδη η κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες.

Ο καρκίνος του πνεύμονα, σαν κύρια αιτία θανάτου, προκαλεί τον θάνατο σε 50-80 άνδρες σε πλυθησμό 100.000 κάθε χρόνο στις περισσότερες δυτικές χώρες. Λιγότερο από 10% επιβιώνουν 5 χρόνια και πεθαίνουν ένα χρόνο μετά τη διάγνωση. Στις αναπτυσσόμενες χώρες η αυξανόμενη συχνότητα και θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονος συγκρίνεται με την παράλληλη αύξηση του καπνού και με τη βιομηχανοποίηση. Κυρίως καθώς το προσδόκιμο επιβίωσης αυξάνει από τα 50 στα 60 ή 70 χρόνια, τα χρόνια καπνίσματος αθξάνουν δραματικά προσθέτοντας περισσότερο «λάδι στη φωτιά». Η θνησιμότητα απο καρκίνο του πνευμονα είναι 10-15 φορές μεγαλύτερη σ'αθτούς που καπνίζουν απ'ότι στους μη καπνιστές. Εάν το κάπνισμα σταματούσε, το ποσοστό θνησιμότητας θα επέστρεφε στο επίπεδο των μη καπνιστών σε 5-10 χρόνια.<sup>3</sup>

Σύμφωνα μετα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας υπολογίζεται ότι κατα το 1980 σημειώθηκαν σε όλο τον κόσμο περίπου 660.500 νέες περιπτώσεις καρκίνου του πνεύμονα, από τις οποίες το 31% ήταν σε αναπτυσσόμενες χώρες. Με βάση αδρούς υπολογισμούς, ο ΠΟΥ εκτιμά ότι κατα την αρχή του 21<sup>ου</sup> αιώνα ο καρκίνος του πνεύμονα θα είναι μεταξύ των πιο κακών νόσων.

Στην Ελλάδα σύμφωνα με τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας κατά το έτος 1986 σημειώθηκαν 4269 θάνατοι από βρογχοχικό καρκίνο. Μεταξύ των ετών 1964 και 1986 οι θάνατοι από αυτή τη νόσο αυξήθηκαν κατα 123%.<sup>4</sup>



# Κεφάλαιο 4

## ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Το κάπνισμα έχει αναγνωρισθεί σαν η κύρια αιτία του καρκίνου του πνεύμονος. Είναι υπεύθυνο για το μεγαλύτερο μέρος των καρκινωμάτων του πνεύμονος (πάνω από 80%), συνήθως μαλπιγγιακού ή μικροκυτταρικού τύπου. Πρόσφατες έρθνες απέδειξαν ότι έκθεση μη καπνιστού στον καπνό ενός καπνιστού για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα της προσβολής από καρκίνο του πνεύμονος κατά 2-3 φορές. Οι μη καπνιστές μπορούν επίσης να προσβληθούν από καρκίνο του πνεύμονος, αλλά συνήθως διαφορετικού τύπου (αδενοκαρκίνωμα).

Διάφοροι επαγγελματικοί παράγοντες όπως το ασβέστιο, το χρώμιο, το νικέλιο, το αρσενικό και τα προϊόντα του άνθρακα τοποθετούνται στο κεφάλαιο της αιτιολογίας. Η μόλυνση του αέρα και η ραδιενέργεια παίζουν πιθανώς ένα μικρότερο ρόλο στην αιτιολογία του καρκίνου του πνεύμονος. Είναι επίσης πολύ σημαντικό να τονισθεί ότι η έκθεση στην άσβεστο έχει μια σημαντική συνέργεια με τον καπνό στη δημιουργία του καρκίνου του πνεύμονος.<sup>3</sup>

### 4.1 Παράγοντες κινδύνου για καρκίνο του πνεύμονος

**1. Κάπνισμα:** Άτομα που καπνίζουν συστηματικά περισσότερα από 20 σιγαρέττα ημερησίως, έχουν μια πιθανότητα στις οκτώ να πεθάνουν από καρκίνο του πνεύμονα. Ο κίνδυνος αυτός είναι 30-50 φορές μεγαλύτερος από τον κίνδυνο που διατρέχουν οι μη καπνιστές. Ο κίνδυνος αρχίζει να ξεπερνάει τον κίνδυνο των μη καπνιστών μετά από 10 χρόνια καπνίσματος. Ο κίνδυνος από το κάπνισμα πίπας και πούρων είναι μικρότερος

**2. Αμίαντος:** Είναι ορυκτό λευκό ή γκρίζο με ινώδη σύσταση και χρησιμοποιείται στην βιομηχανία για τις πυρίμαχες ιδιότητες του (κατασκευή πυρίμαχων στολών, θερμομόνωση, στέγες). Είναι αιτιολογικός παράγοντας του κακοήθους μεσοθηλιώματος. Σημειωτέον ότι ο κίνδυνος από την έκθεση σε αμίαντο είναι αθροιστικός στον κίνδυνο από κάπνισμα.

**3. Ακτινοβολία:** Η έκθεση σε ακτινοβολία αυξάνει τον κίνδυνο μικροκυτταρικού καρκινώματος σε καπνιστές και μη καπνιστές.

**4. Άλλες ουσίες** που συνδέονται με τον καρκίνο του πνεύμονος σε επαγγελματική έκθεση είναι: οι αρωματικοί υδρογονάνθρακες, το αρσενικό, το χρώμιο, το προϊόντα άνθρακα, οξείδια του σιδήρου, νικέλιο. Πρόσφατες μελέτες περιλαμβάνουν και το παθητικό κάπνισμα (έκθεση μη καπνιστών στον καπνό σιγαρέττων που καπνίζουν άλλοι) στους πιθανούς κινδύνους για τον καρκίνο του πνεύμονος.

**5.Πνευμονικά νοσήματα:** Παλιές κοκκιοματώδεις ουλές στον πνεύμονα ( π.χ. από φυματίωση) είναι σημεία όπου μπορεί ν' αναπτυχθεί καρκίνος, κυρίως αδενοκαρκίνωμα



# Κεφάλαιο 5

## ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ Ca ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Ο καρκίνος του πνεύμονα συνήθως αναπτύσσεται στο επιθήλιο λοβαίων και τμηματικών βρόγχων και λιγότερο συχνά σε περιφερικούς μικρούς βρόγχους. Μολονότι υπάρχουν πολλοί τύποι καρκίνου του πνεύμονος, το 90% ανήκει σε μια από τις παρακάτω τέσσερις κατηγορίες:

1. Το εκ πλακωδών επιθηλίων (μαλπιγγιακό) είναι ο συνηθέστερος τύπος(40-45%). Έχει την τάση κεντρικής ανάπτυξης και κυρίως προσβάλλει άνδρες. Οι μορφές του είναι από καλά διαφοροποιημένο με κερατινοποίηση έως αναπλαστικό.
2. Το αδενοκαρκίνωμα ανέρχεται σε 25-30%. Αυτά είναι συχνά περιφερικά και μπορεί να παρουσιάζονται ως πλευριτική διήθηση. Αυτά παρουσιάζονται λιγότερο συχνά σε καπνιστές απ'ότι οι άλλοι τύποι.
3. Το μικροκυτταρικό καρκίνωμα είναι ο τρίτος συνηθέστερος τύπος (20-25%) και χρήζει ιδιαίτερης προσοχής από όλους τους άλλους τύπους, επειδή είναι πολύ επιθετικό και σχεδόν πάντα παρουσιάζεται με μεταστάσεις. Έχει τη μεγαλύτερη σχέση με το κάπνισμα και τη φτωχότερη πρόγνωση. Προέρχεται από ενδοκρινικά κύτταρα του βρογχικού βλεννογόνου και συχνά παράγει πολυπεπίδια, που εισέρχονται στην κυκλοφορία και προκαλούν πλήθος παρανεοπλασματικών συνδρόμων.
4. Τα μεγαλοκυτταρικά καρκινώματα αποτελούν μόνο το 10% των περιπτώσεων και μπορεί να εντοπίζονται κεντρικά ή περιφερικά.

Άλλοι ασυνήθεις τύποι περιλαμβάνουν το βρογχοκυψελιδικό καρκίνωμα (ένα αργά αυξανόμενο περιφερικό τύπο, συχνά πολυζώδη), το καρκινοειδές (με ή χωρίς καρκινοειδές σύνδρομο) και βλεννοεπιδερμοειδή καρκινώματα (που μερικές φορές συγχέονται με μεταστατικούς γαστρεντερικούς όγκους).<sup>3</sup>



# Κεφάλαιο 6

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Αυτή γίνεται βασικά με: α) ιστολογική εξέταση ή με β) κυτταρολογική εξέταση. Η πρώτη υπερτερεί της δεύτερης, διότι παρέχει πλουσιότερο υλικό για μικροσκοπική εκτίμηση. Οι εξετάσεις που απαιτούνται για να ολοκληρώσει κανείς τη διάγνωση είναι:

**Ακτινογραφία θώρακος:** Προσθία-πλαγία: Η τελευταία-πλαγία- είναι απαραίτητη διότι μπορεί να δείξει παθολογικές σκιάσεις που στη προσθία κρύβονται από καρδιαγγειακή σκιά.

**Βρογχοσκόπηση:** Που συνοδεύεται από λήψη βιοψίας ή εκπλυμάτων βρόγχων για ιστολογική ή κυτταρολογική, αντίστοιχα εξέταση.

**Μεσοδιαστημοσκόπηση:** Εκτελείται όταν δεν υπάρχει άλλος επιτυχής τρόπος προσπέλασης του όγκου για λήψη βιοψίας.

**Βιοψία δια λεπτής βελόνης:** υπό τον έλεγχο αξονικής τομογραφίας.

Οι εξετάσεις που γίνονται για τον καθορισμό του κλινικού σταδίου και τον έλεγχο του αποτελέσματος της θεραπείας, συνοπτικά είναι οι εξής:

1. Ιστορικό και κλινική εξέταση.
2. Ακτινογραφία θώρακος (οπισθοπρόσθια, πλάγια)
3. Συνηθισμένες αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις.
4. Λειτουργικές βιοχημικές εξετάσεις.
5. Φυματινοαντίδραση.
6. Η.Κ.Γ.
7. Αναπνευστική λειτουργία.
8. Κυτταρολογική πτυέλων.
9. Βρογχοσκόπηση.
10. Σπινθηρογραφήματα ήπατος, οστών και εγκεφάλου.
11. Σε θετικό σπινθηρογράφημα οστών ή πόνο, «σκοπευτικές» ακτινογραφίες.
12. Σε δυσκαταποσία ακτινολογικός έλεγχος με κατάπωση βαρίου.
13. Βιοψία κάθε ύποπτου όζου οπουδήποτε στο σώμα.
14. Σε συμπτώματα από τη σπονδυλική στήλη μυελογραφία.
15. Αξονικός τομογραφικός έλεγχος θώρακα και εγκεφάλου.
16. Βιοψία οστού και μυελόγραμμα αρχικά και μετά την επίτευξη πλήρους ύφεσης.



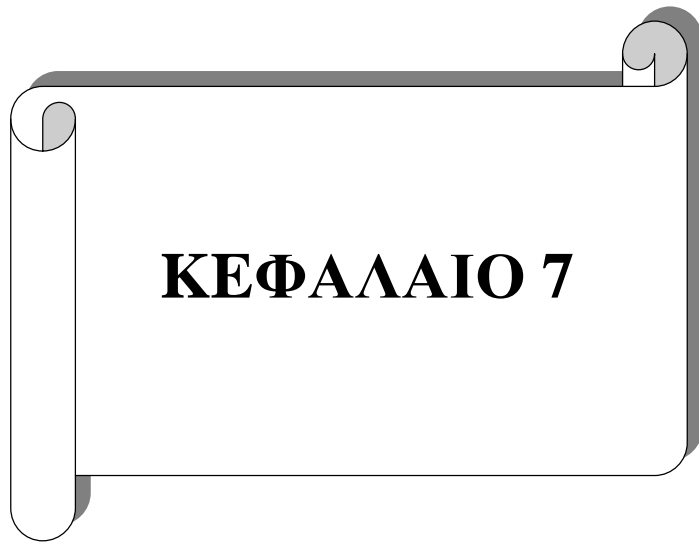
Εκτός από την έκταση της νόσου που αποτελεί το κύριο προγνωστικό, και άλλες παράμετροι έχουν προγνωστική σημασία. Τέτοιοι είναι η γενική κατάσταση του ασθενούς (performance status), η προηγηθείσα θεραπεία, ο αριθμός και η θέση των μεταστάσεων (ηπατικές και εγκεφαλικές μεταστάσεις έχουν τη χειρότερη πρόγνωση), το φύλο του ασθενούς (οι γυναίκες παρουσιάζουν καλύτερη πρόγνωση), το μέγεθος της πρωτογενούς εστίας, η σημαντική απώλεια βάρους και διάφοροι βιολογικοί και βιοχημικοί δείκτες όπως CEA, Bombesin, CDH κ.α.

Πάντως οι πιο σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες είναι η έκταση της νόσου και η γενική κατάσταση του ασθενούς.<sup>6</sup>

## 6.1 Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνεται με προσοχή από:

- Καλοήθεις όγκους:** Ινώματα, λιπώματα, νευρινώματα, λειομυώματα, ξανθώματα, κύστες.
- Σαρκώματα:** Χονδροσαρκώματα, ινοσαρκώματα, καρκινοσαρκώματα, οστεοσαρκώματα.
- Λέμφωμα ή Hodgkin's**
- Πνευμονικά αποστήματα**
- Πνευμονία**
- Φυματίωση**
- Αορτικά ανευρύσματα**
- Καρκίνωμα θυροειδούς**
- Μεταστατικά καρκινώματα**
- Σαρκοείδωση**
- Τεράτωμα**
- Θύμωμα<sup>7</sup>**



# Κεφάλαιο 7

## ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ Ca ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Οι περισσότεροι ασθενείς (>90%) εμφανίζουν ποικίλα συμπτώματα κατά τη διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα. Μόνο το 5-10% των ασθενών είναι ασυμπτωματικοί όταν διαγιγνώσκεται η νόσος. Στις περιπτώσεις αυτές ο όγκος ανακαλύπτεται τυχαία σε ακτινογραφία θώρακος που έγινε για άλλο λόγο. Οι κλινικές εκδηλώσεις του καρκίνου του πνεύμονα μπορούν να ταξινομηθούν σε πέντε κατηγορίες.

**I. Γενικά συμπτώματα:** Πυρετός, ανορεξία, απώλεια βάρους, καταβολή δυνάμεων, Εύκολη κόπωση

**II. Συμπτώματα που οφείλονται στην ΤΟΠΙΚΗ ανάπτυξη του όγκου**

**Βήχας:** Ξηρός ή παραγωγικός (βλεννώδης απόχρεμψη). Εάν προυπάρχει, σημαντικό ρόλο παίζουν οι αλλαγές των χαρακτήρων του.

**Αιμόπτυση:** Συνήθως με τη μορφή αιμόφυρτων πτυέλων. Σπάνια είναι μαζική.

**Συριγμός:** Εισπνευστικός ή εκπνευστικός. Οφείλεται σε στένωση του αυλού μεγάλου βρόγχου από τον όγκο.

**Πυρετός, πόνος:** Οφείλεται συνήθως είτε σε ατελεκτασία (περιφερικώς του σημείου αποφράξεως του βρόγχου από τον όγκο) και λοίμωξη του πνευμονικού παρεγχύματος, είτε σε τήξη του όγκου και τη δημιουργία πνευμονικού αποστήματος.

**III. Συμπτώματα που οφείλονται σε επέκταση του όγκου στους παρακείμενους ιστούς και όργανα**

**Θωρακικός πόνος:** Οφείλεται συνήθως σε επέκταση του όγκου και διήθηση του τοιχωματικού υπεζωκότα ή οστών ή νεύρων. Ιδιαίτερα συχνός είναι ο όγκος της κορυφής του πνεύμονα (όγκος Pancoast) οπότε και διηθεί το βραχιόνιο πλέγμα, τις πρώτες πλευρές και τους πρώτους θωρακικούς σπονδύλους.

**Δύσπνοια :** Μπορεί να οφείλεται σε ατελεκτασία λόγω απόφραξης μεγάλου βρόγχου, σε συλλογή υπεζωκοτικού υγρού, σε κατάληψη μεγάλου μέρους του πνεύμονα ή σε λεμφαγγειακή διασπορά της νόσου.

**Βράγχος φωνής:** Οφείλεται σε διήθηση του σύστοιχου παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου. Συνηθέστερα διηθείται το αριστερό.

**Δυσκαταποσία:** Οφείλεται σε πίεση ή διήθηση του οισοφάγου από τον πρωτοπαθή όγκο ή από λεμφαδενικές μεταστάσεις.

**Σύνδρομο Horner:** (πτώση άνω βλεφάρου, εωόφθαλμο, μύση, ανυδρωσία συστοίχουημιμορίου του προσώπου). Οφείλεται σε διήθηση των συστολιχων κατωτέρων αυχενικών συμπαθητικών γαγγλίων από τον όγκο.

#### **IV.Συμπτώματα που οφείλονται σε μεταστάσεις του όγκου:**

Δεκατική πυρετική κίνηση, καταβολή δυνάμεων, ίκτερος, πόνος, κεφαλαλγία, ζάλη, περικαρδίτιδα, καρδιακή αρρυθμία, παράλυση διαφράγματος, εστιακά νευρολογικά φαινόμενα κ.τ.λ. Τα συμπτώματα αυτά εξαρτώνται αποκλειστικά από την εντόπιση των μεταστάσεων.

#### **V.Παρανεοπλασματικές εκδηλώσεις:**

**Ενδοκρινολογικά σύνδρομα:** Σύνδρομο Cushing, ανεπάρκεια επινεφριδίων, υπερέκκριση χοριακής γοναδοτροπίνης κ.τ.λ.

**Αιματολογικές διαταραχές:** Αναιμία, κοκκιοκυτταροπενία, θρομβοκυττάρωση,κτλ.

**Δερματολογικές εκδηλώσεις:** (υπερκεράτωση, σκληροδερμία, δερματομυοσίτιδα).

**Νευρομυικές εκδηλώσεις:** (μυασθενική συνδρομή πολυομυοσίτιδα).

**Πνευμονική υπερτροφική οστεοαρθροπάθεια:** (πληκτροδακτυλία).<sup>4</sup>



# Κεφάλαιο 8

## ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Αυτή γίνεται με τις ανωτέρω περιγραφόμενες εξετάσεις και επί πλέον με την αξονική τομογραφία. Ακριβέστερη σταδιοποίηση έχουμε με τη χειρουργική επέμβαση στην οποία όμως καταφεύγει κανείς όταν κρίνει ότι η νόσος είναι αφαιρεσιμη.

Διακρίνονται τέσσερα κλινικά στάδια καρκίνου του πνεύμονος:

Στάδιο 0: Κυτταρολογική θετική χωρίς κανένα άλλο κλινικό ή εργαστηριακό εύρημα. (Αρνητική ακτινογραφία θώρακος-όχι μεταστάσεις)

Στάδιο I: Μέγεθος όγκου < 3 εκ. Σε διάμετρο με ή χωρίς συστοίχους λεμφαδένες ή > 3 εκ. Αλλά με εντόπιση 2 εκ. Και πλέον από το διχασμό της τραχείας και και χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις.

Στάδιο II: Μέγεθος όγκου > 3εκ. Σε διάμετρο με μόνο σύστοιχες λεμφαδενικές μεταστάσεις.

Στάδιο III: Όγκος τοπικά πολύ εκτεταμένος ή με μεταστάσεις.

Επίσης από το 1985 ισχύει το νέο διεθνές σύστημα σταδιοποίησης TNM με το οποίο καθορίζεται η θέση, το μέγεθος και ο βαθμός επέκτασης του πρωτοπαθούς όγκου στους παρακείμενους ιστούς καθώς και η ύπαρξη λεμφαδενικών ή απομακρυσμένων μεταστάσεων.<sup>6</sup>

### Σταδιοποίηση-Ταξινόμηση κατά TNM

#### Ορισμοί του πρωτοπαθούς όγκου(T)

**T<sub>x</sub>**: Όγκος που αποδεικνύεται από την παρουσία κακοήθων κυττάρων στις βρογχοπνευμονικές εκκρίσεις χωρίς να φαίνεται ακτινολογικά ή βρογχοσκοπικά ή οποιοσδήποτε όγκος που δε μπορεί να εκτιμηθεί μετά από θεραπεία και επανασταδιοποίηση.

**T<sub>0</sub>**: Καμμία ένδειξη πρωτοπαθούς όγκου.

**T<sub>is</sub>**: Καρκίνωμα in situ.

**T<sub>1</sub>**: Όγκος με διάμετρο μέχρι 3.0 cm που περιβάλλεται από πνευμονικό παρέγχυμα ή περισπλάχνιο υπεζωκότα και χωρίς ένδειξη επέκτασης σε λοβιαίο βρογχο στη βρογχοσκόπηση. Επίσης οποιοδήποτε μεγέθους επιπολής αναπτυσσόμενος όγκος που περιορίζεται μέχρι το βρογχικό τοίχωμα και μπορεί να επεκτείνεται μέχρι κύριο βρόγχο.

**T<sub>2</sub>**: Όγκος μεγαλύτερος από 3.0 εκ. Σε διάμετρο ή όγκος οποιοδήποτε μεγέθους που διηθεί το περισπλάχνιο υπεζωκότα ή συνοδεύεται από ατελεκτασία ή αποφρακτική πνευμονίτιδα που επεκτείνεται στην περιοχή της πύλης. Βρογχοσκοπικώς ο όγκος επεκτείνεται στον περιοχικό βρόγχο ή τουλάχιστον 2.0 εκ. Μακριά από την τρόπιδα. Η συνοδός ατελεκτασία ή αποφρακτική πνευμονίτιδα πρέπει να μην καταλαβαίνει ολόκληρο τον πνεύμονα.

**T3:** Όγκος οποιουδήποτε μεγέθους με άμεση επεκταση στο θωρακικό τοίχωμα, διάφραγμα ή μεσοθωρακικό υπεζωκότα ή περικάρδιο χωρίς να προσβάλλει την καρδιά, μεγάλα αγγεία, τραχεία, οισοφάγο ή σπονδυλο ή όγκος κυρίου βρόγχου εωτός 2 εκ. Από την κύρια τρόπιδα χωρίς προσβολή της.

**T4:** Όγκος οποιουδήποτε μεγέθους με διήθηση του μεσοθωρακίου ή προσβολής της καρδιάς, μεγάλων αγγείων, τραχείας, οισοφάγου, σπονδύλου ή τρόπιδος ή παρουσία κακοήθων κυττάρων στο πλευριτικό ύγρο.<sup>4</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9



# Κεφάλαιο 9

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

### 9.1 Βασικές θεραπευτικές μέθοδοι

Τρεις είναι οι βασικές θεραπευτικές μέθοδοι:

A) **Χειρουργική:** Είτε με λοβεκτομή ή πνευμονεκτομή. Αφορά μικρό ποσοστό και μάλιστα τους όγκους μέχρι στάδιο I, σπάνια μέχρι στάδιο II.

B) **Ακτινοθεραπεία:** Εφαρμόζεται σε πρώιμου σταδίου – ανεγχείρητους όγκους για θεραπευτικούς σκοπούς ή και σε προχωρημένου σταδίου για ανακουφιστικούς σκοπούς.

Γ) **Χημειοθεραπεία με κυτταροστατικά:** Εφαρμόζεται σε προχωρημένα στάδια της νόσου αλλά και σε πρώιμα συνδυαζόμενη με την ακτινοθεραπεία ή / και τη χειρουργική.

Και ενώ στα μικροκυτταρικά καρκινώματα η χημειοθεραπεία έχει σήμερα τη θέση της θεραπείας εκλογής με συμπληρωματική την ακτινοθεραπεία ή καμιά φορά και τη χειρουργική, στα μη μικροκυτταρικά δεν υπάρχει ενιαία θεραπεία καθιερωμένη. Αυτό οφείλεται αφ' ενός στο υψηλό ποσοστό αποτυχίας των θεραπειών και στην ποικιλία συμπεριφοράς των νεοπλασμάτων της ομάδας αυτής. Υπάρχουν τρεις βασικά τύποι, μερικοί μικτοί και ενίοτε σε συνδυασμό με μικροκυτταρικό καρκίνο και υπάρχει ποικίλος βαθμός διαφοροποίησης από λίαν αδιαφοροποίητο ως καλώς διαφοροποιημένο. Η διαφοροποίηση είναι ένας από τους παράγοντες που καθορίζουν αφ' ενός την ταχύτητα διασποράς αφ' ετέρου την ευαισθησία στην ακτινοθεραπεία και τη χημειοθεραπεία.

Ασφαλώς πάντοτε στους μη μικροκυτταρικούς καρκίνους όταν το στάδιο είναι πρώιμο εφαρμόζεται η χειρουργική επέμβαση η οποία όμως διαπιστώνει ότι μέρος αυτών των όγκων που με κλινικοεργαστηριακά δεδομένα θεωρήθηκαν χειρουργήσιμοι, δεν είναι αφαιρέσιμοι. Είναι πάντως μικρό το ποσοστό των σθενών που θα φθάσουν στο χειρουργείο. Λιγότερο του 1/5 του συνόλου.<sup>8</sup>

Έτσι λοιπόν μένει στην πλειονότητα των αρρώστων να επιλέξει κανείς ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία. Η πλειονότητα των ασχολούμενων με τον καρκίνο του πνεύμονα γιατρών αποφασίζει για ακτινοβολία όταν η νόσος είναι ενδοπνευμονικά περιορισμένη αλλά ανεγχείρητη και για χημειοθεραπεία όταν υπάρχουν εξωπνευμονικές μεταστάσεις όπως π.χ. στο ήπαρ. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να προσφέρει μερικές ή πλήρεις ανταποκρίσεις σε ένα ποσοστό 40-65% αλλά η πενταετής επιβίωση δεν υπερβαίνει το 3-7% σε μη επιλεγμένες περιπτώσεις. Πάντως η χορήγηση της ακτινοθεραπείας διακρίνεται σε θεραπευτική (ή ριζική) και σε ανακουφιστική. Σε περιπτώσεις ασθενών που αρνήθηκαν τη χειρουργική επέμβαση ή υπήρχαν λόγοι αντένδειξης για εφαρμογή της χειρουργικής θεραπείας εφαρμόστηκε η ακτινοθεραπεία και ναι μεν επέτυχε πλήρεις υφέσεις σε ένα ποσοστό αλλά η πενταετής επιβίωση δεν υπερέβη το 10%. 5.000 – 6.000 rads σε διάστημα 5 – 6 εβδομάδων είναι η συνήθης θεραπευτική δόση. Ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται όταν υπάρχει προσβολή από τη νόσο του μεσοθωρακίου ή και σε ανάλογες περιπτώσεις μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Οστικές επώδυνες μεταστάσεις και επικίνδυνες για κατάγματα αποτελούν ένδειξη για ανακουφιστική ακτινοθεραπεία. Σε περιπτώσεις εγκεφαλικών μεταστάσεων η ακτινοθεραπεία είναι η θεραπεία εκλογής και προσφέρει σε ένα ποσοστό που μπορεί να φθάνει και το 50% βελτίωση και παράταση της επιβίωσης.<sup>6</sup>

## **9.2 Χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του πνεύμονα**

Οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα πρέπει να σταδιοποιούνται προ της επεμβάσεως και προϋποθέτουν ειδική αναισθησία και εξειδικευμένο αναισθησιολόγο. Η επέμβαση θα πρέπει να είναι λεπτολόγος και η αιμόσταση πολύ προσεκτική.

### **1. Η χειρουργική του σταδίου T<sub>x</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub>**

Αυτό το στάδιο αφορά τους ασθενείς όπου η ανεύρεση του καρκίνου επιβεβαιώθηκε από κυτταρολογικές εξετάσεις μόνο. Φυσικά, τέτοιοι ασθενείς θα πρέπει να έχουν πλήρη μελέτη του ανωτέρου αναπνευστικού, για τον αποκλεισμό υπάρξεως καρκίνου π.χ. του λάρυγγα. Αν η μελέτη είναι αρνητική αμέσως ο ασθενής παραπέμπεται για λεπτομερή έλεγχο εντοπίσεως του όγκου μέσα στον πνεύμονα. Η βρογχοσκόπηση έχει πρωτεύοντα διαγνωστικό ρόλο εφόσον γίνεται από πεπειραμένο ενδοσκόπο και με το εύκαμπτο ινοσκόπιο.

Η αξονική τομογραφία είναι το επόμενο βήμα εντοπίσεως αυτού του καρκινώματος in situ, αν και μπορεί να αποτύχει. Η NMR τέλος πιθανόν να εντοπίσει τον όγκο αν είναι γύρω στο 1 – 1.5 mm. Πάντως χειρουργική επέμβαση θα αποφασιστεί εφόσον εντοπιστεί με βεβαιότητα η ανατομική θέση του όγκου.

Στατιστικώς γνωρίζουμε ότι οι όγκοι in situ, ανευρίσκονται κυρίως στους άνδρες 45 μέχρι 76 ετών. Ο τύπος είναι συνήθως μαλπιγγιανό καρκίνωμα. Όλοι οι ασθενείς μετά την επέμβαση βρίσκονται, όπως συνήθως, υπό συνεχή παρακολούθηση. Από τα αποτελέσματα που έχουν ανακοινωθεί η πενταετής επιβίωση φθάνει το 73,8% με τη χειρουργική θεραπεία μόνο. Υπάρχει όμως πιθανότητα μέχρι 22% και δεύτερης προσβολής.

### **2. Η χειρουργική των σταδίων I και II (T<sub>1</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub> , T<sub>1</sub> N<sub>1</sub> M<sub>0</sub> , T<sub>2</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub> – T<sub>2</sub> N<sub>1</sub> M<sub>0</sub>)**

Οι ασθενείς των σταδίων I και II, που έχουν επιλεγεί προς επέμβαση μετά από λεπτομερή προεγχειρητική προετοιμασία, υφίστανται αφαίρεση ενός λοβού ή λοβών με καθαρισμό των παραπυλαίων λεμφαδένων και των λεμφαδένων του μεσοθωρακίου.

Η χειρουργική αφαίρεση των λεμφαδένων πρέπει να γίνεται πάντοτε με οδηγό «χάρτη λεμφαδένων» του θώρακος, ώστε να αποστέλλονται αριθμημένοι, ανάλογα με την ανατομική τους θέση, για παθολογοανατομική εξέταση. Υποπτοι ιστοί του υπεζωκότος ή του περικαρδίου αφαιρούνται. Επίσης ελέγχεται η περιοχή άνωθεν της τρόπιδος.

Τα αποτελέσματα μιας τέτοιας επεμβάσεως ποικίλουν ανάλογα με το κέντρο, τον τύπο του όγκου, τη γενική κατάσταση του ασθενούς και την ακολουθούμενη επιπρόσθετη θεραπευτική αγωγή (ακτινοβολία, χημειοθεραπεία).

### **3. Συντηρητικές επεμβάσεις**

Οι συντηρητικές επεμβάσεις έχουν καθιερωθεί στη χειρουργική του καρκίνου του πνεύμονα, οι δε ενδείξεις εφαρμογής τους είναι: α) ηλικιωμένα άτομα άνω των 70 ετών, β) περιορισμένη αναπνευστική ικανότητα, γ) όγκος εντοπισμένος στον άνω λοβό ή όγκος που καταλαμβάνει τον κύριο βρόγχο (δεξιά T<sub>3</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub> και αριστερά T<sub>2</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub>), δ) αφαίρεση του όγκου και των μεταστατικών λεμφαδένων και ιστών προς διευκόλυνση της περαιτέρω θεραπευτικής αγωγής και ε) μερική αφαίρεση του όγκου ή μεταστάσεων προς αποφυγή σοβαρών επιπλοκών.

Οι συντηρητικές επεμβάσεις συνίστανται σε κυκλοτερή αφαίρεση του βρόγχου και τμήματος του πνεύμονα. Επίσης, δυνατόν να αφαιρεθούν τμήματα της πνευμονικής αρτηρίας και των φλεβών και στη συνέχεια να γίνει αγγειοπλαστική αυτών.

### **4. Η χειρουργική του σταδίου III (T<sub>3</sub> ό,τι N ή M, N<sub>2</sub> ό,τι T ή M, M<sub>1</sub> ό,τι N ή T)**

Για τη χειρουργική αντιμετώπιση του σταδίου III οι ασθενείς επιλέγονται με μεγαλύτερη προσοχή γιατί η εκτομή είναι περισσότερο εκτεταμένη. Είναι δυνατό να αφαιρεθούν τμήματα του τοιχώματος του θώρακος που αναπληρώνονται με μυοπλαστική ή / και πλαστική πρόθεση ή τμήμα του περικαρδίου με το φρενικό νευρό.

Η χειρουργική θνητότητα είναι λίγο μεγαλύτερη από εκείνη του σταδίου I ή II. Η επιβίωση στο σύνολό της μπορεί να φθάσει το 38% στην τετραετία (αδενο-Ca 34%, μαλπιγγιανό 42%). Η επιπρόσθετη θεραπεία με ακτινοβολία και χημειοθεραπεία είναι πιθανόν να βελτιώσει τα αποτελέσματα.

### **5. Η χειρουργική θεραπεία σταδίου III – προσβολή του άνω λοβού και του τοιχώματος – (Pancoast tumor)**

Έχει περιγραφεί από τον Pancoast το 1919. Οι ασθενείς επιλέγονται για εκτεταμένη χειρουργική επέμβαση και διερεύνηση του αυχενικού πλέγματος. Ο όγκος αφαιρείται en block με τμήμα του προσβληθέντος τοιχώματος. Εκτός από την κύρια επέμβαση γίνεται καθαρισμός των λεμφαδένων της πύλης και του μεσοθωρακίου.

Η πενταετής επιβίωση εδώ υπολογίζεται, μετά την επιπρόσθετη θεραπευτική ακτινοβολία στο 31%.

### **6. Η χειρουργική αντιμετώπιση του μικροκυτταρικού Ca του πνεύμονα (oat cell)**

Το πρόβλημα της θεραπευτικής αγωγής του μικροκυτταρικού καρκινώματος έχει προβληματίσει πολύ τους ειδικούς και τους χειρουργούς. Υπάρχουν ακόμη διαφωνίες μεταξύ των πνευμονολόγων και των χειρουργών για το αν χειρουργείται ή όχι. Ο λόγος είναι ότι θεωρείται γενικευμένη νόσος, που ανταποκρίνεται στη χημειοθεραπεία. Πλήν όμως, τα τελευταία χρόνια επικρατεί η άποψη ότι η χειρουργική επιβάλλεται σε επιλεγμένους ασθενείς με άμεση συνέχιση ακτινοβολίας και χημειοθεραπείας.

Η καλύτερη επιλογή είναι εκείνη μέχρι T<sub>1</sub> N<sub>1</sub> M<sub>0</sub>.

Συμπερασματικά, η χειρουργική θεραπεία του καρκινώματος του πνεύμονα, κάθε σταδίου μικροκυτταρικού τύπου ή μη, πρέπει να συνδυάζεται με ακτινοβολία, χημειοθεραπεία ή και άλλους χειρισμούς. Η χρησιμοποίηση της ιντερφερόνης ενδέχεται να βελτιώσει ακόμη περισσότερο την επιβίωση. Επίσης, η εισαγωγή των μονοκλωνικών αντισωμάτων φαίνεται να αποτελεί πραγματική πρόοδο στη θεραπευτική αντιμετώπιση. Επομένως με μια καθορισμένη αγωγή μπορεί να βελτιωθεί η πενταετής επιβίωση κατά αρκετές ποσοστιαίες μονάδες.<sup>1</sup>

### **9.3 Αποτελέσματα χειρουργικής θεραπείας**

Τα αποτελέσματα της χειρουργικής θεραπείας διακρίνονται σε άμεσα και αψότερα.

**9.3.1 Άμεσα αποτελέσματα:** Ο κύριος δείκτης των άμεσων μετεγχειρητικών αποτελεσμάτων είναι η εγχειρητική θνησιμότητα. Με τον όρο αυτό νοείται το σύνολο των θανάτων, που σημειώνονται σε εκατό χειρουργημένους ασθενείς κατά τη διάρκεια της εγχείρησης και κατά τις πρώτες 30 μετεγχειρητικές ημέρες ή μέχρι να εξέλθει ο άρρωστος από το νοσοκομείο, εφόσον η μετεγχειρητική του νοσηλεία παρατείνεται περισσότερο από ένα μήνα.

Οι πρόοδοι που έχουν σημειωθεί κατά τα τελευταία χρόνια, στην ορθή επιλογή των αρρώστων, στην αναισθησιολογία και στη μετεγχειρητική αντιμετώπιση, συντέμνουν στην σημαντική μείωση της εγχειρητικής θνητότητας. Επί συνόλου 2.220 ασθενών, που υποβλήθηκαν σε εκτομή του βρογχογενούς καρκίνου σε 12 νοσοκομεία των Η.Π.Α και του Καναδά κατά τα έτη 1979 ως 1981, η εγχειρητική θνητότητα ήταν 3,7%. Για την πνευμονεκτομή η μέση εγχειρητική θνητότητα ήταν 6,2% κυμαινόμενη στα διάφορα νοσοκομεία μεταξύ 0 και 25%. Για τη λοβεκτομή η μέση εγχειρητική θνητότητα ήταν 2,9% κυμαινόμενη στα διάφορα νοσοκομεία μεταξύ 0 και 4,5%. Η διαφορά της εγχειρητικής θνητότητας μεταξύ της πνευμονεκτομής και της λοβεκτομής ήταν στατιστικώς σημαντική. Για την τμηματεκτομή και τη σφηνοειδή εκτομή του όγκου η μέση εγχειρητική θνητότητα ήταν 1,4%. Η διαφορά της εγχειρητικής θνητότητας μεταξύ της λοβεκτομής αφ' ενός και της τμηματεκτομής και της σφηνοειδούς εκτομής του όγκου αφ' ετέρου δεν ήταν στατιστικώς σημαντική. Η εγχειρητική θνητότητα ήταν 1,3% σε ασθενείς ηλικίας κάτω των 60 ετών, 4,1% σε ασθενείς ηλικίας 60 – 69 ετών και 7,1% σε ασθενείς άνω των 70 ετών. Οι διαφορές θνητότητας μεταξύ των αρρώστων αυτών των τριών ομάδων ηλικιών ήταν στατιστικώς σημαντικές.

Αντίστοιχα καλά αποτελέσματα έχουν δημοσιευθεί και από άλλους συγγραφείς. Ακόμη και σε παλιότερες δημοσιεύσεις, που αναφέρονται σε αρρώστους που χειρουργήθηκαν κατά τα έτη 1945 ως 1965 και 1951 ως 1980 η εγχειρητική θνητότητα επί του συνόλου των εκτομών ήταν μικρότερη του 7%.<sup>9</sup>

**9.3.2 Αψότερα Αποτελέσματα:** Ο κύριος δείκτης της αποτελεσματικότητας της χειρουργικής θεραπείας μιας κακοήθους νόσου είναι η αψότερη επιβίωση των αρρώστων. Δύο είναι τα χρονικά ορόσημα, που χρησιμοποιούνται συχνότερα για τη μέτρηση της αψότερης επιβίωσης: 5 και 10 χρόνια μετά την εγχείρηση.

Σε παλιότερες σειρές αρρώστων, τα αποτελέσματα των οποίων δημοσιεύτηκαν πριν από το 1970, η πενταετής επιβίωση του συνόλου των αρρώστων που υποβάλλονταν σε

εκτομή του όγκου κυμαινόταν μεταξύ 20-30%. Οι ασθενείς που υποβάλλονταν σε λοβεκτομή είχαν πενταετή επιβίωση 30-35% και όσοι υποβάλλονταν σε πνευμονεκτομή είχαν πενταετή επιβίωση 20-25%. Ο Paulson, επί 753 εκτομών βρογχογενούς καρκίνου, τις οποίες διενήργησε σε ισάριθμους αρρώστους κατά τα έτη 1945 ως 1965, είχε πενταετή επιβίωση 24% επί του συνόλου των ασθενών και αναλυτικότερα: 31% επί των αρρώστων που υποβλήθηκαν σε λοβεκτομή και 15% επί των αρρώστων που υποβλήθηκαν σε πνευμονεκτομή. Επί των αρρώστων, των οποίων ο όγκος έδινε προεγχειρητικά την ακτινολογική εικόνα της νομισματοειδούς σκίασης πνεύμονος, η πανταετής επιβίωση ήταν 51%. Όσοι απ' αυτούς τους αρρώστους ήταν ασυμπτωματικοί προεγχειρητικώς είχαν πενταετή επιβίωση 40%. Πρέπει να τονιστεί ότι σ' αυτές τις σειρές περιλαμβάνονται και άρρωστοι με μικροκυτταρικό καρκίνο. Για παράδειγμα, από τους 753 ασθενείς του Paulson, οι 51 είχαν μικροκυτταρικό καρκίνο. Στην πραγματικότητα όλοι οι ασθενείς με μικροκυτταρικό καρκίνο, που είχαν χειρουργικώς εξαιρέσιμο όγκο, εκείνη την εποχή υποβάλλονταν σε εκτομή του όγκου. Επιπλέον εκείνη την εποχή η επιλογή των αρρώστων για χειρουργική θεραπεία δεν ήταν η ίδια με τη σημερινή. Δεν υπήρχε κοινώς αποδεκτό σύστημα σταδιοποίησης της νόσου. Δεν υπήρχε υπολογιστική τομογραφία για προεγχειρητική διερεύνηση του μεσοθωρακίου. Η μεσοθωρακοσκόπηση δε γινόταν καθόλου ή γινόταν σε πολύ λίγα νοσοκομεία. Δε γινόταν συστηματική διερεύνηση των λεμφαδένων του μεσοθωρακίου κατά την εγχείρηση, όπως σήμερα.

Επομένως πρέπει βεβαίως να δεχθούμε ότι μεταξύ των αρρώστων υπήρχαν αρκετοί με μεταστάσεις στους λεμφαδένες της αντίστοιχης πλευράς του μεσοθωρακίου σε σχέση με τον όγκο. Η νόσος αυτών των ασθενών σύμφωνα με το νέο διεθνές σύστημα σταδιοποίησης του καρκίνου του πνεύμονος, είναι σταδίου IIIβ και κατά γενική αποδοχή είναι ανεγχείρητη.

Αργότερα έγινε γνωστό ότι ο κύριος παράγοντας που επηρεάζει την απώτερη επιβίωση, είναι η έκταση της νόσου, δηλαδή το στάδιο, στο οποίο βρίσκεται η νόσος κατά το χρόνο της εγχείρησης.<sup>9</sup>

#### 9.4 Ειδικές περιπτώσεις

1. Ηλικιωμένοι ασθενείς. Άλλοτε ασθενείς άνω των 70 θεωρούνταν ακατάλληλοι για εγχείρηση. Σήμερα οι αντιλήψεις έχουν αλλάξει. Εφόσον οι αναπνευστικές εφεδρείες είναι καλές, ο ασθενής δεν έχει σοβαρό καρδιαγγειακό πρόβλημα, τότε η εγχείρηση είναι εφικτή. Η θνητότητα των εγχειρήσεων είναι περίπου 18% αντίθετα προς τη συνήθη θνητότητα των 8-10%, η δε διετής επιβίωση είναι 65%.
2. Συμμετοχή θωρακικού τοιχώματος. Η αφαίρεση πνεύμονα και πλευρών πρέπει να επιχειρείται εφόσον είναι εφικτή. Κατά την επέμβαση αφαιρείται η προσβληθείσα περιοχή του τοιχώματος και ανά μία υγιής πλευρά άνωθεν και κάτωθεν. Ακολουθεί προσθετική επέμβαση. Η πενταετής επιβίωση υπολογίζεται σε 20-25%.
3. Όγκοι του άνω θωρακικού πόρου.όρου. Σ' αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόζεται αρχικά ακτινοθεραπεία που αφορά τον όγκο, το γειτονικό μεσοθωράκιο και την υπερκλειδία περιοχή δια 4.000 rads μέσα σε 4 εβδομάδες. Μετά την πάροδο τεσσάρων εβδομάδων γίνεται επανεκτίμηση. Αν η μάζα μετά την ακτινοθεραπεία είναι περιορισμένη επιχειρείται η en block εξαίρεση όλων των πασχόντων ιστών και του τοιχώματος. Εάν η πλήρης εξαίρεση δεν είναι δυνατή αφαιρείται ο πάσχοντας ιστός με τριγωνική εκτομή ή λοβεκτομή και στο τοίχωμα γίνεται εμφύτευση ραδιενεργών σωματιδίων.

4. Όγκοι με πλευριτικό υγρό. Εάν η κυτταρολογική εξέταση είναι θετική, η πενταετής επιβίωση είναι μηδαμινή. Επιχειρείται έλεγχος του εξιδρώματος με παροχέτευση και στη συνέχεια έγχυση αζωθυπερίτου 20 mg ή προτιμότερα τετρακυκλίνης 1-1,5 gr. Εάν η κυτταρολογική είναι αρνητική, επιχειρείται εκτομή, αν και ο όγκος κατά κανόνα δυσχερώς αφαιρείται σε τέτοιες περιπτώσεις.
5. Καρκινώματα αποκαλυπτόμενα ανεγχείρητα κατά την επέμβαση. Το 50% από τα καρκινώματα του πνεύμονα θεωρούνται προεγχειρητικά εξαιρέσιμα. Κάποια από αυτά αποκαλύπτονται κατά την εγχείρηση μη εξαιρέσιμα είτε λόγω διηθήσεως του τοιχώματος μεγάλων αγγείων, τραχείας, οισοφάγου είτε λόγω αποκαλυπτομένων περιορισμένων αναπνευστικών εφεδρειών. Σ' αυτούς τους ασθενείς εισάγονται ραδιενεργά σωματίδια ραδονίου, χρυσού, ιριδίου ή ιωδίου.
6. Σύνδρομο πύεσως άνω κοίλης φλέβας. Χορηγείται ακτινοθεραπεία σε συνδυασμό με στερινοειδή.
7. Θεραπεία εγκεφαλικής μεταστάσεως. α) μεγάλη δόση στερινοειδών λ.χ. 4 mg δεξαμεθαζόνης ανά εξάωρο, β) μετά από ακριβή εντόπιση της μεταστάσεως επιχειρείται ακτινοθεραπεία 500 rads καθημερινά για 3 μέρες και μετά ανάπαυση 4 ημερών εκ νέου 300 rads ημερησίως για 8 ημέρες. Πάντως η πρόγνωση είναι κάκιστη.<sup>10</sup>



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10**

# Κεφάλαιο 10

## ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Η φυσική ιστορία του καρκίνου του πνεύμονος διαμορφώνεται από τον ιστολογικό τύπο, την εντόπιση του όγκου, την ηλικία του ασθενούς και άλλους παράγοντες. Χωρίς χειρουργική θεραπεία 95% των ασθενών είναι νεκροί μέσα σε δύο χρόνια. Από τους ασθενείς που κρίνονται κατάλληλοι για χειρουργική θεραπεία (25% του συνόλου) το 30% ζουν για 5 χρόνια. Σε συσχέτιση με το κλινικό στάδιο της νόσου η επιβίωση ενός ετους, με χειρουργική θεραπεία, έχει ως εξής: στάδιο I - 70%, στάδιο II - 50%, στάδιο III - 10-25% και T<sub>3</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub> - 35%. Η πενταετής επιβίωση: στάδιο I – 40-45%, στάδιο II – 15-35%, στάδιο III - 5-15%. Η πρόγνωση είναι βαρύτερη σε νέα άτομα και γυναίκες.<sup>11</sup>





# Κεφάλαιο 11

## ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

### 11.1 Έλεγχος για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση νεοπλασμάτων του πνεύμονα

Ο βρογχογενής καρκίνος αποτελεί τη συχνότερη μορφή νεοπλασματικής νόσου που προσβάλλει τον άνθρωπο σε όλο τον κόσμο και ευθύνεται για το 28% των θανάτων που οφείλονται σε κακοήγη νοσήματα που συμβαίνουν ετησίως.

Ο καρκίνος του πνεύμονα έχει ξεπεράσει τον καρκίνο του στομάχου στο ανδρικό φύλο, ενώ στο γυναικείο φύλο, σε πολλές χώρες κατέχει τη δεύτερη θέση μετά τον καρκίνο του μαστού, ενώ σε άλλες χώρες έχει ξεπεράσει τον καρκίνο του μαστού και αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου που οφείλεται σε κακοήγη αίτια.

Τα τελευταία χρόνια σημειώθηκε σημαντική πρόοδος στις διαγνωστικές τεχνικές, στις χειρουργικές τεχνικές, στην αναισθησιολογία, στον τομέα της χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας. Επίσης είναι πληρέστερη η προεγχειρητική σταδιοποίηση, πιο σωστή η προεγχειρητική προετοιμασία και καλύτερη η μετεγχειρητική υποστήριξη με τη συνεχή καταγραφή των παραμέτρων ζωτικών λειτουργιών και την υποστήριξη των μονάδων εντατικής θεραπείας.

Από τα ανωτέρω αναφερθέντα προκύπτει αβίαστα το συμπέρασμα ό,τι ο μόνος τρόπος για να μειωθεί ο αριθμός των θανάτων που οφείλονται σε βρογχογενή καρκίνο είναι η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση.

Σε ό,τι αφορά την πρόληψη είναι γνωστό ότι το κάπνισμα αποτελεί το σημαντικό παράγοντα για την ανάπτυξη του καρκίνου του πνεύμονα και χρειάζεται να γίνει σωστή ενημέρωση σχετικά με τους πολλαπλούς κινδύνους της καπνιστικής συνήθειας. Και όπως αναφέρθηκε πιο πάνω το κάπνισμα ευθύνεται για το 80-90% των περιπτώσεων ανάπτυξης καρκίνου του πνεύμονα.

Όσον αφορά την έγκαιρη διάγνωση πρέπει να αναζητηθούν μέθοδοι πρώιμης διάγνωσης που να είναι εύκολες στην εφαρμογή, να μην ταλαιπωρούν τα υπο έλεγχο άτομα, να έχουν φθινό κόστος και να είναι μεγάλης ακρίβειας.

Η κατανόηση της διαδικασίας γονιδιακού ελέγχου των λειτουργιών των κυττάρων, ειδικά σε ό,τι αφορά τους γενετικούς παράγοντες που ελέγχουν την ανάπτυξη των κυττάρων, όπως τα ογκογονίδια και τα γονίδια καταστολής (suppressor genes), μπορεί να βοηθήσει στην ανίχνευση των πρώιμων γεγονότων στη διαδικασία μετάλλαξης. Η ύπαρξη προκαρκινικών καταστάσεων είναι γνωστή από το 1941 συγχρόνως όμως είναι γνωστό ότι όλες οι πρώιμες μεταβολές, σε κυτταρικό επίπεδο δεν καταλήγουν πάντοτε σε ανάπτυξη καρκίνου. Για το λόγο αυτό ο προσδιορισμός των γεγονότων που οδηγούν στην αυτόματη εξαφάνιση των παθολογικών εστιών μπορεί να επιτρέψει την παρεμπόδιση της καρκινογένεσης.

Μεγάλης σημασίας είναι η αναζήτηση διαφόρων μοριακών δεικτών (Molecular markers) που μπορεί να είναι χρήσιμοι για την ανεύρεση του 20% των καπνιστών που θα

αναπτύξει καρκίνο του πνεύμονα και για τον έλεγχο ειδικών ομάδων του πληθυσμού που είναι υψηλού κινδύνου.

Όταν γίνει εφικτός ο εντοπισμός των ατόμων υψηλού κινδύνου, τότε η ομάδα αυτή μπορεί να αποδειχθεί σημαντική για την αξιολόγηση νέων μεθόδων για την πρόληψη ανακάλυψη του βρογχογενούς καρκίνου.

Η αξία του μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου του πληθυσμού (Screening) για την πρόληψη διάγνωση και έγκαιρη θεραπεία του βρογχογενούς καρκίνου παραμένει αμφιλεγόμενη και στην διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν αντικρουόμενα συμπεράσματα. Υπάρχουν αρκετές μελέτες που αναφέρονται στον περιοδικό τακτικό πληθυσμιακό έλεγχο για την ανίχνευση του καρκίνου του πνεύμονα σε πρώιμα στάδια. Μερικοί ερευνητές χρησιμοποίησαν την απλή ακτινογραφία του θώρακα με ή χωρίς κυτταρολογική εξέταση πτυέλων, άλλοι χρησιμοποίησαν ανοσοχρωστικές τεχνικές με χρήση μονοκλωνικών αντισωμάτων.

Η ακτινογραφία του θώρακα και η κυτταρολογική εξέταση των πτυέλων αποτελούν το μοναδικό τρόπο πρόληψης ανίχνευσης του καρκίνου του πνεύμονα με χαμηλό κόστος. Γνωστές είναι οι μελέτες του Weis το 1982 (Philadelphia Pulmonary Neoplasm Project), η πολυκεντρική μελέτη από τα νοσοκομεία Johns Hopkins, Memorial Sloan – Kettering Cancer Center και την Mayo Clinic (Berlin 1984) και του Flehinger και συν. το 1992. Οι πρώτες δύο μελέτες έδειξαν ότι ο τακτικός και περιοδικός ακτινολογικός έλεγχος και η πρόληψη ακτινολογική διάγνωση δεν συνέβαλαν στην αύξηση της πενταετούς επιβίωσης. Η τρίτη μελέτη όμως είχε διαφορετικό συμπέρασμα και έδειξε ότι ο ετήσιος ακτινολογικός έλεγχος που έγινε σε άνδρες καπνιστές ηλικίας 45 ως 80 ετών είχε σαν συνέπεια την μείωση της θνησιμότητας από αδενοκαρκίνωμα και μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα κατά 18%.

Σε ό,τι αφορά την κυτταρολογική εξέταση των πτυέλων, μερικές φορές είναι δυνατό να έχουμε θετική κυτταρολογική εξέταση πτυέλων, αλλά η ακτινογραφία του θώρακα και η αξονική τομογραφία μπορεί να μη δείχνει συγκεκριμένη παθολογικά αλλοίωση. Έχει βρεθεί ότι το 75% των ασθενών με θετική κυτταρολογική εξέταση πτυέλων και φυσιολογική ακτινογραφία θώρακα έχουν πλακώδες καρκίνωμα in situ ή σε αρχική φάση διήθησης του επιθηλίου του βρογχικού βλεννογόνου.<sup>12</sup>

Η πρόληψη ανίχνευση ασυμπτωματικών περιφερικών πνευμονικών όγκων είναι πολύ σημαντική γιατί αυτή ειδικά είναι η κατηγορία ασθενών που μπορεί να αντιμετωπιστεί με στόχο την ίαση. Γι' αυτό και ο πληθυσμιακός έλεγχος ατόμων υψηλού κινδύνου είναι πολύ σημαντικός. Άτομα υψηλού κινδύνου είναι:

- Άντρες και γυναίκες άνω των 40 ετών που καπνίζουν ή σταμάτησαν το κάπνισμα πρόσφατα.
- Άτομα με ΧΑΠΝ ή ουλές στο πνευμονικό παρέγχυμα.
- Άτομα που εκτίθενται σε καρκινογόνους παράγοντες, πέρα από το κάπνισμα.<sup>13</sup>

Μετά από τη συνοπτική ανάλυση που έγινε πιο πάνω γίνεται κατανοητό ότι ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί σημαντική απειλή για τη ζωή των ανθρώπων, δύσκολα ανιχνεύεται σε αρχικά στάδια και οι διάφορες προσπάθειες τακτικού περιοδικού μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου δεν έδωσαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Επίσης όλες οι θεραπείες που διαθέτουμε στο οπλοστάσιό μας ενάντια στον καρκίνο του πνεύμονα δεν έχουν αυξήσει σημαντικά την επιβίωση των ασθενών. Για τους παραπάνω λόγους ο μόνος τρόπος μείωσης του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του πνεύμονα είναι η καταπολέμηση

της καπνιστικής συνήθειας με σωστά προγράμματα ενημέρωσης που να ξεκινούν από τα μαθητικά χρόνια και να συνεχιστούν από όλους τους φορείς της κοινωνίας. Επίσης σημαντική αναμένεται να είναι η συμβολή της καταπολέμησης της μόλυνσης του περιβάλλοντος και της ατμόσφαιρας αλλά και η αποφυγή χρήσης τοξικών ουσιών στις φυτικές καλλιέργειες στη μείωση της συχνότητας του βροχογενούς καρκίνου.<sup>12</sup>

## 11.2 Κάπνισμα και καρκίνος πνεύμονα

Για τον καρκίνο του πνεύμονα ενοχοποιούνται διάφορα καρκινογόνα όπως: κάπνισμα, ακτινοβολία, αμιάντος κ.ά. Η ακτινοβολία είναι ισχυρότατος καρκινογόνος παράγοντας.

Ο αμιάντος αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα κατά 10-15 φορές, ιδιαίτερα σε άτομα που παράλληλα καπνίζουν.

Από τα πειραματικά δεδομένα προκύπτει ότι κατά την καύση του τσιγάρου και πιο σωστά κατά την πυρόλυση παράγεται καπνός, δηλαδή μείγμα αερίων, υγρών και στερεών ουσιών. Μερικές από τις ουσίες που περιέχονται στον καπνό, έχουν καρκινογόνες ιδιότητες.

Άλλοι ερευνητές, με την επάλειψη της πίσσας στο δέρμα πειραματοζώων (κονίκλων και επιμύων) και την έγχυση βενζοπυρενίου στο δέρμα, στον υποδόριο ιστό προκάλεσαν μετά από λίγους μήνες καρκίνο και σαρκώματα. Το ίδιο αποτέλεσμα, δηλαδή κακοήθεια προέκυψε και σε καλλιέργεια κυττάρων του γαστρικού βλεννογόνου.

Και άλλα πειράματα έγιναν σε σκυλιά και αρουραίους που εισέπνεαν καπνό από τσιγάρα και με το πέρασμα του χρόνου ανέπτυξαν καρκινώματα των βρόγχων – πνευμόνων.

Από κλινικά δεδομένα και νεκροτομές διαπιστώθηκε η ανάπτυξη βρογχογενούς καρκίνου ανάλογα βέβαια και με το βαθμό του χρόνου επιδράσεως του καπνού επί του βλεννογόνου και ανάλογα με τον αριθμό της ημερησίας ποσότητας τσιγάρων, όπως και με τον τρόπο του καπνίσματος (βαθείς ρουφηξίες). Επίσης έχει βρεθεί, ότι οι καρκινογόνες ουσίες του καπνού έχουν μεταλλαξιογόνες ιδιότητες, δηλαδή αλλαγή της γενετικής δομής.

IN VITRO και IN VIVO προκαλούν αυξημένες χρωμοσωματικές παραλλαγές στα λεμφοκύτταρα των καπνιστών. Πρόσφατα, οι PHILLIPS ET AL 1985, διεπίστωσαν ότι το κάπνισμα συνεπάγεται μείωση της δραστηριότητας των φυσικών φονικών κυττάρων. Αυτή η μείωση της δραστηριότητας των φυσικών φονικών κυττάρων πιθανόν να παίζει ρόλο στη παθογένεση του καρκίνου του πνεύμονα των καπνιστών. Το 90% των πασχόντων από καρκίνο του πνεύμονα ήταν καπνιστές. Η επιφάνεια του πνεύμονα είναι αρκετά ευαίσθητη και τα μικρόβια καταστρέφονται από τα λευκά αιμοσφαίρια του πνεύμονα. Κατά το κάπνισμα όμως, η αμυντική ικανότητα μειώνεται και βραδέως αναμένεται η εξέλιξη του καρκίνου. Είναι λοιπόν το κάπνισμα αργή επιδείνωση της υγείας και κατά συνέπεια η αντοχή των ασθενών προοδευτικά μειώνεται.

Ερευνητές σε μελέτη τους δημοσιευθείσα το 1997 στην επιθεώρηση του Εθνικού Ινστιτούτου για τον καρκίνο του πνεύμονα, γράφουν ότι μετξύ των ατόμων με ιστορικό καπνίσματος, το 86% παρουσίασε γενετικές αλλαγές κατά τη βιοψία, ενώ το 24% έδειξε αλλαγές σε όλο το φάσμα των εξετάσεων. Παράλληλα οι βιοψίες σε μη καπνιστές απέδειξαν ότι δεν είχε γίνει καμιά μετάλλαξη.

Οι γενετικές αυτές μεταλλάξεις σταδιακά οδηγούν στον καρκίνο, υπάρχουν όμως και στους πρώην καπνιστές, έστω και αν έχουν διακόψει το κάπνισμα προ πολλών ετών. Οι

καρκινογόνες ουσίες του καπνού απορροφώνται από τον αναπνευστικό βλεννογόνο, μεταβολίζονται στον οργανισμό του καπνιστή και αποβάλλονται με τα ούρα εμφανίζοντας μεταλλαξιογόνο δραστηριότητα κατά 5 –10 φορές εντονότερη, από ότι τα ούρα των μη καπνιστών.<sup>14,21</sup>

### 11.3 Η σημασία της αντικαπνιστικής εκστρατείας

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι σήμερα μια επιδημική ασθένεια, όπως επιδημία είναι και ο αιτιολογικός παράγοντας που την προκαλεί, το κάπνισμα. Θα πρέπει να γίνει σε όλους συνείδηση ότι οι περισσότεροι καρκίνοι που αναπτύσσονται στον ανθρώπινο οργανισμό δημιουργούνται από εξωγενείς παράγοντες. Και από αυτούς ο καπνός είναι ο κυριότερος. Συγχρόνως το οινόπνευμα δρα σαν παράγων συνέργειας, δηλαδή ενισχύει την καρκινογόνο δράση του καπνού σε καρκίνους, κυρίως του οισοφάγου, του παγκρέατος και της ουροδόχου κύστεως.

Η επίδραση του καπνίσματος στην ανάπτυξη του καρκίνου του πνεύμονα έχει άμεση σχέση με τον αριθμό των τσιγάρων σε ημερήσια κατανάλωση και με τη χρονιότητα της ενέργειας. Δηλαδή, όσο περισσότερα τσιγάρα καπνίζονται κάθε μέρα τόσο αυξάνει ο κίνδυνος αναπτύξεως καρκίνου. Επίσης ένα πακέτο την ημέρα επί 40 χρόνια είναι 8 φορές πιο επικίνδυνο από 2 πακέτα επί 20 χρόνια. Πρέπει επίσης να σημειώσουμε ότι οι βλάβες που προκαλούνται από το κάπνισμα στο βρογχικό επιθήλιο είναι αναστρέψιμες και ήδη από τον πρώτο χρόνο αρχίζει η ανάπλαση του κροσσωτού επιθηλίου των βρόγχων. Ωστε πρόληψη για τον καρκίνο του πνεύμονα είναι μόνο μία, η αποφυγή του καπνίσματος.

Σε κάθε μορφή καρκίνου αναφέρουμε ότι η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση αποτελούν τα πιο σημαντικά στοιχεία στην εξέλιξη της νόσου. Αλλά υπάρχει έγκαιρη διάγνωση για τον καρκίνο του πνεύμονα; Αν θέλει να είναι κανείς αντικειμενικός θα αναφέρει ότι έγκαιρη διάγνωση με μέσα που μπορούν να δώσουν μια ανακάλυψη ενός μικρού όγκου στον πνεύμονα σε μεγάλες ομάδες πληθυσμού δεν υφίσταται σήμερα. Ίσως μια ακτινογραφία θώρακα κάθε χρόνο και κάθε 6 μήνες στις ομάδες υψηλού κινδύνου, δηλαδή βαρείς καπνιστές που βρίσκονται μετά τη δεκαετία του 50 μπορεί να προσφέρει μια έγκαιρη ανακάλυψη ενός όγκου. Συγχρόνως ένα τεστ Παπανικολάου των πτυέλων με τρεις αλληπάλληλες λήψεις, πιθανόν να δώσουν ύποπτα πτύελα σ' αυτούς τους αρρώστους. Πρέπει όμως η λήψη των πτυέλων αυτών να είναι πρωινή μετά από βαθιά απόχρεμψη.

Ανεφέρθη ότι το κάπνισμα είναι ο κυριότερος αιτιολογικός παράγοντας πρόκλησης καρκίνου του πνεύμονα. Μια πρόσφατη σχετικώς στατιστική δείχνει την αύξηση της αναπτύξεως του βρογχογενούς νεοπλασματος σε άνδρες και γυναίκες της Μεγάλης Βρετανίας. Η γενικευμένη καπνιστική συνήθεια στους Άγγλους άρχισε στην αρχή του αιώνα με ιδιαίτερη έξαρση στον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο. 1/4 αιώνας αργότερα και ιδίως μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο άρχισε ο μεγάλος πολλαπλασιασμός των περιπτώσεων σε άνδρες. Στις γυναίκες πιο συστηματικά να καπνίζουν στην Αγγλία στη δεκαετία του 1950 η μεγάλη έξαρση είναι σχετικώς πρόσφατη και άρχισε μετά το 1970 – 1980. Πιστεύουμε ότι το ίδιο θα συμβεί και στην Ελλάδα που μετά το 1965 που γενικεύτηκε το κάπνισμα από τις γυναίκες άρχισαν γοργά να αυξάνονται ήδη οι περιπτώσεις στο γυναικείο πληθυσμό. Στο κάπνισμα μεγάλη σημασία έχει η διαφήμιση. Έως τις αρχές του '80 το κάπνισμα θεωρείτο σημείο ανδρισμού και οι περισσότερες διαφημιστικές εταιρείες έδειχναν τέτοιες εικόνες στις γιγαντιαίες αφίσες τους. Στην διαφημιστική αυτή επίθεση η προσπάθεια που γίνεται βασίζεται στην αύξηση των

γνώσεων σχετικά με τις βλαβερές επιδράσεις του καπνού και την ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα. Έτσι οι νοσηλευτές και οι νοσηλεύτριες πρέπει να ηγηθούν της εκστρατείας αυτής.

Ένα σημαντικό στοιχείο που δεν έχει επαρκώς αναφερθεί με το θέμα του καπνίσματος είναι η συνεχής μόλυνση του μικροπεριβάλλοντος, δηλαδή του περιβάλλοντος ενός σπιτιού, ενός εργασιακού χώρου, του περιβάλλοντος που εργαζόμαστε κάθε μέρα. Όλοι φοβούνται τη γενικευμένη μόλυνση της ατμόσφαιρας και ξεχνούν την πολύ πιο έντονη και συνεχή μόλυνση του περιβάλλοντος που ζούμε.

Σε δυο έρευνες που έχουν κάνει η Παγκοσμια Οργάνωση Υγείας και η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων στο πρόγραμμα «Ευρώπη κατά του καρκίνου» φαίνεται ότι η Ελλάδα βρίσκεται στη χειρότερη μοίρα από την άποψη κατανάλωσης τσιγάρων. Με την πρώτη έρευνα μεταξύ των ετών 1975 και 1987 φανερώνεται ότι η Ελλάδα είναι η μόνη χώρα που αύξησε σημαντικά την κατανάλωσή της σε τσιγάρα κατά 7 %. Στη δεύτερη έρευνα της ΕΟΚ, πολύ πρόσφατη, φαίνεται ότι η Ελλάδα έχει κατανάλωση κατά κεφαλή 2.800 τσιγάρα το χρόνο, όταν η Ολλανδία έχει 1200. Το πολύ παράδοξο είναι μια πρόσφατη ανάλυση που είχε ανακοινωθεί το 1991 στο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο και δείχνει ότι 8 στους 100 Αθηναίους καπνίζουν σε περιόδους χαράς, 20 στους 100 σε στιγμές λύπης και 50 στους 100 κατά τη διάρκεια της δουλειάς τους. Το στοιχείο τούτο πρέπει να μας γεμίσει με ξεχωριστή ανησυχία σχετικά με τον τρόπο που εργαζόμαστε, που αναμφισβήτητα δεν πρέπει να είναι ο καλύτερος ώστε να χρειάζεται κάποιος το κάπνισμα για να εκτονωθεί ή να βελτιώσει την ψυχολογική του αντίδραση.

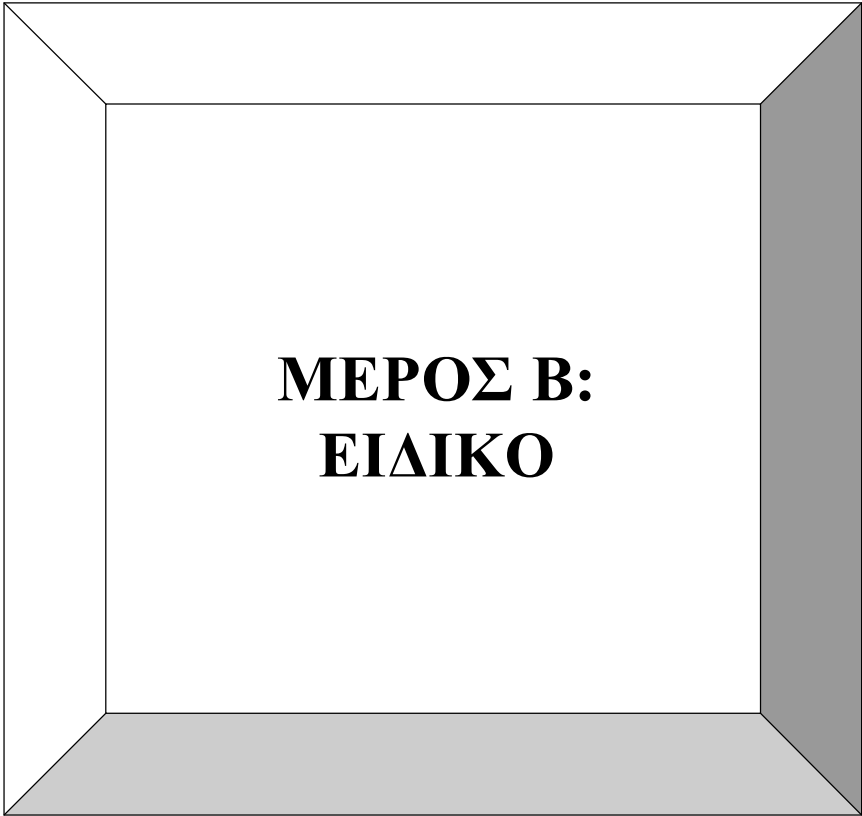
Όστε το κάπνισμα αποτελεί εκδήλωση ανασφάλειας, κακής διάθεσης, αναγκαστικής διεξόδου ή και τόσα άλλα αρνητικά στην καθημερινή μας ζωή. Και όλα αυτά έναντι της συνεχούς και έντονης επίγνωσης ότι βλάπτει στο αναπνευστικό σύστημα προκαλώντας καρκίνο του πνεύμονα, πνευμονοπάθειες, εμφύσημα, όπως και δημιουργώντας αντιδράσεις και παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος και της καρδιάς με στηθάγχη ή έμφραγμα.<sup>15</sup>

#### **11.4 Η διαίτα στην πρόληψη του καρκίνου του πνεύμονα**

Υπάρχουν κάποιες διαιτητικές συμβουλές, η τήρηση των οποίων μπορεί ν' αποτελέσει σημαντική προστατευτική ασπίδα εναντίον του καρκίνου γενικά, αλλά και ειδικότερα του καρκίνου του πνεύμονα.

- Μεγάλη και συχνή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών συνοδεύεται από μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στο αναπνευστικό σύστημα.
- Η μείωση των επιπέδων του συνολικού λίπους και των ακόρεστων λιπαρών θα πρέπει να προκαλεί μείωση του κινδύνου καρδιαγγειακών παθήσεων.
- Θα πρέπει ν' αποφεύγεται η παχυσαρκία.
- Επιθυμητό είναι στη διαίτα να αντικατασταθούν οι λιπαρές τροφές από τροφές πλούσιες σε κυτταρίνη.<sup>16</sup>
- Για όσους σιτίζονται με κανονική διαίτα δε χρειάζεται να λαμβάνουν επιπλέον βιταμίνες ή συμπλήρωμα της τροφής με ιχνοστοιχεία. Δεν υπάρχει καμμία απόδειξη ότι προστατεύουν από τον καρκίνο.

- Δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι οι γλυκαντικές ή άλλες προσθετικές ουσίες στις τροφές προκαλούν καρκίνο.
- Η περιορισμένη κατανάλωση καπνιστών, παστών, τουρσιών ή ψητών τροφών.
- Θα πρέπει να αποφεύγεται η λήψη μουχλιασμένων τροφών.<sup>23</sup>



**ΜΕΡΟΣ Β:  
ΕΙΔΙΚΟ**





**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

# Κεφάλαιο 1

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ Ca ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Η σύγχρονη νοσηλευτική προσέγγιση κάθε αρρώστου, που εκφράζεται και πραγματοποιείται με την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας, στοχεύει στην άριστη, ολιστική και ανθρώπινη φροντίδα του.

Στόχος της νοσηλευτικής φροντίδας για τον άρρωστο με καρκίνο του πνεύμονα είναι να τον βοηθήσουμε να προσαρμοστεί ενεργητικά στο μεταβατικό ρόλο του αρρώστου, να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που προέκυψαν, να ξαναβρεί τη μέγιστη δυνατή ανεξαρτησία του, να πεθάνει με αξιοπρέπεια. Η θετική νοσηλευτική ανταπόκριση αρχίζει με τη ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ που αναζητά απάντηση σε ορισμένα ερωτήματα:

- Û Ποιος ο συγκεκριμένος άρρωστος και ποιες οι βιοψυχοκοινωνικές ανάγκες του;
- Û Πώς αντιδρά ο συγκεκριμένος άρρωστος στα ψυχοκοινωνικά αυτά επώδυνα ερεθίσματα;
- Û Ποιες οι προσωπικές του δυνάμεις και ικανότητες και πώς τις έχει χρησιμοποιήσει σε επώδυνα ερεθίσματα στο παρελθόν και
- Û Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την ικανότητά του στην αντιμετώπιση των στρεσογόνων αυτών καταστάσεων;

Γενικότερα οι σημαντικότεροι νοσηλευτικοί στόχοι προγράμματος και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αντίστοιχα, που απαιτούνται για να εκπληρωθούν είναι οι εξής:

- A) Η ενθάρρυνση και καλλιέργεια ειλικρινούς και ανοικτής επικοινωνίας με τον άρρωστο και το περιβάλλον του.
- B) Η δημιουργία – ενίσχυση και διαφύλαξη διαπροσωπικού κλίματος.
- Γ) Η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του αρρώστου.
- Δ) Η προαγωγή της αποτελεσματικότητας, των ικανοτήτων και δυνατοτήτων των αρρώστων.
- E) Η ανακούφιση του πόνου.
- Στ) Η υποστήριξη της οικογένειας του αρρώστου και τέλος
- Z) Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

### 1.1 Προεγχειρητική φροντίδα ασθενή με Ca πνεύμονα

Η προεγχειρητική φροντίδα του ασθενή με καρκίνο του πνεύμονα που πρόκειται να υποβληθεί σε επέμβαση επικεντρώνεται σε δύο σκοπούς:

- α) Να διαπιστωθεί αν ο άρρωστος θα μπορέσει να επιζήσει της επέμβασης
- β) Να εξασφαλιστεί η άριστη δυνατή κατάσταση του αρρώστου για την επέμβαση.

Η προεγχειρητική παρέμβαση του νοσηλευτή συνίσταται στις εξής ενέργειες:

- 1) Βοήθεια αρρώστου να κάνει τις διαγνωστικές εξετάσεις.
- 2) Νοσηλευτική εκτίμηση του αρρώστου:
  - Ποια σημεία και συμπτώματα υπάρχουν;
  - Ποιο είναι το ιστορικό καπνίσματος του αρρώστου; Πόσα τσιγάρα καπνίζει σήμερα;
  - Ποια είναι η καρδιοπνευμονική του ανοχή όταν κάνει μπάνιο, τρώει, περπατά κ.τ.λ.
  - Γενική όψη, διανοητική εγρήγορση, συμπεριφορά, βαθμός θρέψης
  - Υπάρχουν άλλες παθολογικές καταστάσεις;
  - Πώς είναι η αναπνοή του;
  - Πόση δραστηριότητα του προκαλεί δύσπνοια;
  - Ποιες είναι οι προτιμήσεις του;
- 3) Βελτίωση του κυψελιδικού αερισμού και όλης της αναπνευστικής λειτουργίας
  - Ενθάρρυνση του αρρώστου να σταματήσει το κάπνισμα διότι αυξάνει το βρογχικό ερεθισμό.
  - Χρησιμοποίηση όλων των μέτρων για ελαχιστοποίηση της βρογχικής έκκρισης.
  - Μέτρηση του ποσού των πτυέλων κάθε μέρα σε αρρώστους με πολλή απόχρεμψη.
  - Διδασκαλία του αρρώστου να βήχει με κλειστή γλωττίδα για να αυξάνει την ενδοπνευμονική πίεση.
  - Εφύγραση εισπνεόμενου αέρα για ρευστοποίηση των εκκρίσεων.
  - Χορήγηση βρογχοδιασταλτικών σε βρογχόσπασμο.
  - Ενθάρρυνση λήψης βαθιών αναπνοών με χρησιμοποίηση προωθητικού σπιρόμετρου ή φιαλών εμφύσησης.
  - Χορήγηση αντιμικροβιακών για λοιμώξεις.
  - Διδασκαλία διαφραγματικής αναπνοής προεγχειρητικά.
  - Εφαρμογή προγράμματος αναπνευστικών ασκήσεων που ενθαρρύνουν τη χρησιμοποίηση των κοιλιακών μυών.
  - Βρογχική παροχέυτηση σε αρρώστους με πολλές εκκρίσεις.
- 4) Αξιολόγηση και διόρθωση καταστάσεων του κυκλοφορικού για πρόληψη επιπλοκών
  - Μελέτη αποτελεσματικών εργαστηριακών εξετάσεων
  - Παρακολούθηση του αρρώστου και των αντιδράσεών του στις διάφορες καθημερινές δραστηριότητες.
  - Χορήγηση καρδιοτονωτικών σε αρρώστους με καρδιακή ανεπάρκεια.

- Διόρθωση αναιμίας, αφυδάτωσης και υποπρωτεϊναιμίας, ενδοφλέβιες εγχύσεις, τεχνητή σίτιση, μεταγγίσεις, ανάλογα με τις οδηγίες.
  - Χορήγηση, προφυλακτικά, αντιπηκτικών (χαμηλές δόσεις ηπαρίνης) σύμφωνα με την οδηγία, για μείωση πιθανότητας σχηματισμού θρόμβων στις βαθιές φλέβες, και πνευμονικής εμβολής.
- 5) Προετοιμασία αρρώστου για τη χειρουργική εμπειρία παρέχοντάς του εξηγήσεις και επιδέξια φροντίδα.
- Προσανατολισμός του αρρώστου για τη μετεγχειρητική περίοδο.
  - Ρουτίνα βήχα και βαθιών αναπνοών.
  - Σωλήνες και φιάλες παροχέτευσης θώρακα.
  - Οξυγονοθεραπεία: θεραπεία αερισμού.
  - Μέτρα που θα χρησιμοποιηθούν για μείωση της δυσχέρειας.
  - Ασκήσεις κάτω άκρων και πλήρης τροχιά του ώμου του χειρουργημένου ημιθωρακίου.
  - Ενθάρρυνση αρρώστου να εκφράσει τις ψυχολογικές του ανάγκες.
  - Εξασφάλιση γραπτής συγκατάθεσης.
- 6) Άμεση προεγχειρητική ετοιμασία.

## 1.2 Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενή με καρκίνο του πνεύμονα

### 1. Σκοποί:

- ⇒ Να αποκαταστήσει τη φυσιολογική καρδιοπνευμονική λειτουργία το ταχύτερο δυνατό.
- ⇒ Να προλάβει ή να αντιμετωπίσει επιπλοκές.

### 2. Παρέμβαση

#### ∅ Διατήρηση ανοικτού αεραγωγού.

- Παρακολούθηση για αποφράξεις με επισκόπηση, επίκρουση και ακρόαση με στηθοσκόπιο.
  - Στενή παρακολούθηση των αερίων του αρτηριακού αίματος. Η προοδευτική ελάττωση της  $pO_2$  αποτελεί ένδειξη για χρήση αναπνευστήρα. Το ίδιο αν η  $pCO_2$  είναι ανυψωμένη (εκτός των αρρώστων με χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσο).
  - Αναρρόφηση όλων των εκκρίσεων ώσπου ο άρρωστος να είναι ικανός να τις αποβάλλει μόνος. Οι ενδοτραχειακές εκκρίσεις είναι άφθονες σε αρρώστους μετά από θωρακοτομή, εξαιτίας του τραύματος του τραχειοβρογχικού δέντρου. Επίσης είναι μειωμένο το αντανακλαστικό του βήχα και ο κυψελιδικός αερισμός.
- ⇒ Χρησιμοποίηση της σωστής τεχνικής για την αναρρόφηση του βρογχικού δέντρου.

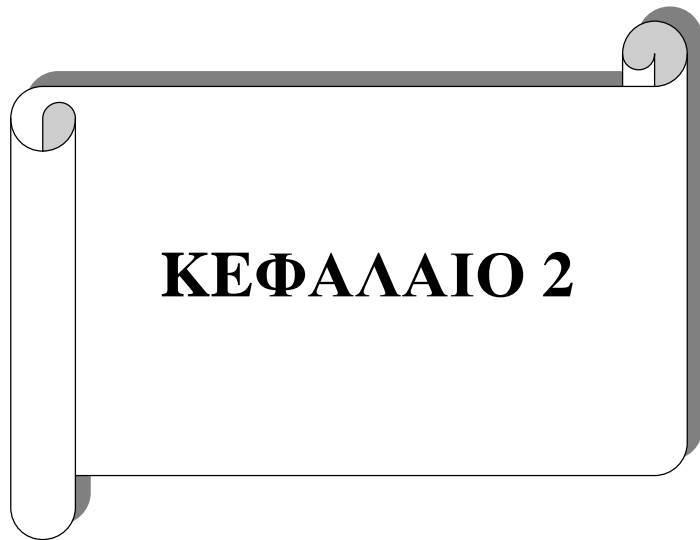
- ⇒ Διατήρηση συνεχούς νοσηλευτικής επίβλεψης του αρρώστου.
- Λήψη Α.Π., σφυγμών και αναπνοών κάθε 15 λεπτά ή συχνότερα.
  - Αραιότερα αν η κατάσταση του αρρώστου σταθεροποιηθεί.
  - Αξιολόγηση χαρακτήρα αναπνοών και του χρώματος του αρρώστου.
  - Παρακολούθηση συχνότητας και ρυθμού του καρδιακού παλμού μέσω ακρόασης και παρακολούθησης του Η.Κ.Γ.
  - Αρρυθμίες μπορεί να συμβούν σε οποιοδήποτε χρόνο και συμβάλλουν στη μετεγχειρητική θνησιμότητα.
  - Οι αρρυθμίες εμφανίζονται συχνότερα σε άτομα πάνω από 50 χρονών και σε εκείνα που έκαναν πνευμονεκτομή ή επέμβαση στον οισοφάγο.
  - Έναρξη αμέσως, αντιαρρυθμικών μέτρων σύμφωνα με την ιατρική εντολή.
  - Διατήρηση μιας αρτηριακής γραμμής για διευκόλυνση συχνών προσδιορισμών των αερίων αίματος, των ηλεκτρολυτών, του ορού, της Hb και του Hct και της άμεσης (κεντρικής) αρτηριακής πίεσης.
  - Παρακολούθηση Κ.Φ.Π.
  - Ανύψωση της κεφαλής κατά 30° – 40° αφού ανανήψει ο άρρωστος.
- ⇒ Επίβλεψη και προσεκτική αγωγή του κλειστού συστήματος παροχέτευσης του θώρακα.
- ⇒ Χορήγηση εφυγρασμένου οξυγόνου στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο για εξασφάλιση άμεσης οξυγόνωσης και παρακολούθηση αερίων αίματος.
- Εκτίμηση αρρώστου για αναπνευστική δυσχέρεια και συσφικτικό αίσθημα στο θώρακα.
  - Παρακολούθηση για ανησυχία, που είναι συχνά το πρώτο σημείο υποξίας.
  - Ενθάρρυνση και προαγωγή αποτελεσματικού βήχα. Ο επίμονος μη αποτελεσματικός 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 σταθερού του θώρακα της χειρουργημένης πλευράς.
  - Βαθιά αναπνοή, σύσταση των κοιλιακών μυών και βίαιος βήχας.
  - Βοήθεια αρρώστου να βήχει κάθε 1-2 ώρες κατά τη διάρκεια του πρώτου 24ωρου και μετά όταν είναι ανάγκη.
  - Χρησιμοποίηση προωθητικού σπιρόμετρου αν υπάρχει ένδειξη, ή υπερηχητικού ομιχλοποιητή. Αν συνεχίζουν να ακούγονται ρόγχοι, η βρογχοσκοπική αφαίρεση των εκκρίσεων κρίνεται απαραίτητη.
- ⇒ Ακρόαση και των δύο ημιθωρακίων (εμπρός και πίσω) με στηθοσκόπιο για διαπίστωση τυχόν αλλαγής στους αναπνευστικούς ήχους. Μειωμένοι ήχοι μπορεί να δείχνουν κολαψάρισμα του πνευμονικού παρεγχύματος ή υπεραεριζόμενες κυψελίδες.

- ⇒ Εξασφάλιση διαφόρων μέσων απαλλαγής από τον πόνο. Ο πόνος μειώνει την θωρακική έκπτυξη και επομένως τον αερισμό. Επίσης εξαντλεί τον άρρωστο.
  - Η ένταση του πόνου εξαρτάται από το είδος της τομής και την αντίδραση του αρρώστου σ' αυτόν καθώς και την ικανότητά του να τον αντιμετωπίζει. Συνήθως η πιο επώδυνη τομή είναι η πλαγιο-οπίσθια.
  - Χορήγηση ναρκωτικών (συνήθως σε συχνές μικρές δόσεις) για απαλλαγή από τον πόνο ώστε να μπορεί ο άρρωστος να αναπνέει βαθιά και να βήχει πιο αποτελεσματικά. Αντικατάστασή τους με αναλγητικά από το στόμα (κωδεΐνη) το συντομότερο δυνατό.
  - Αποφυγή καταστολής της καρδιοπνευμονικής λειτουργίας με μεγάλη δόση ναρκωτικών.
  - Σωστή τοποθέτηση στο κρεβάτι.
  - Υποστήριξη των σωλήνων παροχέτευσης ώστε να μην τραβούν το θωρακικό τοίχωμα
  - Βοήθεια αρρώστου, που του γίνεται αποκλεισμός του μεσοπλεύριου νεύρου, για έλεγχο του πόνου.
- ⇒ Παρακολούθηση της ωριαίας αποβολής ούρων για έμμεσο έλεγχο του όγκου παλμού και την αιμάτωση των οργάνων.
  - Ο άρρωστος πρέπει να αποβάλλει τουλάχιστον 30 ml ούρων ανά ώρα.
  - Το ειδικό βάρος των ούρων δείχνει την υδάτωση του αρρώστου.
- ⇒ Συνέχιση προσδιορισμού αερίων του αίματος και ηλεκτρολυτών του ορού για ανίχνευση πρώιμων εκδηλώσεων αναπνευστικής ανεπάρκειας ή μεταβολών στην οξεοβασική κατάσταση.
- ⇒ Χορήγηση αίματος και παρεντερικών διαλυμάτων με βραδύτερο ρυθμό μετά από θωρακική χειρουργική. Το πνευμονικό οίδημα από τις ενδοφλέβιες χορηγήσεις είναι μια συνεχής απειλή. Μετά από πνευμονεκτομή, το πνευμονικό αγγειακό δίκτυο μειώνεται σημαντικά.
- ⇒ Διατήρηση της σωστής μηχανικής του σώματος.
  - Ανυψωμένος θώρακας για τον καλύτερο αερισμό (εφόσον το καρδιαγγειακό σύστημα είναι σταθερό) και επίσης για την καλύτερη παροχέτευση της υπεζωκοτικής κοιλότητας.
  - Άρρωστοι με περιορισμένη αναπνευστική εφεδρεία δεν μπορούν να γυρίσουν προς το μη χειρουργημένο μέρος γιατί περιορίζεται ο αερισμός.
  - Αλλαγή θέσης για αποφυγή συλλογής και παραμονής των εκκρίσεων στα εξαρτημένα τμήματα των πνευμόνων.
  - Καθιστή θέση όταν βήχει ο άρρωστος.
- ⇒ Παρακολούθηση για σημεία οξείας γαστρικής διάτασης (δεν είναι ασυνήθης μετά από θωρακοτομή).
  - Εισαγωγή ρινογαστρικού για αποπίεση.
  - Διατήρηση λειτουργίας του για αποφυγή εμέτου και τραχειοβρογχικής εισρόφησης.

- ⇒ Παρακολούθηση και λήψη μέτρων για επιπλοκές θωρακοτομής.
- Αναπνευστική ανεπάρκεια.
  - Αιμορραγία από τομή ή από θωρακική κοιλότητα (υγρό παραχέτευσης).
  - Αναπνευστική οξέωση.
  - Καρδιακές αρρυθμίες, έμφραγμα μυοκαρδίου, πνευμονικό οίδημα.
  - Πνευμονίτιδα, ατελεκτασία.
  - Νεφρική ανεπάρκεια.
  - Γαστροπληγία.
  - Υποδόρειο εμφύσημα.
  - Μετατόπιση μεσοθωρακίου.
- ⇒ Αποκατάσταση λειτουργίας ώμου και κορμού.
- Ενθάρρυνση αναπνευστικών ασκήσεων για προαγωγή της απαγωγής και κινητικότητας ώμου.
  - Έγερση αμέσως μετά την πνευμονική και κυκλοφορική αντιστάθμιση.
  - Ενθάρρυνση προοδευτικής ανάληψης δραστηριοτήτων.<sup>17</sup>

### 1.3 Σχέδιο εξόδου και διδασκαλία αρρώστου

- § Θα υπάρχει μεσοπλεύριος πόνος για ένα χρονικό διάστημα που μπορεί να αντιμετωπιστεί με τοπική εφαρμογή θερμού και με από του στόματος αναλγητικά.
- § Αδυναμία και αίσθημα κόπωσης είναι συχνά κατά τις τρεις πρώτες εβδομάδες μετά τη θωρακοτομή.
- § Οι ασκήσεις πλήρους τροχιάς βραχίονος και ώμου της χειρουργημένης πλευράς πρέπει να γίνονται αρκετές φορές τη μέρα.
- § Ασκήσεις βαθιών αναπνοών τις πρώτες εβδομάδες στο σπίτι.
- § Ενσυνείδητη εφαρμογή της καλής μηχανικής του σώματος μπροστά σε ολόκληρο καθρεφτη.
- § Οι μυς του θώρακα θα έχουν μια αδυναμία για 3-6 μήνες. Αποφυγή άρσης βάρους πάνω από 9 κιλά ώσπου να γίνει πλήρης επούλωση.
- § Πρόγραμμα ανάπαυσης, δραστηριότητας, βάδιση με μέτριο ρυθμό με προοδευτική αύξηση χρόνου και απόστασης.
- § Παύση κάθε δραστηριότητας που προκαλεί κόπωση, βράχυνση αναπνοής ή θωρακικό πόνο.
- § Αποφυγή πνευμονικών ερεθιστικών.
- § Αποφυγή κάθε αιτίου που μπορεί να προκαλέσει παροξυσμούς βήχα.
- § Αντιγριπτικό εμβόλιο κάθε χρόνο (άρρωστοι με πνευμονεκτομή).
- § Συχνή μετανοσοκομειακή παρακολούθησή του.





# Κεφάλαιο 2

## ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Δυο κυρίως συνιστώσες διακρίνονται στην αντίδραση του ασθενή όταν διαγνωσθεί ο καρκίνος. Η σημαντικότερη και συχνότερη είναι ο φόβος και η αγωνία. Ο περισσότερος κόσμος φοβάται ότι ο καρκίνος γενικά είναι αθεράπευτος, η ίδια η θεραπεία φοβίζει. Η δεύτερη συνιστώσα αφορά στο πώς ο ασθενής αντιμετωπίζει το φόβο και την αγωνία του. Η αντιμετώπιση χαρακτηρίζεται από μια ταλάντευση ανάμεσα στην ελπίδα και την απόγνωση καθώς το άτομο αναπτύσσει κάποιον τρόπο αποδοχής της διάγνωσης και της θεραπείας.

Στο παρελθόν ελάχιστη σημασία δόθηκε στα αισθήματα του ασθενή. Ενώ υπήρχε μέριμνα και ενδιαφέρον για τη συγκινησιακή κατάπτωση του ασθενούς, ο ίδιος είχε στηριχτεί στις δικές του δυνάμεις προκειμένου να αντιμετωπίσει τις συγκινησιακές συνέπειες της διάγνωσης. Αν ο ασθενής δε μπορούσε να ανταπεξέλθει σ' αυτές και δοκίμαζε ψυχική κατάπτωση, τον παρέπεμπαν συχνά σε ψυχιατρική κάλυψη, προσφερόμενη συνήθως υπό τη μορφή ψυχοτρόπων φαρμάκων και με σκοπό την καταπράυνση του ασθενή.

Τα τελευταία χρόνια όμως οι ψυχικές αυτές αντιδράσεις τυγχάνουν συστηματικής προσοχής.

### 2.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή

Το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί με ποικίλους τρόπους να βοηθήσει τους ασθενείς να νιώθουν ελπίδες και να ελαττώσουν τα αισθήματα απόγνωσης, φόβου και αγωνίας.

α) Σε πρώτο επίπεδο η παροχή επαφών μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών, πέρα από τις καθαρά ιατρικές, βοηθά στην κατοχύρωση της σοβαρότητας και της αξίας των συναισθημάτων τους.

Έχει αποδειχθεί ότι παρακινώντας τους ασθενείς να μιλήσουν για τα αισθήματά τους μπορεί να συντελέσει στο να μετριαστούν τα αισθήματα απαισιοδοξίας τους. Η ενθάρρυνση για εξωτερίκευση, ταξινόμηση και τέλος αντιμετώπιση των αισθημάτων, βοηθά στην καταπολέμηση των αρνητικών σωματικών επιπτώσεων, οι οποίες συσχετίζονται με την προσπάθεια καταστολής και συγκράτησης του φόβου και της απόγνωσης. Το να μοιράζεται κανείς τα αισθήματα με κάποιον άλλο, με ένα νοσηλευτή, βοηθά στο να μετριαστεί η απόγνωση και γεννά ελπίδες.

β) Από την άλλη, οι έρευνες έδειξαν ότι οι ασθενείς χρειάζονται ενημέρωση. Οι γιατροί και το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκονται σε ιδανική θέση για να υπηρετήσουν αυτό το σκοπό.

Έρευνες έδειξαν ότι νοσηλευτικό προσωπικό που αφιερώνει χρόνο να ενημερώσει τους ασθενείς για τη μελλοντική τους κατάσταση και ακούει τα προβλήματά τους, βοηθά τους ασθενείς στο να νιώθουν ότι οι αγωνίες και οι φοβίες τους προσέχονται, και στο να καταστούν πιο ικανοί να ανταπεξέλθουν στη θεραπεία.

Καρκινοπαθείς που έχουν καλές σχέσεις με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ειδικά με τους γιατρούς τους, τείνουν να παρουσιάζουν λιγότερα ψυχικά προβλήματα από ότι όσοι δεν τις έχουν.

Το ότι τα τελευταία χρόνια έγινε εμφανής μετατόπιση του ενδιαφέροντος στις ψυχικές αντιδράσεις του καρκινοπαθούς έχει διάφορους λόγους.

Ο πιο σημαντικός λόγος ήταν η συνειδητοποίηση του ότι ο καρκίνος είναι ένα συμπλοκο από νόσους που μέχρι τώρα αντιστάθηκε σε όλες τις προσπάθειες να βρεθούν απλές και αποτελεσματικές θεραπείες.

Δεύτερον η εγνοια για την ποιότητα της ζωής. Θεωρείται σπουδαίο να βοηθούνται οι καρκινοπαθείς να περάσουν το υπόλοιπο της ζωής τους όσο το δυνατό πιο άνετα. Αυτό βέβαια έρχεται να προστεθεί στο γεγονός ότι η αντικαρκινική αγωγή έχει ανέκαθεν ψυχολογικές συνέπειες: εγχειρήσεις, ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία μπορούν και μόνες τους να προκαλέσουν στους ασθενείς ψυχολογικά προβλήματα προσαρμογής.

Τέλος, υπάρχει ήδη αυξανόμενη συνειδητοποίηση του γεγονότος ότι η βίωση ψυχολογικά καταπτωτικών συγκινήσεων, όπως ο φόβος και η αγωνία, μπορεί να έχουν σωματικές επιπτώσεις που με τη σειρά τους πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπ' όψιν κατά την αντικαρκινική θεραπεία.<sup>18</sup>

γ) Τέλος, η αναγγελία διάγνωσης μιας θανατηφόρου νόσου, όπως ο καρκίνος του πνεύμονα σε προχωρημένο στάδιο είναι ένα θέμα που προκαλεί το φόβο του θανάτου στον ασθενή. Ο φόβος του θανάτου μπορεί να σχετίζεται με το φόβο για τον πραγματικό θάνατο και με το φόβο για τη διαδικασία του θανάτου, με τον πόνο, την αναπηρία, την εξάρτηση και την απόρριψη.

Ο νοσηλευτής και όσοι κινούνται στον χώρο της υγείας οφείλουν πολλά στους ασθενείς που βρίσκονται κοντά στο θάνατο αλλά και παίρνουν πολλά. Ένα από αυτά που οφείλουν είναι η υποχρέωση να μεταχειρίζονται τον ασθενή ως άτομο μέχρι το τελευταίο κλάσμα του δευτερολέπτου της ζωής του και ως το τελευταίο μόριο της ύπαρξής του. Ειδικότερα στον άνθρωπο που είναι στη διαδικασία του βηματισμού από τη ζωή στο θάνατο οφείλουν τουλάχιστον μια στάση και μια μεταχείριση που περιγράφεται συνοπτικά αλλά πλήρως στους στίχους της ογκολόγου Stacey Day:

*Και θα έλεγα*

*Δεν είμαι γιατρός*

*Είμαι ένας θεραπευτής*

*Είμαι ο πιλότος σου*

*Έλα να οδηγήσουμε το πλοίο σου*

*Στο τελευταίο του μούραγιο*

*And I would say*

*I am no doctor*

*I am a physician*

*I am your pilot*

*Come to guide your ship*

*to its last dock.<sup>19</sup>*

## 2.2 Ο ρόλος της οικογένειας

Η συμβολή της οικογένειας είναι απαραίτητη και μπορεί να αποτελέσει ένα χρήσιμο υποστηρικτικό σύστημα στην συνολική αντιμετώπιση του ασθενούς.

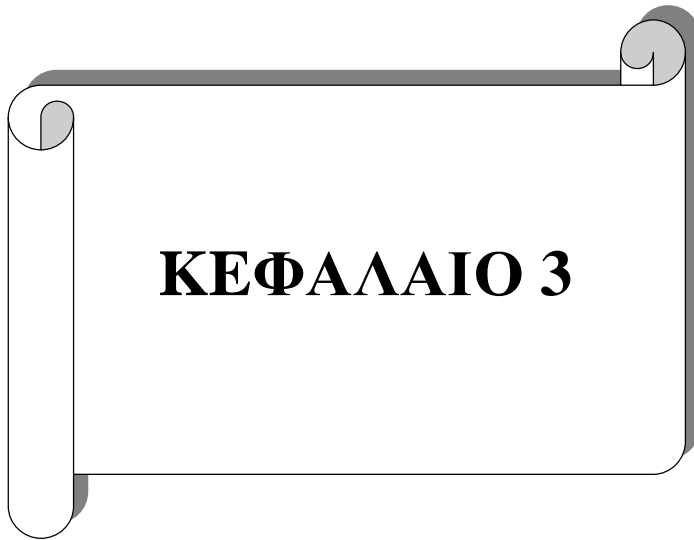
Όταν η οικογένεια επιτελεί τον ψυχολογικό υποστηρικτικό ρόλο της δεν πρέπει να εκλαμβάνεται ως ξεκομμένη κοινωνική ομάδα, αφού για την αποτελεσματικότητά της στον τομέα αυτό έχει ανάγκη βοήθειας και καθοδήγησης που μόνο η πολιτεία μπορεί να προσφέρει.

Δεκάδες μελέτες έχουν αποδείξει ότι τόσο η κατάσταση του ασθενούς όσο και η ανταπόκριση της οικογένειας στο έργο της, βελτιώνονται όταν πλαισιώνονται από τη γνώμη και καθοδήγηση ειδικών. Χωρίς αυτή, προβλήματα μπορούν εύκολα να προκύψουν, όταν τα μέλη που έχουν αναλάβει την υποστήριξη του ασθενούς μένουν μετέωρα και ανίσχυρα.

Η επιτυχία της οικογένειας να υποστηρίξει ψυχολογικά και αποτελεσματικά τον καρκινοπαθή εξαρτάται από την ικανότητα που έχει η οικογένεια να κρατά τον ασθενή στους σωστούς προσωπικούς του στόχους. Με αυτή την προϋπόθεση η οικογένεια θα πρέπει να επικεντρώσει τα αποθέματα γνώσεων και δύναμης που διαθέτει στα εξής σημεία:

- ⇒ *Συναισθηματική υποστήριξη*: Το χαρακτηριστικό αυτό αφορά τη συμπεριφορά εκείνη της οικογένειας η οποία σκοπό έχει να διαβεβαιώσει τον ασθενή ότι εξακολουθούν οι αγαπημένοι του να τρέφουν αγάπη και εκτίμηση, ανεξάρτητα από την κατάστασή του. Έυκολα γίνεται αντιληπτή η σημασία του χαρακτηριστικού αυτού για τον ασθενή που βρίσκεται κάτω από συναισθηματική πίεση.
- ⇒ *Κοινωνική σύνδεση*: Αναφέρεται στην ανάγκη του ασθενούς για επαφή και επικοινωνία με άλλους ανθρώπους και είναι μέλημα της οικογένειας να τον ενθαρρύνει σ' αυτό. Η υποστήριξη από άλλους ανθρώπους, φίλων, συγγενών, γειτόνων είναι η καλύτερη πηγή δύναμης γι' αυτόν.
- ⇒ *Διατήρηση της κοινωνικής ταυτότητας του ασθενούς*: Αναφέρεται στο βαθμό κοινωνικής ένταξης του ασθενούς. Η οικογένειά του θα πρέπει με θυσίες προσωπικές συχνά, να διατηρήσει τους ήδη υπάρχοντες κοινωνικούς δεσμούς ή να αποκαταστήσει τους ήδη χαλαρούς.
- ⇒ *Πληροφόρηση του ασθενούς*: Η πληροφόρηση σαν είδος υποστήριξης του ασθενούς με κακοήγη νεοπλασία του πνεύμονα είναι σημαντική και αποτελεί το θέμα της οικογένειας του ασθενή. Υπερπροστασία και απόκρυψη της αλήθειας είναι ο συνηθέστερος τρόπος αντίδρασης της οικογένειας αν και τα τελευταία χρόνια μοιάζει να κερδίζει έδαφος η ανοικτή επικοινωνία αφού οι ειδικοί έχουν προχωρήσει σ' αυτόν τον τομέα και φάνηκαν θετικά αποτελέσματα.

Τα μέλη της οικογένειας έχουν ανάγκη από πλήρη ενημέρωση και εκπαίδευση, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις αυξημένες ανάγκες του ασθενή με καρκίνο του πνεύμονα, να δώσουν και να πάρουν υποστήριξη έτσι ώστε να βοηθηθεί η οικογένεια σ' αυτό το ψυχοθεραπευτικό ρόλο που της ζητούμε να παίζει.<sup>20</sup>



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

## Κεφάλαιο 3

### ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ Ca ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

#### ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ I:

Ο άρρωστος Μ.Δ. είναι 63 ετών και στο επάγγελμα είναι συνταξιούχος δημόσιος υπάλληλος.

Συνήθειες: Καπνίζει 1½ πακέτο τσιγάρα και πίνει λίγο κρασί.

Οικογενειακό ιστορικό: Μη βεβαρημένο.

Ατομικό ιστορικό: Βρογχοπνευμονία.

Αιτία εισόδου: Δύσπνοια, καταβολή δυνάμεων, πυρετός 39 °C, αιμόπτυση.

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

Βρογχοσκόπηση: Θετική – μαλπιγιανό.

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

#### ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

##### 1) Πνευμονολογικός έλεγχος:

- ο Αέρια αίματος: PCO<sub>2</sub> (42,3), PO<sub>2</sub> (57)
- ο Κυτταρολογική πτυέλων: Θετική
- ο Βρογχοσκόπηση: Θετική
- ο Ακτινογραφία: Rθώρακος
- ο Αξονική τομογραφία θώρακος: η εικόνα είναι συμβατή και εμφανίζοντας νεόπλασμα δεξιού μέσου πνευμονικού πεδίου οπισθίως.

##### 2) Αιματολογικός – Βιοχημικός έλεγχος:

- ο Λευκά: 5.500
- ο Αιμοπετάλια: 80.000
- ο ΗΤ: 41%

- ο Ουρία: 49
- ο Σάκχαρο: 95
- ο Κ = 4
- ο Να = 140

**Προγραμματισμός:**

Εφαρμογή εκκενωτικής παρακέντησης.

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

Διάρροια, αλωπεκία, ναυτία και έμετος.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

| <p><b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ- ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</b></p> | <p><b>ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b></p>                   | <p><b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b></p>   | <p><b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b></p>   | <p><b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</b></p>   |
|--|---|--|---|--|
| <p>Ο άρρωστος νιώθει αδυναμία και κόπωση.</p>  | <p>Αντιμετώπιση αδυναμίας, κόπωση και εξάντληση</p>           | <p>Αποφεύγεται όπ κούραζε τον ασθενή και περιορίζονται οι δραστηριότητες του.</p>  | <p>Περιορίστηκαν οι δραστηριότητες του αρρώστου. Ο άρρωστος αποφεύγει να κάνει σπιδήποτε τον κούραζει. Ενισχύθηκε ο άρρωστος να ασχολείται με δραστηριότητες που δεν προκαλούν κόπωση.</p>  | <p>Ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα. Η αδυναμία και η εύκολη κόπωση που ένιωθε περιορίστηκαν όχι όμως τελείως.</p>  |
| <p>Εμφάνιση αιμόπτυσης</p>                     | <p>Ανακούφιση και βοήθεια του ασθενή από τις αιμοπτώσεις.</p> | <p>Ακνιτοποίηση του ασθενή. Χορήγηση κατάλληλης διατροφής. Ετοιμότητα για προκλή απόφραξη του λάρυγγα. Συνεχής περιποίηση στοματικής κοιλότητας.</p> | <p>Ο άρρωστος ακνιτοποιήθηκε και τοποθετείται σε καθιστή θέση. Χορηγήθηκε διαιολόγιο με ελαφρά τροφή και επαρκής θερμίδες. Δόθηκαν αντιβιοτικά φάρμακα για την καταστολή του θήλα. Έγινε λαρυγγοσκόπηση και αφάρωση πηγμάτων αίματος. Γίνεται περιποίηση της στοματικής κοιλότητας και πλύση αυτής με HEXALEN. Ψυχολογική ενθάρρυνση του ασθενή ώστε να νιώσει πιο άνετα και πιο ήρεμα.</p> | <p>Ελάττωση των αιμοπτύσεων και προσωρινή καθυσύχασση του ασθενή ο οποίος διακατέχεται από έντονο άγχος για το αν θα συνεχιστεί η κατάσταση αυτή και μέχρι ποιου βαθμού.</p> |

| <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ- ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</b>             | <b>ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>   | <b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>  | <b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>   | <b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</b>  |
|---|--|--|--|--|
| <p>Ο ασθενής παρουσίασε δυσχέρεια στην αναπνοή.</p> | <p>Απαλλαγί του ασθενή από το αίσθημα πόνου ή βάρους στο στήθος. Μείωση των μεταβολικών αναγκών. Συναισθηματική τόνωση του ασθενή. Διατήρηση φυσιολογικής κένωσης του εντέρου.</p> | <p>Τοποθέτησή του σε ανάρρηση θέση. Σε βαριά περίπτωση γίνεται χορήγηση O<sub>2</sub> με ρινοφαρυγγικό καθετήρα. Μείωση μεταβολικών αναγκών. Διδασκαλία του αρρώστου πως πρέπει να βήχει. Καλός αερισμός του θαλάμου. Δεν πρέπει να εμποδίζεται ο αερισμός του χώρου με παραβάν και κουρτίνες. Τα ρούχα του ασθενή να είναι όλα ελαφρά και να αποφεύγονται τροφές που δημιουργούν αέρια, για να μην πιέζεται το διάφραγμα.</p> | <p>Τοποθετήθηκε ο ασθενής σε ανάρρηση θέση. Έγινε μείωση των μεταβολικών αναγκών με:<br/>α) Διατήρηση ισορροπίας μεταξυ αναπαύσεως και δραστηριότητας.<br/>β) Συνεχή συναισθηματική τόνωση του αρρώστου.<br/>γ) Διατήρηση φυσιολογικής κένωσης με χορήγηση φαρμάκων.<br/>Έγινε διδασκαλία του ασθενή να βήχει με κλειστή γλωττίδα για να αυξήσει την ενδοπνευμονική πίεση.</p> | <p>Μειώθηκε σε ικανοποιητικό βαθμό η αναπνευστική δυσλειτουργία του ασθενή χωρίς να χρειαστεί η χορήγηση οξυγόνου με ρινοφαρυγγικό καθετήρα.</p> |
| <p>Αύξηση θερμοκρασίας. Υπερπυρεξία.</p>            | <p>Ρύθμιση της θερμοκρασίας.</p>   | <p>α) Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων.<br/>β) Τρίωρη θερμομέτρηση<br/>γ) Ενίσχυση του ασθενή να παίρνει υγρά<br/>δ) Εφαρμογή ψυχρών επιθέματων σε περίπτωση ανόδου της θερμοκρασίας σε υψηλά επίπεδα<br/>ε) Παρακολούθηση της ποσότητας των ούρων.</p>   | <p>Χορηγήθηκε αντιπυρετικό υπόθετο LONARID. Ο πυρετός δεν υποχώρησε κι έγινε APOTEL I.M. (Έλεγχος αρτηριακής πίεσης) Σημειώνεται η θερμοκρασία ανά 3ωρο. Ο ασθενής παίρνει αρκετά υγρά από το στόμα. Εφαρμόστηκαν ψυχρά επιθέματα σε άνοδο της θερμοκρασίας. Η ποσότητα των ούρων μετά από παρακολούθηση είναι φυσιολογική.</p>  | <p>Η θερμοκρασία του αρρώστου επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα χωρίς να υπάρχουν ιδιαίτερα προβλήματα.</p>                                       |



| <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ-ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</b><br>(εμφάνιση θωρακικού άλγους) | <b>ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>   | <b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>   | <b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>   | <b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</b>   |
|---|--|---|--|---|
|   | Μεγαλύτερη ανακούφιση από τον πόνο. Διατήρηση της ηρεμίας του ασθενή.                | Ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο με χορήγηση παυσίπονων φαρμάκων ώστε να είναι ήρεμος και ήσυχος όλες τις ώρες. Δίνουμε στον άρρωστο κατάλληλη θέση στο κρεβάτι. Ψυχολογική υποστήριξη και ενθάρρυνση του ασθενή. | Δόθηκαν στον άρρωστο παυσίπονα LONARID. Δόθηκε η κατάλληλη θέση του αρρώστου στο κρεβάτι, πλάγια (στο σύστημα ημιθωρακικό). Η θέση αυτή περιόρισε τη σύμπτυξη και έκπτυξη του μεσοθωρακίου αυτού. Πλησιάζουμε τον ασθενή. Έγινε συζήτηση μαζί του και εξωτερικεύσε μερικώς την ανησυχία και τον φόβο που τον διακατέχουν.  | Πετύχαμε τη μείωση του πόνου του αρρώστου αλλά διατηρήθηκε η συνεχής ανησυχία του για την κατάσταση του και την πορεία της νόσου του. |
| Ο άρρωστος παρουσιάζει ανορεξία.                                      | Μείωση της ανορεξίας του ασθενή. Διατήρηση της ενυδάτωσης και της θρέψης του ασθενή. | Φροντίδα για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του ασθενή. Φροντίδα για την καλή σίτιση και ενυδάτωση. Προσφορά στον ασθενή τροφή της προτίμησής του.  | Έγινε φροντίδα για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του ασθενή και του προσφέρθηκε όη ζήτηση. Ο ασθενής σιτάζεται καλά και ενυδατώνεται. Προσφέρουμε στον ασθενή τροφή της προτίμησής του με ποικιλία καλοβρασμένη και σε περιβάλλον ωραίο. Η τροφή του αρρώστου είναι πλούσια σε λευκώματα και βιταμίνες και υψηλής θερμιδικής αξίας για κάλυψη των αναγκών του οργανισμού. Τα γεύματα είναι μικρά και συχνά. Ο ασθενής εντοχόθηκε να παίρνει υγρά. | Η όρεξη του αρρώστου αυξήθηκε ικανοποιητικά. Άρχισε να τρώει μικρά γεύματα και το βάρος του αυξήθηκε.                                 |

| ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ                                    | ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ                                     | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ   | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ   | ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ  |
|--|---|--|---|---|
| Εμφάνιση Αλωπεκίας.  | Ψυχολογική υποστήριξη και πρόληψη της επιπλοκής.                  | Εξήγηση στον ασθενή ότι τα μαλλιά του θα ξαναβγούν. Όταν αρχίζουν να πέφτουν τα μαλλιά γίνεται αποτρίχωση.   | Εξηγήθηκε στον ασθενή πως τα μαλλιά του θα πέσουν αλλά θα ξανααφύρουν. Μειώθηκε η αλωπεκία με εφαρμογή ελαστικού επιδέσμου και παγοκύστης στη διάρκεια της θεραπείας και 10-15 λεπτά μετά από αυτήν. Βοηθήθηκε ο ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματά του με τη συμπαράσταση και ενθάρρυνσή μας. | Στην αρχή παρατηρήθηκε μείωση της αλωπεκίας. Έπειτα όμως έπεσαν τα μαλλιά και έγινε αποτρίχωση.   |
| Παρουσία διαρροϊκών κενώσεων κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας. | Διακοπή της διάρροιας. Εξασφάλιση του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών. | Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων. Παρακολουθείται το χρώμα, η ποσότητα, η περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης. Παρακολούθηση για συμπτώματα αφυδάτωσης. Χορήγηση κατάλληλης διαίτας για να μην συνεχιστεί η διάρροια. Αποφυγή τροφών που την επιδεινώνουν. | Χορηγήθηκε REASEK. Παρατηρήθηκε η κάθε κένωση (χρώμα, ποσότητα). Παρακολουθείται συγκεκριμένα το ισοζύγιο υγρών. Χορήγηση ελαφράς και κατάλληλης διαίτας. Προτιμήθηκαν τροφές που δεν αφήνουν υπολείμματα και αναστέλλουν την διάρροια.   | Ελατώθηκαν σημαντικά οι διαρροϊκές κενώσεις.  |
| Ο ασθενής παρουσίασε συλλογή υπεζωκοτικού υγρού. (υδροθώρακα)      | Αφαίρεση του υπεζωκοτικού υγρού.                                  | Ετοιμασία τροχήλατου με νεφροειδές, με τολύπια βήμβας, BETADINE, οινόπνευμα για την απολύμανση της περιοχής, αποστειρωμένα γάντια, ψαλίδι, λευκοπλάστ, φλεβοκαθετήρες, αποστειρωμένες γάζες. Συσκευή BILLOW.   | Έγινε η εκκένωση μέσω της παρακέντησης από το γιατρό και τοποθετήθηκε το BILLOW με άσπιτο τεχνική μέσα στο χειρουργείο. Παρακολούθηση της λειτουργίας του BILLOW. Συνεργασία με τον άρρωστο.  | Παρατηρήθηκε και αξιολογήθηκε το χρώμα και η ποσότητα του υπεζωκοτικού υγρού. Όταν γέμισε το BILLOW κλείστηκε η συσκευή με την ειδική εγχοπή και αδειάστηκε το περιεχόμενό της. |

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

| <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</b>               | <b>ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>  | <b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>   | <b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>   | <b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</b>  |
|--|---|---|--|--|
| <p>Άγχος και φόβος για την πορεία της υγείας του</p> | <p>Ψυχολογική στήριξη του ασθενή και διδασκαλία της οικογένειάς του. Απαλλαγή του αρρώστου από το αίσθημα του άγχους και του φόβου.</p>   | <p>Να γίνει επικοινωνία με τον ασθενή και τους συγγενείς του.<br/>Να δημιουργηθούν ιδανικές συνθήκες για επικοινωνία.</p>   | <p>Έγινε επικοινωνία με τον άρρωστο, ο οποίος ενθαρρύνθηκε ψυχολογικά και τέλος αυτός εξέφρασε τα αισθήματα λύπης και απογοήτευσης που τον διακατέχουν.<br/>Έγινε επικοινωνία με τους οικείους του και διδασκαλία για την συμπεριφορά τους απέναντί του.<br/>Δόθηκαν στον άρρωστο ηρεμιστικά για να μπορέσει και να απαλλαγεί από τις απαισιόδοξες σκέψεις που τον κατέχουν.</p> | <p>Ο ασθενής προς το παρόν έδιωξε το φόβο και το άγχος του, χωρίς βέβαια να μην νιώθει αγωνία.</p> |
| <p>Απώλεια βάρους.</p>                               | <p>Ο ασθενής να παίρνει απαιτούμενες θερμίδες και βιταμίνες.<br/>Να περιοριστούν άσκοπες και επιβλαβείς δραστηριότητες.<br/>Διατήρηση του βάρους του ασθενή σε φυσιολογικά επίπεδα.</p> | <p>– Περιορισμός δραστηριοτήτων.<br/>– Παρακολούθηση του βάρους του ασθενή.<br/>– Παρακολούθηση του ασθενή αν παίρνει τις αναγκαίες θερμίδες.<br/>– Ενίσχυση για πρόληψη επαρκούς ποσότητας λευκωμάτων και υδατανθράκων.<br/>– Να δοθούν βιταμίνες.</p> | <p>Περιορίστηκαν οι δραστηριότητες.<br/>Ενισχύθηκε ο ασθενής να παίρνει καθημερινά τις απαραίτητες θερμίδες και την επαρκή ποσότητα λευκωμάτων και υδατανθράκων.<br/>Δόθηκαν βιταμίνες Α, Β, C, Κ.<br/>Ζυγίζεται καθημερινά.</p>   | <p>Ο ασθενής έχασε μερικά κιλά αλλά το βάρος του τείνει να σταθεροποιηθεί.</p>                     |

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ύστερα από την παραπάνω μελέτη που έγινε γύρω από τον καρκίνο του πνεύμονα μπορεί κανείς να συνάγει ορισμένα συμπεράσματα και να προτείνει λύσεις για την καταπολέμησή του.

Με την πάροδο του χρόνου αλλά και την ταυτόχρονη εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και ανάπτυξη της τεχνολογίας μπορούμε να υποστηρίξουμε με βεβαιότητα ότι ο καρκίνος του πνεύμονα δεν είναι πια μοιραίος. Έχουμε σήμερα τη δυνατότητα της έγκαιρης διάγνωσης και συνεπώς της αποτελεσματικής θεραπείας.

Είναι πάντως αλήθεια ότι ο απώτερος στόχος όλων των μελών της υγειονομικής ομάδας δεν είναι η μερική θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα αλλά η πλήρης ίαση από τη μάστιγα αυτή.

Και εδώ έρχεται ο καταρτισμένος νοσηλευτής με τις γνώσεις ογκολογίας να αποδείξει την αναγκαιότητα της συνεισφοράς της νοσηλευτικής επιστήμης στον αγώνα αυτό αφού ο νοσηλευτής είναι αυτός που μπορεί να βοηθήσει τόσο σε επιστημονικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο συνεργασίας και άμεσης επικοινωνίας με τον άρρωστο.

Οι προτάσεις που μπορούν να γίνουν μέσα από αυτή την εργασία είναι οι ακόλουθες:

- Ενημέρωση και διδασκαλία του πληθυσμού γύρω από τα αίτια που μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο του πνεύμονα, από τα άτομα που εργάζονται στο χώρο της υγείας μέσα στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης
- Προληπτικός και προσυμπτωματικός έλεγχος σε τακτά χρονικά διαστήματα των ατόμων που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου με την σωστή καθοδήγηση του νοσηλευτή στην κοινότητα μέσα στα πλαίσια της δευτεροβάθμιας πρόληψης.
- Απομάκρυνση των βιομηχανιών από κατοικήσιμες περιοχές με πρωτοβουλία της πολιτείας.
- Προγράμματα επιμόρφωσης των ατόμων της υγειονομικής ομάδας καθώς και χρηματικές ενισχύσεις για έρευνα με ευθύνη του κράτους.
- Ίδρυση μονάδων πλήρως εξοπλισμένων για την πρόληψη και την θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα και στην επαρχία, καθώς και πλήρης στελέχωση των αντικαρκινικών ιδρυμάτων.
- Προώθηση της υγιεινής και προσεγμένης διατροφής και αποφυγή των επιβλαβών παραγόντων (π.χ. ακτινοβολία) και κυρίως του καπνίσματος.
- Εφαρμογή νέων χημειοθεραπευτικών σχημάτων που μπορούν να αποτελέσουν επιπρόσθετο βήμα προόδου σε συνδυασμό με τη μελέτη του μηχανισμού αντίστασης του όγκου.

- Δημιουργία ειδικότητας ογκολογίας στην επιστήμη της νοσηλευτικής ώστε να είναι σωστότερη η προσέγγιση του καρκινοπαθούς και η αντιμετώπιση των ειδικών προβλημάτων του ασθενούς αυτού.
- Εξάλειψη της θεωρίας ότι ο καρκίνος αποτελεί «κακιά» ασθένεια που πρέπει να την ξεχωρίζουμε από τις άλλες ασθένειες.

# ΠΕΡΙΛΗΨΗ

- Σχεδόν το σύνολο των κακοήθων νεοπλασιών του πνεύμονα είναι βρογχογενή καρκινώματα που υποδιαιρούνται σε μικροκυτταρικά και μη μικροκυτταρικά.
- Η εντόπιση και η έκταση του όγκου προσδιορίζουν τη φύση των προβλημάτων που παρουσιάζονται.
- Όταν υπάρχει κλινική υποψία καρκίνου του πνεύμονα, η φυσιολογική ακτινογραφία θώρακα δεν αποκλείει την κακοήθη εξεργασία.
- Για τη διαφοροδιάγνωση μονήρους πνευμονικής εστίας στην απλή ακτινογραφία απαιτείται προσεκτική εκτίμηση.
- Η θεραπεία εκλογής με στόχο την ίαση είναι για:
  - τα μη μικροκυτταρικά βρογχογενή καρκινώματα: η χειρουργική ή/και η ακτινοθεραπεία.
  - τα μικροκυτταρικά βρογχογενή καρκινώματα: η χημειοθεραπεία.
- Το αν μπορεί να προσφερθεί θεραπεία σε ασθενή με καρκίνο του πνεύμονα εξαρτάται από:
  - τον τύπο, την εντόπιση και την έκταση του όγκου.
  - την καρδιοαναπνευστική κατάσταση του ασθενούς
  - την αναμενόμενη μετά τη θεραπεία λειτουργική επάρκεια ή μη του πνευμονικού αερισμού
- Ίαση είναι πιθανή σε ασθενείς με ασυμπτωματικό, μικρό, περιφερικό, μη μικροκυτταρικό καρκίνωμα, χωρίς μεταστάσεις. Για το λόγο αυτό ο πληθυσμιακός έλεγχος σε άτομα υψηλού κινδύνου είναι σημαντικός.
- Σε πολλές χώρες ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο στους άνδρες. Αν οι άνθρωποι διακόψουν το κάπνισμα, η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του πνεύμονα θα μειωθεί θεαματικά, γιατί: ο καρκίνος του πνεύμονα είναι σε πολύ μεγάλο ποσοστό μια ασθένεια που μπορεί να προληφθεί.



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**



## **ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΟΒΕΤΑΙ ΜΕ ΑΠΛΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΠΟΥ ΒΟΗΘΟΥΝ ΝΑ ΑΠΑΛΛΑΓΕΙΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΘΙΣΜΟ ΣΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ**

Θέλετε να σταματήσετε το καπνισμα; Επιθυμείτε να κόψετε το τσιγάρο επειδή γνωρίζετε πόσο βλαβερό είναι για την υγεία των ανθρώπων που ζουν μαζί σας ;Κανετε προσπάθειες και αποτύχατε; Μην απελπίζεστε, οι γιατροί της MAYO CLINIC βασισμένοι στην πείρα τους δίνουν τις παρακάτω συμβουλές που θα σας βοηθήσουν να πάψετε να καπνίζετε.

Γνωρίζετε βέβαια, ότι το κάπνισμα δεν είναι μόνο μία συνήθεια. Είναι ένας εθισμός, μία εξάρτηση, που συνδυάζεται με χημικές ουσίες, που σας επηρεάζουν.

Γι'αυτό και είναι δύσκολο να το «κόψετε».

Προσπαθείστε όμως για άλλη μια φορά:

Η φιλοσοφία του κέντρου της MAYO CLINIC είναι ότι η εξάρτηση από τη νικοτίνη είναι ένα σοβαρό ιατρικό πρόβλημα που επιφέρει φυσικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά τα οποία μπορούν να αναγνωριστούν και να θεραπευτούν. Η προσέγγιση στη θεραπεία δίνει έμφαση σε μια τριγωνική σχέση ανάμεσα στο γιατρό, τον ασθενή και τον ψυχολόγο ειδικευμένο σε θέματα συμπεριφοράς. Ο ψυχολόγος με την ενεργό υποστήριξη του γιατρού ,παρέχει παρέμβαση, πληροφόρηση και θεραπεία στον ασθενή σε οποιοδήποτε επίπεδο εξάρτησης από τη νικοτίνη και σε οποιοδήποτε στάδιο ετοιμότητας κι αν βρίσκεται.

### Ορίστε ημερομηνία

Βάλτε ένα χρονικό όριο. Μιαν ημερομηνία όχι και πολύ μακρινή. Από αυτή την ημέρα πείτε ότι θα σταματήσετε το κάπνισμα. Στη συνέχεια γράψτε τους λόγους για τους οποίους πιστεύετε ότι πρέπει να κόψετε το κάπνισμα. Πριν αρχίσετε την προσπάθειά σας και αρκετά συχνά μετά, μελετήστε τη λίστα που έχετε κάνει.

### Αλλάξτε συνήθειες

Πριν φθάσετε στην καθορισμένη ημερομηνία αλλάξτε μερικές απο τις καθημερινές συνήθειές σας : π.χ. χρησιμοποιήστε σπύρτα αντί για αναπτήρα, αγοράστε πιο ελαφρά τσιγάρα, μειώστε σιγά –σιγά τον αριθμό των τσιγάρων που καθημερινά καπνίζετε.

### Γνωστοποιήστε την απόφασή σας

Ανακοινώστε στους συγγενείς και τους φίλους σας την αποφασή σας να κόψετε το τσιγάρο. Πληροφορείστε τους πότε και γιατί θα σταματήσετε το τσιγάρο και ζητείστε τους να σας βοηθήσουν.

### Αύριο είναι άλλη μέρα

Την ορισμένη ημέρα πετάξτε το πακέτο σας και αποφασίστε να μην καπνίσετε εκείνη την ημέρα. Η επόμενη είναι μια άλλη ημέρα. Προσπαθείστε κι αυτή τη μέρα να μη καπνίσετε. Συγκεντρωθείτε σ'αυτό το σκοπό. Μην ανησυχείτε για το αυριο πριν φθάσει.

### Ξεφύγετε από τη ρουτίνα

Αποφύγετε τις θέσεις στις οποίες συνηθίζατε να καπνίζετε. Πιείτε τον πρώτο καφέ σας σε κάποιο διαφορετικό σημείο του σπιτιού. Καλό είναι τις πρώτες εβδομάδες που άρχισε η διακοπή του καπνίσματος να αποφεύγεται ο καφές ως διεγερτικός του Κ.Ν.Σ. και να αντικατασταθεί με χυμούς φρούτων ώστε να μειώνεται η επιθυμία του τσιγάρου. Μετά το γεύμα, που συνήθως συμπληρώνεται με ένα τσιγάρο, σηκωθείτε γρήγορα από το τραπέζι. Αντί να ανάψετε τσιγάρο κάντε ένα περίπατο.

#### Απασχοληθείτε

Πριν νιώσετε επιθυμία για κάπνισμα, ασχοληθείτε με πράγματα που το κάνουν δύσκολο π.χ. γυμναστική, ένα ντους, πλύντε το αυτοκίνητό σας, φυτέψτε κάτι στον κήπο σας.

#### Η ώρα της επιθυμίας

Όταν η επιθυμία σας για κάπνισμα ενταθεί, κοιτάξτε το ρολόι σας. Συνήθως διαρκεί λίγη ώρα. Μόλις περάσει αυτή η στιγμή έχετε ξεφύγει.

#### Υποκατάστατα

Βάλτε κάτι άλλο στο στόμα σας: καρότα, σπόρους ή τσίχλες χωρίς ζάχαρη. Όλα αυτά θα σας βοηθήσουν.

#### Τεχνικές χαλάρωσης

Πάρτε σιγά σιγά, βαθιές εισπνοές σαν να εισπνέατε τον καπνό ενός τσιγάρου. Επαναλάβετε πολλές φορές αυτή την άσκηση.

#### Θετική αντιμετώπιση

Αντί να σκέπτεστε «δεν μπορώ να το κάνω αυτό» αντιμετωπίστε θετικά το πρόβλημα. Σκεφθείτε: «μπορώ να αντισταθώ για μερικά ακόμη λεπτά» και τότε η επιθυμία για κάπνισμα θα περάσει και θα νιώθετε περίφημα.

#### Υποτροπή

Όταν σταματήσετε το κάπνισμα, τα φυσικά συμπτώματα της στέρησης θα διαρκέσουν για 1-2 εβδομάδες. Η επιθυμία για κάπνισμα μπορεί να διαρκέσει περισσότερο αλλά και αυτή σιγά σιγά χάνει την έντασή της. Οι πιο πολλές υποτροπές συμβαίνουν την πρώτη εβδομάδα που θα σταματήσει κανείς το κάπνισμα. Αιτία αποτελεί η πλήρης εξάρτηση από τη νικοτίνη. Η υποτροπή κατά τους πρώτους τρεις μήνες οφείλεται στην έλλειψη συνηθειών του μη καπνιστή. Έχετε πάντα στο νου σας ότι ένας πρώην καπνιστής δεν αρκείται ποτέ «μόνο σε ένα τσιγάρο».

#### ΜΠΟΡΕΙΤΕ

Βέβαια είναι δύσκολο να σταματήσει κάποιος το κάπνισμα αλλά όχι αδύνατο. Κάθε χρόνο χιλιάδες καπνιστές το επιτυγχάνουν. Αν έχετε κάνει και άλλες προσπάθειες στο παρελθόν και έχετε αποτύχει, μην απογοητεύεστε. Αντίθετα χρησιμοποιείστε την πείρα σας και βάλτε νέο χρονικό όριο. Η επιμονή συνήθως αμοιβεται, κόβοντας το τσιγάρο θα έχετε μακρύτερη και καλύτερη ζωή.

Τέλος για όσους παρά τα ανωτέρω εκτεθέντα, μένουν αμετανόητοι στη διακοπή του καπνίσματος μερικές συμβουλές για να μετριάσουν τουλάχιστον τις βλαβερές του επιδράσεις στον οργανισμό είναι:

- 1) Διαλέγετε σχολαστικά τα τσιγάρα που έχουν λιγότερη νικοτίνη.
- 2) Διαλέγετε πάντα τσιγάρα με φίλτρο και μάλιστα διπλό.

- 3) Τουλάχιστον μία φορά το χρόνο κάνετε εντατικό έλεγχο του αναπνευστικού συστήματος (ακτινογραφία)
- 4) Μη ξεπερνάτε – ο κόσμος να χαλάσει – τα 9 τσιγάρα την ημέρα.
- 5) Μην εισπνέετε τον καπνό, διότι όσο λιγότερο καπνό εισπνέετε, τόσο λιγότερη ζημιά προκαλείτε στους πνεύμονες και στον οργανισμό σας.
- 6) Μην καπνίζετε ολόκληρο το τσιγάρο σας. Όταν φτάσει στη μέση, σβήστε το – χωρίς όμως να ανάψετε άλλο. Άλλωστε στο τέλος του το τσιγάρο έχει μαζέψει όλες τις βλαβερές ουσίες του.
- 7) Ανάμεσα στην μια ρουφηξιά και την άλλη αφήστε να περνά λίγη ώρα. Έτσι έχετε μεν την ψευδαίσθηση πως καπνίζετε αλλά καπνίζετε λίγο ή ελάχιστα.
- 8) Μοιράστε τα 9 τσιγάρα σας καθ' όλη την ημέρα και όχι μαζεμένα για να προλαβαίνει το αίμα και οι βλεννογόνοι των βρόγχων να καθαρίζουν.
- 9) Αρχίστε το κάπνισμα σε μεγαλύτερη ηλικία όσο γίνεται. Έχετε κέρδος χρόνου αλλά και πιθανότητες να μην το συνηθίσετε ποτέ.

Το κάπνισμα βλάπτει την ακοή, γερνάει το δέρμα του προσώπου λόγω κακής αιμάτωσης και τροφοδοσίας των ιστών, κατεβάζει τη θερμοκρασία του δέρματος κατά 4-5° και δημιουργεί ριτίδες ακόμη και στη νεαρή ηλικία.

Επηρεάζει επίσης τη γεύση των φαγητών, μειώνει την ικανότητα οσμής, προκαλεί ξερόβηχα, ασημη αναπνοή, μειώνει την αντοχή και μας κάνει πιο επιρρεπείς στα κρυολογήματα και στη γρίπη. Στο στόμα έχουμε συχνά στοματίτιδα από τη νικοτίνη μεταξύ καπνιστών πίπας και πούρου. Δημιουργείται ουλίτιδα και περιοδοντική νόσος, κακή χρήση των δοντιών ακόμη και καταστροφή του οστίτιου ιστού. Επίσης δημιουργείται κολπίτιδα.

Οι καπνιστές πρέπει να παίρνουν απαραίτητως βιταμίνη C η οποία ενισχύει την άμυνα του οργανισμού και προστατεύει τα αγγεία. Η νικοτίνη καταστρέφει την βιταμίνη C και οι καπνιστές καθίστανται ευάλωτοι στις λοιμώδεις ασθένειες.

## ΤΙ ΧΑΝΟΥΜΕ ΚΑΠΝΙΖΟΝΤΑΣ

- 1) Χάνουμε χρήματα (το 20% του εισοδήματος ενώ για άλλες ανάγκες δαπανούμε το 3 – 10%).
- 2) Χάνουμε την υγεία μας (καρκίνος, καρδιοπάθειες).
- 3) Χάνουμε την αντοχή μας (αναπνευστικές παθήσεις).<sup>14</sup>



**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **ΣΠΑΡΟΥΝΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ**, “Γενική Χειρουργική”, Τόμος Β’, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1990, σ. 539-541, 542-543, 567, 571, 577
2. **WEBB R., GANSU G.**, “Tracheobronchial tumors and Tumorlike conditions In: Teplik and Haskin M. Surgical Radiology”, Saunders Co, Philadelphia 1981, σ. 678
3. **ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΝΩΣΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**, “Εγχειρίδιο Κλινικής Ογκολογίας”, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991, σ. 259-271
4. **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ**, “Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-Ογκολογίας ”, Εκδόσεις Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, Αθήνα 1998, σ. 19
5. **Γ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Γ. ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ**, “Αρχές Γενικής Χειρουργικής”, Τόμος Β’, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1989, σ. 416
6. **ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ – ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ**, “Θέματα Παθολογίας-Ογκολογίας”, Εκδόσεις ΕΟΠΕ, Αθήνα 1990, σ. 148,149,150
7. **ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Μ.**, “Ελληνική Ογκολογία”, Τόμος 33, Τεύχος 2, Εκδόσεις Ζ, Αθήνα 1997, σ. 85
8. **ΔΟΣΙΟΣ Θ.**, “Ιατρική”, Τόμος 58, Τεύχος 6, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1990, σ.627
9. **ΠΟΛΥΖΩΓΟΠΟΥΛΟΣ Δ., ΠΟΛΥΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ Β.**, “Κλινική Πνευμονολογία”, Τόμος Α’, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 1991, σ. 313
10. **ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ.**, “Ειδική Νοσολογία”, Έκδοση Δ’, Τόμος Α’, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1984, σ. 283, 284
11. **ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.**, “Ειδική Νοσολογία”, Νέα Έκδοση, Επίτομος, Εκδόσεις Μαρία Παρισιάνου, Αθήνα 1990, σ. 197
12. **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ**, “ Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-Ογκολογίας ”, Εκδόσεις Ε.Α.Ε., Αθήνα 1999, σ. 253, 255, 257
13. **HAAGERDOORN E.M.L., OLDHOFF J., BENDER W., CLARKE W., SLEIJFER D.**, “Βασικές Γνώσεις Ογκολογίας”, Μετάφραση: Π. Βασιλόπουλος, Κ. Γεννατάς, Α. Αθανασίου, Ε. Κοσμίδη, Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1994, σ. 49, 50
14. **ΜΠΙΛΑΛΗΣ ΠΑΥΛΟΣ**, “Κάπνισμα και Υγεία”, Έκδοση Γ’, Εκδόσεις “Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία”, Αθήνα 1997, σ. 64, 66
15. **ΔΟΝΤΑΣ Ν.**, “Ευρώπη κατά του Καρκίνου”, Σεμινάριο Νοσ/των με θέμα: “Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, Αποκατάσταση του καρκινοπαθούς”, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991, σ. 23, 24, 25
16. **AUSTOKER JOAN**, “Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας”, Μετάφραση: Π. Βασιλόπουλος, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1997, σ. 52

17. **ΣΑΧΙΝΗ – ΚΑΡΔΑΣΗ Α., ΠΑΝΟΥ Μ.**, “Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική”, Ε’ επανέκδοση. Τόμος 1<sup>ος</sup>, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1996, σ. 181, 183, 184, 185, 186, 187
18. **LAMPLEY P.** “Φοβίες, αγωνίες και ελπίδες των καρκινοπαθών”, “Ελληνική Ογκολογία”, Τεύχος 30, Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1994, σ. 180-182
19. **ΣΑΜΑΡΤΖΗ Μ.** “Ένας αξιοπρεπής θάνατος”, “Ελληνική Ογκολογία”, Τεύχος 30, Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1994, σ. 248-251
20. **ΤΣΙΓΚΟΥΡΑΚΟΣ Δ.**, “Ελληνική Ογκολογία, η συμβολή της οικογένειας ως υποστηρικτικού συστήματος του καρκινοπαθούς απ’ τη σκοπιά του κλινικού ογκολόγου”, Τεύχος 29, Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1993, σ. 119-120
21. **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ**, “Ca, μ’ ενδιαφέρει”, Τρίμηνο περιοδικό, Τεύχος 9, Εκδόσεις Ε.Α.Ε, Αθήνα 1994, (ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ – ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ), σ. 19
22. **LIPPERT H.**, “Ανατομική”, Μετάφραση: Νικηφόρος Ν., Έκδοση Ε’, Επιστημονικές Εκδόσεις Παριζιάνος, Αθήνα 1993, σ. 287
23. **DOLLINGEN M.**, “Ο καρκίνος, διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση”, Έκδοση Α’, εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα 1992, σ. 293