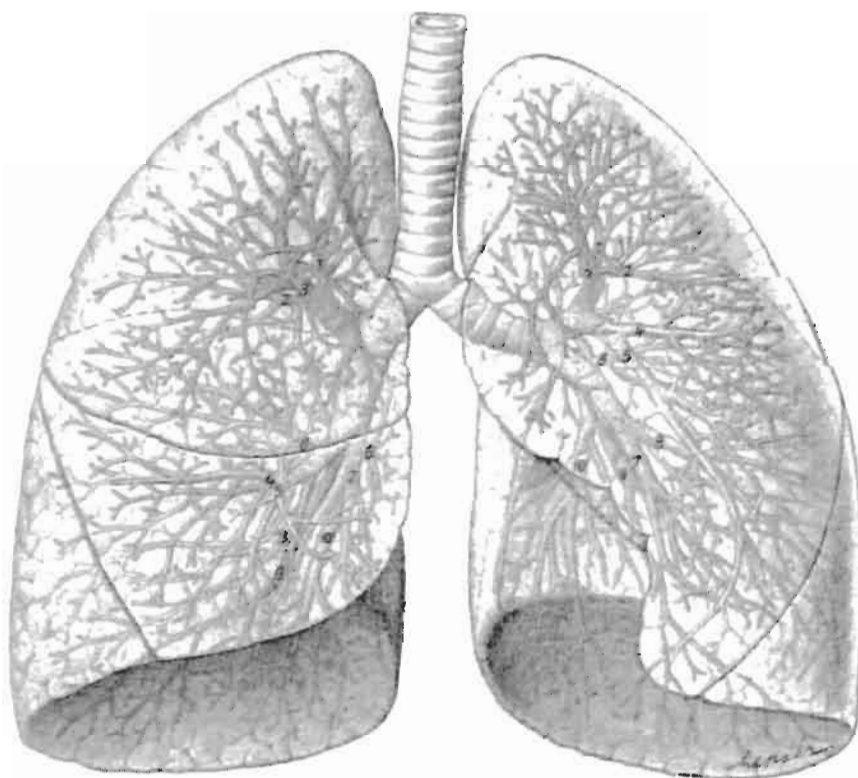


Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: «ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»



Υπεύθυνη Καθηγήτρια:

Κ. ΚΑΡΛΟΥΧΤΖΗ ΕΙΡΗΝΗ

Σπουδάστρια:

ΜΟΣΧΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΠΑΤΡΑ 2002

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΝΟΤΗΤΑ I	4
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΕΝΟΤΗΤΑ II	8
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ	9
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	13
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ	15
1. Κάπνισμα	15
2. Αίτια στον επαγγελματικό χώρο	17
3. Ατμοσφαιρική ρύπανση	18
4. Διατροφή	19
5. Ακτινοβολία	19
6. Πνευμονικά νοσήματα	19
7. Ανοσοκαταστολή	19
8. Οικογενειακή προδιάθεση	19
9. Ψυχοσωματικοί παράγοντες	20
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	21
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	24
1. Ιστορικό – Φυσική εξέταση	24
2. Ακτινογραφία θώρακα	25
3. Αξονική τομογραφία	26
4. Κυτταρολογική πτυέλων	26
5. Βρογχοσκόπηση	28
6. Μεσοθωρακοσκόπηση – Βιοψία λεμφαδένων	28
7. Διαδερμική βιοψία πνεύμονα	29
8. Βιοψία διά λεπτής βελόνας	29
9. Βιοψία υπεζωκότα	30
ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	31
Καρκίνωμα από πλακώδες επιθήλιο	31
Μικροκυτταρικό καρκίνωμα	32
Αδενοκαρκινώματα:	32
Μεγαλοκυτταρικό	33
Βρογχικά αδενώματα	33
ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ – ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ	35
Κλινική ταξινόμηση του πνεύμονα	35
Πίνακας. Σταδιοποίηση καρκίνου του πνεύμονος	37

ΘΕΡΑΠΕΙΑ	38
Χειρουργική θεραπεία	38
Θεραπεία με ακτινοβολία	39
Τρόποι εφαρμογής ακτινοβολίας σε Ca ΠΝΕΥΜΟΝΑ	41
Χημειοθεραπεία	41
ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	44
ΕΝΟΤΗΤΑ ΙΙΙ	46
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ	46
Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΑ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ	47
ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ	49
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	50
Γενικές αρχές που θα πρέπει να έχει υπόψη του ο νοσηλευτής - τρια	50
Παρακλινικός έλεγχος - νοσηλευτική παρέμβαση	50
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	58
1. Μείωση αγωνίας και φόβου	58
2. Θωρακικό άλγος	58
3. Βήχας	59
4. Δύσπνοια	60
5. Απόχρεμψη	60
6. Αιμόπτυση	61
7. Ατελεκτασία	61
8. Κυάνωση	62
9. Αναιμία	63
10. Πυρετός	63
ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ	64
ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ	65
ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ	66
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	67
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ	68
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	69
Αιμοραγία	69
Shock ή καταπληξία	69
Θρομβοφλεβίτιδα	69
Διαταραχές θρέψης	70
Μόλυνση τραύματος	70
Ίκτερος	71

Ατελεκτασία _____	71
Πνευμοθώρακας _____	72
Θωρακική παροχέτευση (Bilow) _____	72
Αναπνευστική ανεπάρκεια _____	73
Πνευμονικό οίδημα _____	73
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ _____	75
Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας _____	75
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΙΣ ΤΟΞΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ _____	76
Λευκοπενία _____	76
Θρομβοπενία _____	76
Αναμία _____	77
Γαστρεντερικές διαταραχές _____	77
Ανοσοκατασταλτική επίδραση _____	78
Αλλαγές στο δέρμα _____	78
Νευροτοξικότητα _____	78
Αλωπεκία _____	79
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ _____	80
ΤΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΠΡΟΣΤΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ Ca ΠΝΕΥΜΟΝΑ _____	82
Η ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ _____	84
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ _____	86
ΠΡΟΛΗΨΗ Ca ΠΝΕΥΜΟΝΑ _____	87
Παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα μακράς επιβίωσης των πασχόντων είναι : _____	88
Παράγοντες αντιτιθέμενοι σε μακρά επιβίωση των πασχόντων είναι : _____	88
Μετεγχειρητική θνησιμότητα _____	88
ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ _____	90
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ _____	91
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ _____	93
Α΄ Περιστατικό _____	93
Β΄ Περιστατικό _____	99
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ _____	104

ΕΝΟΤΗΤΑ Ι

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία μου ασχολείται με τον πνεύμονα. Μέσα από την εργασία μου που πρόκειται για μία βιβλιογραφική ανασκόπηση θα προσπαθήσω να εκθέσω όλους τους τύπους του Ca πνεύμονα.

Στο πρώτο μέρος της εργασίας μου ασχολούμαι με την ιατρική πλευρά του Ca πνεύμονα ενώ στο δεύτερο μέρος αναφέρω το ρόλο που καλείται να διαδραματίσει η νοσηλεύτρια / της στην αντιμετώπιση ενός περιστατικού με Ca πνεύμονα

Επέλεξα το συγκεκριμένο θέμα επηρεασμένη από την εμφάνιση Ca πνεύμονα σε φιλικό μου πρόσωπο.

Η εργασία μου έχει σκοπό τη σωστότερη κατάρτισή μας στο θέμα και τη γνώση της σωστής νοσηλευτικής φροντίδας που πρέπει να προσφέρουμε στους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Χωρίς να υπάρχουν γραπτά αποδεικτικά κείμενα, εν τούτοις έχουμε όλες τις ενδείξεις ότι ο καρκίνος είναι αρρώστια τόσο παλιά όσο και ο άνθρωπος και τα ζώα. Αυτό εξάγεται κυρίως από το γεγονός, ότι όσο παλιά και αν είναι τα οστά των ανθρώπων και ζώων που βρήκαμε μέχρι σήμερα στη γη, διαπιστώνονται σε ορισμένα από αυτά οστικές αλλοιώσεις που μας πείθουν, ότι έχουν προκληθεί από την παρουσία κακοηθών όγκων.

Η Παλαιά Διαθήκη αναφέρει την ασθένεια σαν όγκο. Οι αρχαίοι Αιγύπτιοι, οι Έλληνες και οι Πέρσες την αναφέρουν επίσης σε συγγράμματα τους. Επομένως ο καρκίνος του πνεύμονα είναι γνωστός από τα πολύ παλιά χρόνια. (Κατράκης Γ. 1980).

Σήμερα στον 21^ο αιώνα που θεωρείται αιώνας των κομπιούτερς, της πληροφορικής και των επιστημών ο άνθρωπος παρόλο που κατάφερε να ανεβάσει το βιοτικό του επίπεδο με τις τεχνολογικές ανακαλύψεις η ιατρική επιστήμη βρίσκεται μπροστά στο τεράστιο αδιέξοδο της θνησιμότητας από τον καρκίνο, που αυξάνεται αλματωδώς τα τελευταία χρόνια. (Πτυχιακή εργασία Γκανιάτσου, 1993).

Ο Ca του πνεύμονα στους άνδρες βρίσκεται σήμερα στο διεθνές προσκήνιο του ενδιαφέροντος, τόσο από μέρους των ειδικών επιστημόνων και κυρίως ειδικών γιατρών ακτινολόγων, όσο και από μέρους του ευρύτατου μη ιατρικού κοινού. (Κατράκης Γ. 1980).

Ο Ca του πνεύμονα παραμένει ο παγκόσμιος «δολοφόνος» αφού μόνο στις ΗΠΑ το 1994 170.000 νέες περιπτώσεις ανακαλύφθηκαν και 130.000 νέοι θάνατοι από αυτόν τον όγκο αναφέρθηκαν. Οι κακοήθειες του πνεύμονα προκαλούν το 25% των θανάτων από καρκίνο. (Σπηλιώτης Ι. 1999).

Ο καρκίνος του πνεύμονα χρίζει επομένως 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 επιδημιολογικούς ρυθμούς στα περισσότερα μέρη του κόσμου.

- Κατά το μεγαλύτερο ποσοστό μπορεί να προληφθεί με τον έλεγχο του καπνίσματος.
- Ο έλεγχος του καπνίσματος δεν φέρει το ποθούμενο αποτέλεσμα. (UICC Εγχειρίδιο Κλινικής Ογκολογίας, 1991).

Παρά την μεγάλη επίπτωση του καρκίνου και τη συνεχή αύξηση που παρουσιάζεται, η συνολική δυνατότητα ίασης παραμένει μικρή. Σήμερα η συνολική πενταετής επιβίωση κυμαίνεται μεταξύ 10-13%. Η επιβίωση χωρίς θεραπεία είναι πολύ χαμηλή και οι περισσότεροι ασθενείς, χωρίς θεραπεία δεν ζουν πέρα του έτους, ενώ η μέση επιβίωση είναι περίπου 6 μήνες, από την ημέρα της διάγνωσης. (Κ. Παπαβασιλείου, 1991).

ΕΝΟΤΗΤΑ ΙΙ

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Πνεύμονες

Οι πνεύμονες θεωρούνται σαν δύο μεγάλα σπογγώδη ελαστικά όργανα που ειρίσκονται μέσα στη θωρακική κοιλότητα και χάρις στην ελαστικότητά τους μπορούν να παρακολουθούν τις κινήσεις του θώρακα (έκπτυξη και σύμπτυξη). Οι πνεύμονες βρίσκονται μέσα από τον πλευρικό θώρακα και επάνω στο διάφραγμα και χωρίζονται μεταξύ τους από την καρδιά και τα μεγάλα αγγεία (μεσαύλιος ή μεσοπνευμόνιος χώρος). (Φυσιολογία, Πλέσσας Κανέλλος 1997). Στην επιφάνεια των πνευμόνων εντυπώνονται τα γειτονικά όργανα. Λόγω του θόλου του διαφράγματος η βάση τους είναι κοίλη. (Lippert 1993).

Κάθε πνεύμονας έχει τέσσερις επιφάνειες:

- την έσω επιφάνεια: φέρει την πύλη του πνεύμονα από την οποία διέρχονται τα πνευμονικά αγγεία, τα νεύρα και οι βρόγχοι.
- Την κάτω επιφάνεια ή βάση: επικάθεται στο διάφραγμα.
- Την έξω επιφάνεια: βρίσκεται απέναντι από τον πλευρικό θώρακα.
- Το άνω τμήμα των πνευμόνων: εξέχει σαν κορυφή. (Φυσιολογία, Πλέσσας Κανέλλος 1997).

Λοβοί των πνευμόνων: Κάθε πνεύμονας υποδιαιρείται σε λοβούς, με βαθιές μεσολόβιες σχισμές. Ο δεξιός πνεύμονας αποτελείται από τρεις λοβούς. Τον άνω, τον μέσο και το κάτω λοβό. (Μεντίζης 2000). Ο αριστερός πνεύμονας έχει δύο λοβούς (άνω και κάτω). (Γκανιάτσου 1993).

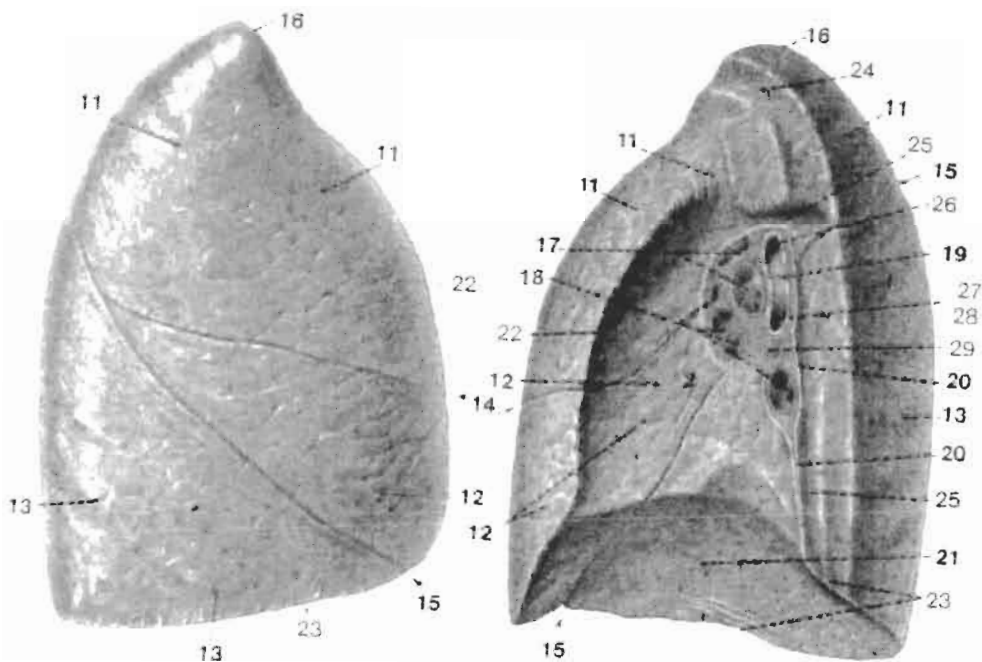
Ο όγκος του αριστερού πνεύμονα είναι τα $\frac{3}{4}$ περίπου του δεξιού πνεύμονα. (Μεντίζης 2000).

Πύλη του πνεύμονα: Στην επιφάνεια του πνεύμονα προς το μεσοθωράκιο βρίσκεται η πύλη, η θέση εισόδου των στελεχιαίων βρόγχων

και των μεγάλων αγγείων. Μόνο από τις πύλες μπαίνουν αγγεία στους πνεύμονες. (Lippert 1997).

Ο κύριος βρόγχος και τα αγγεία που αποτελούν τη ρίζα του πνεύμονα στην πύλη εμφανίζουν τις ακόλουθες σχέσεις:

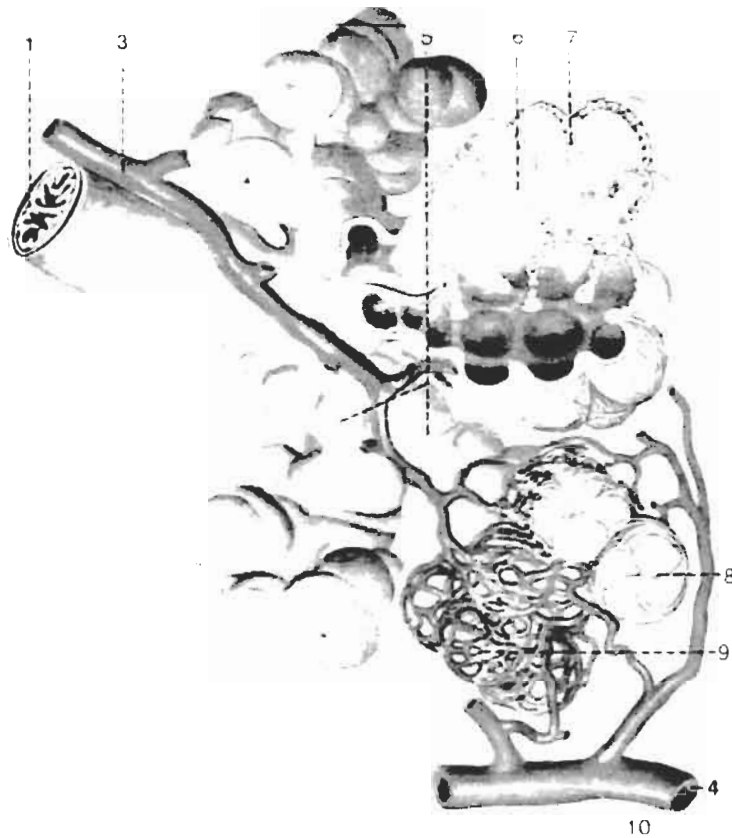
Αριστερή πύλη-μπροστά και πάνω η πνευμονική αρτηρία και κάτω οι δύο πνευμονικές φλέβες βρίσκεται πίσω και πάνω (επαρτηρητηριακώς) από την πνευμονική αρτηρία. (Keir, Wisse, Krebs 1996).



Πνευμονικός σύνδεσμος: Κατά την πύλη του πνεύμονα και κάτω από αυτήν γίνεται η ανάκαμψη του μεσοπνευμονίου πετάλου του τοιχωματικού υπεζωκότα κι έτσι δημιουργείται μία διπέταλη πτυχή του υπεζωκότα, ο πνευμονικός σύνδεσμος, η οποία φέρεται κατά το μετωπιαίο επίπεδο από το μεσοπνευμόνιο προς τον πνεύμονα. Ο πνευμονικός σύνδεσμος χωρίζει την κάτω μοίρα του παραμεσοπνευμόνιου χώρου κάθε υπεζωκοτικής κοιλότητας σε πρόσθιο τμήμα. (Μεντίζης 2000).

Βρόγχοι του πνεύμονα: Κάθε βρόγχος διακλαδίζεται σε τμηματικούς βρόγχους που ο καθένας χωρίζεται σε άλλα τμήματα που ονομάζονται

βρογχοπνευμονικό τμήμα. Από εκεί διακλαδίζονται σε ολοένα μικρότερους κλάδους και οι τελικοί ονομάζονται λοβιακοί βρόγχοι. Αυτοί εισερχόμενοι εντός του λοβίου λέγονται ενδολόβιοι. Τα ενδολόβια μέσα στα πνευμονικά λοβία χωρίζονται σε βρογχιόλια. Κάθε βρογχιόλιο υποδιαιρείται στους κυψελωτούς χώρους που το τοίχωμα τους φέρει εγκοιλπώματα που αποτελούν τις κυψελίδες. Οι κυψελίδες έχουν πλούσιο δίκτυο τριχοειδών αγγείων. Η νεύρωση του πνεύμονα γίνεται μετά πνευμονογαστρικά νεύρα και τις ίνες των συμπαθητικών γαγγλίων. (Γκανιάτσου 1993).



Ρίζα του πνεύμονα και βάση της καρδιάς: Η ρίζα κάθε πνεύμονα σχηματίζεται από τον κύριο βρόγχο, το σύστοιχο κλάδο της πνευμονικής αρτηρίας, τις πνευμονικές φλέβες και τα λεμφαγγεία και νεύρα του πνεύμονα δηλαδή όλα εκείνα τα στοιχεία που μαζί με τα βρογχικά αγγεία διέρχονται από την πύλη του πνεύμονα. Η ρίζα του πνεύμονα σταθεροποιείται από το

βρόγχο και από το ευλύγιστο, ελαστικό τοίχωμα της πνευμονικής αρτηρίας. Η αρτηριακή πίεση στην πνευμονική αρτηρία είναι περίπου το 1/3 της πίεσης στην αορτή. (Μεντίζης 2000).

Επιφάνεια – ειδικός βάρος: Το χρώμα των πνευμόνων είναι ροζ στους νέους, κόκκινο βαθύ στους ηλικιωμένους και μελανό στους καπνιστές. (Γκανιάτσου 1993). Το ειδικό βάρος του πνεύμονα που έχει αναπνεύσει και επομένως περιέχει αέρα κυμαίνεται μεταξύ 0,13 και 0,75 και γι αυτό επιπλέει στο νερό. Πνεύμονας που δεν έχει αναπνεύσει και επομένως δεν περιέχει αέρα βυθίζεται – δοκιμασία επίπλευσης για τον καθορισμό αν ένα νεογέννητο γεννήθηκε νεκρό ή είχε αναπνεύσει προτού πεθάνει. (Μεντίζης 2000).

Λειτουργίες πνευμόνων

1. Ρυθμιστικός μηχανισμός της αναπνευστικής λειτουργίας
2. μηχανική της αναπνοής
3. πνευμονικός αερισμός
4. πνευμονική κυκλοφορία
5. διάλυση αερίων
6. κατάσταση αερίων στο αρτηριακό αίμα και
7. ρυθμιστική δράση των πνευμόνων στη διατήρηση της οξεοβασικής ισορροπίας στον οργανισμό (Γκανιάτσου 1993).

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Παρά την πρόοδο που έχει επιτευχθεί τελευταία στις διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους, ο καρκίνος του πνεύμονα εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας. (Δ.Δ Ιόλη Γεωργίου Παπά 1983).

Ο καρκίνος του πνεύμονα έχει γίνει η κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο στον Αμερικάνικο ανδρικό πληθυσμό από τις αρχές της δεκαετίας του '50. Στις γυναίκες ενώ το 1950 ήταν έβδομη αιτία θανάτου, τώρα σχεδόν ξεπερνά τον καρκίνο του μαστού και γίνεται η πρώτη αιτία θανάτου, όπως και στους άνδρες. (Δ.Δ Κωνσταντίνου Α. Εμμανουηλίδη 1992).

Ο καρκίνος του πνεύμονα αφορά συχνότερα άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. (Δ.Δ Ιόλη Γεωργίου Παπά 1983). Οι περισσότεροι άρρωστοι με καρκίνο του πνεύμονα είναι στην ηλικία μεταξύ 35 και 75 χρονών με κορυφή την ηλικία των 55-65 χρονών. (Εγχειρίδιο Κλινικής Ογκολογίας 1991). Σπάνια προσβάλλει ασθενείς κάτω των 35 ετών. Αφορά περισσότερο κατοίκους αστικών και βιομηχανικών περιοχών που είναι εκτεθειμένοι σε γνωστούς καρκινογόνους παράγοντες. (Δ.Δ Ιόλη Γεωργίου Παπά 1983). Επίσης είναι σημαντικά συχνότερος σε καπνιστές. Περισσότερο από 80% των καρκίνων του πνεύμονα αποδίδεται στο κάπνισμα και υπολογίζεται ότι ένας στους 10 άνδρες που είναι βαρείς καπνιστές στις ΗΠΑ 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 από καρκίνο προκαλεί το θάνατο σε 50-80 άνδρες σε πληθυσμό 100.000 κάθε χρόνο στις περισσότερες δυτικές χώρες. Λιγότερο από 10% επιβιώνουν 5 χρόνια και 8% πεθαίνουν ένα χρόνο μετά τη διάγνωση. (i. Σπληλιώτης 1999).

Στην Ευρώπη τις τελευταίες 10ετίες η Μ. Βρετανία και ειδικότερα η Σκωτία παραμένουν στην πρώτη θέση μεταξύ των θανάτων από καρκίνο πνεύμονα

με 140 στους 100.000 κατοίκους, ενώ ακολουθούν τώρα σε συχνότητα η Ολλανδία και το Βέλγιο. (Πτυχιακή εργασία Γκανιάτσου 1993).

Στις αναπτυσσόμενες χώρες η αυξανόμενη συχνότητα και θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα συγκρίνεται με την παράλληλη αύξηση του καπνού και με την βιομηχανοποίηση κυρίως καθώς το προσδόκιμο επιβίωσης αυξάνει από τα 50 στα 60 ή 70 χρόνια. Τα χρόνια καπνίσματος αυξάνουν δραματικά προσθέτοντας περισσότερο «λάδι στη φωτιά». Η θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα είναι 10-15 φορές μεγαλύτερη σε αυτούς που καπνίζουν από ότι στους μη καπνιστές. Εάν το κάπνισμα σταματούσε, το ποσοστό θνησιμότητας από καρκίνο του πνεύμονος θα επέστραφε στο επίπεδο των μη καπνιστών σε 5-10 χρόνια. (Εγχειρίδιο Κλινικής Ογκολογίας 1991).

Η κατάσταση στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα προσβάλλονται κάθε χρόνο περισσότερα από 3000 άτομα και η προτυπώμενη κατά ηλικία θνησιμότητα είναι για τους άνδρες 39,4 % και για τις γυναίκες 6,3% ενώ η συχνότητα της νόσου αυξάνει κατά 2% κάθε χρόνο. (Δ.Δ Εμμανουηλίδη 1992).

Στην Ελλάδα μελετήθηκε η συσχέτιση καπνίσματος και καρκίνου του πνεύμονα από τον Κανελλάκη. Για όσους κάπνιζαν 1-10 τσιγάρα ημερησίως ο κίνδυνος ήταν 1,9 φορές μεγαλύτερος από όσους δεν καπνίζουν, για όσους κάπνιζαν 11-20 τσιγάρα ημερησίως ο κίνδυνος ήταν 7,5 φορές μεγαλύτερος, για όσους κάπνιζαν 21-35 τσιγάρα ημερησίως ο κίνδυνος ήταν 16,5 φορές μεγαλύτερος και για όσους καπνίζουν περισσότερα από 35 τσιγάρα ημερησίως ο κίνδυνος ήταν 37,5 φορές μεγαλύτερος. (Δ.Δ Κωνσταντίνου Εμμανουηλίδη 1992).

Σε επιδημιολογική έρευνα που έγινε την τελευταία δεκαετία στην Ελλάδα βρέθηκε ότι οι καπνιστές τσιγάρων έχουν εξαπλάσια πιθανότητα προσβολής από τους μη καπνιστές. (Πτυχιακή εργασία Γκανιάτσου 1993).

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Η αιτιολογία του Ca του πνεύμονα δεν έχει βεβαίως διευκρινιστεί. Παρόλα αυτά ενοχοποιούνται διάφοροι προδιαθεσικοί παράγοντες, αν και δεν υπάρχουν πειραματικές αποδείξεις στον άνθρωπο, εντούτοις τα επιδημιολογικά και στατιστικά δεδομένα για τον αιτιολογικό αυτό ρόλο, είναι αναμφισβήτητα (Χειρουργική Μπάλος 1990)

1. Κάπνισμα

Το κάπνισμα είναι μία μορφή φαρμακολογικής εξαρτήσεως διαφορετική από τις άλλες, αλλά οπωσδήποτε αρκετά ισχυρή. Μόνο το 20% από τους καπνιστές είναι περιστασιακοί, οι περισσότεροι είναι συστηματικοί καπνιστές που σπάνια μπορούν να περάσουν 1-2 ώρες χωρίς τσιγάρο.

Έχει αποδειχθεί ότι 3 στους 4 καπνιστές που είτε επιθυμούν είτε έχουν προσπαθήσει να κάψουν το κάπνισμα, η εξάρτησή τους από αυτό είναι πολύ έντονη. (Τριχοπούλου Α, Τριχόπουλος Δ. 1986).

Το κάπνισμα έχει αναγνωρισθεί ως η κύρια αιτία του καρκίνου του πνεύμονα. Είναι υπεύθυνο για το μεγαλύτερο μέρος (πάνω από 80%) των καρκινωμάτων του πνεύμονα συνήθως μαλπιγγιακού ή μικροκυτταρικού τύπου. (Εγχειρίδιο Ογκολογίας 1991).

Η σχέση του καπνίσματος στην ανάπτυξη καρκίνου έχει υποστηριχθεί από πολλές επιδημιολογικές μελέτες. (Δ.Δ Ιόλη Γεωργίου 1983). Ακόμη οι στατιστικές έχουν δείξει ότι μεταξύ των καπνιστών οι πιθανότητες να εμφανίσει Ca του πνεύμονα αυξάνουν. Έτσι η πιθανότητα για τους βαρείς καπνιστές (πάνω από 20 τσιγάρα την ημέρα) να εμφανίσουν Ca του πνεύμονα φτάνει και ξεπερνάει το 20πλάσιο συγκριτικά προς τους μη καπνιστές, ενώ οι άνδρες που καπνίζουν πάνω από δύο πακέτα την ημέρα, δηλαδή πάνω από 40 τσιγάρα υπολογίζεται ότι έχουν 30 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να προσβληθούν από τη νεοπλασία αυτή έναντι των μη καπνιστών. (Κατράκης 1980).

Ακόμη άτομα που χρησιμοποιούν καπνοσύριγγα ή πίπα έχουν κατά πολύ μικρότερο κίνδυνο προσβολής αλλά όχι τόσο μικρό όσο οι μη καπνιστές. (Γαρδίκια). Οι μη καπνιστές μπορούν επίσης να προσβληθούν από καρκίνο του πνεύμονος, αλλά συνήθως διαφορετικού τύπου (Αδενικαρκίνωμα). (Εγχειρίδιο Ογκολογίας 1991).



Σήμερα!! Ο πρώτος!! Ο μεγαλύτερος και συχνότερος εχθρός της υγείας του ανθρώπου σ' όλο τον κόσμο, είναι το ΚΑΠΝΙΣΜΑ

2. Αίτια στον επαγγελματικό χώρο

Η επαγγελματική έκθεση σε γνωστούς καρκινογόνους παράγοντες αποτελεί επίσης σημαντική αιτία στην αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του πνεύμονα. (Δ.Δ. Ιόλη Γεωργίου 1983).

Ο αμίαντος, το αρσενικό, το νικέλιο, οι ενώσεις του χρωμίου και του σιδήρου, τα τοξικά στρατιωτικά αέρια, ο χλωρομεθυλαιθέρας, ο διχλωρομεθυλαιθέρας, το ουράνιο, τα φθοριούχα άλατα του ασβεστίου και τα παράγωγα του ραδονίου είναι τα σπουδαιότερα βιομηχανικά προϊόντα που σχετίζονται με την ανάπτυξη του βρογχογενούς καρκινώματος. (Μ. Παπάς 1990).

Αμίαντος

Η έκθεση στον αμίαντο είναι επαγγελματική, παραεπαγγελματική ή περιβαλλοντική. Αναφέρονται περισσότερες από 3000 χρήσεις του. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η έκθεση στον αμίαντο μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη και ότι οι μισοί από αυτούς που έχουν αμιάντωση πεθαίνουν από αυτόν. Μάλιστα είναι συζητήσιμο κατά πόσο μπορεί να προκληθεί καρκίνος από τον αμίαντο χωρίς να προηγηθεί αμιάντωση. (Ceul 1991).

Αρσενικό

Αρσενικούχες ενώσεις χρησιμοποιούνται στην παρασκευή εντομοκτόνων, ζιζανιοκτόνων και αντιμυκητικών, στην υαλουργία, σε βαφές πλοίων, σε κράματα μετάλλων σαν σκληρυντικά και τέλος σε φάρμακα. Εισέρχεται στον οργανισμό από το αναπνευστικό σύστημα και απεκκρίνεται διά των νεφρών των χοληφόρων και του ιδρώτα. (πτυχιακή Μεντίτζης 2000).

Νεκροτομική μελέτη σε Γάλλους και Γερμανούς αμπελουργούς που είχαν εκτεθεί σε αρσενικούχα έδειξε ότι το ένα τρίτο περίπου έπασχαν από καρκίνο πνεύμονα. (Δ.Δ Εμμανουηλίδη 1992).

Νικέλιο

Έχει υπολογιστεί ότι εμφανίζεται αυξημένος κίνδυνος σε εργάτες εργοστασίων επεξεργασίας νικελίου με λανθάνουσα περίοδο εμφάνισης της νόσου τα 15 έτη. (Δ.Δ Εμμανουηλίδη 1992). Ο καρκίνος του πνεύμονα και των παραρινίων που προκαλείται από την εισπνοή νικελίου είναι γνωστός από παλιά. Μετά τη διακοπή της έκθεσης ο κίνδυνος μειώνεται σταδιακά. (Μεντίζης 2000).

Χρώμια

Χρησιμοποιείται σε κράματα ιδιαίτερα ανοξειδίου χάλυβα, στην επιμεταλλουργία, στην παρασκευή θεψικών υλών, βαφών, μελανών, στη βιομηχανία ελαστικού και την κεραμική. Στον ανθρώπινο οργανισμό εισέρχεται διά του αναπνευστικού και πεπτικού συστήματος.

Έχει παρατηρηθεί αυξημένη θνησιμότητα πνευμονικού καρκίνου διπλάσια ως τετραπλάσια σε εργάτες εκτεθειμένους σε χρώμιο.

Καρκινογόνες ιδιότητες έχει το εξασθενές χρώμιο ενώ το τρισθενές εμφανίζεται σαν φυσιολογικά αδρανές. Όταν εισέλθει στα κύτταρα συνδέεται με τα πυρηνικά οξέα και προκαλεί βλάβη του DNA. (Αλεξόπουλος 1994).

Χλωρομεθυλαιθέρες

Χρησιμοποιούνται ευρέως στη χημική βιομηχανία και θεωρούνται υπεύθυνοι για πνευμονικό καρκίνο σε εργάτες εκτεθειμένους. Η πολλαπλασιαστική τους αλληλεπίδραση με το κάπνισμα έχει αποδειχθεί. (Πτυχιική Μεντίζης 2000).

3. Ατμοσφαιρική ρύπανση

Η παρατηρούμενη αυξημένη επίπτωση του βροχογενούς καρκινώματος στον πληθυσμό των μεγάλων αστικών κέντρων σε σχέση με τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών, έχει οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι η μόλυνση της ατμόσφαιρας αποτελεί σοβαρό προδιαθεσικό παράγοντα. (Χειρουργική Μπάλας 1990).

4. Διατροφή

Φαίνεται ότι σε άτομα με μειωμένη πρόσληψη βιταμινών Α που είναι καπνιστές υπάρχει διπλάσιος κίνδυνος από ότι σε όσους είχαν μεγάλη πρόσληψη και καπνίζουν το ίδιο. (Δ.Δ Εμμανουηλίδη 1992).

5. Ακτινοβολία

Άτομα που εκτίθενται σε ακτινοβολία φαίνεται ότι έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης βρογχογενούς καρκινώματος και ιδιαίτερα μικροκυτταρικού τύπου. (Χειρουργική Μπάλας 1990).

6. Πνευμονικά νοσήματα

Φυματίωση, βρογχοεκτασία, η σαρκοείδωση, η διάχυση, πνευμονική ίνωση, η σκληροδερμία και τα ξένα σώματα αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης βρογχοπνευμονικού καρκίνου. (Χειρουργική Μπάλας 1990).

7. Ανοσοκαταστολή

Δεν είναι γνωστό αν ένας βαθμός ανεπάρκειας του ανοσοκατασταλτικού συστήματος υπάρχει πριν την ανάπτυξη του καρκίνου ή εκδηλώνεται μόνο αργότερα στην πορεία της νόσου. (Δ.Δ Εμμανουηλίδη 1992).

8. Οικογενειακή προδιάθεση

Αν και δεν έχει αποδειχθεί ότι ο καρκίνος κληρονομείται εντούτοις παρατηρείται κληρονομική προδιάθεση. (Γκανιάτσου 1993).

Έχει βρεθεί ότι ο καρκίνος του πνεύμονα είναι 4 φορές συχνότερος σε μη καπνιστές συγγενείς ατόμων που πάσχουν από Ca του πνεύμονα. Σε καπνιστές συγγενείς καρκινοπαθών ο κίνδυνος είναι 14 φορές μεγαλύτερος. Έτσι διατυπώθηκε η θεωρία ότι σε ορισμένα άτομα υπάρχει γενετικά καθορισμένη προδιάθεση για ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα που ενισχύεται σημαντικά με το κάπνισμα. Παρατηρήθηκε όμως ότι η επαγωγικότητα της αρυλονδρογονανθρακικής υδροξύλασης (ΑΗΗ) που συνδέεται με την καρκινογένεση, είναι γενετικά καθορισμένη και συγχρόνως

ποσοτικά αδιάφορη στα άτομα που πάσχουν από Ca πνεύμονα. Η άποψη αυτή δεν έχει κατάλληλα τεκμηριωθεί ακόμη. (Δ.Δ. Εμμανουηλίδη 1992).

9. Ψυχοσωματικοί παράγοντες

Αρκετοί συγγραφείς ενοχοποιούν το ψυχολογικό stress σαν αιτιολογικό παράγοντα ανάπτυξης βρογχογενούς καρκινώματος, χωρίς όμως μέχρι τώρα να υπάρχουν γι αυτό τεκμηριωμένες μελέτες. (Μπάλας 1990).

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η νόσος αρχίζει ύπουλα και συχνά είναι ασυμπτωματική ως τα προχωρημένα στάδια της πορείας της. Τα σημεία και συμπτώματα εξαρτώνται από την εντόπιση και το μέγεθος του όγκου από το βαθμό απόφραξης και την ύπαρξη μεταστάσεων σε κοντινές ή μακρινές περιοχές. (Σαχίνη 1997)

Περίπου 80% των ασθενών με βρογχογενή καρκίνο παρουσιάζουν κλινική συμπτωματολογία όταν αναζητούν ιατρική συμβουλή για πρώτη φορά. Πολλά από τα συμπτώματα σχετίζονται προς την ανατομική εντόπιση του πρωτοπαθούς όγκου ή των μεταστάσεων του, ενώ άλλα οφείλονται σε παρανεοπλαστικές εκδηλώσεις που προέρχονται από τη δράση ορμονών και άλλων δραστικών ουσιών που εκκρίνονται από τα καρκινογόνα κύτταρα (Παπαβασιλείου 1991)

Τα συνηθέστερα σημεία και συμπτώματα της νόσου είναι:

1. Βήχας. Ο βήχας οφείλεται σε ερεθισμό του βρόγχου, είναι ξηρός, επίμονος και ερεθιστικός. Πολλές φορές συγχέεται με τον προϋπάρχοντα βήχα των καπνιστών και γι' αυτό δεν αξιολογείται. Η αλλαγή όμως των χαρακτήρων του αποτελεί υποκλινικό σύμπτωμα της νόσου. Ο βήχας ακόμη μπορεί να είναι παραγωγικός με απόχρεμψη βλενώδη βλεννοπνωδή και ενίοτε πυώδη και δύσοσμη. Οφείλεται σε επιγενείς λοιμώξεις των δευτερογενών αλλοιώσεων του τραχειοβρογχικού δένδρου σε υποτροπιάζουσες πνευμονίτιδες ή σε ρήξη των αποστηματοποιημένων περιφερικών καρκινωμάτων (ΜΠΑΛΑΣ 1990)

2. Πύελα αιμόφυρτα, ιδιαίτερα το πρωί. (Σαχίνη 1997) Η αιμόπτυση παρατηρείται σε ποσοστό 35-45% και ποσοτικά κυμαίνεται από απλή αιματηρή χρώση των πτυέλων έως την αποβολή μεγαλύτερου ποσού αίματος. Μαζική ωστόσο αιμόπτυση είναι σπάνια. Το 20% από το σύνολο των ασθενών με αιμόπτυση πάσχει από καρκίνο του πνεύμονα. Ο αρνητικός ακτινολογικός έλεγχος δεν αποκλείει την νόσο, δεδομένου ότι η πρώιμη

διήθηση του βλεννογόνου και των αγγείων μπορεί να μην είναι ορατή ακτινολογικά (STEIN 1997)

3. Συριγγμός: όταν ένας βρόγχος αποφράσσεται μερικά, παρατηρείται στο 20% των αρρώστων (Σαχίνη 1997)

Η στένωση του κεντρικού βρόγχου λόγω της διηθητικής ή εκβλαστικής ενδοβρογχικής ανάπτυξης του καρκίνου, προκαλεί αναπνευστικό συριγγμό ο οποίος μπορεί να είναι από τα πρωιμότερα κλινικά συμπτώματα. Η πλήρης απόφραξη του βρόγχου σε κεντρικά καρκινώματα, η διήθηση μεγάλου τμήματος πνευμονικού ιστού σε περιφερικά ή η μεγάλη συλλογή πλευριτικού υγρού, οδηγούν σε δύσπνοια (ΜΠΑΛΑΣ 1990)

4. Θωρακικό άλγος: περιγράφεται σαν ήπιος, διαλείπων πόνος, διάρκειας λεπτών ή ωρών, που έχει σύστοιχη με τον όγκο εντόπιση στις περιπτώσεις που ο πόνος είναι οξύς, συνεχής διαξιφιστικός με πλευρικό χαρακτήρα υποδηλώνει μεταστατική συμμετοχή του υπεζωκότα. Το σταθερό άλγος στον ώμο και το βραχίονα οφείλεται σε όγκο της κορυφής του πνεύμονα (όγκος ranoast) ή σε διήθηση του διαφράγματος. (STEIN 1997).

5. Βρόγχος φωνής: είναι σύνηθες σύμπτωμα ιδιαίτερα στο βρογχογενές καρκίνωμα του αριστερού πνεύμονα. Συχνά αποτελεί την πρώτη εκδήλωση της νόσου 5% και οφείλεται σε διήθηση του κάτω φαρυγγικού νεύρου από τον όγκο ή από διηθημένους λεμφαδένες. Συχνότερα προσβάλλεται το αριστερό κάτω λαρυγγικό νεύρο λόγω της γειτονίας με τους υπαορτικούς λεμφαδένες.

Η ανάπτυξη πλευριτικού εξιδρώματος οφείλεται στην επέκταση του όγκου και διήθηση των πετάλων του υπεζωκότα. Εμφανίζεται πρωιμότερα στους περιφερικούς πνευμονικούς καρκίνους και μπορεί ακόμη να έχει σαν αιτία τη φλεγμονώδη και όχι την καρκινική διήθηση του υπεζωκότα. (Μπάλας 1990).

6. Το σύνδρομο της άνω κοίλης φλέβας στην πλειοψηφία του οφείλεται σε καρκίνο του πνεύμονα (75-80%). Οι ασθενείς συνήθως

παραπονιούνται για πονοκέφαλο, αίσθημα πλήρωσης του εγκεφάλου, διαταραχές όρασης, δύσπνοια, βήχα ή δυσφαγία. (STEIN 1997).

Το σύνδρομο της άνω κοίλης φλέβας χαρακτηρίζεται από διάταση των φλεβών του τραχήλου και των άνω άκρων, μαζί με οίδημα και συχνά κυάνωση του προσώπου. Όταν η απόφραξη εγκαθίσταται σταδιακά από βραδέως εξελισσόμενο όγκο (επιδερμοειδής) αναπτύσσεται στην πρόσθια επιφάνεια του θώρακα εκτεταμένο παράπλευρο φλεβικό δίκτυο επί αποφράξεως στην περιοχή εγγύτερα της εκβολής της αζύγου. Τα φαινόμενα του συνδρόμου της άνω κοίλης είναι εντονότερα και αναπτύσσεται παραπλεύρως φλεβική κυκλοφορία με κατεύθυνση ροής προς το σύστημα της κάτω φλέβας. Ασφαλώς σε περιπτώσεις στάσης στο σύστημα της άνω κοίλης φλέβας δεν θα πρέπει να παραλείπεται και η διερεύνηση προς την κατεύθυνση της συμπιεστικής νεοπλασματικής περικαρδίτιδας. Δύσπνοια και ενίοτε αφθονότατη παραγωγή πτυέλων (βρογχόροια) παρατηρείται στο βρογχοκυψελιδικό καρκίνωμα. (Μεντίζης 2000).

Παρόλο ότι υπάρχουν διάφορες ως προς τη συχνότητα μεταστάσεων ανάλογα προς τον ιστολογικό τύπο του όγκου ο Ca πνεύμονα δίνει πολύ συχνά γενικευμένες μεταστάσεις σε εξωθωρακικά όργανα, αιματογενώς και λεμφαδένως. Το κεντρικό νευρικό σύστημα (εγκέφαλος, μήνιγγες), το ήπαρ και τα οστά είναι συχνές εντοπίσεις. Τα επινεφρίδια αποτελούν κατά περιεργό τρόπο προσφιλή εντόπιση μεταστάσεων του βρογχογενούς καρκίνου (λιγότερο συχνά του εκ πλακώδους επιθηλίου σε σχέση με τους άλλους ιστολογικούς τύπους). (Παπαβασιλείου 1991).

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

1. Ιστορικό – Φυσική εξέταση

Ένα λεπτομερές ιστορικό είναι απαραίτητο (Σπηλιώτη 1999). Από το ιστορικό σημασία έχουν: το βραχύ χρονικό διάστημα της έναρξης των συμπτωμάτων (Μπάλας 1990). Οποιοδήποτε θωρακικό ενόχλημα ή οποιαδήποτε αλλαγή στη συνήθεια του βήχα και της υφής της απόχρεψης ή η αιμόπτυση ή ανεξήγητη δύσπνοια ή ο πόνος πρέπει να αξιολογούνται και να ζητείται ακτινογραφία θώρακος, (Μεντίζης 2000), το επάγγελμα, προδιαθεσικοί επαγγελματικοί παράγοντες, το κάπνισμα. Η ηλικία κάτω των 40 ετών κάνει λιγότερο πιθανή τη διάγνωση «καρκίνος του πνεύμονα». Από την ηλικία όμως των 50 ετών και άνω μεγαλύτερη σημασία έχει το πότε άρχισε το κάπνισμα το άτομο και πόσα τσιγάρα καπνίζει την ημέρα (Κωνσταντίνου – Σταυρόπουλου 1979). Το φυσικό περιβάλλον και η προϋπαρξη βρογχογενούς καρκίνου στο οικογενειακό περιβάλλον. (Μπάλλος 1990).

Κατά τη φυσική εξέταση η ύπαρξη εισπνευστικού συριγμού μπορεί να σημαίνει εντόπιση του όγκου στην τραχεία ή στους κύριους βρόγχους. Κατά την επισκόπηση μπορεί να παρατηρηθεί ελάττωση της κινητικότητας του ενός ημιθωρακίου ή η επίφλεβο της περιοχής της άνω κοιλίας φλέβας, σύνδρομο Horner και πληκτοδακτύλια.

Κατά την επίκρουση μπορεί να μην υπάρχουν ευρήματα ή να υπάρχουν ευρήματα πυκνώσεως. Κατά την ψηλάφηση πρέπει να επεκτείνεται και στις υπερκλειδίες και μασχालιαίες χώρες όπου συνήθως βρίσκονται οι μεταστατικά διηθημένοι λεμφαδένες. Τέλος κατά την ακρόαση μπορεί να υπάρχουν ευρήματα πυκνώσεως, ατελεκτασίας ή πλευρίτιδας, με υγρούς ρόγχους ή σωληνώδες φύσημα αντιστοίχως (Κωνσταντίνου – Σταυροπούλου 1979).

2. Ακτινογραφία θώρακα

Δεν υπάρχει τυπική ακτινολογική εικόνα που να χαρακτηρίζει τον καρκίνο του πνεύμονα. Τα ευρήματα οφείλονται είτε στον ίδιο τον όγκο, είτε σε δευτεροπαθείς πνευροπνευμονικές αλλοιώσεις. Θα μπορούσαμε να διακρίνουμε τα ευρήματα σε πυλαία, παρεγχυματικά και ευρήματα ενδοθωρακικά που δεν αφορούν το πνευμονικό παρέγχυμα. Ανωμαλία των πυλών, με ευδιάκριτο όγκο ή όχι, παρατηρείται στο 40% των περιπτώσεων, παρεγχυματική μάζα με μεγαλύτερη από 4εκ διάμετρο παρατηρείται στο 20% και μικρότερη από 4εκ στο 20%. Ο όγκος της κορυφής στο 2.5%. ευρήματα ενδοθωρακικού εξωπαρεγχύματικά στο 10% (υπεζωκοτικές μεταστάσεις, πάρεση διαφράγματος κλπ.). Η σύγκριση με προηγούμενες ακτινογραφίες θώρακος είναι πολύτιμη για τη σωστή διάγνωση. Επειδή ο χρόνος διπλασιασμού των καρκινικών κυττάρων κυμαίνεται από 30-490 ημέρες. Η ακτινολογική εικόνα σε περίπτωση κακοήθειας, θα έχει αλλάξει σε σύντομο χρονικό διάστημα. Η στασιμότητα της ακτινολογικής εικόνας για χρονικό διάστημα περισσότερο από δύο χρόνια, κεντρική αποτιάνωση, συνηγορούν υπέρ καλοήθους νόσου.

Το καρκίνωμα από πλακώδες επιθήλιο λόγω της κεντρικής συνήθως εντόπισης και της απόφραξης του βρόγχου, απεικονίζεται συχνά ως αποφρακτική πνευμονίτιδα ή ατελεκτασία. Στο 50% των περιπτώσεων λόγω κεντρικής τήξης του όγκου, απεικονίζεται ως κοιλοτική επεξεργασία με παχύ ανώμαλο τοίχωμα και έκκεντρη κοιλότητα, με ή χωρίς την παρουσία υδραερικού επιπέδου (καρκινωματώδες απόστημα). η εικόνα αυτή είναι συχνότερη στους άνω λοβούς.

Το μικροκυτταρικό καρκίνωμα απεικονίζεται συνήθως ως πυλαία ή παραπυλαία μάζα που συχνά συνοδεύεται από ατελεκτασία ή αποφρακτική πνευμονίτιδα.

Το αδενοκαρκίνωμα απεικονίζεται συνήθως ως περιφερικός όγκος που μπορεί να πάρει σημαντικό μέγεθος, χωρίς να παρουσιάσει κεντρική νέκρωση, καθώς η τήξη είναι σπάνια στο αδενοκαρκίνωμα.

Το μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα παρουσιάζεται συνήθως ως ταχέως αναπτυσσόμενη περιφερική μάζα, μερικές φορές με κεντρική τήξη και σχηματισμό κοιλότητας με παχύ τοίχωμα.

Οι όγκοι της κορυφής (όγκοι rancoast) μπορεί εύκολα να διαλαθούν της προσοχής σε πρώιμα στάδια και γίνονται εμφανείς όταν αποκτήσουν σημαντικό μέγεθος. Επί υποψίας χρειάζεται λήψη ακτινογραφίας σε ειδική (λορδωτική) θέση. (Παπαβασιλείου 1991).

3. Αξονική τομογραφία

Με τον τομογραφικό έλεγχο των πνευμόνων είναι δυνατόν να αποκαλυφθούν μικροί όγκοι του πνεύμονα που δεν φαίνονται στην απλή ακτινογραφία καθώς και μικροαποπιτανώσεις στο πνευμονικό παρέγχυμα. (Πάππη 1996).

Με την αξονική τομογραφία απεικονίζεται ακριβέστερα η θέση και η έκταση του πρωτοπαθούς όγκου καθώς και η επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα και το μεσοθωράκιο. Η απεικόνιση των λεμφαδένων στις εν λόγω περιοχές με την αξονική τομογραφία ασφαλώς είναι ακριβέστερη της απλής ακτινογραφίας, δεν είναι όμως δυνατό να γίνει διάκριση μεταξύ διόγκωσης λόγω μετάστασης ή φλεγμονής. Εξάλλου λεμφαδένες φυσιολογικού μεγέθους που δεν απεικονίζονται στην αξονική τομογραφία είναι δυνατόν να παρουσιάζουν μικρομεταστάσεις ιστολογικά. Σπανιότερα για τη μελέτη των λεμφαδένων της περιοχής του βραγχιόνιου πλέγματος σε περιπτώσεις όγκου της κορυφής του πνεύμονα χρησιμοποιείται σε συνδυασμό και η μαγνητική τομογραφία. (Στεφανοπούλου 1980).

4. Κυτταρολογική πτυέλων

Είναι η απλούστερη εργαστηριακή μέθοδος διάγνωσης του βρογχογενούς καρκίνου, (Μπάλας 1990). Είναι μέθοδος ρουτίνας στην διάγνωση βρογχικού καρκίνου με απόδοση 40-85%. (Παπαδημητρίου – Ανδρουλάκης 1989). Είναι θετική στα 70-90% των περιπτώσεων με ψευδή θετικά αποτελέσματα 2-3%. Χρησιμοποιούνται συνήθως τα πρωινά πτύελα και δεν αρκεί μια αρνητική

απάντηση για τον αποκλεισμό της κακοήθειας. (Μπάλας 1990). Η κυτταρολογική εξέταση είναι διαγνωστική όταν εξετάζονται τρία τουλάχιστον δείγματα από έμπειρο εξεταστή. Τα ποσοστά της διαγνωστικής απόδοσης είναι 30% σε απουσία συμπτωμάτων, 50% όταν υπάρχει βήχας και 70% όταν υπάρχει αιμόπτυση. (STEIN 1997).



Επάνω αριστερά: Ηλεκτρονικό μικροσκόπιο, Επάνω δεξιά: Εργαστηριακές εξετάσεις (αίμα, ούρα, κύτταρα, κτλ.) διαμέσου του οπτικού μικροσκοπίου Κάτω αριστερά: Ετοιμασία στο εργαστήριο δειγμάτων αίματος, Κάτω Δεξιά: Θερμογραφία για τη θεραπεία του καρκίνου του στήθους.

Σε αδυναμία του αρρώστου να δώσει πτύελα χορηγούνται διάφορες ερεθιστικές ουσίες των βρόγχων που προκαλούν παροξυσμικό βήχα. Τα πτύελα που προκύπτουν όπως και τα πτύελα 3-4 ημερών θεωρούνται το καλύτερο διαγνωστικό υλικό. (Μπάλας 1990). Επίσης οι φυσιοθεραπευτές είναι σε θέση να βοηθήσουν στην απόκτηση κατάλληλου για κυτταρολογική εξέταση δείγματος βρογχικών εκκρίσεων με διάφορες τεχνικές όπως θωρακικές πληγές και εισπνοές αλατούχων διαλυμάτων. (STEIN 1997). Το μοναδικό μειονέκτημα της κυτταρολογικής εξέτασης είναι ο μη καθορισμός

της θέσης ανάπτυξης των αρχόμενων (in situ) βρογχομένων καρκινωμάτων. (Μπάλας 1990).

5. Βρογχοσκόπηση

Κάθε ασθενής ύποπτος για καρκίνο πρέπει να υποβάλλεται σε βρογχοσκόπηση. Η χρήση του εύκαμπτου βρογχοσκοπίου κατέστησε τη εξεταστική αυτή μέθοδο ασφαλή και εύκολα ανεκτή από τον ασθενή. (Ράπτη Σ.Α 1996).

Η βρογχοσκόπηση επιτρέπει τη λήψη βιοψίας (65% του βρογχικού καρκίνου που εντοπίζεται στους στελεχιαίους και λοβαίους βρόγχους και είναι ορατός βρογχοσκοπικά). Και την εξαγωγή συμπερασμάτων για την εγχειρησιμότητα του όγκου. Το εύκαμπτο βρογχοσκόπιο έχει αυξήσει την απόδοση της βρογχοσκόπησης. Επίσης η χρήση ειδικής βούρτσας (brushing) και η έκπλυση του βρόγχου μέσω του βρογχοσκοπίου αποδίδει σημαντικό κυτταρολογικό υλικό. (Παπαδημητρίου, Ανδρουλάκης 1989).

6. Μεσοθωρακοσκόπηση – Βιοψία λεμφαδένων

Η τάση του βρογχογενούς καρκίνου και ιδιαίτερα του μικροκυτταρικού να μεθίσταται στους επιχώριους, μεσοθωρακικούς και εξωθωρακικούς λεμφαδένες, προσδίδει διαγνωστική αξία στην βιοψία των λεμφαδένων.

Η μεσοθωρασκοπηση γίνεται με την εισαγωγή του μεσοθωρακοσκοπίου μέσα από τομή, χαμηλά στον τράχηλο, αρχίζοντας την εξέταση από την περιοχή των σκαλήνων, συνεχίζοντας στο ανώτερο μεσοθωράκιο και τελειώνοντας στην περιοχή της τραχείας. Η μεσοθωρακοσκόπηση αντενδείκνυται:

1. Σε ασθενείς που δεν είναι δυνατόν υποστούν χειρουργική επέμβαση
2. Σε ασθενείς με παρεγχυματική μάζα, υποψήφιους για επέμβαση στους οποίους δεν διαπιστώνεται πρόληψη ραδιενεργού γαλλίου από τη μάζα και από το μεσοθωράκιο. (Μεντίζης 2000).

7. Διαδερμική βιοψία πνεύμονα

Υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο μπορεί να γίνει διαδερμική βιοψία από πνευμονικές εστίες ύποπτες για καρκίνο. Αν και το θετικό αποτέλεσμα είναι μεγάλης διαγνωστικής αξίας, το αρνητικό είναι πολύ συχνό και δεν αποκλείει την κακοήθεια.

8. Βιοψία διά λεπτής βελόνας

Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο τα τελευταία χρόνια και η απόδοσή της σε κέντρα με εμπειρία στη μέθοδο αυτή κυμαίνεται από 78-90% με καθοδήγηση της βελόνας με ακτινοσκοπικό έλεγχο ή με την βοήθεια υπολογιστικής τομογραφίας.

Οι επιπλοκές είναι:

- Πνευμονοθώρακας σε 30% των περιπτώσεων, αλλά μόνο 10% χρειάζεται θεραπευτική αντιμετώπιση
- Μικρή αιμορραγία χωρίς κλινική αιμορραγία στο 4-10%
- Κίνδυνος εμφύτευσης καρκινικών κυττάρων στην πορεία της βελόνας πρακτικά δεν υπάρχει (σε 2160 περιπτώσεις αναφέρεται μία περίπτωση).

Οι κυριότερες ενδείξεις της μεθόδου είναι:

- Προεγχειρητική ιστολογική ταυτοποίηση του όγκου, προκειμένου να αποφευχθεί λόγω κακής γενικής ή αναπνευστικής κατάστασης
- Διερεύνηση νομισματοειδούς σκιάς σε ασθενείς με κακοήθεια σε άλλο σημείο του σώματος, προκειμένου να γίνει διαφορική διάγνωση μεταξύ μετάστασης, νέου πρωτοπαθούς όγκου ή φλεγμονώδους αλλοίωσης

Αντένδειξη αποτελεί η αιμορραγική διάθεση, ο συνεχής ανεξέλεγκτος βήχας, έντονη δύσπνοια, αδυναμία συνεργασίας τους ασθενούς. (Παπαβασιλείου 1991).

9. Βιοψία υπεζωκότα

Σε όλους τους ασθενείς με Ca του πνεύμονα, οι οποίοι παρουσιάζουν υπεζωκοτική συλλογή, η βιοψία του υπεζωκότα αν γίνει πολλές φορές και αποσταλούν κυτταρολογικές εξετάσεις του υγρού θέτει τη διάγνωση σε ποσοστό 60% περίπου. (Μεντίζης 2000).

ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το 95% των πρωτοπαθών πνευμονικών όγκων αποτελούνται από 4 κυτταρικούς τύπους:

- Καρκίνωμα από πλακώδες επιθήλιο ή επιδερμοειδές
 - Μικροκυτταρικό (ατρακτόμορφο) καρκίνωμα
 - Αδενοκαρκίνωμα (περιλαμβανομένου του βραγχιολοκυψελιδικού
- και
- Μεγαλοκυτταρικό (μεγαλοκυτταρικό αναπλαστικό) καρκίνωμα.

(Γκανιάτσου 1993)

Καρκίνωμα από πλακώδες επιθήλιο

Καλύπτει το 35% περίπου του βρογχογενούς καρκίνου του πνεύμονα χαρακτηρίζεται ως καλής, μέτριας ή χαμηλής διαφοροποίησης.

Τα καρκινώματα από πλακώδες επιθήλιο είναι συνήθως ενδοαυλικά και είναι δυνατόν να αναπτυχθούν σε οποιοδήποτε σημείο του τραχειοβρογχικού δένδρου, αν και η κεντρική ανάπτυξη είναι συνηθέστερη. Παρουσιάζουν ισχυρή συσχέτιση προς το κάπνισμα και είναι τα μόνα καρκινώματα του πνεύμονα στα οποία υπάρχει μορφολογικά αναγνωρίσιμη δυσπλασία των κυττάρων από τα οποία προέρχονται. Η εξέλιξη τους είναι βραδύτερη από άλλους ιστολογικούς τύπους..

Συνήθως αναπτύσσεται τοπικά σε σχετικά μεγάλο μέγεθος προτού δώσει μεταστάσεις, αλλά και τότε οι επιχώριοι λεμφαδένες είναι το μόνο σημείο μεταστάσεων για ένα χρονικό διάστημα. Γι' αυτό προσφέρεται για χειρουργική εκτομή περισσότερο από κάθε άλλο ιστολογικό τύπο. Εξαίρεση αποτελεί το χαμηλής διαφοροποίησης το οποίο αναπτύσσεται ταχύτερα και δίνει νωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις. (Παπαβασιλείου 1991)

Μικροκυτταρικό καρκίνωμα

Το μικροκυτταρικό καρκίνωμα χαρακτηρίζεται από κύτταρα με βαθυχρωματικό, στρογγυλό ή ωοειδή πυρήνα και μέγεθος περίπου διπλάσιο από τα λεμφοκύτταρα. Το κυτταρόπλασμα είναι περιορισμένο σε σχέση με τον πυρήνα και έτσι τα κύτταρα αλληλοσυμπιεζόμενα εμφανίζονται παραμορφωμένα σε διατάξεις δοκίδων, συμπαγών αθροίσεων και κυτταρικών νησίδων. Η έλλειψη κυτταροπλάσματος θεωρείται η αιτία του συχνού ευρήματος της σύνθλιψης σε βιοπτικό υλικό. Τα μικροκυτταρικά καρκινώματα όπως και τα επιδερμοειδή έχουν συνήθως κεντρική εντόπιση. Χαρακτηρίζονται από τη γρήγορη εξέλιξη, τη μεγάλη συχνότητα των μεταστάσεων και τη χαμηλή εγχειρισιμότητα. Κατά την πρώτη εξέταση οι ασθενείς σε ποσοστό μεγαλύτερο του 80% αναφέρουν ότι η διάρκεια των συμπτωμάτων τους είναι μικρότερη των τριών μηνών. Στα επιδερμοειδή αντίθετα ο μέσος όρος διάρκειας των συμπτωμάτων είναι 8 μήνες, ενώ το 25% των ασθενών με αδενοκαρκίνωμα παρουσιάζονται ασυμπτωματικοί. Σε ποσοστό > 70% των αρρώστων με μικροκυτταρικό καρκίνο κατά τη στιγμή της διάγνωσης διαπιστώνεται εκτεταμένη μεταστατική νόσος (STEIN 1997).

Αδενοκαρκινώματα:

Τα αδενοκαρκινώματα είναι συχνότερα σε ασθενείς ηλικίας κάτω των 40 ετών και μη καπνιστές. Μπορεί να εμφανίζονται ως κεντρικές βλάβες όπως ο ακανθοκυτταρικός τύπος αλλά συνήθως εντοπίζονται περιφερικότερα και πολλά εμφανίζονται σε συσχέτιση με περιφερικές ουλές του πνεύμονα. Η βάση αυτής της σχέσης με ουλές του πνεύμονα είναι ξεκάθαρη. Γενικά οι όγκοι αναπτύσσονται με βραδύτητα και σχηματίζουν μικρότερες μάζες σε σύγκριση με τους άλλους υποτύπους αλλά έχουν την τάση να μεθίστανται ευρέως σε πρώιμα στάδια. Ιστολογικά προσλαμβάνουν ποικίλες μορφές συμπεριλαμβανομένων των τοπικών αδενοκαρκινωμάτων με έκκριση βλέννας (σχετικά σπάνιων) και των θηλοειδών ή βρογχιολοκυψελιδικών τύπων (συχνότερων). Οι δύο τελευταίοι τύποι πιστεύεται ότι έχουν κοινή

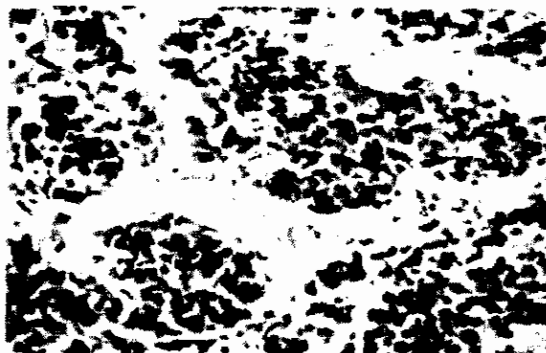
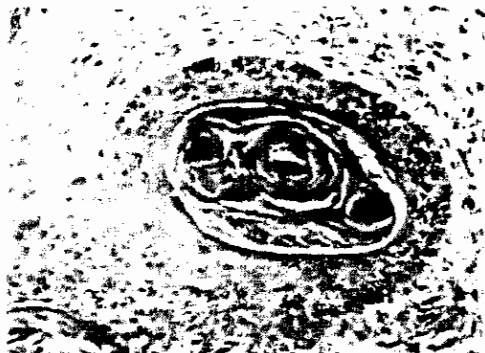
προέλευση από το επιθήλιο των βρόγχων, αλλά εμφανίζουν διαφορετικές μορφές ανάπτυξης. (KUMAR COTRAN ROBBINS 2000).

Μεγαλοκυτταρικό

Το μεγαλοκυτταρικό καρκίνωμα αποτελεί το 10% του βρογχογενούς καρκίνου, είναι συχνότερο στους άνδρες γύρω στα 60 και συσχετίζεται με το κάπνισμα. Είναι συνήθως όγκος περιφερικός, ευμεγέθης με γρήγορη ανάπτυξη. ιστολογικά είναι ένα αδιαφοροποίητο νεόπλασμα με μεγάλα κύτταρα πλούσια σε πρωτόπλασμα. Τα νεοπλάσματα αυτά είναι στην πραγματικότητα πολύ χαμηλής διαφοροποίησης καρκίνωμα από πλακώδες επιθήλιο ή αδενοκαρκίνωμα ή συνδυασμός των δύο όπως φαίνεται από μελέτες με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο. Είναι υψηλής κακοήθειας και υπολείπονται σε κακοήθεια μόνο από το μικροκυτταρικό καρκίνωμα (Παπαδημητρίου – Ανδρουλάκης 1989)

Βρογχικά αδενώματα

Αποτελούν περίπου το 1% των κακοηθών όγκων του πνεύμονα. Είναι νεοπλάσματα χαμηλής κακοήθειας με μικρή τάση για μεταστάσεις. Ο συνηθέστερος τύπος είναι το βρογχικό καρκινοειδές ενώ πολύ σπανιότερο είναι το αδενοκυστικό και βλεννοεπιδερμικό καρκίνωμα, που είναι όγκοι κακοηθέστεροι από τα καρκινοειδές αλλά επίσης χαμηλής κακοήθειας. Το καρκινοειδές (όπως και το μικροκυτταρικό καρκίνωμα) έχει ως κυτταρική προέλευση τα βρογχικά νευροενδοκρινικά κύτταρα του Kulchitsky. Τα βρογχικά αδενώματα είναι όγκοι με κεντρική εντόπιση και αφορούν συνήθως τους στελεχιαίους και λοβαίους βρόγχους, ενώ το βλεννοεπιδερμικό εντοπίζεται ακόμη κεντρικότερα, πλησίον της τροπίδος. Η χειρουργική θεραπεία είναι αποτελεσματική στο 90% των περιπτώσεων. (MENTIZHS 2000)



Επάνω Αριστερά: Βρογχογενές καρκίνωμα, του τύπου των πλακωδών κυττάρων. Στον καλά διαφοροποιημένο αυτόν όγκο διακρίνεται περιοχή παραγωγής κερατίνης. **Επάνω Δεξιά:** Καρκίνωμα του πνεύμονα από μικρά κύτταρα. Υπάρχουν φωλεές από μικρά στρογγυλά, ωοειδή κύτταρα, με βαθιά βασεόφιλους πυρήνες. **Κάτω:** Βρογχογενές καρκίνωμα. Ο γκριζόλευκος ιστός του όγκου φαίνεται να διηθεί το παρέγχυμα του πνεύμονα. Από ιστολογική άποψη αυτός ο μεγάλος όγκος αναγνωρίστηκε ως καρκίνωμα από πλακώδη κύτταρα.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ – ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Η απόφαση για την κατάλληλη θεραπεία αλλά και η πρόγνωση του καρκίνου του πνεύμονος είναι συνάρτηση διαφόρων μεταβλητών όπως: ο ιστολογικός τύπος, η ανατομική έκταση της νόσου και η γενική κατάσταση του ασθενούς. Το σύστημα ταξινόμησης TNM έχει αποδειχθεί χρήσιμο παρά τις ατελειές του. (Παπαδημητρίου – Ανδρουλάκης 1989)

Κλινική ταξινόμηση του πνεύμονα

Ταξινόμηση TNM

Ταξινόμηση TNM	Περιγραφή
Πρωτοπαθής όγκος (Tα)	
TX	Κυτταρολογική θετική μόνο, χωρίς στοιχεία όγκου ακτινολογικώς ή βρογχοσκοπικώς
T0	Δεν υπάρχουν στοιχεία για πρωτοπαθή όγκο
T1S	Ενδοεπιθηλιακό (in situ) καρκίνωμα
T ₁	Διάμετρος όγκου < 3 cm, περιβάλλεται από παρέγχυμα ή υπεζωκότα, δεν διηθεί λοβαίο βρόγχο
T ₂	Όγκος > 3 cm ή διηθεί τον υπεζωκότα ή προκαλεί ατελεκλασία που εκτείνεται μέχρι την περιοχή της πύλης χωρίς να καταλαμβάνει ολόκληρο τον πνεύμονα. Όγκος που εκτείνεται σε λοβαίο βρόγχο, αλλά απέχει περισσότερο των 2 cm από την τροπίδα
T ₃	Ασχέτως μεγέθους, όγκος που απέχει < 2 cm από την τροπίδα χωρίς να τη διηθεί ή διηθεί το θωρακικό τοίχωμα κατά συνέχεια ιστού (συμπεριλαμβάνονται όγκοι της κορυφής ή <i>Pancoast</i>), το διάφραγμα ή το μεσοπνευμόνιο πέταλο του υπεζωκότα ή το περικάρδιο, χωρίς να διηθεί την καρδιά, τα μεγάλα

Κακοήθη Νεοπλάσματα του Πνεύμονα – Νοσηλευτική Παρέμβαση

	αγγεία, την τραχεία, οισοφάγο, σώμα σπονδύλων
T_4	Ασχέτως μεγέθους, όγκος που διηθεί την τροπίδα ή το μεσοθωράκιο ή την καρδιά ή τα μεγάλα αγγεία, την τραχεία, οισοφάγο, σώμα σπονδύλου ή συνοδεύεται από πλευριτική συλλογή (με θετική κυτταρολογική).*
Λεμφαδένες (N)	
N_0	Δεν υπάρχει μετάσταση σε επιχώριους λεμφαδένες
N_1	Διήθηση περιβρογχικών ή σύστοιχων πυλαίων λεμφαδενών
N_2	Διήθηση των ομόπλευρων λεμφαδενών της τροπίδας
N_3	Διήθηση των ετερόπλευρων λεμφαδενών του μεσοθωράκιου, των ετερόπλευρων πυλαίων ή των σκαληνών και υπερκλειδίων ομοπλεύρων ή ετεροπλεύρωσ
Μεταστάσεις (M)	
M_0	Δεν υπάρχουν (γνωστές) μεταστάσεις
M_1	Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων

Με βάση το σύστημα TNM έχει προταθεί ένα σύστημα σταδιοποίησης που καθορίζει ομάδες ασθενών, με παρόμοια πρόγνωση ανάλογα με την έκταση της νόσου όπως αυτή ταξινομείται κατά TNM. Η σταδιοποίηση αυτή είναι βεβαίως ατελής γιατί δεν λαμβάνει υπ' όψιν άλλες σημαντικές παραμέτρους, όπως ο ρυθμός αύξησης του όγκου και η αντίδραση του οργανισμού στο «βιολογικό σύνδρομο του καρκίνου» με όλες τις συστηματικές εκδηλώσεις του παρ' όλα αυτά όμως ως σταδιοποίηση είναι χρήσιμη στην κλινική πράξη.

Πίνακας. Σταδιοποίηση καρκίνου του πνεύμονος

Κρυψιγενές καρκίνωμα : TX, N0, M0

Στάδιο 0 Ενδεπιθηλιακό (in situ)

Στάδιο I : T1, N0, M0

T2, N0, M0

Στάδιο II : T1, N1, M0

T2, N1, M0

Στάδιο IIIa : T3, N0, M0

T3, N1, M0

T1-3, N2, M0

Στάδιο IIIb : Ασχέτως T, N3, M0

T4, Ασχέτως N, M0

Στάδιο IV : Ασχέτως Tα, Ασχέτως N, M1

(Παπαδημητρίου – Ανδρουλάκης 1989)

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική θεραπεία είναι το κυριότερο θεραπευτικό όπλο εναντίον του καρκίνου του πνεύμονα (Παπαδημητρίου – Ανδρουλάκη 1989) αντικειμενικός σκοπός της είναι η πλήρης και ριζική εκτομή του όγκου με την απώλεια του ελάχιστου δυνατού φυσιολογικού παρεγχύματος. Με το σκεπτικό αυτό γίνεται η επιλογή του είδους της χειρουργικής εκτομής. Η έκταση της εκτομής είναι δυνατό να αφορά τμήμα λοβού έως και ολόκληρο πνεύμονα, μαζί με τους λεμφαδένες της περιοχής. Η τμηματεκτομή εφαρμόζεται σε επιλεγμένες περιπτώσεις του σταδίου I (T1N0M0). Οι όγκοι μεγαλύτερου μεγέθους απαιτούν λοβεκτομή ή πνευμονεκτομή για τη ριζική εκτομή της νόσου. Ασθενείς σταδίου I και II προσφέρονται για ριζική εκτομή, ασθενείς σταδίου IIIa έχουν μικρότερες πιθανότητες πλήρους εκτομής της νόσου, ενώ ασθενείς των υπόλοιπων σταδίων (III_β και IV) δεν προσφέρονται για χειρουργική θεραπεία (Παπαβασιλείου 1991)

Στοιχεία που χαρακτηρίζουν τη νόσο ως ανέγχειρη είναι:

1. Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων
2. Σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας
3. Διήθηση του κάτω λαρυγγικού (βρόγχου φωνής)
4. Διήθηση του φρενικού νεύρου (παράλυση διαφράγματος)
5. Συλλογή πλευριτικού υγρού με θετική κυτταρολογική
6. Διήθηση των λεμφαδενών του μεσοθωράκιου (N₃)
7. Διήθηση της τραχείας, τροπίδος ή ετερόπλευρου στελεχιαίου βρόγχου
8. Διήθηση του στελέχους της πνευμονικής αρτηρίας
9. Ιστολογική διάγνωση μικροκυτταρικού καρκινώματος προεγχειρητικά θεωρείται ως αρκετή αντένδειξη για τη χειρουργική θεραπεία δεδομένου ότι το μικροκυτταρικό καρκίνωμα όταν διαγνωσθεί

θεωρείται ήδη γενικευμένη νόσος. (Παπαδημητρίου – Ανδρουλάκης 1989)

Θεραπεία με ακτινοβολία

Η εφαρμογή της ακτινοβολίας στη θεραπεία του καρκίνου όπως και η χημειοθεραπεία είναι σχετικά νέες επιστημονικές κατακτήσεις. Από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα που οι Boentgen και Curies ανακάλυψαν τις επιδράσεις της ακτινοβολίας στο ζωντανό οργανισμό, μέχρι σήμερα πολλά έχουν γίνει γνωστά για τις θανατηφόρες ιδιότητές της και τις θεραπευτικές της εφαρμογές.

Η χρήση της ακτινοβολίας στη θεραπευτική έχει σαν βασικό της σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόσκληση βλάβης ασυμβίβαστης με τη ζωής στους φυσιολογικούς ιστούς που ακτινοβολούνται συγχρόνως.

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μοναδική θεραπεία του καρκίνου ή να γίνει συνδυασμός χειρουργικής θεραπείας και ακτινοθεραπείας. (Μαργαρίνου 1997). Κυρίως χρησιμοποιείται στις ανεγχείρητες περιπτώσεις με δεδομένους τους λεμφαδένες του μεσοθωράκιου και τους υπερκλειδίους χώρους και σαν συμπληρωματική θεραπεία της χειρουργικής όταν αποδεδειγμένα δεν έχουν αφαιρεθεί όλες οι καρκινικές διηθήσεις ή έχουν παραμείνει διηθημένοι μεσοθωρακικοί λεμφαδένες. (Μπαλας 1990)

Η ιονίζουσα ακτινοβολία αποτελείται ή από πολύ μικρά σωματίδια που κινούνται γρήγορα και ακτίνες γ που εκπέμπονται από φυσικά ή τεχνητά ραδιενεργά στοιχεία ή από ακτίνες Χ. Όταν η ιονίζουσα ακτινοβολία περάσει μέσα από την ύλη ένα μέρος ή όλη η ενέργειά της κατανέμεται τυχαία στα μόρια που συναντά στη διαδρομή της και προκαλεί ιονισμό ή διέγερση των ατόμων από τα οποία αποτελείται. Ο ιονισμός είναι κοινός για τη νεκρή και τη ζώσα ύλη η διαφορά βρίσκεται στο γεγονός ότι στη νεκρή ύλη δεν υπάρχει συνέχεια ενώ στη ζώσα ύλη το πρωταρχικό φαινόμενο του ιονισμού

ακολουθείται από μία σειρά αλυσιδωτών αντιδράσεων που ανάλογα με το βαθμό και την εντόπιση της βλάβης καταλήγουν σε αλλοίωση ζωτικών για τη λειτουργία του κυττάρου μεγαλομορίων με αποτέλεσμα τη βιολογική και ατομική καταστροφή. (Μαργαρίνου 1997)

Η ακτινοβολία έχει τις εξής εφαρμογές:

- Χρησιμοποιείται για θεραπευτικό σκοπό
- Χρησιμοποιείται για την ανακούφιση του αρρώστου σε προχωρημένα στάδια κακοήθους νεοπλασίας π.χ. ανακούφιση από τον πόνο. Και
- Χρησιμοποιείται για διαγνωστικό σκοπό όπως η διάγνωση κακοήθους όγκου και χρόνου κυκλοφορίας του αίματος κ.α. (Μαργαρίνου 1997)



Αριστερά: Ασθενής που υποβάλλεται στη δράση του ραδιενεργού κοβαλτίου. Η κοβαλτιοθεραπεία είναι ένα θεραπευτικό μέσο ενάντια στα νεοπλάσματα, κυρίως βαθιά και εφαρμόζεται με ένα όργανο, που από μερικούς ονομάζεται «βόμβα κοβαλτίου» γιατί είναι μεγάλου σφαιρικού σχήματος από ένα ανοιγμά του, εξέρχονται οι ακτινοβολίες που καλύπτουν το τμήμα που πρέπει να θεραπευτεί. **Δεξιά:** Κινηματογραφία. Μέθοδος ακτινολογικής εξέτασης που συνίσταται στην αποτύπωση σε μια κινηματογραφική ταινία που ανικαθιστά την κοινή πλάκα με τις ακτίνες Rontgen, διαμέσου μιας ειδικής κινηματογραφικής μηχανής.

Τρόποι εφαρμογής ακτινοβολίας σε Ca ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Εξωτερική εφαρμογή: είναι η τηλεπάθεια που εφαρμόζεται με:

- Ακτίνες Χ οι οποίες παράγονται από ειδικό μηχάνημα
- Ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα σε θήκες που εφαρμόζονται πάνω στο σημείο που πρέπει να ακτινοβοληθεί

Εσωτερική χρήση

- Ενδοκοιλοτικά: γίνεται εισαγωγή ραδιοϊσότοπου σε κοίλα όργανα ή σε κοιλότητες του οργανισμού π.χ. υπεζωκοτική κοιλότητα
- Εσωτερική χορήγηση από το στόμα ή ενδοφλέβια. (Μαργαρίνου 1997)

Αντενδείξεις ακτινοβολίας

- Αντένδειξη για ριζική ακτινοβολία αποτελεί η ύπαρξη άφθονου πλευριτικού εξιδρώματος
- Εκτεταμένη προσβολή μεσοπνευμόνιου ή θωρακικού τοιχώματος
- Ύπαρξη εξωθωρακικών μεταστάσεων
- Ύπαρξη μεγάλης έκτασης όγκου
- Ύπαρξη ενεργής πνευμονικής φυματίωσης αποκλείει την ακτινοθεραπεία χωρίς την κάλυψη από δραστικά αντιφυματικά φάρμακα. (Dolhnger 1992)

Χημειοθεραπεία

Σε Ca πνεύμονα συχνά εφαρμόζεται χημειοθεραπεία. Το αποτέλεσμα εξαρτάται από την έκταση της νόσου και την πληρότητα της εφαρμοζόμενης αγωγής. (Παπαδημητρίου – Ανδρουλάκη 1989)

Η εφαρμογή της χημειοθεραπείας με συνδυασμό διαφόρων κυτταροστατικών φαρμάκων έχει θεραπευτική ένδειξη, μόνη της ή σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία στο μικροκυτταρικό βρογχογενές καρκίνωμα με σχετικά καλά αποτελέσματα.

Συνήθως χρησιμοποιείται σαν επικουρική της χειρουργικής θεραπείας με κύριο σκοπό τον έλεγχο των απομακρυσμένων μεταστάσεων και με αποτέλεσμα την αύξηση των ποσοστών της ανταπόκρισης των αρρώστων μέχρι 40% των περιπτώσεων. Επίσης η προεγχειριστική χορήγηση των κυτταροστατικών φαρμάκων σε ασθενείς με ανεγχείρητο βροχογενές καρκίνωμα, κατέστησε σε ένα ικανοποιητικό ποσοστό των περιπτώσεων τους όγκους εξαιρέσιμους (Μπαλας 1990).

Συνήθως η αγωγή περιλαμβάνει σχήμα τριών ή τεσσάρων κυτταροστατικών φαρμάκων.

Π.χ. το σχήμα MOCA (Methotrexate, Oncovin Cyclophosphamide, Adriamycin) (Παπαδημητρίου – Ανδρουλάκης 1989).

Ασθενείς με νόσο περιορισμένης έκτασης έχουν μέσο όρο ζωής χωρίς θεραπεία 4 μήνες ενώ με τη θεραπευτική 14 μήνες. 30% από αυτούς ζουν 2 χρόνια και 15% 5 χρόνια. (Παπαδημητρίου – Ανδρουλάκης 1989)

Εφόσον επιτευχθεί πλήρης ύφεση δεν υπάρχει λόγος να παραταθεί η χημειοθεραπεία. Δεν υπάρχουν επαρκείς αποδείξεις πως η παράταση της χημειοθεραπείας πέραν των έξι μηνών προσφέρει μεγαλύτερη ωφέλεια (Malin 1992)

Ενδείξεις και αντενδείξεις εφαρμογής χημειοθεραπείας

Οι κυριότερες ενδείξεις χορήγηση ειδικών φαρμάκων είναι:

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

β) Επί ασθενών οι οποίοι παρουσιάζουν ταχεία αναπαραγωγή νεοπλασματικού υγρού

γ) Επί ασθενών, οι οποίοι παρουσιάζουν νόσηση που λόγω της έκτασης της δεν μπορεί να ελεγχθεί με την ακτινοθεραπεία, όπως σε λεμφαγγεική διασπορά στους πνεύμονες, σε ηπατικές, μεταστάσεις, οστικές και δερματικές.

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

ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

Χωρίζεται σε τέσσερις μορφές:

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

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

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

4. Αυξητικές θεραπείες: Στόχος τους είναι να βοηθήσουν το ανοσοβιολογικό σύστημα να λειτουργήσει πολύ καλά και να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα. (ΓΚΑΝΙΑΤΣΟΥ 1993)

Παρακολούθηση θεραπείας

Μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας οι ασθενείς πρέπει να εξετάζονται κάθε ένα ή δύο μήνες επί δύο τουλάχιστον έτη. Στη συνέχεια οι επισκέψεις μπορούν να αραιώσουν να γίνουν λόγω χάρη ανά τετράμηνο τα επόμενα δύο χρόνια και ανά εξάμηνο για δύο χρόνια ακόμη.

Στη διάρκεια των δύο πρώτων ετών ο επανέλεγχος περιλαμβάνει:

- Κλινική εξέταση των πνευμόνων του θωρακικού τοιχώματος των λεμφαδένων και της κοιλιάς
- Ακτινογραφία θώρακος ανά τρεις με τέσσερις μέρες ή συχνότερα αν χρειάζεται
- Βιοχημικές αναλύσεις αίματος κάθε τρεις με τέσσερις μήνες
- Νευρολογική εξέταση (Malin 1992)

ΕΝΟΤΗΤΑ ΙΙΙ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΑ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Ο καρκινοπαθής αποτελεί ειδική περίπτωση αρρώστου. Ο καρκίνος αποτελεί σήμερα κοινωνικό πρόβλημα και αντιμετωπίζεται από τον κόσμο όπως αντιμετωπιζόταν παλαιότερα και η φυματίωση θεωρείται από πολλούς ότι ο καρκινοπαθής δεν έχει πια κανένα μέλλον και ότι παραμένει στη ζωή μόνο και μόνο για να ταλαιπωρείται και να ταλαιπωρεί.

Η νοσηλεύτρια καλείται να παίξει σημαντικό ρόλο μαζί με όλα τα μέλη της ομάδας υγείας να βοηθήσει τον καρκινοπαθή να ξεπεράσει τα ψυχολογικά και άλλα προβλήματα που προκαλεί η φύση της πάθησης του και να διατηρήσει όλες τις ηθικές και σωματικές δυνάμεις του στο ακέραιο έτσι ώστε να είναι σε θέση να δεχτεί οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή του ορισθεί και να συντελέσει στην επιτυχία της. Η νοσηλεύτρια πρέπει να δώσει θάρρος, ελπίδα για να παλέψει για καλύτερη ποιότητα ζωής.

Πρωταρχική θέση στην αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς έχει το αναπόφευκτο ερώτημα: «πρέπει ή δεν πρέπει να ενημερωθεί ο άρρωστος για τη φύση και τη σοβαρότητα της πάθησής του;»

Στη λήψη μιας τόσο δύσκολης απόφασης όσο αυτή θα παίζουν ρόλο πολλοί και διάφορες παράγοντες (π.χ. μορφωτικό επίπεδο) και θα αποφασισθεί σε συνεργασία με τους θεραπευτές γιατρούς και το στενό οικογενειακό περιβάλλον.

Ιδιαίτερης σημασίας είναι το καθήκον που έχει η νοσηλεύτρια ν' αντιμετωπίζει τον ασθενή ακριβώς ίδια με τους άλλους πάσχοντες και να αποφεύγει κάθε ενέργεια που μπορεί να θεωρηθεί σαν ιδιαίτερη περιποίηση από συμπόνια και οίκτο για την κατάστασή του. ειδικότερα η νοσηλευτική φροντίδα σε έναν καρκινοπαθή περιλαμβάνει: (Τίκου 1996).

1. Συμβουλές και εκπόνηση σχεδίου με τον άρρωστο για διακοπή καπνίσματος
2. Βοήθεια αρρώστου και οικογένειας να διαπραγματεύουν με το ψυχικό τραύμα

3. Προετοιμασία και υποστήριξη αρρώστου για διαγνωστικές εξετάσεις
4. Συχνή υγιεινή στόματος ειδικότερα αν υπάρχει απόχρεμψη χρησιμοποιείται υπερμαγγανικό κάλλιο ή μισοαραιωμένο υπεροξειδίο του υδρογόνου
5. Παρακολούθηση για σημεία αφυδάτωσης. χορήγηση υγρών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία
6. Βοήθεια και ενθάρρυνση αρρώστου να παίρνει επαρκή τροφή
7. Παρακολούθηση ζωτικών σημείων
8. Χορήγηση αναλγητικών και κατευναστικών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία
9. Ετοιμασία αρρώστου για τη θεραπεία που επιλέχτηκε (Σαχίνη 1997)
10. Σε περίπτωση αλλαγής εμφάνισης λόγω κάποιας θεραπείας η νοσηλεύτρια προσπαθεί να συμβιβάσει τον ασθενή με τις ήδη υπάρχουσες μεταστάσεις
11. Η ψυχαγωγία έχει θέση και αυτή στο σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνει δε (ανάγνωση βιβλίων – περιοδικών, τηλεόραση κ.λ.π.) (ΤΣΙΚΟΥ 1996).

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ

Για να γίνει η επαφή του υγειονομικού προσωπικού με τον άρρωστο πρέπει να γνωρίζουμε τα εξής:

- Το ρόλο του στην οικογένεια
- Τη μόρφωσή του
- Την αντίληψη που έχει για τον εαυτό του
- Την ωριμότητα της προσωπικότητάς του, μήπως είναι συναισθηματικά ασταθής
- Το στάδιο της αρρώστιας
- Τις ερωτήσεις που κάνει (πρέπει να αφήσουμε τον άρρωστο να εκφράσει τις απορίες του, τους φόβους του, την αγωνία του, την επιθυμία να ενημερωθεί και το βάθος στο οποίο θέλει να προχωρήσει η ενημέρωση
- Την ανάγκη συνεργασίας στην θεραπεία του
- Το θρήσκευμά του
- Τις σχέσεις του με το γιατρό
- Την προηγούμενη προσαρμογή του σε αρρώστια
- Αν αισθάνεται ή 'όχι ενοχή για την αρρώστια
- Τη διάρκεια της αρρώστιας
- Τις ανάγκες του αρρώστου
- Την προηγούμενη εμπειρία με το θάνατο (θάνατος συγγενών, γνωστών)
- Τον τρόπο νοσηλείας του (νοσοκομείο, σπίτι)
- Το νόημα της παρούσας αρρώστιας για τον άρρωστο
- Την επιθυμία του αρρώστου να μάθει την ασθένεια (Μαργαρινου – Κωνσταντινίδου 1997)

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Γενικές αρχές που θα πρέπει να έχει υπόψη του ο νοσηλευτής - τρία

- Εξηγείται στον άρρωστο τι αναμένεται απ' αυτόν, με ποιο τρόπο μπορεί να βοηθήσει, καθώς επίσης και τι αναμένει αυτός από την εξέταση.
- Αποφεύγεται η λήψη τροφής μετά την 9.00 μ.μ. Ο ασθενής μένει νηστικός την επόμενη μέρα μέχρι το τέλος της εξέτασης.
- Συνιστάται η κατάκλιση του αρρώστου στο κρεβάτι μέχρι να γίνει η εξέταση για την αποφυγή κατανάλωσης ενέργειας.
- Λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία πριν από την εξέταση, καθώς επίσης το βάρος και το ύψος του αρρώστου και καταγράφονται.
- Μετά το τέλος της εξέτασης ο ασθενής επανέρχεται στον προηγούμενο τρόπο ζωής.

Όλα τα παραπάνω συνιστανται στο να βρίσκεται ο ασθενής όσο το δυνατόν σε κατάσταση ηρεμίας έτσι ώστε οι λαμβανόμενες τιμές να είναι έγκυρες. (Κωνσταντινίδου – Μαργαρινου)

Παρακλινικός έλεγχος - νοσηλευτική παρέμβαση

Κατά την παρακέντηση θώρακα

Σκοπός της παρακέντησης είναι η αφαίρεση υγρού ή αέρα από την υπεζωκοτική κοιλότητα, η εξασφάλιση δείγματος υπεζωκοτικού υγρού, η εξασφάλιση ιστού για βιοψία και η ένεση φαρμάκου ή ραδιοϊσοτόπου μέσα στον υπεζωκοτικό χώρο.

Κατά την προετοιμασία

Ο νοσηλευτής φροντίζει ώστε να βρίσκονται κοντά του όλα τα απαιτούμενα αντικείμενα.

Ο νοσηλευτής αφού σιγουρευτεί ότι έχει όλο το απαραίτητο υλικό έτοιμο, καθώς και μία ακτινογραφία θώρακα που πρέπει να βρίσκεται κοντά στο κρεβάτι του αρρώστου, εξετάζει αν ο ασθενής είναι αλλεργικός στο τοπικό αναισθητικό που πρόκειται να χρησιμοποιηθεί. Με εντολή γιατρού είναι δυνατόν να χορηγηθεί κατευναστικό.

Ενημερώνεται ο άρρωστος από το νοσηλευτή για τη διαδικασία που πρόκειται να ακολουθηθεί και του αποδεικνύεται πως μπορεί να βοηθήσει. Ο ασθενής θα πρέπει να ξέρει ότι θα πρέπει να παραμείνει ακίνητος κατά την διάρκεια της παρακέντησης, τι πρόκειται να αισθανθεί κατά τη διαδικασία και ότι δεν θα έχει καμία δυσχέρεια μετά απ' αυτή.

Στη συνέχεια τοποθετείται ο άρρωστος σε άνετη γι' αυτόν θέση και με επαρκή υποστήριξη. Οι δυνατές θέσεις που μπορεί να πάρει ο άρρωστος είναι οι παρακάτω

α. Στην άκρη του κρεβατιού με τα πόδια του υποστηριγμένα και το κεφάλι του με τα άνω άκρα υποστηριγμένα σε επικλινίδιο τραπεζάκι ή σε δύο μαξιλάρια τοποθετημένα στα γόνατά του.

β. Σε καρέκλα με τα χέρια του υποστηριγμένα στο πίσω μέρος της καρέκλας.

γ. Σε περίπτωση συλλογής υγρού στο πρόσθιο θωρακικό χώρο εξαιτίας συμφύσεων, ο άρρωστος τοποθετείται σε ψηλή καθιστή θέση, το κρεβάτι με τα χέρια σε ανάταση υποστηριγμένα στο κεφάλι.

δ. Αν η κατάσταση του αρρώστου δεν επιτρέπει μία από τις παραπάνω θέσεις, ο άρρωστος παραμένει στο κρεβάτι και σηκώνεται το κεφάλι του κρεβατιού 30° - 45° (Κωνσταντινίδου – Μαργαρινου 1997)

Κατά την Εκτέλεση

- ◆ Κατεβάζονται τα κλινοσκεπάσματα ριπιδοειδώς στο κάτω μέρος του κρεβατιού και τοποθετείται ο άρρωστος στη κατάλληλη θέση.

- ♦ Αφού αποκαλυφθεί ο θώρακας, καθορίζεται το σημείο της παρακέντησης με βάση την ακτινογραφία θώρακας και την επίκρουση.
- ♦ Αν υπάρχει υγρό στη κοιλότητα, το σημείο αποφασίζεται με βάση την ακτινογραφία και τα φυσικά σημεία. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στη περιοχή με τη μεγαλύτερη αμβλύτητα στην επίκρουση.
- ♦ Αν υπάρχει αέρας στην υπεζωκοτική κοιλότητα, η παρακέντηση γίνεται συνήθως στο 2 ή 3 μεσοπλεύριο διάστημα στη μεσοκλειδική γραμμή. Αν πρόκειται για συλλογή υγρού η παρακέντηση γίνεται στο 7 ή 8 μεσοπλεύριο διάστημα κατά μήκος της οπίσθιας μασχαλιαίας γραμμής.

Καθ' όλη τη διαδικασία τηρούνται αυστηρά οι αρχές ασηψίας και αντισηψίας. Ο γιατρός αφού φορέσει τα γάντια και κάνει αντισηψία του δέρματος καλύπτει το πεδίο που θα διενεργηθεί η παρακέντηση με σχιστό, ενώ τοποθετεί ένα αποστειρωμένο τετράγωνο πάνω στο μαξιλάρι που υποστηρίζει τη μέση του αρρώστου. Στη συνέχεια ενίει αργά το τοπικό αναισθητικό με λεπτή βελόνα μέσα στο μεσοπλεύριο διάστημα.

Ο Γιατρός προχωρεί τη βελόνα παρακέντησης με την εφαρμοσμένη σ' αυτήν σύριγγα, ενώ ο νοσηλευτής ακινητοποιεί το θώρακα του αρρώστου. Όταν η βελόνη φτάσει στον υπεζωκοτικό χώρο γίνεται αναρρόφηση με σύριγγα 20 ml ή 50 ml και ένα three-way που παρεμβάλλεται ανάμεσα στη σύριγγα και τη βελόνη. Το three-way συνοδεύεται με τον ελαστικό σωλήνα, που φτάνει στο δοχείο υποδοχής του υγρού, που αναρροφάται και που βρίσκεται πάνω στο αποστειρωμένο τετράγωνο. ήταν αφαιρείται μεγάλη ποσότητα υγρού, το three-way εξυπηρετεί στην παρεμπόδιση εισόδου αέρα στη θωρακική κοιλότητα. (Κωνσταντινίδου – Μαργαρινου 1997)

Αν η ποσότητα του υγρού που πρέπει να αφαιρεθεί είναι αρκετή, η βελόνα στερεώνεται στο θωρακικό τοίχωμα με αιμοστακτική λαβίδα, αφού προηγουμένως έχει εφαρμοστεί αποστειρωμένη γάζα σε σχήμα V. Σε

περίπτωση που παρατηρηθεί ξαφνικός πλευρικός πόνος ή πόνος στον ώμο, αυτό σημαίνει ότι υπάρχει ερεθισμός του τοιχωματικού υπεζωκότα ή του σπλαχνικού, από τη μύτη της βελόνας.

Καθ' όλη τη διάρκεια της παρακέντησης ο νοσηλευτής παρέχει σωματική και ηθική υποστήριξη στον άρρωστο και εκτιμά τη γενική του κατάσταση. Επίσης παρακολουθεί τη ποσότητα του υγρού που αφαιρείται ώστε να μη ξεπεράσει το όριο που αναγράφει η ιατρική εντολή .

Όταν αφαιρεθεί η βελόνα ασκείται πίεση πάνω στο σημείο της παρακέντησης και εφαρμόζεται αποστειρωμένη γάζα. Εν συνεχεία ο άρρωστος τοποθετείται στο κρεβάτι, πλάγια, προς το υγιές ημιθώρακιο, πάνω σε δύο ή τρία μαξιλάρια ή σε ελαφρά ανυψωμένο ερεισίνωτο.

Σ' αυτή τη θέση παραμένει για μία ώρα περίπου, ώστε να γίνει η απαραίτητη έκπτυξη του πνεύμονα και μετά γίνεται συνήθως ακτινογραφία για να επαληθεύσει την απουσία πνευμοθώρακα.

Αν πάρθηκε υγρό για εξέταση, ετοιμάζεται και αποστέλλεται στο εργαστήριο. Οι εξετάσεις που γίνονται είναι μικροβιολογική, προσδιορισμός κυττάρων και τύπου τους, προσδιορισμός γλυκόζης, πρωτεΐνης γαλακτικής δεύδρογονάσης (ZDH), ειδικού βάρους. Εάν πάρθηκε τεμάχιο για βιοψία, αυτά τοποθετείται σε φορμόλη (MENTIZHS 2000)

Αναγράφεται από τη νοσηλεύτρια /νοσηλευτή, η ολική ποσότητα του αφαιρεθέντος υγρού, η φύση του, το χρώμα του και η γλοιότητά του, καθώς επίσης και οι αντιδράσεις του αρρώστου, τα ζωτικά του σημεία και ο αριθμός των δειγμάτων που στάλθηκαν στο εργαστήριο. Για παράδειγμα αναγράφεται αν το υγρό είναι ορώδες, διαυγές, πυώδες, αιμορραγικό κ.τ.λ.

Μετά το πέρας της παρακέντησης, ο άρρωστος πρέπει να παρακολουθείται από την νοσηλεύτρια /τη σε συχνά διαστήματα για τυχόν ζάλη, τάση λιποθυμίας, αύξηση της συχνότητας αναπνοής, σφυγμού, συσφικτικό αίσθημα στο θώρακα, βήχα, αιμορραγικά αφρώδη πτύελα και σημείο υποξίας.

Επιπλοκές που μπορούν να παρατηρηθούν από την παρακέντηση θώρακα είναι: πνευμοθώρακας, υποδόριο εμφύσημα ή πτυογόνος μόλυνση πνευμονικό οίδημα και διαταραχές της καρδιακής λειτουργίας εξαιτίας μετακίνησης των οργάνων του μεσοθωρακίου όταν γίνεται μεγάλη αφαίρεση υγρού. (Jlrich S, Camales, Wendells 1997)

Κατά τη βρογχοσκόπηση

Με την βρογχοσκόπηση είναι δυνατή η άμεση εξέταση των βρόγχων που είναι κοντά στο διχασμό της τραχείας. Αυτή γίνεται συνήθως με γενική νάρκωση του αρρώστου ή τοπική. Βρογχοσκοπικά μπορεί να αποκαλυφθεί η ύπαρξη καρκινωμάτων, που δε φαίνονται ακτινολογικά ή να επιβεβαιωθεί η διάγνωση σε περίπτωση ακτινολογικής υποψίας.

Η βρογχοσκόπηση χρησιμεύει ακόμη για την εκτέλεση βιοψίας με ειδική λαβίδα από κάποιο ύποπτο σημείο καθώς και για την εκτέλεση βρογχοαναρροφήσεως, για τη συλλογή δείγματος βρογχικών εκκριμάτων. Ακόμη μπορεί να χρησιμεύσει για την αφαίρεση ξένου σώματος από τους βρόγχους ή θεραπευτικά σε περίπτωση βρογχικής αποφράξεως (χρόνια βρογχίτιδα).

Ο νοσηλευτής εξηγεί στον άρρωστο τι πρέπει να κάνει, με ποιο τρόπο μπορεί να βοηθήσει και τι αυτός περιμένει από την εξέταση. Είναι λογικό ο άρρωστος να φοβάται και πιο πολύ όταν ακούει ότι η εξέταση θα γίνει σε χειρουργείο ή σε ειδικό εργαστήριο. Για το λόγο αυτό χρειάζεται ψυχική προετοιμασία. Επίσης, διδάσκεται να αναπνέει από τη μύτη ενώ θα έχει ανοικτό το στόμα του. Μένει νηστικός τουλάχιστον έξι ώρες πριν την εξέταση και αφαιρείται τεχνητή οδοντοστοιχία αν έχει. (Jlrich S, Camales, Wendells 1997)

Η θέση του αρρώστου μετά την εξέταση εξαρτάται από τη κατάσταση συνείδησής του. Αν έχει πάρει γενική αναισθησία σε ύπτια θέση με το κεφάλι στο πλάι. Είναι δυνατόν να χρειαστεί και αναρρόφηση. Μετά την ανάληψη ο άρρωστος τοποθετείται σε ανάρροπη θέση και ενθαρρύνεται να αναπνέει

βαθιά. Από την εμφάνιση του αντανακλαστικού του βήχα και στη συνέχεια ο άρρωστος μπορεί να παίρνει υγρά και μετά έξι ώρες μπορεί να ξαναγυρίσει στην προηγούμενη δίαιτά του.

Η ομιλία πρέπει να αποφεύγεται επειδή προκαλεί επιπρόσθετη τάση στους μυς των φωνητικών χορδών. Για το λόγο αυτό πρέπει να παρθούν μέτρα για την επικοινωνία του αρρώστου όπως μολύβι και χαρτί στο κομοδίνο του και το κουδούνι πάντα κοντά (Κωνσταντινίδου – Μαργαρινου 1997)

Οι κύριες επιπλοκές που μπορεί να συμβούν μετά τη βρογχοσκόπηση είναι:

1. Οίδημα λάρυγγα
2. Αιμορραγία, κυρίως αν έχει παρθεί βιοψία

Ο νοσηλευτής παρακολουθεί συνεχώς για σημεία αιμορραγίας και αναπνευστικής απόφραξης και τα αναφέρει αμέσως (Jlrish S, Camales, Wendells 1997)

Κατά τη βρογχογραφία

Κατά τη βρογχογραφία γίνεται εισαγωγή ακτινοσκιεράς ουσίας μέσα στο βρογχικό δέντρο μέσω ρινοτραχειακού καθετήρα και παίρνονται ακτινογραφίες. Ο άρρωστος καθοδηγείται να παίρνει διάφορες θέσεις για να διευκολύνει τη δίοδο της σκιεράς ουσίας μέσα στους βρόγχους.

Η προετοιμασία του αρρώστου για την εξέταση περιλαμβάνει:

1. Τίποτα από το στόμα 6-8 ώρες πριν την εξέταση
2. Ενθάρρυνση για βήχα και βαθιές αναπνοές
3. Καλή υγιεινή φροντίδα του στόματος
4. Αφαίρεση ξένων οδοντοστοιχιών
5. Για τη μείωση των εκκρίσεων, χορήγηση ατροπίνης
6. Για την εξασφάλιση ηρεμίας χορήγηση κατευναστικού

7. Για την αποφυγή φαρυγγικού αντανεκλαστικού κατά τη δίοδο του καθετήρα, ψεκάζεται με τοπικό αναισθητικό η γλώσσα και το οπίσθιο φαρυγγικό τοίχωμα
8. Έγχυση τοπικού αναισθητικού στο λάρυγγα και τη τραχεία για την αποφυγή βήχα (Jlrish S, Camales, Wendells 1997)

Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή σε αρρώστους με αναπνευστική ανεπάρκεια γιατί μπορεί να παρουσιάσουν παροδικά προβλήματα κερισμού και διάχυσης αερίων. Πρέπει να υπάρχουν διαθέσιμα οξυγόνο, αντισπασμωδικά και κορτιζόνη. Γίνεται εκτίμηση τον αρρώστου για αλλεργική αντίδραση στο τοπικό αναισθητικό και το ακτινοσκιερό. Για τον καθαρισμό του βρογχικού δέντρου μετά την εξέταση ο άρρωστος ενθαρρύνεται να βήχει.

Πολλές φορές για τον ίδιο σκοπό γίνεται βρογχική παροχέτευση. Μέχρι την επαναλειτουργία των φαρυγγικών αντανεκλαστικών, ο άρρωστος δεν λαμβάνει τίποτα από το στόμα. (Κωνσταντινίδου – Μαρμαρινου 1997)

Κατά τη συλλογή πτυελών προς εξέταση

Ο άρρωστος διδάσκεται για το πώς θα κάνει τη συλλογή. Για τις πιο πολλές εξετάσεις είναι αρκετά 4 ml πτυέλων. Αν πρόκειται να γίνει εξέταση για οξιάντοχα βακτηρίδια, χρειάζονται πτύελα 24 ωρών. Αν το δείγμα δεν σταλεί κατευθείαν στο εργαστήριο φυλάσσεται στο ψυγείο για την αποφυγή ανάπτυξης των μικροβίων. Σε περίπτωση που ο άρρωστος κάνει βρογχική παροχέτευση, μπορούν να παρθούν πτύελα κατά τη διάρκειά της. Όταν ο άρρωστος αδυνατεί να βγάλει τα πτύελά του γίνονται θεραπείες εισπνοής με διάλυμα NaCl σε αποσταγμένο νερό. Το διάλυμα τοποθετείται σε ψεκαστήρα ο οποίος συνδέεται με συμπιεσμένο αέρα. Ακόμα μπορεί να βοηθηθεί με θερμά πώματα.

Σε περίπτωση που ο άρρωστος είναι αρκετά εξασθενημένος ή βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση, γίνονται τραχειακές απορροφήσεις για τη λήψη πτυέλων. Τελευταία κυκλοφορούν στο εμπόριο ειδικές συσκευές που συνδέονται με τον καθετήρα του αναροφητήρα για την άμεση συλλογή των

πτυέλων και έτσι μειώνονται οι πιθανότητες μόλυνσης. Η νοσηλεύτρια /της πρέπει να είναι απόλυτα σίγουρος, ότι τα πτύελα προέρχονται από το αναπνευστικό πεδίο και δεν είναι εκκρίματα της ρινοστοματικής οιλότητας. Το τριβλίο PETRI πρέπει να διατηρείται καλυμμένο και σφραγισμένο προς αποφυγή δυσοσμίας από τη συλλογή πτυέλων. (Κωνσταντινίδου – Μαργαρίνου 1997)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

1. Μείωση αγωνίας και φόβου

Είναι αλήθεια ότι πρέπει να υπερτονισθεί η ανάγκη της ψυχολογικής βοήθειας του αρρώστου και της οικογένειάς του να δεχθούν και να συνεργασθούν όσο μπορούν με τη διάγνωση της αρρώστιας. Ο άρρωστος διακατέχεται από αγωνία και φόβο για τη διάγνωση του καρκίνου. Ο φόβος αυτός συνοδεύεται από την πρόβλεψη δυσμενών μελλοντικών επιπτώσεων όπως είναι ο πόνος, η απώλεια μιας λειτουργίας, η πιθανή χαλάρωση των οικογενειακών σχέσεων, απώλεια της εργασίας, εξάρτηση από τους άλλους, ο Θάνατος κ.λ.π.

Από στατιστικές έχει βρεθεί ότι όσοι γνωρίζουν ότι έχουν καρκίνο δοκιμάζουν μεγαλύτερη ψυχολογική καταπόνηση από εκείνους που δεν το ξέρουν ή μόνο το υποπτεύονται ή δεν είναι βέβαιο ότι έχουν καρκίνο. Ο νοσηλευτής θέτει νοσηλευτικούς σκοπούς για τη μείωση της αγωνίας και του φόβου που είναι απαραίτητα για την μετέπειτα συνεργασία του αρρώστου για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του. (Μεντίζης 2000)

2. Θωρακικό άλγος

Η νοσηλευτική παρέμβαση περιλαμβάνει :

Χορήγηση των αναγραφέντων αναλγητικών και εκτίμηση της δραστηριότητας. Πρόσκληση του ιατρού αν τα αναλγητικά είναι ανενεργή για τον έλεγχο του άλγους.

- Για την ελαχιστοποίηση του οστικού άλγους :
 - ο Μετακίνηση του ασθενούς προσεκτικά και υποβοήθηση όλων των άκρων.
 - ο Αποφυγή πίεσεως στα άκρα.
 - ο Εξασφάλιση σταθερών στρωμάτων.
 - ο Αλλαγή της θέσεως κάθε 2 ώρες.

- Για την ελαχιστοποίηση του πλευριτικού άλγους :
 - ο Δίνονται οδηγίες στον ασθενή να πιέζει ελαφρά το πάσχωσ σημείο του θώρακα με τα χέρια ή το μαξιλάρι όταν βήχει
 - ο Ενθάρρυνση ασθενούς ν' απέχει από το κάπνισμα.
 - ο Διατήρηση σχετικής υγρασίας στο περιβάλλον.
 - ο Χορήγηση αντιβηχικών φαρμάκων εφόσον συνιστώνται από το γιατρό. (Engram 1997).

3. Βήχας

Η βελτίωση της αναπνευστικής επάρκειας πετυχαίνεται με την προσπάθεια του αρρώστου να διατηρεί φυσιολογική την ύπτια θέση, ορθή στάση και ημικαθιστή. Να χρησιμοποιεί ένα μαξιλάρι, οι ώμοι να είναι στο ίδιο επίπεδο ευθυγραμμισμένοι με τους βραχίονες για αποφυγή σκολιώσεως. Η ογκολογική κατάσταση του αρρώστου επηρεάζει τη συχνότητα και το μέγεθος της αναπνοής. Οι περισσότεροι από τους θωρακοχειρουργημένους αρρώστους είναι ανήσυχoi και βρίσκονται σε κατάσταση αγωνίας πράγμα που αυξάνει την αναπνευστική ανεπάρκεια καθώς και το βασικό μεταβολισμό του. Η προσπάθεια που καταβάλλεται από το μέρος της νοσηλεύτριας να ηρεμίσει ο άρρωστος και να ξαναποκτήσει το ηθικό του είναι τεράστια βοήθεια σ' όλο το θεραπευτικό πρόγραμμα. Σύσπαση και χαλάρωση των αναπνευστικών μυών συμβάλλουν στην τέλεια λειτουργία του διαφράγματος και εκπτυξη των πνευμόνων. Έτσι ο άρρωστος π.χ. τοποθετείται σε ημικαθιστή θέση με το ένα χέρι πάνω στα κοιλιακά τοιχώματα και το άλλο στο πάνω τριτημόριο του θώρακα. Παρακαλείται να αναπνεύσει από τη μύτη να συγκρατήσει τον αέρα και να αποβάλει από τα χείλη αργά χωρίς να μετακινεί το θώρακα. Η εμφάνιση του πόνου και κοπώσεως φανερώνουν υπερφόρτωση του αρρώστου οπότε συνιστάται πρόσκαιρη διακοπή των ασκήσεων. Τόσο οι αναπνευστικές ασκήσεις όσο και οι σκελετικές σκοπó έχουν μόνο την ενίσχυση του διαφράγματος και των κοιλιακών μυών αλλά και

την αύξηση της δυνατότητας του αρρώστου για κίνηση και ενέργεια χωρίς αναπνευστική δυσκολία. (Μαργαρίνου – Κωνσταντινίδου 1993)

4. Δύσπνοια

Εκμάθηση στον ασθενή του τρόπου δραστηκότητας με ταυτόχρονη αποφυγή κοπώσεως. Επιτρέπεται η ανάπαυση ενδιάμεσα της δραστηκότητας.

- Κατά τη διάρκεια της αναπνεύσεως πρέπει να εξασφαλίζεται μέτρια θερμότητα, ησυχία και ανώδυνο περιβάλλον.
- Πρέπει να παρέχεται όλη η κατάλληλη βοήθεια στον ασθενή η οποία είναι απαραίτητη για την ικανοποίηση βασικών αναγκών (διάβασμα, γράψιμο, επιτραπέζια παιχνίδια, ζωγραφική).
- Εξέλιξη του κατάλληλου τρόπου απολαύσεως της δραστηριότητας χωρίς κόπωση.
- Διατήρηση θρέψεως και ενυδατώσεως.
- Συναισθηματική τόνωση του αρρώστου (Engramm 1997).

5. Απόχρεμψη

Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει πιο τμήμα του πνεύμονα πάσχει για να μπορεί να δώσει στον άρρωστο την κατάλληλη θέση βρογχικής παροχέτευσης. Ο καταλληλότερος χρόνος είναι το πρωί μόλις ξυπνήσει ο άρρωστος και το βράδυ πριν κοιμηθεί. Η συχνότητα της θεραπείας γίνεται με βάση τις ατομικές ανάγκες του αρρώστου αποφεύγοντας την κόπωση και εξάντληση που οδηγούν σε υποαερισμό και αρνητικό αποτέλεσμα. Η νοσηλεύτρια / της παρακολουθεί τον άρρωστο συνεχώς για ζάλη, ναυτία και ενημερώνει τον γιατρό. Ο χρόνος παραμονής είναι 10΄ και προοδευτικά αυξάνεται ως 30΄. Επίσης πρέπει να γίνεται σχολαστική καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας. (Κωνσταντινίδου Μαργαρίνου 1997).

6. Αιμόπτυση

Ονομάζεται η από το στόμα και μετά από βήχα αποβολή αίματος που προέρχεται από τις αεροφόρους οδούς.

Ο – η νοσηλευτής – τρια, πρέπει στην αρχή να ηρεμήσει τον άρρωστο και τους συγγενείς του. Ο ασθενής μένει ακίνητος, τοποθετείται στο κρεβάτι σε καθιστική θέση. Πρέπει να καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για καταστολή του βήχα και της ψυχικής διεγέρσεως.

Σε μεγάλες αιμοπτώσεις μπορεί να γίνει υποδόρια ένεση μορφίνης που μαζί με τα άλλα καταστέλλει και τη δράση του βήχα και του κέντρου της αναπνοής με αποτέλεσμα τον περιορισμό της κινητικότητας των πνευμόνων. Επίσης επιβάλλεται ο – η νοσηλευτής – τρια, να χρησιμοποιεί μέσα μέτρα που θα βοηθήσουν σε προοδευτική αποκατάσταση της ηρεμίας, ασφάλειας και συναισθηματικής ισορροπίας του αρρώστου όπως :

- Κινήσεις ήρεμες και σταθερές.
- Ενεργητικότητα, ταχύτητα και αποτελεσματικότητα στις ενέργειες.
- Έμπνευση εμπιστοσύνης και αισιοδοξίας στον ασθενή και το περιβάλλον του. (Μετζίνης 2000)

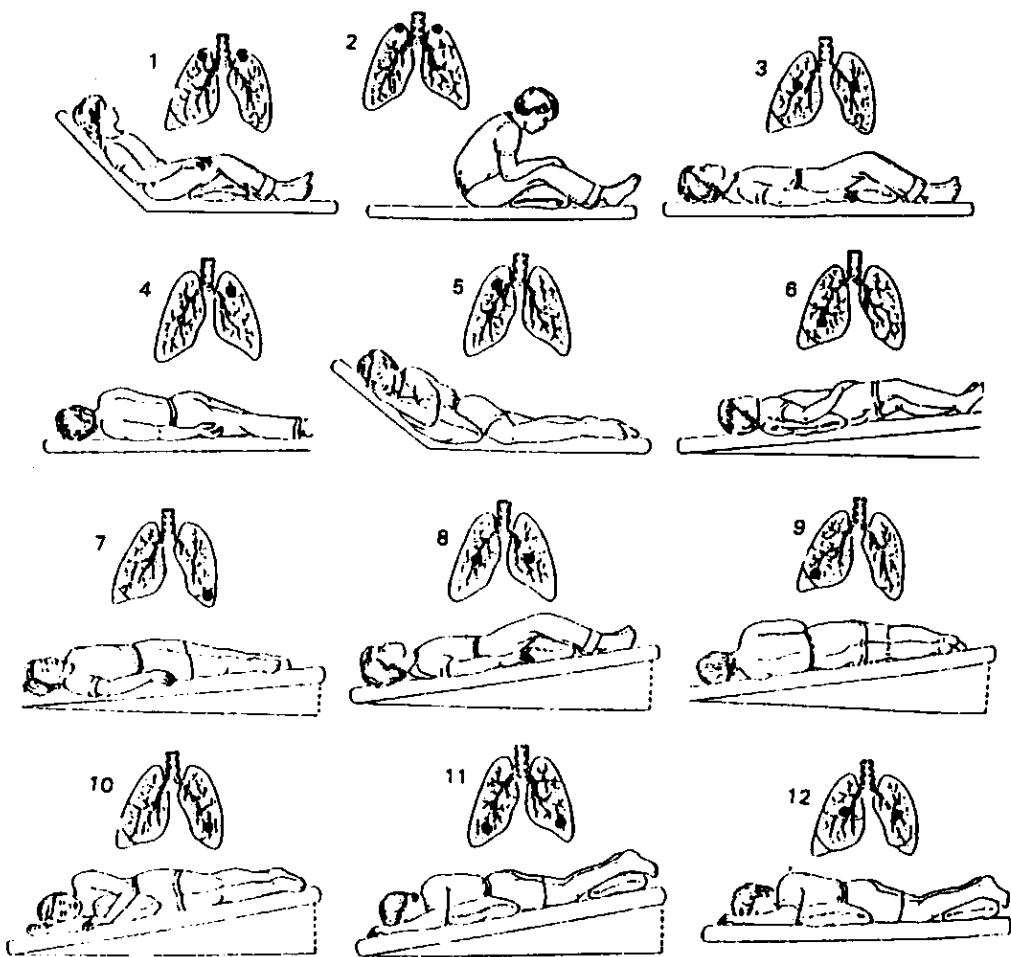
7. Ατελεκτασία

Ο όρος υποδηλώνει την ατελεκτασία ενός πνεύμονα ή κάποιου τμήματος του και είναι συνέπεια της θρομβωτικής απόφραξης. Ακολουθεί απορρόφηση του εγκλωβισμένου αέρα και σύμπτωση του πνευμονικού παρεγχύματος. Η ατελεκτασία επέρχεται από ενδοβρογχικό κώλυμα, από κακοήθη νεοπλάσματα και μετεγχειρητικά. Σε βαθμιαίο εγκαταστημένο κώλυμα, παρατηρούνται ακαθόριστα ενοχλήματα στο θώρακα, όπως δυσφορία και μικρή δύσπνοια. (Αθανάτου 1999).

Αντίθετα σε οξεία ατελεκτασία παρουσιάζεται έντονη κακουχία, ταχυκαρδία, δύσπνοια και κυάνωση λόγω της υποξοιμίας. Η νοσηλευτική αποσκοπεί στον καθορισμό των βρόγχων από τα εκκρίματα. Ακόμη

χρησιμοποιούνται αντιβιοτικά για την πρόληψη, όπως και βρογχοδιασταλτικά ή οξυγόνο. (Μετζίνης 2000)

Η θέση που θα δοθεί στον άρρωστο εξαρτάται από το πάσχον σημείο του πνεύμονα. Ο πνεύμονας που πάσχει και του οποίου επιθυμούμε την απαλλαγή από τις βρογχικές εκκρίσεις παραμένει πάντοτε στο υψηλότερο επίπεδο του σώματος σε κάθε θέση, ώστε με τη βαρύτητα να γίνεται η μετακίνηση του. (Αθανασίου 1999)



8. Κυάνωση

Η κυάνωση αναπνευστικής προέλευσης οφείλεται σε ελλιπή οξυγόνωση του αίματος κατά τη δίοδό του από τους πνεύμονες. Η νοσηλεύτρια / τής για αποφυγή της κυάνωσης φροντίζει :

- Να τοποθετεί τον ασθενή σε ανάρροπη θέση.
- Χορηγεί οξυγόνο.
- Ενημερώνει το γιατρό. (Αθανασίου 1995)

9. Αναιμία

Στους καρκινοπαθείς εμφανίζεται αναιμία λόγω απώλειας αίματος και της γενικής κακής κατάστασης που δεν επιτρέπει την επαρκή θρέψη. Η νοσηλεύτρια /της εκτός από τα μέτρα που παίρνει στην αιμόπτυση, είναι έτοιμος για την ενδοφλέβια χορήγηση αίματος. (Μετζίνης)

10. Πυρετός

Για τον πυρετό ο – η νοσηλευτής – τρία πρέπει :

- Να διατηρεί δροσερή την θερμοκρασία του περιβάλλοντος.
- Να χορηγεί άφθονα υγρά.
- Να τοποθετεί ψυχρά επιθέματα σε υψηλό πυρετό.
- Να χορηγεί αντιπυρετικά με εντολή γιατρού.
- Τηρεί διάγραμμα τρίωρης θερμομέτρησης.

Σχετικά τώρα με την ανορεξία και την απώλεια βάρους που θα έχει ο ασθενής χορηγούνται βιταμίνες και κατάλληλα φάρμακα που διεγείρουν την όρεξη. Επίσης πρέπει να βοηθούμε τον ασθενή ψυχολογικά. Ακόμα οι άρρωστοι με καρκίνο πνεύμονα έχουν κάκοσμη αναπνοή και πτύελα. Η κάκοσμία είναι αποτέλεσμα των νεκρωμένων ιστών και της εμφάνισης μόλυνσης. Εδώ ο νοσηλευτής πρέπει να αερίζει τον θάλαμο και να φροντίζει την υγιεινή του ασθενούς. Η χρήση αποσμητικών δεν θα πρέπει να αποτελεί μέσο για τον περιορισμό αυτής. (Ulrich 1997).

ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Αυτή περιλαμβάνει την :

- Σημαντική τόνωση του αρρώστου με τροφές υψηλής βιολογικής αξίας.
- Βοήθεια στις προεγχειρητικές εργαστηριακές εξετάσεις.
- Εξασφάλιση επαρκούς ύπνου καθώς και ήσυχου και ήρεμου περιβάλλοντος.
- Φυσιολογική λειτουργία του πεπτικού συστήματος.
- Λήψη μέτρων για μείωση φλεγμονών των ανώτερων αναπνευστικών οδών. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για τους αρρώστους αυτούς και γι' αυτό καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για την αποβολή βρογχικών εκκρίσεων. Η χορήγηση αποχρεμπτικών φαρμάκων, η χρήση εισπνοών, η φυσικοθεραπεία και η θεσική βρογχική παροχέτευση συμβάλλουν θετικά στην απομάκρυνση των πτυέλων. Η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας καθώς και η χορήγηση αντιβιοτικών σύμφωνα με την ιατρική εντολή.
- Ψυχολογική ετοιμασία του αρρώστου για να δεχθεί την εγχείρηση. Συνήθως η νοσηλεύτρια έχει χρόνο και ευκαιρίες για μια τέτοια προετοιμασία επειδή η παραμονή του αρρώστου στο νοσοκομείο μέχρι τη μέρα της εγχειρήσεως είναι μεγάλη. Αιτία φόβου και ανησυχίας είναι τα αιμοφύρια πτύελα που μυρίζουν, ο επίμονος και ενοχλητικός βήχας, ο επιστήλιος πόνος και τέλος ο ερχομός του θανάτου. Οι παραπάνω φόβοι μπορούν να μειωθούν κάπως με τη συζήτηση, ακρόαση των συναισθημάτων του αρρώστου εξήγηση και διόρθωση λανθασμένων αντιλήψεων.
- Ενημέρωση και διδασκαλία για μετεγχειρητικά προβλήματα όπως ουρήσεως, αποβολής πτυέλων και αερίων, πόνου, αναπνευστικής δυσκολίας. (Μαργαρίνου – Κωνσταντινίδου 1995)

ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Αυτή συνιστάται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις.

Η θέση και έκταση της προετοιμασίας του εγχειρητικού πεδίου εξαρτάται από το είδος της εγχειρήσεως και πρέπει να περιλαμβάνει αρκετή έκταση γύρω από το σημείο της τομής (Μαργαρίνου – Κωνσταντινίδου 1995)

ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η τελική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει :

Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής καταστάσεως του ασθενούς. Η νοσηλεύτρια κατά την πρωινή θερμομέτρηση και σφυγμομέτρηση παρατηρεί τυχόν παρέλκυση από το φυσιολογικό.

Κατάλληλη ένδυση. Μισή ώρα προ της εγχειρήσεως ο ασθενής φοράει την κατάλληλη ενδυμασία αφού προηγουμένως ουρήσει, για να αδειάσει η ουροδόχος κύστη. Αφαιρούνται όλα τα κοσμήματα και τυχόν οδοντοστυχία.

Η νοσηλεύτρια υπενθυμίζει στον ασθενή για τις μετεγχειρητικές ασκήσεις, τις αναπνευστικές καθώς και των άκρων.

Προνάρκωση : Αυτή γίνεται συνήθως μια ώρα προ της εγχειρήσεως. Μετά την προνάρκωση εξασφαλίζουμε στον ασθενή ένα ήρεμο περιβάλλον. Τους επισκέπτες του ο ασθενής τους βλέπει πριν γίνει η προνάρκωση. Μετά την προνάρκωση δεν επιτρέπονται επισκέπτες στο δωμάτιο. Μετά την προνάρκωση μεταφέρεται αμέσως ο ασθενής στο φορείο και παραμένει στον θάλαμο.

Τέλος όλες οι βασικές ενέργειες της αδελφής που έχουν σχέση με την προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς πρέπει να αναγράφονται στο νοσηλευτικό δελτίο ή τη λογοδοσία της νοσηλευτικής μονάδος. (Μαργαρίνου – Κωνσταντινίδου 1995)

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του.

Αυτή περιλαμβάνει :

1. Την κατάλληλη τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Η θέση του ασθενούς στο κρεβάτι καθορίζεται από το είδος της εγχειρήσεως την οποία έκανε καθώς και το είδος της ναρκώσεως που πήρε. Η πιο συνηθής θέση αμέσως μετά την εγχείρηση είναι η «ύπτια» με το κεφάλι στερεωμένο πλαγίως αργότερα τοποθετείται σε «ανάρροπη». Η κατάλληλη θέση του αρρώστου στο κρεβάτι προκαλεί χαλάρωση και όχι σύσπαση των μυών και επιτρέπει τη λειτουργία τυχόν παροχετεύσεως.

2. Τον έλεγχο της καταστάσεως του τραύματος και την παρακολούθησή του.

3. Την παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την αφύπνισή του.

4. Τη σύνδεση των παροχετεύσεων ή του καθετήρα εάν ο ασθενής φέρει κάποιο από αυτά.

5. Την προφύλαξη και θεραπεία από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές.

6. Την ανακούφιση του αρρώστου με την κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα από τον πόνο και άλλες δυσκολίες από τις οποίες υποφέρει κυρίως τις πρώτες ώρες μετά την εγχείρηση.

7. Τη φροντίδα του τραύματος. (Μαργαρίνου 1995)

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ

Οι κυριότερες μετεγχειρητικές δυσχέρειες :

1. Πόνος : Η νοσηλεύτρια για να ανακουφίσει τον ασθενή από τον πόνο του δίνει θέση η οποία να προκαλεί χαλάρωση μυών, κάνει ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος προστατεύει τον ασθενή κατά τον βήχα ή τους εμετούς και χορηγεί αναλγητικά φάρμακα.

2. Δίψα : Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγρανση των χειλών και της γλώσσας και με χορήγηση υγρών δια της πεπτικής ή παρεντερικής οδού.

3. Εμετός : Εάν ο ασθενής έχει εμετούς, η νοσηλεύτρια τοποθετεί το κεφάλι του προς τα πλάγια. Μετά από κάθε εμετό το στόμα του αρρώστου πλένεται με λίγο νερό και διατηρούνται καθαρά κλινοσκεπάσματα. Τα έχοντα σχέση με τους εμετούς (πόσο, συχνότητα, χαρακτήρας εμεσμάτων κ.τ.λ. πρέπει να αναγράφονται στη λογοδοσία ή το νοσηλευτικό δελτίο ασθενούς (Μεντίζης 2000)

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Αιμοραγία

Η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζει την εμφάνιση συμπτωμάτων αιμορραγίας ως εξής :

Εάν η αιμορραγία είναι εξωτερική τοποθετεί, εάν είναι δυνατόν, πιεστικό επίδεσμο.

Εάν η αιμορραγία είναι εσωτερική δεν δίνει στον ασθενή τίποτα από το στόμα, ειδοποιεί την τράπεζα αίματος να ετοιμάσει αίμα, το απαλλάσσει από οποιαδήποτε περίσφιξη και προσπαθεί να τονώσει το ηθικό του.

Ο γιατρός χειρίζεται την πορεία της αγωγής του ασθενούς που αιμορραγεί. (Αθανατου 1995)

Shock ή καταπληξία

Τα μέτρα που λαμβάνει η νοσηλεύτρια για την αντιμετώπιση του shock είναι :

Καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος ορού ή πλασμάτων μετά από εντολή γιατρού.

Χορήγηση θερμών υγρών από το στόμα, εάν η κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει (Μαργαρίνου – Κωνσταντινίδου 1999)

Θρομβοφλεβίτιδα

Η θρόμβωση του αγγείου εμφανίζεται με πυρετό, οίδημα και πόνο στην περιοχή του αποφραχθέντος αγγείου.

Η πρόληψη συνίσταται σε :

- Αποφυγή πιέσεως πάνω στις κινήσεις.
- Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι.
- Ασκήσεις κάτω άκρων για επιβοήθηση της κυκλοφορίας.

- Αποφυγή εντριβών των άκρων.

Η θεραπεία συνίσταται σε :

- Απόλυτη ακινησία του άκρου για να μην μετακινηθεί ο θρόμβος.
- Έναρξη αντιπηκτικής αγωγής σύμφωνα με εντολή γιατρού. (Μεντιζης 2000)

Διαταραχές θρέψης

Απώλεια βάρους. Ο νοσηλευτής – τρια :

- Παρακολουθεί αν ο ασθενής παίρνει τις απαιτούμενες θερμίδες κάθε μέρα.
- Ενισχύει τον ασθενή συνεχώς να παίρνει επαρκή ποσότητα λευκωμάτων και υδατανθράκων.
- Περιορίζει τις δραστηριότητες του αρρώστου – Δίνει συμπληρωματικές βιταμίνες (Α, Β σύμπλεγμα, C και K).
- Χορηγεί παρεντερικώς σακχαρούχα υγρά.
- Παρακολουθεί συστηματικά το βάρος του αρρώστου. (Κωνσταντινίδου Μαργαρίνου 1995)

Σιδηροπενική αναιμία

Θεραπευτικά χορηγείται σιδηρούχο σκεύασμα από το στόμα ή καλύτερα παρεντερικά.

Μεγαλοβλαστική αναιμία

Θεραπευτικά χορηγείται βιταμίνη Β₁₂.

Μόλυνση τραύματος

Σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος παίζει η διατήρηση ασηψίας κατά τις αλλαγές του και η καθαριότητα του περιβάλλοντος.

Θεραπευτικά γίνεται διάνοιξη και παροχέτευση του τραύματος με ελαστικό σωλήνα ή γάζα. Μπορεί να χορηγηθεί ειδική αντιβίωση μετά από καλλιέργεια του υγρού τραύματος.

Ίκτερος

Παρακολουθεί και γράφει τον βαθμό ικτέρου του δέρματος και του σκληρού χιτώνα του οφθαλμού.

Παρακολουθεί το χρώμα των κενώσεων και των ούρων. (Ulrich 1997)

Ατελεκτασία

Οφείλεται στο μηχανικό αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα του ασθενούς από τις βλεννώδεις εκκρίσεις κατά τη νάρκωση και την απονάρκωση. Για το λόγο αυτό αποφεύγεται η εγχείρηση σε ασθενείς που κρουολόγησαν πρόσφατα ή παρουσιάζουν οξεία βρογχίτιδα εάν δεν προηγηθεί κατάλληλη θεραπεία. Επίσης αυτή η επιπλοκή οφείλεται σε κακό αερισμό των πνευμόνων ένεκα επιδράσεις του ναρκωτικού στη μόλυνση αεροφόρου οδού από εισρόφηση εμεσμάτων και εκκρίσεων σε απεριποίητη στοματική κοιλότητα σε εφίδρωση που προδιαθέτει σε ψύξη. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι η δύσπνοια.

Η πρόληψη της εκδηλώσεως αυτής της επιπλοκής περιλαμβάνει :

- Στενή παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την τέλεια απονάρκωσή του.
- Ταχεία απονάρκωση του ασθενούς.
- Έγκαιρη τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση.
- Συχνή αλλαγή θέσεως του ασθενούς για την αποφυγή πνευμονικής στάσεως του αίματος.
- Ενθάρρυνση του ασθενούς να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει και να κάνει κινήσεις άκρων.

- Περιποίηση στόματος και αντισηψία ρινοφάρυγγα. (Μαργαρίνου – Κωνσταντινίδου 1995)

Πνευμοθώρακας

Είναι η συλλογή αέρα στη θωρακική κοιλότητα. Προκαλείται ή από ρήξη του πνευμονικού παρεγχύματος και διαφυγή αέρα ή από τραύματα του θωρακικού τοιχώματος. Ο πνεύμονας του ημιθωρακίου με τον πνευμονοθώρακα συμπιέζεται και συμπίπτει.

Ο πνευμονοθώρακας μπορεί να είναι ανοικτός ή υπό τάση. Στον ανοικτό ο αέρας μπαينوβγαίνει ελεύθερα στο θώρακα δημιουργεί ήχο εισρόφησης. Εκτός από το ότι συμπίπτει το πνευμονικό παρέγχυμα τα όργανα του μεσοπνευμονίου χώρου μετατοπίζονται προς το υγιές ημιθωράκιο κατά την εισπνοή και προς το πάσχον κατά την εκπνοή. Η κατάσταση ονομάζεται πτερυγισμός του μεσοθωρακίου και δημιουργεί μεγάλα κυκλοφοριακά προβλήματα.

Οι άμεσοι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η αποκατάσταση της αναπνευστικής και καρδιακής λειτουργίας καθώς και των μεγάλων αγγείων εξαιτίας της μετατόπισης του μεσοθωρακίου. Διατηρούνται ανοικτά οι αεραγωγοί με χορήγηση εφυγρασμένου O₂ για να εξασφαλιστεί επαρκείς αερισμός και γίνεται αντί shock αγωγή (Μεντίζης 2000).

Θωρακική παροχέτευση (Bilow)

Οι θωρακοχειρουργηθέντες άρρωστοι φέρουν θωρακική παροχέτευση που έχει σκοπό την απομάκρυνση αέρα και υγρών από την υπεζωκοτική κοιλότητα και την επανέκπτυξη του χειρουργημένου πνεύμονα.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι παροχτετευτικών συσκευών όπως μιας φιάλης ή δύο φιαλών ή και τριών και τεσσάρων ακόμη, αλλά όμως όλες φέρουν το τμήμα συγκεντρώσεως του υγρού και του αέρα που εξέρχονται από τον παροχτετευτικό σωλήνα της υπεζωκοτικής κοιλότητας καθώς και το σύστημα της βαλβίδας νερού που δεν επιτρέπει να μπει μέσα σε αυτήν αέρας από την

ατμόσφαιρα. Όλοι οι τύποι παροχетеυτικών συσκευών μπορούν να συνδεθούν με μηχανήμα αναρροφήσεως και μερικοί από αυτούς είναι μιας χρήσεως ενώ άλλοι είναι πολλαπλής χρήσεως (γυάλινοι ή πλαστικοί). Η τοποθέτηση παροχетеυτικού σωλήνα στην υπεζωκοτική κοιλότητα μπορεί να είναι για τον άρρωστο μια εμπειρία, που δημιουργεί αισθήματα φόβου και ανασφάλειας, πολλές φορές δε εμφανίζεται και το αίσθημα επικείμενου θανάτου. Αλλά όμως, όπως γράφει η Douglas Allan στο άρθρο της, τα παραπάνω συναισθήματα «μπορούν να μειωθούν όταν υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα προμελετημένη και στηριγμένη σε σχεδιασμό προσφέρεται» (Μαργαρίνου Κωνσταντινίδου 1995).

Αναπνευστική ανεπάρκεια

Είναι μια επιπλοκή που εμφανίζεται σε ασθενείς που παρουσιάζουν ατελεκτασία, πνευμονίτιδα, μετάθεση μεσοθωρακίου πνευμονοθώρακα αν και η μελέτη της αναπνευστικής λειτουργίας καθορίζει τις ενδείξεις εγχειρήσεων του πνεύμονα και προλαμβάνει αυτή την επιπλοκή μετεγχειρητικά.

Απαιτείται σε βαριές περιπτώσεις ενδοτραχειακή διασωλήνωση ή τοποθέτηση του αρρώστου σε μηχανήμα ελεγχόμενης αναπνοής. Όταν υπάρχει έγκαιρη διάγνωση θεραπεύεται οικολογικά. Ο νοσηλευτής τηρεί τις οδηγίες του γιατρού και καταγράφει τις νοσηλευτικές πράξεις στη λογοδοσία. (Κωνσταντινίδου – Μαργαρίνου 1995).

Πνευμονικό οίδημα

Το οίδημα οφείλεται σε υπερβολική χορήγηση υγρών μετεγχειρητικά και σε κακή ρύθμιση ισοζυγίων δηλαδή δε γίνεται σωστή μέτρηση αποβαλλομένων και προσλαμβανομένων υγρών. Τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο άρρωστος είναι βήχας και ανησυχία κατά τη διάρκεια του ύπνου. Επίσης παρουσιάζει δύσπνοια και ορθόπνοια μεγάλου βαθμού, αφρώδη και αιμόφυρτα πτύελα, αγωνία και πανικό, θορυβώδης αναπνοή με

εισπνευστικούς και εκπνευστικούς συριγμούς και φυσαλιδώδεις ήχους, δέρμα γαιώδες, ψυχρά άκρα κυανωτικά νύχια, εφίδρωση και διανοητική σύγχυση.

Σκοπός της θεραπείας είναι η άμεση ρύθμιση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών, δύσπνοιας και αγωνίας και του αναπνευστικού έργου με χορήγηση O₂ σε υψηλή συμπύκνωση. Ο ασθενής τοποθετείται σε ημικαθιστή άνετη θέση. Κυκλικές περισφύξεις άκρων για παγίδευση φλεβικού αίματος σ' αυτά. Η νοσηλεύτρια /της βρίσκεται και παρακολουθεί από κοντά τον άρρωστο μαζί με το γιατρό. Όλες οι νοσηλευτικές πράξεις καταγράφονται στο νοσηλευτικό δελτίο (Ulrich 1997).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας

1. Γίνεται ομαδική προσέγγιση του αρρώστου και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθεια του σαν μια ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα φυσικά (συστήματα), συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά .

2. βεβαιώνεται ο άρρωστος πως οι τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτε άλλο από τη μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ενεργητική καταστροφή των κακοηθών κυττάρων καταστρέφουν και υγιή.

3. Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μάθησης κατά την εκπαίδευση του αρρώστου ώστε να αποδεχθεί να εφαρμόσει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες της.

4. Προσφέρεται στον άρρωστο ότι έντυπη πληροφορία υπάρχει για τη χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωση.

5. Γίνεται γενική αξιολόγηση του αρρώστου για τη θρέψη του, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τον βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση, αν είναι ευαίσθητος σε διάφορα φάρμακα κ.α. Λαμβάνεται επίσης ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, ακτινογραφιών ή χημειοθεραπείας. (Μαργαρίνου 1997).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΙΣ ΤΟΞΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Καταστολή του μυελού των οστών παρατηρείται :

Λευκοπενία

Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος. Σε απότομη πτώση λευκών η θεραπεία διακόπτεται και ενημερώνεται ο γιατρός.

Η νοσηλεύτρια – της ελέγχει τη θερμοκρασία του σώματος σε τακτά χρονικά διαστήματα διότι μικρή άνοδος αυτής μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία και το δέρμα και τις κοιλότητες για λοίμωξη. Για την πρόληψη των λοιμώξεων πρέπει να τηρούνται τα εξής μέτρα :

- Εφαρμογή σχολαστικής ατομικής καθαριότητας.
- Κάθε 4 – 6 ώρες γίνεται αντισηψία της στοματικής κοιλότητας.
- Μετά τη χρήση της τουαλέτας πλένεται καλά και στεγνώνεται η περιοχή του πρωκτού.
- Αλλαγή της συσκευής του ορού κάθε 24 ώρες και της θέσης της βελόνας κάθε 48 ώρες.

Θρομβοπενία

Παρακολουθούνται τα αιμοπετάλια, τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για αιματώματα, οι διάφορες κοιλότητες για ρινοουλορραγίες και αρτηριακή πίεση του αίματος.

Οι αιμορραγίες προσλαμβάνονται ως εξής :

Οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις πρέπει να περιορίζονται και ασυνήθης αιμορραγία μετά από αυτές να γίνεται γνωστή στο γιατρό.

Η νοσηλεύτρια – της θα πρέπει να δίνει συμβουλές στον άρρωστο για τα μέτρα πρόληψης αιμορραγίας από τραύματα όπως από βίαιο καθαρισμό της

μύτης, χρήση ακατάλληλης ξυριστικής μηχανής και σκληρής οδοντόβουρτσας.

Αναιμία

Ελέγχεται ο αιματοκρίτης, η αιμοσφαιρίνη και η παρουσία συμπτωμάτων όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση.

Ο άρρωστος βοηθείται με διαιτολόγο πλούσιο σε λεύκωμα και σίδηρο αποφυγή κόπωσης, χορήγηση αίματος με οδηγία γιατρού.

Γαστρεντερικές διαταραχές

Εκδηλώνονται με :

Νναυτία, εμετούς

Παρακολουθείται η συχνότητα, ο χαρακτήρας και η ποσότητα των εμετών, η ανορεξία και η θρέψη. Η νοσηλεύτρια – της πρέπει να λαμβάνει μέτρα πρόληψης ναυτίας και εμετών όπως :

- Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων πριν ή μετά την εφαρμογή της χημειοθεραπείας.
- Δίνονται μικρά κομμάτια πάγου μόλις παρουσιαστεί η ναυτία.
- Η τροφή σερβίρεται μετά την υποχώρηση της ναυτίας.
- Προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα σε συνεργασία με τον άρρωστο για το περιεχόμενο και την ώρα.
- Χορηγούνται τροφές πολύ παγωμένες.
- Ενισχύεται ο ασθενής να μασάει πολύ καλά την τροφή. Μετά από κάθε γεύμα πρέπει να γίνεται καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας.

Διάρροια

Παρακολουθούνται το χρώμα και η ποσότητα της διαρροϊκής κένωσης, ο ασθενής για συμπτώματα αφυδατώσεως και μεταβολικής οξέωσης και αποφεύγονται τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα.

Για την αντιμετώπιση της διάρροιας η νοσηλεύτρια χορηγεί :

- Αντιδιάρροϊκά φάρμακα κατόπιν εντολής γιατρού.
- Άφθονα υγρά και
- Εξασφαλίζει τη διατήρηση του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών.

Στοματίτιδα

Εξετάζεται ο βλεννογόνος αμέσως μετά τη χορήγηση του φαρμάκου για ξηρότητα, ερυθρότητα και λευκές κηλίδες.

Ο άρρωστος παρακολουθείται καθημερινά για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο από όξινες τροφές και περιποιείται συστηματικά η στοματική του κοιλότητα.

Ανοσοκατασταλτική επίδραση

Ο άρρωστος ελέγχεται για πυρετό, ρίγος, πονόλαιμο. Προστατεύεται από μολύνσεις και αναβάλλεται – αν είχε προγραμματισθεί να γίνει – η ενεργητική ανοσοποίηση του αρρώστου για μερικούς μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Αλλαγές στο δέρμα

Εξετάζεται το δέρμα για λύση της συνέχειάς του, διατηρείται καθαρό, προστατεύεται από ξηρότητα, την μεγάλη έκθεση στον ήλιο και σε τεχνητές υπεριώδης ακτίνες.

Επίσης, η νοσηλεύτρια – της πληροφορεί τον ασθενή σχετικά με την προστασία του δέρματος, τις αλλαγές στο χρώμα (γίνεται πιο σκούρο) κ.α.

Νευροτοξικότητα

Παρακολουθείται ο ασθενής για συμπτώματα ήπιας νευροπάθειας όπως ελαφρύς πόνος στα χέρια και τα πόδια, αταξία, απώλεια συντονισμού παραλυτικός ειλεός.

Βοηθείται ο άρρωστος στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με την χρησιμοποίηση μέτρων ασφαλείας για την προστασία του και την διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση (Μαργαρίνου Κωνσταντινίδου 1997).

Αλωπεκία

Ο άρρωστος ενημερώνεται ότι τα μαλλιά του μπορεί να πέσουν στο διάστημα της θεραπείας του αλλά θα ξαναβγούν οκτώ περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας. Επίσης ότι η πτώση των τριχών της κεφαλής μπορεί να μειωθεί αν χρησιμοποιηθεί περίδεση ή παγοκύστη. Επίσης συμβουλεύεται να προμηθευτεί ένα μαντήλι ή μια περούκα.

Η νοσηλευτική παρέμβαση έχει μεγάλη σημασία για την ηθική και ψυχική ενίσχυση του ασθενή γιατί ζει μια οδυνηρή εμπειρία. Πρέπει λοιπόν ο νοσηλευτής – τρια να δράσει ψυχοθεραπευτικά να τον βοηθήσει να δεχτεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και έτσι να καταστείλει τους φόβους του σε μεγάλο βαθμό. Dollinger.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ

ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που ο νοσηλευτής – τρια θα έρθει σε επαφή με το άρρωστό του. Από τη στιγμή αυτή ο νοσηλευτής με την ευσυνείδητη αγάπη του, το ενδιαφέρον του, την κατανόηση της θέσης του αρρώστου και τις γνώσεις του θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στον άρρωστο ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμοσθεί εξωτερικά και εσωτερικά. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές της ακτινοθεραπείας διακρίνονται σε πρώιμες και όψιμες..

Οι πρώιμες ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές είναι :

1. Ακτινοδερματίτιδα.
2. Αναστακτική επίδραση στο μυελό των οστών.
3. Βλάβη του βλεννογόνου των οργάνων.

Οι όψιμες ανεπιθύμητες ενέργειες – επιπλοκές είναι οι εξής :

1. Υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος.
2. Καρκίνος του δέρματος, πνευμόνων και οστών.
3. Βλάβη γεννητικών αδένων.
4. Αλωπεκία.
5. Νέφρωση, αυτόματα κατάγματα, βλάβη του φακού του ματιού.

Η ακτινοβολία μπορεί επίσης να προκαλέσει φαινόμενα γενικής αντίδρασης όπως :

- Γενική καταβολή δυνάμεων.
- Ναυτία – εμετούς.
- Ανορεξία.

- Απώλεια βάρους.
- Πυρετική δεκατική κίνηση.

Η προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου στον οποίο πρόκειται να εφαρμοσθεί εξωτερική ακτινοθεραπεία περιλαμβάνει τις παρακάτω εφαρμογές :

Ο νοσηλευτής – τρια πρέπει να προσπαθήσει να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και να παρακολουθεί τον άρρωστο για ναυτία και εμετούς, να χορηγεί αναλγητικά πριν τη θεραπεία με τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες.

Η προετοιμασία του αρρώστου για την εσωτερική εφαρμογή της ακτινοθεραπείας έχει σχέση με τον τρόπο χορήγησής της. Όταν το ραδιοϊσότοπο πρόκειται να εμφυτευθεί στην υπεζωκοτική κοιλότητα ο άρρωστος προετοιμάζεται για χειρουργείο. Δεν χρειάζεται ειδική προετοιμασία όταν το ραδιοϊσότοπο χορηγείται από το στόμα ή ενδοφλέβια. Από την στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό, ο άρρωστος απομονώνεται επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή, που εκπέμπει ακτινοβολία μέχρι να εξαντληθεί ή να αφαιρεθεί. (Μαργαρίνου – Κωνσταντινίδου 1997).

ΤΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΠΡΟΣΤΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ Ca ΠΝΕΥΜΟΝΑ

1^ο Στάδιο

Μετά το σοκ της είδησης έρχεται η άρνηση. Είναι δυνατόν; Όχι εγώ! Γιατί; Πρέπει να έγινε λάθος! Δεν έκανα ποτέ καταχρήσεις, δεν είναι δυνατό! Σ' αυτό το στάδιο ο άρρωστος θέλει συχνά να μένει μόνος του.

2^ο Στάδιο

Όταν αντιλαμβάνεται πια ότι πρόκειται για τον ίδιο, ο άρρωστος αρχίζει να τα βάζει με τους άλλους με το θεράποντα γιατρό που ήταν ανίκανος να το προβλέψει με τους καπνιστές γύρω του, με τη ρύπανση.

3^ο Στάδιο

Το πιο μακροχρόνιο στάδιο : η διαπραγμάτευση για τη ζωή του ασθενούς. Το στάδιο αυτό το αντιμετωπίζει σαν να επρόκειτο ν' αλλάξει την πορεία της αρρώστιας. Είναι ένας αγώνας μεταξύ της ελπίδας ότι θα ζήσει και της βεβαιότητας πως θα πεθάνει. «Γιατρέ υποσχεθείτε μου ότι θα κρατήσω ακόμα μέχρι...». «Πάντα ήμουν καλός σύζυγος, καλός πατέρας, καλός χριστιανός, δεν έκανα ποτέ κακό σε κανένα. Ο θεός δεν θα με αφήσει να πεθάνω μπορώ ακόμα να είμαι χρήσιμος...».

4^ο Στάδιο

Η κατάθλιψη. Σ' αυτό το στάδιο καταλαβαίνει ότι σκεφτόταν γελοία και ότι η οργή και η διαπραγμάτευση δε θ' αλλάξουν τίποτα, ότι ο καρκίνος είναι πλέον πραγματικότητα. Ο ασθενής δεν έχει άλλα αποθέματα ελπίδας και βυθίζεται στην απόγνωση.

5^ο Στάδιο

Η αποδοχή είναι το πιο κρίσιμο στάδιο. Όταν μπορέσει να φτάσει γρήγορα σ' αυτό το στάδιο και παραδεχθεί τον καρκίνο του, θα δώσει εφόδια στον

εαυτό του για να παλέψει και να θεραπευθεί. Μόλις δεχθεί την κατάσταση, μπορεί ν' αρχίσει η επαναδιοργάνωση του εαυτού του, να πάει μπροστά. Δεν υπάρχουν πλέον άγχη ούτε μπλοκαρίσματα.

Είναι σημαντικό για την οικογένεια και για τη θεραπευτική ομάδα να γνωρίζει όλα τα στάδια, έτσι θα βοηθήσει τον ασθενή να τα βιώσει έντονα χωρίς να τα καταστείλει (Renard Leon 1990).

Η ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Η οικογένεια αποτελεί το βασικό δομικό στοιχείο της κοινωνίας μας τα μέλη της οποίας αποτελούν ένα δυναμικό μικροσύστημα που βρίσκεται σε μια συνεχή δραστηριότητα μέσα στο χώρο. Η οικογένεια μπορεί ανάλογα από τις περιπτώσεις και τα προβλήματα των μελών της να διαφοροποιείται, ώστε να στηρίζει ενεργά το κάθε μέλος της στη δύσκολη στιγμή.

Έτσι και στην περίπτωση μιας μακροχρόνιας αρρώστιας, όπως είναι ο καρκίνος, η οικογένεια μπορεί να ενεργοποιηθεί και να αποτελέσει ένα τυπικό σύστημα υποστήριξης του αρρώστου, που μαζί με το υπάρχον άτυπο σύστημα παροχής φροντίδας, που δύσκολα μπορεί να αντικατασταθεί από οποιοδήποτε κρατικό σύστημα υγειονομικών φροντίδων. (Βελονάκη 1993)

Άρα πρέπει :

1. Να πληροφορηθούμε και να πάρουμε μια απόφαση με τη συγκατάθεση της ιατρικής ομάδας που επιλέξαμε, για την καλύτερη δυνατή θεραπεία. Ο ασθενής οφείλει να ενημερωθεί για το πως θα διεξαχθεί η θεραπεία και η άποψή του πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη. Η αναζήτηση πληροφοριών είναι στην ουσία το καλύτερο μέσο για να μειώσουμε την αγωνία του.

2. Να βρεθεί από κοινού με τον ασθενή μια λύση κι ένα πεδίο δράσης για την αποκατάσταση της ρήξης.

3. Να καταρτισθεί ένα πλήρες πρόγραμμα ασκήσεων, δηλαδή χαλάρωσης, ενοράσεως, αυτοσυγκέντρωσης, απόλαυσης, κινήτρων, σωματικής αγωγής, σωστής διατροφής κ.λ.π.

4. Αν υπάρχουν δυσκολίες στην επίλυση της ρήξης θα πρέπει να αναζητήσουμε σύντομα τη βοήθεια ενός ειδικευμένου στην υποστηρικτική ψυχολογία για καρκινοπαθείς θεραπευτή.

5. Τα μέλη της οικογένειας που στηρίζουν τον άρρωστο οφείλουν να προσέξουν ώστε να βρίσκονται σε καλή και υγιή κατάσταση. Ας μη διστάζουν

να ζητήσουν τη βοήθεια φίλων ή γειτόνων. Η πράξη τους αυτή δεν δείχνει αδυναμία, όπως γενικά τείνουμε να πιστεύουμε.

6. Είναι πολύ σημαντικό να παρακολουθούμε γενικά την έκφραση δικαιολογημένων συναισθημάτων από τη μεριά του ασθενή. Θα υπάρξουν μέρες που θα είναι ευχαριστημένος και θα θέλει να γελάσει κι άλλες που θα είναι θλιμμένος και τρομαγμένος. Ας είμαστε προσεκτικοί σ' αυτές τις τελευταίες. Όταν είναι σε άσχημη ψυχολογική κατάσταση, ας αποφύγουμε να τον κάνουμε να γελάσει· ας τον ρωτήσουμε καλύτερα τι είναι αυτό που τον απασχολεί.

7. Αν υπάρχει παιδί στην οικογένεια του ασθενή θα πρέπει να φροντίσουμε να του μιλήσουμε για τα συναισθήματα και την ψυχική διάθεση του αρρώστου. Ας ακούσουμε με προσοχή τις ερωτήσεις του. Αν πρόκειται για πολύ μικρό παιδί δεν πρέπει να το ενοχοποιήσουμε αν δεν μπορεί να είναι ήρεμο ή να παίξει χωρίς να κάνει θόρυβο. Είναι λογικό ένα μικρό παιδί να ξεχνά αυτό που συμβαίνει γύρω του γιατί το παιδί ζει στο παρόν (Renard Leon 1990).

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

Στο τελευταίο τέταρτο έχει γίνει μεγάλη πρόοδος στο θέμα της κατανόησης και γνώσης των αιτιών του καρκίνου και της θεραπευτικής του αντιμετώπισης. Ταυτόχρονα μεγάλη πρόοδος έχει σημειωθεί και στο πεδίο κλινικής φροντίδας του αρρώστου με καρκίνο στο τελικό στάδιο.

Ως καρκίνο τελικού σταδίου ορίζουμε την κατάσταση εκείνη του ασθενούς κατά την οποία κανένας από τους θεραπευτικούς χειρισμούς δεν μπορεί πλέον να εφαρμοσθεί.

Ως προς την επιλογή των σωστών θεραπευτικών ενεργειών στο τελικό στάδιο του καρκίνου οι παρακάτω αρχές είναι ίσως χρήσιμες :

1. Στόχος του γιατρού για την αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου τελικού σταδίου έρχεται όπως είναι ευνόητο σε κατώτερη μοίρα από αυτόν της ανακούφισης των συμπτωμάτων. Η ανακούφιση αυτή πρέπει να απευθύνεται και στα σωματικά και στα ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

2. Η θέληση του αρρώστου πρέπει να οδηγεί τα βήματα των γιατρών και των άλλων νοσηλευτών. Αυτός είναι ο σημαντικότερος κανόνας. Οι κλινικοί θεραπευτικοί χειρισμοί πρέπει να αντανακλούν τις προσωπικές επιλογές του αρρώστου. Οι θεραπείες που επιμηκύνουν τη ζωή του αρρώστου επιμηκύνοντας ταυτόχρονα και τα διάφορα προβλήματα από την αρρώστια μπορεί να διακοπούν αν αυτό είναι επιθυμία του αρρώστου. (Κονδύλης 1993).

ΠΡΟΛΗΨΗ Ca ΠΝΕΥΜΟΝΑ

Η λύση σε πολλές ασθένειες βρίσκεται στην έγκαιρη διάγνωση και αυτό εξαρτάται από την καλύτερη διαφώτιση του κοινού. Η νοσηλεύτρια έχει αποδειχτεί ικανή και στον τομέα αυτό. Όπως είναι γνωστό, η νοσηλεύτρια παραμένει κοντά στον άρρωστο περισσότερο από κάθε άλλον και πρέπει να κατέχει και ορισμένες γνώσεις ογκολογίας για να μπορεί να συμμετέχει ενεργά στη διερεύνηση νέων μεθόδων και τρόπων αντιμετώπισης των αναγκών στη νοσηλεία του καρκίνου. Σημαντικός επίσης είναι ο ρόλος της νοσηλεύτριας σαν μέλους της υγειονομικής ομάδας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Έχει σκοπό τη διαφώτιση του κοινού, να εφαρμόζει οδηγίες για αποφυγή παραγόντων και συνθηκών που έχουν γνωστές καρκινογόνες ιδιότητες όπως το κάπνισμα, η αρχή του καπνίσματος στα δεκαπέντε χρόνια ή πριν, ηλικία πάνω από πενήντα, η παραμονή σε εσωτερικούς χώρους, με καπνούς τσιγάρων σε μη καπνιστές, γιατί δημιουργεί συνθήκες επικίνδυνες που ισοδυναμούν με συνεχές παθητικό κάπνισμα. Η όλη προσπάθεια θα πρέπει να στραφεί στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, γιατί μας είναι γνωστό πόσο καλύτερα είναι τα αποτελέσματα, όταν η νεοπλασματική μάζα είναι μικρή και χωρίς μεταστάσεις.

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

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να είναι σε θέση να κάνει μια εκτίμηση της υγείας, να αποκαλύπτει φανερούς και συχνά αμφίβολους όγκους ή υπερπλασίες και να μοιράζεται με το γιατρό την ευθύνη για την ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων για την αποτελεσματική πρόληψη του καρκίνου, μέσα στο γενικό πρόγραμμα υγείας κάθε χώρας. (Γκανιάτσου 1993)

Παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα μακράς επιβίωσης των πασχόντων είναι :

1. Μικρό ποσοστό αύξησης του όγκου παρακολουθούμενο με σειρά ακτινογραφιών θώρακος και ειδικής όταν ο χρόνος διπλασιασμού είναι μεγαλύτερος των 12 μηνών.
2. Μέγεθος του όγκου μικρότερου των 3cm διαμέτρου.
3. Χαμηλού βαθμού επιδερμοειδής καρκίνος αναπτυσσόμενος σε μεγάλο βρόγχο.
4. Εντόπιση η οποία επιτρέπει μάλλον λοβεκτομή παρά πνευμονεκτομή.
5. Εντόπιση μάλλον κοντά στην πύλη ή στην περιφέρεια.
6. Εντόπιση στο άνω λοβό, παρά στον κάτω λοβό.
7. Η πρώιμη διάγνωση.

Παράγοντες αντιτιθέμενοι σε μακρά επιβίωση των πασχόντων είναι :

1. Διαστάσεις του όγκου ειδικώς άνω των 7cm διαμέτρου.
2. Αδιαφοροποίητο καρκίνωμα (ταχείας εξελίξεως).
3. Ατρακτοκυτταρικό καρκίνωμα.
4. Μακρά διάρκεια των συμπτωμάτων και ιδίως του άλγους.
5. Ταχεία μεταβολή της ακτινολογικής εικόνας.
6. Επινέμηση του θωρακικού τοιχώματος (Merck 1992)

Μετεγχειρητική θνησιμότητα

Το υψηλό ποσοστό μετεγχειρητικής θνησιμότητας στις πρώτες εκτομές του πνεύμονα μειώθηκε σημαντικά λόγω της βελτίωσης της εγχειρητικής τεχνικής, την πρόοδο, την αναισθησιολογία και την ευρεία εφαρμογή αντιβιοτικής αγωγής.

Η καλύτερη αντιμετώπιση της μετεγχειρητικής περιόδου, η εκτέλεση τραχειοτομίας σε περιπτώσεις υγρού πνεύμονα συντέλεσαν στη μείωση αυτή . (Μεντίζης 200).

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο Καρκίνος του πνεύμονα εξακολουθεί να αποτελεί το μείζον πρόβλημα της κλινικής ογκολογίας. Παρά την ανάπτυξη συνδυαστικών πρωτοκόλλων ο καρκίνος αυτός αντιμετωπίζεται αλλά δεν θεραπεύεται. Το κάπνισμα αποτελεί τον κύριο παράγοντα αυτής της νόσου και μόλις την τελευταία 5ετία άρχισαν δειλά – δειλά να φαίνονται τα αποτελέσματα της αντικαπνιστικής εκστρατείας που ξεκίνησε πριν 20 χρόνια. Οι γυναίκες όλο και πιο συχνά προσβάλλονται και σήμερα σε μερικές επιδημιολογικές μελέτες έχει γίνει 1^{ος} σε συχνότητα και στις γυναίκες υπερφαλαγγίζοντας τον καρκίνο του μαστού.

Τα πληθυσμιακά τεστ παραμένουν ανεφάρμοστα. Χρειάζεται επιμελής και μακρόχρονη εφαρμογή προγραμμάτων για τον έλεγχο του καπνίσματος. Αυτή παραμένει η πιο ουσιαστική και πειστική ανάγκη για σήμερα. (Σπηλιώτης 1999).

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η πιο σημαντική πρόταση που θα μπορούσε να γίνει είναι να διερευνηθεί συστηματικά και σε βάθος η αιτιολογία του καρκίνου του πνεύμονα και να αντιμετωπισθεί η αιτιολογία της νόσου.

Μέσα στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης

1. Ενημέρωση και διδασκαλία του κοινού πάνω στα αίτια που μπορεί να αποτελέσουν παράγοντες για την πρόκληση του καρκίνου του πνεύμονα.

2. Έλεγχος των ατομικών που λόγω της εργασίας τους έρχονται σε επαφή με ουσίες που θεωρούνται παράγοντες πρόκληση του καρκίνου του πνεύμονα.

3. Η αγωγή των παιδιών σε θέματα υγείας θα πρέπει να αρχίζει από το σπίτι και το δημοτικό σχολείο και να επαναλαμβάνεται σε διάφορα στάδια της υπόλοιπης εκπαίδευσης έτσι ώστε να διατηρείται και να ενισχύεται η αποτελεσματικότητα των μηνυμάτων της.

4. Από μέρος της πολιτείας φροντίδα για την απομάκρυνση των βιομηχανιών από κατοικήσιμες περιοχές.

5. Ο καρκίνος θα πρέπει να πάψει να θεωρείται κακιά αρρώστια και να διαχωρίζεται από τις άλλες.

6. Η βελτίωση του προβλήματος αφορά την εφαρμογή εκλεκτικών χειρουργικών μεθόδων σε εγκαίρως διαγνωσθέντες ασθενείς στη βάση μιας «εν σειρά» ακτινοκυτταρολογικής διερεύνησης. Επιπρόσθετα πολύτιμο στοιχείο θα αποτελούσε και η ικανότητα διαχωρισμού των ευαίσθητων ασθενών με την εφαρμογή ειδικών εμβολίων.

7. Η εφαρμογή νέων χημειοθεραπευτικών φαρμάκων θα αποτελέσει επιπρόσθετο βήμα προόδου σε συνδυασμό με τη μελέτη του μηχανισμού της αντίστασης του όγκου.

8. Πρέπει να γίνει ειδικότητα νοσηλευτών ογκολογίας για να είναι σωστή η νοσηλεία του καρκινοπαθούς και να μπορεί το προσωπικό να αντιμετωπίζει τα προβλήματα του ασθενούς αυτού.

9. Να ιδρυθούν μονάδες πλήρως εξοπλισμένες για την πρόληψη και τη θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα στην επαρχία.

Τέλος είναι αναγκαίο να γίνει συνείδηση στον καθένα ότι γενικά ο καρκίνος μπορεί να προληφθεί ή ακόμα και να θεραπευτεί και ότι δεν αποτελεί μάλιστα που οδηγεί πάντα σε βέβαιο θάνατο. (Αγγελόπουλου 1991), (Γεωργιάδης 1992).

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Α΄ Περιστατικό

Ο ασθενής Α. Γ. εισήλθε στην παθολογική κλινική του ΓΠΝ «Άγιος Ανδρέας» στις 2/5/02. Ηλικία ασθενή 57 ετών. Βάρος 73kg. Επάγγελμα Αγρότης.

Ο ίδιος νοσηλεύτηκε προ 15τίας στο νοσοκομείο «Άγιος Ανδρέας» για σκωλικοειδεκτομή. Έκανε κατάχρηση καφεΐνης και τσιγάρων. Πριν τρεις εβδομάδες εμφάνισε πόνο στο δεξί ημιθωράκιο με επιδείνωση της κατάστασής του επί κίνησης. Επίσης εμφάνισε πυρετό κι ένιωθε αδυναμία και ανορεξία. Την τελευταία εβδομάδα έχασε 4Kgr. Επίσης αναφέρει χρόνιο βήχα, ξηρό ως ελαφρά παραγωγικό που τον τελευταίο μήνα επιτάθηκε με μικρή αύξηση της απόχρεμψης (λευκή χωρίς πρόσμιξη αίματος ή πύον).

Υποβλήθει σε 2 ακτινογραφίες θώρακος με μεσοδιαστήματα 15 ημερών. Στη δεύτερη παρατηρήθηκε οζώδη σκίαση στο ΔΕ πνεύμονα και πλευριτική συλλογή στο σύστοιχο ημιθωράκιο. Τέλος εμφάνισε ελαφρά υπερχρωση των ούρων. Μετά από αυτά εισήλθε στο νοσοκομείο για ΧΜΘ.

Προβλήματα ασθενή	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτική παρέμβαση	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Θωρακικό άλγος	<ul style="list-style-type: none"> - Ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο. - Διατήρηση της ηρεμίας του ασθενή. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ανακούφιση του ασθενή με χορήγηση παυσίπονων φαρμάκων. - Αποφυγή πίεσεως στα άκρα. - Εξασφάλιση σταθερού στρώματος. - Αλλαγή θέσης κάθε 2 ώρες. - Ψυχολογική υποστήριξη, ενθάρρυνση του ασθενή. 	<ul style="list-style-type: none"> - Δόθηκαν στον ασθενή παυσίπονα. - Δόθηκε η κατάλληλη θέση στο κρεβάτι (πλάγια στο αντίθετο από το πάσχων ημιβωράκιο). - Η θέση αυτή περιόρισε τη σύμπτυξη και έκπτυξη του μεσοθωρακίου αυτού. - Συχνή αλλαγή θέσης κάθε 2 ώρες. - Εξασφαλίστηκε σταθερό στρώμα. - Έγινε συζήτηση μαζί του και εξωτερίκευσε την ανησυχία και το φόβο που τον διακατέχουν. 	<p>Διαπιστώθηκε μείωση του πόνου του ασθενή αλλά διατηρήθηκε η ανησυχία του για την κατάστασή του και την πορεία της νόσου του.</p>

Προβλήματα ασθενή	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτική παρέμβαση	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Πυρετός 37 – 38 °C	<ul style="list-style-type: none"> - Ρύθμιση της θερμοκρασίας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση αντιπυρετικών. - Τρίωρη θερμομέτρηση. - Χορήγηση υγρών. - Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων. - Έλεγχος ισοζυγίου. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορηγήθηκε αντιπυρετικό φάρμακο Deron. - Ο πυρετός δεν υποχώρησε κι έγινε Aprotel - Σημειώνεται η θερμοκρασία ανά 3ωρο. - Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα. - Επίτευξη ισοζυγίου. 	<p>Η θερμοκρασία του αρρώστου επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα.</p>
Ανορεξία.	<ul style="list-style-type: none"> - Μείωση της ανορεξίας. - Διατήρηση της ενυδάτωσης και της θρέψης του ασθενή. 	<ul style="list-style-type: none"> - Φροντίδα για την καλή σίτιση και ενυδάτωση. - Προσφορά στον ασθενή τροφής της προτίμησής του. 	<ul style="list-style-type: none"> - Προσφέρουμε στον ασθενή τροφή της προτίμησής του ωραία σεβριρισμένη. - Η τροφή του ασθενή είναι υψηλής θερμιδικής αξίας. 	<p>Μειώθηκε η ανορεξία του ασθενούς.</p>

Προβλήματα ασθενή	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτική παρέμβαση	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Έντονος βήχας.	<ul style="list-style-type: none"> - Καταστολή του βήχα. - Βοήθεια προς τον ασθενή να βήξει. - Σύσπασση και χαλάρωση των αναπνευστικών μυών για την τέλεια λειτουργία του διαφράγματος και έκπτυξη των πνευμόνων. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση φαρμάκων βοήθειας στον ασθενή να βήξει. - Συχνή μετακίνηση του ασθενή. - Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας. - Τοποθετείται σε ημικαθιστή θέση με το ένα χέρι πάνω στα κοιλιακά τοιχώματα και το άλλο στο πάνω τριμήσιο του θώρακα. Παρακαλείται να αναπνεύσει από τη μύτη, να συγκρατήσει τον αέρα και να αποβάλει από τα χείλη αργά. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορηγήθηκαν βρογχοδιασταλτικά φάρμακα και οξυγόνο. - Τον βοηθάμε να ανασηκωθεί όταν βήχει. - Περιποιείται συνεχώς τη στοματική κοιλότητα. - Τοποθετήθηκε στην κατάλληλη θέση και έγινε εκμάθηση των αναπνευστικών ασκήσεων. 	Μειώθηκε ο βήχας.

Προβλήματα ασθενή	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτική παρέμβαση	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Αδυναμία, κακουχία.	<ul style="list-style-type: none"> - Να αντιμετωπισθεί η καταβολή των δυνάμεων και η εύκολη κόπωση του ασθενή. 	<ul style="list-style-type: none"> - Να περιοριστούν οι δραστηριότητες. - Αποφυγή οτιδήποτε κουράζει τον ασθενή. 	<ul style="list-style-type: none"> - Περιορίστηκαν οι δραστηριότητες του ασθενή. - Ο ασθενής ενισχύθηκε να ασχολείται με δραστηριότητες που δεν τον κουράζουν. 	<p>Η αδυναμία και η κακουχία του ασθενή περιορίστηκαν όχι όμως τελείως.</p>

Β΄ Περιστατικό

Ο Ε.Β. ηλικίας 52 ετών εισήλθε στις 15/3/02 στο πανεπιστημιακό περιφερειακό νοσοκομείο Πατρών. Επάγγελμα Ελαιοχρωματιστής. Σύμφωνα με το οικογενειακό ιστορικό ο πατέρας του πέθανε σε ηλικία 67 ετών από CA πνεύμονα.

Ο ασθενής κάνει κατάχρηση καφεΐνης αλκοόλ και τσιγάρων τους τελευταίους 2 μήνες έχασε 12 Kgr.

Ο ασθενής μια μέρα πριν την εισαγωγή του στο νοσοκομείο εμφάνισε υψηλό πυρετό 39°C. Επίσης αναφέρεται ναυτία και εμετός καθώς και μια διαρροϊκή κένωση μέλαινας χρώσεως. Επίσης αναφέρεται ανορεξία.

Ο ασθενής 1 μήνα πριν την εισαγωγή του εμφάνισε αιμόπτυση και υπεβλήθη σε βιοψία πνεύμονα και αξονική τομογραφία. Επίσης υπεβλήθη σε βρογχοσκόπηση και εξέταση πτυέλων.

Απεδείχθη βρογχογενές αδιαφοροποίητο καρκίνωμα ΔΕ πνεύμονα πιθανά μικροκυτταρικού τύπου. Έχει τεθεί σε ΧΜΘ. Από τη ΧΜΘ ο ασθενής παρουσίασε αλωπεκία.

Προβλήματα ασθενή	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτική παρέμβαση	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Πυρετός.	<ul style="list-style-type: none"> - Ανακούφιση του ασθενή από τον πυρετό. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση αντιπυρετικών. - Ζωρη θερμομέτρηση. - Διατήρηση φυσιολογικών συνθηκών θερμοκρασίας. - Ψυχρά επιθέματα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων. - Γίνεται συχνός έλεγχος της θερμοκρασίας του ασθενή. - Διατήρηση του περιβάλλοντος σε φυσιολογικά επίπεδα θερμοκρασίας. - Ετέθησαν ψυχρά επιθέματα. 	<p>Ο πυρετός υποχώρησε.</p>
Ναυτία, εμετός.	<ul style="list-style-type: none"> - Καταπολέμηση της ναυτίας και του εμετού. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση αντιεμετικών. - Μέτρηση και σημείωση των εμετών. - Παρατήρηση του χαρακτήρα των εμετών. - Περιορισμός των 	<ul style="list-style-type: none"> - Δόθηκαν αντιεμετικά. - Γίνεται μέτρηση και σημείωση των εμετών με ακρίβεια. - Παρατηρείται και σημειώνεται ο χαρακτήρας των εμετών. 	<p>Αντιμετωπίστηκε η ναυτία και ο εμετός.</p>

Προβλήματα ασθενή	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτική παρέμβαση	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
		<p>κινήσεων του ασθενή.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Τοποθέτηση σωλήνα Levin. 	<ul style="list-style-type: none"> - Περιρίστηκαν οι κινήσεις του ασθενή. - Έγινε τοποθέτηση σωλήνα Levin με εντολή γιατρού από τον οποίο γίνεται συχνή αναρρόφηση. - Σημειώνουμε τα υγρά του σωλήνα. 	
Εμφάνιση αλωπεκίας.	<ul style="list-style-type: none"> - Ψυχολογική υποστήριξη και πρόληψη της επιπλοκής. 	<ul style="list-style-type: none"> - Εξήγηση στον ασθενή ότι τα μαλλιά του υπάρχει περίπτωση να ξαναβγούν. - Όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά γίνεται αποτρίχωση. - Εφαρμογή επιδέσμων και παγοκύστης για τη μείωση της αλωπεκίας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Εξηγήθηκε στον ασθενή ότι τα μαλλιά του θα πέσουν αλλά είναι δυνατόν να ξαναφωτρώσουν. - Μειώθηκε η αλωπεκία με εφαρμογή ελαστικού επιδέσμου και παγοκύστης στη διάρκεια της θεραπείας και 10 – 13 λεπτά μετά από αυτήν. 	<p>Στην αρχή παρατηρήθηκε μείωση της αλωπεκίας έπειτα όμως έπεσαν τα μαλλιά και έγινε αποτρίχωση.</p>

Προβλήματα ασθενή	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτική παρέμβαση	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Εμφάνιση διαρροικών κενώσεων κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας.	<ul style="list-style-type: none"> - Διακοπή της διάρροιας. - Εξασφάλιση του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση αντιδιαρροικών φαρμάκων. - Παρακολουθείται το χρώμα, η ποσότητα, η περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης. - Χορήγηση κατάλληλης διαίτας για να μην συνεχιστεί η διάρροια. - Αποφυγή τροφών που επιδεινώνουν. 	<ul style="list-style-type: none"> - Βοηθήθηκε ο ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματά του με τη συμπαράσταση και ενθάρρυνσή μας. - Χορηγήθηκαν αντιδιαρροϊκά φάρμακα. - Παρατηρήθηκε η κένωση. - Παρακολουθείται το ισοζύγιο υγρών. - Χορήγηση ελαφρός και κατάλληλης διαίτας. - Προτιμήθηκαν τροφές που δεν αφήνουν υπολείμματα και αναστέλλουν την διάρροια. 	Ελαττώθηκαν σημαντικά οι διαρροϊκές κενώσεις.
- Αιμόπτυση.	<ul style="list-style-type: none"> - Να σταματήσει η αιμόπτυση. 	<ul style="list-style-type: none"> - Τοποθετείται ο ασθενής στο κρεβάτι σε 	<ul style="list-style-type: none"> - Τοποθετήθηκε ο ασθενής στην κατάλληλη θέση 	<ul style="list-style-type: none"> - Η αιμόπτυση σταμάτησε.

Κακοήθη Νεοπλασματα του Πνεύμονα – Νοσηλευτική Παρέμβαση

Προβλήματα ασθενή	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτική παρέμβαση	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
	<p>καθιστική θέση.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Προσπάθεια για καταστολή του βήχα. - Σε μεγάλη αιμόπτυση μπορεί να γίνει υποδόρια ένεση μορφίνης που καταστέλλει τη δράση του βήχα και του κέντρου της αναπνοής με αποτέλεσμα τον περιορισμό της κινητικότητας των πνευμόνων. - Προσπάθεια της νοσηλεύτριας να ηρεμήσει τον άρρωστο και την οικογένειά του. 	<p>(καθιστή).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Χορηγήθηκαν βρογχοδιασταλτικά φάρμακα. - Έγινε υποδόρια ένεση μορφίνης. - Έγινε προσπάθεια να ηρεμήσει ο ασθενής. 		

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

ΑΘΑΝΑΤΟΥ Ε. «Κλινική – Νοσηλευτική – Βασικές και ειδικές νοσηλευτικές». Έκδοση Ε΄, εκδόσεις Παπανικολάου, Αθήνα 1995.

ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ Κ.Γ. : «Ο ρόλος του καπνίσματος στην ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα». Νοσοκομειακά χρονικά, τόμος 56, τεύχος 2, Απρίλιος – Ιούνιος '94, Τριμηνιαία έκδοση της Ένωσης επιστημονικού προσωπικού Νοσοκομείου «ο Ευαγγελισμός» Αθήνα 1994.

ΒΕΛΟΝΑΚΗ Α., ΣΑΜΑΡΤΖΗ Μ. : «Η συμβολή της οικογένειας ως υποστηρικτικού συστήματος του καρκινοπαθούς από την σκοπιά του κλινικού ογκολόγου». Ελληνική ογκολογία τόμος 29. Εκδόσεις Ένωσης επιστημονικού προσωπικού Νοσοκομείου «Άγιος Σάββας» Αθήνα 1993.

ΓΑΡΔΙΚΑ : «Ειδική Νοσολογία» Νέα έκδοση επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος Γρ., Αθήνα 1979.

ΓΚΟΝΙΑΤΣΟΥ : «Καρκίνος του πνεύμονα». Πτυχιακή εργασία Πάτρα 1993.

ΙΟΛΗ ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΠΑΠΑ : «Νεοπλασμάτα πνεύμονα συσχέτιση ινοβρογχοσκοπικών ακτινολογικών και ιστολογικών ευρημάτων. Διδακτορική διατριβή Αθήνα 1983.

ΚΑΝΔΥΛΗΣ Κ. : «Η ποιότητα ζωής του ασθενούς με καρκίνο στο τελικό στάδιο». Ελληνική ογκολογία, τόμος 29, τεύχος Ιανουαρίου – Μαρτίου 1993, εκδόσεις Ένωσης επιστημονικού προσωπικού νοσοκομείου «Άγιος Σάββας». Αθήνα 1993.

ΚΑΝΕΛΛΟΣ Ε., ΠΛΕΣΣΑΣ ΣΤ. : «φυσιολογία του ανθρώπου». Εκδόσεις φαρμάκων – Τύπος, Αθήνα 1994.

ΚΑΤΡΑΚΗΣ Γ. Πρόληψη έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από τον καρκίνο. Τεύχος 1^ο εκδόσεις Ελληνική Εταιρία Προληπτικής Ιατρικής Αθήνα 1980.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ ΜΑΡΓΑΡΙΝΟΥ Χ. Έκδοση 3^η, εκδόσεις Λαγός. Αθήνα 1997.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Α. ΕΜΜΑΝΟΥΗΛΙΔΗ : «Κάπνισμα και καρκίνος του πνεύμονα οι ψυχοκοινωνικές παράμετροι στην Ελλάδα». Διδακτορική διατριβή Αθήνα 1992.

ΜΑΡΓΑΡΙΝΟΥ – ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ : «Παθολογική – χειρουργική νοσηλευτική. Τόμος Β, μέρος 2^ο. Έκδοση δέκατη όγδοη. Εκδόσεις «Η Ταβιθά», Αθήνα 1997.

ΜΑΡΓΑΡΙΝΟΥ – ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ : «Παθολογική – χειρουργική νοσηλευτική». Τόμος Β, μέρος 1^ο. Έκδοση δέκατη όγδοη. Εκδόσεις «Η Ταβιθά», Αθήνα 1995.

ΜΕΝΤΙΖΗΣ : «κακοήθη νεοπλάσματα του πνεύμονα». Πτυχιακή εργασία Πάτρα 2000.

ΜΠΑΛΑΣ : Χειρουργική τόμος Γ, έκδοση δεύτερη. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1990.

ΠΑΝΟΥ Μ., ΚΑΡΔΑΣΗ Α. : «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική – Νοσηλευτικές διαδικασίες». Τόμος 1^{ος}, Δ. Επανεκδοση. Εκδόσεις Βήτα medicalarts, Αθήνα 1994.

ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ : Ογκολογία επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος Αθήνα 1992.

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ – ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ : Αρχές γενικής χειρουργικής τόμος Β΄. Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου Αθήνα 1989.

ΡΑΠΤΗ : «Εσωτερική παθολογία» τόμος 1^{ος}. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος Γρ. Αθήνα 1996.

ΣΠΗΛΙΩΤΗΣ Ι : «Από την άγνοια στο φόβο» εκδόσεις Αχαϊκές Πάτρα 1999.

ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΥ Κ.Θ. : «Φυματολογία – πνευμονολογία». Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος Γρ. Αθήνα 1980.

ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ Α., ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ. : «Προληπτική ιατρική»
Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Γρ. Αθήνα 1986.

ΤΣΙΚΟΥ Ν. – ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ ΓΡΑΒΑΝΗ Σ. «Πρακτική άσκηση
Νοσηλευτικής II». Επιμέλεια εκδόσεις : Γ. Παρικός εκδόσεις : Ελλην κ' Σια ΕΕ
Αθήνα 1996.

Ξενόγλωσση

B ENGRAM : «Νοσηλευτική φροντίδα στην παθολογία και χειρουργική».
Επιμέλεια Καραχάλιος Γ. Εκδόσεις Έλλην Αθήνα 1997.

DOLLINGER, ROSENBARM : «Ο Καρκίνος». Μετάφραση επιμέλεια Ιαθός
επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα 1992.

KEIRC, WISSERS, KREBSC : «Ανατομία και φυσιολογία του Ανθρώπινου
σώματος» Μετάφραση Ταλαντοπούλου Μ. Επίτομος έκδοση 3^η Εκδόσεις
Παρισιάνος Αθήνα 1993.

KUMAR COTRAN ROBBINS : βασική παθολογοανατομία. Μετάφραση
Χατζημηνάς, Πρωτόπαπας, Μασσακκάς. Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Μαρία
Παρισιάνου Αθήνα 2000.

MALIN OOLLINGER, ERNEST ROSENDAMM KAI GREG CABLE.
Μετάφραση Μάθας – Λαμπρόπουλος. Εκδόσεις Κατοπτρο Αθήνα 1992.

MERCK : «Εγχειρίδιο Merck διάγνωση και θεραπεία». Μετάφραση
Χατζημήνος Ι. Έκδοση 16^η, πρώτη ελληνική έκδοση. Επιστημονικές εκδόσεις
Παρισιάνος Γρ., Αθήνα 1992.

RENARD LEON : «Πως να δαμάσετε τον καρκίνο. Μετάφραση Τραμπαζάλη
Τ. εκδόσεις Ααγής Αθήνα 1990.

STEIN : Παθολογία Ε. Γραμαρέλλου, Μπαλτόπουλος. Ιατρικές εκδόσεις
Πασχαλίδης Αθήνα 1997.

UICC εγχειρίδιο κλινικής ογκολογίας. Μετάφραση Δαδιστού, Καρβούνης,
Λαμπρόπουλος. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1992.

ULCICH S., CANALE S., WENDELLS : «Παθολογική – χειρουργική νοσηλευτική». Επιμέλεια Σακοράφου Χ. έκδοση 3^η, εκδόσεις Λαγός, Αθήνα 1997.

